



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

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
YETİŞKİN BİREYLERDE ANNE-BABA TUTUM FARKLILIKLARININ
İNCELENMESİ, TANI ALMAMIŞ BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

İREM SİVASLIOĞLU

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Oğuz TAN**

İstanbul - 2018

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

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
YETİŞKİN BİREYLERDE ANNE-BABA TUTUM FARKLILIKLARININ
İNCELENMESİ, TANI ALMAMIŞ BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**İREM SİVASLIOĞLU
154102076**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Oğuz TAN**

İstanbul - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102076
Öğrenci Adı Soyadı	: İrem SİVASLIOĞLU
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN
Tezin Başlığı	: Karşılaştırılması Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk Tanısı Almış Yetişkin Bireylerde Anne-Baba Tutum Farklılıklarının İncelenmesi, Tanı Almamış Bireylerle

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.06.2018	Saati	: 10:30
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Emre TOLUN ARICI	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /207

15.08.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan
(İrem Sivashoğlu)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14 Ağustos 2017 tarihinde, 08 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu **“Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk Tanısı Almış Yetişkin Bireylerde Anne-Baba Tutum Farklılıklarının İncelenmesi, Tanı Almamış Bireylerle Karşılaştırılması”** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı



Sayı :-307.99/ 206
Konu :Araştırma İzni Hk.

07/07/2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

"Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk tanısı almış yetişkin bireylerde anne baba tutum farklılıklarının incelenmesi, tanı almamış bireylere karşılaştırılması" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.
Gereğini bilgilerinize Arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ

Mesul Müdür

ÖZEL NPİSTANBUL
BEYİN HASTANESİ
Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Dip. Tes. No:46549
Başhekim & Dahiliye Uzmanı



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk Tanısı Almış Yetişkin Bireylerde Anne-Baba Tutum Farklılıklarının İncelenmesi, Tanı Almamış Bireylerle Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

21 / 06 / 2018

Ad, SOYAD

İrem SİVASLIOĞLU

İmza



**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
YETİŞKİN BİREYLERDE ANNE-BABA TUTUM FARKLILIKLARININ
İNCELENMESİ, TANI ALMAMIŞ BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZET

Bu çalışmada anne baba tutumları; obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış, panik bozukluğu tanısı almış ve hiç psikiyatrik bozukluk tanısı almamış kişiler arasında incelenmiştir. Araştırma, obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış 30 (15 kadın, 15 erkek), panik bozukluğu tanısı almış 30 (16 kadın, 14 erkek), hiçbir psikiyatrik tanı almamış 40 (22 kadın, 18 erkek) olmak üzere toplamda 100 yetişkin katılımcıdan oluşan bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara “Kişisel Bilgi Formu” ve “Anne-Baba Tutum Ölçeği” verilmiştir.

Araştırma sonucunda, obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alanlar ile panik bozukluğu tanısı alan bireylerin demokratik anne baba tutumu puanlarının birbirlerine yakın olduğu ve tanı almayanların puanının ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Demokratik anne-baba tutumu açısından; obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan yetişkinlerde cinsiyet, yaş, kardeş sayısı ve kardeş sırası değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Otoriter anne baba tutumu açısından; obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alanlarda yaş ve kardeş sayısı değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Koruyucu/istekçi anne-baba tutumu ise; panik bozukluğu tanısı almış bireylerde yalnızca eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Literatürde çoğunlukla her üç grup için de otoriter ve koruyucu anne-baba tutumundan bahsedilmektedir. Farklı olarak bu çalışmada ise, yalnızca demokratik anne-baba tutumunda istatistiksel olarak bir farklılık söz konusudur. Bu anlamda literatüre farklı bir bakış açısı kazandırmıştır. Onun dışında; cinsiyet, yaş, kardeş sayısı ve kardeş sırası değişkenlerinin etkili olabildiği görülmüştür. Bu da demografik değişkenlerin daha fazla incelenmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Anne-Baba Tutumu

(SİVASLIOĞLU, İrem, Master's Degree, Istanbul, 2018)

**THE ANALYSIS OF PARENTAL ATTITUDE DIFFERENCES IN ADULTS WHO
ARE DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND
PANIC DISORDER, COMPARED TO INDIVIDUALS WITHOUT DIAGNOSIS**

SUMMARY

In this study; parental attitudes were investigated among people who are diagnosed with obsessive-compulsive disorder, who have panic disorder and without any psychiatric disorder. The study consisted of 30 people who were diagnosed with obsessive-compulsive disorder (15 female, 15 male), 30 people who were diagnosed with panic disorder (16 female, 14 male) and 40 individuals without psychiatric diagnosis (22 female, 18 male); with a sample group of 100 adult participants was conducted in total. “Sociodemographic Data Form” and “Parental Attitude Scale” were given to participants.

According to the research, it was observed that democratic parental attitude scores of the individuals who were diagnosed with obsessive-compulsive disorder and people who had panic disorder were close to each other, and the score of the individuals without diagnosis was higher. In terms of democratic parental attitude; there was a significant difference in the variables of gender, age, sibling number and sibling order for adults with obsessive-compulsive disorder. In terms of authoritarian parental attitude; there was a significant difference in the variables of age and sibling number for adults with obsessive-compulsive disorder. In terms of protective/willing parental attitude; individuals who had panic disorder showed a significant difference only for the variable of educational status.

In the literature mostly, authoritarian and protective parental attitudes are mentioned for all three groups. Differently in this study, there is a statistical difference only for democratic attitude. In this sense, this study contributes different perspective to the literature. Besides, it is observed that gender, age, sibling number and sibling order

variables could be effective. Therefore, it is suggested that demographic variables should be examined further.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, Parental Attitude

İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI	i
ETİK KURUL RAPORU	ii
HASTANE ARAŞTIRMA İZNİ	iii
BİLİMSEL ETİK SAYFASI	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii

BİRİNCİ BÖLÜM	1
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1

İKİNCİ BÖLÜM	3
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Tanısal Özellikler	4
2.1.2.1. Klinik Bulgular Neticesinde Belirlenmiş Başlıca Obsesyon ve Kompulsiyon Çeşitleri	4
2.1.3. DSM-V Tanı Ölçütleri	5
2.1.4. Epidemiyoloji	8
2.1.4.1. Prevelans	8
2.1.4.2. Başlangıç yaşı, Kadın ve Erkeklerde Görülme Farklılıkları, Başka Değişkenlerdeki Farklılıklar	9
2.1.5. Etiyolojik Açıklamalar	10
2.1.6. Tedavi Yöntemleri	12
2.2. PANİK BOZUKLUK (PB)	13

2.2.1. Tarihçe	13
2.2.2. Tanısal Özellikler	14
2.2.3. DSM-V Tanı Ölçütleri	16
2.2.4. Epidemiyoloji	19
2.2.4.1. Prevelans	19
2.2.4.2. Başlangıç yaşı, Kadın ve Erkeklerde Görülme Farklılıkları, Başka Değişkenlerdeki Farklılıklar	20
2.2.5. Etiyolojik Açıklamalar	21
2.2.6. Tedavi Yöntemleri	23
2.3. ANNE-BABA TUTUMU	24
2.3.1. Anne-Baba Tutumlarının Ruh Sağlığı Açısından Önemi	25
2.3.2. Başlıca Anne-Baba Tutum Çeşitleri	26
2.3.2.1. Demokratik Anne-Baba Tutumu	27
2.3.2.2. Baskıcı/Aşırı Otoriter Anne-Baba Tutumu	27
2.3.2.3. Koruyucu/İstekçi Anne-Baba Tutumu	28
2.3.2.4. Tutarsız (Dengesiz/Kararsız) Anne-Baba Tutumu	28
2.3.2.5. İlgisiz/İzin Verici (İhmalkar/Kayıtsız) Anne-Baba Tutumu	28
2.3.2.6. Aşırı Hoşgörülü/İzin Verici (Müsamahakar) Anne-Baba Tutumu	29
2.3.3. Anne-Baba Tutumlarını Etkileyen Faktörler	29
2.3.4. Anne-Baba Tutumları ile İlgili Araştırmalar	32
2.3.5. OKB, PB ve Anne-Baba Tutumları ile İlgili Araştırmalar	33
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	38
3. YÖNTEM	38
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	38
3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ	38
3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	38
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	38
3.5. UYGULAMA (İŞLEM)	40

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	40
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	40
3.6.2. Anne-Baba Tutum Ölçeği	41
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	42
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	44
4. BULGULAR VE YORUM	44
BEŞİNCİ BÖLÜM	59
5. SONUÇ VE TARTIŞMA	59
5.1. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER	63
KAYNAKÇA	66
EKLER	79
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)	79
EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	82
EK 3: ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ)	85
EK 4: ÖZGEÇMİŞ	89

KISALTMALAR

OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PB	: Panik Bozukluk
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ABTÖ	: Anne-Baba Tutum Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Programı)

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Anne-Baba Tutumlarının Normal Dağılımı için Basıklık ve Çarpıklık Değerleri	42
Tablo 2: Örneklemi Oluşturan Bireylerin Tanı Dağılımı	44
Tablo 3: Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı	44
Tablo 4: Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı	45
Tablo 5: Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı	45
Tablo 6: Bireylerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	45
Tablo 7: Bireylerin Anne Babalarının Hayatta Olup Olmama Değişkenine Göre Dağılımı	46
Tablo 8: Bireylerin Anne Babalarının Birlikte Olup Olmama Değişkenine Göre Dağılımı	46
Tablo 9: Bireylerin Annelerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	47
Tablo 10: Bireylerin Babalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	47
Tablo 11: Bireylerin Kardeş Sayısı Değişkenine Göre Dağılımı	48
Tablo 12: Bireylerin Kardeş Sırası Değişkenine Göre Dağılımı	48
Tablo 13: Bireylerin Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı	49
Tablo 14: Bireylerin Psikiyatrik İlaç Kullanma ve Psikiyatrik Tanı Alma Durumları .	49
Tablo 15: OKB Tanısı Alan, Panik Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Bireylerin Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması	50
Tablo 16: Tanı Ayrımında Demografik Özelliklerin Demokratik Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması	51
Tablo 17: Tanı Ayrımında Demografik Özelliklerin Otoriter Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması	54
Tablo 18: Tanı Ayrımında Demografik Özelliklerin Koruyucu/İstekçi Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması	56

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ VE AMAÇ

DSM-V (Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı) (2014) ile “Takıntı-Zorlantı Bozukluğu” olarak da isimlendirilmiş olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), günümüzde oldukça yaygın ve en sık rastlanan ruhsal bozukluklardandır (Tan, 2016). OKB, bir durumu kişinin tehditkâr olarak görmesi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ve gelişen düşünce; yani obsesyonlar ile bu durumdan kaçmak ya da durumun verdiği sıkıntıyı azaltmak ve/veya bir süreliğine sona erdirmek için yapılan davranışlar; yani kompulsiyonlardan meydana gelir (Kennerley, 2017).

Çoğu psikolojik sıkıntı gibi çocukluk çağında baş gösterdiği de gözlemlense de, OKB için belirlenmiş genel başlangıç yaşı 18 yaş ve üzeridir (Kılıç, 2015; Purdon & Clark, 2016; Şen, 2016; Tan, 2016; Can, 2017). Obsesif-kompulsif bozukluk, etiyolojisi net olarak bilinmeyen bir bozukluktur ve doğasını araştırmaya çalışmak da oldukça zorlu bir girişimdir (Veale & Willson, 2017).

Panik bozukluk, tekrarlayan ve beklenmedik bir şekilde gelen panik ataklar şeklinde açıklanabilir (Butcher, Mineka & Hooley, 2013). Bu ataklar fiziksel (terleme, bunaltı ya da çarpıntı gibi), bilişsel (derealizasyon ve ölüm korkusu gibi) (Butcher et al., 2013; Öngider & Kavak, 2014) ve duygusal (evham, korku vs.) (Kennerley, 2017) içerikler barındırabilir.

Başlangıç yaşı çoğunlukla erken erişkinlik dönemidir. Etiyolojisi oldukça karmaşık bir bozukluktur. Bu bakımdan panik bozukluğun ortaya çıkması, gelişmesi ve sürmesine neden olan faktörler hakkında ancak tartışılabilir, net ve tek bir nedenden bahsedilemez (Köroğlu, 2017).

1970’lerden beri çevrenin, kişilerin duygudurumunu etkilediği bildirilir (Kennerley, 2017). Kişilerin biyolojik, psikolojik, sosyal, zihinsel ve duygusal gelişimleri ise ilk olarak ailede şekillenir (Aktaş, 2011). Bir kişinin yaşamı boyunca etkili olan kişiler anne ve babalardır (Yavuzer, 2010). Anne-baba tutumu, ebeveynlerin çocukları ile olan iletişim şekilleri ve içlerinde bulundukları ortamda çocuklarına karşı yönelttikleri davranışlarıdır (Darling & Steinberg, 1993). Sağlıklı bir psikoloji ve ruhsal

yapı için anne-babalarla olan ilişkiler, özellikle geçmişe dair geliştirilmiş olan tutumlar çok önemlidir (Oğuz, 2016).

Obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu günümüzde oldukça yaygın görülen ve etiyolojisi tartışmalı olan ruhsal rahatsızlıklardandır. Diğer psikiyatrik bozukluklar gibi obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluk da etiyolojik olarak multifaktöriyeldir. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkması ve/veya gelişiminde aile faktörü yadsınamaz bir gerçektir (Hanımoğlu, 2010). Bundan dolayıdır ki; geçmişte ve günümüzde ruhsal bozukluklar ile alakalı pek çok araştırma, aile yapısının farklı dinamikleri ile birlikte araştırılmaktadır. Bu çalışmada da anne-baba tutumları üzerinden bir araştırma yürütülmüştür.

Bu çalışmanın amacı; literatür bilgileri doğrultusunda obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve anne-baba tutumları hakkında literatür kaynakları sayesinde genel bilgilere ulaşmak ve uygulanan çalışma neticesinde anne-baba tutumlarının tanı almamış yetişkin bireyler, OKB tanısı almış erişkin bireyler ve panik bozukluk tanısı almış yetişkinlerde anlamlı bir farklılık ya da benzerlik gösterip göstermediği; eğer bir farklılık varsa aralarındaki bu olası ilişkinin irdelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca her üç grubun birbiriyle sosyodemografik özelliklere göre de karşılaştırılması amaçlanır. Bu şekilde literatüre ve ileride yapılacak olan bilimsel çalışmalara katkı sağlanılmak istenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

Obsesif-kompulsif bozukluk, fazlasıyla anksiyete ve şüpheyne neden olan kişinin istenmedik bir şekilde aklına gelen düşünceler (obsesyonlar) ile bu anksiyete ve şüpheyi azaltmak için kişinin yaptığı tekrarlayıcı zihinsel ya da fiziksel davranışlardır (kompulsiyonlar). Kompulsiyonlar kısa bir süre için anksiyeteyi azaltır; ancak bir süre sonra yine stres geri döner. Bu da kompulsiyonu bir kısır döngü halinde kişinin yeniden ve yeniden yapmasına neden olur. (William, Slimowicz, Tellawi & Wetterneck, 2014).

