

PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR *Current Approaches in Psychiatry*

2016

Cilt / Volume. 8
Sayı / Number. 4

www.cappsy.org

ISSN:1309-0658
eISSN:1309-0674

PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Current Approaches in Psychiatry

www.cappsy.org

ISSN:1309-0658
eISSN:1309-0674

PSİKIYATRİDE **GÜNCEL YAKLAŞIMLAR** *Current Approaches in Psychiatry*

Cilt/Volume: 8 . Sayı/Number: 4
Yıl/Year: 2016

Editör/Editor in Chief
Lut Tamam

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar / Current Approaches in Psychiatry

Yıl: 2016 . Cilt: 8 . Sayı: 4

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, psikiyatri ve ilişkili bilimlerin (davranış bilimleri, psikoloji, psiko-farmakoloji, nöropsikiyatri, nörobilimler, psikiyatri hemşireliği v.b.) tümünü kapsayan ve bu konulardaki orijinal araştırma makalelerini ve güncel gözden geçirme yazılarını Türkçe ya da İngilizce yayınlayan açık erişimli hakemli bilimsel bir dergidir. Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin telif hakkı dergiye aittir. Bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapılacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak göstermesi gereklidir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu tamamıyla yazar ya da yazarlara aittir. Dergi yayınlanan tüm yazılarda yer alan görüşler yazarlara ait olup, editör, yayın kurulu, bilimsel danışma kurulu ya da yayıncı bu yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar dergisi çevrimiçi (online) olarak www.cappsy.org adresinden yayınlanır. Tüm makaleler kabul edilir edilmez, bu web sitesinde o dönemdeki sayının bir makalesi olarak yer alır. Yazım kurallarını ve makale gönderme kurallarını www.cappsy.org adresinden edinebilirsiniz.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi adına İmtiyaz Sahibi

Lut Tamam

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Gonca Karakuş

Editör

Lut Tamam

Yayın Koordinatörü

Murat Gülsün

Yayın Kurulu

Çağdaş Eker, Cengiz Akkaya, Gonca Karakuş, Hüseyin Güleç, Oya Mortan Sevi, Levent Sütçügil

İletişim Adresi

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Tel: 90-322-3386060/3247

İnternet sitesi: www.cappsy.org

E-posta: editor.cap@gmail.com

Tüm abonelik, baskı izinleri ve reklam ile ilgili başvurular iletişim adresine yapılmalıdır.

Baskı

Yayın Türü: Süreli Yayın

Baskı Tarihi ve Yeri : Eylül 2016, Adana

ISSN: 1309-0658 eISSN: 1309-0674

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry) *ASOS Index, Türk Psikiyatri Dizini, Türkiye Atıf Dizini, Türk Medline, ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veritabanı, Chemical Abstracts, CA Plus, Sci Finder, Cabell's Directory of Publishing Opportunities in Psychology & Psychiatry, Directory of Open Access Journals (DOAJ), EBSCO Academic Search Complete, EBSCO TOC Premier, EMCare – Elsevier, Google Scholar, J Gate, ProQuest Health & Medical Complete, PsycINFO, Gale databases, İdeal online ve ScopeMed* veritabanlarında yer almaktadır.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar / Current Approaches in Psychiatry

Year: 2016 . Volume: 8 . Number: 4

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry is an open access journal which publishes original researches and review articles relevant to psychiatry and related sciences (i.e behavioral sciences, psychology, psychopharmacology, neuropsychiatry, neurosciences, psychiatric nursing) in Turkish or in English. The journal accepts articles on not only current subjects but also on classical subjects to become an educational source for all psychiatric residents, specialists and related professionals. The journal is currently published quarterly (four issues) comprising one volume per year. The submitted manuscripts will become freely available to all readers in its web site (www.cappsy.org) as soon as they have been accepted after peer review. Accepted articles will immediately appear as a part of the journal issue belonging to that publication period. The Journal, the publisher, and the Editors assume no responsibility for the statements in the articles; authors carry the scientific and legal responsibilities of their own articles. Instructions to the authors and submission rules could be reached at the journal website (www.cappsy.org).

Editor in Chief

Lut Tamam

Managing Editor

Murat Gülsün

Editorial Board

Çağdaş Eker, Cengiz Akkaya, Gonca Karakuş, Hüseyin Güleç, Oya Mortan Sevi, Levent Sütçügil

Correspondence Address

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Tel: 90-322-3386060/3247

Web site: www.cappsy.org

E-mail: editor.cap@gmail.com

Please contact to this address for any of your enquiries about reprint, copyright or advertisement issues.

Printed in Adana, Turkey, September 2016

ISSN: 1309-0658 eISSN: 1309-0674

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry) is abstracted and indexed in *ASOS Index, Türk Psikiyatri Dizini, Türkiye Atf Dizini, Turk Medline, ULAKBIM Social Science Database, Chemical Abstracts, CA Plus, Sci Finder, Cabell's Directory of Publishing Opportunities in Psychology & Psychiatry, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Directory of Research Journals Indexing (DRJI), EBSCO Academic Search Complete, EBSCO TOC Premier, EMCare – Elsevier, Google Scholar, J Gate, ProQuest Health & Medical Complete, PscINFO, Research Gate, Gale databases and Ideal online.*

İçindekiler / Contents

Derlemeler / Reviews

Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları Sexuality and Sexual Dysfunctions in Bipolar Disorder <i>Zeynep Namlı, Gonca Karakuş, Lut Tamam, Mehmet Emin Demirkol</i>	309
Aile İçi Şiddet ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri: Temel Kavramlar, Güvenlik Planı Hazırlama ve Alternatif Tedavi Model Örnekleri Domestic Violence and Its Effects on Children: Fundamental Concepts, Safety Planning and Examples of Alternative Treatment Models <i>Melis Sedef Kahraman, Gökçe Çokamay</i>	321
Etkili Terapist Özellikleri İçin Farkındalık Eğitim ve Uygulamaları: Bir Meta-Sentez Çalışması Mindfulness Training and Practice for Effective Therapist Characteristics: A Meta-Synthesis Study <i>İ. Volkan Gülüm</i>	337
Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Fiziksel Egzersiz Programlarının Etkinliği: Sistemik Derleme Efficiency of Physical Exercise Programs on Chronic Psychiatry Patients: A Systematic Review <i>Sefa Lök, Neslihan Lök</i>	354
HIV/AIDS'e Yol Açan Riskli Cinsel Davranışla İlişkili Psikososyal ve Kültürel Etmenler Psychosocial and Cultural Factors Related to Risky Sexual Behavior Leading to HIV/AIDS <i>Levent Kıyılıoğlu, Ali Dönmez</i>	367
Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması Use of Motivational Interview Technique with Transtheoretical Model for Behavioral Change in Smoking Addiction <i>Filiz Taş, Emine Ümit Seviğ, Zeynep Güngörmüş</i>	380
Glutamat Sistemi ve Şizofreni Glutamatergic System and Schizophrenia <i>Osman Özdemir, Pınar Güzel Özdemir</i>	394
Araştırma / Research	
Ergenlerde Ana-Babaya Bağlanma: Türkiye Profili Attachment of Adolescents to Parents: Turkey Profile <i>Türkan Doğan</i>	406
Danışmanlara Teşekkür / Thanks to the Reviewers	420
Yazar Dizini / Author Index	421
Konu Dizini / Subject Index	424

Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Sexuality and Sexual Dysfunctions in Bipolar Disorder

Zeynep Namli, Gonca Karakuş, Lut Tamam, Mehmet Emin Demirkol

Öz

Bipolar bozukluğun klinik seyri sırasında, depresif atakta cinsel istekte azalma, manik atak sırasında ise uygunsuz cinsel birliktelikler, hiperseksüalite gözlenmektedir. Bipolar bozuklukta cinsel işlevler üzerine yapılan çalışmalarda daha çok ilaçların yan etkileri üzerinde durulmuştur. Üzerinde daha az durulan konular olan cinsel şiddet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, korunma yöntemleri, plansız gebelikler gibi alanların da araştırılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, cinsellik, cinsel işlev bozuklukları.

Abstract

In the clinical course of bipolar disorder, there is a reduction in sexual will during depressive episodes and inappropiate sexual experiences and hypersexuality occurs during manic episodes. Up to now, studies focused on sexual side effects of drugs. Sexual violence, sexually transmitted diseases, contraception methods, unplanned pregnancies need to be assessed carefully in bipolar disorder patients.

Key words: Bipolar disorder, sexuality, sexual dysfunctions.

BİPOLAR BOZUKLUK manik, hipomanik ve/veya depresif ataklarla seyreden bir duygudurum bozukluğudur. DSM-IV-TR sınıflandırılmasında (2001) ‘Duygudurum Bozuklukları’ başlığı altında yer alırken; DSM-5’te (2013) depresif bozukluktan ayrılarak sınıflandırılmış ve ‘Bipolar ve İlişkili Bozukluklar’ şeklinde ayrı bir başlıkta yer almaktadır. Bipolar ve ilişkili bozukluklar bipolar-1 bozukluğu, bipolar-2 bozukluğu, siklotimi, madde/ ilaçların yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk olarak gruplandırılmaktadır.

Bipolar bozukluk genellikle erken yaşlarda başlar, her iki cinsiyette de benzer oranlarda görülür. Hastalığın etyolojisinde genetik etkenler, nörotransmitter düzeyleri, iyon sistemleri gibi biyokimyasal etkenler, organik hastalıklar ve kullanılan ilaç tedavileri, psikososyal faktörler gibi etkenler rol oynamaktadır (Işık ve ark. 2013). Bipolar bozukluğa sıklıkla anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları eşlik etmektedir (Işık ve ark. 2013). Bu nedenlerle kişinin toplumsal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevselliği olumsuz etkilenmektedir.

Cinsellik insanların varoluşundan itibaren sürmektedir. Bilimsel olarak cinselliğin ele alınışı ilk olarak yirminci yüzyılın başlangıcındadır (Koroğlu ve Güleç 2007). Yirminci yüzyılın ikinci yarısında William Masters ve Virginia Johnson tarafından doğrudan laboratuvar ortamında yapılan çalışma sonuçları yayımlanmıştır. Bu sonuçlar ışığında insanda cinsel yanıt uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört aşamalı bir döngüdür. Helen S. Kaplan (1970) cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluşan cinsel yanıt modelini geliştirmiştir. Bu model günümüzde kullanılan cinsel yanıt modelidir ve cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına temel oluşturur (Koroğlu ve Güleç 2007).

Cinsel işlev bozuklukları çok sık görülen bozukluklardır (Koroğlu ve Güleç 2007, Işık ve ark. 2013). Cinsiyet farkı gözetmeksizin her üç kişiden en az birinde, yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir cinsel işlev bozukluğu gözlenmektedir. Bu yaygınlığa rağmen doktora başvuru oranı son dönemlerde artış göstermiştir. Cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı, başlangıç yaşları, doktora başvuru yaşı ve bozukluk tipi açısından toplumsal ve kültürel farklılıklar gözlenmektedir. Cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde psikososyal ve kültürel etkenler, bedensel hastalıklar, kullanılan ilaç tedavileri, performans anksiyetesi, gebelik, laktasyon, menopoz, yaşlılık, eşte cinsel işlev bozukluğu, eş kaybı, eş sadakatsizliği, kişide ya da eşte psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır (Koroğlu ve Güleç 2007).

Bipolar bozukluk manik ve hipomanik atak sırasında libido artışı, uygunsuz cinsel birliktelikler ve hiperseksüalite gözlenebilmektedir. Depresif atakta ise; ilgi istek azlığı, anhedoniye cinsel istek azlığı da eşlik etmektedir (Koroğlu ve Güleç 2007, Işık ve ark. 2013). Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan antipsikotik, antidepresan ilaçlar ve duygudurum düzenleyicileri de cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilmektedir (Hariri ve ark. 2009). Ciddi ruhsal hastalığı olan hastaların cinsel işlevleri hakkında yetersiz veri bulunmaktadır. Kullanılan ilaç tedavileri özellikle antidepresan ve antipsikotiklerin yan etkileri ve ruhsal hastalıkları nedeniyle etkilenen yaşam kalitesi cinsel işlev bozukluğundan en çok sorumlu tutulmaktadır (Hariri ve ark. 2009).

Şizofreni, bipolar bozukluk, zeka geriliği, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar ilişki kurma, cinsel işlevler ve cinsel sorunları hakkında konuşabilmeyi etkileyebilmektedir (Hariri ve ark. 2009). İlişki kurma güçlüğü hastaların toplumsal etiketlenmesinden de kaynaklanmaktadır. Kültürel etkenlerin etkisinde bu konular hakkında bilgi alma yetersizdir.

Hastalar ve doktorları tarafından yeterince üzerinde durulmayan bir konu olan cinsel işlev bozuklukları yaşam kalitesini, hastalığın gidişatını, tedavi uyumunu ve çift uyumunu etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır. Bu derlemede bipolar bozukluk hastalarında cinsel işlev bozukluklarının sıklığı, etyolojisi, ilaçların cinsel işlevler üzerine olan etkisinin ve bipolar bozukluğu olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu eşlik ediyorsa uygulanabilecek yaklaşımların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsellik, kişinin başkalarıyla olan ilişkilerinden, yaşam koşullarından ve içinde bulunduğu kültür, bireysel olarak genetik yapısı, kadın veya erkek olma, yaş, kişilik özellikleri gibi birçok etkenden etkilenmektedir. Cinsellikte normal kavramını tanımlamak güçtür. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında Masters ve Johnson tarafından doğrudan laboratuvar gözlemlerine dayanan çalışmalar yapılmaya başlamıştır. Masters ve Johnson'un ortaya

koyduğu model cinsel işlev bozukluklarının çağdaş sınıflamalarına temel oluşturmuştur. İnsanda cinsel yanıtın; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamalarından oluşan dört aşamalı bir döngü olduğu belirlenmiştir. Kaplan (1970), cinsel yanıtta uyarılma ve orgazm evrelerine ek olarak cinsel isteğin de önemli bir rol oynadığını belirlemiştir. Cinsel isteğin fizyolojik yanıtın başlatıcısı olduğu ortaya çıkarılmıştır. Kaplan tarafından, günümüzde kullanılmakta olan üç aşamalı cinsel yanıt modeli geliştirilmiştir (cinsel istek, uyarılma ve orgazm) (Kaplan 1977).

Cinsel işlevler üzerinde etkili olduğu düşünülen santral sinir sistemi bölümleri; serebral korteks, frontal korteks, limbik sistem, bazal ganglionlar, anterior hipotalamik medial preoptik çekirdek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdek ve hipofiz'dir (Bradford 2001). Limbik sistem ve hipotalamus merkez rol oynamaktadır. Anterior hipotalamik medial preoptik çekirdek erkek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdek kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olarak kabul edilmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996, Bradford 2001). Cinsel işlev bozuklukları DSM-IV-TR'de (2001) istek, uyarılma, orgazm ve ağrı bozuklukları olarak ayrılırken; DSM-5 (2013) sınıflandırma sisteminde bu gruplama yapılmamıştır. (Tablo 1)

Tablo-1: Cinsel işlev bozukluklarının DSM-IV-TR ve DSM-5'e göre karşılaştırılması

DSM-IV-TR	DSM-5
Cinsel istekte azalma bozukluğu (erkek)	Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu
Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu	-
Kadında cinsel uyarılma bozukluğu Cinsel istekte azalma bozukluğu (kadın)	Kadında cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu
Erkeklerde erektil bozukluk	Sertleşme bozukluğu
Kadında orgazm bozukluğu	Kadında orgazm bozukluğu
Erkeklerde orgazm bozukluğu	Geç boşalma
Prematür ejakülasyon	Erken boşalma
Disparoni Vajinismus	Cinsel organlarda- pelviste ağrı/içerme bozukluğu
Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu	Maddenin /ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu
-	Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu
-	Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu

Cinsel işlev bozukluklarının hem organik hem de psikolojik nedenleri bulunmaktadır. Çoğunlukla bozukluğun ortaya çıkmasında psikolojik ve organik nedenler birlikte rol alırlar. Sorun organik nedenlerle başlasa bile ileride psikolojik etkenler de tabloya eklenebilir ve tabloyu ağırlaştırabilir. Cinselliğin organik/psikojenik ayrımının ötesinde psikososyal, kültürel, davranışsal ve klinik etkenlerden kaynaklanan çok boyutlu, multi-disipliner ve interaktif bir süreç olduğu kabul edilmektedir ve cinsel işlev bozukluklarının da bu çok yönlü ilişkiler ağı içerisinde olduğu görülmektedir (İncesu 2004, Köröğlu ve Güleç 2007).

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenler bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar, bedensel hastalıklar, alkol ve madde kullanımı gibi bazı başlatıcı faktörler ortadan kaldırılmazsa bu sorunlar sürdürücü etken haline gelirler (İncesu 2004). Fiziksel hastalıkların tedavisinde kullanılan birçok ilaç (örn: diüretikler, antihipertansifler, mide koruyucu ilaçlar, antihistaminik ve dekonjes-

tanlar, kardiyolojide kullanılan bazı ilaçlar, kanser ilaçları)cinsel işlevleri etkilemekte, cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (Şahin ve ark. 2006, Koroğlu ve Güleç 2007). Psikiyatrik tedavi amacıyla kullanılan ilaçların da hemen tümü cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır.

Bipolar Bozuklukta Komorbidite

Bipolar bozuklukla birlikte diğer psikiyatrik bozukluklar oldukça sık görülmektedir ve tanı koymayı güçleştirmektedir. Çünkü birlikte görülen bozukluklar bipolar bozuklukta gözlenen belirtileri değiştirebilmekte ve bozukluk maskelenebilmektedir (Işık ve ark. 2013). Bozukluk ne kadar erken başlamışsa, birliktelik de o kadar fazla izlenmektedir (Pini ve ark. 1989). Yapılan bir çalışmada DSM-IV-TR'ye göre eksen-I ek tanısı %60.8 oranında bildirilmiştir (Turhan 2007).

Bipolar-1 bozukluğu olanlarda komorbidite durumlarına daha sık rastlanır. Alkol ve madde kullanım bozuklukları sık görülmektedir. Bütün ruhsal hastalıklar içinde madde kullanım bozukluklarının en fazla eşlik ettiği hastalık bipolar bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2008, Işık ve ark. 2013). Komorbidite durumlarında iyilik dönemleri daha azdır. Bipolar bozukluk ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalıklar; anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu vb) somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığıdır (Işık ve ark. 2013).

Ek tanılı hastalarda; duygudurum bozukluğunun daha erken yaşta başladığı, hastalığın daha şiddetli olduğu, psikotik özelliklerin eşlik ettiği, hastanede kalma süresinin uzadığı, iyileşme oranlarının düştüğü ve yüksek oranda hızlı döngü olduğu bildirilmektedir (Turhan 2007, Işık ve ark. 2013). Kadınlarda ek tanı daha fazla görülmektedir (Karamustafalıoğlu ve ark. 2004, Turhan 2007). Bipolar bozuklukta obsesif-kompulsif, paranoid, histriyonik ve borderline kişilik bozuklukları daha fazla bildirilmiştir. Kişilik bozukluğu ek tanısının hastalık şiddetini arttırdığı ve prognozu olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Turhan 2007).

Bipolar Bozuklukta Cinsel İşlevler

Cinsel işlev bozuklukları psikiyatrik bozukluklarda özellikle depresyonda yüksek prevalansta görülmektedir fakat fazla önem verilmemektedir. Bu durumun nedenlerinden biri tanı karmaşasıdır. Çünkü DSM sınıflandırma sistemine göre cinsel işlev bozukluğu tanısı koyulabilmesi için; cinsel disfonksiyon başka bir eksen-1 bozukluğuyla daha iyi açıklanamalı, ilaç ya da kötüye kullanılan bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalı, genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı olmamalıdır (Dell'Osso ve ark. 2009). Bu nedenle cinsel işlev bozukluğu tanısı atlanabilmektedir.

İlaç kullanmayan depresyon hastalarının %36-78'inde cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir. Unipolar depresyonda, depresyonun şiddetiyle korele şekilde hastaların %25-75'inde libido kaybı bildirilmiştir. Duygudurum bozukluklarında cinsel istekte azalma bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Dell'Osso ve ark. 2009).

Bipolar bozuklukta mani ve depresyon ataklarının cinsel işlevler üzerine etkisi zıt olabilmektedir. Depresif atakta anhedoniye bağlı olarak libido azalması, cinsel performansta azalma sık görülmektedir. Manik atak sırasında ise; cinsel istek artışı, rastgele

cinsel ilişki, impulsivite ve hiperseksüalite, sık eş değiştirme gözlenmektedir. Goodwin ve Jamison manik hastaların %57'sinde hiperseksüalite ve bu hastaların %29'unda gerçek cinsel deneyim olduğunu belirtmiştir. Bazı çalışma sonuçlarına göre manik atak sırasında kadın hastalarda erkek hastalara göre hiperseksüalite daha sıktır. Jamison ve arkadaşları hipomanik atak sırasında kadın bipolar hastaların yaşadıkları en büyük değişikliğin cinsel istekte artış olduğunu belirlemiştir. Winokur ve arkadaşları bipolar bozukluk karma atak sırasında hastaların %60'ından fazlasında cinsel istek azlığı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca depresif bipolar hastaların yaklaşık üçte birinde azalmış cinsel istek bildirilmektedir (Downey 2011).

Manik atak sırasında görülen davranış değişikliklerinden biri zevk verici aktivitelerde bulunmaktır. Bunlardan biri uygunsuz cinsel davranışlardır ve kötü sonuçlara neden olabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve plansız gebelikler için risk oluşturmaktadır. Cinsel sağlık ve bipolar bozukluk için oldukça yetersiz veri bulunmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı doğurgan yaşta kadın hastalarda gebelik önemli bir sağlık durumudur. Örneğin duygudurum düzenleyici olarak karbamazepin kullanan kadınların gebelikten kaçınması için yüksek dozda oral kontraseptif kullanmaları gereklidir. Bunun dışında lityum, karbamazepin ve valproat gibi ilaçları kullanırken gebe kalan hastalarda teratojenite riski önemlidir. Bu nedenlerle bipolar bozukluk tanılı hastalarda riskli cinsel davranışları azaltmak için güvenli cinsellik ve kontraseptif metodları ile ilgili eğitim üzerinde durulması gereken konulardandır (McCandless ve Sladen 2003).

HIV enfeksiyonu olan hastalarda duygudurum bozuklukları yaygın görülmektedir ve bu hastalıklarda HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara sebep olan davranışlar sıktır. Depresyon ve HIV'e yol açan riskli davranışlar hakkında daha fazla çalışma olmasına rağmen bipolar bozukluk tanılı hastalarda bu konuyla ilgili bilgiler yetersizdir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda komorbid madde kullanım bozuklukları yaygın görülmektedir ve bu durum HIV benzeri enfeksiyonların riskini artırmaktadır. 2012 yılında yapılan bir çalışmaya göre; HIV enfeksiyonu olan bipolar tanılı hastalar virüsün bulaşmasına sebep olacak riskli davranışlarda daha fazla bulunmaktadır, bu hastaların yaklaşık üçte biri korunmasız cinsel ilişkiye girmektedir. Ayrıca bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluklarının birlikteliği riskli cinsel davranışları belirgin şekilde artırmaktadır. Psikiyatrik tedavi uyumu yüksek olan bipolar bozukluk tanılı hastalarda ise bu riskli davranışlar daha düşük saptanmıştır (Meade ve ark. 2012).

Bipolar bozukluğun çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayabildiği bilinmektedir. Tamı konulmasındaki zorluk yetişkinlere uyan belirtileri çocuk ya da ergenlere uyarlamaktan kaynaklanmaktadır. Birçok araştırmacı tarafından, çocuk ve ergenlerde görülen 'hiperseksüalite' nin juvenil bipolar bozukluk tanısı için çekirdek belirti olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca birçok ortak özellik barındıran dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile çocuklarda görülen bipolar bozukluk tanısının ayırımında hiperseksüalitenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Adelson ve ark. 2013). Geller ve arkadaşları tarafından yapılan çocuk ve ergen bipolar bozukluk tanılı hastaların olduğu araştırmada, prepubertal dönemde olanların %30'unda ve erken ergenlik dönemdekilerin %60'ında hiperseksüalite saptandığı belirtilmiştir (Basco ve Celis-de Hoyos 2012).

Bipolar Bozuklukta Cinsel Yanıt Döngüsünde Değişiklikler

Raja ve Azzoni (2003) tarafından şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı kronik hastalıkları olan ve yaklaşık on yıldır tedavi gören hastaların incelendiği

çalışmada; diğer çalışmalara benzer şekilde bu hastalık gruplarında cinsel işlev bozukluğu sıklığı yüksek belirlenmiştir. Özellikle cinsel deneyim, cinsel istek ve cinsel performans azalmış olarak bulunmuştur. Cinsel ilişki sıklığı belirgin şekilde düşük saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %64'ünde cinsel doyum azalmış ya da yoktur, %72'sinde cinsel ilişki memnuniyetsizliği, %77'sinde ön sevişme yetersizliği, %69'unda masturbasyon yetersizliği, %52'sinde cinsel fantezi azlığı belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık %66'sı son üç ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmadıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada; kronik psikiyatrik bozukluk ve homoseksüel davranışlar arasında ilişki belirlenmemiştir.

Bipolar bozukluk tanılı kadın hastalarda cinsel işlevler ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Bipolar bozukluk I ve II tanılı kadın hastaların sağlıklı kadın kontrol grubuyla karşılaştırıldığı çalışmaya göre; bipolar bozukluk I'de II'ye göre, gizli cinsel ilgi, istenilen cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişkinin tekrarlanması anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre sırasıyla bipolar bozukluk I ve II'de; menstrüel bozukluklar %34, %25 oranında, düzenli cinsel ilişki %20, %35, yaygın cinsel ilişki %65, %75 oranında belirlenmiştir. Açık cinsel ilgi açısından belirgin farklılık göstermemektedir. Cinsel ilişki süresi, orgazm olma sıklığı ve disparoni açısından bipolar I ve bipolar II ve sağlıklı kontroller arasında fark saptanmamıştır (Mazza ve ark. 2011).

Dell'Osso ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan unipolar ve bipolar depresyon hastalarının cinsel işlev bozukluğu ve intihar girişimiyle ilişkisini araştıran çalışma sonucuna göre; cinsel yanıt döngüsünün üç evresinde (istek, uyarılma ve orgazm olma) kontrol grubuna göre duygudurum bozukluğu olan hastalarda önemli derecede bozulma saptanmıştır. Bipolar depresyon hastalarında unipolar depresyon hastalarına ve kontrol grubuna göre cinsel ilgi artışı ve sık eş değiştirme anlamlı şekilde yaygın bulunmuştur. Bipolar depresyon hastalarında; cinsel istek, uyarılma ve orgazm olma aşamalarındaki bozulma intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuştur. Bipolar bozuklukta cinsel işlevler ve işlev bozuklukları üzerine kısıtlı veri bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda daha çok kullanılan ilaç tedavilerinin cinsel işlevler üzerine olan etkileri ele alınmıştır.

Kullanılan İlaç Tedavilerinin Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi

Duygudurum Düzenleyicileri

Aizenberg ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir araştırmada, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk tanısıyla takip edilen, remisyonda ve lityum monoterapisi alan 35 erkek hasta cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirilmiş ve katılımcıların % 23'ünde cinsel düşüncelerde azalma, %20'sinde cinsel ilişki sırasında ereksiyon kaybı saptanmıştır. Varolan cinsel sorunların belirgin sıkıntı oluşturmadığı ve tedavi uyumsuzluğuna yol açacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Ceviz 2013).

Lityum tedavisinin; istek bozuklukları, ereksiyon güçlükleri ve infertilite yapabildiğine ilişkin çeşitli yayınlar bulunmaktadır (Vestergaard ve ark. 1980, Şahin 2004). Bildirilen erektil bozukluk oranı %5-20 arasındadır ve yapılan çeşitli çalışmalarda lityumun kesilmesi ile cinsel işlevin yerine geldiği bildirilmiştir. Lityumun erkeklerde infertiliteye de yol açtığı bildirilmiştir ve sperm yaşam süresini azalttığı gösterilmiştir (Amsterdam ve ark. 1981, Şahin 2004). Lityumun sebep olduğu cinsel işlev bozukluğu tipleri için veriler yetersizdir. Yapılan bir çalışmada; lityum kullanan erkeklerde en yaygın olarak cinsel istekte azalma sırasıyla ereksiyon olabilme ve sürdürme güçlüğü,

orgazm bozukluğu ve ejakülasyon azlığı görüldüğü belirtilmiştir. Çok az sayıda erkek ise cinsel istekte artış olduğunu ve cinsel fonksiyonlarının düzeldiğini bildirmiştir. Kadınlarda ise en sık olarak cinsel istek azlığı, sırasıyla orgazm gücü ve kalitesinde bozulma, orgazm esnasında ağrı tespit edilmiştir. Grover ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmış olan çalışma sonucuna göre; klinik olarak stabil, lityum kullanan hastaların yaklaşık üçte birinde cinsel işlev bozukluğu gelişmektedir ve lityum ilişkili cinsel disfonksiyon oranı lityumun diğer yan etkilerine göre yüksek saptanmıştır. Genellikle uyarılma gücü, istek azlığı, erektil disfonksiyon/ vajinal lubrikasyon ve azalmış cinsel birliktelik görülmektedir. Ayrıca cinsel işlev bozukluğu olan hastaların önerilen ilaç dozunu daha fazla aksatmakta olduğu belirlenmiştir. Bu durum ilaç ilişkili yan etkilerin tedavi uyumunu etkileyebileceğini destekler niteliktedir.

Kronik lityum kullanımının (terapötik aralığın altındaki konsantrasyonlarda) nitrik oksit yolağında bozulmaya neden olarak erektil disfonksiyona yol açabileceği belirtilmektedir. Siklooksijenaz enzim inhibisyonu ile lityum ilişkili erektil disfonksiyonun düzelenbileceği düşünülmektedir. Lityum ile ilişkili cinsel işlev bozukluklarının tedavisi ile ilgili çalışma pek bulunmamaktadır. Aspirin lityum kan düzeyini etkilemeyen NSAİ (non-steroidal antiinflamatuar) bir ilaç olduğu için lityum ilişkili cinsel yan etkilerin tedavisinde kullanılması düşünülmektedir. Genç, erkek, ötimik olan bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan çalışmada aspirinin lityumun neden olduğu cinsel işlev bozukluklarını düzeltmede etkili olduğu belirlenmiştir (Saroukhani ve ark. 2013).

Antiepileptik ajanların bipolar hastalarındaki cinsel işlevler üzerine olan etkisi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Genellikle epilepsi hastalarındaki etkileri üzerinde durulmuştur. Valproik asit kullanan hastalarda belirgin cinsel işlev bozukluğu olmadığı bildirilmektedir (Şahin 2004). Fakat epilepsi nedeniyle valproat kullanan genç kızlarda hiperandrojenizm gibi endokrinolojik yan etkiler çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca valproik asitin kadın hastalarda polikistik over sendromuna yol açabileceği bilinmektedir (Balaguer Martinez ve ark. 2003, Ceviz 2013).

Karbamazepin tedavisinin belirgin cinsel işlev bozukluğu yan etkisi olmadığı bildirilmesine rağmen (Şahin 2004); yetişkin erkeklerde seminal değişiklikler, sperm hareketliliğinde ya da konsantrasyonunda azalma, spermelerde morfolojik değişiklikler, cinsel istekte azalma, erektil disfonksiyon ve epilepsi hastalarında menstrüel düzensizlikler yaptığımıza ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Chen ve ark. 1992, Isojarvi ve ark. 1995). Lamotrijin tedavisinin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi çok nadir görülmektedir. Lamotrijinin enzim indüksiyonu yapmaması nedeniyle; enzim indüksiyonu yapan bir antiepileptik ajandan lamotrijine geçiş yapıldığında epilepsi hastalarının cinsel fonksiyonlarında düzelmeye olduğu saptanmıştır (Husain ve ark. 2000, Ceviz 2013).

Antidepresan İlaçlar

Trisiklik antidepresanların kullanımı ile cinsel yan etkiler sık bildirilmektedir. Cinsel istekte azalma, adet düzensizlikleri, dispareni, uyarılma ve ereksiyon güçlükleri, lubrikasyonda azalma, anorgazmi veya zaman zaman spontan orgazm, retarde ya da orgazmsız ejakülasyon gibi yan etkiler görülebilmektedir (Şahin 2004). Trisiklik ajanlar içinde en sık cinsel yan etki yapanlar klomipramin, amitriptilin ve doksepin olarak bildirilmektedir (Creshaw ve Goldberg 1996, Ceviz 2013).

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) olumlu yan etki profillerine rağmen cinsel işlevler üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. SSRI'lar cinsel istekte

azalmaya yol açabilmeleri yanında bazen istekte artışa neden olabilirler. Ayrıca dispareni, amenore, uyarılma ve ereksiyon zorlukları, anorgazmi, retarde ejakulasyon gibi yan etkiler gösterirler. Ejekülasyonda gecikmeye neden olmaları nedeniyle erken boşalma tedavisinde kullanılmaktadırlar. SSRI'ların cinsel işlev bozukluğu yan etkisi çeşitli yayınlarda oldukça farklı (%1-70) oranlarda verilmektedir. Erkeklerde cinsel yan etkiler daha sık görülmektedir ancak kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun şiddeti daha fazla olabilmektedir. İstek ve orgazm evrelerinde daha sık sorunlara yol açtığı gözlenmektedir. SSRI'ların cinsel işlev bozukluğu yan etkisi erken dönemde çıkmakta ve diğer yan etkilerden farklı olarak daha nadir tolerans gelişmektedir (Şahin 2004).

Antidepresan kullanımı sırasında en sık görülen cinsel işlev bozukluğu ejakulasyon gecikmesidir fakat bazen yaygın olmayan yan etkiler de görülebilmektedir. Örneğin trazodon kullanımı sırasında bazı erkek hastalarda priapizm gelişebilmektedir (Montgomery ve ark. 2002). Bupropion, moklobemid, reboksetin mirtazapin, nefazodon ve tianeptin gibi bazı antidepresanlar daha düşük cinsel yan etki potansiyeline sahiptir (Montgomery ve ark. 2002). Bipolar bozukluk tedavisinde manik kayma ve hızlı döngülü hastalık riski nedeniyle antidepresan ilaçlar genellikle tercih edilmemektedir fakat gerektiğinde daha çok SSRI grubu daha güvenilir olduğu için kullanılmaktadır.

Antipsikotik İlaçlar

Antipsikotik ilaçlar antikolinergik etkileri nedeniyle ejakülasyonda gecikme ve ereksiyon zorluğu yapabilmektedirler. Tubuloinfundibüler yolakta dopamin reseptörlerini bloke ederek prolaktin düzeyinde artışa ve dolayısıyla amenore, galaktore, libidoda azalma ve erkeklerde ejakulasyon yetmezliklerine neden olurlar. Antipsikotikler alfa adrenerjik blokaj yapmaları nedeniyle de ereksiyon ve uyarılma zorluklarına neden olmaktadır (Şahin 2004). Kısaca antipsikotikler; kolinerjik, serotonerjik ve adrenerjik sistem üzerindeki etkileri ve prolaktin düzeyinde artışa yol açmaları nedeniyle libidoda azalma, orgazm olamama, ereksiyonu sürdürmemeye, vajinal salgıda azalma, retrograd ejakülasyon gibi yan etkiler gösterebilmektedirler (Şahin 2004, Nagaraj ve ark. 2004).

Bipolar bozukluk I'de cinsel işlevlerde bozulma büyük oranda antipsikotik ve antidepresan ilaç tedavilerine bağlıdır. Antidepresanlara bağlı cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili daha çok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda tipik antipsikotiklerle karşılaştırıldığında atipik antipsikotiklerin cinsel yan etkileri daha düşük olarak saptanmıştır. Antipsikotik tedavi alan bipolar hastalarında cinsel işlev bozukluğu sık bulunmuştur. Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu erektil disfonksiyon olarak saptanmış ve tipik antipsikotik kullananlarda daha yüksek orandadır (Nagaraj ve ark. 2004)

Anksiyolitik İlaçlar

Benzodiyazepinler; hiperseksüalite, ereksiyon bozuklukları, orgazm bozuklukları, retarde ejakulasyon ve dispareni yapabilmektedir (Şahin 2004). Bipolar bozukluk hastalarında benzodiyazepin kullanımının cinsel işlevlere olan etkisi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Bipolar bozukluk tanısıyla izlenen lityum monoterapisi ve lityum-benzodiyazepin kombinasyonu kullanan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; kombinasyon tedavisinde özellikle klonazepam kullanımı ile cinsel işlev bozukluğunun sık olduğu saptanmıştır. Benzodiyazepinlerle cinsel yanıtın baskılandığı belirlenmiştir. Lityum ve benzodiyazepin kombinasyonu özellikle ereksiyon zorluğu ve orgazm kalitesinde bozulmaya neden

olmuştur (Ghadirian ve ark. 1992). Anksiyolitik etkisi olan buspiron cinsel yan etki açısından güvenilir bir anksiyolitik ajandır.

Cinsel İşlev Bozukluklarının Diğer Olası Nedenleri

Bazı bipolar hastaların manik veya hipomanik atak sırasında cinsel davranışlarında ve cinsel isteklerinde değişiklik gözlenmemektedir. Bu değişkenlik ve hastalığın farklı ataklarında değişen cinsel deneyimlerin bipolar bozukluğun ataklarının farklı biyolojik özelliklerinden ve hastaların farklı psikoseksüel gelişim özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Downey 2011). Raboch(1986), bipolar bozukluk hastalarının cinsel aktivitelerinde düşme olduğunu belirtmektedir. Ayrıca hastaların cinsel yaşamlarındaki kötüleşmenin bipolar bozukluğun başlangıcından sonra olduğu belirtilmiştir. Hastalık nedeniyle damgalanma sosyal ve cinsel problemlere yol açmaktadır. Damgalanma ile bipolar hastaların özgüvenleri azalmakta, sosyal izolasyona neden olmakta ve güçsüzlük hissi artabilmektedir (Hariri ve ark. 2009).

Hariri ve arkadaşları (2009) tarafından Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada; bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının, ilaç tedavisinin cinsel yaşama etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu durum çok az sayıda psikiyatristin hastaların cinsel yaşamını sorgulamasına ve çok az hastanın cinsel problemlerini psikiyatristine danışmasına bağlanmıştır. Daha çok erkek hastalar; hastalıklarını ve ilaçlarını cinsel problemlerinden sorumlu tutmuş, cinsel konularda daha bilgili bulunmuş, kadınlardan daha fazla doktorlarından bilgi istedikleri belirlenmiştir. Bu durum yetiştirilme koşulları, kültürel faktörlerin ve cinsiyet farklılığının cinsel yaşam üzerindeki etkilerini göstermektedir.

Bipolar Bozuklukta Cinsel İşlevlerin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Dossenbach ve arkadaşları (2006) psikiyatristlerin çoğunun cinsel işlev bozukluklarını gözden kaçırdıklarını belirtmektedir. Klinik çalışmalarda cinsel işlev bozuklukları düşük oranlarda belirlenmektedir fakat hastalara direkt sorulduğunda yüksek oranlar saptanmaktadır. Montejo ve arkadaşları (1996) psikiyatristlerin hastalarından cinsel işlevleri hakkında direkt bilgi aldıklarında, cinsel işlev bozukluklarının insidansında anlamlı artış olduğunu göstermiştir (Hariri ve ark. 2009).

Kronik psikiyatrik bozuklukları olan kişiler nadiren kendiliğinden cinsel yaşamları hakkında konuşurlar. Fakat hastaların cinsel hayatının ve cinsellikle ilişkili problemlerinin belirlenmesi bazı nedenlerden dolayı önemlidir. Çünkü cinsel aktivite kişinin kişilerarası ilişki yürütebilme, özel bir amaca ulaşabilme ve bir ihtiyacın karşılanabilmesi kapasitesini yansıtmaktadır. Bu nedenle cinsel işlevler hastaların genel işlevselliğinin önemli bir göstergesidir. Ayrıca cinsellik yaşam kalitesinde önemli bir rol oynamaktadır. Cinsel işlev bozuklukları, psikotropik ilaç tedavisinin en sıkıntılı yan etkilerinden biridir. İlaçların cinsel yan etkilerini belirlemek ve minimize etmek hastaların tedaviye uyumunu artırabilmektedir (Raja ve Azzoni 2003).

Bipolar Bozuklukta Cinsel Rıza

Psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler; düşünce bozuklukları, algı değişiklikleri, duygudurum dalgalanmaları, dürtüsellik ve telkine yatkınlık nedeniyle cinselliğe karar vermede

daha hassas olabilirler. Bu konuda yanlış karar vermeyele olabilecek cinsel yolla bulaşabilen hastalıklar, istenmeyen gebelikler, cinsel istismar, cinsel şiddet, cinsel özgürlüğün kısıtlanması ve cinsel zorlama gibi ciddi sonuçlara rağmen, klinisyenler için oluşturulmuş, cinsel rıza için hastanın kapasitesini değerlendiren ölçekler bulunmamaktadır. Kişilerarası iletişimde bozulma ve gerçeği değerlendirme yetersizliği nedeniyle varsanı ve diğer algı bozuklukları gibi psikotik belirtilerin varlığında kişinin cinsellik hakkında karar vermesi uygun değildir. Çalışmalarda daha çok mental retardasyonu olan kişilerde cinsel rıza konusuna değinilmiştir. Şizofrenik bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı hastaları ele alan bir çalışma sonucuna göre, bipolar bozukluk tanılı hastalar cinsel tedbir konusunda daha iyi bulunmuştur. Bu gibi ciddi ruhsal hastalıklarda cinsel rıza konusunda farklılıklar gözlenmesi hastalıkların şiddeti ile ilgili değil nörokognitif etkilenme düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Mandarelli ve ark. 2012).

Sonuç

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlevler konusundaki sınırlı verilerin çoğu ilaçlar üzerine odaklanmaktadır. Genel psikiyatride olduğu gibi bipolar hastalarda da cinsel işlevlerin sorgulanması günlük rutin bir uygulama haline dönüştürülmelidir. Bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastalarda cinsel işlevlerin daha az etkilenmesi için hastalığın tedavisinde seçilecek ilaçların olabilecek en az sayıda ve etkin olan minimal dozlarda tercih edilmesi; cinsel işlevlerin etkilendiği ve bunun hastanın işlevlerini bozduğu durumlarda ise cinsel yan etkilerin daha az olduğu ilaçlarla değişim yapılması uygun olacaktır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, cinsel şiddet gibi birçok riskli durum nedeniyle bu hastalık grubunda eğitim verilmesi, cinsel sağlık, doğum kontrol yöntemleri konusunda bilgilendirme yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

- Adelson S, Bell R, Graff A, Goldenberg D, Haase E, Downey JI et al. (2013) Is increased sexual behavior a symptom of bipolar disorder in children and adolescents? *Psychodyn Psychiatry*, 41:419–436.
- Aizenberg D, Sigler M, Zemishlany Z, Weizman A (1996) Lithium and male sexual function in affective patients. *Clin Neuropharmacol*, 19:515-519.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çeviren E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan (Çeviren E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Amsterdam JD, Winokur A, Caroff S (1981) The effects of desmethylimipramine and lithium on human sperm function. *Psychoendocrinology*, 6:359-364.
- Balaguer Martinez JV, Lopez Garcia MJ, Adres CM, Contell VA, Castello Pomares ML (2003) Effects of valproate on sexual development. *An Pediatr (Barc)*, 58:443-448.
- Basco MR, Celis-de Hoyos CE (2012) Biopsychosocial model of hypersexuality in adolescent girls with bipolar disorder: strategies for intervention. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 25:42-50.
- Bradford JM (2001) The neurobiology, neuropharmacology and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Can J Psychiatry*, 46:26-34.
- Ceviz H (2013) Bipolar I bozukluğu olan hastalarda ve eşlerinde cinsel işlev bozukluğu ve etkileyen faktörler (Uzmanlık tezi). Edirne, Trakya Üniversitesi.
- Chen SS, Shen MR, Chen TJ, Lai SL (1992) Effects of antiepileptic drugs on sperm motility of normal controls and epileptic patients with long-term therapy. *Epilepsia*, 33:149-153.
- Crenshaw TL, Goldberg JP (1996) *Sexual Pharmacology: Drugs that Affect Sexual Function*. New York, W.W. Norton.

- Dell'Osso L, Carmassi C, Carlini M, Rucci P, Torri P, Cesari D (2009) Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *J Sex Med*, 6:3063-3070.
- Dossenbach M, Dyachkova Y, Pirildar S, Anders M, Khalil A, Araszkiwicz A et al. (2006) Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *Eur Psychiatry*, 21:251-258.
- Downey JI (2011) Driven sexual behavior in bipolar spectrum patients: psychodynamic issues. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 39:77-92.
- Ghadirian AM, Annable L, Belanger MC (1992) Lithium, benzodiazepines and sexual function in bipolar patients. *Am J Psychiatry*, 149:801-805.
- Grover S, Ghosh A, Sarkar S, Chakrabarti S, Avasthi A (2014) Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *J Clin Psychopharmacol*, 34:475-482.
- Hariri AG, Karadağ F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE (2009) Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Compr Psychiatry*, 50:353-360.
- Husain AM, Carwile ST, Miller PP, Radtke RA (2009) Improved sexual function in three men taking lamotrigine for epilepsy. *South Med J*, 93:335-336.
- Isojarvi JI, Repo M, Pakarinen AJ, Lukkarinen O, Myllyla VV (1995) Carbamazepine, phenytoin, sex hormones and sexual function in men with epilepsy. *Epilepsia*, 36:366-370.
- Işık E, Işık U, Işık Taner Y (2013) Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Sigma.
- İncesu C (2004) Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Ek 3):S3-S13.
- Kaplan HS (1977) Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*, 3:3-9.
- Karamustafaloğlu N, Alpın N, Tomruk B (2004) İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5:28-36.
- Köröglü E, Güleç C (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Mandarelli G, Zangaro S, Raja M, Azzoni A, Tatarelli R, Ferracuti S (2012) Competence to consent to sexual activity in bipolar disorder and schizophrenic spectrum disorders. *Arch Sex Behav*, 41:507-515.
- Mazza M, Harnic D, Catalano V, Di Nicola M, Bruschi A, Bria P et al. (2011) Sexual behavior in women with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 131:364-367.
- McCandless F, Sladen C (2003) Sexual health and women with bipolar disorder. *J Adv Nurs*, 44:42-48.
- Meade C, Bevilacqua L, Key MD (2012) Bipolar disorder is associated with HIV transmission risk behavior among patients in treatment for HIV. *AIDS Behav*, 16:2267-2271.
- Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousono M, Calcedo A et al. (1996) Sexual dysfunction secondary to SSRIs: a comparative analysis in 308 patients. *Actas LusoEsp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 24:311-321.
- Montgomery SA, Baldwin DS, Riley A (2002) Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J Affect Disord*, 69:119-140.
- Nagaraj AKM, Nizamie SH, Akhtar S, Sinha BNP, Goyal N (2004) A comparative study of sexual dysfunction due to typical and atypical antipsychotics in remitted bipolar-I disorder. *Indian J Psychiatry*, 46:261-267.
- Öztürk MO, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Pini S, Dell'Osso L, Mastrocinque C (1989) Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. *Br J Psychiatry*, 175:467-471.
- Raboch J (1986) Sexual development and life of psychiatric female patients. *Arch Sex Behav*, 15:341-353.
- Raja M, Azzoni A (2003) Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Eur Psychiatry*, 18:70-76.
- Saroukhani (2013) Aspirin for treatment of lithium-associated sexual dysfunction in men: randomized double-blind placebo-controlled study. *Bipolar Disord*, 15: 650-656.
- Şahin D (2004) Psikiyatrik bozukluklarda cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 5:35-42.
- Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H (2006) Cinsel Yaşam ve Sorunları. Bilgilendirme Dosyası-1. İstanbul, CETAD.
- Turhan N (2007) Bipolar bozukluk kesitsel bir değerlendirme (Uzmanlık tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi.
- Vestergaard P, Amdisen A, Schou M (1980) Clinically significant side effects of lithium treatment: a survey of 237 patients in longterm treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 62:193-200.

Zeynep Namlı, Çukurova Üniversitesi, Adana; **Gonca Karakuş**, Çukurova Üniversitesi, Adana; **Lut Tamam**, Çukurova Üniversitesi, Adana; **Mehmet Emin Demirkol**, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Yazışma Adresi/Correspondence: Zeynep Namlı, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Turkey.
E-mail: zeynepnamlı@hotmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 21 Aralık/December 21, 2015 · **Kabul Tarihi/Accepted** 12 Mart/March 12, 2016

Aile İçi Şiddet ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri: Temel Kavramlar, Güvenlik Planı Hazırlama ve Alternatif Tedavi Model Örnekleri

Domestic Violence and Its Effects on Children: Fundamental Concepts, Safety Planning and Examples of Alternative Treatment Models

Melis Sedef Kahraman, Gökçe Çokamay

Öz

Aile içi şiddet bir aile bireylerinin birbirlerine karşı uyguladığı birtakım saldırgan ve kontrolcü davranışlar olarak tanımlanmaktadır ve bu davranışlar sıklıkla tekrarlayıcı davranış kalıpları olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmalar şiddet olaylarının büyük bir kısmının çocukların gözleri önünde yaşandığını ortaya koymaktadır. Aile içi şiddete doğrudan maruz kalma ya da tanık olma çocuklarda benzer duygusal-davranışsal sorunlarla sonuçlanmaktadır. Bu makalede aile içi şiddete maruz kalan farklı yaş gruplarındaki çocukların verdikleri farklı tepkilere değinilmiştir. Güvenlik planı hem çocuklar hem de aile içi şiddet mağdurları için Batı kültürlerinde sıklıkla kullanılan ancak Türkiye’de henüz yaygın bir şekilde kullanılmadığı gözlenen bir yöntemdir. Bu makale kapsamında güvenlik planı hazırlama aşamaları ve şiddete maruz kalan çocukların tedavisinde kullanılabilecek alternatif tedavi modelleri aktarılmıştır.

Anahtar sözcükler: Aile içi şiddet, çocuklar, güvenlik planı, tedavi modelleri.

Abstract

Domestic violence is defined as coercive and controlling behaviors that family members show toward each other. These behaviors are frequently seen as repetitive behavior patterns. Research indicates that many domestic violence incidents happen in the presence of children. Being exposed to domestic violence or witnessing domestic violence has similar emotional-behavioral problems in children. In this article, we emphasized different reactions of children to domestic violence within different age groups. Safety planning is a commonly used method in Western cultures for professionals either working with adult victims or child victims of domestic violence. Unfortunately, the importance of safety planning is not yet utilized in Turkey. In this article, the phases of safety planning and three different alternative treatment methods that have been proven successful for working with children who were exposed to domestic violence are explained.

Key words: Domestic violence, children, safety planning, treatment models.