2.1.1. Tarihçe

OKB tanımlanmış olan en eski hastalıklardandır (Kurt, 2013). Aslında 15. yy.'dan itibaren obsesyon ve kompulsiyonu olan hastaların varlığı bilinmektedir (Şen, 2016). Ancak klinik olarak OKB'nin tanımlanmaları 19. yy. sıralarında baş göstermeye başlamıştır (Gölcük, 2016).

Obsesyon ve kompulsiyonlar için tarihte ilk olarak 19. yy.'da 1838'de Esquirel, "melankolinin bir belirtisi" şeklinde tanımlanmada bulunmuştur. 1860'da Morel, "obsesyon" tanımını kullanan ilk kişi olmuştur (Kılıç, 2015). Günümüzdeki netliğine benzer olarak ise 1875'te Legrand du Seulle tarafından OKB, "iç görüsel delilik" olarak tanımlandırılmıştır (Işık ve Şener, 2007; Öznur ve Erdem, 2015).

20. yy.'da (1903 yılında) Pierre Janet; obsesyonları "mental tic", hastalığı ise "psikasteni" olarak açıklamıştır (Gölcük, 2016). Psikasteni tam anlamıyla OKB'yi yansıtmasa da bir nevî fobi ve OKB'yi içeren daha geniş kapsamlı bir kavram olduğu söylenebilir (Şen, 2016).

OKB ancak 1980 yılından sonra, DSM'de kendine bir yer bulmuş ve sınıflandırılmaların arasına girmiştir (Gölcük, 2016).

2.1.2. Tanısal Özellikler

Obsesyon; Latince’de “obsidore” sözcüğünden gelir (Karaçetin, 2010). Bazı kaynaklarda ise “obsideratum ve/veya obsidere” sözcüklerinden geldiği belirtilmiştir (Şen, 2016). Obsidore, kuşatma anlamındadır (Karaçetin, 2010). Saplantı olarak da adlandırılan (Tan, 2016; Can, 2017) takıntılar yani obsesyonlar; kişilerin karşı koyamadığı düşünceler (Köroğlu, 2015), zihinsel görüntüler (Can, 2017) ve aniden gelen şiddetli bir arzu olarak da bilinen dürtülerdir (Purdon & Clark, 2016). Zorlantı olarak Türkçeleştirilen (Tan, 2016) kompulsiyonlar ise, takıntıların meydana getirdiği anksiyeteyi azaltmak yahut geçici olarak ortadan kaldırmak için kişilerin yaptığı düşünsel eylemler ve/veya davranışlardır (Köroğlu, 2015). Bu eylemler kişiler tarafından tekrarlayıcı bir şekilde gerçekleştirilirler (Tan, 2016).

Tıp literatüründe obsesif-kompulsif bozukluk olarak geçen, aynı zamanda takıntı zorlantı bozukluğu olarak da bilinen bu rahatsızlık bilişsel, davranışsal ve duygusal yapılara sahiptir (akt. Çelikel, Bingöl, Yıldırım, Tel & Erkorkmaz, 2009). Kişilerin işlevselliklerini ve sosyal ilişkileri oldukça etkileyen bir hastalıktır. Bu takıntılar ve zorlantılar kişilerin günlük hayatta fazlasıyla zaman harcamasına neden olurlar (Köroğlu, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), OKB’nin kişilere gelir kaybı yaşatan ve yaşam kalitesini düşüren ilk 10 hastalıktan biri olduğunu belirtmiştir (akt. Veale & Willson, 2017).

2.1.2.1. Klinik Bulgular Neticesinde Belirlenmiş Başlıca Obsesyon ve Kompulsiyon Çeşitleri

OKB’de başlıca takıntılar; kirlenme, bedensel, biriktirme (Köroğlu, 2015), düzen/simetri ve kesinlik ihtiyacı ile birlikte olan obsesyonlar, somatik obsesyonlar şeklinde sayılabilir (Gölcük, 2016). Kendine ya da başkasına zarar verme korkusu ve şüphe de en sık rastlanan obsesif düşüncelerdendir (Butcher et. al, 2013). Bunlar dışında metafiziksel takıntılar (derealizasyon ve depersonalizasyon şeklinde gelişen düşünsel sorgulama), sayma, tekrarlama, hastalık, majik yani büyüsel takıntılar da mevcuttur (Tan, 2016). Ve ayrıca yasaklanmış ya da tabu düşünceler olarak da geçen agresyon (saldırganlık), dinsel (dîni) ve ilişkili takıntılar da vardır (Gomes, 2016). Başlıca

zorlantılar ise; yıkama, temizlenme, sayma, düzenleme, dokunma, biriktirme, saklama ve denetleme olarak sayılabilir (Köroğlu, 2015).

Eski bir araştırmada obsesyonların sıklığına göre çeşitleri şu şekilde sıralanmıştır: %63 oranla temizleme ve yıkama, %60 oranla dînî ve bulaşma obsesyonları, %49 ile somatik obsesyonlar, %58 oranla ise kontrol etme obsesyonları (Okasha et al., 1994).

Veale ve Willson (2017); “Obsesif-Kompulsif Bozukluk” isimli kitaplarında Amerika’daki OKB ile ilgili yapılmış en geniş çaplı araştırmalarının birinden aldıkları verileri derlemişlerdir. Bu araştırmaya göre Veale ve Willson da OKB tanısı almış bireylerde en yaygın obsesyon, kompulsiyonları ve bunların yaygınlık oranlarını listelemişlerdir. Buna göre %38 ile en yaygın takıntı pislik, virüs, dışkı yahut yapışkan bir maddenin bulaşma korkusu; %24 şüphe ile ilgili obsesyonlar; %10 düzen, simetri saplantıları; %7 bedensel takıntılar, %6 dinsel, ..., %5 biriktirme, %4 saldırganlık ve son olarak %1 ile istenmeyen düşünceler ya da müziktir. Yine aynı araştırmaya bağlı olarak oluşturulan kompulsiyon listesi ise şu şekildedir: %29 kontrol etme (kapı vs.), %11 tekrarlanan davranışlar, %6 düzen ve sıralama, %3.5 biriktirme ve %2 sayma.

Bazı insanlarda tek bir obsesyon ve/veya kompulsiyon var olurken, bazı insanlarda birden çok takıntı ve/veya zorlantı olabilir. Foa ve Kozak (1995) bu konuda, OKB’si olan kişilerin %90’ının, yaklaşık üçte ikisinin birden çok obsesyon ve kompulsiyonu olduğunu bildirmiştir. Bu obsesyon ve kompulsiyonlar hayat boyu sabit kalmayabilir, bazı kimselerde değişim de gösterebilir (Köroğlu, 2015; Şen, 2016).

2.1.3. DSM-V Tanı Ölçütleri

DSM’lerde obsesif-kompulsif bozukluk farklı şekillerde adlandırılmış ve hatta grup değişikliği yaşamıştır. DSM-III ve DSM-III-R’de “obsesif-kompulsif nevroz” olarak adlandırılan OKB, DSM-IV ve DSM IV- TR’de “obsesif-kompulsif bozukluk” olarak isimlendirilmiştir. Aynı zamanda anksiyete bozuklukları içerisinde yer almıştır (Canca, 2009).

DSM-V’te “takıntı-zorlantı bozukluğu” olarak Türkçeleştirildiyse de hala yaygın olarak obsesif-kompulsif bozukluk olarak kullanılmaktadır. Bunun dışında anksiyete bozuklukları grubundan çıkıp vücut dismorfik bozukluk (beden algısı bozukluğu),

trikotillomani ve deri yolma bozukluğu gibi hastalıklarla birlikte “takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar” adı altında yer almaktadır.

DSM-V (Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı) (2014)’e göre Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) tanı ölçütleri şu şekildedir:

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırma ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntılardan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

NOT: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişki ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışların kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da gerçek olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (Çev. Köroğlu, 2014).

2.1.4. Epidemiyoloji

2.1.4.1. Prevelans

Obsesyonlar ve/veya kompulsyonlar toplumda çoğu kişide farklı oranlarda varlık gösterebilir (Köroğlu, 2015). Hatta bu oranın %90 dahi olduğunu bildirilir (Gölcük, 2016). Çoğu insan bu obsesyon yahut kompulsyonları bir ritüel olarak yapar (Butcher et. al, 2013). Ancak kişilerin işlevselliklerini ciddi şekilde bozmadığı sürece bu durumlar hastalık olarak değerlendirilmez (Köroğlu, 2015).

Obsesif-kompulsif bozukluk her 40 kişiden birinde meydana gelen, en sık görülen ruhsal bozukluklarda dördüncü sırada olan bir rahatsızlıktır. İlk üçü depresyon, alkol/maddeyle ilgili bozukluklar ve sosyal fobidir (Veale & Willson, 2005). Tan (2016) bu üç ruhsal bozukluğu; her 4 kişiden birinde görülmek üzere var olan fobiler, hayatının en az bir döneminde görmek üzere Avrupa ve ABD’de yine yaklaşık olarak her 4 kişiden birinde görülen alkol/madde bağımlılığı ve dünya üzerinde her 6 kişide birinde görülen depresyon olarak sıralamıştır.

1980 yıllarında prevelansın %0.05 olduğu bildirilmiştir (Gölcük, 2016). Yaygınlık oranlarını yaklaşık olarak belirlemek için araştırmacılar farklı farklı çalışmalar yapmış, dolayısı ile de farklı sonuçlara ulaşmışlardır. Robins, Helzer, Weissman ve diğerleri (1984)’ne göre OKB’nin hayat boyu görülme sıklığı %1.9-3.3 şeklinde bulunmuştur. Karno, Golding, Sorenson & Burnham (1988), OKB’nin toplumun %2-3’ünü etkileyen ruhsal bir bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Türkiye içinde Eğrilmez ve diğerleri (1997)’nin yapmış olduğu bir araştırma sonrası sıklık %2.63 olarak saptanmıştır.

Daha yakın zaman çalışmalarına bakıldığında, bazı çalışmalarda yine geçmişe benzer oranla yaşam boyu görülme sıklığı %2.3 olarak bildirilmiştir. Oranın %3’lere çıktığı araştırmaların da mevcudiyetinden bahsedilmiştir (akt. Butcher et. al, 2013). Köroğlu (2015), OKB’nin bir kişide varlık gösterebilme ihtimali için %2.5 demiştir. Görülme sıklığı tam bilinmemekle birlikte toplumun en az %1’i OKB dolayısıyla zorluk çekmektedir (Veale & Willson, 2017). Veale ve Willson gibi, Purdon ve Clark (2016) da %1-2 oranında toplum içinde OKB’nin görüldüğünü bildirmişlerdir. Can (2017)’ye göre OKB’nin görülme sıklığı %1 ile %3 civarlarındadır.

Genel olarak karşılaştırılacak olunursa, 1970'lere kadar yazılmış olan kitaplarda OKB'nin 10.000 kişinin yalnızca 5'inde rastlandığı düşünülmüştür (Tan, 2016). Günümüzde ise yaklaşık oran, 10.000 kişinin 250-300'ü şeklindedir. Bu denli farklılıkta hastalığın gizlenmesi, tedavi görülmemesi gibi faktörler oldukça etkilidir. Amerika'da yaklaşık 7 milyon insan OKB tanısı almıştır. Ülkemizde ise yaklaşık olarak 1.5-2 milyon insanın OKB'si olduğu söylenebilir (Tan, 2016). Türkiye'de OKB'nin 1 yıllık prevalansı %0.5-5.6, hayat boyu yaygınlık oranı ise %2.5-6.2 olarak belirtilmiştir (Doğan, Gülmez, Ketenoğlu ve diğerleri, 1995; Çilli, Tellioğlu, Aşkın ve diğerleri, 2004). Aslında OKB toplumda astım ve diyabetin görülme sıklığı kadar yaygın olarak görülür (Bayar ve Yavuz, 2008; Öznur ve Erdem, 2015). Tüm bu oranlara bağlı olarak, bu makalenin çalışmasının uygulandığı İstanbul'da 250-300.000 kadar insanın obsesif-kompulsif bozukluğa sahip olduğu varsayılabilir (Tan, 2016).

2.1.4.2. Başlangıç yaşı, Kadın ve Erkeklerde Görülme Farklılıkları, Başka Değişkenlerdeki Farklılıklar

Farklı araştırmacılar tarafından belirlenen OKB'nin başlangıç yaş aralıkları şu şekildedir: kişilerin %65'inde 25 yaşından önce, %15'inde ise 35 yaşından sonra ortaya çıktığı görülmüştür (Köroğlu, 2015). Başlangıç yaşı: 19-20'dir (Kılıç, 2015; Şen, 2016); başlangıç yaşı 18-24'tür (Purdon & Clark, 2016). Yine farklı araştırmalarda başlangıç yaşı 20'li yaşların başlangıcı, çoğunlukla 22-36 (Tan, 2016) ve 21.9-35.5 yaşları arasında olduğu bildirilmiştir (Gölcük, 2016). Kadınlara ziyade erkeklerde başlangıç yaşı ise daha erkendir (Can, 2017). OKB'nin başlangıç yaşı ile ilgili araştırmalarda farklı aralıklar verilse de genel anlamda varılan karar; bu çalışmada da baz alındığı gibi, 18 yaş ve üzerinde olduğudur.

Tan (2016), kadın ve erkeklerde görülme oranını eşit olarak bildirmişlerdir. Purdon & Clark (2016), Veale & Wilson (2017) ve Can (2017) OKB'nin toplumda görülme oranının kadın ve erkekler arasında aynı oranlarda, neredeyse eşit olduğunu belirtmişlerdir. Farklı olarak Köroğlu (2015), erişkinlik dönemi OKB'ye bakıldığında kadınlarda daha sık gözlemlendiğini söylemiştir.

Cinsiyet farklılıklarına bağlı olarak obsesyon ya da kompulsiyonların da farklılık gösterebileceğine yönelik de araştırmalar yapılmıştır. Örneğin erkeklerin daha

sayma, simetri gibi obsesyonlara; kadınların ise daha çok yıkama ile ilgili takıntılarının olduğundan bahsedilen çalışmalar vardır (Veale ve Willson, 2017; Gölcük, 2016). Farklı olarak kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (Altıntaş & Özçürümezi 2015; Gölcük, 2016). Tan (2016) bu konuda; kadınlarda daha sık olarak görüldüğü düşünülen temizlik, yıkama takıntılarında aslında fenomenolojik bir farklılık olmadığını bildirmiştir.

DSM’de de ayrıca belirtilmiş olan tik bozukluğunun ise kadınlardan ziyade erkeklerden daha çoğunlukta bulunduğu ifade edilmiştir (Gölcük, 2016).

Medeni durum açısından da bazı incelemeler yapılmıştır. Bekar kimselerde ve eşlerinden ayrı yaşayan yahut boşanmış kişilerde OKB’nin daha sıklıkla görüldüğü tespit edilmiştir (Karno et al, 1988). Rasmussen & Eisen (1991)’ın yaptığı bir çalışmada ise inceledikleri kişilerin (250 kişi) %52’si evli, %43’i bekâr ve %5’i boşanmış olarak saptanmıştır. Tükel, Polat, Özdemir ve Türksöy’un (2002) yaptığı bir araştırmaya göre %68 oranında OKB tanısı almış kişiler bekârdır.

2.1.5. Etiyolojik Açıklamalar

OKB etiyojisi ile ilgili var olan araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Veale ve Willson (2017) bilim insanlarının bu konuda anlaşmazlık yaşadığını, bu durumun da belirsizliği muhafaza ettiğini belirtmişlerdir. Genetikçiler, hem genetik faktörlerin hem de çevresel faktörlerin etkin olduğu hastalıklara “multifaktöryel” yani çok etkenli derler. Psikiyatrik bozuklukların çoğu da bu anlamda multifaktöryeldir (Tan, 2016). Veale ve Willson (2017) da buna benzer olarak OKB etiyojisi için, her bir kimsede farklı olabilen nedenlerin birlikteliğini terimsel olarak “faktörler kokteyli” şeklinde adlandırmışlardır. Her bireyde bu etkenler farklıdır.

OKB’nin net bir nedeni yoktur. Nedeni tam olarak bilinmese de çoğunlukla genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğunu görüşü kabul edilir (Penzel, 2000; Alonso, Mencón, Mataix-Cols, Pifarré, Urretavizcaya, Crespo et al., 2004).

OKB tanısı almış bireylerin PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) taramalarında limbik bölgesiyle de ilişkili olan orbital korteks ve singulat korteks/girus’larında anormal bir şekilde yüksek seviyelerde aktivasyon olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bazal ganglia’nın bir alanı olan korteksaltı kaudat çekirdeğinin

(subcortical caudate nucleus) aktivitesinin de normalden çok daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Butcher et al., 2013). Nörogörüntelemelerde ayrıca orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve kaudat çekirdeğinin baş kısmının OKB ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir (Maia, Cooney & Peterson, 2008; Butcher et al., 2013; Kılıç, 2015)

Nörotransmitterlerde de bazı anormallikler OKB için nörobiyolojik faktörlerin arasında sayılabilir. Bu bağlamda sinir sistemi kimyasında serotonerjik sistemin işlev bozukluğu en önemli rolü oynar ve çoğunlukla da serotoninin etkisinden bahsedilir (Zohar, 1987; Jarry & Vaccarino, 1996; Butcher et. al, 2013; Gölcük, 2016).

OKB ile ilgili net bir şekilde nörolojik açıklamalar yapan bilim insanlarının aksine bazı araştırmacılar beyindeki anormalliklerle OKB'nin bağlantılı olmadığından bahsederler (Purdon & Clark, 2016). Tan (2016), OKB için biyolojik kökenlerden bahsetse de, örneğin beyindeki kimyasal bir eksikliği tamamlanması sonucu hastalık da yok olur şeklinde bir mantığın olamayacağını savunur. Biyolojik etkenlerin baskın olabileceği bir gerçekse de insanları psikolojik olarak etkileyebilecek (anne-baba tutumları, travma, sosyal öğrenme, yaşam olayları gibi) her türlü durumun da çok etkili olduğunu belirtir. Veale ve Willson (2017) da benzer şekilde bu açıklamaların tek başına hiç bir şekilde yeterli olmadığını savunur. Hatta yukarıda bahsedilen biyolojik açıklamalar yapan araştırmalarda ortaya çıkan sonuçlar için beynin özellikle ön loblarında bulunan fazla aktivasyonun OKB ile bağdaştırmanın doğru olmayabileceğinden bahsederler. Nörotransmitterler ile ilgili açıklamalara karşı olarak da serotonin OKB için faydalı olabilir, ancak eksikliğinin OKB'ye neden olacağı söylenemez derler.

Veale ve Willson (2017); OKB'ye “neden olan” değil, OKB'yi “idame ettiren” faktörlere odaklanılmalıdır derler. Farklı nedenler OKB'yi ortaya çıkarır; ancak bunlar OKB'nin oluşumunu direkt olarak açıklamaz. OKB ancak bu bozukluğun artmasını ve devam etmesini sağlayan; yani idame ettiren faktörlerle açıklanabilir. OKB'nin gelişimde genetik yatkınlık olsun ya da olmasın sosyal öğrenme kuramına göre, ailesel faktörler oldukça etkilidir (Grabe et al., 2006; Nestadt et al, 2000). OKB'nin idamesinde (sürmesinde) güvence arayışı; abartılı sorumluluk ve sihirli düşünce; düşüncelere aşırı önem verme; mükemmeliyetçilik; belirsizliğe karşı

tahammülsüzlük; tehlikeyi gözünde büyütme gibi bazı faktörlerden de bahsedilmiştir (Veale & Willson, 2017). Davranışçı teoristler sosyal öğrenme faktörlerinin biyolojik olarak daha hassas olan bireylerde OKB'nin gelişimine neden olabileceğini savunmuştur Çocuk yetiştirme paternleri gibi sosyo-kültürel değişkenlerin, biyolojik ve genetik faktörlerle ilişkili bir şekilde OKB'ye etki edebileceğinden bahsedilmiştir (Alonso et al., 2004).

2.1.6. Tedavi Yöntemleri

OKB konusunda sıkıntı yaşayan kişilerin yaklaşık %80'inin profesyonel bir yardım almadan daha iyiye gitmesinin mümkün olmadığı bildirilir (Purdon & Clark, 2016). Bu yüzden tedavi elzemdir.

Farmakolojik olarak OKB patofizyolojisinde baskın olduğu düşünülen serotoninin seviyesini yükselten antidepresan grubundan SSRI (Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors: seçici serotonin geri alım inhibitörü)'lar çoğunlukla kullanılır (Penzel, 2000; Butcher et. al, 2013; Gölcük, 2016). İlaç tedavisi genel olarak tavsiye edilen ve tedavi için bahsedilen yöntemlerdendir (Purdon & Clark, 2016; Tan, 2016; Veale & Willson, 2017).

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT) bir diğer OKB için etkili görülen tedavi şeklidir. Purdon & Clark (2016), BDT'nin içeriğindeki zihinsel kontrol, maruz kalma/ yüzleşme (exposure), bakış açısı kazanma, düşünce kontrolü, kontrole alternatif oluşturmak ve stres yönetiminden bahsetmiştir. Veale & Willson (2017) da ek olarak ritüel önleme ve bilişsel hatalar üzerine çalışmanın önemini açıklamışlardır. Köroğlu (2015); BDT'de özellikle "Karşı Karşıya Gelme ve Törenselle Davranış Engelleme" (KKGTDÖ) tekniğinden bahsetmiştir. KKGTDÖ kısaca kompulsyonları gidermeye ya da sıklığını azaltmaya yönelik aşamalı bir şekilde kişiyi imgesel (in vitro) yahut gerçekte (in vivo) maruz bırakma ve yeni alışkanlık edindirme olarak da özetlenebilir. Bunun yanında dışlama yanılgısı, soyluluk oyunu, yetkincilik gibi kişinin sahip olduğu bilişsel çarpıtmaların tespit edilip, bunların akılcıl düşüncelerle yer değiştirip benimsenmesinin öneminden bahsetmiştir.

BDT'den ayrıca en etkili yöntemin davranışçı psikoterapide maruz bırakma ve tepki önleme olduğundan bunun yanında bilişsel destek sağlanabileceğinden de

bahsedilmiştir (Butcher et al., 2013). Davranışçı terapide özellikle maruz bırakma ve tepki önleme uygulanır. Maruz bırakma obsesyonların neden olduğu kaygıyı gidermeye/söndürmeye dayalıyken yanıt önleme, kompülsiyonların yapılma sıklığını azaltır/söndürür (Gölcük, 2016). Dr. Schwartz (1996) yılında OKB’de davranışçı yöntemin etkinliğini araştırmıştır. Bu araştırma bağlamında OKB tanısı almış 18 kişinin 10 hafta boyunca pozitron emisyon tomografileri (PET) incelenmiştir. Görülmüştür ki belirtiler iyileştikçe beynin işlevlerinde de düzelmeler meydana gelmekte. Özellikle orbital kortekste bulunan metabolik aktivasyon normal bir seviyeye indiği aktarılmıştır.

Tan (2016); davranışçı terapi ve bilişsel terapinin yanı sıra beyin ameliyatı, elektroşok tedavisi ve manyetik uyarım tedavisi’nden de bahsetmiştir. Gölcük (2016) bunların dışında vagal sinir uyarısı ve derin beyin uyarısından da bahsetmiştir. Ayrıca OKB tedavisinde bu denli BDT ve ilaç tedavisinin yaygınlığını, psikanaliz ve psikodinamik terapi yöntemlerine karşı OKB semptomlarının fazla dirençli olmasından kaynaklı olduğunu bildirmiştir.

2.2. PANİK BOZUKLUK (PB)

Panik bozukluğu DSM-V (2014)’e göre bir çeşit kaygı (anksiyete) bozukluğudur. Panik bozukluk, birdenbire beliren kişiye oldukça sıkıntı veren bilişsel, duygusal, psikolojik ve fiziksel belirtiler içeren panik ataklardan oluşur (Öngider & Kavak, 2014).

Panik atağı, bir çeşit anksiyete nöbeti olarak tanımlanır. Normal bir kaygı dışında panik atakta bir çeşit nöbet geçirilir (Saygılı, 2016).

Panik bozuklukların teşhisinde ayrıca agorafobi incelenir. Tanı, agorafobi ile birlikte ya da agorafobi ile birlikte değil şeklinde konur (Köroğlu, 2014).

2.2.1. Tarihçe

Panik bozukluk belirtileri eskiden beri bilinen, ancak çok sonradan ayrı bir bozukluk olarak kabul edilmiş bir psikiyatrik hastalıktır. Panik kelimesi; Yunan mitolojisinde var olduğu düşünülen, rahatsız edildiği zaman çılgılık atan ve insanları korkutan “Pan” adı verilmiş bir Tanrı’dan gelmektedir (Kurt, 2013).

İlk olarak PB 1871’de Da Costa tarafından “irretabl kalp” olarak isimlendirilmiştir. O zamanlar özellikle askerlerde sıklıkla gözlemlenmiştir. İrretabl kalp; kişide fiziksel bir hastalık olmamasına karşın hissedilen çok kuvvetli çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi semptomlarla belirlenmiştir (Kurt, 2013).

1894 yılında Freud, irretabl kalp semptomlarını “anksiyete nevrozu” olarak tanımlamıştır. II. Dünya Savaşı döneminde ise fiziksel bir aksiyon sonrasında ortaya çıktığı düşünülerek “efor sendromu” olarak adlandırılmıştır (Alkın, 2000). Klein (1981); panik bozukluğunu diğer anksiyete bozukluklarından ayırmış, panik atak ve agorofobiye içine alan yeni ve tek bir tanım yapmıştır.

Agorafobi de aslında Yunanca bir kelimedir (Silove ve Manicavasagar, 2016). Toplanma yeri anlamına gelen “agora” kelimesinden oluşturulmuştur (Canca, 2009). Agorafobi de aslen “pazar yeri korkusu” anlamına gelmektedir (Silove ve Manicavasagar, 2016).

Panik bozukluğu resmi olarak DSM-III’te sınıflandırılmalarda yer almıştır (Alkın, 2000).

2.2.2. Tanısal Özellikler

Normal düzeyde hissedilen ve yaşanan kaygı ve korkular hayatta kalmamız için gerekli duygulardır (Kennerley, 2017). Normal düzeyde hissedilenin aksine panik bozuklukta ise yaşanan kaygı ve korkulara karşı gelişen tepki, aniden ve bazen sebepsizce harekete geçebilir (Silove & Manicavasagar, 2016). Zaten “atak” kelimesinin kullanılması, atakların birden başlaması sebebiyledir (Kennerley, 2017).

Agorafobi ise kişi için güvenli olarak adlandırılan bir alandan ayrılma ile ilgili kaygı duymaya dayalı bir korkudur. Açık ya da kapalı alan farketmez (Kennerley, 2017). Hatta Köroğlu (2017) agorafobisi olan insanlardan çok az bir kısmının aslında açık alanlarda korku duyduğunu belirtmiştir.

Panik atak; aniden ve kişinin çok yoğun bir şekilde hissettiği anksiyete krizleridir, bir kaygı patlaması da denilebilir (Silove & Manicavasagar, 2016). Panik atağını Burns (2016), şimşek gibi bir anda çakılabilecek (ortaya çıkabilecek) bir şekilde tanımlamıştır. Köroğlu (2017) ise panik atağı “korku kuşatması”na benzetir. Ayrıca atak esnasında kişilerin vücutlarının da, sanki kendilerine başkaldırıyormuş şeklinde betimler. Panik atağında hissedilen endojenik (içsel) bir korkudur. Şahin ve Erdoğan

(2016), panik atağını belirli kalıplar dışında bir önyargı, alarm sistemi, sahte kabadayı, algı yanılması ve birikim şeklinde açıklarlar.

Panik atak; dışsal bir uyaran ve buna bağlı olarak gelişen bir algı, bu algının oluşturduğu tehlike olarak adlandırılan bilişler, dolayısı ile de kişide meydana gelen anksiyete, fizyolojik değişimler ve bedensel algılar şeklinde devam eden bir kısır döngüdür (Yalom & Roth, 2016).

Panik atak sırasında yüksek miktarda adrenalin salgılanır. Bu da kalbin daha hızlı atmasına neden olur (Saygılı, 2016). Panik atak esnasında kandaki adrenalin 15 kat artar, bu durum da aslında vücudun dengesini bozduğu için atak kuvvetlenir. Vücut bir anlamda alarm verir (Şahin & Erdoğan, 2016). Dolayısı ile ataklar aniden gelişir ve yükselir, çoğunlukla en yüksek yoğunluğa 10 dakika içerisinde çıkılır (Butcher et al., 2013; Kurt, 2013; Köroğlu, 2017). 2 ile 30 dakika kadar bir süre içerisinde atak devam eder (Kurt, 2013; Silove & Manicavasagar, 2016). Genel olarak 20-30 dakika içerisinde yatışma gösterir, nadiren de olsa bu sürenin bir saati bulduğu da olur (Butcher et al., 2013). Köroğlu (2017) de benzer şekilde; atakların bir kaç dakika da bir kaç saat de sürebileceğini ancak saatler ya da günler sürmeyeceğini bildirmiştir. Bu durumun yalnızca bireyin çokça atak geçirdiği ve sürekli olarak kaygı düzeyinin yüksekliği şeklinde yorumlanabileceğini de eklemiştir.