AİLE İÇİ ŞİDDET duygusal istismardan başlayarak ölümlü sonuçlanan fiziksel şiddet vakalarına kadar çeşitlilik gösteren bir kavramdır. Aile içi şiddet, kadına/eşe yönelik şiddet kavramları sıklıkla beraber kullanılan kavramlardır ancak şiddet gösteren ya da mağdur olan kişi aile bireylerinden her hangi biri ya da bir kaç olabilmektedir. Kadına/eşe yönelik şiddet kişinin hali hazırda ya da geçmiş eşlerine karşı sergilenen saldırgan ve zorlayıcı davranışlarını tanımlamaktadır (UNICEF 2006). Aile içi şiddet genel olarak tek bir olaydan ibaret değildir ve şiddeti sergileyen kişinin kurbanına karşı kullandığı davranış kalıbı olarak görünmektedir. Aile içi şiddet fiziksel, cinsel, psikolojik ve hatta ekonomik olmak üzere farklı şekillerde gözlenebilmektedir (Ganley 1995). Dünya Sağlık Örgütü 2013 verilerine göre, kadınların %35'i yaşamları boyunca en az bir kez eşleri ya da eşleri olmayan kişiler tarafından cinsel ya da fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçları da benzer bir şekilde kadınların %37.5'inin yaşamları boyunca en az bir kez fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir (TÜİK 2014).

Şiddetin ne kadarının çocukların gözlerinin önünde gerçekleştiği tam olarak bilinmemekle birlikte, çocuklar bu sürecin görünmez mağdurları olarak kabul edilmektedir (Osofsky 1995). Amerika'nın 900.000 nüfuslu ve suç oranı genel ülke ortalamasının altında olan Pennsylvania eyaletindeki Northeast bölgesinde yürütülen bir çalışmada polis birimlerinin bir yıl boyunca aile içi şiddet konusunda aldığı çağrılar değerlendirilmiştir. Buna göre aile içi şiddet olaylarının neredeyse yarısının çocukların varlığında gerçekleştiği, bu olayların %81'inde de çocukların doğrudan şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Fantuzzo ve Fusco 2007). UNICEF'in Birleşmiş Milletler Sekreterliği tarafından çocuklara yönelik şiddete ilişkin toplanan verilerden yararlanarak hazırladığı rapora göre, dünya çapında şiddete maruz kalan çocuk sayısının 275 milyon civarında olduğu, Türkiye'de ise şiddete maruz kalan çocuk sayısının 2 ila 6.2 milyon aralığında olduğu tahmin edilmiştir (UNICEF 2006). Aynı rapora göre bazı ülkelerden veri toplanamaması, aile içi şiddetin genel olarak gizlenmesi ve ilgili kurumlara rapor edilmemesi nedeniyle durumun oldukça kritik olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada ise aile içi şiddetin görünmez mağdurları olan çocukların şiddet sürecinden nasıl etkilendiğinin tanımlanması ve bu süreçte önleme ve tedavi çalışmalarının ana hatlarının betimlenmesi amaçlanmıştır. Bu genel amaçla, öncelikle aile içi şiddet kavramı, türleri, yaygınlığı ayrıntılı bir şekilde ele alınmış, ardından Türkiye'de konu ile ilgili yapılan çalışmalara yer verilmiştir. Aile içi şiddet kavramının ayrıntılı bir şekilde ele alınmasının ardından çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili kavramlar tanımlanmıştır. Çalışmanın devamında aile içi şiddete maruz kalmanın çocukların ruh sağlığı üzerindeki etkilerine değinilmiş olup bu yazı kapsamında aile içi şiddetin çocuklar üzerindeki etkileri yaş grupları bağlamında ele alınmıştır. Son kısımda ise aile içi şiddete maruz kalan çocuklar için bir güvenlik planı oluşturma süreci ve alternatif tedavi modelleri sunulmuştur. Bu bilgilerin Türkiye'de yapılacak yeni uygulamalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Aile İçi Şiddet: Temel Kavramlar ve Türkiye'deki Durum

Dünya Sağlık Örgütü çocukların aile içi şiddete maruz kalmalarını uzun vadede olumsuz sonuçları olan küresel bir sorun olarak değerlendirmektedir (WHO 2014). Ancak aile içi şiddetin çocuklar üzerindeki etkisini kavrayabilmek için öncelikli olarak aile içi şiddete ilişkin temel kavramların ve aile içi şiddet verilerinin bilinmesi büyük önem

taşımaktadır. Aile içi şiddet cinsel şiddet, fiziksel şiddet, duygusal şiddet ve ekonomik kontrol olmak üzere dört farklı ana başlık altında incelenebilir.

1. **Cinsel Şiddet:** Cinsel şiddet kavramına eşe yönelik istismar bağlamında bakıldığında kişiyi istemediği cinsel davranışları yapmaya zorlama, kişi istemediği halde cinsel ilişkiye zorlama, cinsel yönelimine bağlı davranışları değersizleştirme, taciz etme, cinsel ilişki sırasında güç kullanmanın cinsel şiddet olarak tanımlandığı görülmektedir (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı 2016). Eşe yönelik cinsel istismar niteliğinde değerlendirilebilecek birçok davranış olup hepsinin temelinde istismar eden kişinin aynı mesajı yatmaktadır: kurbanın bedeni üzerinde kurban değil istismarcı eş/partner söz sahibidir (Ganley 1995). Cinsel ilişkiye zorlanmanın tanıdık kişiler ya da eşler tarafından daha fazla olduğu bilinmektedir. Çok sayıda kadının hayatının bir döneminde cinsel zorlanmaya maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Özellikle çocukluk yıllarında aile bireyleri tarafından cinsel şiddete maruz kalan kız çocukları ilerleyen yaşlarda yine akrabaları tarafından mağdur edilebilmektedirler (Şenol ve Yıldız 2013).
2. **Fiziksel Şiddet:** Eşe yönelik fiziksel şiddet sıklıkla istismar eden eşin ya da partnerin kurbanı yumruklaması, tokat atması, vurması, ısırması, çimdikleme, tekmelemesi, saçını çekmesi, itip kakması, yakması, boğazını sıkması, bir aletle vurması, bir alet batırması şeklinde gözlenmektedir (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı 2016). Kadının uygulanan fiziksel şiddete itiraz edememesi, evi terk edememesi, yardım çağrısına karşılık sabırlı olmasının söylenmesi, fiziksel şiddetin devam etmesine neden olmaktadır. Öte yandan kadının haklarını bilmemesi ve bilse de kendini savunamaması bu şiddetin devam etmesine neden olmaktadır (Şenol ve Yıldız 2013).
3. **Duygusal Şiddet:** Eşe yönelik duygusal şiddet kavramına bakıldığında bu kavramın sözel saldırılar ve aşağılamaları içeren duygusal saldırıların yanı sıra şiddet ve zarar verme tehdidi, ev eşyalarına ve evcil hayvanlara zarar verme, çocukları kullanma ve yalıtımı içerdiğini söylenebilir (Ünal 2008). Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün (2009) kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasına göre, Türkiye genelinde evli kadınların yüzde 44'ü duygusal şiddete maruz kaldıklarını, her dört kadından biri de son bir yıl içinde duygusal şiddeti deneyimlediğini belirtmiştir.
4. **Ekonomik Şiddet/Kontrol:** Ekonomik şiddet ya da kontrol ise istismarcı eşin kurbanın ailenin ekonomik bütün kaynaklarına ulaşımını kontrol altında tutması olup söz konusu kaynaklar; para, sigorta, yemek, kalacak yer, ulaşım araçları olabilir (Ganley 1995). Bu ekonomik kaynakları bir kontrol aracı olarak kullanan istismarcı eşin davranışları yalnızca kurbanın değil çocukların da zarar görmesi ile sonuçlanabilir. Ekonomik olarak kontrol sağlama kadını ekonomik olarak bağımlı yapan ve yoksulluğa sürükleyen bir şiddet şeklidir. Ekonomik kontrol sağlama yönelik olan bu tutum aynı zamanda ülkenin de kalkınmasını engelleyen bir sorun olmaktadır (Duyan 2011).

Aile içi şiddetin somut olarak görülmesi için bu konuyla ilgili yapılan araştırmaların ortaya koyduğu sonuçlar önemlidir. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009) tarafından yapılan ve örneklemini Türkiye'de yaşayan 15-59 yaş aralığındaki kadınların oluşturduğu, kadına yönelik aile içi şiddet araştırması sonuçlarına göre,

Türkiye’de evli kadınların yüzde 39’u fiziksel şiddete, yüzde 15’i cinsel şiddete ve yüzde 42’si bu iki şiddet türünden birine maruz kalmaktadır. Ayrıca cinsel şiddet ile fiziksel şiddetin iç içe yaşandığı durumların oldukça fazla olduğu, kadına yönelik şiddetin yaşanılabildiği bölge, eğitim ve refah düzeyi bakımından farklılaşmadığı, yaşam standartlarındaki artışla birlikte şiddete maruz kalma durumunun azaldığı ancak refah düzeyindeki artışın kadının şiddetten korunduğuna ilişkin bir bulgu olmadığı belirtilmiştir. Diğer bir çarpıcı bulgular ise, boşanmış/ayrı yaşayan kadınların yüzde 73’ü fiziksel şiddet yaşadıklarını, bekar kadınların ise yüzde 9’u erkek arkadaş/nişanlı/sözlü tarafından fiziksel şiddete uğradığını ifade etmiştir.

Kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet konusunda yapılmış araştırmalara göre şiddet yaşayan kadınların ruh sağlıkları yaşanan bu duruma bağlı olarak bozulmaktadır. Şiddetin farklı türlerine maruz kalan kadınların depresyon (Kıvrak ve ark. 2015), travma sonrası stres bozukluğu gibi bozukluklar geliştirdiği ve intihar girişiminde buldukları (Temiz ve ark. 2014) görülmüştür. Sığınma evinde kalan ve eşyle birlikte yaşayan şiddet mağduru kadınların ruhsal belirtileri incelendiğinde bu kadınların somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, kaygı, uyku ve yeme bozuklukları, suçluluk duyguları gibi ruhsal sorunlar geliştirdikleri bulunmuştur (Gezen ve Oral 2013). Ne yazık ki bu durumdan etkilenen tek kişi olayın mağduru olmamaktadır. Annenin ruh sağlığı çocuğun gelişiminde önemli bir faktör olarak görünmektedir (Lewis ve ark. 2015).

Çocuğun Aile İçi Şiddete Maruz Kalması ve Çocuk İstismarı

Aile içi şiddet ile çocuk istismarı sıklıkla bir arada görülmektedir (Waugh 2002, UNICEF 2006, MacMillan ve ark. 2013). Bu durumda çocuk fiziksel şiddete ya da diğer istismar edici davranışlara tanıklık edebilir, bunun yanı sıra istismar eden eş ya da partner çocuğa doğrudan vurabilir ya da çocuğu fiziksel olarak incitebilecek davranışlarda bulunabilir (Davies ve ark. 1998, Barran 2014). Ayrıca eşleri tarafından istismara uğrayan kadınların çocuklarını istismar etmeleri de söz konusudur ve alan yazında çok fazla karşılaşılmamakla birlikte aile içi şiddetin bir sonucu olarak ele alınmaktadır (Peled 2011). Şiddete doğrudan maruz kalan çocuklar kadar dolaylı olarak maruz kalan çocuklar da bu durumdan olumsuz etkilenirler ve profesyonel yardım almaları gereklidir.

Sözü edilen durumlar genel olarak çocuğa kötü muamele (child maltreatment) başlığı altında çocuk istismarı (child abuse) ya da çocuk ihmali (child neglect) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu kavramların şu şekilde tanımlayabiliriz;

Çocuğa kötü muamele 18 yaşın altındaki çocuğun ihmali edilmesi ya da istismar edilmesini kapsayan genel bir terim olup her şekilde fiziksel ve/veya duygusal kötü muamelelerin yanı sıra, cinsel istismar, ihmali, tedbirsizlik, ticari ya da diğer türlü sömürülere ilişkin eylemleri içermektedir. Bu eylemler sonucunda çocuk güç, güven ya da sorumluluk ilişkisi bağlamında hayati, gelişimsel ya da sağlıkla ilgili zarar görüyordur ya da zarar görme riski altındadır (WHO 2014).

Çocuk istismarı “0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi ve ya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza-dışı ve önlenemez bir davranışa maruz kalması çocuk istismarıdır ve bu davranışın çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzmanı tarafından da istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir” şeklinde tanımlanmıştır

(Polat 2007). İstismar kavramının anahtar özellikleri, tekrar etmesi, kasıtlı olması, çocuğun fiziksel, zihinsel, psikososyal gelişimini ve sağlığını olumsuz etkilemesidir.

Çocuk ihmali ise çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin çocuğun bakım, korunma, beslenme, giyim, eğitim, sağlık gibi gereksinimlerini yeterince yerine getirmemesi, çocuğu tek başına bırakması olarak tanımlanmıştır (Pelendecioğlu ve Bulut 2009).

Tıraşçı ve Gören'e göre (2007) çocuk istismarı ve ihmali durumunda bir yetişkin tarafından çocuğa karşı uygunsuz ya da hasar verici olarak tanımlanan, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler söz konusudur. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuk fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görür, sağlık ve güvenliği tehlikeye girer. Bu bağlamda Pelendecioğlu ve Bulut (2009), ihmal ve istismar arasındaki fark için ihmalin pasif davranışlardan, istismarın ise aktif davranışlardan oluşuyor olmasına dikkat çekmiştir.

Alan yazına bakıldığında çocukların ihmal ve istismar edildikleri alanlara dayanarak cinsel, fiziksel ve duygusal istismar/ihmal kavramlarının farklı başlıklar altında tanımlandığı görülmektedir. Buna göre çocuğa yönelik cinsel istismar, yetişkinlerin cinsel çıkarları doğrultusunda çocuğu kullanmaları olarak tanımlanmaktadır (Ünal 2008). Tecavüz, ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film seyrettirme, cinsel organları okşamaya kadar değişen eylemler cinsel istismar yelpazesi içindedir (Tıraşçı ve Gören 2007). Çocukların cinsel gelişimine gerekli önemin verilmemesi, cinsel istismara karşı korunamaması ya da bu konuda ilgisiz kalınması da cinsel ihmal olarak değerlendirilmektedir (Ünal 2008).

Çocuğa yönelik fiziksel istismar çocuğun kaza dışı yaralanması ya da fiziksel olarak cezalandırılması olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ihmal ise, çocuğun başkaları tarafından, fiziksel gelişim için gerekli olan beslenme, tıbbi bakım, giyim ve korunma gibi temel ihtiyaçlardan yoksun bırakılması ve bunların sağlanmaması durumu olarak ifade edilmektedir (Ünal 2008). İngiltere'de aile içi şiddet konusunda uzmanlaşmış dört farklı merkez in işbirliğiyle yürütülen bir çalışmada 877 çocuktan oluşan örneklem grubunun %28'inin aile içi şiddete tanık olmanın yanı sıra doğrudan fiziksel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (Barran 2014, CAADA 2014). Fiziksel istismar diğer istismar türlerine göre en sık rastlanan ve belirlenmesi en kolay olan istismar türüdür (Tıraşçı ve Gören 2007, Ünal 2008).

Çocuğun duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini engelleyici tüm davranışların, duygusal istismar ve ihmal kavramı altında tanımlandığı görülmektedir (Ünal 2008). Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, bağumlu kalma ve aşırı koruma gibi davranışlar duygusal istismar olarak tanımlanabilir (Tıraşçı ve Gören 2007).

Son yıllarda aile içi şiddete maruz kalma da çocuğa kötü muamele kavramının içinde değerlendirilmeye başlanmıştır (WHO 2014). Çocuğun aile içi şiddete maruz kalması başlarda çocukların yetişkinler arasında yaşanan şiddet içerikli olaylara doğrudan tanıklık etmesi olarak değerlendirilmiştir (MacMillan ve ark. 2013). Holden'a göre (2003) araştırmalarda sıklıkla kullanılan aile içi şiddete maruz kalma kavramının, araştırmalarda ele alınış biçimi fazlaca değişkenlik göstermektedir. Şiddet içeren olayların çocuklar tarafından doğrudan görülmesi ya da duyulması ile çocukların şiddete doğru-

dan maruz kalmadan sadece farkında olmaları benzer sonuçlar doğurmaktadır (Mac-Millan ve ark. 2013). Holden (2003) incelediği araştırmalardan yola çıkarak çocukların şiddete maruz kalma durumlarını on başlık altında sınıflandırmıştır. Buna göre şiddete maruz kalma durumlarının altısı doğrudan, diğer dördü ise dolaylı bir şekilde çocuğun şiddete tanık olması şeklinde değerlendirilmiştir. Bu sınıflamaya göre çocukların aile içi şiddete maruz kalmaları şu başlıklar altında sınıflandırılabilir:

1. Doğum öncesi (Annenin aile içi şiddete maruz kalışı fetüsü etkiler),
2. Müdahale etme (Çocuk sözel ya da fiziksel olarak şiddeti durdurmaya çalışır, annesini savunmaya çalışır ya da anababasına durmalarını söyler),
3. Kurbanı olma (Çocuk olay sırasında kasti ya da kazara sözel ya da fiziksel olarak saldırıya uğrar),
4. Tanıklık etme (Çocuk olaya doğrudan tanıklık eder, saldırıyı izler ya da sözlü saldırıyı doğrudan duyar),
5. Kulak kabartma (Çocuk olayı doğrudan görmez ancak sesler-bağırış, tehdit ve eşyaların kırılma seslerini- duyar),
6. Katılma (Çocuk olaya kendiliğinden dahil olur ya da dahil olmaya zorlanır, casus olarak kullanılır, çocuk da annesi ile alay ederek olaya dahil olur),
7. İlk etkilerini gözleme (Çocuk saldırının hemen ardından ortaya çıkan sonuçları-yaralanma, ambulans, zarar gören eşyalar, yoğun duygular-görür),
8. Olay ardından (Saldırının sonucunda çocuğun hayatında ortaya çıkan değişiklikler-annenin depresyonu, anababalık tarzında değişim, anne ya da babadan ayrılma, yer değiştirme- ile karşı karşıya kalır),
9. Sonradan duyma (Yaşanan saldırı çocuğa doğrudan anlatılır-anababa, kardeşler ya da akrabalar tarafından- ya da çocuk bu konu ile ilgili anlatımlara kulak kabartır),
10. Görünüşte habersiz olma (Saldırı çocuk evde değilken, okuldayken ya da uyu-yorken olmuştur ve çocuk saldırıdan habersizdir).

Şiddetin Çocuklar Üzerindeki ve Yaşam Boyu Süren Etkileri

Aile içi şiddetin çocuklar üzerinde birçok olumsuz etkisi söz konusudur ve bu etkiler şiddetli ve uzun süreli olabilir (UNICEF 2006). İngiltere’de aile içi şiddet konusunda hizmet veren dört merkezin yardımı ile yürütülen bir çalışmaya göre, aile içi şiddete tanık olan çocukların %52’si davranış sorunları geliştirmiş, %39’u okula uyum problemleri göstermiş, %25’i istismar edici davranışlar sergilemeye başlamış, %60’ı ise evde yaşanan şiddet olaylarından kendisinin sorumlu olduğunu belirtmiştir (Barran 2014). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre anababasından kötü muamele gören çocuklarda bazı psikolojik, fiziksel ve davranışsal sorunların gelişmesi olasıdır. Bu sorunlar, istismar eden ya da istismar edilen olma, depresyon, sigara içme, obezite, yüksek riskli cinsel davranışlar, istenmeyen hamilelik, alkol ya da madde kullanımı olarak ortaya çıkmaktadır (WHO 2014).

Funzotto ve Fusco (2007) 6 yaş altı çocukların aile içi şiddete tanık olma risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Aile içi şiddete tanıklık eden küçük çocukların duygusal stres, uyku bozuklukları, yalnız kalma korkusu, gelişim düzeylerinin altında olgunluk, somatik yakınmalar, tuvalet eğitiminde ve dil gelişiminde gerileme gözlenmiştir (Osofsky 1995, 1999, 2005). Başka bir araştırmada ise çocukların bağlanma sorunu, ayrılma kaygısı yaşadıkları ve bu çocukların duygularını dile getirebilecek sözel

kapasitelerinin henüz yeterli olmasının da bu yaşlarda görülen öfke nöbeti, saldırganlık, ağlama ve sakinleşememe, kaygı ve umutsuzluğu açıkladığı görülmüştür (Holt ve ark. 2008). Aynı zamanda yeni doğanlar ve küçük çocukların strese karşı savunmasız olduğu ve bu yaşlarda maruz kalınan stresin beyin gelişimini etkilediği (Herman-Smith 2013), yaşamın ilk iki yılında maruz kalınan kişiler arası travmanın özellikle zarar verici olduğu ve çocuğun bilişsel gelişimini doğrudan etkilediği (Enlow ve ark. 2012) bilinmektedir.

Aile içi şiddete tanık olan okul çağı çocuklarının sıklıkla bu konuyla ilgili rahatsız edici düşüncelerinin olduğu ve bu nedenle odaklanma problemleri yaşayabildikleri, kaygı ve uyku bozuklukları, saldırgan ve karşı gelme davranışları olabileceği gibi travma sonrası stres bozukluğuna çok benzer bir tablo da gösterebilecekleri (Osofsky 2005) belirtilmiştir. Genel işlevsellikleri, davranışları, sosyal becerileri ve okul performansları yaşadıkları durumdan etkilenebilmektedir (Osofsky 1995). Osofsky'e göre (2005) okul çağı çocuklarının artık kendilerine ve başkalarına ilişkin duygusal farkındalıkları yüksektir, bu nedenle şiddetin nedenleri üzerine kafa yorabilirler, şiddeti durdurmak için neler yapabileceklerini düşünüyor ve bu konuda endişeleniyor olabilirler ve kendilerini suçlayabilirler.

Aile içi şiddete maruz kalan ergenler davranış problemlerinin (agresif, baş kaldıracı davranışlar, intikam yolları arama) yanı sıra kaygı ve umutsuzluk sergilemektedir. Ayrıca bağlanma sorunları ve kendileri için olumsuz birtakım grupların içine dahil olma gibi durumlarla karşılaşmaktadır (Osofsky 1995, 2005). Bu dönemde aile içi şiddete maruz kalmanın etkileri aile dışına da yansiyabilmektedir ve ergen sağlıklı akran ilişkileri kuramamaktadır (Holt ve ark. 2008). Ayan (2007) altı, yedi ve sekizinci sınıf ilköğretim öğrencileri ile yürüttüğü çalışması sonucunda ailesi tarafından şiddete maruz kalan ergenlerin saldırganlık eğilimlerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ayrıca diğer çalışmalara göre, bu ergenlerin düşük beden kitle endeksine sahip olduğu (Lourenço de Silva ve ark. 2014), aile içi şiddetin erkek ergenlerin madde kullanımıyla ilişkili olduğu (Espelage ve ark. 2013) bulunmuştur. Aile içi şiddetin çocuklarda travma sonrası stres bozukluğuna neden olmasının yanı sıra en az bir ebeveynin şiddet uygulaması ise çocukların pek çok alanda (sosyal, duygusal, davranışsal gibi) uyumsuz bir işlev göstermesine neden olduğu, ergenlerde ise aile içi şiddet eş zamanlı problemleri doğurduğu belirtilmiştir (Margolin ve Vickerman 2011).

Çocukların aile içi şiddetten etkilenme düzeylerinin yaşla ilişkisini inceleyen araştırmalar farklı sonuçlar elde etmiştir. Buna göre, çocukların aile içi şiddetten etkilenmesinin yaştan bağımsız olduğu sonucunun (Wolfe ve ark. 2003, Evans ve ark. 2008) yanı sıra aile içi şiddete daha erken dönemlerde ve daha uzun dönemli maruz kalan çocukların birbirini izleyen gelişimsel süreçlerde daha erken problemler yaşadığını gösteren bir bulguya da (Holt ve ark. 2008) rastlanmıştır. Ancak bu duruma maruz kalan çocukların hangi gelişim döneminde hangi duygusal ve davranışsal özellikleri göstereceğinin bilinmesi bu çocukların belirlenmesi bakımından önem taşımaktadır. Ayrıca maruz kalınan durumla baş etme yollarının geliştirilmesi açısından da bu özelliklerin tanımlanması önemlidir.

Aile içi şiddet çocuklar için olduğu kadar yetişkinler için de travmatik bir deneyimdir. Herman'a (2015) göre aile içi şiddetin diğer travma türlerinden bir farkı da çocuğun güvenlik konusunda ve kendisini korunmaya muhtaç hissettiği durumlarda yöneldiği kişilerden birinin tehlikenin ana kaynağı olmasıdır. Sıklıkla çocuğun bu kişi ile olan iletişimi devam etmektedir. Fiziksel şiddet dönemseller ya da düzensiz şekilde gözlenebilir

ancak istismarın diğer türleri süreklilik gösterir ve dolayısıyla aile içi şiddet doğası gereği kroniktir. Dolayısıyla travmatik deneyim ailenin bütün üyeleri için süreklilik gösterir (Ferencik ve Ramirez-Hammond 2010). Çocukluklarından itibaren aile içi şiddete maruz kalan kişilerin yetişkinlik dönemlerinde bu maruz kalmanın uzun dönemli etkileri gözlemlenir. Roediger'e göre (2009) duygusal, bedensel ya da cinsel istismara maruz kalarak büyümüş kişiler başka kişileri tehlikeli ve kendisine zarar verebilir olarak algılayan kendilerini de değersiz ve istismara karşı savunmasız olarak algırlar. Diğer kişilerin kendilerini inciteceği, aşağılayacağı, aldatacağı, yalan söyleyeceği, çıkarları için kullanacağı yönünde bir beklenti geliştirirler (Young ve ark. 2003). Bu durum bir yandan istismar edilecekleri şüphesiyle ya ilişkiden kaçınmaya ya da yüzeysel ilişkiler yaşamaya, diğer yandan istismar edildikleri ilişkileri sürdürmeye neden olabilir. Ayrıca ilişki içinde zarar görmemek için çeşitli stratejiler geliştirebilir ve bunlardan biri de kendisinin istismarcı olmasıdır (Dobson 2009). Stratejileri her ne olursa olsun başka kişilerin güvenilmez ve istismar edici kendilerinin de istismara mahkum olan kişiler oldukları adeta hayatlarındaki temel paradigma haline gelmiştir (Roediger 2009).

Aile içi şiddet doğrudan maruz kalan kişi için travmatik bir deneyim olmasına karşın bununla sınırlı kalmamaktadır. Şiddete tanıklık eden, doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalan çocuklar şiddetin etkisini hem kısa hem uzun vadede yaşamaktadır. Söz konusu etkilerin çocuğa kısa ve uzun vadede zarar vermemesi için çeşitli önlemler ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması oldukça önemlidir. Bu nedenlerle çocuğun kendini koruyabilmesi için bir model olan güvenlik planı hazırlama ve çocuğun iyilik halinin sürdürülmesi için alternatif tedavi yöntemlerinden söz edilmiştir.

Şiddete Maruz Kalan Çocuklarda Güvenlik Planı Hazırlama

Travmanın en önemli etkilerinden bir tanesi travma kurbanı olan kişinin kendisini güçsüz ve her şeyin kontrolünden çıktığını hissetmesidir (Herman 2015). Bu kişilerin kendilerini güvende ve hayatlarını kontrol edebildiklerini hissetmeleri hem birtakım olumsuz durumlarla baş etme hem de iyileşme sürecinde yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bunun için de aile içi şiddet söz konusu olduğunda mağdur kişilerin kendilerini güvende ve kontrolü yitirmediklerini hissetmelerini sağlayan bir yöntemin belirlenmesi önemlidir. Bu yöntem hem aile içi şiddet hem de doğrudan çocuğun istismarı söz konusu olduğunda kullanılabilir.

Güvenlik planı kriz durumundaki kadınlara yardımın vazgeçilmez bir parçası olarak görülmekte ve kadın sığınma evleri ile aile içi şiddet yardım hatları tarafından kullanılmaktadır (Miller ve ark. 2012, Lindhorst ve ark. 2005). Kadınlara yapılan güvenlik planları sıklıkla çocukların güvenliğine ilişkin öğeleri de kapsamaktadır. Diğer yandan aile içi şiddete maruz kalan kadınlara yönelik sitelerde kadınlara çocukları ile güvenlik planı hazırlamaları tavsiye edilmektedir (The National Domestic Violence Hotline 2015, Morçatı Kadın Sığınağı Vakfı 2016). Söz konusu güvenlik planları travma odaklı bilişsel davranışçı terapi ve çocuk-ebeveyn psikoterapisi gibi tedavi programlarında da yer almaktadır (Mac Millan ve ark. 2013).

Aile içi şiddetin var olduğu durumlarda ebeveynlerin çocuklarla gözden geçirebilecekleri bazı temel güvenlik stratejileri tanımlanmıştır. İlk olarak çocuğa, sorumluluğunun anneyi korumak değil güvende olmak olduğu açıklanmalıdır. Buna göre çocuklara şiddet olayının ortasında kalmadan nasıl kaçabilecekleri öğretilmeli, gerekirse çocuklarla bunun denemesi yapılmalı, ev içinde çocuk için bazı güvenli olabilecek yerler belirlen-

meli, çocukla ebeveyn arasında uzaklaşmasını ya da yardım çağırmasını ifade edecek bazı şifre kelimeler/kodlar kararlaştırılmalıdır (Campbell 2001, The National Domestic Violence Hotline 2016).

MacMillan ve arkadaşları (2013) çocuklarla güvenlik planı yaparken aşağıdaki ilkelere ve uygulamaya dönük stratejilerin yararlı olabileceğini öne sürmüşlerdir:

- a. Okulda yapılan önleme çalışmalarında cinsel istismara çok fazla değinilmemeli ve evdeki her tür şiddetin kabul edilemez olduğu belirtilmelidir. Bu şekilde aile içi şiddete ilişkin gizlilik tabusu da yıkılmış olacaktır,
- b. Güvenlik kavramı genişletilmeli, yalnızca fiziksel güvenliğe odaklanmak yerine duygusal, manevi güvenlik ve kültürel güvenliğe de vurgu yapılmalıdır,
- c. Çocukların yaşlarına ve gelişimsel seviyelerine uygun bilgi verilmelidir,
- d. Verilmek istenen mesajlar yardım çağırma, evin içinde bir tehlike olduğunda ev dışında güvenli bir yer arama, güvenilir bir yetişkine söyleme gibi genel güvenlik stratejileri içinde çerçevelenmelidir,
- e. Şiddet olduğunda başka çocuklara değil yetişkinlere ihtiyaç olduğu özellikle vurgulanmalıdır
- f. Çocuğa her şeye rağmen bazı zararların meydana gelebileceği, bazı tehlikeli durumlarda söz konusu güvenlik stratejilerini uygulayamayabileceği açıklanmalı ve kendisini suçlamasının önüne geçilmelidir,
- g. Yine çocuğa şiddet içeren durumların anababalar birlikte yaşamasalar da ayrılık sonrası ya da ziyaretler sırasında taraflar birbirlerini gördüklerinde de ortaya çıkabileceği açıklanmalıdır.

Miller ve arkadaşlarının (2012) okul öncesi çocuklarla yürüttükleri on haftalık güvenlik eğitimi programının ilk dört haftasında duygularını ifade etme ve tanımaya dönük aktiviteler uygulanmıştır. Bu kapsamda aile içi şiddete ilişkin duygular da ele alınmıştır. Beşinci seansta güvenlik planına değinilmiş, sonraki seanslarda üzerinden geçilmiştir. Güvenlik planının yanı sıra, altıncı seansta çatışma çözüme stratejileri de ele alınmış ve çocuklarla kavga etmenin alternatifi olabilecek yöntemlere odaklanılmıştır. Son seanslarda aile içi şiddetin ötesinde cinsiyet rolleri de ele alınmıştır. Söz konusu programın sonunda gerçekleştirilen değerlendirmeye göre, okul öncesi çocukların güvenlik stratejilerini öğrenebildikleri ortaya koyulmuşsa da çalışmanın sonuçları bu stratejiler üzerinde daha fazla durulması gerekliliğini göstermiştir.

Başka bir çalışma hizmet sağlayıcılar (sosyal hizmet uzmanları gibi) ile yapılmış ve buna göre hizmet sağlayıcıların çocuklara güvenlik planı hazırlamada doğru yolu kullanma konusunda birtakım çekinceleri olduğu görülmüştür. Bu görevliler aynı zamanda çocuk/ergen ve ailelerle şiddet söz konusu olduğunda ne zaman ve nasıl güvenlik planı oluşturacaklarına ilişkin de zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Horton ve ark. 2014). Dolayısıyla bu eğitimi/hizmeti verecek personelin hem çocuk ve ergenlerin gelişimsel özelliklerini bilmesi hem de kriz durumlarının dinamikleri konusunda bilgi sahibi olması gerekli görünmektedir.

Turnell ve Edwards (1999), sosyal çalışmacıların çocukların güvenliğini sağlama ve güvenlik planı hazırlamadaki uygulamalarını geliştirme üzerine yaptıkları çalışmalarda, sosyal çalışmacıların bu konuda dikkat etmeleri gereken noktalara değinmişlerdir. Genel anlamda sosyal çalışmacıların bu hizmeti alanların birer insan olduklarını ve onların gereksinimlerine odaklanmaları gerektiğini belirtmiştir. Ortada bir istismar olmasa dahi en küçük bir riski bile göz önüne alarak tüm detayları incelemeleri gerektiği belirtilmiş-

tir (Gibson, 2014).

Çocuğun korunması, sosyal hizmetlerin önemli konularından biri olmuştur ve bu konuda birçok yaklaşım denenmiştir. Turnell (2012), çocuk koruma planı (child protection plan) ve güvenlik planını (safety planning) karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Buna göre çocuk koruma planında hizmet sağlayıcılar konunun uzmanı olarak çocukla iletişime geçecekler ve aileden sınırlı sayıda kişi bu plana katılırken çok sayıda uzmanın katılımı söz konusudur. Buna karşılık güvenlik planında planı oluşturucu temel kişiler olarak aile ve çocuğun işbirliğine önem verilir. Çocuk koruma planında aileye temasa geçmesi için bir servisler listesi verilir, güvenlik planında ise ailenin çocuğun güvenliği için üzerinde çalışması gereken detaylı kurallar öğretilir. Son olarak çocuk koruma planında aileye katılması gereken toplantılar listesi verilir, hepsi çocuk koruma konferansı sonrası kısa bir süre içinde hazırlanır ve aileler genellikle süreçle ilgili eleştirilirdir. Güvenlik planında ise aileler ve gerekli sosyal ağı işbirliği için görüşmeler aylar sürebilir, aileler kuralların neden gerekli olduğunu öğrenir ve aileler genellikle süreçle ilgili olumludur (Gibson 2014).

Güvenlik planı oluşturma sürecinin öğretici, tüm aileyi ve gerekli sosyal ağı kapsayan, uzun dönemli ve olumlu bir süreç olduğu söylenebilir. Ancak sürecin etkili ve olumlu bir şekilde geçirilmesi bu hizmet sağlayıcıların bu konuda gerekli eğitimi almış ve uzman olmaları gereklidir. Aynı zamanda aileden güvenilir kişilerin listeye alındığı ve olumlu bir yaklaşımla bu kişilerin etkin katılımları desteklenmelidir. Her şeyden önce bu güvenlik planını öğrenme sürecinde çocuğun ruh sağlığı düşünülmesi ve bilgilerin çocuğun gelişimine uygun, kendini güvende hissettiği bir şekilde verilmesi gözetilmelidir.

Şiddete Maruz Kalan Çocuklar İçin Farklı Tedavi Modelleri

Türkiye’de şiddete/istismara doğrudan maruz kalan çocukların koruma ve tedavi yükümlülüğü yasalarla açık bir şekilde tanımlanmıştır (Çocuk Koruma Kanunu 5395, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu 2828, Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun 6284). Aile içi şiddet gibi içerisinde pek çok sorun alanını barındıran bir konuda tek hizmet sağlayıcılar sosyal çalışmacılar ya da sosyal hizmet uzmanları değildir. Sürece ruh sağlığı profesyonelleri de çoğu zaman girmektedir. Dolayısıyla güvenlik planı oluşturmanın yanı sıra söz konusu duruma maruz kalan çocukların ve gençlerin tedavi sürecinin de açıklanması önemli görülmektedir. Aile içi şiddete maruz kalan çocuklarla çalışırken kullanılan farklı modeller vardır. Bu modellerden etkililiği pek çok sayıda çalışma ile ortaya konulmuş çocuk ebeveyn psikoterapisi-aile içi şiddet (child parent psychotherapy-family violence), anababa çocuk etkileşim terapisi (parent child interaction therapy) ve travma odaklı bilişsel davranışçı terapi (trauma focused cognitive behavioral therapy) kısaca açıklanmıştır. Bu tedavi yöntemlerinden ilk ikisi daha küçük yaştaki çocuklara odaklanmakta ve özellikle anababa becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Sonuncusu ise daha çok travma semptomlarının giderilmesine odaklanmaktadır.

Çocuk Anababa Psikoterapisi

Fraiberg’in (1980) yeni doğan-anababa psikoterapisi ve Bowlby’nin (1969) bağlanma teorisine dayanarak geliştirilmiştir. Beş yaşına kadar çocukların şiddete ya da travmaya maruz kalmalarından kaynaklanan anababa-çocuk ilişkisinin aksamaması ya da olumsuz

etkilenmesi durumlarında kullanılmaktadır (Ippen ve ark. 2010). Tipik olarak haftada bir uygulanan bu yöntem oturumlar sırasında çocuğun serbestçe oyun oynamasına, bu oyunlar sırasında çocuk ile anababası arasında kendiliğinden gelişen etkileşimlere odaklanmakta, terapist çocuğun tepkilerini aileye tercüme etmekte, çocuğun uyumsuz (maladaptive) davranışlarını ve anababanın uyumsuz davranışlarının üzerinde durmakta, anababalara gelişimsel konularda rehberlik etmekte, çocuk ve anababaları travmatik deneyimi konuşarak iletişim kurmaları konusunda teşvik etmekte ve bir travma öyküsü oluşturmaya çalışmaktadır. Bu şekilde terapide işlenmemiş korkutucu olaylar ele alınmaktadır (David ve Schiff 2015).

Çocuk anababa terapisi-aile içi şiddet programı ise birer saatlik 12 oturumda oluşur, bu oturumlarda terapistin yönlendirmesi ile anne çocuk ile etkili bir şekilde oyun oynar, ayrıca anne etkili koruyucu davranışları öğrenir. Bu yöntem annenin çocuğun duygusal durumlarını anlayıp, normalleştirmesine, duygusal destek verebilmesine, oyun yolu ile sağlıklı bir anne-çocuk ilişkisi gelişmesine odaklanır (Borrego ve ark. 2008).

Anababa Çocuk Etkileşim Terapisi

Sosyal öğrenme ve bağlanma teorisine dayanan, süresi 14-20 hafta arasında değişen 2-7 yaş arası gözlenen davranış problemleri sergileyen çocuklarla kullanılan bir modeldir (Timmer ve ark. 2010). Değişim için anababa eğitim programlarını ve olumlu anababalık stratejilerini kullanan bu yöntemde terapist çocuğun da yer aldığı oturumlarda, bireysel farklılıkları da gözleterek, çocuk ile anababa arasındaki işlevsiz ilişki biçiminin değiştirilmesi konusunda anababayı yönlendirir (Borrego ve ark. 2008). Tedavi modelinin ilk evresine çocuğun önderliğinde iletişim adı verilir. Buradaki amaç çocuk ile anababa arasındaki iletişimi geliştirmektir, ikinci evreye ise anababa önderliğinde iletişim adı verilir. Buradaki amaç ise çocuğun uyumunu geliştirmektir. Her bir evre bilgi verici bir saatlik bir oturumla başlar, uygulama sırasında ise çift taraflı aynanın olduğu bir odanın görünmez tarafında olan terapist kulaklıkla anababaya geri bildirim verir (Timmer ve ark. 2010).

T travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli

Temelde aşamalı maruz bırakma ilkelerine dayanmaktadır. Oturumlar terapist ve çocuk, anababa ve terapist ile anababa-çocuk-terapist oturumları şeklinde düzenlenmektedir (Cohen ve Mannario 2008). Tedavi travma ve istismara ilişkin genel bir psikoeğitim ile başlar, ardından stres kontrol teknikleri ve rahatlama eğitimi, duyguları ifade ve ayarlama, bilişsel başa çıkma, travma öyküsü oluşturma, bilişsel işleme, davranış düzenleme, anababa-çocuk oturumu ile sonlanır (TF-CBT Web 2005). Tedavinin her bir bileşeni çocuğun travmatik deneyimine maruz kalmayı gerektirir ve çocuk ile anababa tedavide üst basamaklara çıktıkça maruz bırakmanın yoğunluğu da artar (Cohen ve Mannario 2008).

Tedavinin temelinde travmatik olayı deneyimleyen kişinin travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının travmaya verilen doğal bir tepki olduğunu bilmesi amaçlanır. Ancak yüksek düzeyde rahatsızlık yaratan travmanın hatırlatıcılarından kaçınmanın belirtileri arttırdığını anlaması, travmanın yarattığı yoğun duygular ile baş etme yöntemlerini öğrenmesinin önemli olduğu belirtilir. Bunların yanı sıra tedavide tetikleyiciler ve hatırlatıcılara aşamalı olarak maruz kalarak travma öyküsüne duyarsızlaşmasına odaklanılmaktadır (TF-CBT Web 2005).

Sonuç

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19 Maddesi çocukların her türlü kötü muamele, istismar ve ihmalden korunmasından önce ana babayı sonrasında da taraf devletleri sorumlu kılar. Unutulmamalıdır ki çocuklar aile içi şiddetin görünmeyen mağdurları olmaktadır ve şiddete tanıklık etmelerinin yanı sıra çoğu kez istismara da maruz kalmaktadırlar. Aile içi şiddete tanık olan ve şiddetin doğrudan mağduru olan çocuklarda akut ya da kronik çeşitli duygusal davranışsal problemler görülmektedir.

Bu durumda ilk yapılması gereken aile içi şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar yürütmektir. İstanbul Sözleşmesi (Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi) 34 ülke tarafından 2011 yılında imzalanmıştır. Türkiye'nin bu sözleşmeyi ilk imzalayan ülke olması söz konusu soruna ilişkin hukuksal farkındalığın oluştuğunu gösterir niteliktedir. Bu sözleşme Türkiye'de 2014 yılında yürürlüğe girmiştir. (Deutsche Welle 2015).

Türkiye'de aile içi şiddete yönelik programlar Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın tarafından yürütülmektedir. 2008-2010 yılları arasında yürütülen Avrupa Birliği destekli Sığınma Evleri Projesi ardından 2013 yılında Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi başlatılmıştır. 2013 yılından bu yana devam eden bu projenin hedefi 26 ilde şiddete/aile içi şiddete maruz kalan kadınlar için destek hizmetleri oluşturarak ve/veya mevcut hizmetleri geliştirerek kadınların şiddete karşı yeterli korunmaya sahip olmalarını sağlamaktır (Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi 2016). Şiddetin önlenmesine ilişkin bir diğer proje de Milli Eğitim Bakanlığı ve Avrupa Birliği iş birliği ile 2013 yılında yürütülmeye başlanan Çocuğa Yönelik Şiddetin Önlenmesi Projesi olup projenin hedeflerinden bir tanesi de "Çocuklara yönelik şiddetin önlenmesi ve müdahale edilmesi için okullardaki rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ve pilot illerdeki mevcut Psiko-sosyal Müdahale Ekiplerinin kapasitelerinin geliştirilmesi" olarak tanımlanmıştır. Proje kapsamında oluşturulan Şiddet Eylem Müdahale Planı ile konuya yönelik olarak bir farkındalık artışı ve konunun okullarda yürütülen rehberlik faaliyetlerine dahil edilmesi hedeflenmiştir (Çocuğa Yönelik Şiddetin Önlenmesi Projesi 2016).

Sözü edilen projelerin gerçekleştirilmesi umut vericidir. Aile içi şiddete yönelik gelecekte yapılacak önleyici ve müdahale edici projeler kapsamında güvenlik planı hazırlama ve sözü edilen tedavi modellerinin Türk kültürüne uyarlanması yapılabilir. Ayrıca Türkiye'deki gereksinimlerin neler olduğuna ilişkin araştırmalar yapıldıktan sonra kültüre özgü yeni önleyici ve müdahale edici yaklaşımlar geliştirilebilir. Bu nokta da en önemli konu, yapılan çalışmaların etkililik araştırmalarıyla desteklenmesidir. Böylece etkisiz uygulamalar yerine işe yarayan ve bireylerin yüksek fayda sağladığı yaklaşımlar elde edilebilir. Ancak bu şekilde hem kaynakların ekonomik kullanımının hem de şiddetin önlenmesinin sağlanılabileceği düşünülmektedir.

Söz konusu projeler şiddetle mücadele açısından her ne kadar umut verici olsa da yapılan araştırmalar yeterli olmadığını göstermektedir. Nitekim aile içi şiddet ailenin kutsallığı, ailenin mahremiyeti, toplumsal cinsiyet rolleri, kadınların şiddetle baş etme biçimleri, toplumun ve kadınların şiddete ilişkin algıları gibi pek çok faktörün etken rol oynadığı bir sorundur (Kandemirci ve Kağnıcı 2014). Türkiye'de şiddetin bir terbiye biçimi olarak algılanması, bunun hem aile içinde hem de kamusal yaşamda meşru olarak görülmesi; şiddetin hem tekrarlamasına, hem de gizlenmesine yol açmaktadır (Ayan 2007). Aile içinde yaşanan şiddetin müdahale edilmeksizin sürmesi çocuklarda pek çok yakın dönemli ve uzun dönemli fiziksel ve ruhsal soruna yol açabildiği gibi, şiddetin

çocuk tarafından model alınmasına ve sorunlar karşısında bir çözüm yolu olarak uygulanmasına ve ne yazık ki bu şekilde şiddetin nesil nesilden aktarımına yol açmaktadır. Bu kısır döngünün kırılması ancak aile içi şiddetin etkilerini eksiksiz biçimde kavranması ve buna ilişkin etkin müdahaleler ortaya konması ile mümkün olabilir.

Aile içi şiddet çocukların en temel ihtiyaçlarından biri olan güvenli bir ortam yerine güvensiz ve belirsiz bir ortamda yetişmelerine sebep olur. Bu ortamda büyüyen çocukların önceliği güvenlik olduğundan ilişkileri kontrol etme ve riski değerlendirmeye meşguldürler, ebeveynlerinin duygusal ve psikolojik iyi oluşuna aşırı duyarlı olabilirler, ebeveynlerinin içinde bulunduğu anlaşmazlıkları kendi davranışları ile ilişkilendiriyor olabilirler (Johnston ve Straus 1999). Çocuğun kendini güvende hissetmesi tedavi sürecinin en önemli aşamalarından bir tanesidir. Bu nedenle bu çalışmada güvenlik planı hazırlama tekniğine detaylı bir şekilde değinilmiştir. Söz konusu teknik aile içi şiddete maruz kalan çocuklar ile çalışan psikoterapistler ve rehber öğretmenlerce kolaylıkla uygulanabilir.

Güvenlik planı hazırlamanın yanı sıra ruh sağlığı alanında önde gelen farklı üç tedavi modeli sunulmuştur. Bu yaklaşımlar, etkililiği araştırmalarla ortaya konulmuş tedavi yaklaşımları olup sözü edilen yaklaşımların sosyal hizmetler ve ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılması, aile içi şiddet ya da istismar mağduru çocukların ruh sağlıklarının korunması açısından önemli görünmektedir. Ayrıca bu yaklaşımların uygulanabilirliğinin artırılması bakımından ilgili kurumların da uzman personelin çalışmalarını desteklemelerinin ve farklı uzmanlık alanları arasında işbirliğine gidilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Aile içi şiddete maruz kalan çocuklarla çalışırken çocuğun yanı sıra anne ve babayı da tedavi sürecine dâhil etmek oldukça önemlidir. Şiddet gören kişilere yönelik destek programları, şiddet uygulayan kişilere yönelik öfke kontrol grupları, anababalara yönelik aile eğitimi programları gelişmiş ülkelerde sıklıkla başvurulan yöntemler arasındadır. Söz konusu bu yöntemlerin tedavi ile birlikte kullanılması ile her ne kadar aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkisi azaltılmaya çalışılsa da kimi durumlarda çocuğun içinde bulunduğu riskli durum devam ediyor olabilir. Bu noktada yasal sistemin devreye girmesi, gerektiği takdirde çocuğun koruma altına alınması, şiddet uygulayan anne ya da baba ile uzman denetiminde görüşmesi ve hatta şiddet uygulayan anne ya da baba ile ilişkisinin tamamen kesilmesi başvurulmak zorunda kalınan kısıtlamalar arasındadır. Kısacası aile içi şiddetin çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri ele alınırken çocuğun yanı sıra mağdur ve şiddeti uygulayan anababa da dâhil olmak üzere bütün aile sistemi üzerinde disiplinler arası bir yaklaşımla çalışılmasının büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi (2013) Aile içi şiddetle mücadele projesi. <http://www.siddetlemucadele.net/> (27.02.2016 tarihinde ulaşıldı).
- Ayan S (2007) Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:206-214.
- Barran D (2014) Effective help for children exposed to domestic abuse. *J Fam Health Care*, 24:10-12.
- Borrego Jr J, Gutow MR, Reicher S, Barker, CH (2008) Parent-child interaction therapy with domestic violence populations. *J Fam Violence*, 23:495-505.
- Bowlby J (1969) *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment. New York, NY, Basic Books.
- CAADA (2014) In plain sight: effective help for children exposed to domestic abuse report. www.caada.org.uk (09.01.2015 tarihinde ulaşıldı).

- Campbell JC (2001) Safety planning based on lethality assessment for partners of batterers in intervention programs. *J Aggress, Maltreat Trauma*, 5:129-143.
- Cohen JA, Mannario AP (2008) Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child Adolesc Ment Health*, 13:158–162.
- Cohen JA, Mannario AP, Murray LK (2011) Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse Negl*, 35:637-646.
- Çocuğa Yönelik Şiddetin Önlenmesi Projesi (2016) TC Milli Eğitim Bakanlığı Çocuğa Yönelik Şiddetin Önlenmesi Projesi. <http://siddetinonlenmesi.meb.gov.tr/> (27.02.2016 tarihinde ulaşıldı).
- David P, Schiff M (2015) Learning from bottom-up dissemination: Importing an evidence-based trauma intervention for infants and young children to Israel. *Eval Program Plann*, 53:18-24.
- Davies J, Lyon E, Monti-Catania D (1998) *Safety Planning with Battered Women: Complex Lives/Difficult Choices*, 7th ed. California, Sage Publications.
- Deutsche Welle (2015) Kadın hakları için referans 'İstanbul Sözleşmesi'. <http://www.dw.com/tr/kad%C4%B1n-haklar%C4%B1n-%C3%A7in-referans-istanbul-s%C3%B6zle%C5%9Fmesi/a-18264425> (27.02.2016 tarihinde ulaşıldı).
- Dobson KS ed. (2009) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York, Guilford Press.
- Duyan GÇ (2011) *Kadın Yoksulluğu*. Ankara, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları.
- Enlow MB, Egeland B, Blood EA, Wright RO, Wright RJ (2012) Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, 66:1005-1010.
- Espelage DL, Low S, Rao MA, Hong JS, Little TD (2013) Family violence, bullying, fighting, and substance use among adolescents: a longitudinal mediational model. *J Res Adolesc*, 24:337-349.
- Evans SE, Davies C, Dilillo D (2008) Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggress Violent Behav*, 13:31-140.
- Fantuzzo JW, Fusco RA (2007) Children's direct exposure to types of domestic violence crime: a population-based investigation. *J Fam Violence*, 22:543-552.
- Ferencik SD, Ramirez-Hammond R (2010) *Trauma-Informed Care: Best Practices and Protocols for Ohio's Domestic Violence Programs*. Ohio, Ohio Department of Mental Health.
- Fraiberg S (1980) *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life*. US, Basic Books.
- Ganley AL (1995) *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*. San Francisco, Family Violence Prevention Fund.
- Gezen M, Oral ET (2013) Attachment styles and degree of psychological symptoms in women staying in women staying in a shelter for battered women or in their home where they were exposed to violence. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26:65-71.
- Gibson M (2014) Narrative practice and the signs of safety approach: engaging adolescents in building rigorous safety plans. *Child Care in Practice*, 20:64-80.
- Herman JL (2015) *Trauma and Recovery*. US, Basic Books.
- Herman-Smith R (2013) Intimate partner violence exposure in early childhood: an ecobiodevelopmental perspective. *Health Soc Work*, 38:231-239.
- Holden GW (2003) Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6:151-160.
- Holt S, Buckley H, Whelan S (2008) The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl*, 32:797-810.
- Horton E, Murray CE, Garr B, Notestine L, Flasch P, Higgins-Johnson C (2014) Provider perceptions of safety planning with children impacted by intimate partner violence. *Child Youth Serv Rev*, 42:67-73.
- Ippen CG, Harris WW, Van Horn P, Lieberman AF (2011) Traumatic and stressful events in early childhood: can treatment help those at highest risk? *Child Abuse Negl*, 35:504-513.
- Johnston JR, Straus RB (1999) Traumatized children in supervised visitation: what do they need? *Fam Concil Courts Rev*, 37:135-158.
- Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009) *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Ankara, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Kandemirci D, Kağınıcı DY (2014) Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: çok boyutlu bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33):1-12.
- Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak HA, Kokaçaya MH, Çöpoğlu ÜS, Arı M (2015) Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16:314-322.

- Lewis AJ, Austin E, Knapp R, Vaiano T, Galbally M (2015) Perinatal maternal mental health, fetal programming and child development. *Healthcare (Basel)*, 3:1212-1227.
- Lindhorst T, Nurius P, Macy RJ (2005) Contextualized assessment with battered women: Strategic safety planning to cope with multiple harms. *J Soc Work Educ*, 41:331-352.
- Lourenço de Silva AMV, Taquette SR, Hasselmann MH (2014) Family violence and body mass index among adolescents enrolled in the Bolsa Familia Program and treated at a primary care clinic. *Cad Saude Publica*, 30:645-655.
- MacMillan HL, Wathen CN, Varcoe CM (2013) Intimate partner violence in the family: considerations for children's safety. *Child Abuse Negl*, 37:1186-1191.
- Margolin G, Vickerman KA (2011) Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. overview and issues. *Prof Psychol Res Pr*, 38:613-619.
- Miller LE, Howell KH, Hunter EC, Graham-Bermann SA (2012) Enhancing safety-planning through evidence-based interventions with preschoolers exposed to intimate partner violence. *Child Care in Practice*, 18:67-82.
- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı (2016) Şiddete uğradığınızda. <https://www.morcati.org.tr/tr/8-mor-cati-kadin-siginagi-vakfi/3-siddete-ugradiginizda> (2.01.2016 tarihinde ulaşıldı).
- Osofsky JD (1995) Children who witness domestic violence: the invisible victims. *Soc Policy Rep*, 9(3):1-16.
- Osofsky JD (1999) The impact of violence on children. *Future Child*, 9(3):33-49.
- Osofsky JD (2005) The role of non-mental-health professionals-the professional view point: the effects of exposure to violence on children of different ages: prevention and intervention-effective collaboration with police and court. In *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children* (Eds. J Donnelly, A Kovacova, H Osofsky, J Osofsky, C Paskell, J Salem-Pickartz):77-88. Amsterdam, IOS Press.
- Peled E (2011) Abused women who abuse their children: a critical review of the literature. *Aggress Violent Behav*, 16:325-330.
- Pelendecioğlu B, Bulut S (2009) Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9:49-62.
- Polat O (2007) Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1. Tanımlar. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Roediger C (2009) Şema Terapi Nedir? Şema Terapinin Temellerine, Modellerine ve Uygulamasına Giriş (Çeviri Ed. S Ataman). Ankara, Nobel Yayıncılık.
- Şenol D, Yıldız S (2013) Kadına Yönelik Şiddet Algısı-Kadın ve Erkek Bakış Açılıyla. Ankara, Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları.
- Temiz M, Beştepe E, Yıldız Ö, Küçüköncü S, Yazıcı A, Çalkuşu C, Erkoç Ş (2014) Yataklı psikiyatri servisinde tedavisi süren kadın hastalarda aile içi şiddetin hastalık tanıları ve hastalık süreciyle ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51:1-10.
- TF-CBT Web (2005). A web based learning course for trauma focused cognitive behavioral therapy. <https://tfcbt.musc.edu/> (12.01.2015 tarihinde ulaşıldı).
- The National Domestic Violence Hotline (2015) Path to safety. <http://www.thehotline.org/help/path-to-safety/> (12.01.2015 tarihinde ulaşıldı).
- Tıraşçı Y, Gören S (2007) Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34:70-74.
- Timmer S G, Ware LM, Urquiza AJ, Zebell NM (2010) The effectiveness of parent-child interaction therapy for victims of interparental violence. *Violence Vict*, 25:486-503
- Turnell A (2012) The Signs of Safety Comprehensive Briefing Paper. Perth, Western Australia, The Resolutions Consultancy.
- Turnell A, Edwards S (1999) Signs of safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework. New York, NY, Norton.
- TÜİK (2014) Kadına yönelik aile içi şiddet istatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?ust_id=109&vt_id=31 (21.12.2015 tarihinde ulaşıldı).
- UNICEF (2006) Behind The Closed Doors: The Impact of Domestic Violence on Children. New York, UNICEF.
- Ünal F (2008) Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12:9-18.
- Waugh F, Bonner M (2002) Domestic violence and child protection: issues in safety planning. *Child Abuse Rev*, 11:282-295.
- WHO (2013) Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence. Geneva, WHO.
- WHO (2104). Child maltreatment. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> (09.01.2016 tarihinde ulaşıldı).
- Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG (2003) The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6:171-187.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford Press.

Melis Sedef Kahraman, Adalet Bakanlığı 6. Aile Mahkemesi, Ankara; **Gökçe Çokamay**, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Yazışma Adresi/Correspondence: Melis Sedef Kahraman, Adalet Bakanlığı 6 Aile Mahkemesi, Ankara, Turkey.

E-mail: sedefy82@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 28 Şubat/February 28, 2016 - **Kabul Tarihi/Accepted** 9 Mayıs/May 9, 2016

Etkili Terapist Özellikleri İçin Farkındalık Eğitim ve Uygulamaları: Bir Meta-Sentez Çalışması

Mindfulness Training and Practice for Effective Therapist Characteristics: A Meta-Synthesis Study

İ. Volkan Gülüm

Öz

Bu çalışmanın birincil amacı farkındalık temelli eğitim ve uygulamaların ruh sağlığı alanında eğitim alan ya da çalışan bireyler tarafından nasıl deneyimleniyor olduğunu anlamaya çalışmaktır. Buna paralel olarak söz konusu eğitim ve uygulamaların etkili bir ruh sağlığı hizmeti sağlamak adına ne gibi faydalar sağlayabileceğine dair fikir edinmek de çalışmanın amaçları arasındadır. Ruh sağlığı alanında eğitim alan ya da bu alanda çalışanların farkındalık uygulamaları ve farkındalık eğitimini incelemeye yönelik olarak yürütülmüş 12 niteliksel araştırma meta-senteze dâhil edilmiştir. Meta-sentez sonucunda ortaya çıkan ana temalar, genel fayda, kuramsal ve kavramsal değişimler, kişilik özelliklerinde değişme-terapist kimliği, yeni beceriler-terapistlik biçiminde sıralanmıştır. Bu ana temalar içerisinde empati, merhamet, ilişki kurma becerisinde artış, kabul, seans içeriğiyle başa çıkabilme, odaklanma gibi kategoriler öne çıkmıştır. Sonuç olarak farkındalık odaklı eğitim ve uygulamaların ruh sağlığı alanında çalışanların hem kişisel hem de mesleki yaşamlarına olumlu katkılar sunduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Farkındalık, meta-sentez, terapist gelişimi.

Abstract

The aim of this study was to conduct a meta-synthesis about mental health workers' and/or students' experiences on mindfulness focused training and education. While doing that the aforementioned trainings' and practices' advantageous on providing an effective mental health service were also examined. A total of 12 qualitative studies which were focused on mental health workers' mindfulness training and practice were included to meta-synthesis. Main themes obtained from the meta-synthesis were, general benefit, theoretical and conceptual changes, changes in personality-therapist identity, new skills-therapist. Empathy, compassion, increase in relationship skills, acceptance, handling better with session content and focusing were the categories those came to forefront among others. As a conclusion, mindfulness focused trainings and practices contribute to personal and professional life of the mental health workers.

Key words: Mindfulness, meta-synthesis, therapist training.

HANGİ terapi yaklaşımı daha etkilidir? Hangi terapi yaklaşımı hangi bozukluklar için etkilidir? Hangi terapi yaklaşımı hangi bozukluklarda daha etkilidir? Bunlar ve bunlara benzer sorular içlerinde hep bir ön kabul barındırmaktadır: Bir yaklaşımın ya da tekniğin diğer başka yaklaşımlara ve tekniklere üstün olması mümkündür ve durum zaten böyledir. Bize düşen bunun hangi yaklaşımlar ve teknikler lehine ya da aleyhine olduğunu sınıyabileceğimiz araştırmalar tasarlamaktır. Ancak bu sorular ve benzerleri terapi yaklaşımını sunan terapistin ve terapi hizmeti alan hastanın rolünün önemini en aza indirmek ve terapinin önemli sac ayaklarını, deyim yerindeyse yok saymaktır. Psikoterapi araştırmalarının ilk dönemlerine ait olan bu soruların odağı daha sonra terapinin hangi ögesinin daha etkili olduğuna, sonra da bu etkinin nasıl ölçülebileceğine, süreç içerisinde nasıl bir değişim ve etki gösterdiğine yönelmiştir (Pachankis ve Goldfried 2007).

Bu türden sorular psikoterapi araştırmaları alan yazınında “psikoterapide etkili olanın terapilere özgü etkenler” olduğunu savunan araştırmacılarından gelmektedir. Bu araştırmacıların karşısında ise “ortak etkenler” yaklaşımını benimseyen araştırmacılar bulunmaktadır. Ortak etkenler modelini benimseyenler tüm psikoterapi türlerinde ortak bazı etkenlerin olduğunu ve bu etkenlerin değişimin esasını oluşturduğunu savunurken, psikoterapide esas olanın “özgül etkenler” olduğunu savunanlar psikoterapötik değişimi terapi türüne özgü özel bileşen ve etkenlere atfederler. Ancak araştırmalar incelendiğinde psikoterapinin genel olarak etkili olduğu (Lambert ve Ogles 2004) ve teknikler arasında çok az düzeyde farklılıklar bulunduğu sıklıkla rastlanılan bir bulgudur (Stiles ve ark. 1986, Wampold 2007). Buna karşılık, ortak etkenler diye kavramsallaştırılan şeylerin kişilerarası ilişki olduğu ve özgül tekniklerin bu ilişkinin doğasından ayrı düşünülmemeyeceği vurgulanarak ortak etkenler yaklaşımı eleştirilmektedir (Butler ve Strupp 1986). Butler ve Strupp’a göre (1986) “teknikler, bireylerin dâhil olduğu belli etkileşimler içerisinde anlam kazanmakta ve dolayısıyla da etkili olmaktadır” ve “psikoterapi, insani ilişkinin terapötik amaçlarla sistemli olarak kullanılmasıdır”. Yani, teknik olarak ifade edilen müdahalelerin yalıtılmış ortamlarda sunulmadığı, bunların terapötik ilişki bağlamında sunulduğu ifade edilmektedir (Safran ve ark. 2009).

Her ne kadar başlangıç noktaları aynı olmasa da her iki yaklaşım da terapinin yalıtılmış bir ortamda sunulmadığını, terapist ve hastanın sürecin ayrılmaz bir parçası olduğunu kabul ediyor oldukları görünmektedir. Bu iki kutbun ortaklaşması da psikoterapi sonuç araştırmalarından psikoterapi süreç araştırmalarına geçişle mümkün olmuştur. Kimileri için empatik yaklaşım bir terapi yaklaşımın kullandığı bir teknik iken (örneğin şema terapi’deki empatik yüzleştirme) (Young ve ark. 2003) kimileri için terapi türünden bağımsız olarak her terapi yaklaşımında olan ve bir terapinin etkili olabilmesi için olmazsa olmaz olan bir terapist/terapi özelliğidir (Wampold 2015). İster esas olanın terapi yaklaşımı olduğu savunulsun isterse etkili sonuç verenin yaklaşımdan bağımsız özellikler olduğu, geldiğimiz noktada bazı terapist özelliklerinin öne çıktığı dikkat çekmektedir. Örneğin, bazı terapistlerin hastalarıyla daha iyi düzeyde bir ittifak kurduğu ve dolayısıyla da daha iyi bir terapi sonucu elde edilebildiği belirtilmiştir (Wampold 2001, Baldwin ve ark. 2007). Çok sayıda araştırmacı etkili terapi ve terapist özelliklerinin neler olduğunu belirlemeye çalışmıştır (Wampold 2007, Anderson ve ark. 2009). Bu çalışmalarını yapan araştırmacıların bir kısmının görece daha teknik sayılabilecek “tedavi planı sunma ve açıklama”, “psikoterapi alan yazınındaki araştırma sonuçlarını takip etme” gibi özelliklere odaklandığı bir kısmının ise empati, sıcaklık, kabul, hastanın

özelliklerinin farkında olma, esnek olma gibi daha çok kişilik özellikleriyle özdeşleştirilebilecek davranışlara odaklandığı gözlenmektedir (Wampold 2011). Ancak etkili terapist özelliklerine dair çalışma ve tartışmalardan görece bağımsız olarak terapistlerin terapi sonucunda açıkladıkları varyansın %5-8 arasında değiştiği bilinmektedir (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006).

Bu noktada öne çıkan etkili terapist özelliklerini geliştirmeye yönelik faaliyetlerin neler olabileceği ve bu anlamda alanda neler yapıldığına ilişkin sorular öne çıkmaktadır. Alan yazın incelendiğinde yukarıda bahsedilen özellikleri geliştirebilmek için iki temel yol olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki, ruh sağlığı alanında eğitim alan bireylerin eğitim programları içerisine eklenecek derslerden faydalanmaktır. Bunun bir örneği Christopher ve arkadaşları tarafından eğitim programına önce seçmeli olarak eklenen daha sonra ise zorunlu ders olarak programa dâhil edilen (Christopher ve Maris 2010) “Zihin Beden Tıbbı ve Kendine Bakım Sanatı” adlı, farkındalık odaklı derstir. Bir diğer yol ise süpervizyon süreçleri içerisine belirli bazı teknik ve eğitimlerin bütünlleştirilmesidir. Bunun örneği ise Safran ve arkadaşlarının süpervizyon programı içerisinde sundukları farkındalık odaklı eğitimlerdir (Eubanks-Carter ve ark. 2015; Safran ve ark. 2014). Söz konusu eğitimlerin belirli bazı açılardan terapistlere yardımcı olduğu ve terapi içerisindeki davranışları olumlu anlamda yapılandırdığı örlmektedir. Örneğin Christopher ve arkadaşlarının çalışmaları sonucunda (Christopher ve Maris 2010) terapist adaylarının “terapist olarak kendilerine güven”, “ilişki kurma becerisinde artış” gibi konuların öne çıktığı görülebilmektedir, Safran ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında söz konusu eğitimin seans içi kişilerarası süreçlere, terapistin kendi duygularını keşfetmesine önemli oranda katkı sağladığı dikkat çekmektedir.

Görüldüğü üzere farkındalık odaklı eğitimler terapistlerin gelişimi için ön plana çıkmaktadır. Buradan hareketle farkındalık odaklı eğitimlerin terapistlerin kişisel yaşantıları ve mesleki yaşamlarına etkisinin ne ve nasıl olduğunun anlaşılması önem kazanmaktadır. Ancak öncelikle farkındalık kavramından ve farkındalık ile ilişkili bazı önemli çalışmalardan bahsetmek gerekmektedir.

Farkındalık kavramının batı dünyasında ruh sağlığı alanında popülerlik kazanması Kabat-Zinn’in bu geleneği dini öğelerinden arındırmasına bağlanmaktadır (Hemanth ve Fisher 2015). Kabat-Zinn, dini ve ruhani özelliklerinden bağımsız olarak farkındalığı, “belirli bir biçimde dikkat etmek: bilerek, şu anda ve yargılamadan” olarak tanımlamaktadır (Kabat-Zinn 1994). Daha açık ve özet bir ifadeyle farkındalık, kişilerin bu buldukları zaman içerisinde olan biten, bilinçlerine gelen her şeye dair yargılayıcı olmayan, açık ve kabul edici bir tutum sergilemeleri biçiminde kavramsallaştırılmaktadır (Cigolla ve Brown 2011). Farkındalık uygulamaları arasında çeşitli meditasyon tekniklerini yoga, Zen, beden taraması, nefes egzersizleri, qigong gibi teknikler yer almaktadır. Bu tür uygulamaların duygusal zorluklar (Jain ve ark. 2007), depresyon (Baer 2003, Brown ve ark. 2007) gibi durumlarda azalmaya, bilişsel beceriler (Chambers ve ark. 2007), ve dikkatte (Semple 2010, Baijal ve ark. 2011) artmaya neden olduğu dikkat çekmektedir.

Söz konusu eğitim ve egzersizlerin ruh sağlığı çalışanlarının kişisel yaşamlarına etkisine ilişkin yapılmış olan niteliksel çalışmaları sistematik bir biçimde derleyen bir meta-sentez çalışması daha önce yayınlanmıştır (Gülüm 2016). Bu çalışmanın konusu da, bahsedilen çalışmanın ikinci aşaması olarak söz konusu eğitim ve egzersizlerin terapist ve terapist adaylarının mesleki yaşamlarına nasıl etki edebileceğini incelemektir. Bu

amaç doğrultusunda farkındalık eğitim ve uygulamalarının ruh sağlığı alanındaki bireylerin mesleki yaşamlarına etkisini konu etmiş olan niteliksel çalışmaların ikincil niteliksel analizleri yapılmıştır. Meta-sentez olarak adlandırılan bu tür çalışmaların ardındaki mantık ilgilenilen konuya ilişkin karşılaştırılabilir, kapsamlı ve sistematik bir bakış açısı sağlamaktır (Timulak 2007, 2009). Farkındalık odaklı eğitim ve uygulamaların ruh sağlığı alanındaki çalışanların mesleki yaşantılarına etkisine yönelik deneyimlerini değerlendirmek üzere meta-sentez yönteminin seçilmesinin en önemli gerekçesi söz konusu kavramın doğası gereği niceliksel olarak çalışılmaya uygun olmadığı savunulmasıdır (Hick 2008). Bu bağlamda, kişilerin deneyimlerine odaklanan ilgili niteliksel çalışmaları bir araya getirmenin konuya ilişkin kapsamlı ve kişilerin deneyimlerini yansıtabilecek bir sonuç almak adına kullanılmasının uygun olabileceği düşünülmektedir.

Alan yazındaki bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, ruh sağlığı alanında çalışan bireylerin farkındalık uygulama ve eğitim deneyimleri ile bu uygulamaların mesleki yaşama etkisini konu edinen niteliksel çalışmaların meta-sentezini yapmak ve elde edilen bulguları “etkili terapist özellikleri” bağlamında incelemektir.

Yöntem

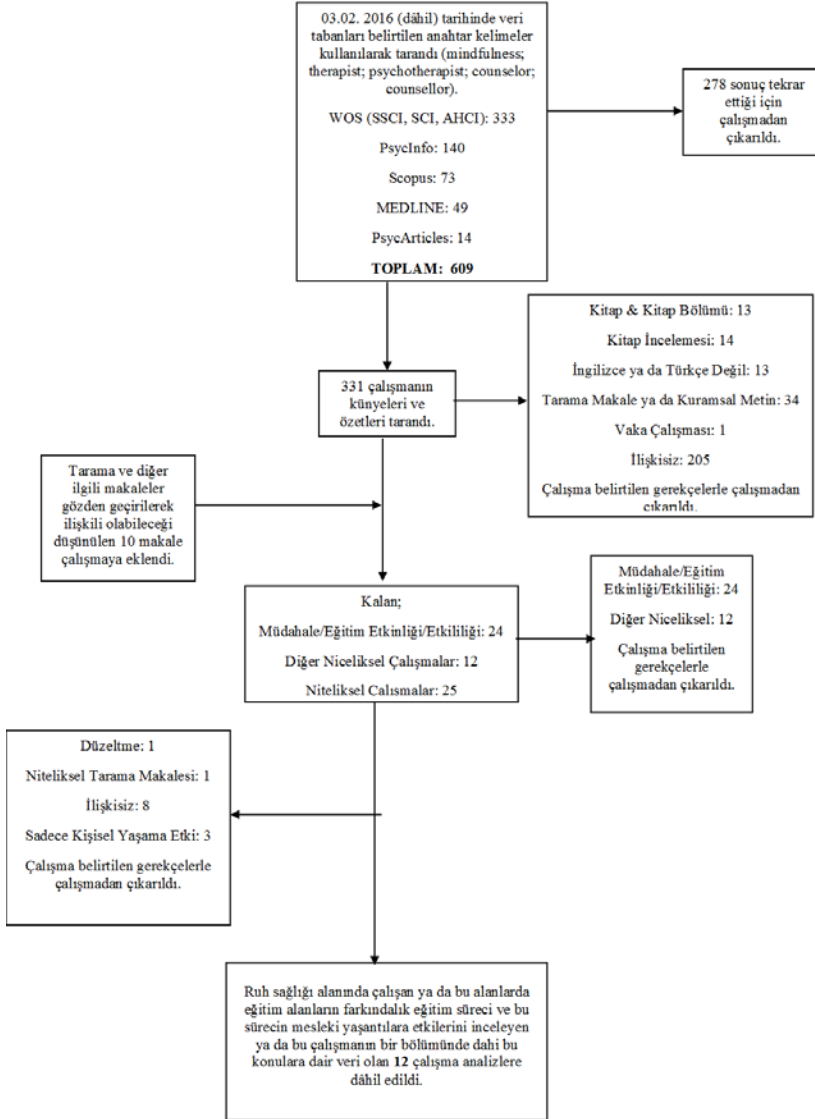
Çalışma kapsamında ruh sağlığı alanında çalışan ya da bu alanlarda eğitim alan bireylerin farkındalık temelli eğitim ve uygulamalara ilişkin deneyimlerinin mesleki yaşantılara etkilerini inceleyen niteliksel çalışmaların bir meta-sentezi yapılmıştır. Bu doğrultuda, Timulak (2009) tarafından önerilen betimleyici/yorumlayıcı yaklaşım benimsenmiş ve çalışmaların betimleyici özelliklerinin sunumuna ek olarak elde edilmiş veriler yorumlanarak sentezlenmiştir. Aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanan veri seçimi sürecinin ardından çalışmaya dâhil edilen araştırmaların bulguları ikincil nitel analiz için veri olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaların Seçimi

Meta-senteze dâhil edilecek çalışmaları belirlemek amacıyla Web of Science (SSCI, SCI, AHCI), Scopus, PsycInfo, PsycArticles ve MEDLINE veri tabanlarında 03.02.2016 (dâhil) tarihinde çeşitli anahtar sözcükler kullanılarak [mindfulness (farkındalık); therapist (terapist); psychotherapist (psikoterapist); counselor (danışman); counsellor (danışman)] bir dizi arama gerçekleştirilmiştir. Meta-senteze dâhil edilen çalışmaların belirlenme sürecine ilişkin ayrıntılı akış Şekil 1’de sunulmuştur. Tarama sonucunda meta-senteze dâhil edilen 12 niteliksel ya da niteliksel öge barındıran çalışmaya dair bilgiler ve bu çalışmaların temel bulgularına dair bir özet Tablo 1’de sunulmuştur. (Tablo 1 yazının sonunda verilmiştir.)

İşlem-Veri Analizi

Meta-sentez sürecine dâhil edilen 12 çalışmadaki katılımcılar, eğitim ya da egzersizin türü ve süresi, veri toplama yöntemi ve veri analiz yöntemleri incelenmiştir. Bu meta-sentez çalışmasında ruh sağlığı alanında çalışan ya da bu alanda eğitim gören kişilerin aldıkları farkındalık odaklı eğitim ya da uyguladıkları farkındalık egzersizlerinin mesleki yaşamlarında nasıl deneyimlendiği incelenmiştir. Buna göre seçilen çalışmaların ilgili bölümlerinde yer alan tüm ifadeler (araştırmacıların notları ve yorumları, kategori ya da tema tanımları, katılımcılardan yapılan doğrudan alıntılar vs.) yani, birincil çalışmaların bulgu/sonuç bölümleri veri olarak meta-sentez çalışmamıza dâhil edilmiştir.



Şekil 1. Meta-senteze dâhil edilen çalışmaların belirlenme sürecine ilişkin ayrıntılı akış

Elde edilen bu veriler Braun ve Clarke'ın (2006) tematik analiz için önerdiği basamaklar takip edilerek analiz edilmiştir. Tematik analiz sırasında veri içerisindeki örüntüler tanımlanmaya çalışılmış, bu örüntüler analiz edilmiş ve raporlanmıştır. Analiz sonucunda ortaya çıkan temalar uzman bir klinik psikolog tarafından seçkisiz olarak seçilip denetlenmiştir.

Bulgular

Yapılan meta-sentez sonucunda “genel fayda”, “kuramsal ve kavramsal değişimler”, “kişilik özelliklerinde değişim-terapist kimliği”, “yeni beceriler-terapistlik” olmak üzere dört ana tema ortaya çıkmıştır. Genel fayda ana teması altında yer alan temalar “rahatlama ve ayrıştırma” ve “terapistin farkında olmasının hasta için avantajları” biçimindedir. Diğer ana temalardaki kadar net bir özelliğe vurgu yapmayan tüm genel ifadeler bu başlık altında değerlendirilmiştir. Kuramsal ve kavramsal değişimler ana temasında yer alan temalar ise şöyledir: Farkındalık önerme ve uygulama, kavramsallaştırmada değişimler, kuramsal örtüşmeler. Kuramsal ve kavramsal değişimler ana temasında terapistlerin ilgili uygulama ve eğitimler sırasında ve sonrasında uygulamaları ve uygulamalarının kuramsal temellerine ilişkin değişimlere yer verilmiştir. Kişilik özelliklerinde değişim-terapist kimliği ana temasında yer alan beş tema ise şöyle sıralanmaktadır: Kendine güven, merhamet (kendine ve hastaya olmak üzere iki kategori içermektedir), sorumluluk-sorumluluğun netleştirilmesi, sakinleşme, yavaşlama. Kişilik özelliklerinde değişim-terapist kimliği ana temasında yer alan ifadeler terapist kimliği ile yapılan etkinliklerde gözlemlenen ve kişilik örüntülerindeki değişimlerle ilgili ifadeleri kapsamaktadır. Terapi sürecinde gözlemlenen yeni uygulamaları içeren yeni beceriler-terapistlik ana teması altında ise yedi farklı temanın yer aldığı görülmüştür: Kabul, anda olmak ve ilişki kurmak, empati becerisinde artış, sonuç odaklı olmama, farkında olma, bakım verme, odaklanma ve başa çıkma. Farkında olma temasının altında üç farklı kategori ortaya çıkmıştır: İçinde bulunulan anın, kendisinin, hastanın-sürecin. Benzer bir biçimde başa çıkma temasının da altında dört farklı kategori ortaya çıkmıştır: Kendi kendine konuşmaları idare etme, duyu kontrolü/düzenlemesi, kişisel yetkinlikler, seans içeriği.

Ana temalar, temalar ve kategorilere ilişkin ayrıntılı bir şema ve ilgili tema ve kategorilere ilişkin birer örnek Tablo 2’de sunulmuştur. (Tablo 2 yazının sonunda verilmiştir). Ana tema, tema ve kategorilerin görülme sıklıklarından da anlaşılabilceği üzere farkındalık odaklı eğitim ve uygulamaların ruh sağlığı alanında eğitim gören ya da bu alanlarda çalışan bireylere yeni beceriler kazandırmak konusunda öne çıktığı dikkat çekmektedir. Terapist kimliği ve terapistlikle ilişkili tema ve kategorilerin pek çok çalışmada öne çıktığı ve bireylerin bu türdeki uygulamalardan mesleki anlamda yarar gördükleri vurgulanmaktadır.

Tartışma

Farkındalık odaklı çalışmaların bireylerin üzerindeki etkisini incelemek için en uygun yöntem niteliksel çalışmalardır. Bu çalışmalarda bireylerin deneyimleri ve fikirleri sayılara indirgenmediğinden daha kapsamlı bilgi edinmek mümkün olmaktadır. Bu kavramın nicel yöntemlerle ele alınmasının yaratabileceği sınırlılığın farkındalığın deneyimsel olan doğasından kaynaklanıyor olabileceği belirtilmektedir (Hick 2008). Bu meta-sentez kapsamında da farkındalık odaklı eğitim ve uygulamaların mesleki yaşama nasıl etki ettiğini inceleyen 12 farklı niteliksel çalışmanın ikincil nitel analizleri yapılmıştır. Bu tür eğitim ve uygulamaların özellikle anda olmak ve ilişki kurmak, hastanın ve terapi sürecinin farkında olmak, kişisel farkındalığının hasta için avantaj sağlaması ve seans içeriğiyle başa çıkmak gibi konulardaki etkisinin öne çıktığı dikkat çekmiştir.

Daha önceki bir meta-sentez çalışmasında ruh sağlığı alanında çalışanların farkındalık odaklı eğitim ve uygulamalardan kişisel yaşantılarında da oldukça faydalandıkları,

kabul, farkındalık, sorunlarla başa çıkma, akışına bırakma, merhamet ve odaklanma gibi konulardaki becerilerinde artış sağladığı ifade edilmiştir (Gülüm 2016). Kişisel yaşamdaki etkilere ek olarak bu çalışmada da söz konusu eğitimlerin mesleki yaşamda da etkisi olduğu görülmektedir. Bu etkinin hem seans içerisinde (anda olmak ve zorlayıcı seans içeriğiyle başa çıkabilmek gibi) hem de seans dışında (kuramsal değişimler, seanslar arasında rahatlayabilme gibi) sürdüğü ve ruh sağlığı çalışanlarının yaşamlarının her alanında onların yararına olduğu gözlemlenmiştir.

Daha önce de belirtildiği gibi psikoterapi araştırmaları alan yazınında bazı terapistlerin diğerlerine göre daha başarılı terapi sonucuyla ilişkilendirildiği gözlemlenmiştir (Wampold 2001, Baldwin ve ark. 2007). Söz konusu durumun terapistlerin bazı kişilik özelliklerinden kaynaklanabiliyor olduğu düşünülmüştür. Terapistlerin psikoterapi sonucunda önemli oranda bir varyansı açıkladıkları göz önüne alındığında bu özelliklerin ne olduğu ve nasıl geliştirilebileceğine ilişkin araştırmalar da önem kazanmaktadır.

Etkili olabilecek terapist özelliklerine ilişkin bir derleme çalışmasında Wampold (2011) çeşitli özelliklerin öne çıktığını belirtmiştir. Wampold'un sıraladığı özelliklerle farkındalık odaklı eğitim ve uygulamaların sonuçları arasında bir örtüşme olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin empati, kabul, odaklanma, kendinin, hastanın ve sürecin farkında olma, zor malzemelerden kaçınmama, güven verebilme gibi özelliklerin farkındalık odaklı eğitim ve uygulamalar sonucunda geliştirilebileceği görülmektedir. Bu anlamda, terapist ve terapist adaylarının olumlu etkilerini geliştirebilmek için farkındalık eğitim ve uygulamalarından faydalanabileceği düşünülebilir.

Bu meta-sentez çalışmasına konu olan niteliksel çalışmalar katılımcıların aktardığı deneyimlere odaklanmaktadır. Her ne kadar sağlanan bilginin değerini azaltmasa da söz konusu verilerin hastalar tarafından algılanan değişimler değil terapistler tarafından aktarılan ve kendilerinde gördükleri değişimlerdir. Hem birincil niteliksel çalışmalarının sonuçları hem de bu meta-sentez çalışmasının sonuçları yorumlanırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. İlerideki çalışmalar söz konusu eğitim ve uygulamaların terapistlerin hastaları tarafından nasıl deneyimlendiğine de odaklanması yararlı olacaktır.

Gülüm'ün (2016) önceki meta-sentez çalışmasında olduğu gibi devam niteliğindeki bu çalışmada da yer alan birincil çalışmalar tema ve kategorilerin "gücüne" dair net bir bilgi içermediğinden ilgili tema ve kategorilerin her bir çalışmada ne düzeyde ortaya çıktığı bilinmemektedir. Bu nedenle bu meta-sentez çalışması her bir özelliğin çalışma içerisinde herhangi bir yerde herhangi bir biçimde rapor edilip edilmediğini esas almıştır. İlgili tema ve kategorilerin gücüne dair çalışmalar arası tutarlı bir bilgi olsaydı bu çalışmalar derlenirken daha kapsamlı bir değerlendirme yapmak da mümkün olabilirdi. İlerideki çalışmalarda sadece tema ve kategorilerin gücüne dair veri içeren çalışmalar analizlere dahil edilerek konuya ilişkin farklı bir katkı sunulması mümkün olabilir. Bu sınırlılıklara ek olarak bu çalışma, birincil çalışmaların sadece terapi ve terapistlikle ilişkili sonuçlarına odaklanmıştır. Her ne kadar kişisel yaşam ve mesleki yaşamla ilişkili sonuçları bir arada görmek değerlendirme açısından daha geniş bir bakış açısı sunacak olsa da kişisel yaşamla ilişkili analizler bu çalışmanın kapsamı ve sınırlarının ötesindedir.

Sonuç

Bu çalışma farkındalık odaklı eğitim ve uygulamaların ruh sağlığı alanında çalışan ve bu alanlarda eğitim alan bireylerin mesleki yaşamlarına etkisine ilişkin önemli veriler ortaya

koymuştur. Genelde ruh sağlığı çalışanlarının, özelde terapistlerin bu tür uygulamalardan mesleki anlamda nasıl fayda gördüğüne dair bilinen başka bir araştırma olmaması bu çalışmayı öne çıkaran özelliklerden biridir. Bu meta-sentez çalışmasının sonuçlarının, bir önceki çalışması ile birlikte ilerideki niteliksel ve niceliksel çalışmalara zemin oluşturması; terapistlerin ve diğer tüm ruh sağlığı çalışanlarının eğitim süreçlerinin yapılandırılması sırasında fayda sağlanması ve bu alanda çalışan bireylerin kişisel ve mesleki gelişimleri için neler yapabileceklerine dair fikir vermesi bağlamlarında yararlı olması umulmaktadır..

Kaynaklar

- Anderson T, Ogles BM, Patterson CL, Lambert MJ, Vermeersch DA (2009) Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *J Clin Psychol*, 65:755-768.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol*, 61:271-285.
- Baer RA (2003) Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol*, 10:125-143.
- Bajjal S, Jha AP, Kiyonaga A, Singh R, Srinivasan N (2011) The influence of concentrative meditation training on the development of attention networks during early adolescence. *Front Psychol*, 2:153.
- Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE (2007) Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol*, 75:842-852.
- Boellinghaus I, Jones FW, Hutton J (2013) Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: the experience of practicing loving-kindness meditation. *Train Educ Prof Psychol*, 7:267-277.
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3:77-101.
- Brenner MJ (2009) Zen practice: a training method to enhance the skills of clinical social workers. *Soc Work Health Care*, 48:462-470.
- Brown K, Ryan RM, Creswell J (2007) Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq*, 18:211-237.
- Butler SF, Strupp HH (1986) Specific and nonspecific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23:30-40.
- Chambers R, Lo BCY, Allen NB (2007) The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognit Ther Res*, 32:303-322.
- Christopher JC, Chrisman JA, Trotter-Mathison MJ, Schure MB, Dahlen P, Christopher SB (2011) Perceptions of the long-term influence of mindfulness training on counselors and psychotherapists: a qualitative inquiry. *Journal of Humanistic Psychology*, 51:318-349.
- Christopher JC, Christopher SE, Dunnagan T, Schure M (2006) Teaching self-care through mindfulness practices: the application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46:494-509.
- Christopher JC, Maris JA (2010) Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10:114-125.
- Cigolla F, Brown D (2011) A way of being: bringing mindfulness into individual therapy. *Psychother Res*, 21:709-721.
- Eubanks-Carter C, Muran JC, Safran JD (2015) Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52:169-173.
- Felton TM, Coates L, Christopher JC (2013) Impact of Mindfulness training on counseling students' perceptions of stress. *Mindfulness*, 6:159-169.
- Gülüm İV (2016) Farkındalık eğitim ve uygulamalarının terapistlerin kişisel yaşamlarına etkisi: bir meta-sentez çalışması. I. Uluslararası Avrasya Pozitif Psikoloji Kongresi, 28-30 Nisan 2016 İstanbul, Türkiye.
- Hemant P, Fisher P (2015) Clinical psychology trainees' experiences of mindfulness: an interpretive phenomenological analysis. *Mindfulness*, 6:1143-1152.
- Hick SF (2008) Cultivating therapeutic relationships: the role of mindfulness. In *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (Eds SF Hick, T Bien):318. London, Guilford Press.
- Hopkins A, Proeve M (2013) Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: qualitative and quantitative effects. *Couns Psychol Q*, 26:115-130.
- Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I et al. (2007) A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med*, 33:11-21.
- Kabat-Zinn J (1994) *Wherever You Go There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York, Hyperion.

- Keane A (2014) The influence of therapist mindfulness practice on psychotherapeutic work: a mixed-methods study. *Mindfulness*, 5:689-703.
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. (Ed MJ Lambert):139-193. New York, Wiley.
- McCollum EE, Gehart DR (2010) Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: a qualitative study. *J Marital Fam Ther*, 36:347-360.
- Moore P (2008) Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: an experiential course of brief exercises. *J Clin Psychol Med Settings*, 15:331-337.
- Pachankis JE, Goldfried MR (2007) On the next generation of process research. *Clin Psychol Rev*, 27:760-768.
- Safran J, Muran JC, Demaria A, Boutwell C, Eubanks-Carter C, Winston A (2014) Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychother Res*, 24:269-285.
- Safran JD, Muran JC, Proskurov B (2009) Alliance, negotiation and rupture resolution. In *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Therapy* (Eds RA Levy, JS Ablon):201-225. New York, Human Press.
- Schure MB, Christopher J, Christopher S (2008) Mind-body medicine and the art of self-care: teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and Qigong. *J Couns Dev*, 86:47-56.
- Semple RJ (2010) Does mindfulness meditation enhance attention? a randomized controlled trial. *Mindfulness*, 1:121-130.
- Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986) "Are all psychotherapies equivalent?". *Am Psychol*, 41:165-180.
- Timulak L (2007) Identifying core categories of client identified impact of helpful events in psychotherapy: a qualitative meta-analysis. *Psychother Res*, 17: 305-314.
- Timulak L (2009) Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychother Res*, 19:591-600.
- Wampold BE (2001) *The Great Psychotherapy Debate: Model, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Wampold BE (2007) Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *Am Psychol*, 62:857-873.
- Wampold BE (2011) Qualities and actions of effective therapists. American Psychological Association. Retrieved from <https://www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf> (accessed at May 2016)
- Wampold BE (2015) How important are the common factors in psychotherapy? an update. *World Psychiatry*, 14:270-277.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, Guilford Press.

İ. Volkan Gülüm, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.

Yazışma Adresi/Correspondence: İ. Volkan Gülüm, Dumlupınar Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Kütahya, Turkey. E-mail: volkanglm@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappspsy.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 3 Mayıs/May 3, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted** 31 Mayıs/May 31, 2016

Tablo 1. Meta-senteze dâhil edilen çalışmalar

Çalışma	N	Eğitim Türü	İçerik	Katılımcı Özellikleri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Yöntemi	Temalar ve Kategoriler (Çalışma Özeti)
Christopher ve ark. (2006)	8 kadın 3 erkek	Bir dönemlik farkındalık dersi	Ders içi ve ders dışı uygulamalar (meditasyon, yoga, qigong, tai chi gibi)	Danışmanlık yüksek lisans öğrencileri	Ötek grup görüşmesi ve görüşmenin moderatörünün alan notları	Tümevarımsal içerik analizi	Kod, tema ya da kategorilere dayalı bir analiz yapılmamıştır. Fiziksel, zihinsel ve ruhani değişimler rapor edilmiştir. Katılımcılar çalışma sonunda daha sabırlı, farkında, bilinçli ve odaklanabilir bir hale geldiklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların vaka kavramsallaştırması ve takibinde değişimler olduğu belirtilmiştir.
Moore (2008)	9 kadın 1 erkek	Vipassana içgörü meditasyonu kullanılarak 4 haftalık eğitim	Nefes, beden, duyu ve düşünce farkındalığın hedeflenen uygulamaları.	Klinik psikoloji öğrencileri	Geri bildirim ölçeği	Tematik analiz	Farkındalık uygulamalarının etkisi (yeni içgörüler, farkında olunmadığını farkına varılması) Farkındalığın kişisel ve mesleki yaşamla bütünleştirilmesi (geliştirilen ve uygulanan bir beceri, ilerideki kişisel faydaları, ilerideki mesleki faydalar)
Schure ve ark. (2008)	27 kadın 6 erkek	Haftada iki kere olmak üzere 15 haftalık seçmeli ders.	Ders içi ve ders dışı uygulamalar (meditasyon, yoga, qigong, tai chi gibi)	Danışmanlık yüksek lisans öğrencileri	Açık uçlu sorular ve günlükler	İçerik analizi	Fiziksel değişimler Duygusal değişimler Tutumsal ve zihinsel değişimler Ruhani farkındalık Kişilerarası değişimler Yoga (bedene yönelik artmış farkındalık, artmış esneklik ve enerji, artmış zihinsel açıklık ve konsantrasyon) Meditasyon (duygulara ve kişisel meselelere yönelik artmış farkındalık ve kabul, artmış zihinsel açıklık ve düzenleme, fiziksel ve duygusal açlıklara yönelik artmış tolerans, rahatlatma hissinde artış) Qigong (merkezi sistemlilik hissinde artış, enerjide artış, zihin beden ve duyu bağlantısına yönelik farkındalıkta artış, akış hissinde artış) Sessizliğe yönelik rahatlıkta artış Terapi sürecine yönelik daha dikkatli olmak Terapinin nasıl kavramsallaştığına ilişkin değişim Sınıftaki fikirlerin entegrasyonu Belirli uygulamaları öneme Uygulamayı terapi ile bütünleştirme

McCullum ve Gehart (2010)	6 kadın 7 erkek	Her hafta 2,5 saatlik ders ve günlük en az 5-10 dakikalık uygulama.	Ders içi ve ders dışı uygulamalar	Yüksek lisans öğrencileri	Haftalık olarak doldurulan bir sayfalık günlükler	Sosyal yapılmacı bakış açısına dayanan tematik analiz	Kişisel uygulamalara devam etme Anda olmak (çşel deneyime odaklanmak, hasta ile birliktelyken neler olduğunun farkında olmak, farkında olarak hareket etmek) Meditasyonun etkileri (daha sakin, çşel konuşmaları kontrol etmek, yaşayama, seanslar arasında sınırlı koymak) Mod değişimi (yapma modunun olma modu ile dengelenmesi) Merhamet ve kabul (kendine yönelik, hastaya yönelik, paylaşılan insanlık hissi)
Christophers ve ark. (2011)	13 kadın 3 erkek	Farkındalık Uygulamaları (yoga, oturanak meditasyon, bilinçli rahatlama teknikleri, qigong)	Ders içi ve ders dışı uygulamalar (meditasyon, yoga, qigong, tai chi gibi)	Farkındalığa ilişkin ders almış eski danışmanlık yüksek lisans öğrencileri	Kürstan ortalama 4 yıl sonra yapılan yarı yapılandırılmış telefon görüşmeleri	İçerik analizi	İki ana tema ortaya çıkmıştır: (a) kişisel yaşantıya etki (2) mesleki yaşantıya etki ve ek olarak da olumsuz sonuçlar olabileceği bildirilmiştir.
Cigolla ve Brown (2011)	4 kadın 2 erkek	Gündelik yaşamdaki farkındalık uygulamaları	Katılımların 3'ü günlük; 3'ü ara sıra olarak egzersiz yapıyor.	Kayıtlı/lisanslı terapistler	Yarı yapılandırılmış görüşme	Yorumla dayalı fenomenolojik analiz	Bir adet birincil tema ortaya çıkmıştır: var olma şekli. Bu temaya ilişkin alt temalar ise şöyle sıralanmıştır: (a) kişisel yaşamda var olma, (b) terapide var olma, (c) var olma konusunda diğerlerini cesaretlendirme.
Boellinghaus ve ark. (2013)	10 kadın 2 erkek	Şefkat Meditasyonu (Loving-Kindness Meditation)	6 derslik eğitim	Bilişsel Davranış Terapi ya da klinik psikoloji öğrencileri	Görüşme	Yorumla dayalı fenomenolojik analiz	Ortaya çıkan temalar şöyle sıralanmıştır: (a) çalışmaya bağlanma (b) kendiliğe etki (c) ilişkilere etki (d) merhamet terapi odasına getirme (e) şefkat meditasyonunu yaşama entegre etme
Felton ve ark. (2013)	38 kadın 3 erkek	Kabat-Zhin'in yöntemi esas alınarak haftada iki olmak üzere 15 hft. ders.	Ders içi ve ders dışı uygulamalar (meditasyon, yoga, qigong, tai chi gibi)	Danışmanlık yüksek lisans öğrencileri	5 soruluk açık uçlu soruya verilen yazılı yanıtlar	İçerik analizi	Eğitimin sonunda: (a) Farkındalık (anda kalma, strese yönelik bilincin artması, bedensel strese yönelik farkındalığın artması) (b) kabul (zorlukları kabul etme, kendini daha fazla bağışlama, duygusal tepkiselilik ve duyu düzenleme)

Hopkins ve Proeve (2013)	10 kadın 1 erkek	Sekiz haftalık Farkındalık temelli Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi.	Belirtilmemiş	Klinik psikoloji lisansüstü eğitimindeki psikologlar	Yarı yapılandırılmış görüşmeler (başlangıç, son ve takip) ve haftalık günlükler	Tematik analiz	<p><i>Eğitim öncesi yapılan görüşmenin sonuçları çalışmamız kapsamı dışındadır olduğundan buraya dâhil edilmemiştir.</i></p> <p>Görüşme sonucunda ortaya çıkan temalar ise şöyledir:</p> <p>Zorlayıcı deneyim (meditasyon uygulamasının zorlukları, meditasyon uyarılma)</p> <p>Değişmiş stres tepkisi (daha farkında, gödişe kapılmamış, ana odaklı, aksiyona bırakma)</p> <p>Değişmiş terapi deneyimi (Kendi tepkilerinin farkında olma, gödişe kapılmamış, çabalamaya çalışmadan ana odaklanma, kişisel yaşamın mesleki yaşama etkileri)</p> <p>Bilginin artması (farkındalığa ilişkin bağlamsal bilgi, farkındalığa ilişkin işlemsel bilgi, BDT haricinde bir şey)</p> <p>Ev Ödevi- Günlüklerin analizi sonucunda ortaya çıkan sonuçlar şöyledir:</p> <p>Kendini ve diğerlerine yönelik kabul</p> <p>Takip görüşmesinde ortaya çıkan sonuçlar ise şöyledir:</p> <p>Değişmiş düşünce biçiminin devam etmesi (yaşama yönelik genel bakış, duyguyu yönetimi, günlük etkinliklere yönelik farkındalık)</p>
Brenner (2009)	7 kadın 3 erkek	Zen Budist meditasyonu	Egzersiz yapmak	Deneyimli klinik sosyal çalışmacılar	Yarı yapılandırılmış görüşme	Gömlü teori	<p>Çalışma sonunda ortaya çıkan temalar şöyledir: (a) Farkındalık oluşturmak (deneyimin önceliği, ana odaklanma, kendisi ya da başkası arasında ayırım yapmama, hipotez kurmama-bilme, temel güven) (b) Kabulün artması, (c) sorumluluğun beslenmesi</p>
Keane (2014)	1. Çalışma: 25 kadın 15 erkek 2. Çalışma:	Kişisel farkındalık ve meditasyon uygulamaları	Meditasyon uygulamaları (Zen, Tibet, genel gibi)	Profesyonel psikoterapistler	40 kişi ile açık uçlu sorular ve 12 kişi ile yüz yüze görüşme	İlk çalışma için belirli memnuniyetler. İkinci çalışma için tematik analiz	<p>Çalışma 1:</p> <p>(a) Farkındalık uygulamaları dikkat ve farkındalığı arttıran dikkat ve farkındalığın faydaları, artan dikkat ve farkındalığın zorlukları, artan farkındalık e terapistin öz bakımı</p> <p>(b) Farkındalık hissinin şekillenmesi - terapist nitelikleri</p> <p>(c) Büyük resim - psikoterapiye ilişkin bakış açıları</p> <p>(d) Bir müdahale olarak farkındalık</p> <p>Çalışma 2:</p> <p>(a) Artmış farkındalık ve dikkat - kanalları yeniden düzeltme</p> <p>(b) Faydalar: Anda olmak - Derinlikle buluşmak</p>

Hemanth ve Fisher (2015)	6 kadın	Hafta bir olmak üzere 10 haftalık ders.	Dersçi ve ders dışı uygulamalar.	Klinik psikoloji öğrencileri	Yarı yapılandırılmış görüşme	Yoruma dayalı fenomenolojik analiz	(c) Artmış farkındalığa ilişkin zorluklar (d) Farkındalığın şekillenmesi - terapist nitelikleri (e) Terapistin öz bakımı: Farkındalık ve destek (f) Bir müdahale olarak farkındalık (g) Büyük resim - farkındalığa ve psikoterapiye ilişkin bakış açıları Çalışma sonucunda elde edilen temalar şöyledir: (a) Farkındalık grubuna dair deneyim (başlangıçta duyulan rahatsızlık, rahatlığı kolaylaştırma süreci) (b) farkındalık kullanımının kişisel ve mesleki olarak artması (kendine bakım yolu, terapötik varlığın artması, güvenin artması)
--------------------------	---------	---	----------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------------	--

Not: Hasta ve danışan kelimeleri çalışmalarda kullanıldığı biçimiyle sunulmaya çalışılmıştır.