Panik atak yaşayan insanlar hem duygusal/bilişsel (korku, evham vs.) hem de fiziksel (kalp çarpıntısı, titreme gibi) semptomlar deneyimlerler (Kennerley, 2017). Panik bozukluğu tanı ölçütlerinde 3 semptom bilişsel içeriklidir. Bunlar derealizasyon ya da depersonalizasyon, ölüm korkusu, denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusudur. Derealizasyon, değişmiş bir gerçeklik olarak da tanımlanabilir. Kendini başka bir yerde ya da boyutta hissetmek, çevreye yabancılaşma (Kennerley, 2017) gibi bir gerçekdışılık hissidir (Saygılı, 2016). Depersonalizasyon ise kişinin bir anlamda kendisine yabancılaşmasıdır (Saygılı, 2016). PB’de kalan 10 semptom ise fiziksel belirtilerdir. Bundan dolayı atak yaşayan insanların %85’i ilk olarak acil servise ya da doktora muayeneye giderler (Butcher et al., 2013; Saygılı, 2016).

Fiziksel belirtiler farklı sinir sistemlerinde kendilerini gösterirler. Örneğin solunum sisteminde nefes darlığı, merkezi sinir sisteminde baş dönmesi ya da otonom sinir sisteminde terleme şeklinde gerçekleşebilir (Kurt, 2013). Çoğunlukla kişiler

kendilerinde bir kalp hastalığı, solunum ile ilgili bir hastalık ya da nörolojik bir sıkıntı olduğunu düşünürler (Butcher et al., 2013). Tek bir tanı adı altında hastaların görünürde aynı hastalıklara sahip olması ancak her bireyde hastalığın çeşitlilik göstermesi gibi, panik ataklar da her bir kişide farklı şekilde varlık gösterebilir (Köroğlu, 2017). Örneğin, bazı kimselerde atak sırasında göğüs ağrısı ya da kolda uyuşma gibi aslında kalp krizine de benzer bazı belirtiler baş gösterebilir (Saygılı, 2016). Kalp rahatsızlığının yanında ve/veya dışında fiziksel belirtiler dolayısıyla kişiler felç geçirmekte olduklarını da düşünebilirler (Silove & Manicavasagar, 2016). PB’de somatik belirtiler oldukça fazla şekilde çeşitlilik gösterir. Örneğin gastrointestinal olarak irretabl bağırsak sendromuna benzer semptomlar, kardiovasküler olarak göğüs ağrısı ya da nörolojik olarak baş ağrısı şeklinde bir seyir var olabilir (Canca, 2009). Bunlar dışında kişilerin tiroid bezlerinde yaşanabilecek bir sıkıntı; nadir görülebilen epilepsi türleri; madde, alkol ve/veya kafeinin aşırı düzeyde tüketilmesi ya da bırakılması; astım ilaçları gibi bazı ilaçların fazla kullanımından kaynaklı panik ataktaki semptomlara benzer sıkıntılar görülebileceğinden de bahsedilmiştir (Silove & Manicavasagar, 2016). Ayrıca belirtilerin bazen premenstrüel sendrom ve hipoglisemiye de benzeyebileceği belirtilmiştir (Köroğlu, 2017). Yalom & Roth (2016) ayrıca PB’nin kronik obstrüktif akciğer hastalığı, mitral kapak prolapsusu ve ortostatik hipotansiyon gibi hastalıklarla da benzerlik gösterebildinden bahsetmişlerdir.

2.2.3. DSM-V Tanı Ölçütleri

Panik bozukluğu DSM-III’te resmi olarak ruhsal bozukluklarda bir sınıflandırma içerisine dahil edilmiştir (Alkın, 2000). DSM-III içerisinde ilk defa fobi bozuklukları şeklinde bir ayırım yapıp, eskiden “anksiyete nevrozu” olarak kullanılan tanı, “panik bozukluk” ve “yaygın anksiyete bozukluğu” olarak değiştirilmiştir (Yalom & Ruth, 2016).

DSM-V (2014) ‘e göre ise Panik Bozukluğu tanı ölçütleri şu şekildedir:

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimimi yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

Panik atağı belirleyicisi tanı ölçütleri:

Not: Bir panik atağını tanımak amacıyla belirtileri burada verilmektedir, ancak panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir ve kodlanamaz. Panik atakları, kaygı bozuklukları bağlamında ortaya çıkabildiği gibi diğer ruhsal bozukluklarda (örn. depresyon bozuklukları, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları) ve birtakım sağlık durumlarında (örn. kalple ilgili, solunumla ilgili, dengeduyumsal [vestibüler], mide-bağırsakla ilgili) da ortaya çıkabilir. Bir panik atağının varlığı tanılandığında, bir belirleyici olarak belirtilmelidir (örn. “panik atakları ile giden örselenme sonrası gerginlik bozukluğu). Panik bozukluğunda, panik atağının varlığı bu bozukluk için tanı ölçütleri içinde kapsanır ve panik atağı bir belirleyici olarak kullanılmaz.

Dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıklandığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.

8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri sayılmamalıdır (Çev. Köroğlu, 2014).

Panik bozukluğu tanısı ile birlikte eğer ki kişi sürekli bir biçimde (6 ay ya da daha uzun) toplu taşıma araçları; tek başına dışarda olma; sinema, mağaza gibi kapalı yerlerde bulunma; açık alanlarda bulunma ve kalabalık bir yerde bulunma ya da sıra bekleme durumlarından ikisi ya da daha çoğundan dolayı anksiyete hissediyorsa, bu durumlardan korkup kaçınıyorsa ve bu durumlar kişiyi günlük hayatındaki işlevselliğinden uzaklaştırıyorsa bu durumda kişiye *agorafobi* tanısı da eklenir (Köroğlu, 2014).

2.2.4. Epidemiyoloji

2.2.4.1. Prevelans

Panik bozukluk oldukça yaygın olan hastalıklardan biridir. US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (Amerika Ulusal Komorbidite -Eştanı- Anket Çalışması) tarafından yaşam boyu yaygınlık oranlarını 9282 yetişkin üzerinde incelenmiştir. Panik ataklar (agorafobili ve agorafobisiz), panik bozukluk (agorafobili ve agorafobisiz) şeklinde sınıflandırma yapılmıştır. Şubat 2001-Nisan 2003 süresince uygulanmıştır. Yalnızca panik atakların yaşam boyu yaygınlık oranının %22.7, agorafobi içeren panik atakların %0.8, agorafobi bulundurmeyen panik bozukluğunun %3.7 ve agorafobisi olan panik bozukluğunun %1.1 olduğu belirlenmiştir (Kessler, Chiu, Jin, Ruscio, Shear and Walters, 2006).

Farklı araştırmalar incelendiğinde oranlarda da farklılıklar gözlemlenmiştir. Bir araştırmada panik bozukluğun toplumda %1.4-3.8 oranında görüldüğü (Altıntaş, Uğur & Levent, 2015), bir çalışmada ise %2-6 oranında insanlar yaşamlarının bir döneminde panik bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir (Silove & Manicavasagar, 2016). Panik bozukluğunun genel yaygınlığını Kurt (2013), %1.5-3.8 şeklinde iletmiştir. Köroğlu (2017), PB'nin toplumda ortalama %3.5 oranında etkin olduğunu savunmuştur. Saygılı (2016) ise gelişmiş ülkelerde panik bozukluğun oldukça yaygın olduğunu ve her 50 kişiden birinin panik bozukluğu yaşamakta olduğunu söylemiştir.

Toplumda %10 oranında kişilerin hayatlarında en az bir kez panik atak geçirmiş oldukları saptanmıştır (Silove & Manicavasagar, 2016). Panik atakların toplum içerisinde hayat boyu görülme yaygınlık oranı çoğu çalışmaların ortak olarak bildirdiği üzere %7-9 arasındadır (Kessler, McGonagle Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman et al., 1994; Weissman, Bland, Canino, Faravelli, Greenwald, Hwu et al., 1997; Canca, 2009; Kurt, 2013).

Türkiye'de panik atağın yaygınlık oranı %3.4 bulunurken, panik bozukluğu %0.2 şeklinde belirtilmiştir (Sartorius, Üstün, Costa e Silva, Goldberg, Lecrubier, Ormel J et al.,1993). Bir başka çalışmada ise Türkiye'de PB'nin son bir yıl içerisinde bulunan yaygınlık oranının %0.4 olduğu belirlenmiştir (Kılıç, 1998).

Silove ve Manicavasagar (2016) panik bozukluğu yaşayan kişilerin %60 kadarında agorafobi de ortaya çıkmaktadır demiştir. Köroğlu (2017) ise panik bozukluğu olan kişilerde agorofobinin az rastlanan bir durum olduğunu, çok ağır ya da çok hafif bir şekilde agorafobi yaşayan kişilere nazaran panik bozukluğu olan bireylerde orta düzeyde bir agorafobi olduğunu savunmuştur.

2.2.4.2. Başlangıç yaşı, Kadın ve Erkeklerde Görülme Farklılıkları, Başka Değişkenlerdeki Farklılıklar

Panik bozukluğunda çoğunlukla başlangıç yaşı erken erişkinlik dönemleridir (Köroğlu, 2017). Başlangıç yaşı ortalama olarak 25'tir (Canca, 2009; Kurt, 2013). Benzer olarak başlangıç yaşının ortalama 23-34 olduğu, ancak özellikle kadınlarda 30 ya da 40 yaşlarında da başlangıç gösterebileceği de bildirilmiştir (akt. Butcher et. al,

2013). Saygılı (2016) da PB'nin genellikle ergenliğin sonlarında başlayabileceğini belirtmiştir.

PB kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla gözlemlenmiştir (Butcher et al., 2013; Saygılı, 2016). Altıntaş, Uğur ve Levent (2015) de benzer şekilde erkeklere göre kadınlarda PB'nin 2-3 kat daha fazla şekilde görüldüğü belirtmişlerdir. Toplumda panik bozukluğu olan kişilerin ortalama 3'te 2'si kadındır (Silove ve Manicavasagar, 2016; Köroğlu, 2017). Ayrıca kadınların atak semptomlarını daha ağır geçirdiği, daha yoğun bir korku ve kaygı yaşadıkları, atak sıklıklarının da daha fazla olduğunu belirtmiştir (Köroğlu, 2017).

Agorafobi kadınlarda %7'den fazla, erkeklerde %3 oranında görülen oldukça yaygın bir bozukluktur (Silove & Manicavasagar, 2016). İnsanlar arasında agorafobi ile birlikte olan panik bozukluklarda %80-90'ının kadın olduğu bildirilmiştir (akt. Butcher et. al, 2013). Kadınlarda agorofobi ile birlikte panik bozuklukları erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülür (Saygılı, 2016).

Saygılı (2016) PB'de evli ve bekârlar arasındaki farklara değinmiştir. Evlilere göre, dul ya da bekâr olan veyahut ayrılmış kimselerin iki kat daha fazla panik atak gördüğünü bildirmiştir. Silove ve Manicavasagar (2016) da panik atak geçiren pek çok insanın bekâr olduğunu belirtmiştir. Genellikle bekârların daha sıklıkla panik bozukluğu yaşadığı belirtilmişse de Ateşçi, Karadağ, Amuk ve diğerleri (2003) tedaviye gelen hastaların %80'inin evli olduğunu iletmişlerdir.

Bir başka değişken olarak şehirde yaşayan insanların 1,5 - 2 kat daha fazla şekilde panik bozukluğuna sahip olduğunu bildirilmiştir (Alkan, 2000). Saygılı (2016) da şehirde yaşayan kimselerin kırsal bölgelerde yaşayanlara nazaran çok daha sık oranda panik atak deneyimlediğini belirtmiştir.

2.2.5. Etiyolojik Açıklamalar

Panik bozukluğun patogenezi oldukça karmaşıktır. Tek bir nedenden ziyade bozukluğun ortaya çıkması, gelişmesi ve sürmesine neden olan faktörler açıklanabilir (Köroğlu, 2017).

PB'nin etiyolojisi multifaktöriyeldir (Bandelow, Spath, Tichauer, Brooks, Hajak & Rüther, 2002). Eskiden panik ataklar öğrenilmiş bir durumdan öte biyolojik

nedenli görülüyordu; çünkü kişiler için tetikleyiciler belirlenmiyordu. Ancak anksiyete bozukluklarına karşı doğru bir bakış açısıyla yaklaşabilmek için psikolojik ve biyolojik yaklaşımların her ikisiyle de irdelemek gereklidir. PB'nin psikolojikten ziyade biyolojik olduğuna dair deneysel kanıtlar yeterli değildir. Etiyoloji için “psikofizyolojik” denen bir model kullanılmalıdır. Ataklara neden olan hem psikolojik hem fizyolojik etkenler bu bağlamda belirlenip değerlendirilmelidir (Yalom & Ruth, 2016).

Beyinde korku duygusunu içeren bölüm olan amigdalanın fazla aktivasyonu panik ataklarda önemli bir rol oynar. Amigdalaya “fear network”, yani korku ağı da denir; bu korku alanları aktive olduğunda da panik ataklar gerçekleşebilir (Butcher et al., 2013).

Biyokimyasal anormallikler de panik ataklara neden olabilir. Örneğin; noradrenarjik aktivite panikle ilişkili olarak kardiyovasküler semptomları canlandırır. Ya da inhibitör bir nörotransmitter olan GABA olabilecek bir diğer atağı düşünme konusunda ilişkili olabilir. PB'si olan insanlarda GABA'nın normalden çok daha fazla düşüktür (Butcher et al., 2013).

Normal bir stres altında kişileri savunmaya geçiren otonom yani otomatik sinir sistemini denetleyen, Köroğlu (2017)'nin “savaş ya da savuş” dediği, “kaç ya da savaş tepkisi”dir (Silove & Manicavasagar, 2016). Panik bozuklukta bu tepki aniden ve bazen sebepsizce harekete geçebilir.

Genetik yatkınlık için araştırmalarda %15 oranı verilir ancak genetiğinde PB olan kişilerin PB olmama olasılığı da %85'tir; o yüzden hiç bir şekilde kesin bir yargıya varılamaz. Nörotransmitterlerin işlev bozukluğundan da yukarıda da bahsedildiği gibi söz edilebilir. Bunun dışında PB tanısı almış kişilerin parahipokampal bölgelerindeki aktivasyonda artış da mevcuttur. Ancak yine de yalnızca bu bilgilere dayanarak PB için biyolojik bir sebep sunmak doğru olmaz (Köroğlu, 2017).

Psikofizyolojik model, atak sırasında meydana gelen bedensel ve bilişsel öğelerin olumlu bir geri bildirim alması neticesinde süregeldiğini savunur (Yalom & Ruth, 2016). Bir çok faktör paniği besleyebilir. Çarpık düşünme şekilleri, ruh halinin hep negatifte seyretmesi gibi duygusal sebepler; sakınmak ya da kaçmak gibi davranışsal döngüler ve stresli olay ya da durumlar gibi toplumsal nedenler panik atakları, dolayısı ile de panik bozukluğu besleyici döngülerdendir (Kennerley, 2017).