Tablo 2. Ana temalar, temalar ve kategoriler

Ana Tema	Tema	Kategori	Çalışma Sayısı	Örnek Kesit	İlgili Çalışmalar
Genel Fayda	Rahatlama ve Ayrıştırma		2	"Farkındalık uygulaması seanslara arasında kendimi – dengelememe- yardımcı oldu. Çok çeşitli danışanlarım ve bütün randevularım dolu olduğundan danışanları kendi zamanlarında bırakmak ve bir sonraki danışanın zamanına taşınmamak önemli." McCollum ve Gehart 2010	McCollum ve Gehart 2010, Keane 2014
	Terapistin Farkında Olmasının Hasta İçin Avantaj Olması		9	"Kendi tutumunun kendi meseleleriyle uğraşırken danışanlara modelik yapabileceğine inanıyorum, bunun kendileri için de mümkün olduğuna dair model oluyorum." Cigolla ve Brown 2011	Christopher ve ark. 2006, Moore 2008, Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Felton ve ark. 2015
Kuramsal ve Kuramsal Değişimler	Farkındalık Önerme ve Uygulama		8	"Hala bunun kanıtı dayalı olup olmadığına dair alan yazına bakmadan ama ben bunu faydalı buluyorum, bunu paylaşmayı daha kolay buluyorum..." Hemanth ve Fisher 2015 "Ağkçası bu yüksek seviyede sıkıntı çeken kişilere önerilecek bir müdahale değil." Keane 2014	Moore 2008, Schure ve ark. 2008, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Boellinghaus ve ark. 2013, Keane 2014, Felton ve ark. 2015, Hemanth ve Fisher 2015
	Kavramsallaştırmada Değişimler		4	"Danışmanlığa ilişkin bakışımın da değiştiğini düşünüyorum, bu ders ruhani bir yönelimin olmasını ve kendi iyilik halimi çalışmam gerektiğine vurgu yapıyor." Schure ve ark. 2008	Schure ve ark. 2008, Christopher ve ark. 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Boellinghaus ve ark. 2013, Keane 2014
Kişilik Özelliklerinde Değişim- Terapist Kimliği	Kuramsal Örtüşmeler		2	"[Katılımcılardan] ikisi 'yalın dikkat' ile psikonalitik psikoterapideki serbest çağrışım arasında benzerlik görmüştür." Keane 2014	
	Kendine Güven		6	"Sürece güveniyorum, çünkü bunu uzun zamandır yapıyorum ve oldukça... rahatım ve biliyorum, kendimden gelecek ve bu tamamen doğal bir deneyim." Cigolla ve Brown 2011	Schure ve ark. 2008, Brenner 2009, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Felton ve ark. 2015
	Merhamet	Kendine	3	"... danışmanlık becerilerime dair kaygım da epey azaldı. Büyüme ağrılarına karşı geçmişe göre daha	McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Felton ve ark. 2015

					affediyim. Ehlileşmek için zaman gerektiğini daha fazla kabul edebiliyorum." Felton ve ark. 2015	McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Boellinghaus ve ark. 2013
	Hastaya	3			"Katılımcılar danışanlarını kendilerine karşı daha merhametli olmak konusunda aktif olarak cesaretlendirmektedirler ve kendileri de danışanlarına karşı daha merhametlidir." Boellinghaus ve ark. 2013	
	Sorumluluk / Sorumluluğun Nedeleştirilmesi	6			"Ekstra ağırlıklar taşımak yerine o zaman içerisinde orada ne oluyorsa onunla uğraşıyoruz..." Keane 2014	Schure ve ark. 2008, Brenner 2009, Christopher ve ark. 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Felton ve ark. 2015
	Sakinleşme	6			"Katılımcılar, Zen uygulamasından kaymaklanan, danışanları ile çalışmalarını sırasında sakinlik ve açıklık gibi deneyimler yaşadıklarını belirtmişlerdir." Brenner 2009	Christopher ve ark. 2006, Brenner 2009, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014
	Yavaşlama	5			"Yavaşlayarak ve o anda nasıl düşündüğüme ilişkin daha farkında olarak terapide daha fazla alan yaratılıyor ve bu da danışanlarına karşı daha alıcı hissetmeye izin veriyormuş gibi hissediyorum." McCollum ve Gehart 2010	Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Keane 2014, Felton ve ark. 2015
Yeni Beceriler-Terapistlik	Kabul	5			"... danışmanlar danışanlarına karşı daha fazla saygı, merak ve kabul deneyimi yaşadıklarını ifade etmişlerdir." Christopher ve ark. 2011	Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Keane 2014,
	Anda Olmak ve İlişki Kurma	10			"... etrafında neler olup bittiğinin farkında olmak. Evet, danışanına daha fazla ayak uydurabiliyorsun doğal olarak, o anda onlarda neler olduğuna. Bir şeyi tepki vermek için bir sonraki haftayı beklemek zorunda değilsin (gülür)... evet." Hemanth ve Fisher 2015	Christopher ve ark. 2006, Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Boellinghaus ve ark. 2013, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Hemanth ve Fisher 2015, Felton ve ark. 2015
	Empati Becerisinde Artış	6			"... Şimdi, seansların daha yavaş gittiğini ve daha derin ve gerçek empatiyi yansıttığını düşünüyorum." Felton ve ark. 2015	Schure ve ark. 2008, Boellinghaus ve ark. 2013, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Felton ve ark. 2015, Hemanth ve Fisher 2015
	Sonuç Odaklı Olmama	4			"Çok, çok daha az çözüm odaklıyım" Keane 2014	Brenner 2009, Cigolla ve Brown 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014

	Farkında Olma	İçinde Bulunulan Ann	2	"... sanki bir lens... temizlenmiş ve güncellenmiş." Keane 2014	Christopher ve ark. 2006, Keane 2014	
			8	"Bu işime yaradı... Bir adım geriye attım ve bunun üzerinde çalıştım (olumsuz karşı aktarım)." Boellinghaus ve ark. 2013	Schure ve ark. 2008, Brenner 2009, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Boellinghaus ve ark. 2013, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014	
			9	Kendisinin	"Sınırlarım kesinlikle daha iyi. Önemli olduğumu ve kendimi unutarak bütün enerjimi başkalarına yardım etmeye çalışarak harcamayacağımı fark ettim. Kendime karşı daha nazik davranıyorum ve zihnim, bedenime saygı duyuyorum..." Felton ve ark. 2015	Schure ve ark. 2008, Brenner 2009, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Felton ve ark. 2015, Hemanth ve Fisher 2015
			10	Hastanın / Sürecin	"... farkında olmak ve daha "merkezleşmek" kendimin dışına daha fazla bakmama imkan verdi, danışanımı daha fazla gözlemleme ve onun olan ilişkimi." Schure ve ark. 2008	Schure ve ark. 2008, Brenner 2009, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Boellinghaus ve ark. 2013, Hopkins ve Proeve 2013, Keane 2014, Felton ve ark. 2015, Hemanth ve Fisher 2015
			3	Bakım Verme	"Anda mıyım? Bedenimin içinde miyim?" hastalarım birçoğunun fiziksel travması var ve az da olsa bedenleirinden kopuklar. Ayaklarımın yere nasıl basacağını öğrendim ve kendilerine de bunu yapmaları için yardım ediyorum." Keane 2014	Schure ve ark. 2008, Keane 2014, Felton ve ark. 2015
			7	Odaklanma	"... o anda ne oluyorsa onu fark ediyorsun... bence bu terapide çok sık oluyor..." Cigolla ve Brown 2011	Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Cigolla ve Brown 2011, Keane 2014, Felton ve ark. 2015, Hemanth ve Fisher 2015
			1	Kendi Kendine Konuşmalan İdare Etme	"Terapi seansında kişisel konuşmalarım" daha kontrollü gibi görünüyor." McCollum ve Gehart 2010	McCollum ve Gehart 2010
			5	Duygu Kontrolü/Düzenlenmesi	"Bu derste çalışmam sonucunda danışanlarım karşı daha az tepkisel olduğumu hissediyorum." Schure ve ark. 2008	Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Keane 2014, Felton ve ark. 2015

						Christopher ve ark. 2006, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Hopkins ve Proeve 2013, Keane, 2014, Felton ve ark. 2015,
					6	"Eğer kaygılı ya da stresli hissediyorsam bunun oda içerisinde neler olup bittiğine ilişkin bir dikkat dağılımı olduğunu biliyorum..." Felton ve ark. 2015
					7	"Dalışan zor zamanlar geçirdiğim ya da onun konuşmasını beklerken onunla orada durmayı daha kolay buluyorum." Schure ve ark. 2008
						Schure ve ark. 2008, McCollum ve Gehart 2010, Christopher ve ark. 2011, Gigolla ve Brown 2011, Boellinghaus ve ark. 2013, Hopkins ve Proeve 2013, Felton ve ark. 2015

Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Fiziksel Egzersiz Programlarının Etkinliği: Sistematik Derleme

Efficiency of Physical Exercise Programs on Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review

Sefa Lök, Neslihan Lök

Öz

Fiziksel aktivite ve egzersiz giderek çeşitli ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu sistematik derlemede amaç kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel aktivite programlarının etkinliğini değerlendirmektir. Derleme York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen Centre for Reviews and Dissemination 2009 rehberi doğrultusunda yapılmıştır. Tarama sonucunda araştırma kapsamına yedi çalışma alınmıştır. Fiziksel aktivite programlarına katılan kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin, ruhsal olarak kendilerini iyi hissettikleri, ilaç tedavisine ve terapötik müdahalelere daha uyumlu oldukları, anksiyeteyi azalttığı, fiziksel benlik algılarını güçlendirdiği, sosyal işlevselliği artırdığı, gündüz uykuyu azaltıp gece uykusunu daha kaliteli hale getirdiği gibi olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır. Bu nedenle tüm psikiyatri hastalarına yönelik özelleşmiş sistematik, planlı ve sürekli olan fiziksel aktivite programları geliştirilmeli ve hastalara yönelik bu programlar uygulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kronik ruhsal hastalık, fiziksel egzersiz, sistematik derleme.

Abstract

Physical activity and exercise have recently been used as an effective method for the treatment of several mental disorders. In this systematic review, the objective is to evaluate the efficiency of the physical activity programs which are applied on the chronic psychiatric patients. The review is made in direction with the Centre for Reviews and Dissemination 2009 guide which is developed by the York University, National Health Care Research Institute. Seven studies are included within the scope of this research. The patients with chronic mental disorders who participate in the physical activity programs experience positive outcomes like that they feel themselves mentally better, they are more compatible with the medical treatment and therapeutic interventions, the programs diminish the anxiety, their perceptions of physical self are strengthened, the social functionality is increased, the duration of morning sleep is decreased and the quality of night sleep is increased. Accordingly, personalized, planned and continuous physical activity programs should be developed for all the psychiatric patients and these programs should be applied on such patients.

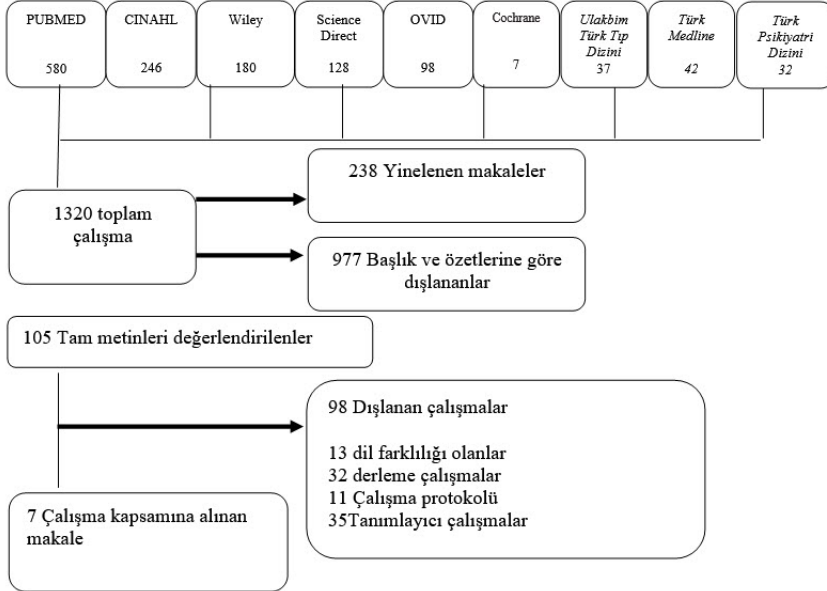
Key words: Chronic mental disorder, physical exercise, systematic review. .

SAĞLIK fiziksel ve ruhsal boyutları ile ayrılmaz bir bütündür ve birbirini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, 1947 yılında, “tam bir fiziki, ruhsal ve toplumsal iyi oluş” olarak tanımlamaktaydı, ancak 1958’de bu tanıma manevi iyi oluş halini eklemiştir (Rogers ve Pilgrim 2014). Dünya Sağlık Örgütü (1986) tanımına göre, “sağlık kişi ya da grupların fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik haline ulaşabilmeleri için isteklerini belirleyebilmesi, farkına varabilmesi ve gereksinimlerini giderebilmesi, diğer taraftan çevresini değiştirebilmesi ya da baş edebilmesi demektir.” Ruh sağlığı ise, kişinin kendisi ve diğer insanlarla uyum ve denge içinde olmasdır. Bu uyum kesin kurallara bağlı olmayıp değişkenlik ve belli ölçülerde esneklik taşımaktadır (Plowman ve Smith 2013). Farklı bir yönden bakıldığında ruh sağlığı, ciddi anlamda bir hastalık olmayıp, belli kültürlerde, belli normlarda değerlendirilen bir düşünce, konuşma ve davranış tipi olarak da tanımlanabilmektedir. Hastalık ise, birey için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgudur, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Geleneksel hastalık kuramlarına baktığımızda, insanın bir bütün olarak ele alınmadığını, sadece hasta olan organına ve hastalığına yoğunlaşıldığı görülmektedir (Waugh ve Grant 2014).

Ruhsal bozuklukların toplumda yaygın olarak görülmesi, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır (Kenney ve Grand 2014). Ruh sağlığı sorunları kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açmaktadır (Rosenbaum ve ark. 2014). Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilgilidir. Tedavi için gelişen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı doğrudan tedaviye yanıt ve hastalığın gidişini etkileyebilmektedir. Bu nedenle kronik psikiyatri hastalığına sahip bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri ve enerji miktarlarını dengede tutmaları açısından fiziksel aktivite ve egzersizlere yönlendirilmeleri önemlidir (Zshucke ve ark. 2013).

Fiziksel aktivite, artan enerji tüketimiyle sonuçlanan, iskelet kasları tarafından üretilen, istemli hareketler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite günlük yaşamın bir parçası olarak yapılan alışveriş merkezine yürüme, merdiven çıkma gibi aktiviteleri içerir (Koçak ve Özkan 2010). Fiziksel aktivite yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili değiştirilebilir davranışsal bir risk faktörü olarak da tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite aynı zamanda, kronik hastalıkların rehabilitasyonunda, tedavisinde ve önlenmesinde etkili olan sağlıkla ilgili bir davranış şeklidir (Chodzko-Zajko 2014). Fiziksel aktivitenin, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkileri olabilmektedir. Fiziksel aktivite depresyon hastalarında kaybolan enerjiyi yeniden kazandırırken, Bipolar manik ataktaki hastada fazla olan enerjiyi dengeli kullanmaya yardımcı olabilmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersizler doğru amaçla kullanıldığında her durumda kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireyler için ideal bir uygulamadır. Düzenli fiziksel aktivite, esenlik, fiziksel sağlık, yaşamdan tatmin olmak ve kavramsal işlevlerin iyileşmesi ile uyumludur (Mammen ve Faulkner 2013). Fiziksel aktivite ve egzersiz giderek çeşitli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu sistematik derlemede amaç, kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylere uygulanan fiziksel aktivite programlarının

etkinliğini değerlendirmektir. Bu sistematik derlemeye “kronik psikiyatri hastalarına yönelik uygulanan fiziksel aktivite programlarının etkinliği nelerdir?” sorusu ile başlanmıştır.



Şekil 1. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Akış Şeması

Yöntem

Bu çalışma kronik psikiyatri hastalarına uygulanan "Fiziksel Egzersiz Programları"nın etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmış bir sistematik derlemedir. Derleme York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen Centre for Reviews and Dissemination (CRD) 2009 rehberi doğrultusunda yapılmıştır. Literatür taraması, kapsadığı yıllar açısından herhangi bir sınırlama yapılmaksızın, "Pubmed, Cinahl, Wiley Interscience, Sciencedirect, Ovid, Cochrane, Ulakbim Türk Tıp Dizini, Türk Medline" veri tabanlarında yapılmıştır. Tarama 6'sı İngilizce ve 6'sı Türkçe olmak üzere 12 anahtar sözcük kullanılarak Ocak-Şubat 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Taramada, "Kronik psikiyatri hastaları ve fiziksel aktivite", "Kronik psikiyatri hastaları ve egzersiz", "Şizofreni ve fiziksel aktivite", "Şizofreni ve egzersiz", "Duygudurum bozuklukları ve fiziksel aktivite", "Duygudurum bozuklukları ve egzersiz", "Chronic mental illness and physical activity", "chronic mental illness and exercise", "Schizophrenia and physical activity", "Schizophrenia and exercise", "Mood-disorders and physical activity", "Mood-disorders and exercise" anahtar sözcükleri kullanılmıştır.

Bu sistematik derlemenin katma kriterleri; Alzheimer hastalarına müzik terapi uygulanarak yapılmış, randomize, deneysel, yarı deneysel ve vaka-kontrol araştırmalar, dışlama kriterleri ise; derlemeler, kalitatif ve tanımlayıcı araştırmalar olarak belirlenmiştir. Tarama sonucunda toplam 1320 (Pubmed:580, Cinahl: 246, Wiley Interscien-

ce:180, Sciencedirect:128, Ovid:98, Cochrane Library:7, Ulakbim Türk Tıp Dizini:37, Türk Medline:43, Türk Psikiyatri Dizini:32) çalışmaya ulaşılmıştır. Kriterler doğrultusunda yapılan elemeler sonunda araştırma kapsamına altı çalışma alınmıştır (Şekil 1)

Bulgular

Bu sistematik derlemede araştırma kriterlerine göre seçilmiş altı araştırma makalesi incelenmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular "Araştırma türü/Örneklem Özellikleri, Kullanılan Ölçüm Araçları, Uygulama Özellikleri ve Elde edilen Sonuçlar" başlıkları altında gruplandırılarak sunulmuştur (Tablo1).

Tablo 1. Çalışmalar ve özellikleri

Makale	Araştırma türü /Örneklem Özellikleri	Kullanılan Ölçüm Araçları	Uygulama Özellikleri	Elde edilen sonuçlar
Edenfeld (2007)	Yarı deneysel araştırma 60 bipolar bozukluk hastası Deney grubu: 30 Kontrol grubu: 30	-Depresif semptomlar ölçeği -Manik semptomlar ölçeği -Stresle başa çıkma tarzları ölçeği -Klinik Global İzlenim Ölçeği -Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği	Egzersiz grubu: 2 hafta haftada 4 gün, 8 seans 30 dakika yürüyüş Kontrol grubu: Herhangi bir aktivite yapılmamıştır.	-Egzersiz grubunun depresyon belirtilerinde azalma olmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişiklik olmamıştır. -Her iki grubun manik belirtilerinde değişiklik olmamıştır. -Egzersiz grubunun stres düzeylerinde azalma olmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişiklik olmamıştır. -Egzersiz grubunun anksiyete seviyelerinde azalma olmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişiklik olmamıştır.
Acil ve ark. (2008)	Yarı deneysel araştırma 30 şizofreni hastası Deney grubu: 15 Kontrol grubu: 15	-Pozitif Sendrom Ölçeği -Negatif Sendrom Ölçeği -Kısa semptom Envanteri -WHOQOL-BREF-TR Yaşam kalitesi ölçeği	Egzersiz grubu: 10 hafta boyunca haftada 3 gün 40dk/gün 10 dakika ısınma 25 dakika aerobik egzersiz ve 5 dakika soğuma olarak yapılmıştır. Kontrol grubu: Herhangi bir aktivite yapılmamıştır.	-Egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda pozitif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. -Egzersiz grubunun program sonunda Pozitif Sendrom ölçeği Halüsinasyon, illizyon, garip davranış ve formal düşünce bozukluğu alt boyutları puan ortalamalarının da kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. -Egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda negatif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. -Egzersiz grubunun Negatif Sendrom ölçeği affektif küntleşme, alogia, apati, anhedoni, dikkat eksikliği puan ortalamalarının da kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. -Egzersiz grubunun program sonunda kısa semptom envanteri puan ortalamasının kontrol

				<p>grubuna göre düştüğü görülmüştür.</p> <p>-Egzersiz grubunun program sonunda yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel ve ruhsal alan puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yükseldiği farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.</p> <p>-Egzersiz grubunun program sonunda yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yükseldiği, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.</p>
Dodd ve ark. (2011)	<p>Tek gruplu öntest son test desenli deneysel araştırma</p> <p>8 şizofreni hastası</p> <p>Deney grubu: 8</p> <p>Kontrol grubu yok</p>	<p>-Pozitif Sendrom Ölçeği</p> <p>-Negatif Sendrom Ölçeği</p>	<p>Egzersiz grubu: 28 hafta boyunca egzersiz yaptırılmıştır. İlk dört hafta spor salonunda uygulanan serbest aktivitelere katılmışlardır. Haftada 3 gün aerobik egzersiz programı, iki gün ise 30 dakikalık yürüyüş yaptırılmıştır. Sonra 24 hafta (6 ay) 3 gün toplamda 30 dakika süren altı adımda gerçekleştirilen planlanmış egzersiz programına alınmışlardır.</p> <p>1. Sabit bisiklet: 8 dakika; 2. Kondisyon: 5 dakika; 3. Kol germe: 5 dakika; 4. Step tahtası: 3 dakika 5. Koşu bandı 5 dakika ; 6. Mini trambolin koşu: 4 dakika 5. ve 28. hafta sonunda değerlendirme yapılmıştır.</p> <p>Kontrol grubu: Herhangi bir aktivite yaptırılmamıştır.</p>	<p>-Aerobik egzersiz sonrası hastaların kilo ve BKİ ortalamalarının düştüğü görülmüştür.</p> <p>-Aerobik egzersiz sonrası hastaların Pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür.</p> <p>-Aerobik egzersiz sonrası hastaların Negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının da düştüğü görülmüştür.</p>
Beebe ve ark. (2013)	<p>Yarı deneysel çalışma</p> <p>22 şizofreni ve şizoaffektif hasta</p> <p>Deney grubu: 11</p>	<p>-Pozitif Sendrom Ölçeği</p> <p>-Negatif Sendrom Ölçeği</p>	<p>Egzersiz grubu: 18 hafta haftada 5 gün 5 dakika ısınma, 30 dakika yürüyüş, 5 dakika soğuma şeklinde toplam 40 dakikalık egzersiz programına alınmıştır. Hastalara</p>	<p>-Egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda pozitif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır.</p> <p>-Egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda negatif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır.</p>

	Kontrol grubu: 11		pedometre takılmıştır. Kontrol grubu: Herhangi bir aktivite yaptırılmamıştır.	
Cassilhas ve ark. (2015)	Randomize Kontrollü çalışma 34 şizofreni hastası Direnc egzersiz grubu: 12 Eş zamanlı egzersiz grubu: 9 Kontrol grubu:13	-Pozitif Sendrom Ölçeği -Negatif Sendrom Ölçeği -Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği -SF-36 Kısa Yaşam kalitesi ölçeği	Direnc Egzersiz grubu: 20 hafta boyunca haftada iki gün her seans 60 dakika uygulanmıştır. Her seans 5 dakika ısınma 50 dakika aerobik egzersiz ve 5 dakika soğuma şeklinde yürütülmüştür. 50 dakikalık aerobik egzersiz bölümünde 4km/h sabit hızla motorlu koşu bandında koşu yaptırılmıştır. Eş zamanlı egzersiz grubu: direnc egzersiz programına ek 15 dakika kuvvet ve dayanıklılık egzersizleri yaptırılmıştır. Ölçümler başlangıç, 10 ve 20. hafta sonunda alınmıştır. Kontrol grubu: Herhangi bir aktivite yaptırılmamıştır.	-Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada pozitif belirtiler ölçeği puan ortalaması giderek artarken, direnc egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda pozitif belirtiler ölçeği puanlarının düştüğü görülmüştür. - Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada negatif belirtiler ölçeği puan ortalamasının değişmediği, direnc egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda negatif belirtiler ölçeği puanlarının düştüğü görülmüştür. -Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada şizofrenide depresyon ölçeği puan ortalamasının giderek arttığı, direnc egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda şizofrenide depresyon ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür. - Başlangıç, 10 ve 20. haftada yapılan ölçümlerde, yaşam kalitesi Fiziksel Sağlık, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı ve Canlılık (Enerji) alt boyutlarına ait puan ortalamalarının üç grup içinde arttığı görülmüştür. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve farkın eş zamanlı egzersiz grubundan kaynaklandığı görülmüştür. -Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada yaşam kalitesi ölçeği Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol, Mental Sağlık alt boyutları puan ortalamasının giderek arttığı, direnc egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda şizofrenide depresyon ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür.
Loh ve ark. (2016)	Randomize Kontrollü çalışma 104 kronik şizofreni hastası Girişim grubu: 52 Tedavi grubu: 52	-Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi -SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği -Pozitif Sendrom Ölçeği -Negatif Sendrom Ölçeği -Bireysel ve sosyal performans ölçeği	Girişim grubu: Üç ay (12 hafta) boyunca haftada 4 gün uygulanmıştır. 5 dakika ısınma 30 dakika yürüyüş egzersizi ve 5 dakika soğuma şeklinde yürütülmüştür. Son ayda 5 dakika ısınma 40 dakika yürüyüş egzersizi ve 5 dakika soğuma şeklinde yürütülmüştür.	-Girişim grubunun egzersiz programı sonrası yaşam kalitesi ölçeği Fiziksel Sağlık, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı ve Canlılık (Enerji), Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol ve Mental Sağlık alt boyutları puan ortalamalarının arttığı, kontrol grubunun ise değişmediği görülmüştür. -Kontrol grubunun egzersiz sonrası pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamasının arttığı, girişim grubunun ise düştüğü görülmüştür. -Kontrol grubunun egzersiz sonrası negatif belirtiler ölçeği puan ortalamasının arttığı, girişim grubunun ise düştüğü görülmüştür. -Girişim grubunun Bireysel ve sosyal perfor-

			tür. Kontrol grubu: Herhangi bir aktivite yapılmamıştır.	mans ölçeği puan ortalamasının egzersiz programı sonrası arttığı gözlenirken, kontrol grubun egzersiz sonrası puan ortalamasının değişmediği görülmüştür.
Ho ve ark. (2016)	Randomize kontrollü çalışma 153 kronik şizofreni hastası Tai-chi grubu: 51 Egzersiz grubu: 51 Kontrol grubu: 51	-Pozitif Sendrom Ölçeği -Negatif Sendrom Ölçeği -Nörolojik değerlendirme envanteri -Barthel günlük yaşam aktivitesi ölçeği -Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi -Wechsler yetişkinler için zeka ölçeği	Haftada iki kez 60dk/gün olarak yürütülmüştür. Tai chi grubu: Dikkat ve koordinasyonu içeren 22 basit hareketleri içermektedir. Öğrenme ve hafızayı maksimize etmek için uygulanmıştır. Egzersiz grubu: Girişim 5 dakika ısınma, 10 dakika germe ve eklem hareketleri, 15 dakika yürüme, 10 dakika hafif ağırlık çalışmaları, 15 dakika germe ve 5 dakika soğuma olarak yürütülmüştür. Başlangıç, 3 ve 6. ayda ölçümler yapılmıştır.	-Tai chi grubunun 3. ayda pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre düştüğü görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. -Tai chi grubunun 3. ayda negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre yükseldiği görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. -Egzersiz grubunun 3. ayda pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre düştüğü görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. -Egzersiz grubunun 3. ayda negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre yükseldiği görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. -Kontrol grubunun ise negatif ve pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının üç ölçümde de değişmediği görülmüştür. -Tai chi ve egzersiz gruplarının nörolojik değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının başlangıç, 3 ve 6. ayda giderek azaldığı, kontrol grubunun ise değişmediği görülmüştür. -Tai chi ve egzersiz gruplarının günlük yaşam aktivitesi ölçeği ve yetişkinler için zeka ölçeği puan ortalamalarının başlangıç, 3 ve 6. ayda giderek arttığı, kontrol grubunun ise değişmediği görülmüştür.

Örneklem Özellikleri

Derlemeye dâhil edilen araştırmaların 2007 ile 2016 yılları arasında yapıldığı görülmüştür. İncelemeye alınan çalışmaların örneklemini bipolar, depresyon ve şizofreni hastaları oluşturmuştur. Araştırmalarda örneklem sayısının en az 8 (Dodd ve ark. 2011), en fazla 153 (Ho ve ark. 2016) olduğu saptanmıştır. Derlemeye alınan çalışmaların üçü yarı deneysel çalışma, üçü randomize kontrollü ve birinin ise deneysel (kontrol grupsuz) araştırma deseninde olduğu saptanmıştır.

Kullanılan Ölçüm Araçları

Derlemeye dahil edilen araştırmalarda psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde fiziksel aktivite programlarının etkinliğini değerlendirebilecek ölçüm araçları kullanılmıştır. Edenfield (2007), depresif semptomlar ölçeği, manik semptomlar ölçeği, stresle başa çıkma tarzları ölçeği, klinik global izlenim ölçeği, hamilton depresyon değerlendirme ölçeği, Acil ve arkadaşları (2008), pozitif sendrom ölçeği, negatif sendrom ölçeği, kısa semptom envanteri, WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ölçeği, Dodd ve arkadaşları (2011) ve Beebe ve arkadaşları (2013), pozitif sendrom ölçeği ve negatif sendrom ölçeği, Cassilhas ve arkadaşları (2015), pozitif sendrom ölçeği, negatif sendrom ölçeği, Calgary

şizofrenide depresyon ölçeği, SF-36 kısa yaşam kalitesi ölçeği, Loh ve arkadaşları (2016), uluslararası fiziksel aktivite anketi, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, pozitif sendrom ölçeği, negatif sendrom ölçeği, bireysel ve sosyal performans ölçeği, Ho ve arkadaşları (2016), pozitif sendrom ölçeği, negatif sendrom ölçeği, nörolojik değerlendirme envanteri, Barthel günlük yaşam aktivitesi ölçeği, Lawton günlük yaşam aktiviteleri indeksi, Wechsler yetiştirkinler için zeka ölçeği kullanılmıştır.

Uygulama Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan tüm çalışmalarda deney grubunda yer alan kronik psikiyatri hastalarına beden eğitimi bölümünde uzman kişilerce hazırlanmış Fiziksel Aktivite programları uygulanmıştır. Edenfield (2007), egzersiz grubuna iki hafta boyunca haftanın dört günü toplamda sekiz seans 30 dakika yürüyüş yaptırmıştır. Acil ve arkadaşları (2008), egzersiz grubuna 10 hafta boyunca haftada üç gün 40dk/gün, 10 dakika ısınma 25 dakika aerobik egzersiz ve beş dakika soğuma olarak yaptırılmıştır. Dodd ve arkadaşları (2011), egzersiz grubuna 28 hafta boyunca egzersiz yaptırılmıştır. İlk dört hafta spor salonunda uygulanan serbest aktivitelere katılmışlardır. Haftada üç gün aerobik egzersiz programı, iki gün ise 30 dakikalık yürüyüş yaptırılmıştır. Sonra 24 hafta (6 ay) üç gün toplamda 30 dakika süren altı adımda gerçekleştirilen planlanmış egzersiz programına alınmışlardır. Beşinci ve 28. hafta sonunda değerlendirme yapılmıştır. Çalışmada Beebe ve arkadaşları (2013), 18 hafta haftada beş gün her seansta beş dakika ısınma, 30 dakika yürüyüş ve ardından beş dakika soğuma şeklinde toplam 40 dakikalık egzersiz programına alınmıştır. Hastalara pedometre takılmıştır.

Cassilhas ve arkadaşları (2015), hastaları üç gruba dağıtmıştır. Direnç Egzersiz grubuna, 20 hafta boyunca haftada iki gün her seans 60 dakika uygulanmıştır. Her seans beş dakika ısınma 50 dakika aerobik egzersiz ve beş dakika soğuma şeklinde yürütülmüştür. 50 dakikalık aerobik egzersiz bölümünde 4km/h sabit hızla motorlu koşu bandında koşu yaptırılmıştır. Eş zamanlı egzersiz grubuna direnç egzersiz programına ek 15 dakika kuvvet ve dayanıklılık egzersizleri yaptırılmıştır. Ölçümler başlangıç, 10 ve 20. hafta sonunda alınmıştır. Loh ve arkadaşları (2016), egzersiz grubuna üç ay (12 hafta) boyunca egzersiz programı uygulanmıştır. İlk iki ayda egzersiz programı, haftada dört gün beş dakika ısınma 30 dakika yürüyüş egzersizi ve ardından beş dakika soğuma şeklinde yürütülmüştür. Son ayda ise beş dakika ısınma 40 dakika yürüyüş egzersizi ve ardından beş dakika soğuma şeklinde yürütülmüştür. Ho ve arkadaşları (2016) çalışmasında hastaları üç gruba ayırmıştır. Tai chi grubuna, dikkat ve koordinasyonu içeren 22 basit hareket içermektedir. Öğrenme ve hafızayı maksimize etmek için amaçlanmıştır. Egzersiz grubuna, beş dakika ısınma, 10 dakika germe ve eklem hareketleri, 15 dakika yürüme, 10 dakika hafif ağırlık çalışmaları, 15 dakika germe ve beş dakika soğumadan oluşan paket program uygulanmıştır. İki grubun uygulamaları da haftada iki kez 60dk/gün olarak yürütülmüştür. Başlangıç, 3 ve 6. ayda ölçümler yapılmıştır. Tüm çalışmalarda kontrol grubuna herhangi bir aktivite yaptırılmamıştır.

Eldedilen Sonuçlar

Edenfield (2007) tarafından yapılan çalışmada, deney grubunda egzersiz grubunun depresyon belirtilerinde azalma olmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişiklik olmamıştır. Her iki grubun manik belirtilerinde değişiklik olmamıştır. Egzersiz grubunun stres düzeylerinde azalma olmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişiklik

olmamıştır. Egzersiz grubunun anksiyete seviyelerinde azalma olmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Acil ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda pozitif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. Egzersiz grubunun program sonunda Pozitif Sendrom ölçeği Halüsinasyon, illizyon, garip davranış ve formal düşünce bozukluğu alt boyutları puan ortalamalarının da kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. Egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda negatif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. Egzersiz grubunun Negatif Sendrom ölçeği affektif küntleşme, alogia, apati, anhedoni, dikkat eksikliği puan ortalamalarının da kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. Egzersiz grubunun program sonunda kısa semptom envanteri puan ortalamasının kontrol grubuna göre düştüğü görülmüştür. Egzersiz grubunun program sonunda yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel ve ruhsal alan puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yükseldiği farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Egzersiz grubunun program sonunda yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yükseldiği, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Dodd ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada, aerobik egzersiz sonrası hastaların kilo ve beden kitle oranları (BKİ) ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Aerobik egzersiz sonrası hastaların Pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Aerobik egzersiz sonrası hastaların Negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının da düştüğü görülmüştür.

Beebe ve arkadaşları (2013) çalışmasında egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda pozitif belirtiler ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır. Egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda negatif belirtiler ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır.

Cassilhas ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada, kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada pozitif belirtiler ölçeği puan ortalaması giderek artarken, direnç egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda pozitif belirtiler ölçeği puanlarının düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada negatif belirtiler ölçeği puan ortalamasının değişmediği, direnç egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda negatif belirtiler ölçeği puanlarının düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada şizofrenide depresyon ölçeği puan ortalamasının giderek arttığı, direnç egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda şizofrenide depresyon ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür. Başlangıç, 10 ve 20. haftada yapılan ölçümlerde, yaşam kalitesi Fiziksel Sağlık, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı ve Canlılık (Enerji) alt boyutlarına ait puan ortalamalarının üç grup içinde arttığı görülmüştür. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve farkın eş zamanlı egzersiz grubundan kaynaklandığı görülmüştür. Kontrol grubunun başlangıç, 10 ve 20. haftada yaşam kalitesi ölçeği Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol, Mental Sağlık alt boyutları puan ortalamasının giderek arttığı, direnç egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10 ve 20. haftalarda şizofrenide depresyon ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür.

Loh ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada, girişim grubunun egzersiz

programı sonrası yaşam kalitesi ölçeği Fiziksel Sağlık, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı ve Canlılık (Enerji), Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol ve Mental Sağlık alt boyutları puan ortalamalarının arttığı, kontrol grubunun ise değişmediği görülmüştür. Kontrol grubunun egzersiz sonrası pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamasının arttığı, girişim grubunun ise düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun egzersiz sonrası negatif belirtiler ölçeği puan ortalamasının arttığı, girişim grubunun ise düştüğü görülmüştür. Girişim grubunun Bireysel ve sosyal performans ölçeği puan ortalamasının egzersiz programı sonrası arttığı gözlenirken, kontrol grubun egzersiz sonrası puan ortalamasının değişmediği görülmüştür.

Ho ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise, Tai chi grubunun 3. ayda pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre düştüğü görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. Tai chi grubunun 3. ayda negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre yükseldiği görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. Egzersiz grubunun 3. ayda pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre düştüğü görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. Egzersiz grubunun 3. ayda negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının başlangıç puanlarına göre yükseldiği görülmüştür. 6. ayda ise 3. aydakine benzer olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun ise negatif ve pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının üç ölçümde de değişmediği görülmüştür. Tai chi ve egzersiz gruplarının nörolojik değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının başlangıç, 3 ve 6. ayda giderek azaldığı, kontrol grubunun ise değişmediği görülmüştür. Tai chi ve egzersiz gruplarının günlük yaşam aktivitesi ölçeği ve yetişkinler için zeka ölçeği puan ortalamalarının başlangıç, 3 ve 6. ayda giderek arttığı, kontrol grubunun ise değişmediği görülmüştür.

Tartışma

Kronik psikiyatri hastalarına yönelik fiziksel aktivite uygulaması planlı bir program olmaksızın birçok psikiyatri kliniğinde çoğunlukla klinik hemşireleri tarafından yürütülmektedir. Bu aktivitelerin etkinliğini değerlendirmek oldukça güçtür. Planlı bir şekilde ve profesyoneller tarafından yürütülen programların etkinliği ve hasta yararına olan katkısı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Edenfield 2007, Acil ve ark. 2008, Dodd ve ark. 2011, Beebe ve ark. 2013, Cassilhas ve ark. 2015, Loh ve ark. 2016, Ho ve ark. 2016). Bu sistematik derlemede "kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel aktivite programlarının etkinliği nelerdir? sorusuna yanıt aranmıştır.

Fiziksel aktivite, uzun dönem sağlık için önemlidir ve kişinin yaşam tarzından etkilendir (Thomas ve ark. 2015). Fiziksel aktivitenin tipi ve şiddeti, fiziksel aktivite yapan kişinin amacına ve bireysel özelliklerine göre değişiklik gösterir. Her yaş grubunun farklı fiziksel aktivite gereklilikleri bulunmaktadır. Fiziksel aktivitenin sağlıklı bir yaşam için önemli olduğu sıklıkla vurgulanırken, yetişkin bir birey için, yapılan çalışmalar haftada en az 3 gün ve günde en az 40 dakika yapma gerekliliğini ortaya koymuştur (Chodzko-Zajko 2014). Derlemede incelenen araştırmalarda, psikiyatri hastaları için önerilen fiziksel aktivite programının literatüre benzer olarak haftanın üç günü ve ortalama 40 dakika olarak uygulanmıştır (Loh ve ark. 2016, Beebe ve ark. 2013).

Bireylerin, fiziksel aktivite durumunu etkileyebilecek değişkenlerin "demografik", "biyolojik", "psikolojik", "algısal", "duygusal", "davranışsal", "sosyal", "kültürel" değişkenler ile "fiziksel çevre" değişkenleri olarak sınıflandırılmıştır. Her hasta grubunda da

farklı etkileri olabilmektedir (Thomas ve ark. 2015). Fiziksel aktivite depresyon hastalarında kaybolan enerjiyi yeniden kazandırırken, Bipolar manik ataktaki hastada fazla olan enerjiyi dengeli kullanmaya yardımcı olabilmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersizler doğru amaçla kullanıldığında her durumda kronik ruhsal hastalığa sahip bireyler için ideal bir uygulamadır. Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz, esenlik, fiziksel sağlık, yaşamdan tatmin olmak ve kavramsal işlevlerin iyileşmesi ile uyumludur (Mammen ve Faulkner 2013). Edenfield (2007) çalışmasında, fiziksel aktivite programına alınan her iki uçtaki bipolar hastaların depresyon belirtilerinde azalma olurken, manik belirtilerinde değişiklik olmadığı vurgulanmıştır.

Sağlık için egzersizin temel amacı; hareketsiz bir yaşantının neden olduğu organik ve fiziki bozuklukları önlemek, beden sağlığının ana unsuru olan fizyolojik kapasitesini daha ileriye taşımak, fiziksel uygunluğu ve sağlığı uzun yıllar boyunca korumaktır. Düzenli egzersiz, fiziksel, mental ve emosyonel sağlık için büyük önem taşır. Egzersiz enerji harcanmasını artırır, böylece ağırlığın korunmasında veya zayıflamada yararlı etkiler gösterir (Chodzko-Zajko 2014). Acil ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da literatüre benzer şekilde, egzersiz grubunda yer alan hastaların program sonunda pozitif semptomlar ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü, ayrıca ölçek alt boyutlarından varsanı, yanılısama, garip davranış ve formal düşünce bozukluğu puanlarının ve negatif sendrom ölçeği alt boyutlarından affektif küntleşme, aloji, apati, anhedoni ve dikkat eksikliği puan ortalamalarının da program sonrası düştüğü belirtilmiştir.

Fiziksel aktivite ve egzersiz sanayi döneminden önce yetişkin bireylerin hayatında doğal bir role sahipti, ancak zamanla insanların yaşam biçiminde özellikle 24 teknolojik yenilikler ile çok çeşitli değişimler yaşanmıştır. Özellikle 20 yüzyıldaki değişimler (sanayi ve teknoloji çağı) ile bedensel faaliyetler azalmış ve zihinsel çalışmalar artmıştır. Teknolojinin insanlara sağladığı olanaklar ve çeşitli kolaylıklar ile her geçen gün insanların hareket etmeleri azalmaktadır (Bouchard ve ark. 2012). Çoğu kişi tüm gün oturarak çalışmakta ve diğer zamanlarında da fiziksel aktiviteyi ihmal etmektedir. Bu durumda kronik psikiyatrik hastalıklarda da artış görülmüştür. Hastalıkla birlikte antipsikotik ilaç kullanmaya başlayan hastalar hızla kilo almaktadırlar. Bireylerde fiziksel aktivitenin yaşam biçimi haline gelmesi hastalıkların olumsuz etkilerinden korunmada önemlidir. Kronik psikiyatri hastalarına planlı ve profesyonel kişilerce uygulanan fiziksel egzersiz programlarının hastalara hem kilo verdirdiği ve Beden kitle indekslerinin düşürdüğü bildirilmiştir (Dodd ve ark. 2011). Böylece antipsikotik ilaçların yan etkisi olan ve beden imajını olumsuz etkileyen kilo alımını da azaltarak, Beden kitle indekslerinin düşmesini sağlamaktadır (Rogers ve Pilgrim 2014).

Bireyleri fiziksel aktiviteye yönlendiren ya da engel olan faktörler vardır. Bunlar arasında; psikolojik, zihinsel ve duygusal faktörlere bakıldığında; sağlık ve egzersiz hakkında bilgi, ruhsal hastalıklar, zamanın olmaması, kişilik değişiklikleri, egzersizin algılanan engelleri, kendine güven, motivasyon vb. faktörler sayılabilir. Fiziksel aktiviteye başlamak ve sürdürmek için, zevk alma, motivasyon, hoş zaman geçirme, sağlıklı yaşama isteği gibi etkenleri devreye sokmak gerekmektedir (Booth ve ark. 2003, Ströhle, 2009). Bireyler fiziksel aktiviteden zevk alırlarsa aynı faaliyeti tekrar yapmak isterler. Eğer zevk almazlarsa fiziksel aktivite yerine sinema, TV seyretme gibi faaliyetleri tercih edecektir. Kronik psikiyatri hastaları da hastalığın etkileri ile daha pasif ve izole bir yaşam sürmeyi tercih edebilmekte ve fiziksel aktivite için motivasyonları olamamaktadır. Bu durumda

hastalık daha da şiddetlenebilmektedir. Hastalar için uygulanabilir rutin fiziksel aktivite programlarının olması ve kliniklerde sürdürülmesi, hastalık belirtilerini azaltma ve sosyal işlevselliği artırmada oldukça önem taşımaktadır (Warburton ve ark. 2006). Fiziksel aktivite programlarına katılan kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin, ruhsal olarak kendilerini iyi hissettikleri, ilaç tedavisine ve terapötik müdahalelere daha uyumlu oldukları, anksiyeteyi azalttığı, fiziksel benlik algılarını güçlendirdiği, sosyal işlevselliği artırdığı, gündüz uykuyu azaltıp gece uykusunu daha kaliteli hale getirdiği gibi olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır (Cassilhas ve ark. 2015, Loh ve ark. 2016, Ho ve ark. 2016).

Sonuç

Derlemeye alınan tüm çalışmalarda kronik psikiyatri hastalığına sahip bireylere yönelik uygulanan fiziksel aktivite programlarının kanıt değeri yüksek ve olumlu sonuçları olduğu görülmüştür. Hastalara yönelik planlanan fiziksel aktivite programlarının haftada en az üç gün, beş dakika ısınma, beş dakika soğuma şeklinde ortalama 40-50 dakika sürmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Kronik psikiyatri hastaları, sedanter yaşam, kendinden uzaklaşma, sürekli uyku hali gibi hareketsiz yaşam sürebilmektedir. Bu durumda bireylerin daha çok kendine yönelmelerine ve hastalığın etkilerini daha fazla özelleştirmelerine neden olabilmektedir. Bu nedenle tüm psikiyatri hastalarına yönelik özelleşmiş sistematik, planlı ve sürekli olan fiziksel aktivite programları geliştirilmeli ve hastalara yönelik bu programlar uygulanmalıdır.

Kaynaklar

- Acil AA, Dogan S, Dogan O (2008) The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15, 808-815.
- Beebe LH, Smith KD, Roman MW, Burk RC, McIntyre K, Dessieux OL et al. (2013) A pilot study describing physical activity in persons with schizophrenia spectrum disorders (SSDS) after an exercise program. *Issues Ment Health Nurs*, 34:214-219.
- Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF et al. (2003) International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35:1381-1395.
- Bouchard C, Blair SN, Haskell W (2012) *Physical Activity and Health*, 2nd edition. Champaign, IL, Human Kinetics.
- Cassilhas RC, Attux C, Cordeiro Q, Gadelha A L, Telles BA, Bressan RA et al. (2015) A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 37:271-279.
- Chodsko-Zajko WJ (2014) Exercise and physical activity for older adults. *Kinesiol Rev (Champaign)*, 3:101-106.
- Dodd KJ, Duffy S, Stewart JA, Impey J, Taylor N (2011) A small group aerobic exercise programme that reduces body weight is feasible in adults with severe chronic schizophrenia: a pilot study. *Disabil Rehabil*, 33:1222-1229.
- Edenfield TM (2005) *Exercise and mood: exploring the role of exercise in regulating stress reactivity in bipolar disorder* (Doctoral dissertation). Maine, University of Maine.
- Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S et al. (2012) Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet*, 380:272-281.
- Ho RT, Fong TC, Wan AH, Au-Yeung FS, Wong CP, Ng WY et al. (2016) A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. *Schizophr Res*, 171:42-49.
- Kenney WL, Wilmore J, Costill D (2015) *Physiology of Sport and Exercise*, 6th Edition. Champaign, IL, Human Kinetics.
- Koçak FÜ, Özkan F (2010) Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences*, 2(1):46-54.
- Loh SY, Abdullah A, Bakar AKA, Jaafar NRN (2015). Structured walking and chronic institutionalized schizophrenia inmates: a pilot RCT study on quality of life. *Glob J Health Sci*, 8:238-248.
- Mammen G, Faulkner G (2013) Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*, 45:649-657.

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items to Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*, 151:264-269.
- Plowman SA, Smith DL (2013) *Exercise Physiology for Health Fitness and Performance*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers A, Pilgrim, D (2014) *A Sociology of Mental Health and Illness*, 5th edition. Berkshire, Open University Press.
- Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB (2014) Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 75:471-478.
- Ströhle A (2009) Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm (Vienna)*, 116:777-784.
- Thomas JR, Silverman S, Nelson J (2015) *Research Methods in Physical Activity*, 7th edition. Champaign, IL, Human Kinetics.
- Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174:801-809.
- Waugh A, Grant A (2014) *Ross & Wilson Anatomy and Physiology in Health and Illness*. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier.
- Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A (2013) Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *J Prev Med Public Health*, 46(Suppl 1):12-21.

Sefa Lök, Selçuk Üniversitesi, Konya; **Neslihan Lök**, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Neslihan Lök, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya, Turkey.

E-mail: neslihandilmen@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 1 Mart/March 1, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted** 19 Haziran/June 19, 2016

HIV/AIDS'e Yol Açan Riskli Cinsel Davranışla İlişkili Psikososyal ve Kültürel Etmenler

Psychosocial and Cultural Factors Related to Risky Sexual Behavior Leading to HIV/AIDS

Levent Kıyılıoğlu, Ali Dönmez

Öz

Ergenlikten başlayarak gencin yaşamında önemi gittikçe artan cinsellik, gerekli koruma önlemleri alınmadan yapıldığında sağlık açısından öldürücü enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Bunlardan belki de en önemlisi HIV/AIDS'tir. Cinsel davranış sonucu HIV bulaşma olasılığı düşük olmasına karşın, olası sonuçları itibarıyla AIDS ölümcül olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı HIV/AIDS'e yol açabilecek riskli cinsel davranışla ilişkisi olduğu, riskli cinsel davranışı açıkladığı iddia edilen psikososyal ve kültürel etmenlerden toplumsal cinsiyet rolleri, dindarlık, cinsel heyecan arama, AIDS'ten korunmada öz-yeterlik ve HIV/AIDS bilgisi konularını gözden geçirmektir.

Anahtar sözcükler: HIV/AIDS, risk, cinsel davranış.

Abstract

Starting from adolescence, importance of sexuality increases in the lives of young people. When done without necessary prevention measures, sexuality may lead to deadly infections in health. Of them, perhaps the most important is HIV/AIDS. Although resulting from sexual behavior the probability of HIV transmission is low, AIDS can be deadly. The aim of this study is to review psycho-social and cultural factors claimed to explain and related with risky sexual behavior that can lead to HIV/AIDS. These factors are gender roles, religiosity, sexual sensation seeking, self-efficacy for AIDS prevention, and HIV/AIDS knowledge.

Key words: HIV/AIDS, risk, sexual behavior. .

RİSK ALMA kendinin ya da başka birinin fiziksel, ekonomik ya da psiko-sosyal iyilik hali için, sonucu hakkında ve/ya olası yararları-zararları hakkında algılanan belirsizlikle, bilinçli ya da bilinç dışı olarak kontrol edilen herhangi bir davranış şeklinde tanımlanmıştır (Trimpop 1994). Bu tanımın genelliği nedeniyle çok farklı davranışlar riskli olarak nitelendirilebilir. Çoğu kez alkol ve tütün kullanımı, korunmasız cinsellik, tehlikeli araba kullanma, kişilerarası saldırganlık ve hatta suç davranışları gibi son derece istenmeyen, gerçek dünya riskleri, konu ile ilgilenen araştırmacıların odağı olmuşlardır (Boyer 2006). Kaza ve ölüm gibi üzücü sonuçlara yol açması olası eylemlerin, bu tür sonuçlara neden olma olasılığı önemli ölçüde daha az eylemlere kıyasla riskli davranış grubunu daha fazla temsil ettikleri bildirilmiştir (Byrnes ve ark. 1999).

Hayatın vazgeçilmez unsurlarından birisi ise cinsel ilişkilerdir. Ergenlikten başlayarak gencin yaşamında önemi gittikçe artan cinselliğin gerekli koruma önlemleri alınma-

dan (kondom kullanma gibi) yapıldığında ise sağlık açısından öldürücü enfeksiyonlara yol açtığı bilinmektedir. Bunlardan belki de en önemlisi HIV/AIDS'tir. Davranış sonucu HIV/AIDS, cinsel ilişki ve damar içi uyuşturucu madde kullanımı yolları ile bulaşmaktadır. Cinsel davranış sonucu HIV (Human Immunodeficiency Virüs-İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) bulaşma olasılığı düşük olmasına karşın, olası sonuçları itibarıyla AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome-Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Hastalığı) ölümcül olabilmektedir.

AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açma olasılığı yüksek olan cinsel davranışlar kişinin hayatını tehlikeye atar. Bu cinsel davranışlar: Anal ilişki, tek gecelik cinsel ilişki, kondom kullanılmadan girilen cinsel ilişki, kendinden yaşça büyük birisiyle cinsel ilişkiye girme, aynı dönemde birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye girme, ilişki öncesi ya da sırasında alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri kullanma ve küçük yaşta cinsel ilişkiye başlama olarak sıralanmışlardır (Stulhofer ve ark. 2009). Bu davranışların tersini yapmak, örneğin kondom kullanarak ilişkiye girmek ya da anal ilişkidten kaçınmak gibi davranışlar ise güvenli cinsel ilişkiyi temsil etmektedirler.

HIV'in cinsel yolla ve damar içi uyuşturucu madde kullanımı yollarıyla bulaştığının anlaşılması, bu davranışlarla ilişkili benzeri görülmemiş miktarda araştırma yapılmasının yolunu açmıştır. Çalışmalar birbirile ilişkili üç önemli soruya gönderme yapmıştır; davranış ile HIV arasındaki ilişki nedir? Riskli davranışta bireyler ve toplumlar arasında nasıl bir farklılık oluşmaktadır? Hangi etmenler riskli davranışa açıklayıp davranış değişikliği yoluyla enfeksiyondan korunma olanağı sunmaktadır? (Wit ve Adam 2012). Bu erlmenin amacı ise literatürde HIV/AIDS'e yol açabilecek riskli cinsel davranışla ilişkisi olduğu, riskli cinsel davranışa açıkladığı, artırdığı ya da davranış değişikliği yolu ile enfeksiyondan korunma olanağı sunduğu iddia edilen bazı psiko-sosyal ve kültürel etmenlerden toplumsal cinsiyet rolleri, dindarlık, cinsel heyecan arama, AIDS'ten korunmada öz-yeterlik ve AIDS bilğisi konularını gözden geçirmektedir.

Riskli Davranışla İlişkili Etmenler

Toplumsal Cinsiyet Roller

Cinsiyet kalıtsal bileşim, üreme yapısı ve neredeyse tüm vücut işlevlerindeki biyolojik farklılıklara işaret etmektedir. Ancak toplumsal cinsiyet, temel olarak cinsiyete dayanmakla birlikte toplumsal bir yapı olarak tanımlanmış, erkek ve kadınlar, aynı zamanda genç kızlar ve genç erkekler arasındaki farklılıkların ortaya çıkmasına ve açıklanmasına yardımcı olmak üzere kavramsallaştırılmıştır (Denmark 2004).

Toplumsal cinsiyet rolleri, kişinin biyolojik cinsiyetine uygun ve kültürel normlar tarafından belirlenmiş kişilerarası davranış örüntüsü anlamında kullanılmaktadır (Sinoth ve Rabin 2012). Toplumsal cinsiyet rollerinin diğer bir tanımlaması ise bireylerin günlük eylemlerini, beklentilerini ve deneyimlerini etkileyen, toplumdaki erkek ve kadınlara uygulanan davranış normları olduğu yönündedir (Gelb ve ark. 2012). Kavram kadınsı, erkeksi, androjen ve belirsiz olmak üzere dört sınıfa ayrılmış, baskın, etkili, güçlü, girişken, gözü pek, hırslı, idealist, kendine güveni yüksek, kuralcı, katı ve saldırgan olmak, risk almaktan çekinmemek gibi davranış ve kültürel özellikler klasik erkeksi cinsiyet rolü ile ilişkilendirilmişlerdir (Bem 1974). Diğer taraftan anlayışlılık, cana yakınlık, duygusallık, özverili olma, duyarlılık, sadık ve yumuşak olma gibi davranış ve kültürel özellikler kadınsı cinsiyet rolü ile özdeşleştirilmişlerdir. Hem kadınsı ve hem de

erkeksi özellik ve davranışların bir kişide yüksek olması androjenlik olarak adlandırılırken, hem erkeksi hem de kadınsı özellik ve davranışların düşüklüğü kişide cinsiyet rolünün belirsizliğine işaret etmektedir (Bem 1974). Bem (1974) tarafından erkeksilik ve kadınsılık ayrı yapılar olarak görülmüş, androjenlik ise psikolojik iyilik hali için ideal kabul edilmiştir.

Bazı araştırmacılar, erkeksi-kadınsı kültürel özelliklerin ve davranışların değişken olduğunu, bunların farklı koşullar altında ve zaman içerisinde değiştiklerini, cinsiyet rollerinin kültürler arasında ve tarihsel süreçte tutarlılık göstermediğini iddia etmişlerdir (Dowsett 2003). Erkeksi davranışın korkusuzluk ve riskli davranış olarak görülmesi durumunda erkeksiliğin farklı toplumsal sınıflarda değişik biçimlerde ortaya çıkabileceği, örneğin üst toplumsal sınıflarda erkeksiliğin erkekleri paraşütle atlamaya, orta sınıfta dağcılığa, alt sınıfta ise sokak dövüşlerine güdülediği iddia edilmiştir (Courtenay 2000). Sağlık davranışlarından uzaklaşan klasik erkeksi cinsiyet rolündeki erkeklerin, gerekli olmadıkça hastalıkları için tıbbi tedaviye başvurmayacakları ve kişisel ilişkilerinde her iki cinsiyete karşı da şiddet kullanma eğiliminde oldukları belirtilmiştir (White 2002).

Cinsel risk alma bağlamında ise klasik erkeksilik, erkeğin kadın üzerinde egemenlik kurması, daha seyrek kondom kullanması, kondom kullanma gibi güvenli cinsel ilişkiyi tercih etmemesi nedeniyle daha fazla cinsel yolla enfeksiyona maruz kalması, daha sık cinsel ilişkiye girmesi, daha fazla alkol tüketmesi ve daha fazla tek gecelik-geçici cinsel ilişkiye girmesi ile bağıntılı bulunmuştur (Greig ve ark. 2008). Erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla kişi ile ilişkiye girdiği, örneğin genç erkekler arasında birden fazla kişi ile ilişkiye girmenin, kadınlar arasında olduğundan yaklaşık dört kat daha fazla olduğu (O'Sullivan 2006) ve erkeklerin birden fazla kişi ile cinsel ilişki yaşamasına toplumun hoşgörüsü ile yaklaştığı bildirilmiştir (Tung ve ark. 2008). Diğer taraftan, bir Afrika ülkesi olan Malavi'de yaşayan genç erkeklerin cinsel ilişkiden kaçınmayı erkek olmamakla, anormallik ve yetersizlikle ilişkilendirdikleri bulunmuştur (Izugbara ve Undie 2008). Kıyılıoğlu (2015) ise toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan kadın-erkek eşitsizliğinin kadınlarda genellikle HIV riskini artırdığını bildirmiştir. Kadınların aldığı HIV riskini etkileyen etmenler arasında ise ekonomik yönden bağımlı olmalarını, cinsel ilişkiye ve ilişkide kondom kullanmaya karar verememelerini, kendilerinden büyük kişilerle ilişkiye girmelerini ve eş şiddetini göstermiştir (Kıyılıoğlu 2015). Kısaca toplumsal cinsiyet rollerinden erkeksi cinsiyet rolündeki erkekler, yüksek düzeyde cinsel risk alarak kendi yaşamlarını ve ilişkiye girdikleri kadınların yaşamlarını riske atabilmektedirler.

Dindarlık

Dinlerin evlilik öncesi ve evlilik dışı cinselliği hoş görmemesi nedeniyle, kişinin dindarlık düzeyinin genel olarak cinsel davranış, özel olarak ise riskli cinsel davranış üzerinde etkili olduğu düşünülür. Dindarlığın tanımlanmasında kesin bir fikir birliğine ulaşılamaması, çalışmalarda dinin değişik alt boyutlarının tanımlanması ve kullanılması, dindarlığın farklı bileşenlerinin ölçülmesine, sonuç olarak da çalışmalar arasında belirgin bir standardın oluşmamasına yol açmıştır. Bazı çalışmalarda dindarlık, içsel ve dışsal dindarlık olarak ikiye ayrılmış ve iki boyutlu olarak ölçülmüştür (Milewsky ve Leh 2008). İçsel dindarlığın tanımlanmasında din güdüsü kendi başına bir amaç olarak görülmüşken, dışsal dindarlıkta din güdüsü bir çıkar sağlamaya yönelik olarak tanımlan-

mıştır (Hood 2012). Bazı akademik çalışmalarda ise dindarlık, halka açık ve özel dindarlık şeklinde tanımlanmış ve ölçölmüştür (Nonnemaker ve ark. 2003).

Bazı çalışmalarda ise dindarlık yalnızca dinin önemi ve din hizmetine katılım alt boyutları ile ölçölmüşken (Edwards ve ark. 2011, Penhollow ve ark. 2007), bazılarında dini kimlik, dini etkinlik ve dini inanç alt boyutları ile ölçölmüştür (Green ve Elliot 2010). Bir kişinin dinsel bir davranış olarak gördüğü bir eylem, başka bir költürde dinsel olarak görölmeyebilir. Diğer bir deyişle dinsel davranış, költürden költüre değişiklik gösterebilir. Dindarlığının riskli cinsel davranışla ilişkisini araştıran çalışmalar genellikle ergenler ve genç yetişkinlerin kondomsuz cinsel ilişkileri ve birden fazla kişi ile girdikleri ilişkiler konularında yapıldığından, aşağıda sırasıyla ergenler ve genç yetişkinlerle yapılan çalışmalardan söz edilmiştir.

Ergen dindarlığı ve cinselliğinin araştırıldığı boylamsal bir çalışmada dindarlığın cinselliği etkilediği, ancak cinselliğin dindarlığı etkilemediği belirlenmiş, ergenlerin dindarlık seviyelerinin yüksek olmasının iki yıl sonrasında bile bakire kalmalarını etkilemediği görölmüştür (Hardy ve Raffaelli 2003). Ergenlerin dini önemli olarak algılamaları ve dini ibadetlerde yer almalarının cinsel davranış, uyuruvcu ve alkol kullanımını ile ilişkili olduğu ve bu davranışları azalttığı ABD’de yapılan bir araştırmada bulunmuş olmasına karşın (Sinha ve ark. 2007), bu konudaki araştırma sonuçları tutarlı değildir. Ergen dindarlığının, uyuruvcu kullanımı ve riskli cinsel davranış ile ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada ise ilginç sonuçlara ulaşılmış, dindarlığın uyuruvcu kullanımı üzerinde güçlü bir etkisinin olduğu görölmüşken, cinsel davranış üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Neymotion ve Downing-Matibag 2013). Dindarlığın ergenler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada (Rostosky ve ark. 2004), dindarlığın ergen kızların çoğunluğunda cinselliğe başlamayı geciktirdiği, ancak ergen erkeklerde dindarlığın cinselliğe başlama yaşı üzerindeki etkisinin daha zayıf olduğu bulunmuştur.

ABD’de üniversite birincisi sınıftaki Hristiyan, Yahudi ve Müslöman gençlerin cinsel davranışı ve alkol kullanımı gibi riskli davranışlarını inceleyen bir çalışma, her bir inanç grubundaki gençlerin riskli davranışı ile dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin olumsuz yönde olduğunu, Hristiyan grubun özellikle alkol kullanımı gibi birçok alanda en yüksek düzeyde risk aldıklarını belirlemiştir (Berry ve ark. 2013). ABD’de sporcu üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise, dinsel inançların daha az riskli cinsel davranışı ve alkol kullanımını tahmin ettiği ortaya çıkarken, kiliseye devam etmenin riskli cinselliğe karşı koruyucu bir etkisinin olmadığı anlaşılmıştır (Moore ve ark. 2013). Bir gözden geçirme çalışmasında ise dindarlığın riskli cinsel davranış üzerindeki etkisinin yaşa ve dindarlık türüne göre değişiklik gösterdiği, dindarlığın bu konuda gençlere göre ergenlerde, erkeklere göre de kızlarda daha koruyucu olduğu, dış-güdümlü dindarlığa göre ise iç-güdümlü dindarlığın daha etkili olduğu tespit edilmiştir (Kıyloğlu 2014). Özetle dindarlığın cinsel davranış ve riskli cinsel davranış ile ilişkisinin karışık olduğu, bulgulardan genellemelere gitmenin zor olduğu, dindarlığın yalnızca ergen kızlar üzerinde cinsel risk almaya karşı koruyucu etkisinin kanıtlanabildiği ortaya ık-mıştır.

Cinsel Heyecan Arama

Risk alma davranışıyla ilişkili olduğu bildirilen heyecan arama kavramını ilk olarak Zuckerman ve arkadaşları tarafından ortaya atılmış (1964), heyecan arama çeşitli, yeni, karmaşık ve yoğun heyecan ve deneyimler aramak, bu tür deneyimler uğruna fiziksel,

sosyal, yasal ve parasal risk almaya istekli olmak şeklinde tanımlamıştır (Zuckerman 2007). Araştırmalar bireylerin heyecan arama düzeylerinin alkol ve madde bağımlılığı, riskli araba kullanma, riskli cinsel davranış ve topluma karşı düşmanca davranış gibi birtakım tehlikeli eylemlerle ilişkili olduğunu belirlemiştir (Kalichman ve ark. 1996, Rolison ve Scherman 2003, Gullette ve Lyons 2005, Zuckerman 2007, Pharo ve ark. 2011). Heyecan arama kavramının HIV/AIDS riski ile doğrudan ilişkili olmadığı iddia edilerek cinsel heyecan arama kavramı oluşturulmuştur. Cinsel heyecan arama bir kişilik özelliği olarak kabul edilmiş ve risk alma davranışıyla ilişkili olduğu görülmüştür.

Cinsel heyecan arama bir model olarak ideal cinsel heyecan düzeyine ulaşma eğilimi ve yeni cinsel deneyimlerde bulunma olarak tanımlanmıştır (Kalichman ve Rompa 1995). Kişilerin ortalama heyecan arama düzeyinin çocukluk döneminde artma eğiliminde olduğu, ergenliğin sonunda zirveye ulaştığı ve yetişkinlikte düşme eğilimine girdiği bildirilmiştir (Zuckerman 2007). Heyecan arama başarılı üreme için gerekli bir güdü olup bireyler saldırgan bir şekilde heyecan aramaktadırlar (Patton 2012). Evlilik öncesi heyecan arama birden fazla kişi ile cinsellik, kondomsuz cinsellik ve yabancılarla cinsellik şeklinde üç çeşit riskli cinsel davranış ile ilişkili bulunmuş, cinsel ilişkiden önce ve ilişki esnasında alınan uyuşturucu ve alkol yardımı ile riskin yükseldiği belirlenmiştir (Zuckerman 2007).

Heyecan arama ve cinsel heyecan arama değişime dirençli bir kişilik özelliği olarak kabul edilmekte ve HIV riskini tahmin etmede sıkça kullanılmaktadır. Farklı ülkelerde, farklı etnik ve yaş gruplarında, karşıt cinsel ve eşcinsellerle yapılan çalışmalar, cinsel heyecan arama kişilik özelliğinin birtakım cinsel risk alma davranışları ile ilişkisini bulmuş, böylelikle de cinsel heyecan aramanın HIV riskini açıklamada önemli bir yapı olduğu ispatlanmıştır (Nguyen ve ark. 2012, Shuper ve ark. 2014). Aşağıda kısaca bu çalışmalardan bilgi aktarılmıştır.

HIV taşıyıcısı ve AIDS hastalarından oluşan 26 araştırmanın özetlendiği bir derleme çalışmasında, cinsel heyecan aramanın korunmasız cinsel ilişki ile görece doğrudan ilişkili olduğu (Shuper ve ark. 2014), Güney Afrikalı toplam 308 cinsel aktif üniversite öğrencisiyle yapılan bir başka çalışmada ise toplam riskli cinsel davranış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Mashegoane ve ark. 2002). ABD'de 112 karşıt cinsel ve 104 eşcinsel erkek katılımcı ile yapılan bir çalışmada, cinsel heyecan aramanın karşıt cinselerde ilişkiye girilen kişi sayısını tahmin ettiği, eşcinselerde ilişkiye girilen kişi sayısını ise tahmin etmediği görülmüştür (McCoul ve Haslam 2001). 13-18 yaş grubundaki 4456 İspanyol lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada kızlar ve erkeklerde yüksek düzeyde cinsel heyecan aramanın daha yüksek olasılıkla gündelik-geçici cinsel ilişkiye girme, son cinsel ilişkide uyuşturucu madde kullanma gibi davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Teva ve ark. 2010).

Diğer araştırmalar ise şöyle sıralanabilir. 15-21 yaşları arasındaki Afrika kökenli Amerikalı ve klinik temelli 715 kız üzerinde yapılan çalışmada, yüksek düzeyde cinsel heyecan arama değerlerine sahip olanlar vajinal cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişkiye girilen kişi sayısı gibi riskli cinsel davranışları daha fazla bildirmiş, kondom kullanmayı ise daha az bildirmişlerdir (Spitalnick ve ark. 2007). ABD'de Asya, Afrika ve Avrupa kökenli Amerikalılardan oluşan toplam 106 erkek ve kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise, cinsel heyecan arama ile korunmasız cinsel ilişki sıklığı arasında herhangi bir ilişki bulunmazken, cinsiyet ve yaş etkisinin ötesinde, daha yüksek cinsel heyecan arama düzeyinin daha fazla kişi ile vajinal ve anal ilişkiye girmeyele ilişkisi ortaya çıkmıştır

(Nguyen ve ark. 2012). Türkiye’de yapılan bir araştırmada erkek üniversite öğrencilerinin, androjen ve erkeksi grupların genel heyecan arama düzeylerinin, kadın öğrencilerin ve kadınsı grupların heyecan arama düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (Öngen 2007). Türk üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların cinsel heyecan arama düzeylerinin kondom kullanma sıklığı ile ilişkili olmadığı, ancak tek gecelik ilişkilerle, birden fazla kişiyle aynı dönemde girilen cinsel ilişkilerle, cinsel ilişkiden önce alkol ve yasa dışı uyuşturucu madde kullanma sıklığı gibi riskli cinsel davranışlarla olumlu yönde bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Kıyloğlu 2013). Görüldüğü gibi, ilgili çalışmaların neredeyse tamamında cinsel heyecan arama cinsel ilişkiye girilen kişi sayısını ve cinsel ilişki sıklığını belirlerken, yalnızca bazı çalışmalarda cinsel heyecan arama korunmasız cinsel ilişkiyi tahmin etmiştir.

AIDS’ten Korunmada Öz-Yeterlik

Riskli cinsel davranışla ilişkili etmenlerden bir diğeri ise kişinin AIDS’ten korunmada öz-yeterliğidir. İlk kez 1977 yılında Bandura tarafından öne sürülmüş olan öz-yeterlik kavramı, kişinin istediğı sonuçlara ulaşabilmek için gereken davranışı yapilip yapamayacağı konusunda bir öz-değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır. Öz-yeterliğin sabit bir kişilik özelliğı olmayıp, aksine belirli hedeflere özgü olarak kişinin kendi yeteneklerini değerlendirmesinden oluştuğu bildirilmiştir (Gallagher 2012).

Bireylerin fiziksel egzersiz yapmak gibi sağlık açısından yararlı bir davranışı benimsemesi ya da sigara içmek gibi zararlı bir alışkanlıktan vazgeçmesinin üç bilişsel düşünceye bağlı olabileceğı iddia edilmiştir. Bunlar; a) bireyin risk altında olduğu beklentisi (sigara içtiğim için kansere yakalanma riski altındayım); b) davranış değişikliğinin tehlikeyi azaltacağı beklentisi (eğer sigarayı bırakırsam kansere yakalanma riskim azalacaktır); c) bireyin riskli davranışı üzerinde yeterli düzeyde kontrole sahip olduğu beklentisidir (sigarayı tamamen bırakabilirim) (Schwarzer ve Fuchs 1995).

AIDS’ten korunmada öz-yeterlik çalışmalarında daha çok kondom kullanma öz-yeterliğinin araştırıldığı (Coleman ve Ball 2009, Casey ve ark. 2009, French ve Holland 2013), çalışmaların ergenler ve gençlerin AIDS’ten korunmada öz-yeterliğı üzerine yoğunlaştıkları göze çarpmaktadır (Tung ve ark. 2011, Campen ve Romero 2012, Viseskul ve ark. 2013). AIDS’ten korunmada öz-yeterliğin bir alt boyutu olarak kabul edilen kondom kullanma öz-yeterliğinin ise cinsel ortak (partner) ile kondom kullanma konusunda konuşabilme, uygun bir biçimde kondomu kullanabilme ve kondomu düzenli biçimde kullanabilme öz-yeterlikleri gibi araştırma alanlarının olduğundan bahsedilmiştir (Coleman ve Ball 2009). ABD’de Meksika kökenli 122 Amerikan ergen üzerinde yapılan bir çalışmada, cinsel öz-yeterlik yalnızca gelecek üç ay içerisinde güvenli cinsel ilişkiye girme niyetini tahmin etmiştir (Campen ve Romero 2012). Tayland’da 14-21 yaşları arasındaki 92 HIV’li genç üzerinde yapılan ve cinsel öz-yeterliğin risk davranışıyla ilişkisinin incelendiğı çalışmada, cinsel öz-yeterliğin cinsel ilişkiye girme, birden fazla kişi ile cinsellik ve son altı ay içerisinde alkol kullanma gibi risk davranışlarıyla olumsuz yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Viseskul ve ark. 2013).

Orta yaşlı Afrika kökenli 130 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, AIDS bilgisi ve dindarlığın, kondom kullanma öz-yeterliğı ile son derece ilişkili olduğu bulunmuştur (Coleman ve Ball 2009). Madagaskar’da yaşayan ve 15-24 yaşları arasındaki 1915 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, genç erkeklerin düzenli cinsel ilişkilerinde kondom kullanma olasılıkların kondomu aile planlamasında etkili olduğu algısına bağlı olarak

yükseldiği, kadınların kondom kullanma olasılıklarının ise kondom kullanma öz-yeterliklerine ve bir yıl öncesinde HIV'den korunmayı birisiyle konuşmuş olmalarına bağlı olarak değiştiği bulunmuştur (Meekers ve ark. 2006). Kamerun'lu gençler üzerinde yapılan bir çalışmada, ilişkiye girilen kişiyi kondom kullanma konusunda ikna edebilme öz-yeterliği ve kondomu doğru bir şekilde kullanma öz-yeterliğinin, düzenli girilen cinsel ilişkilerde yüksek düzeyde kondom kullanımıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Meekers ve Klein 2002).

Uyuşturucu bağımlılarının AIDS'ten korunmada öz-yeterlik algıları ile ilgili çalışmalar ise şu şekilde özetlenebilir. Tayvan cezaevlerinde yaşayan 1622 uyuşturucu bağımlısı, 18 yaşından büyükler üzerinde yapılan bir çalışmada, kadın uyuşturucu bağımlıları, arkadaşlarıyla eroin kullanımı sırasında şiringayı ortak kullanmama konusunda daha yüksek oranda öz-yeterlik bildirmişlerdir. Daha genç, ilk cinsel deneyimlerini daha erken yaşlarda gerçekleştiren, son ilişkisinde kondom kullanmayan ve birden fazla kişi ile ilişki yaşayanlar, kondom kullanma öz-yeterliklerini diğerlerine göre daha düşük düzeyde değerlendirmişlerdir (Lee ve ark. 2011). ABD'de yaşayan Porto Rikolu, 18 yaş ve üzerindeki uyuşturucu bağımlıları üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların uyuşturucu enjeksiyonu ve riskli cinsel davranış ile ilişkili AIDS'ten korunmada öz-yeterlik algılarında altı ay içerisindeki değişim araştırılmıştır. Altı ay sonrasında öz-yeterlik algıları olumsuz yönde değişenlerin, algıları değişmeyen ve algıları olumlu yönde değişenlerle kıyaslandıklarında daha yüksek olasılıkla HIV enjeksiyonu ve riskli cinsel davranışta buldukları belirlenmiştir (Kang ve ark. 2004).

Güvenli cinsellik ve AIDS'i ilişkiye girilen kişi ile konuşabilme üzerine yapılan çalışmalar, kondom kullanma öz-yeterliği ile kıyaslandıklarında sayıca daha sınırlıdır. 237 Avustralyalı birinci sınıf üniversite öğrencisi genç üzerinde yapılan bir çalışmada, ilişkinin başlangıcında güvenli cinselliği ve AIDS'i görmeyi tahmin eden etmenler araştırılmıştır. Kadınların ve bakır olmayan erkeklerin, güvenli cinsellik yönünde daha olumlu tutum sergiledikleri belirlenirken, güvenli cinselliği konuşmamayı tahmin eden temel etmenlerin babaların çocuklarıyla çatışmadan kaçınması, atılgenlikte yaşanan zorluklar ve erkek cinsiyet etmeni tarafından belirlendiği saptanmıştır (Troth ve Peterson 2000). Kısaca yüksek düzeydeki AIDS'ten korunmada öz-yeterlik, bireyleri cinsel risk almaya karşı koruyabilmektedir.

HIV/AIDS Bilgisi

HIV/AIDS'in hangi yollarla bulaştığı konusunda yeterli bilgiye sahip olan bireyin bu davranışlardan uzak duracağı, böylelikle de kendisini ölümcül hastalığa yol açabilecek davranışlardan koruyacağı düşünüldüğünden, HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik hazırlanan eğitim programlarında birey virüsün bulaşma yolları hakkında bilgilendirilmekte, yeterli bilgi düzeyine sahip bireylerin riskli cinsel davranıştan uzak duracağı ya da davranışı azaltacağı beklenmektedir. HIV/AIDS risk bilgisini araştırılan çalışmalarda çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Tayvanlı üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi düzeylerinin ölçüldüğü bir çalışmada, öğrencilerin %48'i HIV'in virüs taşıyan spermden bulaşabileceğinin farkında olmasına karşın, yaklaşık %25'inin sivrisinek ısırığından, tuvaletlerden ya da yüzme havuzlarından HIV bulaşabileceğine inandıkları belirlenmiştir (Tung ve ark. 2008). Kenya'nın kırsal bölgesinde 16-49 yaş grubundakiler üzerinde yapılan bir çalışmada, "kanda HIV antikorlarının belirlenmesi bulaşmanın bir hafta sonrasında bile mümkündür" ifadesinin yanlış bilgi olduğu, katılımcıların büyük bir

kısmı tarafından yanıtlanamamıştır. Gerçekte ise kandaki HIV antikorları bulaşmanın üç ay sonrasında kesin olarak belirlenebilmektedir (Karama ve ark. 2006).

Almanya'da 18-49 yaşları arasındaki katılımcılar üzerinde yapılan bir çalışmada, 18-29 ve 40-49 yaş gruplarındakilere kıyasla 30-39 yaşlarındakilerin HIV/AIDS risk davranışları hakkında daha fazla bilgilerinin olduğu bulunmuştur (Kuznetsov ve ark. 2011). Tanzanya'da lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise kondom kullanmaya karşı güçlü bir önyargı olduğu ve bu önyargının, öğrencilerin cinsel risk almalarını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Öğrencilerinin yaklaşık yarısı kondom kullanmayı güvenli bulmadıklarını ve kondomların hastalık bulaştırabileceğini belirtmişlerdir (Maswanya ve ark. 1999). ABD'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin çoğunluğunun (%77) HIV/AIDS ve bulaşması konusuna oldukça aşina olmalarına karşın, %14'ünün sivrisineklerin HIV bulaştırabileceğini sandığı, %43'ünün ise hamilelik ya da doğum sırasında anneden bebeğe HIV bulaşmasını engelleyebilecek ilaçların varlığından emin olmadıkları belirlenmiştir (Inungu ve ark. 2009).

Türkiye'de lise ve üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS bilgisini ölçmek üzere yapılmış ve birbirleriyle kısmen çelişkili sonuçlara ulaşılmış çalışmalar ise şöyle sıralanabilir. Bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %93'ünün cinsel yolla bulaşan hastalıkların vajinal ilişki ile geçtiğini, %69'unun kan yolu ile geçtiğini, anal ve oral ilişki ile bulaşmanın ise sırasıyla katılımcıların %49 ve %32'si tarafından bilindiği belirtilmiştir (Yazganoglu ve ark. 2012). Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin AIDS ile ilişkili bilgilerinin orta düzeyde olduğu, özel lise öğrencilerinin devlet lisesi öğrencilerine kıyasla daha iyi bir bilgi düzeyinde oldukları, erkek öğrencilerin kızlardan daha bilgili oldukları ve öğrencilerin bilgi düzeylerinin ana-baba eğitimi ile olumlu yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Savaşer 2003). Üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışmalardan birisinde katılımcıların % 95'i cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtirlerken (Koç ve Sağlam 2006), diğer bir çalışmada katılımcıların %51'inin AIDS'i oldukça iyi tanıdıkları bulunmuştur (Ungan ve Yaman 2003). Ancak başka bir çalışmada (Altay ve ark. 2006) üniversite öğrencilerinin %94'ü HIV'in cinsel ilişkiyle, %92'si kan yoluyla, %80'i enjeksiyon yapılırken, %73'ü doku ve organ nakli ile, %54'ü ise anneden bebeğe emzirme yoluyla bulaşabilir yanıtlarını doğru olarak vermişlerdir. HIV/AIDS risk bilgisinin cinsel tutum ve davranışlara yeterince yansımadağı, bireyin sigara ve alkol kullanmanın tehlikeli olduğunu ve buna karşın halen kullanmaya devam etmesi gibi, çalışmaların önemli bir kısmında cinsel riskin farkında olunmasına karşın kişilerin riskli cinsel davranışa devam ettiği yönünde önemli veriler rastlanmıştır. Güney Amerika ve Afrika kıtalarında bulunan yirmi üç orta ve düşük gelir grubundaki ülkenin kadınları üzerinde yapılan bir çalışmada ise ilginç veriler bulunmuş, HIV/AIDS konusundaki bilgi artışının, az eğitimli kadınların kondom kullanma oranlarında artışa yol açmasına karşın, eğitim düzeyi yüksek kadınların riskli cinsel davranışı üzerinde yeterince etkili olmadığı belirlenmiştir (Snelling ve ark. 2007). ABD'de kadın mahkûmlar üzerinde yapılan bir çalışmada mahkûmların riskin farkında olmalarına karşın riskli davranışı azaltma yoluna gitmedikleri belirlenmiştir (Mullings ve ark. 2004). Türk üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da öğrencilerin HIV/AIDS bilgilerinin iyi düzeyde olmasına karşın, doğru bilginin tutum ve davranışlara yeteri kadar yansımadağı, öğrencilerin risk almaya devam ettikleri bildirilmiştir (Özdemir ve ark. 2006).

Tartışma

Geleneksel cinsiyet rollerine göre erkeklere toplum tarafından daha çok baskın, hırslı, kendine güvenen, katı, girişken, otoriter, dayanıklı, riski göze almaktan çekinmeyen gibi özellikler yüklenirken kadınlara daha çok boyun eğen, duygusal, sadık, sevecen, kırılğan, yumuşak ve nazik gibi özellikler yüklenmektedir (O'Sullivan ve ark. 2006). Bu sayılan özelliklerle ilişkili olarak kadınlar daha fazla riskten kaçınma yönünde toplumsallaşırken, erkekler bunun tam tersi olarak, yani daha atılgan ve risk almaya eğilimli toplumsallaşırlar. Kısaca erkeksiliğin cinsel risk alma davranışını artırdığı söylenebilir. Toplumsal cinsiyet rolleri öğrenilmiş davranışlar olduğundan, bireyleri cinsel riskten korumak için erkeksi cinsiyet rolleri yerine kadınsı ya da androjen rollerin desteklenmesi yararlı olacaktır. Toplumsal cinsiyete yönelik farkındalık çalışması zorunlu eğitimin içerisine konularak gelecek nesillerin erkeksi cinsiyet rollerinde sosyalleşmesi azaltılmaya çalışılmalıdır.

Dinin gençlerde arkadaş grubu, ana-baba ve kitle iletişim araçlarıyla birlikte birincil toplumsallaşma aracı olduğu (Penhollow ve ark. 2005), dinlerin bireylere yön ve amaçlı bir yaşam için kaynak ve bilgi sağlayan sistemler olduğu belirtilmiştir (Emmons ve Paloutzian 2003). Risk alma davranışı ile dindarlık arasındaki bağlantıyı çalışan araştırmalar bu ikisi arasında tutarsız bir ilişki bulmuşlardır. Konu ile ilgili araştırma sonuçları arasındaki tutarsızlığın temel nedenlerinden birisi dindarlığın tanımlanması ve ölçülmesindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle araştırmacıların dindarlığın tanımlanması ve ölçülmesinde bir fikir birliğine ulaşmaları gerekmektedir. Çalışmalar sonucunda dindarlığın yalnızca ergen kızlar üzerinde cinsel risk almaya karşı koruyucu etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. Ancak konu ile ilgili bulgularda tutarsızlık olması nedeniyle akademik çalışmaların daha fazla derinleştirilmesi, erkeklerde ve ergenlik dışındaki diğer gelişim dönemlerinde dinsel mesaj ve ibadetlerin cinsel riske karşı etkisiz kalmasının nedenlerinin araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Genelde heyecan arama, özelde ise cinsel heyecan aramanın bireyin cinsel risk alma davranışını artıran bir kişilik özelliği olduğu belirlenmiştir. Heyecan arama bir kişilik özelliği olarak kabul edildiğinden ve kişilik özellikleri değişime dirençli olduklarından, ergen ve gençlerin heyecan arama ihtiyaçlarının, kendi yaşamlarını tehlikeye atmadan gidermelerini olanaklı kılabilecek yöntemler üzerinde çalışılması yararlı olacaktır. Çalışmalar öncelikli olarak koruyucu ve destekleyici çalışmalardan oluşabilir. Bireylerin heyecan arama düzeylerinin ergenliğin sonunda zirveye ulaştığı belirlendiğinden (Zuckerman 2007), heyecan arama düzeyleri yüksek olan ergen ve gençlerin bu ihtiyaçlarını kendi yaşamlarını riske atmadan gidermelerine yardımcı olunmalıdır. Spor kulüpleri ve gençlik kamplarının yaygınlaştırılması, zorunlu eğitim kapsamında ergen ve gençlere yaşam boyu sürdürebilecekleri bir hobi kazandırmaya çalışmak ideal yöntemlerden birkaçı gibi görünmektedir. Buralarda ergen ve gençlere risk alma hakkında yeterli bilgilendirme yapılmalı, bu ihtiyacın ancak belirli güvenlik tedbirleri alındıktan sonra giderilmesi gerektiğinin altı çizilmelidir.

Öz-yeterlik kuramına göre kişilerin kendi yeteneklerine güvenmesi başarıyı belirleyen en önemli etkenlerden birisidir. Başarı beklentileri ve yeterlik inançları, bireylerin sağlık açısından uyumlu davranışlar geliştirmesinde ve kendisine zarar veren alışkanlıklarını bırakmasında ona yardımcı olacaktır (Schwarzer ve Fuchs 1995). Ancak kişilerin riskten kaçınmaları için başarı beklentilerini ya da yeterlik inançlarını kısa zaman diliminde yükseltmeyi hedeflemek gerçekçi görülmemektedir. Riskli davranış sergilediği

belirlenmiş olan bireylerin alana özđü öz-yeterliklerinin yükseltilmesini hedefleyen eğitim ve danışmanlık programlarının geliştirilmesi, öz-yeterliği artırmada sağlıklı bir başlangıç gibi görünmektedir. Bireyin yüksek düzeydeki AIDS'ten korunmada öz-yeterliği onu cinsel riske karşı koruyucu etmenlerden birisi olduğundan, HIV/AIDS'ten korunma programlarında öz-yeterliği geliştirici çalışmalar uygulanabilir.

Kişi riskli davranışa karar verirken, davranışın olası sonuçlarına ilişkin bir düşünme süreci işlemlenmektedir (Çok ve Karaman 2008). Sonuçlar kesin olduğunda, karar vermenin değerlerle ilgili olduğu, diğer bir deyişle de en çekici sonuç kümesini belirlemesi gerektiği ifade edilmiştir. Sonuçlar kesin olmadığı zaman ise karar vericiler, olası eylemlerin sonuçlarını kestirmek zorunda kalabilirler (Fischhoff 2008). Ancak bulgular, bireylerin bilişsel karar verme sürecini yeterince kullanmadıklarına işaret etmektedir. Bireylerin kendi davranışlarında cinsel risk olup olmadığına karar verirken HIV/AIDS risk bilgilerinden yeterince yararlanmadıkları, çalışmaları önemli bir kısmında cinsel riskin farkında olunmasına karşı riskli cinsel davranışa devam edildiği yönünde önemli veriler elde edilmiştir. Diğer taraftan özellikle Türkiye'de araştırmalara katılanların HIV/AIDS bulaşması konusundaki bilgi düzeylerinin kısmen çelişkili olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak kişilerin HIV/AIDS konusundaki bilgilerinin artırılması riskli cinsel davranışları üzerinde yeterince etkili bulunmamıştır. Bireyleri HIV/AIDS riskinden korumaya yönelik hazırlanmış eğitim programlarında konu ile ilişkili bilgilendirme-ye çalışmak risk davranışını yeterince düşürmediğinden, daha etkili yöntemler üzerinde çalışılmalıdır.

Sonuç

Cinsel heyecan arama ve cinsiyet rollerinden erkeksiliğin riskli cinsel davranışı artırdığı, AIDS'ten korunmada öz-yeterliğin ise HIV/AIDS riskine karşı koruyucu etkisinin olduğu tespit edilmiştir. HIV/AIDS risk bilgisi cinsel risk alma ile yeterince ilişkili bulunmaz iken, dindarlığın riskli cinsel davranışlar üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada Türkiye'de yapılmış araştırmalara yeterince yer verilememiştir. Bunun temel nedeni, HIV/AIDS riski ile ilişkili Türkiye'de yapılmış çalışmaların önemli bir kısmının HIV/AIDS hakkındaki katılımcı bilgilerinin ölçmeye odaklanmamış olmaları, çalışmalarda dindarlık, cinsel heyecan arama, öz-yeterlilik, toplumsal cinsiyet rolleri gibi psikolojik, sosyal ve kültürel değişkenlere yeterince yer verilmemiş olmasıdır. İleride yapılacak olan çalışmaların cinsellikle ilgili farklı konular üzerinde odaklanmalarının, cinsellikle bağlantılı HIV/AIDS riskinin daha net anlaşılmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Kaynaklar

- Altay B, Gönener HD, Aykut G, Kılıç A (2006) Öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin AIDS konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 9:116-124.
- Bem SL (1974) The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol*, 42:155-162.
- Berry D, Bass CP, Shimp-Fassler C, Succop P (2013) Risk, religiosity, and emerging adulthood: description of christian, jewish, and muslim university students at entering the freshman year. *Ment Health Relig Cult*, 16:695-710.
- Boyer TW (2006) The development of risk-taking: a multi-perspective review. *Dev Rev*, 26:291-345.
- Brynes JP, Miller DC, Schafer WD (1999) Gender differences in risk taking: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 125:367-383.
- Campan KV, Romero AJ (2012) How are self-efficacy and family involvement associated with less sexual risk taking among ethnic minority adolescents. *Fam Relations*, 61:548-558.

- Casey MK, Timmermann L, Allen M, Krahn S, Turkiewicz KL (2009) Response and self-efficacy of condom use: a meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *South Commun J*, 74:57-78.
- Coleman CL, Ball K (2009) Predictors of self-efficacy to use condoms among seropositive middle-aged African American men. *West J Nurs Res*, 31:889-904.
- Courtenay WH (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50:1385-1401.
- Çok F, Karaman NG (2008) Ergenlerde risk alma. In *Eğitim Psikolojisi Sempozyum Kitabı*, (Eds T Bozkurt, M Uluğ, MS Özden):43-56. İstanbul, İstanbul Kültür Üniversitesi.
- Denmark FL (2004) Gender, overview. In *Encyclopedia of Applied Psychology, Volume 2* (Eds C Spielberger):71-84. Boston, Elsevier Academic Press.
- Dowsett GW (2003) Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS. *Reprod Health Matters*, 11:21-29.
- Edwards LM, Haglund K, Fehring RJ, Pruszynski J (2011) Religiosity and sexual risk behaviors among latina adolescents: trends from 1995-2008. *J Womens Health*, 20:871-877.
- Emmons RA, Paloutzian RF (2003) The psychology of religion. *Annu Rev Psychol*, 54:37-402.
- Fischhoff B (2008) Assessing adolescent decision making competence. *Dev Rev*, 28:12-28.
- French SE, Holland KJ (2013) Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *J Sex Res*, 50:48-59.
- Gallagher MW (2012) Self-Efficacy. In *Encyclopedia of Human Behavior, 2nd ed.* (Eds VS Ramachandran):315-320. London, Academic Press.
- Gelb K, Pederson A, Greaves L (2012) How have health promotion frameworks considers gender. *Health Promot Int*, 27:445-452.
- Green M, Elliot M (2010) Religion, health, and psychological well-being. *J Relig Health*, 49:149-163.
- Greig A, Peacock D, Jewkes R, Msimang S (2008) Gender and AIDS: time to act. *AIDS*, 22:35-43.
- Gullette DL, Lyons MA (2005) Sexual sensation seeking, compulsivity, and HIV risk behaviors in college students. *J Community Health Nurs*, 22:47-60.
- Hardy S, Raffaelli M (2003) Adolescent religiosity and sexuality: an investigation of reciprocal influences. *J Adolesc*, 26:731-739.
- Hood RW (2012) Psychology of religion. In *Encyclopedia of Human Behavior, 2nd ed.* (Eds VS Ramachandran):201-208. London, Academic Press.
- Inungu J, Mumford V, Younis M, Langford S (2009) HIV knowledge, attitudes and practices among college students in the United States. *J Health Hum Service Adm*, 32:259-277.
- Izugbara CD, Undie CC (2008) Masculinity scripts and the sexual vulnerability of male youth in Malawi. *Int J Sex Health*, 20:281-294.
- Kalichman SC, Heckman T, Kelly JA (1996) Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. *Arch Sex Behav*, 25:141-154.
- Kalichman SC, Rompa D (1995) Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess*, 65:586-601.
- Kang SY, Deren S, Andia J, Colon HM, Robles R (2004) Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addict Behav*, 29:567-574.
- Karama M, Yamamoto T, Shimadas M, Orago SSA, Moji K (2006) Knowledge, attitude and practice towards HIV/AIDS in a rural Kenyan community. *J Biosoc Sci*, 38:481-490.
- Kıyloğlu L (2014) Batı toplumlarında dindarlık ve cinsel risk alma arasındaki ilişki üzerine bir derleme. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 55:195-218.
- Kıyloğlu L (2013) Cinsel heyecan arama ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1-3):41-54.
- Kıyloğlu L (2015) Toplumsal cinsiyet rolleri ve kadının HIV riski. *Sosyal Hizmet Sempozyumu*, 26-28 Kasım 2015 Manisa, Türkiye. *Sempozyum Özet Kitabı sayfa: 279-280.*
- Koç Z, Sağlam Z (2006) Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması ile ilgili bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 9:47-60.
- Kurnetsov AV, Wiseman M, Ruzicka T, Zippel SA, Kuznetsov L (2011) Short risk behavior knowledge index for HIV average risk population of sexual active Age in Munich, Germany. *Cent Eur J Public Health*, 19:79-83.
- Lee TSH, Chen YP, Chang CW (2011) Gender differences in the perceived self-efficacy of safer HIV practices among polydrug abusers in Taiwan. *Compr Psychiatry*, 52:763-768.
- Mashogoane S, Moalusi KP, Ngoepe MA, Peltzer K (2002) Sexual sensation seeking and risky sexual behaviors among South African university students. *Soc Behav Pers*, 30:475-484.

- Maswanya ES, Moji K, Horiguchi I, Nagata K, Aoyagi K, Honda S et al. (1999) Knowledge, risk perception of AIDS and reported sexual behavior among students in secondary schools and colleges in Tanzania. *Health Educ Res*, 14:185-196.
- McCoul MD, Haslam N (2001) Predicting high risk sexual behavior in heterosexual and homosexual men: the roles of impulsivity and sensation seeking. *Pers Individ Diff*, 31:1303-1310.
- Meekers D, Klein M (2002) Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Stud Fam Plann*, 33: 335-346.
- Meekers D, Silva M, Klein M (2006) Determinants of condom use among youth in Madagascar. *J Biosoc Sci*, 38:365-380.
- Milevsky A, Leh M (2008) Religiosity in emerging adulthood: familial variables and adjustment. *J Adult Dev*, 15:47-53.
- Moore EW, Berkley-Patton JY, Hawes SM (2013) Religiosity, alcohol use, and sex behaviors among college student-athletes. *J Relig Health*, 52:930-940.
- Mullings JL, Marquart JW, Carr T, Hartley DJ (2004) Knowledge is not always power: HIV risk behavior and the perception of risk among women prisoners. *J Correct Health Care*, 11:59-78.
- Neymotion F, Downing-Matibag TM (2013) Religiosity and adolescents' involvement with both drugs and sex. *J Religion Health*, 52:550-569.
- Nguyen HV, Koo KH, Davis KC, Otto JM, Hendershot CS, Schacht RL et al. (2012) Risky sex: interactions among ethnicity, sexual sensation seeking, sexual inhibition, and sexual excitation. *Arch Sex Behav*, 41:1231-1239.
- Nonnemeker JM, McNeely CA, Blum RW (2003) Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Soc Sci Med*, 57:2049-2054.
- O'Sullivan LF, Hoffman S, Harrison A, Dolezal C (2006) Men, multiple sexual partners, and young adults' sexual relationships: understanding the role of gender in the study of risk. *J Urban Health*, 83:695-708.
- Öngen DE (2007) The relationships between sensation seeking and gender role orientations among Turkish university students. *Sex Roles*, 57:111-118.
- Özdemir M, Feyzioğlu B, Doğan M, Maykan M, Baysal B (2006) Üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 9:10-16.
- Patton JH (2012) Sensation seeking. In *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd ed. (Eds VS Ramachandran):359-365. London, Academic Press.
- Penhollow T, Young M, Bailey W (2007) Relationship between religiosity and "hooking up" behavior. *Am J Health Educ*, 38:338-345.
- Penhollow T, Young M, Denny G (2005) The impact of religiosity on the sexual behaviors of college students. *Am J Health Educ*, 36:75-83.
- Pharo H, Sim C, Graham M, Gross J, Hayne H (2011) Risky business: executive function, personality, and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. *Behav Neurosci*, 125:970-978.
- Rolison MR, Schermen A (2003) College student risk-taking from three perspectives. *Adolescence*, 38:689-704.
- Rostosky SS, Wilcox BL, Wright MLC, Randall BA (2004). The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: a review of the evidence. *J Adolesc Res*, 19:677-697.
- Savaşer S (2003) Knowledge and attitudes of high school students about AIDS: a Turkish perspective. *Public Health Nurs*, 20:71-79.
- Schwarzer R, Fuchs R (1995) Changing risk behaviors and adopting health behaviors: the role of self-efficacy beliefs. In *Self-Efficacy in Changing Societies* (Ed A Bandura):259-289. New York, Cambridge University Press.
- Shuper PA, Jonarchi N, Rehm J (2014) Personality as a predictor of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS Behav*, 18:398-410.
- Sinha JW, Chaan RA, Gelles RJ (2007) Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. *J Adolesc*, 30:231-246.
- Sinnoth JD, Rabin JS (2012) Sex roles. In *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd ed. (Ed VS Ramachandran):411-417. London, Academic Press.
- Snelling D, Omariba DWR, Hong S, Georgiades K, Racine Y, Boyle MH (2007) HIV/AIDS knowledge, women's education, epidemic severity and protective sexual behavior in low- and middle-income countries. *J Biosoc Sci*, 39:421-442.
- Spitalnick JS, DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Milhausen RR, Sales JM et al. (2007) Brief report: sexual sensation and its relationship to risky sexual behavior among African-American adolescent females. *J Adolesc*, 30:165-173.
- Stulhofer A, Graham CA, Bozicevic I, Kufirin K, Ajdukovic A (2009) An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Arch Sex Behav*, 38:209-225.
- Teva I, Bermudez MP, Buela-Casal G (2010) Sexual sensation seeking, sexual stress, and coping styles as predictors of HIV/STD risk behaviors in adolescents. *Youth Soc*, 42:255-277.
- Trimpop RM (1994) *The Psychology of Risk Taking Behavior*. Amsterdam, North Holland.

- Troth A, Peterson CC (2000) Factors predicting safe sex talk and condom use in early sexual relationships. *Health Commun*, 12:195–218.
- Tung WC, Cook DM, Lu M (2011) Sexual behavior, stages of condom use, and self-efficacy among college students in Taiwan. *AIDS Care*, 23:113–120.
- Tung WC, Ding K, Farmer S (2008) Knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS among college students in Taiwan. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 19:397–408.
- Ungan M, Yaman H (2003) AIDS knowledge and educational needs of technical university students in Turkey. *Patient Educ Couns*, 51:163–167.
- Viseskul N, Fongkaew W, Settheekul S, Grimes RM (2013) Factors related to sexual self-efficacy among Thai youth living with HIV/AIDS. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 00: 1-5.
- White R (2002) Social and political aspects of men's health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6:267–285.
- Wit JBF, Adam PCG (2012) HIV/AIDS: The role of behavior and the social environment in a global pandemic. In *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd ed. (Eds VS Ramachandran):316-322. London, Academic Press.
- Yazganoğlu KD, Özarmağan G, Tozeren A, Özgülner N (2012) Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Türkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, 46:20-25.
- Zuckerman M (2007) *Sensation Seeking and Risky Behavior*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Zuckerman M, Kolin EA, Price L, Zoob I (1964) Development of a sensation seeking scale. *J Consult Psychol*, 28: 477–482.