Sosyal öğrenme kuramı içerikleri gibi psikososyal faktörler de panik bozukluk da etkilidir (Butcher et al., 2013). Örnek alma ve/veya öğrenme yöntemi ile bireyler anne-babasından duyguları bastırma, panik halde yaşama gibi PB'yi etkileyici ya da tetikleyici davranışlarla büyüyebilirler. Örneğin sürekli kaygı duyan bir anne ya da baba ile yetişmek PB'yi etkileyebilir (Kennerley, 2017).

Travmatik yaşam olayları, yoğun stres ve gerginlik, erken dönem travmaları gibi pek çok faktör panik bozukluğu ortaya çıkarabilir (Saygılı, 2016). Benzer şekilde geçmiş yaşam olayları ve stresleri, kişilik yapısı ve benlik saygısı (Köroğlu, 2017) gibi kişinin yetiştirilme tarzı da panik atağın ortaya çıkmasındaki en önemli nedenlerindendir (Şahin & Erdoğan, 2016). Stres etkenleri, psikolojik açıdan hassas olmak, fiziksel açıdan zayıf olmak da PB için psikofizyolojik etkenlerdendir. Taciz ve/veya travmaya maruz kalan çocuklar panik bozukluğun ortaya çıkması, gelişmesi ve/veya devam etmesi için etkili olan psikolojik açıdan hassaslığa meyilli bireylerdir. Bunun dışında davranışsal olarak da örneğin hiperventilasyon (aşırı soluma) paniğe tetikleyici bir belirtidir (Silove & Manicavasagar, 2016). Psikodinamik kuramda ise PB, çocukluk döneminde deneyimlenen ayrılık anksiyetesine, ebeveynin her an kendisini terk edebileceği korkusuna dayandırılmaktadır (Canca, 2009).

2.2.6. Tedavi Yöntemleri

Tedavi yöntemlerinde OKB'ye benzer olarak çoğu çalışma ilaç tedavisinin etkinliğinden ve desteğinden bahsetmiştir (Butcher et al., 2013; Köroğlu, 2017). Farmakolojik olarak genellikle SSRI içeren ilaçlar, benzodiazepin grubu ilaçlarından kaygı giderici (antianksiyete) ilaçlar ve antidepresanlardan bahsedilir (Köroğlu, 2017). Ancak ilaç tedavisi gören hastaların panik semptomlarının nüksedebildiği de görülmüştür. Bu yüzden hastalara BDT; ilaç tedavisi ile birlikte ya da direkt bir alternatif olarak uygulanır (Başaran & Sütçü, 2016).

Sıkıntılı durumları, bedensel duyumsamaları yönetmek ve bunlarla kademeli olarak yüzleşmek BDT'nin içerisinde panik bozukluk için faydalı olan tedavi yöntemlerindendir (Kennerley, 2017). Çalışmalarda çoğunlukla farkındalık, duygusal boşalım yaşamak, odak noktasını değiştirmek, gevşeme ve nefes egzersizleri, duyguyu sevme, davranışçı ve bilişsel şemalar üzerinde çalışmak, hipnoz (Şahin & Erdoğan, 2016); kişisel eğitim ve akılcıl bilişsel yapılanmaların (Köroğlu, 2017) önemi öne

ıkarılmıştır. Bunun dışında tedavide kişilerin kişisel desteğin önemini vurgulanmıştır (Silove & Manicavasagar, 2016). Krglu (2017) farklı olarak DOS yönteminden bahsetmiştir: durdurun, yeniden odaklanın ve soluk alıp verin. Soluk alıp verme yöntemi: en az 4 saniye boyunca soluk alma, yine en az 4 saniye boyunca soluk verme ve tüm bunları 4 dakika boyunca sürdürme şeklindeyir. Burns (2016) ise kitabında; motivasyonel bir teknik olarak KZA (Kar-Zarar Analizi) ve mantık temelli tekniklerden grinin tonlarıyla düşünmek gibi bilişsel, gerçeklik temelli, semantik temelli gibi pek çok yöntemi bir araya getirerek “korkuları yenmenin 40 yolu” adı altında toplayıp anlatmıştır.

BDT’de ayrıca grup terapilerinin etkinliği de araştırılmıştır. Örneğin; anksiyete ve paniğin fizyolojisi (panik kontrolü) zerine eğitim, bilişsel yapılandırma, interoseptif maruz bırakma ve nefes egzersizleri içeren bir BDT grup terapisi incelenmiştir. Yapılan çalışmada 67 kişide, 8 haftalık grup odaklı BDT terapisi uygulanmıştır. Grup BDT’nin panik hastaları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Telch, Lucas, Schmidt, Hanna, Jaimez & Lucas, 1993). 2000-2015 yılları arasında da içeriğinde psikoeğitim, maruz bırakma, yeniden yapılandırma, nefes egzersizleri ve kas gevşetme egzersizleri olan, 5 ile 14 seans arasında kısa süreli bilişsel davranışçı grup terapileri (BDGT) incelenmiştir. PB semptomlarını ve geçirilen atak sayısını azaltma konusunda, bireysel olan terapilerle BDGT’lerin eşit bir düzeyde iyileşme sağladığı, ayrıca maliyet olarak çok daha düşük olduğu savunulmuştur (Başaran & Sütçü, 2016).

2.3. ANNE-BABA TUTUMU

Tutum; kişinin bir duruma karşı zaman içerisinde edindiği bilgilere dayalı olarak bu durumu yorumlamasıdır. Ancak tutum yalnızca bilişsel olarak algılanmamalıdır. Davranışsal ve duygusal olarak da incelenen bir kavramdır. Tutum, bilimsel anlamda 19. yy’da araştırılmaya ve değerlendirilmeye başlamıştır (Biçkur, 2015). Anne-baba tutumu ise; çocukların yetişirken ebeveynlerin sergiledikleri inanışları, beklentileri ve bunlara bağlı olarak da yansıttıkları davranışları bütünüdür (Aydoğdu & Cam, 2013).

Aile ve sosyal çevreyle olan tüm yaşantı ve ilişkiler kişinin gelişiminde etkilidir (Günalp, 2007). Kişilerin gelecekteki hayatlarını geçmişte deneyimledikleri ve gözlemledikleri durumlar etkiler. Sağlıklı bir kişilik, sosyal iletişim (Kaya, 1997;

Aydoğdu & Cam, 2013; Biçkur, 2015; Damar, 2015), psikoloji (Steinberg, 2001) ve psikopatoloji (Hanımoğlu, 2010) için sağlıklı şekilde geçmişte kişinin ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir (Oğuz, 2016). Aileden beklenen ihtiyaçlar yalnızca temel bebeklik süreci bakımı, yiyecek, giyecek ve barınma ihtiyaçlarını karşılamak şeklinde değildir. Ailelerin ncelikli sorumlulukları ve görevlerinden biri de ailedeki bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamalarıdır (Kaya, 1997). Sevgi, şefkat ve kontrol açısından bireyin ihtiyaçlarının karşılanması önemlidir (Yılmaz, 2000).

Ergenlik döneminde ve ileriki yaşlarda her ne kadar sosyal evre, özellikle arkadaşlıklar, etkili gibi düşünülse de anne-baba tutumu birey için etkisini kaybetmez (Sezer, 2010). Anne ve baba ile olan ilişki her bir kimse için yaşamsal önemde bir durumdur. Anne-baba ilişkisi, anne-baba tutumuna bağlı olarak kendini gösterir ve gelişir (Günalp, 2007). Baumrind (1967) ve Maccoby & Martin (1983) anne-baba tutumları kavramının anne-baba tutumlarının çocuktaki psikolojik gelişimindeki rolünü incelemek üzere ortaya çıktığını belirtmişlerdir (akt. Hanımoğlu, 2010). Bu bağlamda bu çalışmada da psikopatolojik olarak anne-baba tutumunun etkiselliği incelenecektir.

2.3.1. Anne-Baba Tutumlarının Ruh Sağlığı Açısından nemi

İnsanlar algıladıkları tutum, yaklaşım, davranışlar nasılsa ona göre bir tepki geliştirir ve bir davranışta bulunur. Bir anlamda anne-babalarının tutumlarını kendi algıladıkları ve yorumladıkları şekilde içselleştirip, benliklerine dahil ederler. Başına gelen olaylar karşısında güçlü durabilmek, çok etkilenmeden o sıkıntılı halden kurtulabilmek ve problemlerle karşı karşıya kalındığında daha sağlıklı adımlar atabilmek ve mantıklı kararlar verebilmek bazı insanlar için daha rahatlıkla yapılabilen bir durum iken, bazıları için oldukça zorlu bir süreçtir. Bu durumda kişilerin farklılığını etkileyen en önemli faktörlerden birinin anne-baba tutum farklılıkları olduğu düşünülür. Olumsuz ve sağlıksız tutumlara sahip anne babaların çocuklarında ileriki yaşlarda çeşitli ruhsal sıkıntılar hasıl olabilir (Pamuk, 2016).

Çocukların kişilikleri öncelikli olarak aileleri ve sonrasında yaşadığı/ bulunduğu sosyal evre dolayısı ile değişir (Kaya, 1997). Çocuğun sosyal çevresindeki insanlardan etkilenmesi, kişiliğinin şekillenmesine etki etmeleri için daha yakın temas içine girmesi gerekir; bu durum da çoğunlukla çocuğun 5., 6. yaşına doğru olur (Pamuk,

2016). Yani kişilik gelişiminde ilk ve en önemli olan anne-babaların tutumlarıdır. Ruh sağlığı ve psikopatoloji ile bireyin karakter, mizaç ve benliği arasında yakın bir ilişki vardır. Karakter, mizaç ve benlik de kişilik kavramının içerisinde bulunan ögelerdir. Tüm bu ögeler küçük yaşlarda oluşmaya başlar, ancak 20'li yaşlarda yani yetişkinlik döneminde kendini gösterir (Kaya, 1997). Bu anlamda bu çalışmanın da yetişkinler üzerindeki etkisinin görülebilmesi için uygulanması oldukça kıymetlidir.

2.3.2. Başlıca Anne-Baba Tutum Çeşitleri

Anne-baba tutumları dünya genelinde araştırmacılar tarafından farklı farklı sınıflandırılmıştır (Aktaş, 2011). Herkes tarafından net bir şekilde belirlenmiş ve kabul edilen bir sınıflandırma bulunmamaktadır. Anne-baba tutumlarının tüm araştırmacılar tarafından farklı şekilde isimlendirilmesi yahut sınıflandırılması durumunu Kulaksızoğlu (2014), her anne babanın etkileşiminin farklı olmasına bağlar. Anne babalar çok çeşitli olduğundan dolayı, anne baba tutumlarında da bu kadar çeşit olmasına şaşırılmamalıdır, der.

Baumrind (1971) kuramsal anlamda anne-baba tutumlarının öncüsüdür. Anne-baba tutumlarını üç ana grupta incelemiştir; bunlar demokratik, otoriter ve izin verici anne-baba tutumlarıdır. Maccoby ve Martin (1983) sonrasında duyarlılık ve kontrolçülüğü eklemiştir. Bunları da demokratik, otoriter, ilgisiz/izin verici (ihmkar/kayıtsız), izin verici (müsamahakar/aşırı hoşgörölü) şeklinde dört grupta incelemiştir. Yılmaz (2000)'ın geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı Lamborn ve diğerleri tarafından 1991 yılında geliştirilen Anne-Baba Tutum Ölçeği'nde daha farklı olarak kabul/ilgi, psikolojik özerklik ve denetleme (denetim) alt boyutları vardır. Kuzgun (1972) benzer bir ölçek geliştirip demokratik, otoriter, istekçi, ilgisiz, koruyucu ve reddedici olarak anne-baba tutumlarını 6 alt boyutla gruplandırmıştır. Sonrasında Kuzgun ve Eldeleklioğlu (2005) bu ölçeği revize edip Türkiye'de ergen ve genç yetişkinler için demokratik, otoriter ve koruyucu olmak üzere üç çeşit tutumdan bahsetmişlerdir. Bu zamana kadar bahsi geçen en etkili tutumlar genel olarak aşağıda incelenecektir.

2.3.2.1. Demokratik Anne-Baba Tutumu

Güven verici, hoşgörölü tutum olarak da adlandırılır (Tuzgöl, 1998). Çocuklarına karşı sevgi ve saygıyı dengeli şekilde barındırır. Bir sorun olduğunda bu sorunu karşılıklı iletişim kurarak bir çözüme oluşturmaya çalışır. Çocukları da söz hakkına sahiplerdir. Anne-baba destekleyicidir, çocuğun yeteneklerine ya da ilgilerine önem verir ve değerlendirmeye çalışır. Çocuk belli kurallar (otorite şeklinde baskıcı değil, daha esnek davranılabilecek kurallar) dahilinde özgürdür (Kaya, 1997; Kulaksızoğlu, 2014) ve zamanla kendi kararını kendi verir hale gelir. Dolayısı ile kişiliği de çok sağlıklı bir şekilde oluşur (Kaya, 1997).

Lamborn ve diğerleri (1991), demokratik anne-baba tutumuna sahip ebeveynleri olan kişilerin düşük oranda davranışsal sıkıntı ya da bozukluklara dayalı bir kişilik geliştireceğini söyler. Sezer (2010)'un kişiliğin gelişmesinde en ideal yaklaşım olarak nitelendirdiği anne-baba tutumu çeşitidir. Davranışlar tutarlıdır. Sorumluluk duygusunun gelişmesinde oldukça etkilidir. Kuzgun (1973), anne-baba tutumları demokratik ise bireylerin ileride psikolojik semptomlarının daha az olacağını dolayısı ile daha düşük oranda psikopatoloji belirtileri göstereceğini bildirmiştir.

2.3.2.2. Baskıcı/Aşırı Otoriter Anne-Baba Tutumu

Yaygın olarak kullanılan anne-baba tutumlarından (Aktaş, 2011). Anne-babalar çocuklarına hakim olma hakkında değer görmesi gereken bir durum olarak düşünür (Kulaksızoğlu, 2014). Baskıcı/aşırı otoriter anne-baba tutumunda ailede kurallar ve baskı hakimdir. Çocuk aileye teslim olmak, boyun eğmek durumunda kalır (Yörükoğlu, 1982; Kaya, 1997). Kuralların uygulanmaması halinde çocuk cezalara maruz kalabilir. Çocuk pasifize edilir. Ruhsal anlamda ileride en fazla sıkıntı çekebilecek gruptur (Kaya, 1997).

Diğer çocuklara göre daha çekingenlerdir (Yılmaz, 2000). Kendine güvenleri de düşük olur (Hanımoğlu, 2010; Biçkur, 2015). Kolay etki altında kalabilen, silik ve hassas bir yapıya sahip olurlar (Günalp, 2007; Yavuzer, 2011). Ancak aynı zamanda Kuzgun (1973) erkeklerde saldırganlık davranışlarının da normale göre fazla olduğunu bildirir.