Levent Kıyılıoğlu, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak; **Ali Dönmez**, Çankaya Üniversitesi, Ankara.

Yazışma Adresi/Correspondence: Levent Kıyılıoğlu, Bülent Ecevit Üniv., Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Zonguldak, Turkey. E-mail: levent.kiyilioglu@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 8 Mart/March 8, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted** 10 Nisan/April 10, 2016

Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması

Use of Motivational Interview Technique with Transtheoretical Model for Behavioral Change in Smoking Addiction

Filiz Taş, Emine Ümit Seviğ, Zeynep Güngörmüş

Öz

Sigara bağımlılığı önemli bir halk sağlığı sorunu ve hastalıktır. Araştırmalar, davranış değişimini kolaylaştırmada rehber olarak kullanılan transteoretik modelin değişim aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmelerle, bireyin değişme ve/veya değişmeme nedenlerini daha iyi anlamasını sağlayabilecek rehber modellerden biri olduğunu davranış değişimini kolaylaştırabileceğini göstermektedir. Bu makalenin amacı transteoretik modelin davranış değişim aşamalarını motivasyonel görüşme yöntem ve teknikleri ile destekleyerek, modeli kullanacak araştırmacılara/hemşirelere ve sağlık personellerine temel bilgi ve sigara bırakma davranışını gerçekleştirebilmek üzere örnek görüşme planları sunmaktır.

Anahtar sözcükler: Sigara bağımlılığı, transteoretik model, motivasyonel görüşme.

Abstract

Smoking addiction is an important problem and disease for public health. Researches show that transtheoretical model which is used as a guide to make behavior change easy is one of guide model which would provide that individuals would understand better the reasons of changing and/or not changing with motivational interviews focused on change steps and would make behavior change easy. The goal of this article is to present sample interview plans as to make core knowledge for researchers/nurses and health staff who will use the model and behavior to give up smoking by supporting behavior change steps of transtheoretical model with motivational interview methods and techniques.

Key words: Smoking addiction, transtheoretical model, motivational interview.

GÜNÜMÜZDE yaklaşık 1.1 milyar kişinin sigara içtiği bilinmektedir ve bu sayının 2025 yılına kadar 1.6 milyarın üzerine çıkması beklenmektedir ve tüm dünyada her 10 erişkinden birinin ölüm nedeni olarak belirtilmektedir (WHO 2008, Özcebe 2008, Örsel 2011). Ülkemizde ise, 2025 yılı itibarıyla sigaraya bağlı hastalıkların sayısının 250 bine ulaşacağı, kanserlerin % 6 oranında artacağı ve her yıl 110 bin kişinin bu hastalıklardan dolayı öleceği bildirilmiştir (Özcebe 2002, Sağlık Bakanlığı 2010, Bilir 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel ve bölgesel düzeyde pek çok sağlık sorunu ile mücadele etmek için çalışmalar yapmaktadır. Halk sağlığı sorunu olan hastalıklar ve hastalıkların oluşmasına neden olan koşullar bu mücadele kapsamında öncelenmektedir. Tütün ve tütün mamullerinin tüketimi de önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bu nedenle DSÖ tarafından öncelik kazanmaktadır. Son yıllarda tütün ve tütün mamullerine bağlı hastalıkların önem kazanması, sağlık bakım maliyetinin giderek artması, yaşam kalitesi ve sağlıklı olmanın önemini arttırmaktadır (Saewyc ve Lyyen 2001, Özcebe 2002, Bilir ve Telatar 2005, Bayat 2005, Doğan ve Ulukol 2010).

Son 20 yıldır birey, aile ve toplumun sağlıklı yaşam biçimine uyum sağlamalarına yardım etmede hemşireler ve sağlık çalışanları için davranış değiştirme çalışmalarında birçok kuramsal teori ve modeller tanımlanmıştır (Aksayan ve Gözüm 1998, Aydoğdu ve Bahar 2011, Taş ve ark. 2015). Davranışsal değişimler için kullanılan kuramlar ve modellerden birkaçı; Sosyal Öğrenme Teorisi, Sağlık İnanç Modeli, Planlı Davranış Kuramı, Sağlık Geliştirme Modeli ve Transteoretik Model (TTM)' dir. TTM kullanışlı ve uygulanabilir olması nedeniyle son yıllardaki sağlığı geliştirme çalışmalarında, bireylere olumlu davranış değişimi kazandırmak için kullanılan rehber modellerden biri olarak görülmektedir (Prochaska ve Velicer 1997, Erol ve Erdoğan 2007, Miller ve Rollnick 2009, Güngörmüş 2010, Güngörmüş ve Erci 2012).

TTM temel alınarak bireylerle yapılan motivasyonel görüşmelerin davranış değişiminde etkili olduğu ve davranış değişimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Lai ve ark. 2010, Ha ve Choi 2012, Özdemir ve Taşçı 2013, Koyun ve Eroğlu 2013, Taş ve ark. 2015). Bu makalenin amacı TTM'in davranış değişim aşamalarını motivasyonel görüşme yöntem ve teknikleri ile destekleyerek, modeli kullanacak araştırmacılara/hemşirelere ve sağlık çalışanlarına temel bilgi ve sigara bırakma davranışını gerçekleştirebilmek üzere örnek görüşme planları sunmaktır.

Transteoretik Model (TTM)

Prochaska ve DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilen modelin ilk çalışmaları 1970'li yıllara dayanmaktadır (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002). İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan model, daha sonra sağlığı geliştirme programlarından fiziksel aktivite, aşırı yeme ve ağırlık kontrolü, stresle baş etme, madde bağımlılığı gibi farklı sağlık davranışlarına yönelik kullanılmış ve insanların olumsuz davranışlarını nasıl değiştirdiğini ortaya koyan ortak noktalar belirlenmiştir (Miller ve Rollnick 1991, Armstrong ve ark. 2011, Özdemir ve Taşçı 2013, Taş ve ark. 2015). Bu modeli diğer davranış değişikliği için kullanılan modellerden ayıran en önemli özelliği, davranış değişiminin bir süreç olduğunu savunmasıdır.

Bu modelde, davranış değişimi, aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlar. Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda, değişim, keskin ve doğrudan sonuç olarak değerlendirilirken, model bireylerin isteyerek davranış değişikliği gerçekleştirmesine yardım etme ve değişim sürecini anlama üzerine odaklanır. TTM sonuçların doğru değerlendirilmesini, ilerlemelerin ölçülmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirir. Örneğin sigarayı bıraktırma programının sonunda, birey sigarayı bırakma davranış değişikliğini gerçekleştirmemiş, ancak içilen sigara sayısını azaltmış ise bu da başarılı bir sonuç olarak görülür. Çünkü bu durum bireyin tekrar değişime karar vermesi durumunda başarı şansını arttıracaktır (Velicer ve ark. 1998, Özdemir ve Taşçı 2013). TTM, bireylerin davranış değişimine doğrudan gitmediğini, değişim aşamaları dizisi içinde

ilerlediğini belirtmektedir. Bu aşamaları üç bölümde göstermektedir;

1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Geçici Boyutu)

Değişim aşamaları, bireyin davranış değiştirmedeki ilgi ve motivasyonunu belirtir. Bireyler davranışlarını birden değiştirmez; değişim aşamaları boyunca yavaş yavaş artırarak değiştirirler. Bu aşamalar davranış değişiminin; düşünülmeyen, düşünüldüğü, hazırlanıldığı, harekete geçildiği ve devam ettirildiği aşamalarıdır. Bu değişim aşamaları değişim sürecinde bireyin durumuyla ilgili olarak tutum, niyet ve davranışlarını yansıtmaktadır. Düşünmeme aşamasındaki bireyler gelecek altı ay içerisinde davranışını değiştirme niyetinde değildir. Düşünme aşaması, hem problemin hem de değişimin artı ve eksilerinin değerlendirilmesinin yapıldığı aşamadır ve genellikle, bu aşamadaki bireyler gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmeyi düşünürler. Hazırlık aşamasındaki bireyler gelecek bir ay içerisinde harekete geçme niyetindedirler. Hareket aşaması davranış değişimin olduğu aşamadır ve son altı ay içinde bireylerin davranışlarında belirgin değişiklikler olmuştur. Devam ettirme aşaması değişimin başladığı ilk altı aydan itibaren sınırsız sürenin başladığı aşamadır (Pallonen ve ark. 1998, Velicer ve ark. 1998, Prochaska 2008, Prochaska ve ark. 2008).

Bireyler düzenli olarak aşamadan aşamaya hareket etmez, fakat çoğunlukla ilerleme olur. Sonra yeniden ileriye hareket etmeden daha önceki bir safhaya yeniden dönülebilir Sigarayla bırakmayı kendi kendine deneyen bireylerde bu aşamalar arası geçit, doğrusal değil dairesel (döngü oluşturacak şekilde) özelliindedir. Bırakmayı deneme ve sürdürme evresine ulaşmış olanlar için daha geri aşamalara dönme sık rastlanan bir durumdur. Bırakmayı düşünenlerden ortalama %5'i yeniden başlama olmaksızın bırakmayı sürdürme aşamasına ulaşmaktadır. Yeniden başlayanların %15'i bırakmaktan vazgeçerken (bırakmayı düşünmeme aşaması), diğer %85'i düşünme ve bırakmaya hazırlık aşamalarına dönüş yapmaktadır. Bu bireyler için döngü ve değişim süreci devam edecektir. Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla yapılacak girişiminde hangi aşamada olduklarına göre değişeceğinden bireyin çok iyi tanımlanması gereklidir.

Transtoreetik Model'e Göre Değişim Aşamaları ve Örnekler

1. Düşünmeme (Pre-contemplation): Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir. Bu aşamadaki bireyler "kanımca değiştirmem gereken bir problem davranışa sahip değilim", "sağlığa zararlı davranışım var ancak önemli boyutta zarar verecek bir problem değil" ifadelerini sıkça kullanırlar.
2. Düşünme (Contemplation): Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir. Bu aşamadaki kişiler "Aslında problem oluşturacak boyutta bir sigara alışkanlığına sahip değilim. Sağlığuma biraz zarar verecek kadar kullanıyorum ama tiryaki değilim. Durum kontrolüm altında, ne zaman istersem sigara içmeyi bırakabilirim" ifadelerini sık sık kullanırlar.
3. Hazırlık (Preparation/ready for action): Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir. Hazırlık aşaması, hareket aşamasının tetikleyicisi olduğundan bu evredeki bireyleri "Sağlığuma zarar veren problem davranışımı değiştirmem lazım, bu değişimi nasıl gerçekleştirebilirim?" ifadelerinden tanınabilir.
4. Hareket (Action): Birey sigarayı bırakmışlığında altı ayı doldurmamıştır. Bu aşı-

madaki bireylerin “Diğer insanlar davranış değiştirmeyi düşünürken ben harekete geçtim, problem davranışımı bıraktım” gibi ifadeleri kullandıkları görülür.

5. Devam ettirme (Maintenance): Birey altı aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. Devam ettirme aşamasındaki bireyler “bana yardım ve destek verecek insanlara ihtiyacım var çünkü değişimleri henüz yeni başardım”, “problemleri davranışına tekrar geri dönmek için çaba gösteriyorum” türündeki ifadeleri daha fazla kullanırlar (Prochaska ve ark. 1992) .

2. Değişim Süreci (Bağımsız Değişken Boyutu)

Problem davranış değişimi, 5'i bilişsel, 5'i davranışsal 10 süreçten geçerek tanımlanır. Bilişsel süreçler; bilinçlenme, duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme, kendini yeniden değerlendirme başlıkları adı altında bireyin duygu, değer ve bilinci ile ilgili birleştirici faktörlerdir. Davranışsal süreçler; yardım edici ilişkilerin varlığı, karşıt koşullama, yönetimi ödüllendirme, uyarıcı kontrolü ve bireysel özgürleşme. Sürecin deneysel kısmında motivasyon ve isteği artırma girişimleri erken safhalarda (düşünmeme, düşünme, hazırlık) vurgulanmaktadır ve sürecin davranışsal kısmı, gözlemlenir davranış değişimi çabalarının yolunda gitmesi ve korunması gerektiği için daha sonraki safhalarda (hazırlık, hareket ve devam ettirme) daha sık kullanılır (Prochaska ve ark. 1988, Güngörmüş ve Erci 2012) .

Transtoeoretik Model'e Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler

Bilişsel Süreçler

- a. Bilinçlenme (farkındalığın artması): Problem davranışın nedenleri, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalığın artmış olmasıdır. Farkındalığı arttıran girişimler geri bildirim, eğitim, konferans, yorum, dini kitaplar ve medya kampanyaları olabilir.
“Sigaranın nasıl bırakılacağını okuduklarımdan hatırlarım.”
- b. Duygusal uyarılma: Bireyin problemleriyle ilgili olaylar karşısında (örneğin sigara ve akciğer kanseri) çok güçlü üzüntü deneyimlediği zaman oluşan süreçtir. Bu evrede psikodrama, rol yapma, geri bildirimler ve iletişim araçları bireyleri duygusal olarak harekete geçirebilir.
“Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır.”
- c. Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirilmesidir. Empati eğitimi, kanıtlar ve aile girişimleri bu aşamada kullanılan tekniklerinden bazılarıdır.
“Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm.”
- d. Sosyal özgürleşme - çevresel fırsatlar: Toplumda bireylere sağlanan alternatif davranışlara karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, okulda öğle yemeklerinde salata büfelerinin kullanılması gibi, yardım için yaratılan fırsatları fark etme ve kullanma sürecini etkileyebilir.
“Toplumun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım.”
- e. Kendini yeniden değerlendirme: Bireyin kendini sağlıklı ve sağlıklı alışkanlıklarla ilişkilendirerek değerlendirmesidir. Sağlıklı rol modelleri, hayal gücünü kullanma, değerleri süzgeçten geçirme onları harekete geçirebilir.
“Sigara bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmeme neden olur.”

Davranışsal Süreçler

- a. Uyarıların kontrolü: Problemlili davranışlara yeniden başlama riskini azaltmak için uyarıların kontrol edilmesi ya da yerine diğer sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmada yardımcı olabilir. “Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım.”
- b. Destekleyici ilişkiler: Güven sağlayan, destekleyen ve kabul gören ilişkileri içerir. Danışman desteği, arkadaşlık ilişkileri, sosyal destek grupları etkili olabilir. “Sigara içmem ile ilgili konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır.”
- c. Karşıt koşullama (yerine koyma): Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir. “Sigara içmek yerine, ellerimle yapabileceğim daha iyi, başka şeyler bulurum.”
- d. Güçlendirme (ödüllendirme): Ödül kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağıdır. Bu aşamada bireye kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlayan güçlendirme girişimleri kullanılabilir. “Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm.”
- e. Kendisi ile anlaşma: Bireyin değişime olan inancını harekete geçirmesi ve uyum sağlamasıdır. Yeni davranışlar için birden fazla yardım seçeneklerinin kullanılması uyumu artırabilir. “Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm” (Velicer ve ark. 2000).

3. Değişim Seviyeleri (Bağımlı Değişken Boyutu)

Geleneksel değişim programları yalnızca sonucun başarısını ölçer. Bu ölçümler değişim süreci içindeki gelişmelere ve sürekliliğe karşı duyarlı ölçümlerdir. TTM uygulamanın her aşamasında, bir sonucun değil birden çok sonucun hassas ölçümlerini yapabilen: öz-etkililik (sosyal ortamlar ve olumsuz duygularla baş edebilme, alışkanlığın baskısı ile baş edebilme, kilo ile baş edebilme), teşvik edici faktörler (negatif duygulanım, sosyal etkilerin ve alışkanlıkların baskısı, kilo kontrolü), karar alma dengesi (sigara içmenin sosyalleşmeye katkıları, sigara içmenin olumsuz duygularla başa çıkmadaki katkıları, sigara içmenin oluşturduğu zararlar algıları) kuramlardan oluşmaktadır (Pallonen ve ark. 1998, Velicer ve ark. 2000, Plummer ve ark. 2001, Prochaska ve ark. 2008, Güngörmüş 2010).

TTM davranış değişimi aşamasında olan bireyin bilişsel ve davranışsal süreçlerini, değişim konusunda kendisine olan güveni, karar alma algısını ve değişimi zorlaştıran faktörleri ölçen hassas ölçüm araçlarını içermektedir. Bu özellikleri ile farklı davranış değişimi aşamasında olan bireyleri tanımlamak, bireye özel girişimler planlamak, uygulanan girişimlerin etkisini değerlendirmek ve yeni girişimler planlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir (Prochaska ve ark. 1992, Pallonen ve ark. 1998, Velicer ve ark. 2000, Prochaska ve ark. 2008, Güngörmüş 2010).

Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri

Motivasyonel görüşme son yıllarda bağımlılık alanında herhangi bir madde kullanan kişiyi bırakmaya zorlayan geleneksel yöntemlerin başarısız olması nedeniyle önem kazanmış, değişim sürecine karşı dirençli olan bireyleri bu sürece katmak için 30 dakikalık

görüşme yapmak üzere geliştirilmiş bir yöntemdir (Miller ve Rollnick 2009, Özdemir ve Taşçı 2013, Koyun ve Eroğlu 2013). Motivasyon insanlar arasındaki etkileşimin bir ürünüdür, bir özelliği değil bir durumu ifade etmektedir. Kişisel özelliklere ve zamana göre değişiklik gösteren, dış faktörlerden etkilenen içsel bir özellik olarak bireyin içinde yerleşmiş değişmeye hazır olma durumunu yansıtır (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 2009, Koyun ve Eroğlu 2013).

Motivasyonel görüşme; işbirliği, hatırlatma, özerklik ile empatik yaklaşım, çelişkiyi ifade etme, dirençle mücadele ve kendine yeterliliği (Özgüveni) destekleme temel yaklaşımlarını içerir.

1. İşbirliği; Görüşmelerde otoriter bir durumda olmaktan çok ortaklık benzeri bir ilişkiyi esas alarak; öneride bulunmayı değil araştırmayı, ikna etme ya da tartışmayı değil değişime zorlamayan olumlu bir atmosfer içerisinde kişinin isteklerine ayak uydurmayı desteklemeyi kapsar (Miller ve Rollnick 2009, Ögel 2009).
2. Hatırlatma; Değişim için kaynakların ve motivasyonun kişinin içinde olduğu varsayılır. Kişideki değişim için içsel motivasyonu bulmayı, uyandırmayı ve dışarı çağırılmayı gerektirir.
3. Özerklik; Motivasyonel görüşmede değişim için sorumluluk kişiye aittir. Kişi her zaman danışmanlığı alma ya da almama konusunda özgürdür. Amaç kişinin özerkliğine saygı duyarak içsel motivasyonu artırmak ve değişimi dışarıdan zorla kabul ettirmekten çok içeriden ortaya çıkmasına ve kişinin kendi amaçlarına ve değerlerine hizmet etmesini sağlamaktır. Motivasyonel görüşmede değişim için kişi merkezli görüşmeler önemlidir (Miller ve Rollnick 2009).
4. Empatik yaklaşım; Empatik yaklaşım ile sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım kastedilmektedir. Problemlili davranışa sahip bireye empatik yaklaşma becerisi, bireyi problemlili davranışı ile birlikte kabul etmektedir. Ancak bu bireyin davranışını onaylamak anlamına gelmemektedir. Kabul etme ile kastedilen onaylama veya aynı fikirde olma değildir. Buradaki en önemli nokta bireyin bakış açısını anlama arzusu ile onu dinlemektir. Amaç, bireyin yaşadıklarıyla özdeşim yapabilme eğilimi değildir, başkasının anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. Bireyin inanç ve duygularını anlamak ve saygı göstermek gereklidir. Danışman kendi yargılarının ön plana geçmesine ve eyleme dönüşmesine izin vermemelidir. “senin yaptığın doğru değil, değişmek zorundasın” gibi bir yaklaşım bireyleri değiştirmekten uzaklaştırabilir ve kabullenilmediğini düşünen birey direnç geliştirebilir ve görüşmeyi terk edebilir. Diğer taraftan kabul etme ve saygı duyma değişimde çok önemli olan bireyin özgüveninin desteklenmesi sonucunu doğurur ve terapötik ilişkinin oluşmasını sağlar. Kabul etme değişimi kolaylaştırır (Erol ve Erdoğan 2007, Miller ve Rollnick 2009, Ögel 2009). Empatik yaklaşımda yansıtılmalı dinleme esastır. Yansıtılmalı dinleme, motivasyonel görüşmenin en başından itibaren uyulması gereken bir kuraldır ve kişinin ne söylediğini anlama ve onun söylediğini ona yansıtmadır (Erol ve Erdoğan 2007, Miller ve Rollnick 2009, Ögel 2009).
5. Çelişkileri ortaya çıkarmak; Motivasyonel görüşmede ilke kişinin zihninde şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri ortaya çıkarmaktır. Bu

süreci tanımlamanın en iyi yolu kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaktır. Motivasyonel görüşmenin genel amacı bireylerin kendilerini oldukları gibi kabul etmeleri ve buldukları yerde kalmalarını sağlamak değildir. Bir kişi hayatını tehdit edecek bir madde kullanıyorsa bu alışkanlığını değiştirmek için motive edilmelidir. Bu noktada kişinin kullandığı maddenin ya da alışkanlıklarının olumsuz yönleriyle yani gerçekle yüzleştirilmesi gerekmektedir. Değişim isteyen pek çok kişi buldukları yer ile olmak istedikleri yer arasındaki farklılığı görür, motivasyonel görüşmede bu farklılık belirginleştirilir, artırılır. Başarılı bir motivasyonel görüşmede baskı veya zorlanma duygusu yaşatmadan kişinin algısının değişimi sağlanır (Miller ve Rollnick 2009, Ögel 2009).

6. Dirençle mücadele etmek; Değişim sürecinde bireyin problemleri davranışı ile baş etmede direnç göstermesi beklenen bir durumdur ve bu bireylerin değişime karşı oldukları anlamına gelmemektedir. Değişime karşı direnç gösteren bireylerle alta yatan faktörler tartışılmalı ve direncin nedenleri fark ettirilmelidir. Ancak mevcut direnci artırmamak için bireyle değişme gerekliliğini tartışmaktan kaçınmak gerekir. Görüşmeler esnasında edilgen kalınmamalı, sürece ivme kazandırılmalıdır. Motivasyonel görüşme bir savaş değildir, kazanan veya kaybeden yoktur. Burada sağlık personeline düşen bireye değişim yönünde yeni bir ivme kazandırmaktır. Bu nedenle görüşmeler esnasında bireyin neleri ifade ettiği son derece önemlidir.

Görüşmede direncin göstergeleri şunlardır:

- a. Tartışmaya Girme; Birey görüşmeler esnasında danışmanın doğruluğu, uzmanlığı veya güvenilirliği konusunda mücadeleye girer, onun söylediklerinin güvenilirliğine meydan okur.
 - b. Görüşmeyi Kesme; Birey görüşmelerde başka konulardan konuşur, sürekli danışmanın sözünü keser, danışman konuşurken o da konuşur. Örneğin “tamam yeter, ne dediğinizi anladım” gibi.
 - c. İnkâr Etme; Birey sorunları kabul etmede, işbirliği yapmada, sorumluluğu almada veya dinlemede isteksizdir. Sorunlarından dolayı sürekli diğer insanları suçlar. Önerileri kabul etmez ve başka alternatifler üretmez. Kendisi veya diğerleri hakkında konuşurken kötümser, yıkıcı ve negativist bir tonda konuşur, bilgi veya öneri verirken dinlemez ve değişmeye karşı isteksizdir.
 - d. Aldırmama; Birey danışmana inanmadığını aldırmadığı gösterir. Görüşmeye dikkatini vermez, verdiği yanıtlar sorulan soruların yanıtları değildir ya da sözlü yanıt vermeyebilir, konuyu farklı alanlara çekmeye çalışır.
7. Kendine yeterliliği (öz- güveni) desteklemek; Motivasyonel görüşmenin en önemli ilkesinden birisi “kendine yeterlilik” kavramıdır. Kendine yeterlilik bireyin belli bir görevi ya da işi yapabilme ve başarabilme yeteneğidir. Kendine yeterlilik değişim için anahtar bir etkidir ve bağımlılığı olan kişilerin değişim yönünde iyi sonuç alması için önemli bir ön belirleyicidir (DiClemente 1991, DiClemente ve Welasquez 2002, Miller ve Rollnick 2009, Ögel 2009).

Motivasyonel görüşmenin ne kadar süreceği yapılan çalışmaya göre değişiklik göstermektedir. Çalışmalarda, motivasyonel görüşme yapılan bireylerin genellikle birkaç

aydan, birkaç yıla kadar uzanan sürelerle takip edildiği görülmüştür. Görüşme yapılacak bireylerle bir tanışma görüşmesi yapıldıktan sonra görüşmelerin telefon yoluyla da sürdürülebileceği belirtilmektedir (Özdemir ve Taşçı 2013).

TTM'e Göre Motivasyonel Görüşme Teknikleri

TTM'e dayalı motivasyonel görüşmeler davranışla ilgili problem tanımlanarak aşamalı bir yaklaşımla yürütülebilmektedir. Her aşamada farklı davranış değiştirme yöntemi kullanan bireye değişim aşamasına uygun farklı stratejiler kullanılarak bireyin bir üst aşamaya geçmesine ya da değişim aşamasına uygun görüşme planına karar verilir (Erol ve Erdoğan 2008, Miller ve Rollnick 2009). Aşağıda araştırmacılar tarafından oluşturulan TTM temelli motivasyonel görüşme içeriği yer almaktadır.

Düşünmeme Aşamasında Motivasyonel Görüşme

Bu aşama, değişimin başlangıç aşamasıdır. Bu aşamada bulunan bireyler problemleri davranışlarının farkında değildirler ya da değişim için isteksiz veya cesaretsizdirler. Bu aşamadaki bireyler içinde buldukları mevcut durumun veya problem davranışın kazançlarının, kayıplardan daha fazla olduğuna inanmaktadırlar, bu bireyler genellikle "direncili" olarak adlandırılırlar. Motivasyon görüşmesi yapan danışmanın sorumluluğu, bireyin değişime karşı direncili olmasının nedenini öğrenerek bireyin çelişkileri fark etmesini sağlamak ve davranışın zararları konusunda farkındalık geliştirmektir. Empatik ortam oluşturma, açık uçlu sorular sorma, dinleme gibi iletişim teknikleriyle bireyin karar verme düzeyi ve hedefleri açığa çıkarılır (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Bu aşamada bireylerin motivasyonlarının sağlanması gerekir. Çok yoğun programlar yerine, özenli motivasyon stratejileri kullanmak daha önemlidir. Bu bireyler ikna edilebilir, cesaretlendirilebilir, bilgilendirilebilir ve tavsiyelerde bulunulabilir. Bu aşamadaki bireyler değişmeye zorlanmamalı, fakat değişimi düşünme yönünde hareket etmeleri için motive olmalarına yardımcı olunmalıdır (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002, Koyun ve Eroğlu 2013).

Düşünmeme aşamadaki birey ile çalışırken amaç; tütünün zararları ile ilgili farkındalığının artırılması ve tütünü bırakmayı düşünme aşamasına gelmesidir.

Uygulamalar

Sigara ve zararlarına yönelik düşünce, tepki ve önerilerin tartışılması ve bu yönde görüşmenin şekillendirilmesi için, açık uçlu sorular sorma, anlama, yansıtma, dinleme, özetleme gibi iletişim teknikleriyle,

1. Kişinin öyküsünü anlatmasına fırsat vermek,
2. Sigaraya yönelik düşünce tepki ve duygularını konuşmak
3. Sigara etkileri ile ilgili düşüncelerinin ifadesini sağlamak,
4. Sigaranın vücutta meydana getirdiği hasarlar konusunda düşüncelerinin ifadesini sağlamak
5. Sigarayı bırakmanın olumlu yönlerini tartışmak
6. Sigarayı bırakmadaki engelleri belirlemek
7. Ambivalansı anlamak ve çözümlenmek
8. Öz güvenini artırmaya yönelik kendini ifade etmesini sağlamak
9. Kişinin davranışları ile ilgili özerkliğine ve tercih yapma (sonuçlarına katılma) özgürlüğüne saygı duymak.

Düşünme Aşamasında Motivasyonel Görüşme

Değişimin düşünme aşamasında birey bir probleminin olduğunu kabul eder ve onu çözmek için ciddi bir şekilde düşünmeye başlar, bireyler problem davranışları, onu yaratan nedenleri ve olası çözüm yolları hakkında düşünürler, fakat hareket etmekten oldukça uzaktadırlar. Düşünme aşamasındaki bireylerin hareket aşamasına geçmeleri ay - yıl gibi uzun zaman almaktadır (Miller ve Rollnick 1991, Cole 2001, Miller ve Rollnick 2002).

Motivasyonel görüşmenin amacı bireyin çelişkilerini çözmek ve değişimin yararlarının daha önemli olduğunu fark etmesini sağlamaktır. Bu amaçla görüşmelere önce problem ve değişim konusunda gelinen nokta özetlenerek başlanır, anahtar sorularla devam edilerek önerilerde bulunulur ve bireyin kendini değerlendirmesi sağlanır.

Düşünme aşamasındaki bireylerle çalışırken, ne zamandır değişimi düşündüğü ve geçmişte değişim için girişimlerde bulunup bulunmadığı saptanmalıdır. Bu aşamanın kilit noktası; bireylere mevcut davranışlarının risklerini ve davranış değiştirmenin potansiyel yararlarını detaylı olarak düşünmelerine yardımcı olmak ve değişebileceği umudunu aşılaktır (Miller ve Rollnick 2002).

Düşünme aşamasındaki bireylerin problem davranışları hakkında konuşmasına yardımcı olmak için karar dengesi egzersizi kullanılabilir. Yapılan araştırmalar düşünme aşamasının; davranışın yarar ve zarar yönlerinin hemen hemen eşit olarak algılandığı bir aşama olduğunu göstermiştir. Bu nedenle bu aşamada yapılması gereken; bireyin denge durumundan, değişimden yana "eğilmiş" uca doğru hareket etmesine yardım etmektir. Bir kez bu yapıldığında birey bir sonraki aşamaya geçmeye hazır hale gelir (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Bu aşamadaki bireyler ile ilgili önemli stratejilerden biri de; "pozitif olanı vurgulamaktır" çünkü negatifikle değişimin oluşması mümkün değildir. Bireyden davranışının pozitif yönlerini (kazandırdıklarını) değerlendirmesi istendiğinde "negatif yönler (kaybettirdiklerine)" doğru hareket ederler (Miller ve Rollnick 2002).

Bu noktada görüşme yapan danışman; bireyin endişe ifadelerini, problemini, değişim hakkındaki olumlu düşüncesini, değişme niyeti içeren değişim açıklamalarını dikkatle dinlemelidir. Belirli aralıklarla özetleme yapmalı, geri bildirimlerde bulunmalı, çift taraflı yansıtma kullanılarak kendi motivasyonuna ait açıklamaları yansıtmalı, bireyi onaylamalı, karar dengesi egzersizinden elde edilebileceklerinin en fazlasını elde etmesinde bireye yardımcı olmalıdır (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Uygulamalar

Empati ortamının oluşturulması, çelişkilerin ortaya çıkarılması ve kendine yeterliliğin desteklenmesi gibi motivasyonel görüşmenin ilkeleri dikkate alınarak, açık uçlu sorular sorma, anlama, yansıtma dinleme, özetleme gibi iletişim teknikleriyle,

1. Bireyin alışkanlıklarının olumsuz yönleriyle yani gerçekte yüzleştirilmesini sağlamak,
2. Sigarayı bırakmanın faydalarını ve bırakmanın kendisi için önemini değerlendirmesini sağlamak,
3. Sigarayı bırakmak için bireyin kendi enerjisini kullanarak değişime yönelik isteğini ortaya çıkarmak,
4. Bireyin duyguları ve bakış açısını yargılamadan, eleştirmeden veya suçlamadan anlamak,
5. Sigarayı bırakmak için motivasyonu artırmak

6. Bireyin sorun tanıma, endişe, istek, değişim niyeti ve değişim becerisi konusunda kendini motive eden ifadelerini ortaya çıkartmak ve takviye etmek.

Hazırlık Aşamasında Motivasyonel Görüşme

b birey yakın gelecekte davranış değiştirmeye ve harekete geçmeye hazırdır. Bu aşamadaki bireyler geçmişte davranış değiştirmeyi denemiş ve başarısız olmuşlar ve değişim girişimlerinden genellikle belirli dersler çıkarmışlardır. Bu aşamadaki bireylerin kendileri için bir değişim planı geliştirmeye ve geliştirdikleri planı uygulayacaklarını taahhüt etmeye ihtiyaçları vardır (Miller ve Rollnick 2002)

Hareket planı yeni davranışa atılacak adımlarla ilgili olmalı ve sınırları bireyin koyması sağlanmalıdır. Zorlayıcı bir tutum içerisinde olmak bireyi olumsuz olarak etkileyecektir. Motivasyonel görüşmeler esnasında bireylerin değişim için yeteri kadar nedenleri olduğuna inanmalarını ve değişimi gerçekleştirebilecekleri yönünde kendilerine güven duymalarını sağlamak gerekir (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002, Koyun ve Eroğlu 2013).

Problemlili davranışa son vermeye yönelik girişimlerde bulunmak veya pozitif bir davranışa başlamak için karar almak hazırlık aşamasına girişi sağlar. Bu aşamadaki çoğu insan yakın gelecekte ciddi bir değişim girişiminde bulunacaktır. Bu noktada yapılması gereken bireye kabul edebileceği, ulaşabileceği, etkili bir değişim planı geliştirmesinde yardımcı olmaktır (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002). Bu aşamada amaç; Sigarayı bırakmanın öneminin algılanması, bireyin değişime ihtimaline olan inancının güçlendirilmesi ve bırakma planının yapılmasıdır.

Danışman, dikkatli dinleme ve yansıtma, dolaysız (açık ve kesin) müdahale etme yöntemlerini kullanırken, birey de dikkatli düşünmek ve kararlı olmak durumundadır. Danışman motivasyonel görüşme yaklaşımı kullanarak, bireye en etkili planın nasıl geliştirildiğine dair yaratıcı düşünmesinde yardımcı olur. Bireyin yaşam koşullarını gözden geçirerek, değişim ile ilgili geçmiş deneyimlerinden faydalanarak, değişim stratejileri geliştirme konusunda bireyi yönlendirir (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Uygulamalar

Empati ortamının oluşturulması, kendine yeterliliği desteklemek ve bireylerin değişime inanmalarını sağlamak gibi motivasyonel görüşmenin ilkeleri dikkate alınarak, açık uçlu sorular sorma, anlama, yansıtma dinleme, özetleme gibi iletişim teknikleriyle,

1. Kişinin değişime hazırlık derecesini belirlemek,
2. Kişiyi ikna etmek için çabalamanamak,(ikna etmeye çalışmak suçluluk utanç ve dirence neden olabilir)
3. Kendine yeterliliği desteklemek,
4. Özgüvenini artırmaya yönelik kendini ifade etmesini sağlamak
5. Sigarayı bırakmanın faydaları ve önemi ile ilgili duygularını ifade etmesini sağlamak,
6. Sigarayı bırakma tarihini belirlemek
7. Destek güçleri tanımlamak ve destek takımı oluşturmak

Hareket Aşamasında Motivasyonel Görüşme

Birey son altı ay içinde problemlili davranışı değiştirmiştir. Bu aşamada motivasyonel görüşmede eski davranışa dönmeyi önlemeye yönelik görüşmeler ve pozitif davranış

ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlar çok etkilidir. Bunun için bireyin geçmiş başarılı deneyimleri ile ve benzer bireylerin başarılı davranışlarının üzerinde durulması yarar sağlayacaktır (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002, Koyun ve Eroğlu 2013).

Hareket aşamasındaki bireyler danışmandan neler beklerler? Harekete başkalarının da bilinecek şekilde bağlanmak, yaptığı plan hakkında dışarıdan destek, onay almak, öz-etkililiklerini arttırmak ya da aktiviteleri ile ilgili dışarıdan birinin takibini almak isteyebilirler. Hareket aşamasındaki bireylerin değişim hakkında hala çelişkili duyguları olabilir. Eski yaşam biçimlerini özleyebilir ve yeni davranışlarına uyum sağlamaya çalışıyor olabilirler. Bireyleri dikkatli dinleme ve doğru olanı yaptıkları konusunda onaylama bu aşamada çok önemlidir (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Motivasyonel görüşme bireyler harekette iken onların öz-etkililiklerinin oluşumuna ve geliştirilmesine yardım edebilir, bireylerin başarıya ait doğalarında var olan niteliklerini ortaya koyarken onlara yardım ederek, bireylerin öz-etkililik değerlerini güçlendirebilirler (Miller ve Rollnick 1991). Bu aşamada amaç; bireyin zararlı davranışını bırakması ve yerine yeni sağlıklı davranışlar kazanmasını sağlamaktır.

Uygulamalar

Sorumluluğu bireyin kendisine vererek, empati ortamının oluşturulması, kendine yeterliliğin desteklenmesi gibi motivasyonel görüşmenin ilkeleri dikkate alınarak, açık uçlu sorular sorma, anlama, yansıtma, dinleme, özetleme gibi iletişim teknikleriyle,

1. Bireyi anlamak ve değer verdiğini göstermek
2. Nikotin çekilme belirtileri ile mücadelede destek vermek
3. Sigara kullanma isteği ile baş etmesine destek vermek
4. Alternatif davranışları uygulama konusunda bilgi vermek ve motive etmek
5. Olumlu davranışı ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlarda bulunmak
6. Motivasyonunu korumak ve kendine güvenini- yeterliliğini desteklemek

Devam Ettirme Aşamasında Motivasyonel Görüşme

Birey en az altı ay önce davranışı değiştirmiştir. Bu aşamada yeni sağlıklı davranışını sürdürmek ve bir geri aşamaya dönüşü önlemek değişimi pekiştirmek için motivasyonel görüşmeler önemlidir. Davranışa yeniden dönme riski daha düşük olsa da geri dönüşü engellemek için alınan önlemlere dikkat edilmelidir. Görüşmelere devam edilmeli ve her görüşmede başarı desteklenmelidir (Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002, Koyun ve Eroğlu 2013).

Devam ettirmeye güçlü bir bağlılık yoksa bu aşamada relapslar yaşanabilir. Bireyler başarıya ulaşmadan önce aşamalar boyunca farklı zamanlarda relaps yaşayıp yeniden düzenlerler. Transteoretik model relapsı, değişim aşamalarında ilerlerken olası muhtemel bir durum olarak kabul eder. Bu nedenle herhangi bir relaps mutlak bir başarısızlıktan çok bir adım geri gidış olarak düşünülmalıdır. Birçok insan düşünme aşamasından başlayıp, hazırlık aşamasından geçerek harekete ve devam ettirmeye kadar ilerler, fakat çoğu yeniden eski duruma geri döner. Relapstan sonra bireyler sıklıkla daha önceki aşamalardan birine gerilerler ve sonra aşamalar boyunca ilerlemeye bir kez daha başlarlar. Sık görülen şekilde relapsı yaşayan bireyler sonraki seferde daha iyi bir başarı şansına sahiptirler. Problemleri davranışları ile başa çıkmada genellikle yeni yollar öğrenmişlerdir (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Relapsın nedenleri farklı olabilir. Bireyler problem davranışa dönmek için özellikle güçlü, beklenmedik bir dürtü veya dayanılmaz bir istek hissedebilirler ve bunlarla başarımlı bir şekilde başa çıkamayabilirler. Bazen problem davranışa karşı rahat davranarak korunma ortamlarını gevşetmeleri eski davranış biçimine doğru geriye kaymayı başlatır. Değişime bağlılık veya öz-etkililik aşınabilir (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002).

Relaps durumlarında, bireyler güçsüzleşmiş bir öz-etkililik ve eski alışkanlığın kendilerinden daha güçlü olabileceğine dair bir korku içindedirler. Tekrar kendilerine güvenmek (güvenilir bir söz) ve eskiye dönüş krizinden çıkmak için yollar ararlar. Bu bireylerin krizlerine başarısızlıktan çok öğrenmek için bir fırsat olarak bakmaları konusunda yardımcı olmak önemlidir. Danışman daha etkili bir plan oluşturmak için başka bir değişim girişiminde bulunması konusunda bireyin motive olmasına yardımcı olabilir (DiClemente 1991, Miller ve Rollnick 1991, Miller ve Rollnick 2002, Koyun ve Eroğlu 2013). Devam ettirme aşamasında amaç; davranış değişiminin devamını sağlamak yönünde motive etmek ve sigaranın tekrar kullanımını (relaps) önlemektir.

Uygulamalar

Empati ortamının oluşturulması ve kendine yeterliliği destekleme gibi motivasyonel görüşmenin ilkeleri dikkate alınarak, açık uçlu sorular sorma, anlama, yansıtma dinleme, özetleme gibi iletişim teknikleriyle,

1. Sigarayı bırakmayı sürdürme konusunda başarısını desteklemek,
2. Beklenmedik sigara kullanma isteği ile baş etme davranışları konusunda desteklemek
3. Sağlıklı davranışları sürdürmek ve pozitif davranış ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlarda bulunmak,
4. Şartlanmalara dikkat etmek
5. Kendini ödüllendirmek

Sonuç

Sağlığı koruma ve geliştirmede sağlık personellerinin görevi, bireye yardım etmektir. Bu yardım bireyin sağlığını sürdürmesine yönelik etkinlikleri içermektedir. 21. Yüzyılda herkes için sağlık temel hedeflerinin hepsinde bireylerin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmelerine ve toplumdaki tüm bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimine kavuşturulmalarına dikkat çekilmektedir. Bu amaçlara ulaşmak için özellikle bireylerin riskli davranışlardan korunması ve olumlu davranış değişimi kazandırılması kaçınılmazdır. Birinci basamakta çalışan sağlık personelleri bireylere yaşam biçimi davranışlarını ve sonuçlarını fark ettirmede karar alma ve davranış değiştirme süreçlerinde eğitimci ve danışman rolleri ile TTM temelli motivasyonel görüşmeler ile bireylerin öz-etkililiğinin artırılmasında sağlıklı davranış değişiminde olumlu sonuçlar sağlayabilirler. Bu rolleri yerine getirirken, sağlık personellerinin etkili kişiler arası iletişim teknikleri, motivasyonel görüşme teknikleri ve bireylerin davranışlarını açıklayan kuramsal öğeleri bilmeleri ve kullanmaları gereklidir.

Kaynaklar

Aksayan S, Gözüm S (1998) Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:35-42.

- Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Compbell TS, Hemmelgarn BR (2011) Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*, 12:709-723.
- Aydoğdu NG, Bahar Z (2011) Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 4:34- 40.
- Bayat M (2005) Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):66-72.
- Bilir N, Telatar G (2005) Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü. Ankara, Tütünsüz Yaşam Derneği.
- Bilir N (2011) Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. In Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek):21-23. Ankara, Türk Toraks Derneği.
- Cole TK (2001) Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. *Heart Lung*, 30:148-158.
- DiClemente CC, Velasquez MM (2002) Motivational interviewing and the stage of change. In *Motivational Interviewing, Preparing People For Change* (Eds WR Miller, S Rollnick):201-216. New York, Guilford Press.
- DiClemente CC (1991) Motivational interviewing and the stages of change. In *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior* (Eds WR Miller, S Rollnick):191-201. New York, Guilford Press.
- Doğan DG, Ulukol B (2010) Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17:179-185.
- Erol S, Erdoğan S (2008) Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the Transtheoretical Model-based study. *Patient Educ Couns*, 72:42-48.
- Erol S, Erdoğan S (2007) Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10:86-94.
- Güngörmüş Z, Erci B (2012) Transtheoretical model –based education given for smoking cessation in higher school students. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 43:1548-1559.
- Güngörmüş Z (2010) Lise öğrencilerinde sigara içme davranışının Transteoretik model çerçevesinde değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19:12-18.
- Ha TS, Choi YH (2012) Effectiveness of a motivational interviewing smoking cessation program on cessation change in adolescents. *J Korean Acad Nurs*, 42:19-27.
- Koyun A, Eroğlu K (2014) The transtheoretical model use for smoking cessation. *European Journal of Research on Education*, 130-134.
- Koyun A, Eroğlu K (2013) Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) ve Aşamalara Göre Hazırlanmış Sigarayı Bırakma Rehberi. Ankara, Palme Yayıncılık.
- Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL (2010) Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1:CD006936.
- Miller W, Rollnick S (2009) Motivasyonel görüşme, insanları değişime hazırlama (Çev Ed. F Karadağ, K Ögel, AE Tercan). Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara.
- Miller WR, Rollnick S (1991) What motivates people to change? In *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior* (Eds WR Miller, S Rollnick):14-29. New York, Guilford Press
- Miller WR, Rollnick S (2002) What is the motivational interviewing?, "phase 1: building motivation for change", "phase 2: strengthening commitment to change". In *Motivational Interviewing, Preparing People For Change* (Eds WR Miller, S Rollnick):20-140. New York, Guilford Press.
- Ögel K (2009) Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*, 2:41-44.
- Örsel O (2011) Tütün içeriği, farmakokinetiği ve tütün ürünleri. In Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek):131-140. Ankara, Türk Toraks Derneği.
- Özcebe H (2002) Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11: 374.
- Özcebe H (2008) Gençler ve Sigara. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı.
- Özdemir H, Taşçı S (2013) Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1: 41-47.
- Pallonen UE, Prochaska JO, Velicer WF, Prokhorov AV, Smith NF (1998) Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addict Behav*, 23:303-324.
- Plummer BA, Velicer WF, Redding CA, Prochaska OJ, Rossi JS, Pallonen UE et al (2001) Stage of change decisional balance and temptations for smoking measurement and validation in a large school-based population of adolescent. *Addict Behav*, 26:551-571.
- Prochaska JO (2008) Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*, 28:845-849.

- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992) In search of how of people change: application to addictive behaviors, *Am Psychol*, 47:1102-1114.
- Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava JL (1988) Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking, *J Consult Clin Psychol*, 56:520-528.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE (2008) The transtheoretical model and stages of change. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 4th Edition (Eds K Glanz, BK Rimer, K Viswanath):97-121. San Francisco, Jossey-Bass.
- Prochaska JO, Velicer WF (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 12:38-48.
- Saewyc EM, Lynn R (2001) Focusing on protective resources in adolescent health care. *J Holist Nurs*, 19: 99-101.
- Sağlık Bakanlığı (2010) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Taş F, Sevig EÜ, Güngörmüş Z (2015) Lise öğrencilerinde ağızotunu (dumansız tütün) bıraktırmaya yönelik Transteoretik Model temelli motivasyonel görüşmelerin etkisi (Doktora tezi). Kayseri, Erciyes Üniversitesi.
- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA (1998) Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical model of behavior change. *Homeost Health Dis*, 38:216-233.
- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge R et al (2000) Using the transtheoretical model for population based approaches to health promotion and disease prevention, *Homeost Health Dis*, 40:174-195.
- WHO (2008) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008, MPOWER Package. Geneva, World Health Organization.

Filiz Taş, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş; **Emine Ümit Seviğ**, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş; **Zeynep Güngörmüş**, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

Yazışma Adresi/Correspondence: Filiz Taş, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv., Sağlık Yüksekokulu, Kahramanmaraş Turkey. E-mail: filiztas@ksu.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.capps.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 19 Mayıs/May 19, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted** 17 Haziran/June 17, 2016

Glutamat Sistemi ve Şizofreni

Glutamatergic System and Schizophrenia

Osman Özdemir, Pınar Güzel Özdemir

Öz

Glutamat santral sinir sisteminin ana uyarıcı nörotransmitterdir. Glutamat öğrenme, bellek ve algı gibi birçok bilişsel fonksiyonlarda görev alır. Glutamat beyin gelişiminde, nöronal göçte, nöronal farklılaşmada, akson oluşumunda ve nöronal yaşamında önemli görev almaktadır. Glutamat birçok nörodejeneratif hastalıkta görülen eksitotoksosite ile ilişkilendirilmektedir. Şizofreni patogeneğinde glutamat disfonksiyonunun katkısı olduğunu düşündüren birçok kanıt bulunmaktadır. Fensiklidin ve ketamin gibi NMDA reseptör antagonistleri sağlıklı gönüllülerde hem pozitif hem de negatif belirtilere neden olabilmektedir. Ayrıca bu moleküller şizofreni hastalarında belirtileri arttırmaktadır. Bu nedenle şizofreninin N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör hipofonksiyonu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Bu hipoteze göre NMDA reseptör hipofonksiyonu glutamat nöronları üzerindeki inhibisyonun azalmasına ve aşırı glutamat salınımına yol açmaktadır. Sonuçta, şizofreni hastalarında birçok beyin bölgesinde görülen hacim azalmasının NMDA reseptör aracılı glutamat nörotoksitesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, glutamat, NMDA reseptörler hipofonksiyonu.

Abstract

Glutamate is the major excitatory neurotransmitter in the brain. It has a role several cognitive functions including learning, memory and perception. Glutamatergic neurotransmission is also involved in regulating neuronal migration, synaptogenesis, and the pruning neurons. Glutamatergic excitotoxicity has been implicated in various neuropsychiatric disorders. Accumulating evidence suggests that glutamatergic dysfunction may contribute to the pathogenesis of schizophrenia. The N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor antagonists such as phencyclidine and ketamine can cause both the positive and negative symptoms psychotic symptoms in normal humans, and worsen these symptoms in persons with schizophrenia. Hence, it has been hypothesized that schizophrenia may be associated with decreased NMDA-receptor activity. According to the hypothesis, NMDA receptor hypofunction can lead to decreased inhibition of glutamatergic neurons and excessive glutamate release. Finally, the reduction of gray matter in several brain regions seen in patients with schizophrenia has been suggested to be the result of neurotoxicity mediated by NMDA receptors.

Key words: Schizophrenia, glutamate, NMDA receptor hypofunction. .

ŞİZOFRENİDE birçok nörotransmitter suçlanmaktadır. Onyıllar boyunca şizofreni araştırmaları dopamin hipotezine odaklanmıştır. Bu hipoteze göre dopamin nörotransmitterindeki düzensizlikler hastalığın temel belirtilerinin nedenidir. İki nedenden dolayı şizofreni patofizyolojisinde dopamin suçlanmaktadır. Birincisi dopaminerjik agonistler psikotik belirtileri alevlendirmektedir. İkincisi antipsikotik etkinlik ile D2 dopamin

reseptör blokajı arasında ilişki bulunmaktadır. Çok sayıda çalışma şizofrenide dopamin disfonksiyonunu vurgulamasına rağmen dopamin hipotezi tek başına şizofrenide görülen tüm belirtileri açıklamaya yeterli değildir (Gargiula ve Landa De Gargiulo 2014, Frohlich ve Van Horn 2014, Howes ve ark. 2015). Çünkü antipsikotikler hastalığın pozitif belirtiler için etkili iken negatif belirtiler ve bilişsel bozukluklar tedaviye yeterli yanıt vermemektedir. Ayrıca şizofrenide dopaminerjik sisteme odaklanmış postmortem çalışmaların sonuçları genelde negatif olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalarda striatal D2 reseptör artışı antipsikotik kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Bu veriler şizofrenide dopamin hipotezinin gözden geçirilmesine neden olmuş ve alternatif nörotransmitter sistemleri hastalığın patofizyolojisinde araştırılmış (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002).

Glutamaterjik nöronal disfonksiyonun çeşitli nöropsikiyatrik bozuklulara yol açtığı kabul edilmektedir. Şizofrenide glutamat hipotezi beyin omirilik sıvısında glutamat düzeylerinin azalmasına, ve şizofreni hastalarında hipokampus ve talamusta NMDA, AMPA reseptör ekspresyonlarının azalmasına dayanır (Fatemi 2008). Bu hipotez başlangıçta yazarlar tarafından çok destek görmese de daha sonra bu teoriyi destekleyen birçok kanıt ortaya çıkmıştır (Ceylan ve Taşçı 1999, Belsham 2001, Gargiula ve Landa De Gargiulo 2014, Howes ve ark. 2015). Günümüzde şizofrenide glutamat disfonksiyonu olduğunu düşündüren birçok kanıt bulunmaktadır. Bu yazıda glutamat sistemi ele alındıktan sonra şizofreni hastalarında bu alanda yapılan çalışmaların özetlenmesi amaçlanmaktadır.

Glutamat Nörotransmisyonu (İletimi)

Glutamat presinaptik nöron terminallerinde kan beyin bariyerinden geçebilen, beyin omirilik sıvısında yüksek konsantrasyonlarda bulunan glutaminden glutaminaz enzimi aracılığı ile sentezlenir. Nöronlara ek olarak, astrositler glutamat prekürsörü olan glutamin için ana kaynaklardır (Dwivedi ve Pandey 2011). Sentezlenen glutamat veziküller glutamat taşıyıcı ailesi (VGLUT1-3) tarafından sinaptik aralığa salınmak için veziküllerle alınmaktadır (Belsham 2001, Dwivedi ve Pandey 2011, Shan ve ark. 2013, Hammond ve ark. 2014). Glutamat ayrıca N-asetil-L-aspartat-L-glutamat (NAAG)'ın astrositlerde üretilen karboksipeptidaz II (GCP II) tarafından NAA ve glutamata parçalanarak sentezlenebilmektedir (Bauer ve ark. 2008). Glutamat yüklü veziküller presinaptik membrana bağlanarak glutamati sinaptik boşluğa bırakırlar (Hammond ve ark. 2014). Glutamat, glutamat nöronlarında depolanan sinaptik veziküllerden salındığında presinaptik, postsinaptik ve astrositlerde bulunan reseptörler vasıtasıyla etki gösterir (Bauer ve ark. 2008, Dwivedi ve Pandey 2011, Tamminga ve ark. 2012, Shan ve ark. 2013, Hammond ve ark. 2014). Glutamatın etkisi sinaptik aralıkta sonlandığında postsinaptik ve daha çok presinaptik nöronlarında, astroglial bölgelerde, yerleşmiş bulunan plazma membran eksitator aminoasit taşıyıcıları (EAATs) tarafından geri alınır (Shan ve ark. 2013, O'Donovan ve ark. 2015). Presinaptik terminale geri alınan glutamat, glutamat dehidrogenaz aracılığı ile alfa-ketoglutarata dönüştürülerek sitrik asit döngüsüne girerek enerji üretimine katkıda bulunabilir, glutamin sentetaz aracılığı ile yeniden glutamine dönüştürülebilir, sinaptik aralığa tekrar dönebilir, ya da sistin/glutamat antiport sistemleri aracılığı ile extrasellüler aralığa salgılanabilir (Bauer ve ark. 2008, Hammond ve ark. 2014).

Glutamat Reseptör Ailesi

Moleküler yapıları, elektrofizyolojik ve farmakolojik özelliklerine göre glutamat reseptörleri iyonotropik ve metabotropik kanallar olmak üzere iki büyük gruba ayrılmaktadır. İyon kanalı bağımlı reseptörler olarak da bilinen ve Ca+2 aracılığı ile çalışan kanallar olan iyonotropik glutamat reseptörleri, AMPA (alfa-amino-3-hidroksi-5-metil-izoksazol-propionik asit), kainat ve NMDA (N-metil-D-aspartat) reseptörlerinden oluşmaktadır. AMPA reseptör ailesi dört farklı genin ürettiği, Ca+2 iyonlarına geçirgen proteinlerden oluşmaktadır (GluR1-4). Her bir AMPA reseptörü dört glutamat bağlanma alanına sahiptir. Genetiği değiştirilmiş farelerde AMPA reseptörlerinin Ca+2 geçirgenliği artırılarak epilepsi modelleri oluşturulmaktadır (Coyle ve ark. 2002). Kainat reseptörleri beş gen ailesi tarafından kodlanan ve her biri beş alt birimden (homomer) oluşan düşük afiniteye sahip GluR5-7 ve yüksek afiniteye sahip KA1-KA2 reseptörlerinden oluşmaktadır (Coyle ve ark. 2002, Bauer ve ark. 2008). NMDA reseptör alt birimleri NR1, NR2A-NR2D, olarak tanımlanan gen aileleri tarafından kodlanmaktadır. Ayrıca erken gelişim dönemlerinde sentezlenen NR3 geni tanımlanmıştır. Çeşitli ikincil mesajcıların aktivasyonu aracılığı ile elektriksel uyarıyı dolaylı olarak düzenleyen metabotropik reseptör ailesi (mGluR1-8) farmakolojik yapıları ve farklı sistemleri harekete geçiren sinyal ileti yollarına göre Grup I, II, III olmak üzere üç gruba ayrılır (Fatemi 2008, Fröhlich ve Van Horn 2014). Grup I mGluR1 ve mGluR5; grup II, mGluR3; ve grup III, mGluR4, mGluR6, mGluR7, ve mGluR8 içerir. Grup I mGlu reseptörlerin fosfolipaz C aktivasyonu yaptığı ve cAMP oluşumunu uyardığı; grup II ve III mGlu reseptörlerin ise cAMP ve adenilat siklaz inhibisyonu yaptığı gösterilmiştir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002, Bauer ve ark. 2008, Dwivedi ve Pandey 2011, Hammond ve ark. 2014). Grup I metabotropik glutamat reseptörleri daha çok postsinaptik somatodentritik alanda bulunurlar. Bunların eksitator glutamaterjik nörotransmisyon sırasında iyon kanallarının aktivasyonunu düzenledikleri, ligand bağımlı iyon kanallarını hızlandırmak için diğer postsinaptik glutamat reseptörleri ile etkileşim halinde oldukları kabul edilmektedir (Dwivedi ve Pandey 2011, Stahl 2013). Presinaptik yerleşimli olan grup II ve III mGlu reseptörler ise glutamat salınımını engelleyen otoreseptörler olarak görev yapmaktadırlar. Bu reseptörleri uyaran agonist ilaçlar glutamat salınımını azaltarak antikonvülzan, duygudurum dengeleyici ve glutamat eksitotoksitesine karşı koruyucu etkinlik gösterebilirler (Stahl 2013).

Glutamat reseptörleri birçok seviyede etkileşim halinde görünmektedir. Her bir glutamat reseptörünün glutamat salınımında kendine özgü bir role sahip olduğu bilinmektedir. NMDA reseptörleri en iyi bilinen reseptörlerdir. AMPA, kainat ve metabotropik reseptörleri tüm NMDA reseptörlerini etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, NMDA reseptörleri teorik olarak şizofreni etyolojisinde suçlansa da herhangi bir glutamat reseptörünün bozukluğu NMDA reseptör fonksiyonlarında bozulma ile sonuçlanabilmektedir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002). Ligand kapılı iyon kanalları olan iyonotropik glutamat reseptörleri glutamat tarafından başlatılan eksitator postsinaptik iletimi düzenlemek için birlikte çalışırlar. Bu iyonotropik reseptörler nöronlarının depolarizasyonunu sağlayan Na ve Ca iyonlarına geçirgen olan katyon kanallarının açılmasını sağlar. Özellikle AMPA ve kainat reseptörleri, sodyumun hücre içine girmesine izin vererek nöronu depolarize eden hızlı ve eksitator nörotransmisyonu aracılık ederler. NMDA reseptörleri ile AMPA ve kainat reseptörleri (non-NMDA iGlu reseptörleri) arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır (Coyle ve ark. 2002). NMDA reseptörleri

istirahat halinde dinlenme membran potansiyelinde kanallar Mg tarafından bloke edilerek kalsiyum geçişini engeller. Bu blokaj voltaj bağımlıdır ve hücre membranının AMPA ve kainat reseptörleri aktivasyonu yoluyla kısmi depolarizasyonu magnezyum iyonu blokajının kalkmasını sağlar (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002). Kalsiyumun nöron içine girerek postsinaptik etkileri tetiklemesi için glutamatın bağlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat glutamat iyon kanallarının aktif hale gelebilmesi için aynı zamanda allosterik modülatör olarak etki eden yardımcı agonist glisin ve D-serin ligand bağlanma bölgesine yerleşmelidir. Bu nedenle NMDA reseptörlerinin işlevleri hem ligand kapılı hem de voltaj bağımlıdır (Dwivedi ve Pandey 2011). Kanallar açılınca kalsiyum akışı gen ekspresyonu ve ikincil mesajcıların aktivasyonu sağlayarak uzun süreli öğrenme, sinaptogenez ve diğer nöronal işlevlere katkıda bulunan uzun süreli potansiyalizasyonu oluşturur (Coyle ve ark. 2002, Dwivedi ve Pandey 2011, Stahl 2013). Nöronal plastisitede rol oynayan ve fazlalığında toksik etkileri bulunan, oksidatif stres ve hücre ölümüne yol açan Ca²⁺ iletiminde görev aldığı için NMDA reseptörleri sinaptik plastisite için hayati öneme sahiptir (Dwivedi ve Pandey 2011).

NMDA reseptörleri fizyolojik önemi bulunan birçok alt birim ve özgül bağlanma bölgelerine sahiptir. Bu bağlanma bölgeleri farklı alt birimler ile ilişkilidir ve afiniteleri alt birim bileşenlerine göre değişebilir. NR1 alt birimlerinin glisin bağlanması için; NR2 alt birimlerinin glutamat ve MK-801 bağlanması için daha yüksek afinite göstermektedir. Dolayısıyla farklı alt tip kombinasyonları reseptörlerin bağlanma özelliklerini ve alt tiplerle ilişkili elektro fizyolojik farklılıklarını belirleyebilmektedir.6 Reseptörlerin farmakolojik düzenlenmesi bağlanma bölgelerinin kendine özgü kombinasyonlarına da bağlıdır. Modülatör bağlanma alanları için protonlar (H⁺) ve dinorfin gibi poliaminlerin yanında çinko da bulunmaktadır. Zn²⁺ NMDA reseptör akımının, özellikle NR2A alt birimi için, güçlü bir inhibitördür. Ayrıca, NMDA reseptörlerinin yarışmalı olmayan fensiklidin, ketamin ve MK-801 gibi antagonistler için kanal içinde bağlanma bölgeleri bulunmaktadır (Bauer ve ark. 2008). Öğrenmeyi ve uzun süreli güçlendirmeyi bloke eden disosiyatif anesteziklerin etkisi kanal açıkken gerçekleşmektedir (Coyle ve ark. 2002, Bauer ve ark. 2008, Dwivedi ve Pandey 2011).

Glutamat ve Fonksiyonları

Glutamat ya da L-Glutamik asit (Glu) santral sinir sisteminin ana eksitator-uyarıcı nörotransmitteri olarak kabul edilmektedir. Yaklaşık olarak nöronların %60'ı ve sinapların %40'ı glutamaterjik yapıda olduğu belirtilmektedir (Fatemi 2008, Fiş ve Berkem 2009, Howes ve ark. 2015). Glutamat beyinde kognisyon, bellek ve algı gibi birçok fizyolojik fonksiyonlarda görev alan majör eksitator nörotransmitterdir (Ceylan ve Taşçı 1999, Dwivedi ve Pandey 2011). Glutamat beyin gelişiminde, nöronal göçte, nöronal farklılaşmada, akson oluşumunda ve nöronal yaşamında önemli görev almaktadır. Sinir sisteminde, nöroplastisitede, sinaptik etkinliğin ve sinaps yapılarının değişiminde merkezi rol oynamaktadır. Bu işlevler bellek ve diğer bilişsel fonksiyonlarla ilişkilidir (Coyle ve ark. 2002, Tamminga ve ark. 2012). NMDA reseptörleri bazı yazarlar tarafından bellek fonksiyonlarının temel bileşenleri olarak kabul edilmektedir. Bu reseptörler bellek oluşumuna yol açan hücre içi olaylar zincirini uzun süreli güçlendirme (LTP) olarak bilinen süreç aracılığı ile başlatır. Uzun süreli güçlendirme (LTP) ve uzun süreli depresyon (LTD) sinaptik plastisite için anahtar kavramlardır. Glutamat ve reseptörleri hareketin düzenlenmesi için önemlidir. Glutamat korteks piramidal hücrelerde, serebel-

lum, striatum, ve hareket için önemli olan kortikostriatal projeksiyonlarda yüksek oranlarda bulunmaktadır. Ayrıca NMDA antagonistlerinin hayvanlarda dopamin tüketimi sonrası ortaya çıkan hareketsizliği geriye döndürebildiği gösterilmiştir. Glutamatın ayrıca algıda rol aldığı düşünülmektedir. Uyarıcı aminoasit sistemleri çeşitli dokularda nöronal gelişimi uyarma veya inhibe etme potansiyeline sahiptir. Bu nedenle, gelişim aşamalarında bu sistemler nöronal plastisite oluşumunda yeterli nöronal bağlantıların oluşumunda önemlidir (Belsham 2001, Tamminga ve ark. 2012).

Glutamat ve Nöroplastisite

Nöroplastisite, çeşitli iç ve dış uyarılara bağlı olarak beyindeki nöronların ve bunların oluşturduğu sinapların yapısal özellikleri ve işlevlerindeki değişiklikler olarak tanımlanabilir (Kotan ve ark. 2009, Eker ve Eker 2009). Oluşan değişiklikler tek bir nöronla sınırlı kalmayıp sinaps düzeyine ulaşmışsa oluşan adaptif yanıt "sinaptik plastisite" olarak da adlandırılabilir. Sinaptik plastisite çok sayıda deneyimin gelecekteki duygu, düşünce ve davranışı değiştirebilmesini sağlayan özelliğidir. Bu işlemlerin sonucunda ilgili devrelerde etkinlik sinapslarda uzun süre değişikliklere neden olur, yeni bilgi depolanır, hatıralar oluşur (Malenka 2002). Sinaptik ileti nöronal aktiviteyi hem arttırabilir hem de azaltabilir. Bu değişiklikler milisaniyeler içinde gerçekleşebilir günler haftalar ve hatta daha uzun süre devam edebilir. Sinaptik plastisitenin geçici formları duysal uyarılara kısa süreli uyum, geçici davranış değişiklikleri ve kısa süreli bellek formları ile ilişkilidir. Daha uzun süreli değişiklikler olgunlaşmış sinir sisteminde uzun süreli bellek ile nöronal devrelerin oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Bu farklı fonksiyonlar sinaptik plastisitenin farklı formlarıyla ilişkilidir. Merkezi sinir sisteminde nöroplastik yanıtlarla ilişkili değişiklikler şöyle sıralanabilir: 1. Dentritlerde dallanmanın azalması veya artması, 2. Dentritlerde kırılma, 3. Dentrit boylarında uzama, 4. Yeni sinaps oluşumu, 5. Var olan sinapsların artması veya azalması, 5. Yeni nöron oluşumu (nöro-genez), 6. Nöron ölümü (apoptoz), 7. Temel beyin metabolitlerinde değişiklikler, 8. Mevcut nöronların hayatta kalma süresinde değişiklik, 9. Mevcut nöronların stres altında bozulmaya karşı dirençlerin artması, 10. Mevcut nöronların uyarıya karşı sinaps sonrası potansiyellerindeki değişiklikler, 11. Nörotrofik faktörlerin etkinliklerindeki değişiklikler.12 Böylece önceden var olan sinapslarda sinaptik iletimin etkinliği değişebilir ya da güçlenebilir, yeni sinaptik bağlantılar oluşabilir ya da var olanlar budanabilir veya ilgili nöronların uyarılabilirliği düzenlenebilir (Malenka 2002, Fiş ve Berkem 2009).

Gelen uyarının şiddeti ve süresi ile santral sinir sisteminde primer olarak yanıt verecek bölgenin özelliklerine bağlı olarak bu değişikliklerden biri veya birkaçı ortaya çıkabilir. Hipokampus nöroplastisitesi en yüksek beyin bölgelerinden biridir. Her türlü zihinsel egzersiz ile hipokampal hacimde ve yeni nöron oluşumu anlamına gelen nöro-genezde artma görülürken, sürekli stres durumları hipokampal hacimde ve hipokampal nöro-genezde azalmaya neden olur (Kotan ve ark. 2009, Eker ve Eker 2009). Hipokampusta uyarıcı sinapların tekrarlayıcı uyarımı saatler ya da günler boyunca devam eden sinaptik güçlenmede artışa neden olabilecektir. Bu uzun süre devam eden sinaptik güçlenme bellek oluşumunda ve davranışın değişimine yol açan deneyimlerden sorumlu LTP olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca gelişim döneminde aktivite ve deneyim bağımlı sinaptik devrelerin düzenlenmesi ile gerçekleşen öğrenme LTP ile ilişkilidir (Malenka 2002, Fiş ve Berkem 2009). Çevresel değişikliklere uyum ancak "öğrenme" yolu ile

sağlanabilir. Öğrenme de sinaptik plastisite yolu ile gerçekleşir. Öğrenme iç ve dış uyarılara karşı santral sinir sisteminin verdiği en güçlü ve önemli adaptif yanıtıdır. Öğrenmenin oluşabilmesi için nöronlarda sinaptik iletimde meydana gelen uzun süreli artış anlamına gelen “uzun dönem potansiyalizasyon” (long-term potentiation=LTP) oluşması gerekmektedir. Kronik ve şiddetli stres oluşturan nedenler depresyon gibi olumsuz nöroadaptif değişikliklere neden olurken, kısa süreli ve belli bir düzeyde stres öğrenme için temel oluşturan LTP için gereklidir (Kotan ve ark. 2009). Bu duruma nöronal aktivite, stres cevabı ve adaptasyonda kritik rolleri olduğu bilinen minerokortikoid, glukokortikoid ve N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörleri aracılık eder. Stres nedeniyle kortizol ve glutamat gibi eksitator nörotransmitterlerin salınımı, reseptör sonrası döngülerin aktivasyonuna ve mitokondri aracılığı ile salınan kapkazlar yoluyla nekrotik ya da apoptotik hücre ölümüne yol açar. Mitokondri zarı üzerinde yer alan proapoptotik proteinler arasındaki denge hipokampal nöron hayatta kalımı açısından kritik öneme sahiptir. Sonuç; glutamat beyinde sinyal iletiminde ve ayrıca genetik, yapısal, ve sinaptik düzeylerde nöroplastisinin düzenlenmesinde merkezi bir yerde bulunmaktadır (Coyle ve ark. 2002, Kotan ve ark. 2009).

Glutamat ve Nörodejenerasyon

Glutamatın nörotoksik etkisi eksitator etkisiyle ilişkilidir. Bazı yazarlar nöronal dejenerasyonun glutamat reseptörlerinin nöronlarda fazla salgılanmasından kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. Çünkü birçok nörodejeneratif hastalıkta eksitotoksisite programlı hücre ölümü ile bağlantılıdır. Glutamatın potent analoglarının deneysel çalışmalarda kullanılması nörodejeneratif hastalıkların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. iGlu reseptörlerinin nörodejeneratif hastalıklarda rolünün arttığı bildirilmektedir. Spesifik iGlu reseptörleri ve başlattığı reaksiyonlar reseptör uyarımını takiben hücre ölüm sürecine aracılık etmektedir. Ayrıca, birçok moleküler yollar ve bunların nöronal hücre ölümünü önleyen ilişkili bileşenleri iGlu reseptörler aktivasyonu ile ilişkilidir. iGlu reseptörleri tarafından oluşturulan Ca aşırı yüklenmesi nörodejenerasyonda önemli role sahiptir (Ceylan ve Taşçı 1999, Coyle ve ark. 2002). iGlu reseptörlerinin aşırı aktivasyonu nekrozis ya da apoptozis aracılığı ile nöronlarda ölüme yol açmaktadır. Nekroz iGlu reseptörlerinin aktivasyonu sonucu hücre içine aşırı katyon akışı ile ilişkilidir. Apoptozis ise yetersiz glutamat iletimi nedeni ile immatur nöronlarda meydana gelen dejenerasyon sonucu oluşmaktadır. Fakat apoptozis hem AMPA/KA hem de NMDA stimülasyonunu takip edebilir. iGlu reseptörleri apoptozisi aktive edebilir. Apoptotik hücre ölümü kaspaz aktivasyonu, kromatin yoğunlaşması, DNA ve hücre membran hasarı ile ilişkilidir. Kalpain ve kaspazlar tarafından oluşturulan proteoliz iGlu reseptör aktivasyonunu takiben ortaya çıkan ilk olaylardır. iGlu reseptör aktivasyonunu takiben nekrotik hücre ölümü reseptör duyarlılığındaki değişime bağlanır. Ayrıca, reaktif oksijen radikalleri iGlu reseptör aracılı nöronal hasarda önemli rol oynamaktadır. Glutamat toksisitesinin reaktif oksijen radikallerinin artması sonucu glutamat taşıyıcılarının (EAAT) inhibisyonu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Coyle ve ark. 2002). Sonuçta, ısrarlı ve aşırı glutamat aktivasyonu nekroz ve apoptozise neden olarak nöronal hasara yol açar.

Glutamat nörotransmitter eksitotoksisite Huntington hastalığı, Alzheimer hastalığı, amiyotrofik lateral skleroz (ALS) strok ve yaşlanmaya bağlı görülen bellek bozuklukları gibi çeşitli nöropsikiyatrik hastalıklarda suçlanmaktadır. Progresif kortikal nörodejenerasyonla karakterize Alzheimer hastalığı'nda iGlu reseptör aracılı eksitotoksisitenin

nörodejenerasyonda rol oynadığı ileri sürülmektedir. Alzheimer hastalığında AMPA reseptörlerinde kalsiyum akışkanlığının artışının dejenerasyona yatkınlaştırdığı düşünülmektedir. Huntington hastalığı iGlu reseptör aracılı nörodejenerasyon için tanımlanan diğer bir hastalıktır. Ratlarda glutamat agonistlerinin intrastriatal enjeksiyonu Huntington hastalığına benzer şekilde striatal nörodejenerasyona yol açmaktadır. Daha sonra yapılan çalışmalarda NMDA reseptör agonistlerinin Huntington hastalığına yatkınlık için daha etkili olduğunu göstermiştir. Huntington hastalığında striatal nöronlarda dinlenme membran potansiyeli devam ettirilemediği için kalsiyum hücre içine akışı artmakta ve hücre ölümü gerçekleşmektedir (Coyle ve ark. 2002). ALS hastalarında yaşam süresini uzattığı gösterilen riluzol iGlu reseptörlerini inhibe ederek glutamat nörotransmitter salınımını azaltmaktadır. Yaşlanmada görülen bellek bozukluklarının NMDA reseptörleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. NMDA reseptör blokajı ve hipokampal NR1 reseptörlerinin genlerinin değiştirilerek hasarlanması bellek bozukluklarına neden olmaktadır. NMDA reseptör aracılı olan uzun süreli güçlendirmenin (LTP) bozulması bu bellek bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (Coyle ve ark. 2002).

Glutamat ve Şizofreni

Şizofrenide glutamat disfonksiyonu olduğunu destekleyen en güçlü kanıtlar katekolamin analoglarından farklı olarak, fensiklidin ve ketamin gibi yarışmalı olmayan NMDA reseptör antagonistlerinin sağlıklı gönüllülerde düşük dozlarda bilişsel bozukluklarla beraber pozitif ve negatif belirtileri içeren şizofreniyi andıran psikotik tabloya neden olabilesidir (Ishimaru ve Toru 1997, Coyle 2006, Howes ve ark. 2015). Ayrıca bu moleküllerin kısmi remisyonunda olan şizofreni hastalarında hem pozitif hem de negatif belirtileri arttırdığı gösterilmiştir. Fensiklidin ve ketamin dissosiyatif anestetik olarak geliştirilmiştir. Yan etkilerinden dolayı, özellikle postoperasyon sonrası birkaç saat süren ajitasyon ve deliryum, geniş bir kullanım alanı bulunamamıştır. Bu yüzden fensiklidin psikoza sadece pozitif belirtiler veren amfetamin psikoza göre daha iyi bir şizofreni modeli sağlamıştır. Hayvanlarda fensiklidin ve diğer NMDA reseptör antagonistlerinin indüklediği lokomotor aktivite artışı, stereotipi ve rotasyon gibi şizofreni benzeri davranışlar bu moleküllerin indirekt dopaminomimetik etkilerine bağlanmıştır (Ishimaru ve Toru 1997, Gargiula ve Landa De Gargiulo 2014). Fensiklidin sağlıklı gönüllülerde ego sınırlarının kaybı, depersonalizasyon ve derealizasyon gibi belirtilere yol açabilmektedir. Hastalarda varsanı ve sanrı gibi pozitif belirtilerin yanı sıra afektif küntleşme, konuşmanın yoksullaşması, apati ve dikkat eksikliği gibi negatif belirtiler görülebilmektedir. Bu tablo bazı bireylerde antipsikotik tedavisine yanıt vermeyebilir ve birkaç gün ile bir kaç hafta devam edebilir. Fensiklidin intoksikasyonu olan hastaların şizofreniden ayrımı zor olabilmektedir (Frohlich ve Van Horn 2014). Düşük doz ketamin ayrıca şizofreni hastalarında görülen düşünce bozukluklarını tetikleyebilmektedir ve dezorganize davranışlara yol açabilmektedir. Görüntüleme çalışmalarında sağlıklı gönüllülerde fensiklidin ve ketamin verildikten sonra şizofrenide tanımlanan hipofrontaliteye benzer olarak frontal bölgede kan akımında ve glukoz kullanımında azalma olduğu bildirilmiştir (Dwivedi ve Pandey 2011).

Şizofrenide NMDA-R hipofonksiyonu

Başlangıçta fensiklidin psikozunun mekanizması henüz tam olarak aydınlatılmamış olsa da NMDA-R farmakolojisinin keşfedilmesiyle birlikte bu psikomimetik etkinin

NMDA reseptör blokajı nedeniyle olduğu önerilmiştir (Frohlich ve Van Horn 2014). Spinal kordda NMDA tarafından indüklenen depolarizasyonun fensiklidin ve ketamin tarafından bloke edildiğinin birçok çalışmada gösterilmesi bu maddelerin iyon kanal blokeri olabileceğini düşündürmüştür. Fensiklidin NMDA reseptörü ile ilişkili iyon kanallarına açık durumda iken girmekte, kanalın derininde bulunan bağlanma bölgesine yerleşmekte ve kalsiyumun sitoplazma içine girmesini engellemektedir. MK-801 ve ketamin gibi diğer yarışmalı olmayan NMDA reseptör antagonistleri benzer özellikleri taşımakta böylece antikonvülzan ve nöroprotektif etkileri gerçekleşmektedir. Tüm bu maddeler hayvanlarda anormal davranışları ve insanlarda psikotik belirtileri ortaya çıkarmaktadır (Ishimaru ve Toru 1997). Ayrıca, fare çalışmalarında NMDA reseptör genlerinin değiştirilmesi hayvanlarda hiperaktivite ve şizofreni benzeri davranış değişikliklerine yol açmaktadır (Fatemi 2008). Dolayısıyla, bu farmakolojik ilişki şizofreninin azalmış NMDA reseptör aktivitesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002, Coyle 2006).

Şizofrenide en yaygın olan hipotezlerden biri prefrontal bölgede ve limbik yapılarda azalmış NMDA reseptör işlevleri veya reseptör kaybı olduğunu kabul etmektedir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002, Coyle ve ark. 2002, Bauer ve ark. 2008, Frohlich ve Van Horn 2014, Howes ve ark. 2015). Bu hipoteze göre şizofreni özellikle internöronlarda NMDA reseptör kaybıyla ilişkilidir. Bu inhibisyon kaybı sekonder olarak glutamat iletiminde aşırı uyarıma neden olabilmektedir. NMDA reseptör hipofonksiyonu ayrıca uyarıcı nöronlarda aşağıya doğru (downstream) aşırı uyarıma yol açarak ve internöronlar üzerinde uyarıcı NMDA reseptörlerinin eksikliği daha fazla disinhibisyonun artmasına neden olarak kortikal bölgelerde aşırı glutamat salınımına yol açmaktadır. Tüm yolaklar üzerindeki net etki inhibisyon kaybıdır. Bu karmaşık disinhibisyon sendromu primer kortikolimbik yolaklarda aşırı uyarıma yol açmaktadır. Bu olanların şizofrenide psikotik, bilişsel, ve algısal bozukluklara katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Fiş ve Berkem 2009, Dwivedi ve Pandey 2011, Frohlich ve Van Horn 2014).

NMDA reseptörleri çeşitli ligandlar kullanılarak araştırılmıştır. Şizofreni hastalarının beyinlerinde kortikal alanda NMDA reseptörlerinin iyon kanallarına bağlanan ligandlarda artış bildirilmiştir. NMDA reseptörlerinin gen ifadesini inceleyen çalışmalarda bazı kortikal alanlarda belirli glutamat reseptör alt birimlerinde belirgin artış olduğu bildirilmiştir. Şizofrenik beyinlerde serebral kortexte glutamat reseptörlerinde artış tekrarlayan çalışmalarda bildirilmiştir. Birçok subkortikal yapılardaki glutamat düzeyleri ile bu subkortikal yapılardan projeksiyon alan kortikal bölgelerde glutamat reseptör bağlanması arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğunu gösterilmiştir. Bu veriler şizofreni hastalarında glutamat hipofonksiyonu sonucu kompensatuvar olarak glutamat reseptörlerinde artış olduğunu düşündürmektedir (Ishimaru ve Toru 1997).

Şayet şizofreni belirtileri NMDA reseptör hipofonksiyonundan kaynaklanıyorsa NMDA reseptör fonksiyonunu arttıran ajanların belirtileri azaltması beklenir. Tam agonistler eksitotoksik etkide buldukları için çalışmalar daha çok NMDA reseptörleri üzerinde bulunan glisin düzenleyici bölgelerine etki eden d-serin ve glisin gibi co-agonist ajanlar üzerinde yapılmaktadır. Şizofreni hastalarında glisin, d-serin ve d-sikloserin gibi moleküllerin pozitif, negatif ve bilişsel belirtilere etkisinin araştırıldığı çalışmalarda tutarlı sonuçlar bildirilmemiştir (Coyle ve ark. 2002, Fatemi 2008, Hammond ve ark. 2014, Zink ve ark. 2014). Glisin, d-serin ve d-sikloserin gibi moleküllerin şizofreni hastalarında pozitif ve negatif belirtileri azalttığı (Fatemi 2008, Uzbay 2009,

Zink ve ark. 2014); bazı araştırmalarda d-serinin tipik antipsikotiklere eklenmesi ile negatif belirtilerde ve bilişsel fonksiyonlarda ve psikozda belirgin düzelme olduğu, buna karşın diğer bazı araştırmalarda glisin ve D-serin klozapine eklenmesi ile bilişsel ve negatif belirtilerde ek bir değişiklik olmadığı (Coyle ve ark. 2002) bildirilmiştir. Küçük örnekli bir çalışmada hastalara glisin verilmesi negatif belirtileri azaltmış, diğer çalışmalarda yine d-serin ve siklosporin verilmesi olumlu sonuç verse de daha sonra yapılan daha geniş örnekli çalışma d-serin pozitif, negatif, bilişsel belirtiler ve işlevseliğin genel değerlendirilmesi skorları üzerine olumlu etki göstermemiştir. Diğer bir çalışmada klozapin ile tedavi edilen hastalarda d-serin ya da glisin eklenmesi negatif ya da pozitif belirtilerin kötüleşmesine yol açmış (Hammond ve ark. 2014); çalışılan bir diğer ajan antitüberküloz olan d-sikloserinin negatif belirtilerde ve bilişsel fonksiyonlarda belirgin düzelme yaptığı, d-sikloserin klasik antipsikotiklere eklendiğinde negatif belirtilerde belirgin düzelme sağladığı, fakat bilişsel bataryada belirgin değişiklik yapmadığı bildirilmiştir (Coyle ve ark. 2002).

şizofrenide Glutamat Taşıyıcıları Bozuklukları

Glutamat nörotransmişyonu presinaptik ve postsinaptik reseptörlerin uyarılması aracılığı ile gerçekleşir. Büyük ölçüde, sinaptik glutamat düzeyleri glutamat reseptör aktivasyonunu belirler. Yüksek oranda sinaptik glutamat düzeyleri ve glutamat reseptörlerinin fazla miktarda uyarılması epileptik nöbetlere yol açabilir. Oysa veziküler glutamat salınımı öncesi düşük düzeyde sinaptik glutamat yüksek sinyal iletimi ve ideal düzeyde reseptör işlevi sağlar (Bauer ve ark. 2008). Fazla glutamatın sinapslardan paketlenme yoluyla geri alınması glutamat geri alım taşıyıcısı, eksitator aminoasit taşıyıcıları (EAAT1-5) ve veziküler glutamat taşıyıcıları (VGLUT1-2) olmak üzere iki farklı yolla olabilmektedir. Bu iki tip glutamat taşıyıcıları birbirinden farklıdır; glutamatın sinaptik aralıktan geri alınında büyük ölçüde sorumlu olan EAAT ailesi için enerji kaynağı olarak Na⁺/K⁺ ATPaz gereklidir. EAAT1 daha çok serebellum astrositlerinde ve daha az miktarda ön beyinde sentezlenmektedir. EAAT2 hem astrositlerde hem de nöronlarda olmak üzere beyinde daha geniş bir alanda sentezlenmektedir. EAAT2 genlerinin değiştirilmesiyle (knockout) nöropatoloji ve epilepsi modeli oluşturulmaktadır. EAAT3 birçok limbik alanda sentezlenen nöronal taşıyıcıdır. EAAT4 purkinje hücrelerinde, EAAT5 retinada sentezlenmektedir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002, Shan ve ark. 2013, O'Donovan ve ark. 2015). şizofreni hastalarının prefrontal korteksinde EAAT2 mRNA düzeylerinde azalma olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Diğer yandan sinaptik aralıktaki glutamatu paketleyerek veziküller içine alan VGLUT ailesi glutamata daha az afinite gösterir ve klorid bağımlıdır (Bauer ve ark. 2008). Ek olarak, onlar enerji kaynağı olarak hidrojen iyonu bağımlı ATPaz kullanır. Yapılan bazı çalışmalarda şizofreni hastalarında hipokampusta ve DLFPK te VGLUT1 mRNA ifadesinde azalma olduğunu göstermişlerdir (Dwivedi ve Pandey 2011, Hammond ve ark. 2014). Bu veriler şizofrenide glutamat sinapslarında glutamat geri alımıyla ilgili değişiklikler olabileceğini düşündürmektedir.

Glutamat ve şizofreninin Nörogelişimsel Hipotezi

şizofreninin nörogelişimsel hipotezi prenatal ve erken yaşam olaylarının yatkın kişilerde şizofreni gelişimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Anne karnında başlayan patolojik süreçlerin ergenlik döneminde şizofreni gelişimine neden olduğu yönünde kanıtlar

bulunmaktadır. Birinci ve ikinci trimester kadar erken dönemlerde başlayan bu nörogeleşimsel anormalliklerin geç adolosa ve erken erişkinlik dönemlerinde negatif ve pozitif belirtilere yol açtığı kabul edilmektedir (Fatemi 2008, Uzbay 2009, Hammond ve ark. 2014, Zink ve ark. 2014).

Şizofreninin nörogeleşimsel yönünü açıklamaya çalışan hipotezlerden birisi NMDA reseptör inhibisyonudur. Bazı yazarlar genetik ve nongenetik faktörlerin NMDA reseptör hipofonksiyonuna yol açabileceğini ve bu durumun zamanla beyinde şizofreniye gizli bir yatkınlık oluşturduğunu, bunun erişkinlik öncesi dönemde değil, erken erişkinlik döneminde psikotik belirtileri tetikleyebileceğini ileri sürmüştür. NMDA reseptörlerinde hipofonksiyon durumu şizofreni benzeri belirtileri açığa çıkarma potansiyeline sahiptir ve bu patolojik durum bazı vakalarda yapısal değişikliklere ve klinik bozulmaya yol açabilir. Bu hipotezi destekleyen hayvan çalışmaları bulunmaktadır. Ratlarda NMDA reseptör antagonisti olan MK-801 ya da fensiklidin ile NMDA reseptörlerinin yalnızca birkaç saat süresince bloke edilmesi geç fetal veya erken neonatal dönemde rat beyinlerinde apoptotik nörodejenerasyonu tetikleyebilmektedir. Diğer yandan, NMDA antagonistlerinin uygulanması erişkinlerde nekroza yol açabilmektedir. Bazı yazarlar bu nekroz nöronal bağlantı zincirleri psikotik belirtileri ortaya çıkarıcı etki ve NMDA reseptör antagonistlerinin nörotoksitesisi geç ergenlik dönemine kadar tam gelişmiş olmadığını öne sürmüştür (Fiş ve Berkem 2009, Dwivedi ve Pandey 2011).

NMDA reseptörü gelişimsel süreçte aksonların uygun dağılımı için önemlidir. Dahası NMDA reseptörleri ergenlik döneminde görülen ve şizofreni hastalarında normal olmadığı öne sürülen sinaptik budanma sürecinde önemli rol oynayabilir. Bilişsel fonksiyonlar NMDA reseptörlerinin kısmen aracılık ettiği plastisiteye bağlıdır ve şizofreni hastaları sıklıkla bilişsel defisitlere sahiptir. Sonuçta, şizofreni hastalarının birçok beyin bölgesinde görülebilen gri madde miktarında azalma NMDA aracılı nörotoksitesiyi düşündürmektedir. Belirti kümesi, bulgular ve şizofreni hipotezleri NMDA reseptör disfonksiyonu ile açıklanabilir. NMDA reseptörleri glutamat reseptörlerinin bir alt tipidir fakat diğer tüm alt tiplerle işlevsel açıdan ilişkilidir. Bu nedenle, NMDA reseptör anormallikleri şizofrenide ileri sürülmesine rağmen, görünürdeki NMDA reseptör bozuklukları NMDA ile etkileşim halinde olan başka bir reseptör alt tipinin anormalliği ile ilişkili olabilir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002, Fiş ve Berkem 2009, Zink ve ark. 2014).

Sonuç

Şizofreni patofizyolojisi daha önce dopamin anormalliklerine odaklanmasına rağmen glutamat sisteminin bu bozuklukta rol oynayabileceğine ait kanıtlar artmaktadır. Farmakolojik kanıtlar şizofrenide NMDA reseptörlerinin dâhil olduğunu düşündürmektedir. Şizofreni hastalarında glutamat nörotransmisyonunda özel beyin bölgelerinde reseptör ailesi ile ilgili bağlanma alanlarında yapısal değişikliklerden kaynaklanan bozulmalar ve gen ekspresyonunda değişiklik olabileceği bildirilmektedir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002). Glutamat salınımında, reseptör uyarımında ya da glutamat geriliminde olan değişiklikler sinaptik işlevlerde değişme ile sonuçlanabilir. İlginç olarak, çevresel stresler glutamat nörotransmisyonu değiştiren kortizol yükselmesine yol açabilir. Preklinik modellerde stress ve kortizol düzeylerinde artışlar presinaptik glutamat salınımında artışa yol açmıştır. Ayrıca, postsinaptik nöronda glutamat reseptör ekspresyonu strese yanıt olarak değişmektedir. Ek olarak, stres sinaptik uçlarda azalmaya yol

açmaktadır. Bunun yanında, stres glutamat geri alım taşıyıcılarının (EAAT) ekspresyonunu ve glutamatın sinaptik aralıktan geri alınımını değiştirmektedir. Böylece çevresel stress ve hormon salınımı glutamat nörotransmisyonu düzenleyebilmektedir (Eker ve Eker 2009, Hammond ve ark. 2014). Bu veriler ilgili reseptörlerin düzenlenmesini sağlayan yeni tedavi stratejilerinin şizofrenide terapötik etki sağlayabileceğini düşündürmektedir (Meador-Woodruff ve Kleinman 2002, Gargiula ve Landa De Gargiulo 2014).

Kaynaklar

- Bauer D, McCullumsmith RE, Meador-Woodruff JH (2008) A role for glutamate receptors, transporters, and interacting proteins in cortical dysfunction in schizophrenia. In *Cortical Deficits in Schizophrenia: From Genes to Function* (Ed. P O'Donnell):113-147. New York, Springer.
- Belsham B (2001) Glutamate and its role in psychiatric illness. *Hum Psychopharmacol*, 16:139-146.
- Ceylan ME, Taşçı D (1999) Şizofrenide NMDA ve GABA sistemi. *Şizofreni Dizisi*, 2:68-75.
- Coyle JT, Leski ML, Morrison JH (2002) Diverse role of L-Glutamic acid in brain signal transduction. In *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*, 5th ed. (Eds KL Davis, D Charney, JT Coyle, C Nemeroff):71-90. Philadelphia, Lippincott Williams-Wilkins.
- Coyle JT (2006) Glutamate and schizophrenia: beyond the dopamine hypothesis. *Cell Mol Neurobiol*, 26:365-384.
- Dwivedi Y, Pandey GN (2011) Glutamatergic neurotransmission abnormalities and schizophrenia. In *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorder* (Ed. MS Ritsner):87-304. New York, Springer.
- Eker MC, Eker OD (2009) Depresyon patofizyolojisinde hipokampusun rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:11-21.
- Fatemi SH (2008) Schizophrenia. In *The Medical Basis of Psychiatry* (Eds SH Fatemi, PJ Clayton):85-108. Totowa, NJ, Humana Press.
- Fiş NP, Berkem M (2009) Nörotransmitter sistemlerinin gelişimi ve psikopatolojiye yansımaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 19:312-321.
- Frohlich J, Van Horn JD (2014) Reviewing the ketamine model for schizophrenia. *J Psychopharmacol*, 28:287-302.
- Gargiula PA, Landa De Gargiulo AI (2014) Glutamate and modeling of schizophrenia symptoms: review of our findings: 1990-2014. *Pharmacol Rep*, 66:343-352.
- Hammond JC, Shan D, Meador-Woodruff JH, McCullumsmith RE (2014) Evidence of glutamatergic dysfunction in the pathophysiology of schizophrenia. In *Synaptic Stress and Pathogenesis of Neuropsychiatric Disorders* (Eds. M Popoli, D Diamond, G Sanacora):265-294. New York, Springer.
- Howes O, McCutcheon R, Stone J (2015) Glutamate and dopamine in schizophrenia: an update for the 21st century. *J Psychopharmacol*, 29:97-115.
- Ishimaru MJ, Toru M (1997) The glutamate hypothesis of schizophrenia: therapeutic implications. *CNS Drugs*, 7:47-62.
- Kotan Z, Sarandol A, Eker SS, Akkaya C (2009) Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:22-35.
- Malenka RC (2002) Synaptic plasticity. In *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*, 5th ed. (Eds KL Davis, D Charney, JT Coyle, C Nemeroff):147-157. Philadelphia, Lippincott Williams-Wilkins.
- Meador-Woodruff JH, Kleinman JE (2002) Neurochemistry of schizophrenia: glutamatergic abnormalities. In *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*, 5th ed. (Eds KL Davis, D Charney, JT Coyle, C Nemeroff):717-728. Philadelphia, Lippincott Williams-Wilkins.
- O'Donovan SM, Hasselfeld K, Bauer D, Simmons M, Roussos P, Haroutunian V et al. (2015) Glutamate transporter splice variant expression in an enriched pyramidal cell population in schizophrenia. *Transl Psychiatry*, 5:e579.
- Shan D, Lucas EK, Drummond JB, Haroutunian V, Meador-Woodruff JH, McCullumsmith RE (2013) Abnormal expression of glutamate transporters in temporal lobe areas in elderly patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 144:1-8.
- Stahl SM (2013) Stahl'ın Temel Psikofarmakoloji, Sinirbilimsel Temeli ve Pratik Uygulaması: Psikoz ve Şizofreni (Çeviri Ed. T Alkn). İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.
- Tammaing CA, Southcott S, Sacco C, Wagner AD, Ghose S (2012) Glutamate dysfunction in hippocampus: relevance of dentate gyrus and CA3 signaling. *Schizophr Bull*, 38:927-935.
- Uzbay T (2009) Şizofreni tedavisinde yeni farmakolojik yaklaşımlar. *Türk Psikiyatri Derg*, 20:175-182.

Zink M, Englisch S, Schmitt A (2014) Antipsychotic treatment modulates glutamate transport and NMDA receptor expression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 264(Suppl 1):S67-S82.

Osman Özdemir, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van; **Pınar Güzel Özdemir**, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.

Yazışma Adresi/Correspondence: Osman Özdemir, Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Van, Turkey.

E-mail: drosmazoedemir@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 2 Nisan/April 2, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted** 31 Mayıs/May 31, 2016

ARAŞTIRMA | RESEARCH

Ergenlerde Ana-Babaya Bağlanma: Türkiye Profili

Attachment of Adolescents to Parents: Turkey Profile

Türkan Doğan

Öz

Bu çalışmanın amacı ergenlerin anne ve babaya bağlanma düzeylerinin cinsiyet ve Türkiye'deki coğrafi bölgelere göre incelenmesidir. Araştırma grubu 6061 ergenden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 15.53 yıldır. Çalışmada veri toplama aracı olarak, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri-Kısa formu (EABE) kullanılmıştır. Araştırma sonucu elde edilen bulgular, öğrencilerin anne ve babaya bağlanma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında bölgelere göre anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir. Bölgelere göre anneye ve babaya bağlanma bulguları birlikte genel olarak yorumlandığında, bulguların benzer olduğu, her ikisinde de İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerindeki ergenlerin bağlanma düzeylerinin diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyet değişkeni açısından bulgulara bakıldığında, erkek öğrencilerin puanları, kız öğrencilerin aldıkları puanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Sonuç olarak geniş bir örneklem grubundan elde edilen verilere dayanarak Türkiye'de ergenlerin anne ve babaya bağlanmalarında cinsiyet ve bölgesel farklar olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar sözcükler: Ergenler, anne ve babaya bağlanma, cinsiyet.

Abstract

The present study aims to determine the attachment of adolescents to their parents according to geographical regions in Turkey and gender. The research group consisted of 6061 adolescents. With an age average of 15.53 years. The Inventory of Attachment to Parents and Friends- Brief Form (EABE) was used as data acquisition tool. The results of the study indicated significant difference between the scores of students regarding the inventory of attachment to parents according to regions. Evaluating the findings regarding attachment to father and mother together, the findings were similar, and the attachment levels of adolescents in Middle Anatolia, Eastern Anatolia and Black Sea Region were found to be higher than the ones in other regions. This result may be related with socioeconomic, geographical and cultural structures of the regions. Examining the finding according to gender variable, the scores of male students are significantly lower than the scores of female students. As a result according to the data gained from a wide sample group; the main factors for the attachment of adolescents to their parents in Turkey are the geographical regions in Turkey and the gender.

Key words: Adolescents, attachment to parents, gender.

BAĞLANMA insan türünün biyolojik tarihinde edinmiş olduğu ve insan yavrularının bakıma muhtaç oldukları evrelerde hayatta kalmalarına katkısı olan evrimsel bir kazanımdır (Robertson ve Bowlby 1952, Bowlby 1973). Bebeklerin emekleyip, hareket etmeye başlamalarıyla beraber ebeveynlerinden (bakıcılarından) uzaklaşmaları birçok tehlike ile yüz yüze gelmelerine sebep olur. Bu nedenle insan türünün tarihi sürecinde bu uzaklaşmayı ayarlayan-denetleyen bir sisteme ihtiyaç duyulmuştur.

Bowlby (1969, 1973, 1980) tarihsel bağlamda ortaya çıkan ve tehlike içeren koşullar altında çocuk ve anne (bakıcı) arasında yakınlığı korumak üzere bir bağlanma sisteminin geliştirildiğini ve bu sistemin “yakınlık”, “güvenli üs” ve “güvenli sığınak” olmak üzere üç temel işlevi bulunduğunu belirtmektedir. Bebekler korktuklarında, savunmasız ya da sıkıntılı olduklarında güvenlik hissini artırmak ve fiziksel yakınlığı korumak istemekte ve yakınlık için bağlanma figürünü aramaktadırlar. Bağlanma figürü çocuk çevresini anlamak için keşiflere çıktığında korktuğu zaman dönüp sığınabileceği güvenli bir üs işlevi görür. Bağlanma figürü ayrıca, bebek geri döndüğünde rahatlama, yeniden güvende hissetmek, sıcaklık, destek ve sevgi görebileceği güvenilir sığınak işlevi de görmektedir. Sonuçta bu işlevler sayesinde çocuklar etrafi güvenli bir şekilde araştırma, keşfetme ve tecrübe edinme olanağı kazanırlar. Başka bir deyişle, tehlike veya tehdit durumunda çocuğun dönüp güvende hissedeceği bir sığınığın olması kendisine çevreyi araştırma rahatlığı verir. Aynı şekilde çevreyi araştırırken bağlanma figürü ile arasındaki mesafenin artması ayrılık kaygısının ortaya çıkmasına dolayısıyla da çocuğun tekrar mesafeyi azaltmak-ayarlamak üzere çabada bulunmasına yol açar.

Çocukların bağlanma örüntülerindeki bireysel farklılıkları belirlemek amacıyla Ainsworth ve arkadaşları (1978) “Yabancı Durum Deneyi” olarak bilinen çalışmayı yapmışlardır. Çalışmada bebekler teker teker anneleri ile beraber aşına olmadıkları bir laboratuara alınmışlardır. Orada kaldıktan bir süre sonra ortama bir yabancı (araştırmacı) katılmıştır. Daha sonra anne odadan ayrılmıştır. Anne dışarıda bir süre kaldıktan sonra tekrar dönmüştür. Bu deneyde bebeklerin bağlanma tarzlarını belirlemek için dört etmen göz önünde bulundurulmuştur: (1) Çocuğun etrafi araştırma çabası/derecesi (oyuncaklarla neler yaptığı); (2) çocuğun annenin ayrılmasına tepkisi; (3) çocuğun yabancıya tepkisi (yabancı kaygısı düzeyi) ve (4) annenin geri dönmesine çocuğun gösterdiği tepki. Çalışma sonunda çocuk ve anneleri arasında, güvenli (secure), kaygılı-kararsız (anxious-ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olmak üzere üç bağlanma stili belirlenmiştir.

Güvenli bağlanan çocuklar olumlu ve olumsuz tüm duygulara açıktırlar, tehdit durumlarında bakıcısından yakınlık aramakta ve onu güvenli bir üs olarak kullanıp çevrelerini keşif etmektedirler. Bu çocuklar yeni yaşantı ve insanlara olumlu bir şekilde yaklaşmaktadır. Kaygılı-kararsız bağlanan çocuklar tehdit işaretlerine karşı aşırı duyarlıdır, bakıcısının endişe ve olumsuzlukları ile kaygıları daha da yükselir ve bakıcısının mevcut olma durumuyla ilgilidirler. Bununla birlikte bakıcılarını güvenli üs olarak kullanamamaktadırlar. Kaçınan bağlanma grubundaki çocuklar özellikle tehdit ile ilişkili duygu ve tepkilerini bastırmakta ve kendilerini kendine güvenmeye zorlamaktadırlar (Ainsworth ve ark. 1978, Bartholomew ve Horowitz 1991). Bu stillerin her biri farklı motivasyon örüntüleri, duygu, davranış ve tehditler karşısında farklı duygulanım düzenleme (affect regulation) stratejileri içerirler.