Anne-baba çocuğa verilen sevgi konusunda yetersizdir. Çok samimi olmaz, araya mesafe koyar (Güenalp, 2007). Bireyler ileride duygularını kontrol edemeyebilir, ayrıca yersiz endişe ve korkulara sahip olabilirler (Tuzgöl, 1998). Nevrotik bir kişilik geliştirmelerine de katkıda bulunur (Kuzgun ve Eldeleklioğlu, 2005). Sağlıklı bir kişilik oluşumu zordur (Biçkur, 2015). Çocuğun bir düşüncesi, ilgisi, yeteneği olduğunu düşünmeksizin kendileri nasıl istiyor ve uygun görüyorsa çocuktan da bu şekilde davranışta bulunmasını sağlamak amacıyla üzerlerinde otorite kurmaya dayalı bir tutum şeklindedir. Çocuklar duygularını karşı tarafa göstermekte yetersiz olurlar (Sezer, 2010).

2.3.2.3. Koruyucu/İstekçi Anne-Baba Tutumu

Çocuğa karşı koruyucu, kollayıcılık durumunu normalden fazla, aşırıya giderek yaparlar (Kaya, 1997; Sezer, 2010; Mutallimova, 2014). Çocuk bu tutuma sahip anne-babanının yanında bağımlı olarak yetişir (Kaya, 1997; Yavuzer, 2011). İleriki yaşlarda özgürlük alanı gelişmez. Her şeyi anne-babası yaptığı için kendini yönetmekte ve kendine yetmekte zorluk çeker (Tuzgöl, 1998). Kişiliği bencil şekilde gelişir. İleride normalden aşırı, isyankar denebilecek davranışlarda bulunması muhtemeldir. Ebeveynler çocuğu hep koruma ihtiyacına sahip biri olarak görürler, bir anlamda bebesileştirirler (Hanımoğlu, 2010; Biçkur, 2015).

Toplumda iyi ve doğru ebeveynliğin aşırı koruyuculuk olduğu da düşünülür. Zorla yemek yedirilir, fazla fazla kıyafet giydirilir, gereğinden fazla çocuğun üzerine düşülür (Tuzgöl, 1998; Biçkur, 2015).

2.3.2.4. Tutarsız (Dengesiz/Kararsız) Anne-Baba Tutumu

Bazen otoriter, bazen çok rahatlardır (Kaya, 1997). Ya da anne ve baba kendi aralarında çocuğa karşı tutarsız davranışlarda bulunurlar (Tuzgöl, 1998). Bu da çocuğun psikolojik gelişimi için olumsuz bir tutumdur.

2.3.2.5. İlgisiz/İzin Verici (İhmalkar/Kayıtsız) Anne-Baba Tutumu

Sevgi, kontrol yetersiz ve hatta bazen hiç yoktur (Kaya, 1997; Yılmaz, 2000). Bir yaptırımda bulunmazlar, disiplin yoktur (Damar, 2015). Bu da çocuk için sağlıksız tutumlardan biridir. İleride saldırganlık davranışlarına neden olabilir (Tuzgöl, 1998).

2.3.2.6. Aşırı Hoşgörölü/İzin Verici (Müsamahakar) Anne-Baba Tutumu

Kontrol konusunda yetersizdir. İlgisiz/izin verici'den farklı olarak çocuklarına karşı sevgi gösterirler. Çocukların her istediğini yapan, otoriter anne-baba tutumunda çocuğun yaptığı boyun eğmeyi anne-babanın yaptığı bir tutumdur (Yılmaz, 2000). Çocukta saldırganlık davranışlarına neden olabilecek tutumlardandır; çünkü istedikleri olmadığı an agresifleşebilecek hale gelirler (Tuzgöl, 1998).

İlgisiz/izin verici anne-baba tutumu ve aşırı hoşgörölü/izin verici anne-baba tutumu; *çocuk merkezci tutum* olarak da adlandırılır. Bu çocuklar çoğunlukla ileride sabırlı davranamaz ve anlayış gösteremez davranışlarda bulunurlar (Tuzgöl, 1998). Dışarıya karşı sosyal olarak uyumları da daha zayıftır (Aktaş, 2011).

2.3.3. Anne-Baba Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Anne-baba tutumu ve demografik faktörler kişilerin ruhsal durumunda etkilidir. Ayrıca demografik değişkenler, anne-baba tutumlarında da etkilidir (Mutallimova, 2014). Bu bölümde anne-baba tutumlarını etkileyen bazı faktörler incelenecektir.

1) Çocuğun cinsiyeti: Ebeveynler çocuklarının cinsiyetlerine göre toplumsal faktörlerin de etkisi ile farklı tutumlar sergileyebilirler (Biçkur, 2015). Bunun dışında beklentiye dair de anne-baba tutumunun değişikliği söz konusu olabilir. Ebeveyn, çocuk doğmadan önce cinsiyete dair bir beklentiye sahipse ve bu gerçekleşmediyse çocuğa karşı daha reddedici bir tutum içerisine girebilirler. Beklentileri gerçekleşir ise sağlıklı tutum içeren davranışlarda bulunabilirler (Çağdaş & Seçer, 2004). Türk örnekleminde ergenlere yönelik yapılan bir çalışma neticesinde de kız çocuklarına karşı anne-babaların daha baskıcı bir tutum içerisinde oldukları saptanmıştır (Mutallimova, 2014). Karşıt olarak bir başka çalışma da anne ve babaların kız çocuklarına oranla erkek çocuklarına daha otoriter bir tutum sergilediklerini bulmuştur (Alabay, 2017).

2) Ailenin sosyo-ekonomik durumu: Aşırı baskıcı ya da gevşek tutuma sahip olan anne-babaların ileride çocukların eşleriyle olumsuz yönde bir yaşam süreceğini ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde anne-baba tutumunun olumsuz bir etkileşimde olacağını bildirmiştir (Yavuzer, 2011). İmamoğlu & Gültekin (1993) ise yaptıkları bir araştırma sonrası Türkiye’de sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan anne-babaların çocukların özgürlüklerine ve öz yeterliliklerini sağlayabilmelerine, orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanların ise sadakat ve itaate daha çok önem verdiklerini saptamışlardır. Çocuklara yönelik yapılan bir başka çalışmada; aylık gelir düzeyi 2.000 TL ve üzeri olan ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumları, aylık geliri daha düşük olan ebeveynlere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). Yine çocuklara yönelik olan bir başka çalışmada da öğrencilerin algıladıkları ebeveyn tutumlarının gelir düzeyine göre değiştiği saptanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça demokratik, azaldıkça otoriter anne-baba tutumu algılanmaktadır (Alpoğuz, 2014).

3) Çocuğun yaşı ve kardeşler arasındaki doğum sırası: Örneğin ilk çocuğa yaşından çok daha büyükmüş davranması beklenir ya da en küçük çocuğa gereğinden çok daha fazla özgürlük sağlanır, yaptığı yanlışlara çok daha fazla göz yumulur. Bunun dışında tek çocuk olanlar aileleri tarafından aşırı koruyucu (istekçi) ya da aşırı müsamahakar (hoşgörülü) tutumlara dair davranışlarda bulunabilir (akt. Pamuk, 2016). Üçüncü çocuk ya da son çocuk çoğunlukla daha özgür şekilde yetişir. İlgi ve yetenekleri doğrultusunda desteklenen çocuklar arasındaki fark da birincinin toplum normlarına göre, ikincinin ise daha itidalli ve orta yollu bir yaklaşımla desteklendiği yönündedir (Biçkur, 2015).

4) Çocuk sayısı: Ebeveynlere yönelik yapılan bir çalışmada; iki çocuğa sahip olan anne-babaların aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun, tek çocuğa sahip olanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu bildirilmiştir (Aydoğdu & Dilekmen, 2016).

5) Anne-babanın eğitim durumu: Eğitim düzeyi yüksek olan aileler, çocuklarına daha demokratik anne-baba tutum özelliklerini sergilerken, eğitim düzeyi düşük olan ailelerde baskıcı/otoriter anne-baba tutum özellikleri görülür (Şanlı, 2007).

Yapılan bir başka çalışma sonucunda da; önlisans mezunu anne-babaların demokratik ebeveyn tutumlarının ortaokul mezunlarına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yine aynı çalışmada; ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve önlisans mezunu anne-babaların aşırı koruyucu ebeveyn tutum puanlarının lisans ve lisansüstü mezunu ebeveynlerden anlamlı şekilde yüksek çıktığı belirtilmiştir. Yani aşırı koruyucu tutumda eğitim seviyesi yükseldikçe aşırı koruyucu tutumların da yükseldiği görülmüştür (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). 4-6 yaşlarında çocukları olan ebeveynlere yönelik yapılan bir başka çalışmada; eğitim durumu ilkokul/okuryazar olan anne-babaların lise, ön lisans ve lisans mezunu olanlardan daha otoriter bir tutuma sahip oldukları; ilkokul/okuryazar öğrenim düzeyindekilerin lise mezunu ebeveynlerden daha çok izin verici tutuma sahip oldukları belirtilmiştir. Eğitim durumu ilkokul/okuryazar olan ebeveynlerin ayrıca ön lisans ve lisans düzeyindeki anne-babalardan daha fazla aşırı koruyucu tutumda bulundukları; lise mezunu olanların ise ön lisans ve lisans düzeyinde öğrenim görmüş olanlardan daha fazla aşırı koruyucu tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Sak ve diğerleri, 2015).

6) Anne babanın kendi yetişme tarzı: Çocuklarda anne-baba tutumları ne kadar etkiliyse anne-babalarının kendi ebeveynleri tarafından algıladıkları anne-baba tutumu yani kendi yetişme tarzları da o kadar etkilidir (Pamuk, 2016).

7) Ebeveynin çalışması: Annenin çalışması durumunda çocuğa asıl bakım veren kişi değişir, dolayısı ile bu durum anne-çocuk arasındaki ilişkiyi de daha farklı bir hale getirir (Cüceloğlu, 2002). Sadece anne olarak değil ebeveynlerin çalışma durumu değişkeninin incelenmiş olan bir çalışma neticesinde ise; çalışan ebeveynlerin otoriter tutumlarının, çalışmayan ebeveynlere nazaran anlamlı şekilde düşük olduğu gözlemlenmiştir. (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). Küçük çocukları olan anne-babaların ebeveyn tutumlarını değerlendiren bir başka çalışmada da çalışmayan ebeveynlerin, çalışan anne-babalara göre daha koruyucu bir tutum içerisinde oldukları belirtilmiştir (Alabay, 2017).

8) Kültürel faktörler: Toplumda var olan kültürel değerler, çocuk yetiştirmede çok büyük bir etkidir (Kulaksızoğlu, 2014).

Bunlar dışında Pamuk (2016), anne-baba tutumlarını etkileyen faktörlerde ayrıca anne-babanın ruh sağlığı ve ebeveynlerin anne-baba tutumu ile ilgili bilgilerinin etkisinden; Biçkur (2015) anne-babanın çocuk algısının etkisinden; Aydoğdu ve Dilekmen (2016) ise evde süregelen hastalıklı bir kişinin bulunma durumunun etkisinden; Sak ve diğerleri (2015) anne-babaların yaşadıkları bölgenin ve evlendikleri yaşın etkilerinden bahsetmişlerdir.

2.3.4. Anne-Baba Tutumları ile İlgili Araştırmalar

Psikoloji araştırmaları içerisinde en fazla merak edilen ve irdelenen konulardan biri ailenin, kişilerin gelişim sürecindeki ve sonrasındaki etkileridir. Anne-baba tutumlarına yönelik araştırmalarda Batı’da yaklaşık 40 yıllık bir geçmiş vardır; ancak Türkiye’de çok kısıtlı miktarda araştırma vardır (Yılmaz, 2000). Ayrıca çoğu anne-baba tutumu içerikli çalışma çocuk ve ergenler üzerinden araştırılmıştır. Bu bölümde çocuktan ziyade ergen ve genç yetişkinler üzerine yapılan bazı çalışmalar incelenmiştir.

Kaya (1988)’nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre anne-babalarının tutumlarını demokratik olarak algılayanlar; otoriter, koruyucu ve ilgisiz olarak algılayanlardan ziyade daha yüksek benlik saygısına sahiplerdir. Otoriter ve baskıcı tutuma sahip anne-babalar, çocuklarının benliklerinin yeteri kadar gelişmemesine yahut benlik saygısının düşük olmasına neden olurlar. Farklı bir çalışmada da itici tutumlarda bulunan anne-babaların çocuklarının ise kendilerini değersiz hissettikleri bildirilmiştir (Geçtan, 1986).

Anne-baba tutumu sosyal ilişkiler bakımından da bir temel oluşturur (Aydoğdu & Cam, 2013). Aile ve sosyal çevreyle olan tüm yaşantı ve ilişkiler kişinin kendini algılamasında etkindir. Ergenler üzerinde yapılan bir çalışma neticesinde demokratik anne-baba tutumuna sahip ailelerdeki ergenlerin kendini algılamada daha iyi oldukları belirtilmiştir (Sezer, 2010). Atılgan (2012), ergenlerde kaygının koruyucu/istekçi anne-baba tutumu ile ilişkili olduğunu, demokratik tutum ile ise negatif bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Saydam ve Gençöz (2005) ise problemli davranışlara sahip ergenlerin baskıcı/otoriter anne-baba tutumlarıyla ilişkisini saptamışlardır (akt. Mutallimova,

2014). Mutallimova (2014), lise öğrencileri üzerinde bir çalışma yapmıştır. Türk toplumunda kız çocuklara karşı daha baskıcı bir tutum söz konusu olduğunu söylemiştir.

Psikopatolojik açıdan örneğin Özbaran, Tamar, Yüncü, Bildik, Demirel, ve Erermiş, S. (2009); gençlerde otoriter/baskıcı anne-baba tutumu ile depresyonun ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. 18 yaş ve üzeri olarak Pamuk (2016), sağlıklı bir psikoloji için çok etkili olan kendini toplama gücü ile ilgili üniversite öğrencileri üzerinde bir çalışma yapmıştır. Öğrencilerde demokratik ve otoriter anne-baba tutumuna sahip ailelerin çocuklarının kendini toplama gücünün daha yüksek olduğu; yani psikolojik olarak çok daha sağlam olduklarını bildirmiştir. Ancak başka araştırmalarda otoriter tutum ile alakalı daha farklı sonuçların da çıktığı görülmüştür. Örneğin saldırganlık davranışının daha yüksek olması (Kuzgun, 1973) ve hatta ruhsal anlamda aslında sıkıntı yaşayabilecek grup olduğu belirtilmiştir (Kaya, 1997). Anne-babanın davranışları özellikle çocukların duygulanım ve duygusal sıcaklıklarını/yakınlıklarını ifade etmede oldukça ilişkilidir. Çocukta sağlıklı bir gelişim için aşırı korumacılık, kontrol ve eleştiriden kaçınmak gerekir. Reddeden ve kontrolcü aile stilleri pek çok psikopatoloji formlarıyla benzerlik gösterir. Reddedilen ya da eleştirel tutumlarla ebeveyn kontrolü ya da aşırı korumacılık anksiyete bozuklukları ve depresyonla ilişkilendirilmiştir. Özellikle anksiyete ve kontrolcü aileler arasında güçlü ilişkiler bildirilmiştir. (Alonso et al., 2004).