Bağlanma ile ilgili alan yazınında bağlanma tarzının önemli ölçüde gelişimsel süreklilik gösterdiği ifade edilmektedir (Shaver ve Norman 1995). Başka bir ifadeyle bireyle-

rin çoğunluğu bebeklik döneminde anneye karşı geliştirmiş olduğu bağlanma stilini daha sonraki yaşam dönemlerinde “içsel çalışma modelleri” (Keklik 2011) veya “içsel çalışan modelleri” (Sümer ve Güngör 1999) (internal working models) aracılığıyla diğer yakın ilişkilerinde de sergilerler. Bağlanma kuramına göre içsel çalışan modeller bebeklik döneminde bakıcı ile olan ilişkiden doğar ve hem bilişsel hem de duyuşsal nitelikte şemaları ifade eder. Bu şemalar (temsiller) bireyin “kendisi” ve “öteki” hakkındaki algısının temelini oluşturur. Örneğin, bağlanma kuramcılarına göre eğer bakıcı çocuğun ihtiyaçlarına duyarlılık gösterip, hem beslenmesine yeterli ölçüde eğilip hem de çocuğa yeterli sevgi ve sıcaklık sağlar ise çocuk hem kendini sevmeye layık algılar hem de bakıcıyı güvenilir bulur. Böylelikle hem kendisine ilişkin hem de bakıcıya ilişkin içsel çalışan modelleri olumlu olduğundan güvenli bağlanma geliştirir. Buna karşın bakıcıları ile soğuk ve reddedici deneyimleri olan çocukların kendilerine ve başkalarına ilişkin modelleri olumsuzdur. Dolayısıyla bu çocuklar güvensiz bağlanma (kaygılı-kararsız veya kaçınan) geliştirirler.

Bağlanma kuramı bir hayatta kalma ve adaptasyon kuramıdır (Keklik 2011). Başka bir ifadeyle, sadece bireyin kişiler arası ilişkilerdeki stiline oluşumunu betimlemekle kalmaz aynı zamanda bireyin kişisel (intrapşik) olarak çevresiyle etkileşimde kullandığı uyum stratejilerine de ışık tutar. Bağlanma kuramının bu yöndeki en önemli kavramı duygulanım düzenlemesidir. Çalışmalar, bağlanma stili ile duygu düzenleme arasında anlamlı ilişki olduğunu (Kullik, Petermann 2013) ve güvenli bağlanan ergenlerin daha az duygusal dengesizlik gösterdiklerini (Bendera ve ark. 2015) ortaya koymaktadır. Bireylerin bağlanma davranış sistemi harekete geçirildiğinde ya güvenlik temelli stratejiler (security based strategies) veya ikincil bağlanma stratejileri kullanılarak yeniden denge kurmaya çalışılır. Bağlanma kuramcılarına göre bağlanma sistemi harekete geçtiğinde (örn., bağlanma figürüyle mesafe arttığında, problem yaşandığında vb.) eğer birey güvenli bağlanma stiline sahip ise hissedilen kaygıyı gidermek için esnek ve gerçekçi çarelere baş vurup tekrar bağlanma figürü ile denge sağlandığı gibi birey duygulanımını da etkili ve işlevsel bir şekilde düzenlemiş olur (Mikulincer ve ark. 2003). Öte yandan eğer birey güvensiz bağlanma stiline sahip ise bağlanma figürü ile fiziksel ve/veya ruhsal mesafe arttığında ve dolayısıyla bağlanma davranış sistemi harekete geçtiğinde bireyin başvuracağı baş etme (duygulanım düzenleme) stratejilerine ikincil bağlanma stratejileri denir (Shaver ve ark. 2005). Bunlardan birincisinde, eğer birey bu durumda bağlanma figürüne kişisel çabası sonucu ulaşabileceğini tekrar mesafe ve yakınlık kurabileceğini hissediyor/düşünüyor ise aşırı harekete geçirci bağlanma stratejilerine (hyperactivating strategies) başvurur (hissetmekte olduğu kaygıyı daha da çoğaltma, ağlama, yalvarma, ısrar etme, bağlanma figürünün ilgisini kazanmak için çeşitli çabalar vs). İkincisinde ise eğer birey bağlanma figürüne ulaşmayı olası görmüyor ise (örn., kaçınan bağlanmada olduğu gibi) bağlanma figüründen ruhsal veya fiziksel uzaklaşma durumunda azaltıcı/engelleyici stratejilere (deactivating strategies) baş vurur. Diğer bir deyişle, bu çocuklar, bağlanma figürü ile aralarına mesafe girdiğinde, kaygılı veya güvenli bağlanmada ortaya çıkan bağlanma davranışlarını göstermezler. Yani, çocuk (veya yetişkin birey) üzülüp- ağlayıp, yeniden yakınlık tesis etme gibi davranışlara başvurmaz. Yukarıda sözü edilen Yabancı Durum Deneyinde bu çocuklar anneleri ayrıldığında pek huzursuzluk duymamış, anneler geri döndüğünde de ilgisiz davranmışlardır (Dozier ve Kobak 1992). Aynı şekilde, bu stratejilere başvuran yetişkin bireyler yakınlık kurma ile ilgili ihtiyaçla-

rını inkâr etme ve insanlarla aralarındaki fiziksel, duygusal ve bilişsel mesafeyi azami düzeyde tutmaya çalışırlar.

Daha önce de belirtildiği üzere, bebeklik çağındaki yakın ilişkilere uyumun bir gereği olarak geliştirilen bağlanma stilleri bireyin yaşamının diğer dönemlerinde de etkilerini sürdürür (Rosenstein ve Horowitz 1996). Ancak bu durum bağlanma davranışlarının her gelişimsel evre için özdeş olduğu anlamına gelmez. Gelişimsel diğer kazanımlar gibi bağlanma da gelişimsel süreç içerisinde evrimleşerek devam eder. Bebeklik dönemindeki bağlanmanın en önemli işlevi bakıma muhtaç olan çocuğun tehlikelerden korunmasını ve dolayısıyla fiziksel olarak hayatta kalmasına olanak sağlamakken yıllar geçtikçe fiziksel tehditler önemini yitirir. Bu nedenle, örneğin ergenliğe gelindiğinde bağlanma figürüne bu yönde duyulabilecek ihtiyaç istisnai tehlike durumları dışında fiziksel tehlikelerden korunmaktan çok duygulanım düzenlemek içindir (Allen ve Manning 2007). Kişilerin duygulanımlarını düzenleme stratejileri ve çevrelerindeki bireylerle ilişkilendirme tarzları biçimlendikten sonra genellikle kendi kendini devam ettirme eğilimindedirler ve böylelikle gelişimsel süreç içerisinde daha da pekişirler. Diğer bir deyişle, çocukluktan ergenliğe içsel çalışan modeller sürekli olarak pekiştirildikleri için ergenliğin sonunda daha sürekli ve değişime daha dirençli olur ve kişinin kendisi için önemli olan sosyal ilişkilere yön verir. Bununla birlikte, birçok konuda olduğu gibi bağlanma açısından da ergenlik bir geçiş dönemidir. Bu dönemde, ergen ilk bağlanma figürüne daha az bağımlı olmak için büyük çaba harcar. Ancak, bu dönemde anne babaya bağlılığın azalması ergen için anne babaların daha az önemli olduğu anlamına gelmez. Ergenlik ve genç yetişkinlikte arkadaşlar ve romantik ilişkideki kişiler temel bağlanma süreçlerini oluşturmalarına rağmen anne-babaya bağlanma hala önemlidir. Bugental ve Goodnow (1998) anne babaların ergenlerin yaşamlarında sosyalleşme açısından önemli bir yer tuttıklarını vurgulamaktadır. Araştırmalar, ergenlerin akrabalarıyla zaman geçirmeyi aileleriyle zaman geçirmeye tercih ettikleri ve yakınlık aramada daha çok akran yönelimli olduklarını gösterse de (Hazan ve Zeifman 1994); bazı araştırmalar da, ergenlerin bağlanma ihtiyaçlarının bir kısmı için anne babalarına yönelmeye devam ettikleri ve anne babayla güvenli bağlanmanın genç erişkinliğe kadar bireylerin iyi oluşlarını yordadığını göstermiştir (Furman ve Buhrmester 1992, Nikerson ve Nagle 2005). Sonuç olarak, ergenlik döneminde arkadaşlara bağlanma daha öne çıkmakla birlikte, çocuk ve ergenin psikososyal gelişimine en büyük katkıyı sağlayan ailenin önemi sürer. Ailede ilişki, anababa tutumlarına bağlı olarak şekillenir ve anababanın tutumları ergenin davranışları üzerinde belirleyicidir. Alan yazınında, ana baba tutumlarıyla ilgili çeşitli sınıflandırmaların olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda, anabanın ergene yönelik tutumunda anababa duyarlılığı ve anababa talepkarlığı gibi iki ögenin kritik olduğuna vurgu yapılarak, anababalık tarzları genel olarak yetkili (açıklayıcı otoriter), yetkeci, izin verici ve ilgisiz-kayıtsız olmak üzere dört grupta toplanmaktadır (Steinberg, 2007). Anababa tutumlarıyla ilgili bir diğer sınıflandırmada otoriter, demokratik ve koruyucu anababa tutumlarını kapsamaktadır (Baumrind, 1966).

Ergenlikte, kimlik yapısının oluşturulmasında keşfetme davranışları önemlidir. Çocukluktaki bağlanma sistemine benzer olarak, kimlik gelişiminde de seçeneklerin etkin bir şekilde araştırılması, ergenin güvenli bağlanma içinde olmasına bağlıdır (Marcia 1989, 1993, akt. Morsünbül ve Çok 2011). Ebeveynlerine güvenli bağlanan ergenler özerklik arayışı ve rolleri sınama dönemini, ebeveynlerin sundukları güvenli üs ve güvenli sığınak sayesinde daha sağlıklı geçirirler (Sümer 2006). Reich ve Siegel (2002)

güvenli bağlananların diğer bağlanma stillerine göre ego kimlik gelişimi açısından daha avantajlı olduklarını ifade etmektedir. Buna karşın, ailesini bir “keşif üssü” ve “korunaklı sığınak” olarak kullanabileceğinden emin olmayan güvensiz bağlanan ergenler, özerklik girişimlerini terk edilme, yalnızlık duyguları ve rolleri konusundaki kararsızlık kaygılarıyla birlikte gerçekleştirilmeye çalışırlar (Sümer 2006). Benzer olarak, Hazan ve Shaver (1987) güvensiz bağlanan bireylerin kimlik yapıları ile ilgili daha az araştırma yaptıkları ve romantik ilişkileri başlatmaya da uzak durduklarını belirtmiştir. Kısaca, ebeveynlerine karşı güvenlik duygusu yaşayan ergenler, bu dönemin önemli gelişim görevi olan kimlik arayışlarında ebeveynlerini güvenli üs/sığınak olarak kullanarak daha sağlıklı geçişler yapmaktadırlar.

Güvenli bağlanan ergenler anne-babalarından karşılıklılık ilkesine uymalarını ve onlara yetişkin muamelesi yapmalarını beklerler ve kendilerini farklı bağlanma ilişkilerine hazırlayabilirler. Ancak güvensiz bağlananlar için ergenlik dönemi dönüşümleri, kimlik ve sosyalleşme baskılarıyla birleşerek gençlerin içselleştirme (depresyon veya kaygı belirtileri) veya dışsallaştırma (madde kullanımı, antisosyal davranış vb.) bozuklukları gelişmelerine zemin hazırlayabilir. Araştırmalar, güvenli bağlanan ergenlerin güvensiz bağlananlara göre sosyal-duygusal yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha az düzeyde saldırganlığa sahip olduğunu göstermektedir (Rice 1990). Morsünbül (2009) olumsuz benlik modeline sahip ergenlerin olumlu benlik modeline sahip ergenlerden daha yüksek düzeyde risk alma davranışı gösterdiklerini saptamıştır.

İlgili alan yazınında ergenlerde anne babaya bağlanmanın, cinsiyet ve tercih edilen ebeveyn (bağlanma figürü) değişkenlerine göre de incelendiği görülmektedir. Araştırma sonuçları, kızların erkek ergenlere göre ebeveynlerine daha fazla bağlanma gösterdiklerini (Kenny ve Donaldson 1991, Allen ve ark. 2003, Song ve ark. 2009, İmtiaz ve Naqvi 2012) ve tercih edilen bağlanma figürünün anne olduğunu ortaya koymaktadır (Frale ve Davis 1997, Doyle ve ark. 2009). Cinsiyet ve tercih edilen ebeveyn bu araştırmada ele alınan değişkenlerdir.

Sonuç olarak ilgili alan yazınında ergenin sağlıklı gelişiminde ebeveynler ile kurulan duygusal bağın önemi üzerinde durulduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, tüm bu çalışmalar ergenlik döneminde anne babaya güvenli bağlanmanın önemini göstermektedir. Bununla birlikte araştırmaların, genellikle çocuklukta anneye bağlanma ve yetişkinlikte romantik partnere bağlanma konusuna odaklandığı, ergenlik dönemindeki bağlanmanın niteliğine ilişkin daha az çalışma yapıldığı belirtilmektedir (Doyle ve ark. 2009, Li ve ark. 2014). Türkiye’deki duruma baktığımızda da bağlanma ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve yapılan çalışmaların bir bölümünün bu konuya ilişkin ölçme araçlarını uyarılama (Günaydın ve ark. 2005, Kocayörük 2010); bir bölümünün ise bağlanmanın çocukluk istismarı (Deniz 2006), risk alma davranışı (Morsünbül 2009) ve yaşam doyumu (Özdemir ve Koruklu 2013) gibi değişkenlerle ilişkisini ele alan çalışmalar olduğu görülmektedir.

Türkiye’de ergenlerin gelişimine ışık tutacak temel araştırmalara ihtiyaç vardır. Böyle bir çabanın öncelikli olarak odaklanması gereken nokta ise ergenlik gelişiminin önemli bileşenleri olan değişkenlere ilişkin mevcut durum tespitidir. Bu çerçevede, bu çalışmada, Türk ergenlerini temsil edecek geniş bir örneklemede, ergenlerin anne ve babaya bağlanma düzeyleri Türkiye’deki coğrafi bölgelere ve cinsiyete göre incelenmiş, bağlanmanın bu değişkenler bağlamında farklılaşp farklılaşmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Yöntem

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini ortaöğretime devam eden öğrenciler oluşturmaktadır. Bu çalışmanın ergenler üzerinde yapılan bir çalışma olması ve ortaöğretime devam eden öğrencilerin gelişimsel olarak ergenlik döneminde yer alması nedeniyle çalışmanın örneklemini ortaöğretim öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem grubu Türkiye’de NUTS-1 (Nomenclature of Territorial Units for Statistics) düzeyinde tanımlanmıştır. NUTS-1’e göre 12 bölgesel düzey ve her bölgesel düzeyde, o bölgeyi temsil edecek iller bulunmaktadır. Çalışmanın yapılacağı iller bu 12 bölgeden birer ili içerecek şekilde kurayla belirlenmiştir. Belirlenen 12 farklı il: Malatya, Gaziantep, Samsun, Giresun, Erzurum, İstanbul, Çanakkale, Muğla, Bolu, Ankara, Sivas, Burdur’dur. Araştırmada amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İllerde bulunan öğrenci sayısı belli olmadığı için her ilden 4 farklı okul çeşidi (Genel Lise, Anadolu Lisesi, Meslek Lisesi ve Özel Kolej) olmak üzere ve her okuldan 5 şube olmak üzere toplam 20 şubeden veri toplanmıştır. Örneklemi 12 ilden farklı lise ve dengi okullara devam eden 6061 öğrenci oluşturmaktadır. Öğrencilerin 2879’u kız (%47.5), 3163’ü (%52.2) erkektir. Öğrencilerin 19’u (%0.3) cinsiyet belirtmemiştir. Grubun yaş aralığı 14 ile 18 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 15.53’dir (SS=2.29). Öğrencilerin 713’ü (%11.8) sosyoekonomik düzeylerini üst, 4994’ü (%82.4) orta ve 307’si (%5.1) alt olarak belirtmişlerdir. Sosyoekonomik düzeyleriyle ilgili bilgi vermeyenlerin sayısı ise 41’dir (%.7). Bu çalışmada sosyoekonomik düzey yukarıda verilen istatistiksel bilgiler ışığında homojen bir yapı göstermesinden dolayı, araştırmacı tarafından bir değişken olarak incelemeye alınmıştır. Örneklemde yer alan ergenlerin NUTS-1’e göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: NUTS-1 bölgelere göre öğrenci sayıları

Bölgeler	n	%
İstanbul	557	9.2
Batı Marmara (Çanakkale)	452	7.5
Doğu Marmara (Bolu)	672	11.1
Ege (Muğla)	570	9.4
Batı Anadolu (Ankara)	692	11.4
Akdeniz (Burdur)	405	6.7
Orta Anadolu (Sivas)	443	7.3
Batı Karadeniz (Samsun)	482	8.0
Doğu Karadeniz (Giresun)	445	7.3
Kuzeydoğu Anadolu (Kars)	433	7.1
Ortadoğu Anadolu (Malatya)	347	5.7
Güneydoğu Anadolu (Gaziantep)	563	9.3
Toplam	6061	100

NUTS-1’e göre İBBS-1: İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması 1. Düzey’de 12 bölge vardır. İlk 2 hanesi Türkiye’yi simgeleyen ‘TR’ harflerinden oluşmaktadır. 3. hane

(1` den 9` a kadar rakam, A` dan C` ye kadar harf) 1. düzeyde 12 bölge birimlerini simgelemektedir (NUTS - I).

TR1-İstanbul: İstanbul

TR2-Batı Marmara: Balıkesir, Çanakkale, Edirne, Kırklareli, Tekirdağ

TR3-Ege: Afyon, Aydın, Denizli, İzmir, Kütahya, Manisa, Muğla, Uşak

TR4-Doğu Marmara: Bursa, Eskişehir, Bilecik, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova

TR5-Batı Anadolu: Ankara, Konya, Karaman

TR6-Akdeniz: Adana, Antalya, Burdur, Hatay, Isparta, Mersin (İçel), Kahramanmaraş, Osmaniye

TR7-Orta Anadolu: Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas, Yozgat

TR8-Batı Karadeniz: Zonguldak, Karabük, Bartın, Kastamonu, Çankırı, Sinop, Samsun, Tokat, Çorum, Amasya

TR9-Doğu Karadeniz: Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane

TRA-Kuzeydoğu Anadolu: Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan

TRB-Ortadoğu Anadolu: Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, Van, Muş, Bitlis, Hakkari

TRC-Güneydoğu Anadolu: Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt

Veri Toplama Araçları

Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri- Kısa Formu-(EABE): Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri- Kısa Formu 1992 yılında Raja ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmada anne ve babaya bağlanma formu kullanılmıştır. 12 maddelik envanter, anne ve baba formu olmak üzere iki bölümden oluşan, 7 basamaklı derecelenmedir. EABE'nin, Türkçe'ye uyarlaması Günaydın ve ark. (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama sonucunda anne formuna ilişkin cronbach alfa değeri .88, baba formu için cronbach alfa .90 olarak saptanmıştır. Puanın yüksekliği güvenli bağlanmaya işaret etmektedir.

Kişisel Bilgi Formu: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş, cinsiyet ve yaşadıkları bölgeye ilişkin bilgiler kişisel bilgi formu ile elde edilmiştir.

Verilerin Analizi

Çalışmada SPSS 16 ve Lisrel 8.1 paket programlarından yararlanılarak farklı istatistik teknikleri ile veriler analiz edilmiştir. Veri girişi aşamasında uygun biçimde doldurulmadığı düşüncesi uyandıran formlar dışarıda bırakılmıştır. Ardından normallik ve doğrusallık varsayımının karşılanmasını güçleştiren uç değerler Mahalonobis uzaklık katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonunda normallik ve doğrusallık katsayısını bozan veriler çıkarılmış ve kalan 6061 ergene ait veri üzerinde analiz yapılmıştır. Bununla birlikte analizlerde yanlış veya eksik doldurulan ölçme araçları nedeniyle, örneklem sayısı değişmektedir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde bağımsız değişkenler için betimsel istatistik hesaplamaları yapılmıştır. Varyansların homojen olduğu belirlendikten sonra, ergenlerin anne babaya bağlanmalarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t-testi uygulanmıştır. Anne babaya bağlanmanın

bölgelere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için de Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Gruplar arası farklılığı belirlemek amacı ile Games-Howell testi kullanılmıştır. Nuts'a göre örneklem seçimi yapılmasına rağmen, Türkiye coğrafi olarak yedi bölgeden oluştuğu için çalışmanın sonuçları bölgesel ayırım göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

Bulgular

Ergenlerin anne ve babaya bağlanma düzeylerinin bölgelere ve cinsiyete göre farklılaşmış farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan analiz sonuçları tablolarda verilmiştir. Çalışmada, anne ve baba bağlanma boyutlarının coğrafi bölgelere ilişkin sayı, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2'de, bölgelere göre anne ve babaya bağlanma ile ilgili farklılıkları belirlemek için kullanılan ANOVA sonuçları sırası ile Tablo 3 ve Tablo 4'de verilmiştir. Tablo 5 de ise anne ve babaya bağlanma ile cinsiyet değişkeni açısından farklılıkların belirlenmesi için kullanılan t-testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 2: Anne ve babaya bağlanma puanlarının bölgelere göre betimsel istatistikleri

Bölge	Anneye Bağlanma			Babaya Bağlanma		
	n	\bar{X}	S	n	\bar{X}	S
Karadeniz	1599	4.694	.993	1599	4.430	1.222
Doğu Anadolu	779	4.870	1.126	775	4.584	1.207
İç Anadolu	1135	5.005	1.207	1135	4.700	1.472
Güneydoğu Anadolu	563	4.172	.756	563	3.832	1.178
Akdeniz	405	3.990	.633	405	3.812	.872
Ege	570	3.945	.591	570	3.776	.847
Marmara	1009	3.992	.635	1009	3.922	.815
TOPLAM	6060	4.492	1.024	6056	4.257	1.213

Anneye Bağlanma Ölçeğinden alınan puanlar bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Tablo 2'de görüldüğü üzere ortalaması en yüksek olan bölge İç Anadolu Bölgesi (= 5.005), en düşük ortalamaya sahip bölge olarak Ege Bölgesi (= 3.945) rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Babaya Bağlanma Ölçeğinden alınan puanlar da bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Tablodan görüldüğü üzere ortalaması en yüksek olan bölge İç Anadolu Bölgesi (= 4.700), en düşük ortalama ise Ege Bölgesindedir (= 3.776).

Tablo 3: Anneye bağlanma ölçeği puanlarının bölgelere göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1057.512	6	176.252	201.215	.000	ka-do, ka-iç, ka-gü, ka-ak, ka-eg, ka-ma, do-gü, do-ak, do-eg, do-ma, iç-gü, iç-ak, iç-eg, iç-ma, gü-ak, gü-eg, gü-ma
Gruplarıç	5302.042	6053	.876			
Toplam	6359.554	6059				

Tablo 3 incelendiğinde, anneye bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında bölgelere göre anlamlı bir farklılık görülmektedir, $F(6,6053)=201.215$, $p<.01$. Diğer bir anlamıyla, anneye bağlanma ölçeğinden alınan puanlar, Türkiye’de farklı bölgelerde eğitim gören öğrenciler arasında anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Anlamlı farklılığın hangi bölgeler arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Games-Howell testi, Karadeniz ile Doğu Anadolu, İç Anadolu, Güney Doğu Anadolu, Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgeleri arasında; Doğu Anadolu ile Güneydoğu Anadolu, Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgeleri arasında, İç Anadolu ile Güneydoğu Anadolu, Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgeleri arasında, Güneydoğu Anadolu ile Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgelerinde eğitim gören öğrencilerin anneye bağlanma puanları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir.

Tablo 4: Babaya bağlanma ölçeği puanlarının bölgelere göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	AnlamlıFark
Gruplararası	780.000	6	130.000	96.641	.000	ka-iç, ka-gü, ka-ak, ka-eg, ka-ma, do-gü, do-ak, do-eg, do-ma, iç-gü, iç-ak, iç-eg, iç-ma
Gruplarıç	8136.998	6049	1.345			
Toplam	8916.997	6055				

Tablo 4 incelendiğinde, babaya bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında bölgelere göre anlamlı bir farklılık görülmektedir, $F(6,6049)=96.641$, $p<.01$. Diğer bir anlamıyla, babaya bağlanma ölçeğinden alınan puanlar, Türkiye’de farklı bölgelerde eğitim gören öğrenciler arasında anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Anlamlı farklılığın bölgeler arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Games-Howell testi, Karadeniz ile İç Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgeleri arasında; Doğu Anadolu ile Güneydoğu Anadolu, Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgeleri arasında, İç Anadolu ile Güneydoğu Anadolu, Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgelerinde eğitim gören öğrencilerin babaya bağlanma puanları arasında anlamlı farklılık olduğunu ortaya koymuştur.

Bölgelere göre anneye ve babaya bağlanma bulguları birlikte genel olarak yorumlandığında, bulguların benzer olduğu, her ikisinde de İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerindeki ergenlerin bağlanma düzeylerinin diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 5: Anne ve babaya bağlanma puanlarının cinsiyete göre t testi sonuçları

	Cinsiyet	n	\bar{X}	S	sd	t	p
Anne	Kız	2878	4.556	1.068	5252.584	4.630	.000
	Erkek	3163	4.433	0.981			
Baba	Kız	2875	4.258	1.245	5906.133	.011	.991
	Erkek	3162	4.258	1.181			

Tablo 5 incelendiğinde, öğrencilerin anneye bağlanma ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir $t(5252.584)=4.630$, $p<.01$. Erkek öğrencilerin puanları ($=4.433$), kız öğrencilerin aldıkları puanlara ($=4.556$)

=4.556) göre anlamlı olarak daha düşüktür. Buna karşın, öğrencilerin babaya bağlanma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır $t(5906.133)=0.011, p>0.01$. Erkek ve kız öğrencilerin babaya bağlanma puanları arasındaki fark anlamlı değildir.

Tartışma

Bu çalışmada geniş bir örneklem grubundan elde edilen veriler, Türkiye’de ergenlerin anne ve babaya bağlanmalarında bölgesel ve cinsiyete göre farklar olduğunu göstermiştir. Anneye bağlanma puan ortalamalarına sırasıyla bakıldığında, bölgelerin İç Anadolu, Doğu Anadolu, Karadeniz, Güney Doğu Anadolu, Marmara, Akdeniz ve Ege şeklinde sıralandığı görülmektedir; babaya bağlanma puan ortalamalarının ise sırasıyla, İç Anadolu, Doğu Anadolu, Karadeniz, Marmara, Güney Doğu Anadolu, Akdeniz ve Ege şeklinde sıralandığı görülmektedir. Bölgelere göre anne ve babaya bağlanma bulguları birlikte genel olarak yorumlandığında, bulguların benzer olduğu, her ikisinde de İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerindeki ergenlerin bağlanma düzeylerinin diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu ve bölgeler arasında da anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Araştırmanın anne ve babaya bağlanmanın coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiği bulgusu, bağlanmada bireysel farklılıklar kadar, çevresel özelliklerin öneme dikkat çekmektedir. Bölgeler arası bu farklılıklar aile yapısı (örneğin çekirdek aile, geniş aile gibi), aile modeli, doğa koşulları, geçim kaynakları ve ekonomik koşullar gibi değişkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Yukarıda da bahsedildiği üzere, anne ve babaya bağlanmanın coğrafi bölgelere göre farklılık göstermesinin, Türkiye’deki aile modelleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Geleneksel toplumlarda sadece özerkliğe değer verilmemekte, ilişkisellik bu tip toplumlarda daha çok vurgulanmaktadır (Kağıtçıbaşı 2005). Kağıtçıbaşı Türkiye’de kültürün hem bireyci hem toplulukçu özellikleri içinde barındıran özerk ilişki benlik görüşünü vurgulamakta ve üç tip aile modeli önermektedir (Kağıtçıbaşı 2010). Çocuğun ekonomik değerinin ön planda olduğu, itaatkarlığına özerkliğinden daha fazla değer verildiği ve çocukta uyma davranışının vurgulandığı Karşılıklı Bağımlılık Modeli; Batı Kültüründeki orta sınıf aile yapısı, bireyselleşme ve bağımsızlığa önem veren ve çocuklara daha geniş serbesti alanı tanıyan ebeveynlik stiline geçeri olduğu Bağımsızlık Modeli ve ailedeki bireyler arasında maddi bağımsızlığa ve duygusal bağımlılığa önem verilen, çocuğu hem kontrol eden hem de özerkliğe teşvik eden Duygusal Bağımlılık Modeli. Bu bağlamda, Türkiye doğu ve batı sentezini bazı bölge ve illeri ile yapabilen bir ülke olarak düşünülebilir ve ekonomik gelişmişlik düzeyleri yüksek ve yaşam tarzları batıya yakın olan Marmara, Ege ve Akdeniz bölgelerinde Bağımsızlık Modelinin, doğuya doğru gidildikçe Karşılıklı Bağımlılık Modelinin baskın olduğu söylenebilir. Türkiye’de ailelerin bu modellerin her birini çeşitli derecelerde kullandıkları düşünülebilir. Ege, Marmara ve Akdeniz Bölgelerinde, büyük şehirlerde diğer bölgelere ve yerleşim merkezlerine kıyasla bireysel bağımsızlığa görece daha çok vurgu yapıldığı; diğer bölge ve yerleşim merkezlerinde ise Karşılıklı Bağımlılık Modelinin baskın olabileceği düşünülebilir. Öte yandan, ailelerin ekonomik, kültürel, siyasal yapılarına göre de bu modellerin kullanımı farklılık göstereceğinden, bölge veya yerleşim merkezlerini homojen varsaymak ve genellemeler yapmak güçtür. Başka bir ifadeyle, bölgesel temelde bu tür genellemelerin önündeki en önemli engel her bir bölgenin veya yerleşim merkezinin homojen nitelikte olmaması ve kendi içinde çeşitlilik arz etmesidir. Örneğin, şehirlerin mahalle-

lerine göre veya aynı mahallede yaşayan insanların yaşam tarzları ve değer yargılarına göre de aile ilişkilerini ele alış tarzları farklılıklar gösterebilir. Aynı şekilde, Kağıtçıbaşı tarafından önerilen aile türlerinin cinsiyet açısından da ele alınması gerekir. Ailelerin erkek ve kadın üyelerine tanıdıkları serbesti düzeyleri farklılık gösterebilir. Başka bir ifadeyle, aileler kız ve erkek çocuklarına özerklik ve bağımlılık boyutunda farklı şekilde davranıyor olabilir.

Diğer yandan anne ve babaya bağlanmanın coğrafi bölgelere göre farklılık göstermesinin nedenlerinden bir diğerinin de, bölgelerin sosyoekonomik durumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Türkiye'deki bölgelere sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre bakıldığında, coğrafi bölgeler sıralamasında ilk üç sırayı deniz kıyısında ve Türkiye ortalamasının üstünde yer alan Marmara, Ege ve Akdeniz bölgeleri almaktadır. Diğer coğrafi bölgelerin gelişmişlik düzeyleri ise sırasıyla İç Anadolu, Karadeniz, Güney Doğu Anadolu ve Doğu Anadolu'dur (Albayrak ve ark. 2004). Triandis (1994) özellikle sanayileşmiş toplumlarda bağımsızlığın önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu açıdan bakıldığında, Marmara, Ege ve Akdeniz bölgelerindeki ergenlerin anneye ve babaya bağlanma düzeylerinin daha düşük olması o bölgelerin ekonomik olarak daha gelişmiş olması dolayısıyla bu koşullarda yaşayan gençlerin özerklik arayışları nedeniyle ebeveynlerine bağlanmaya attettikleri anlam farklı olabilir.

Cinsiyet değişkenine göre ise bulgular, anneye bağlanma boyutunda anlamlı bir farklılığın olduğunu gösterirken, babaya bağlanma boyutunda anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Anneye bağlanma açısından bakıldığında, kız öğrencilerin puan ortalamalarının, erkek öğrencilerin aldıkları puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Konuya ilişkin ilgili alan yazınına bakıldığında araştırmalar, kız ergenlerin babaya göre anneye daha fazla bağlanma gösterdiklerini (Kenny ve Donaldson 1991, İmtiaz ve Naqvi 2012) ve babaların bütün bağlanma işlevlerinde anneden veya en iyi arkadaştan daha az seçildiğini (Doyle ve ark. 2009) ortaya koymaktadır. Kızlar için anneye bağlanmanın niteliği diğer bağlanma ilişkilerinden daha güçlüdür (Song ve ark. 2009) ve anneler ergenlik ve genç yetişkinlik yılları boyunca babalardan, akranlardan ve romantik arkadaştan daha fazla güvenli üs olarak kullanılmaktadır (Fralely ve Davis 1997). Konuya ilişkin bir diğer çalışmada ise, anne ve babaya düşük bağlanmanın zorbalık ve mağdur olmayı yordadığını ve bu bağın kızlarda daha güçlü olduğu saptanmıştır (Nikiforou ve ark. 2013). Öğrenme bozuklukları ve/veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerle yapılan bir çalışmada da, anneye güvenli bağlanma ile zorbalığa maruz kalma arasında ilişki olduğu ve güvenli bağlanan ergenlerin zorbalığa maruz kalma olasının düştüğü belirlenmiştir (Brunstein Klomek ve ark. 2016). Anneye bağlanmada kız öğrencilerin düzeylerinin daha yüksek olması cinsiyet rolleri ve çocuk yetiştirme tarzlarıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, annelere bağlanma puanlarının babalardan daha yüksek olması annenin birinci bakım veren olması ve babalara göre çocuğun bakım süreci ile daha fazla ilgilenmesinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, anne ve babanın her ikisine de güvenli bağlanmanın ergenin ruh sağlığı üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Araştırmalar, ebeveyne bağlanmanın depresyonun seyri üzerindeki potansiyel etkilerini göstermektedir. Agerup ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, annelere daha az güvenli bağlanma ile depresif olma ilişkili bulunurken; her iki ebeveyne, daha az güvenli bağlanma ile iyi olma ve depresyonda kalma arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadırlar. Konuya ilişkin bir diğer çalışmada, spor etkinliklerine

katılmayan ergenlerin katılanlara göre ebeveyn bağlanma puanlarının daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Sukys ve ark. 2015).

Kağıtçıbaşı'nın çalışmaları dışında Türkiye'de bölgeler, yerleşim merkezleri, ailelerin alt-kültürleri ve çocuklara karşı tutumlarını içeren kapsamlı araştırmalara rastlanmadığından ötürü çalışmanın bulgularını alan yazınına dayalı bir şekilde tartışma olanağı yoktur. Bu nedenle, çalışmanın bulguları değerlendirilirken şu sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmanın veri toplama sürecinde sadece öz-bildirime dayalı ölçme araçlarının kullanılması önemli bir sınırlılıktır. Ayrıca, her ne kadar büyük bir örneklemele çalışılmışsa da örneklemin Türkiye'deki benzer yaşlardaki gençleri ne derece temsil ettiği konusu da titizlikle göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye'de bağlanma kuramı ile ilgili çalışmalarda son yıllarda oldukça zengin sayıda çalışmalar olmuştur. Ancak bu çalışmalarda, büyük ölçekte örneklemlerden çok uygun örnekleme yöntemiyle seçilmiş, neredeyse tamamen üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemlerle çalışılmıştır. Gelecek çalışmalar bağlanma kuramının yanı sıra temsil gücü yüksek örneklemlerle ve de kültürel öğeleri inceleyen değişkenleri de içeren araştırmalar olmalıdır.

Sonuç olarak geniş bir örnekleme grubundan elde edilen verilere dayanarak Türkiye'de ergenlerin anne ve babaya bağlanmalarında cinsiyet ve bölgesel farklar olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmanın sonraki çalışmalara ışık tutacağı ve özellikle ergenlere yönelik psikolojik danışma hizmetlerinin tasarlanmasında yararlı olacağı ümit edilmektedir.

Kaynaklar

- Agerup T, Lydersen S, Wallander J, Sund AM (2015) Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. *Child Psychiatry Hum Dev*, 46:632–642.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment: Psychological Study of The Strange Situation. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Albayrak AS, Kalaycı Ş, Karataş A (2004) Türkiye'de coğrafi bölgelere göre illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerinin temel bileşenler analiziyle incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9:101-130.
- Allen JP, Manning N (2007) From safety to affect regulation: Attachment from the vantage point of adolescence. *New Dir Child Adolesc Dev*, 117:23-29.
- Allen JP, McElhaney KB, Land, DJ, Kuperminc GP, Moore CW, O'Beirne-Kelly H et al. (2003) A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the motheradolescent relationship. *Child Dev*, 74:292–307.
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment style among young adults: a test of four- category model. *J Pers Soc Psychol*, 61(2):226- 244.
- Baumrind D (1966). Effects of authoritative parental control on child behaviors. *Child Dev*, 37, 887–907.
- Bendera PK, Sømhøvda M, Ponsb F, Reinholdt-Dunnea ML, Esbjørna BH (2015) The impact of attachment security and emotion dysregulation on anxiety in children and adolescents. *Emot Behav Diffic*, 20:189–204
- Bowlby J (1969) Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. New York, Basic Books.
- Bowlby J (1973) Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger: New York, Basic Books
- Bowlby J (1980) Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness, and Depression: New York, Basic Books.
- Bugental DB, Goodnow JJ (1998) Socialization processes. In *Handbook of Childpsychology: Vol. 3 Social, Emotional, and Personality Development*, 5th ed. (Eds W Damon, N Eisenberg):389–462. New York, Wiley.
- Brunstein Klomek A, Kopelman-Rubin D, Al-Yagon M, Berkowitz R, Apter A, Mikulincer M (2016) Victimization by bullying and attachment to parents and teachers among student who report learning disorders and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Learn Disabil Q*, 39:182-190.
- Deniz ME (2006) Ergenlerde bağlanma stilleri ile çocukluk istismarları ve suçluluk-utanç arasındaki ilişki. *Eurasian Journal of Educational Research*, 22:89-99.
- Dozier M, Kobak RR (1992) Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Child Dev*, 63:1473-1480.

- Doyle AD, Lawford H, Markiewicz D (2009) Attachment style with mother, father, best friend, and romantic partner during adolescence. *J Res Adolesc*, 19: 690–714.
- Fraley RC, Davis, KE (1997) Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Pers Relatsh*, 4:131–144.
- Furman W, Buhrmester D (1992) Age and sex differences in perception of networks of personal relationship. *Child Dev*, 63:103–115.
- Günaydın G, Selçuk E, Sümer N, Uysal A (2005) Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formunun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16):13-23.
- Hazan C, Shaver PR (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 52:511–524.
- Hazan C, Zeifman D (1994) Sex and the psychological tether. In *Attachment Processes in Adulthood* (Eds K. Bartholomew, D Perlman):151–178. London, England, Jessica Kingsley Publishers.
- İmtiaz S, Naqvi I (2012) Parental attachment and identity styles among adolescents: moderating role of gender. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 27:241-264.
- Kağıtçıbaşı Ç (2005) Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *J Cross Cult Psychol*, 36:403-422.
- Kağıtçıbaşı Ç (2010) Benlik, Aile ve İnsan Gelişimi, Kültürel Psikoloji. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları.
- Keklik İ (2011) Relationships of attachment styles and gender, personal meaning, depressiveness and trait-anxiety among college students. *Eğitim ve Bilim*, 36(159):84-95.
- Kenny ME, Donaldson GA (1991). Contributions of parental attachment and family structure to the social and psychological functioning of first-year college students. *J Couns Psychol*, 38:479-486.
- Kocayörük E (2010) A Turkish adaptation of the inventory of parent and peer attachment: the reliability and validity study. *Eurasian Journal of Educational Research*, 40:133-151.
- Kullik, A, Petermann F (2013). Attachment to parents and peers as a risk factor for adolescent depressive disorders: the mediating role of emotion regulation. *Child Psychiatry Hum Dev*, 44:537–548.
- Li JB, Delvecchio E, Miconi D, Salcuni S, Di Riso D (2014) Parental attachment among Chinese, Italian, and Costa Rican adolescents: a cross-cultural study. *Pers Individ Diff*, 71:118–123.
- Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D (2003) Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment related strategies. *Motiv Emot*, 27:77- 102.
- Morsünbül Ü (2009) Attachment and risk taking: are they interrelated? *International Journal of Human and Social Sciences*, 4:234–238.
- Morsünbül Ü, Çok F (2011) Bağlanma ve ilişkili değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:553–570.
- Nikerson A, Nagle R (2005) Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *J Early Adolesc*, 25:223–249.
- Nikiforou M, Georgiou SN, Stavrinides P (2013) Attachment to parents and peers as a parameter of bullying and victimization. *Journal of Criminology*, 2013:484871.
- Özdemir Y, Koruklu N (2013) İlk ergenlikte ana-babaya bağlanma, okula bağlanma ve yaşam doyumu. *İlköğretim Online*, 12:836-848.
- Raja SN, McGee R, Stanton WR (1992) Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *J Youth Adolesc*, 21:471–485.
- Reich WA, Siegel H (2002) Attachment, ego identity development and exploratory interest in university students. *Asian J Soc Psychol*, 5:125–134.
- Rice K (1990) Attachment in adolescence: a narrative and meta-analytic review. *J Youth Adolesc*, 19:511–538.
- Robertson J, Bowlby J (1952) Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier de la Centre Internationale de L'Enfance*, 2:134-142.
- Rosenstein DS, Horowitz HA (1996) Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol*, 64:244-253.
- Shaver P, Norman AJ (1995) Attachment theory and counseling psychology: a commentary. *J Couns Psychol*, 23:491-500.
- Shaver PR, Schahner DA, Mikulincer M (2005) Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes and depression. *Pers Soc Psychol Bull*, 31:343-359.
- Song H, Thompson RA, Ferrer E (2009) Attachment and self-evaluation in Chinese adolescents: age and gender differences. *J Adolesc*, 32:1267–1286.
- Steinberg S (2007) Ergenlik (Çev. Figen Çok), Ankara, İmge Kitabevi.
- Sukys S, Lisinskiene A, Tilindiene I (2015) Adolescents' participation in sport activities and attachment to parents and peers. *Soc Behav Pers*, 43:1507–1518.
- Sümer N (2006) Ergenlikte ebeveyn tutum ve davranışlarının bağlanma kaygısındaki rolü. H. Ü. 11. Ergen Günleri Konuşma Metni.

- Sümer N, Güngör D (1999) Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. Türk Psikoloji Dergisi, 14:35-58.
- Triandis HC (1994) Culture and Social Behavior. New York, McGraw- Hill.

Türkan Doğan, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Yazışma Adresi/Correspondence: Türkan Doğan, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı, Ankara, Turkey. E-mail: trkndgn@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.capps.org/archives/vol8/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 17 Mart/March 17, 2016 - **Kabul Tarihi/Accepted** 24 Nisan/April 24, 2016

2016 Danışmanlara Teşekkür

2016 Thanks to the Reviewers

Son bir yıl sürecinde dergiye gönderilen makaleleri titiz bir şekilde inceleyip dergimize destek olan aşağıdaki değerli danışmanlarımıza teşekkürlerimizi iletiyoruz.

We gratefully acknowledge the valuable support of the following reviewers who have reviewed papers for the journal during the past 12 months.

Ali Evren Tufan
Alime Selçuk Tosun
Alper Evrensel
Aslıhan Okan
Aysel Esen Çoban
Banu Tortamış Özkaya
Behire Kuyumcu
Beyhan Bağ
Burcu Özbaran
Cem Soylu
Cengiz Akalan
Derya Hasta
Esra Yancar Demir
Esra Yazıcı
Evrım Aktepe
Evrım Göde Öğüten
Eylem Gökçe Türk
Fastma Öz
Figen İnci
Gonca Karataş Karakuş
Gökben Hızlı Sayar
Gülçin Karadeniz
Hüseyin Güleç
Işıl Gögçeğiz Gül
Işın Baral Kulaksızoğlu
İlhan Yalçın
Mehmet Kandemir
Müge Çelik Öricü
Neslihan Güney Karaman
Nilgün Öngider Gregory
Okan Çalyurt
Orkide Bakalım

Oya Mortan Sevi
Ömer Böke
Ömer Şenormancı
Özge Metin
Sedat Batmaz
Serap Tekinsav Sütcü
Serkan Akten
Seval Erden
Sevginar Vatan
Sevim Buzlu
Şenol Turan
Taha Karaman
Ümit Morsünbül
Ümit Morsünbül
Veli Duyan
Yalçın Kanbay

2016 Yazar Dizini

2016 Author Index

A

Akıncı, Erhan, 178
Aksoy, Ayşe Belgin, 244
Aktu, Yahya, 162
Alpaydın, Nurcihan, 94
Atak, Hasan, 204, 290

B

Bademli, Kerime, 266
Başoğul, Ceyda, 156
Büyükpapaşçı, Hanife, 204

C

Camkurt, Mehmet Akif, 1
Coşkun, Salih, 1

Ç

Çimen, Meliha, 94
Çok, Figen, 204, 290
Çokamay, Gökçe, 204, 321
Çöpöğlü, Ümit Sertan, 42

D

Demirkol, Mehmet Emin, 85, 309
Doğan, Türkan, 406
Dönmez, Ali, 367

E

Erdoğan Yıldırım, Zeynep, s108
Erol, Büşra Tarçacı, 94
Eryılmaz, Gül, 19
Eskiyurt, Reyhan, 228

F

Fıstıkcı, Nurhan, 157, 229
Foto-Özdemir, Dilşat, 166

G

- Gençer, Arzu Akar, 244
Göcek Yorulmaz, Ezgi, s144
Gökdağ, Ceren, s23
Göğceğiz Gül, Işıl, 19
Görgü, Nimet Serap, s129
Gülüm, İ. Volkan, 337
Güneş, Serkan, 1
Güngörmüş, Zeynep, 380

H

- Hiçdurmaz, Duygu, 145

İ

- İnfal, Selma, 52
İzci, Filiz, 64

K

- Kaçar Başaran, Servet, s79
Kahraman, Melis Sedef, 321
Karabekiroğlu, Aytül, 133
Karamustafaloğlu, K. Oğuz, 19
Kandeger, Ali, 114
Karakuş, Gonca, 309
Keskin, Neclai 255
Kıyloğlu, Levent, 369
Kocamanoğlu, Birsen, 133
Kokaçaya, Mehmet Hanifi, 42

L

- Lök, Neslihan, 156, 266, 354
Lök, Sefa, 354

M

- Mortan Sevi, Oya, 94
Müjdeci, Mahmut, 102

N

- Namlı, Zeynep, 309

O

- Oğuz, Gülay, 145
Olgun Kaval, Nesibe, s3
Orhan, Fatma Özlem, 178

Ö

Öncel, Selma, 156
Öngider-Gregory, Nilgün, 275
Özçetin, Yeter Sinem Üzar, 133
Özdemir, Osman, 303, 394
Özdemir, Pınar Güzel, 394
Özkan, Birgül, 228

S

Sapmaz Yurtsever, Seda, s39
Say, Gökçe Nur, 102
Sayın, Ayça Asena, 114
Selçuk Tosun, Alime, 32
Selvi, Yavuz, 114
Seviğ, Emine Ümit, 380
Sungur, Mehmet Zihni, 133
Sütçü, Serap Tekinsav, s1, s3, s23, s39, s61, s79, s95, s108, s129, s144
Syed, Moin, 290

Ş

Şahpolat, Musa, 42

T

Tamam, Lut, 85, 255, 309
Taş, Filiz, 380
Taş, Nilay, 76
Tatlı, Cemre Erten, 204
Tokgünaydın, Seda, s95
Tonga, Zahide, 290

U

Ulusoy, Menekşe Nazlı, 52
Uslu, Esra, 52

V

Vatan, Sevginar, 190

Y

Yalçın, Melikenaz, s61
Yancar Demir, Esra, 76
Yücel, Nermin, 1

Z

Zincir, Handan, 32

2016 Konu Dizini

2016 Subject Index

A

- Aile içi şiddet, 156, 321
 Güvenlik planı, 321
Aleksitimi, 64
Alzheimer hastalığı, 266
 Müzik terapi, 266
Anestezi, 76
Aşırı uykululuk, 114

B

- Bağlanma, 406
Beliren yetişkinlik, 204
Belirsizliğe tahammülsüzlük, 290
Bipolar bozukluk, 85
 Cinsel işlev bozukluğu, 309
 Tedaviye uyum, 85, 157
 Uyku, 255
Bilişsel davranışçı terapi, 94, 133, 190, s3, s23, s39, s61, s79, s95, s108, s129,
 Duygu odaklı, 190
Boşanma, 275

C

- Cinsellik, 52, 309, 367
Cinsel işlev bozukluğu, 52, 309

Ç

- Çocuk istismarı, 166
Çocukluk travması, 157

D

- Depresyon, s23, 85
 Tedaviye uyum, 85
Demans, 266
Diabetes mellitus, 32

E

Elektrokonvulzif terapi, 76

Anestezi, 76

Epilepsi, 64

Ergen, 406

Etik, 303

Evlilik, 275

F

Farkındalık, 68, 337

Farkındalık temelli terapi, 68, 337

Fiziksel aktivite, 354

G

Gelişimsel kuramlar, 162, 204

Levinson kuramı, 162

Grup terapisi, s3, s23, s39, s61, s79, s95, s108, s129

H

HIV/AİDS, 367

İ

İlaç direnci, 19

K

Kendini sabote etme, 145

M

Madde kullanım bozuklukları, s108

Melatonin, 178

Mikro RNA, 1

Mizaç ve karakter, 64

Modafinil, 42

Motivasyonel görüşme, 32, 94, 380

Müzik terapi, 266

N

Narkolepsi, 114

Nörobiyoloji, 1

O

Obsesif kompulsif bozukluk, s39

Obezite, 133

Oksitosin, 102

Otizm, 102

Oyun terapisi, 244

Ö

Öfke, s129

P

P-glikoprotein, 19
Panik bozukluk, s79
PLISSIT modeli, 52
Psikoeğitim, 228
Psikolojik uyum, 275
Psikostimulanlar, 42
Psikososyal destek, 156
Post travmatik stres bozukluğu, s95

R

Rokuronyum-Sugammadeks, 76

S

Sigara bağımlılığı, 380
Sirkadiyen ritim bozuklukları, 114, 178
Sosyal anksiyete bozukluğu, s3, s61
Sosyal davranış, 102,

Ş

Şizofreni, 85, 102, 228, 394
 Glutamat sistemi, 394
 Oksitosin, 102
 Telepsikiyatri, 228

T

Tamamlanma ihtiyacı, 290
Tedaviye uyum, 85
Tedaviye direnç, 94
Telepsikiyatri, 228
Transteoretik model, 32, 380

U

Uyaran kontrolü, 133
Uyku bozuklukları, 178, 255

Y

Yetişkinliğe geçiş, 204