Türk öğrencilerine yapılan bir araştırma neticesinde Türklerin anne-babalarına karşı daha bağımlı ve otoriteye uyumlu oldukları saptanmıştır (Kuzgun, 1973). Yavuzer (1996) de geleneksel Türk ailelerinde otoriter ve koruyucu anne-baba tutumunun baskın, çocukların çoğunlukla pasif ve uysal, ödül/ceza sistemine alışkın olduklarını belirtmiştir.

2.3.5. OKB, PB ve Anne-Baba Tutumları ile İlgili Araştırmalar

Çocuğun psikolojik durumu anne-babanın tutumları ile ilişkilidir (Steinberg, 2001). Bowly (1973), çocukluk çağında ebeveynlerin yönelimlerinin, yani tutumlarının önemini psikopatoloji ve ruh sağlığı ile bağdaştırmıştır. Ayrıca ruh sağlığı ile psikopatolojiyi “çatallanarak birbirinden ayrılan raylar” şeklinde açıklamıştır. Çocuklarıyla soğuk bir ilişkisi olan anne-babalara ya da destekleyici olmayan, reddedici ebeveynlere sahip kişilerin, toplumdaki çoğunluktan ayrılarak ruh sağlıkları açısından

daha sıkıntılı ve riskli bir yöne evrilebileceklerini, bunun da psikopatolojik bir bozukluğa sebebiyet vereceğini söylemiştir (Bowly, 1988).

Çocukluk dönemi ile ilgili bazı araştırmalarda; koruyucu/istekçi tutumda bulunan ebeveynlerin çocuklarının, demokratik tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarından çok daha fazla obsesif kompulsif belirti gösterdiği bildirilmiştir (Kurul, 2017). Ersin (2017), aşırı koruyucu ve istekçi/beklentili ebeveynlerin çocuklarında oluşan kaygının saplantıları meydana getirdiğini söylemiştir.

Şimdiye kadar erken dönem ebeveyn davranış ve tutumları ile OKB'nin gelişimi ile ilgili çok fazla sayıda çalışma yapılmamıştır. Hoover & Insel (1984) ve Rasmussen & Tsuang (1984) eski yılların çalışmalarında ebeveynlerin davranışlarının OKB'ye ya da OKB semptomlarının oluşumuna yönelik kesin bir anlaşıma olmadığını iletmışlerdir (akt. Alonso ve diğerleri, 2004). Bazı çalışmalarda, OKB'li bireylerin sağlıklı bireylere göre ailelerinden daha az duygusal sıcaklık aldığı ve OKB'li bireylerin anne-babalarının daha korumacı ve reddedici tutuma sahip olduklarından bahsedilmiştir (akt. Alonso et al, 2004). Ancak doğal olarak sonuçlar her daim çok destekleyici çıkmamış, anlamlı farklılık bulunmayan çalışmalar da var olmuştur. Genellikle çalışmalar ile ilgili en büyük kısıtlılık da araştırılan grubun sayısı olmuştur.

Anne-baba tutumuna benzer olarak çocuk yetiştirme pratiklerinin OKB hastaları (40 kişi) ve tanı almamış bireylerdeki (40 kişi) farklılığını gözlemleme amaçlı bir çalışma yapılmıştır. OKB'de aileler tarafından reddedilme yüksek çıkmış; ancak aşırı koruma ve duygusal yakınlık/uzaklık ile ilgili anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. OKB tanısı almış bireylerin; ailelerini aşırı koruyucu, çocuklarına karşı aşırı kontrolcü ve eleştiri odaklı olarak gördükleri belirtilmiştir. (Alonso et al.,2004). Alonso ve diğerleri (2004) makalelerinde, OKB tanısı almış ve tanı almamış bireylerle ilgili bazı uluslararası çalışmaları da aktarmışlardır. Bunlar: OKB'li bireylerin aşırı korumacı anne babalara sahip olması; (Hafner, 1988; Merkel et al., 1993; Turgeon et al., 2002); daha az bakım görmeleri (Hoekstra et al., 1989) ve farklı olarak anlamlı bir farklılık olmaması (Vogel et al., 1997) ile ilgili çalışmalar şeklinde özetlemişlerdir.

Frost, Steketee, Cohn, & Griess (1994), OKB belirtileriyle babaların daha eleştirel olma durumlarını ilişkilendirmişlerdir. Bunun yanında başka bir çalışmada ise, OKB

tanısı almış kişiler ve tanı almamış bireyler arasında incelenen ebeveyn eleştireliliğinde anlamlı bir fark olmadığını da bulunmuştur (Frost ve Steketee, 1997).

OKB tanısı almış ve tanı alamamış bireyler arasında direkt olarak anne-baba tutum farklılıkları değil, anne-baba tutumlarında var olan şemalara yönelik yapılan bir çalışmada OKB için en belirgin ve patolojiye zemin hazırlayan şemaların: dayanıksızlık, karamsarlık ve sosyal izolasyon olduğu gözlemlenmiştir (Karahan, 2006).

Bowly tarafından geliştirilen “Bağlanma Kuramı” da anne-baba tutumu için destekleyici nitelikte bir teoridir. Ebeveynler tarafından oluşturulan bağlanma, anne-baba tutumlarını içerir. Bağlanma kuramına göre; anne-baba ile kurulan bağ ileriki dönemlerde bireyin gelişimi için çok etkilidir (Bowly, 1969). Sümer, Ünal, Selçuk, Kaya, Ruhcan ve Çekem (2009) bu bağlamda OKB ve PB tanısı almış kişileri birlikte olarak inceleyen bir çalışma yapmışlardır. OKB ve PB tanısı almış bireylerin tanı almamış kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde bir bağlanma kaygısına sahip oldukları görülmüştür.

Turgeon, O’Conner, Marchand ve Freeston (2002) da 43 OKB, 38 agorafobili panik bozukluk ve 120 anksiyeteli olmayan bireyler ile aile davranışlarına yönelik bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma sonucunda anksiyeteli bireylerin ailelerini daha korumacı olarak belirttikleri görülmüştür. Bu bağlamda OKB ve panik bozukluk gibi anksiyeteye dayalı hastalıklarda aşırı korumanın bir risk faktörü olabileceğinden bahsetmişlerdir.

Silove ve Manicavasagar (2016), paniğin 3 nedeni olduğundan bahseder. Bunlar: yaradılış bakımından hassaslık, dış faktör tetikleyicileri, atakları devam ettiren (sürengenleştiren) etkenler. Hassasiyet hayatın ilk evreleriyle ilişkilidir çoğunlukla. Agorafobisi olan insanlar oldukça soğuk ilişkiler içerisinde olan ve destekleyici olmayan ailelerde büyüdüklerini/yaşadıklarını bildirirler. Güvensizlik hisseden, ailelerinden bu şekilde bir destek alamamış çocukların ileride panik bozukluğa sahip olabildikleri aktarılmıştır. Yine çocuklukta yoğun bir şekilde ayrılık kaygısı yaşamış çocukların ileride panik bozukluk geliştirebildikleri iletilmiştir. Benzer şekilde Şahin ve Erdoğan (2016) bir şekilde temel güven duygusu zarar görmüş bir bireyin paniğe de çok daha yakın olduğunu söylemiştir. Sürekli olarak anne-babası tarafında engellenen çocukların temel güven duygusu da yeteri kadar gelişmez. Her olayı bir tehlike olarak

kodlayabilir. Şahin ve Erdoğan, kendilerine gelen panik atağına sahip kişilerin %80'inin yanında biri ile geldiklerini söyler. Bu kişiler onları koruyucu gibilerdir. Bazı panik bozukluğu olan insanlar evden çıkamaz, uzak bir yere gidemez; bunların hepsinde yine çocuğun temel güven duygusunun sarsılmış ya da gelişmemiş olmasının etkisi olduğunu bildirirler. Benzer şekilde Kennerley (2017) de geçmişte yaşanan güvensizlik durumları, gelecekte de stresli ya da tehlikeli denebilecek olumsuz durumları çocukluktaki gibi gözde büyüterek kişileri daha çabuk alarm durumuna sürükleyebilir, bu da PB'nin kişide ortaya çıkışını tetikleyebilir demiştir. Bunun yanında çocukluğunda stresli olan birinin erişkinlik döneminde de muhtemelen diğer insanlara karşı daha strese açık bir hale geleceğini; sosyal desteğin -ki küçükken anne-baba tutumu- ne kadar etkinse kişinin olumsuzluklara karşı hassasiyetinin de bir o kadar azaldığını bildirmiştir. Aşırı koruyucu anne-babaların çocuğun korkularıyla ve karşılaçakları olumsuz duygu ve durumlarla yüzleş(e)memelerine, tek başlarına bir savunma stratejisi geliştire(e)memelerine neden olduğunu da eklemiştir.

De Rutter (1994) aşırı korumacı ve reddedici ailelerle agorafobi arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir (akt. Alonso et al, 2004).

Bandelow ve diğerleri (2002) olası etiyolojik faktörlere dayanarak bir çalışma yapmışlardır. Bandelow ve diğerlerinin yapmış olduğı çalışmada anne baba tutumlarına yönelik sonuçlar incelenecek olursa, hiçbir psikiyatrik tanı geçmişi olmayan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında PB tanısı almış bireylerin anne-babalarının daha kısıtlayıcı/engelleyici ve çocuklarına karşı daha az sevgi içerikli bakım ve dikkate sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Çocuklarıyla az ilgilenmiş ya da hiç ilgilenmemiş anne babaların çocuklarında PB gelişme ihtimali yüksek olabilir. Az ilgilenilen ya da hiç ilgilenilmeyen bireyler küçük yaştan itibaren hep kendi ayakları üzerinde durmak zorunda kalmış ancak anne-baba güveninden de yoksun kalmış olur. Ve bunun ileri yaşlarda sürmesi PB'yi tetikleyebilir. Tam tersi olarak çocuklarıyla aşırı derecede ilgilenen, fazlaca koruyucu anne-babalar tarafında yetişmiş bireylerin ileride PB olma ihtimalleri daha yüksektir. Aslında yine temel Silove ve Manicavasagar (2016)'ın da bahsettiğı güven duygusudur; çünkü aşırı otoriter ve kollayıcı bir ailede yetişen bireyler ileride de korunmak isteyip en ufak streste PB geliştirebilecek hassasiyeti kazanmış olacaktır. Dolaylı olarak "dünya tehlikeli ve ben kendimi koruyamam" düşüncesiyle yetişen bir çocuğun erişkinlik

dönemlerinde PB geliştirmesi çok daha muhtemeldir. Aşırı denetleyici ve eleştirel olan anne-babalar tarafından yetiştirilen çocuklar için de PB gelişimi oldukça mümkündür. Sürekli eleştiriye maruz kalmaları dolayısı ile her yaptıklarında bir şüphe duyma ihtimalleri vardır, bu da kendilerine güven duymamalarına neden olabilir. Aynı zamanda stres ve sıkıntılara karşı yeterli baş etme yöntemlerini de geliştiremeyebilirler. Bu şekilde yetişen kişilerin de erişkinlik döneminde PB yaşama ihtimalleri oldukça yüksektir (Köroğlu, 2017).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı, modeli, hipotezleri, evren ve örnekleme, uygulama (işlem) kısmı ve kullanılan veri toplama araçları hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; anne-baba tutumlarının psikopatoloji türlerinden obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluk ile bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış ve ilaç kullanmamış kişiler arasında bir farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi ve bazı sosyodemografik özelliklerle bir ilişkisi olup olmadığının Türk örnekleminde araştırılması şeklindedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışmada, araştırma konusuna ilişkin hipotezleri incelemek amacı ile katılımcılara kişisel bilgi formu ve Anne-Baba Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada, betimsel tarama modeli esas alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: OKB tanısı almış, PB tanısı almış ve tanı almamış kişiler arasında anne-baba tutumları açısından anlamlı bir farklılık var mıdır?

H2: Anne-baba tutumları; OKB tanısı almış, PB tanısı almış ve/veya tanı almamış kişilerde sosyodemografik bir farklılık gösterir mi?

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın veri toplama süreci Temmuz 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Bu çalışma, üç grup (OKB, PB ve tanı almamış) üzerinden oluşturulmuştur. Çalışmada tanı almış bireyler için araştırma merkezi olarak İstanbul Nöropsikiyatri (NP Beyin) Hastanesi Feneryolu Polikliniği belirlenmiştir. Bu kapsamda

İstanbul Nöropsikiyatri (NP Beyin) Hastanesi'nden gerekli olan kurum izin belgesi alınmıştır.

Çalışmaya 18 yaş ve üzeri obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış 30 (15 kadın, 15 erkek), panik bozukluk tanısı konulan 30 (16 kadın, 14 erkek) ve bugüne kadar hiçbir psikiyatrik tanı almamış ve psikiyatrik herhangi bir ilaç kullanmamış 40 (22 kadın, 18 erkek) kişi olmak üzere toplamda 100 kişi katılmıştır.

OKB ve PB tanısı almış hasta grubunda işleme ölçütleri:

- 1) 18 yaş ve üzerinde olmak
- 2) Psikiyatrist ve psikologlar tarafından ilgili psikiyatrik tanıyı almış olmak
- 3) Okur-yazar olmak
- 4) Araştırma için kişisel onay vermiş olmak

Tanı almamış grupta alınma/işleme kriterleri:

- 1) 18 yaş ve üzerinde olmak
- 2) Bugüne hiçbir psikolog ya da psikiyatrist tarafından herhangi bir psikiyatrik tanı almamış ve herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamış olmak
- 3) Okur-yazar olmak
- 4) Çalışma için onay vermiş olmak

Sayıtlar:

- 1) Psikiyatrist ve psikologların gerekli incelemeleri ve terapi seanslarını yaparak belirlediklerini tüm tanı değerlendirmeleri ve yönlendirmeleri yeterli ve güvenilirlerdir.
- 2) Anne-Baba Tutum Ölçeği, Türkçeye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak bilimsel anlamda kullanılmak üzere geçerli ve güvenilirlerdir.
- 3) Bireyler kendilerine verilen veri toplama araçlarını içten ve objektif bir şekilde cevaplamışlardır.

3.5. UYGULAMA (İŞLEM)

Tanı alan kişiler için anketler, belirli gün ve saat olmaksızın, İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne gelen ve ayakta tedavi görmekte olan hastalarla tamamlanmıştır. Polikliniğe gelen hastalar, poliklinikte çalışmakta olan psikiyatri uzman hekimleri ve psikologlar tarafından DSM-V tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiş; ve anketler, psikolog ve/veya psikiyatrist terapi seansları sonrasında psikiyatrist ve psikologların bilgisi ve yönlendirmesi dahilinde, başlarında araştırmacı bulunarak hastaların kendileri tarafından doldurulmuştur. Anketlerin doldurulması süresi 15 dakika ile aşırı mükemmeliyetçi ve detaycı olan nadir OKB hastaları tarafından 1-1.5 saati bulduğu olmuştur.

Psikolojik hiçbir bozukluk tanısı almamış ve herhangi bir psikiyatrik ilaç almamış kalan 40 kişi ise seçkisiz, rastgele bir şekilde seçilmiştir.

Çalışmaya katılmadan önce tüm katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilerek, projenin etik kurul başvuru dosyasında ve bu çalışmanın ekler kısmında da birer örneği bulunan Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından belirlenmiş ve araştırmacı tarafından kişiselleştirilmiş “bilgilendirilmiş gönüllü olur formu” anlatılıp, okutulup, imzalatılmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma grubuna kişisel bilgi formu ve Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) uygulanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, hipotezlerde incelenilmesi istenen bilgiler dahilinde araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin hepsine doldurtulmuştur.

Kişisel bilgi formunda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne-babanın hayatta olup olmadığı, anne-babanın birlikte olup olmadığı, annenin ve babanın ayrı ayrı eğitim durumları, kardeş sayısı, kardeşler arasında doğum sırası, gelir düzeyi ve daha önce yahut şimdi herhangi bir psikiyatri ilaç kullanma ve psikiyatrik tanı alıp almadığının bilgileri yer almaktadır.

3.6.2. Anne-Baba Tutum Ölçeği

Araştırmada Kuzgun tarafından geliştirilen ve sonrasında Kuzgun ve Eldeleklioğlu (2005) tarafında revize edilerek günümüzdeki kullanımına erişen Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) kullanılmıştır. Ölçeğin 3 adet alt boyutu vardır; bunlar demokratik, otoriter ve istekçi/koruyucu anne-baba tutumlarıdır (Aktaş, 2011).

1972'de Kuzgun tarafından; demokratik, otoriter, istekçi, ilgisiz, koruyucu ve reddedici şeklinde 6 alt boyutu olan 120 maddelik (Pamuk (2016)'ya göre bir 119 maddelik) bir ölçek olarak tasarlanmıştır. 1992-1993 yılları arasında ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Gazi Üniversitesi İdari Bilimler Fakültesi üniversite öğrencileri üzerinde uygulanarak yapılmıştır (Pamuk, 2016; Oğuz, 2016). Eldeleklioğlu tarafından geçerliği hesaplanırken uygulanan faktör analizleri neticesinde reddedici ve ilgisiz alt boyutlarının yeterli ayrımı sağlayamadığı görülmüş ve koruyucu ve istekçi alt boyutların da birleştirilmesinin uygun olacağı kararına varılmıştır (Çelik, 2000). Ölçeğin revizyon sonucunda şimdiki hali olan toplam 40 maddeye; demokratik (15 madde), otoriter (10 madde) ve istekçi/koruyucu (15 madde) olmak üzere de üç alt boyuta karar verilmiştir (Pamuk, 2016; Oğuz, 2016).

Ölçeğin test-tekrar test (test-re test) güvenirlik hesaplamasında Pearson Momentler korelasyon katsayıları; demokratik tutum alt boyutu için 0.92, otoriter tutum alt boyutu için 0.79 ve koruyucu/istekçi tutum alt boyutu için 0.75 olarak saptanmıştır (Pamuk, 2016). Ölçeğin güvenirlik çalışması sonrası iç tutarlılık katsayıları Cronbach Alfa formülüyle hesaplanmış ve korelasyon katsayıları demokratik alt boyutu için 0.89, otoriter alt boyutu için 0.78 ve koruyucu/istekçi alt boyutu için 0.82 olarak çıkmıştır (Çelik, 2000; Kuzgun ve Bacanlı, 2005; Aktaş, 2011). Ölçekler arası korelasyon katsayıları da demokratik ve koruyucu-istekçi arasında -0.13, demokratik ve otoriter alt boyutları için: -0.64 ve son olarak otoriter ve koruyucu/istekçi alt boyutları için -0.36 olarak bulunmuştur (Aktaş, 2011).

Ölçek likert tipi derecelendirme ile ölçülmektedir. Bunlar 5 (tamamen uygun), 4 (çok uygun), 3 (biraz uygun), 2 (pek uygun değil) ve 1 (hiç uygun değil) şeklindedir (Aktaş, 2011; Oğuz, 2016). Her alt boyut anne-baba tutumu için puanlandırmalar ayrı ayrı yapılmaktadır (Sezer, 2010). 15'er maddeden oluşan demokratik ve istekçi/

koruyucu anne-baba tutumu alt boyutları için alınabilecek en yüksek puan 75 iken 10 maddeden meydana gelen otoriter anne-baba tutumu alt boyut için 50'dir (Aktaş, 2011).

Ekler kısmında da bir örneği bulunan anne-baba tutum ölçeğinde demokratik anne-baba tutumunu ölçmek için belirlenmiş maddeler; güven ve sevgi duygusu verme (1. madde), fikrini almaya özen gösterme (7. madde) gibi içerikler barındıran 1., 2., 6., 7., 13., 14., 15., 20., 21., 22., 29., 30., 36., 37. ve 39. maddelerdir. Otoriter anne-baba tutumunu ölçmek için belirlenmiş olan maddeler her zaman kusur görme (3. madde), ilişkinin resmi olması (5. madde) gibi özellikleri belirten 3., 5., 8., 12., 16., 23., 31., 35., 38. ve 40. maddelerdir. Koruyucu/istekçi anne-baba tutumu için ise her zaman koruyup kollamaya çalışma (4. madde) gibi maddeler olan 4., 9., 10., 11., 17., 18., 19., 24., 25., 26., 27., 28., 32., 33. ve 34. maddeler belirlenmiştir (Aktaş, 2011; Oğuz, 2016).

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmış ve sonuçlar %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada, anne baba tutumlarının normal dağılımı basıklık ve çarpıklık katsayısı ile incelenmiştir.

Tablo 1: Anne-Baba Tutumlarının Normal Dağılımı için Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

	n	Min.	Maks.	Ort.	ss	Çarpıklık	Basıklık
Demokratik Anne Baba Tutumu	100	20	75	51,94	14,06	-,309	-,773
Otoriter Anne Baba Tutumu	100	10	44	23,08	8,51	,652	-,325
Koruyucu/İstekçi Anne Baba Tutumu	100	16	69	36,37	11,39	,318	-,415

Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld & Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins & Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Analiz sonucunda puanların basıklık ve çarpıklık değerlerinin istenen aralıkta olduğu belirlenmiş ve çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda karşılaştırma analizleri t testi ve

ANOVA testi ile yapılmıştır. ANOVA testinde anlamlı fark çıkması durumunda ikili karşılaştırma TUKEY testi ile yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR VE YORUM

Çalışmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular ve bulgulara dayalı olarak açıklamalar yer almaktadır.

Tablo 2: Örneklemi Oluşturan Bireylerin Tanı Dağılımı

		n	%
Tanı	OKB	30	30,0
	Panik Bozukluğu	30	30,0
	Tanısız	40	40,0
	Toplam	100	100,0

Araştırmaya dahil olanların %30'u OKB tanısı almış, %30'u panik bozukluğu tanısı almış, %40'ı ise tanı almamış bireylerdir.

Tablo 3: Bireylerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	15	50,0	16	53,3	22	55,0	53	53,0
	Erkek	15	50,0	14	46,7	18	45,0	47	47,0

OKB tanısı alanların %50'si kadın, %50'si erkek; panik bozukluğu tanısı alanların %53,3'ü kadın, %46,7'si erkek ve hiç tanı almayanların %55'i kadın, %45'i erkektir.

Tablo 4: Bireylerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	35 yaşından küçük	16	53,3	15	50,0	29	72,5	60	60,0
	35 ve daha büyük	14	46,7	15	50,0	11	27,5	40	40,0

OKB tanısı alanların %53,3'ü 35 yaşından küçük, %46,7'si 35 ve daha büyük yaştadır. Panik bozukluğu tanısı alanların %50,'si 35 yaşından küçük, %50'si 35 ve daha büyük yaştadır. Tanı almayan kişilerin %72,5'i 35 yaşından küçük, %27,5'i 35 ve daha büyük yaştadır.

Tablo 5: Bireylerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Medeni Durumu	Bekar/Boşanmış/Diğer	19	63,3	15	50,0	25	62,5	59	59,0
	Evli	11	36,7	15	50,0	15	37,5	41	41,0

OKB tanısı alanların %63,3'ü bekar, boşanmış ya da eşini kaybetmiş; %36,7'si evlidir. Panik bozukluğu tanısı alanların %50,0'si bekar, boşanmış ya da eşini kaybetmiş; %50,0'si evlidir. Tanı almayanların %62,5'i bekar, boşanmış ya da eşini kaybetmiş; %37,5'i evlidir.

Tablo 6: Bireylerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim Durumu	Lise ve altı	11	36,7	12	40,0	7	17,5	30	30,0
	Önlisans	13	43,3	10	33,3	15	37,5	38	38,0
	Lisans ve üstü	6	20,0	8	26,7	18	45,0	32	32,0

OKB tanısı alanların %36,7'si lise ve altı bir okul mezunu, %43,'ü önlisans mezunu ve %20'si lisans ve üstü mezunudur. Panik bozukluğu tanısı alanların %40,0'ı lise ve altı bir okul mezunu, %33,3'ü önlisans mezunu ve %26,7'si lisans ve üstü mezunudur. Tanı almamış kişilerin %17,5'i lise ve altı bir okul mezunu, %37,5'i önlisans mezunu ve %45'i lisans ve üstü mezunudur.

Tablo 7: Bireylerin Anne Babalarının Hayatta Olup Olmama Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Anne Babanız	İkisi de hayatta	22	73,3	20	66,7	32	80,0	74	74,0
	Sadece anne hayatta	5	16,7	6	20,0	3	7,5	14	14,0
	Sadece baba hayatta	2	6,7	1	3,3	3	7,5	6	6,0
	İkisi de hayatta değil	1	3,3	3	10,0	2	5,0	6	6,0

OKB tanısı alanların %73,3'ünün, panik bozukluğu tanısı alanların %66,7'sinin ve tanı almayanların %80,0'inin anne ve babasının ikisi de hayattadır.

Tablo 8: Bireylerin Anne Babalarının Birlikte Olup Olmama Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Anne Babanız	Birlikte	29	96,7	26	89,7	38	95,0	93	93,9
	Boşanmış/Ayrı	1	3,3	3	10,3	2	5,0	6	6,1

OKB tanısı alanların %96,7'sinin, panik bozukluğu tanısı alanların %89,7'sinin ve tanı almayanların %95,0'inin anne ve babası birlikte.

Tablo 9: Bireylerin Annelerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Annenizin Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	3	10,0	4	13,3	3	7,5	10	10,0
	Okur Yazar	7	23,3	8	26,7	9	22,5	24	24,0
	İlkokul	6	20,0	7	23,3	11	27,5	24	24,0
	Ortaokul	8	26,7	5	16,7	12	30,0	25	25,0
	Lise	4	13,3	5	16,7	3	7,5	12	12,0
	Önlisans	2	6,7	1	3,3	1	2,5	4	4,0
	Lisans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Yüksek Lisans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Doktora ve Üstü	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	1,0

OKB tanısı alanların %26,7'sinin annesi ortaokul mezunu ve tanı almayan kişilerin %30'unun annesi ortaokul mezunu iken panik bozukluğu tanısı alan bireylerin %26,7'sinin annesi okur yazardır.

Tablo 10: Bireylerin Babalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Babanızın Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	1	3,3	0	0,0	2	5,0	3	3,0
	Okur Yazar	4	13,3	6	20,0	4	10,0	14	14,0
	İlkokul	7	23,3	6	20,0	9	22,5	22	22,0
	Ortaokul	7	23,3	7	23,3	8	20,0	22	22,0
	Lise	9	30,0	10	33,3	14	35,0	33	33,0
	Önlisans	1	3,3	1	3,3	1	2,5	3	3,0
	Lisans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Yüksek Lisans	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,0
	Doktora ve Üstü	0	0,0	0	0,0	2	5,0	2	2,0

OKB tanısı alanların %30'unun, panik bozukluğu tanısı alanların %33,3'ünün ve tanı almayanların %35'inin babası lise mezunudur.

Tablo 11: Bireylerin Kardeş Sayısı Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kaç kardeşsiniz?	Tek	0	0,0	3	10,0	2	5,0	5	5,0
	2	15	50,0	12	40,0	9	22,5	36	36,0
	3	7	23,3	3	10,0	12	30,0	22	22,0
	4	1	3,3	7	23,3	9	22,5	17	17,0
	5	3	10,0	2	6,7	3	7,5	8	8,0
	6 ve Üstü	4	13,3	3	10,0	5	12,5	12	12,0

OKB tanısı alanların %50'si, panik bozukluğu tanısı alanların %40'ı 2 kardeşken tanı almayanların %30'u 3 kardeşdir.

Tablo 12: Bireylerin Kardeş Sırası Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kaçıncı kardeşsiniz?	1.(ya da tek)	14	46,7	12	40,0	14	35,0	40	40,0
	2	10	33,3	12	40,0	15	37,5	37	37,0
	3	3	10,0	3	10,0	7	17,5	13	13,0
	4	1	3,3	1	3,3	1	2,5	3	3,0
	5	0	0,0	0	0,0	2	5,0	2	2,0
	6 ve üstü	2	6,7	2	6,7	1	2,5	5	5,0

OKB tanısı alanların %46,7'si birinci kardeş, panik bozukluğu tanısı alanların %40'ı birinci kardeş, %40'ı ikinci kardeş ve tanı almayanların %37,5'i ikinci kardeşdir.

Tablo 13: Bireylerin Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Gelir düzeyiniz?	1.000-2.000	6	20,0	1	3,3	3	7,5	10	10,0
	2.000-5.000	15	50,0	10	33,3	17	42,5	42	42,0
	5.000-10.000	6	20,0	12	40,0	11	27,5	29	29,0
	10.000 ve üzeri	3	10,0	7	23,3	9	22,5	19	19,0

OKB tanısı alanların %50,0'sinin geliri 2.000-5.000 TL aralığında, panik bozukluğu tanısı alanların %40,0'ının geliri 5.000-10.000 TL aralığında ve tanı almayan kişilerin %42,5'inin geliri 2.000-5.000 TL aralığındadır.

Tablo 14: Bireylerin Psikiyatrik İlaç Kullanma ve Psikiyatrik Tanı Alma Durumları

		OKB		Panik Bozukluğu		Tanı Almamış		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı?	Evet	30	100,0	30	100,0	0	0,0	60	60,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	40	100,0	40	40,0
Daha önce yahut şu anda almış olduğunuz herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı/psikiyatrik tanınız var mı?	Evet	30	100,0	30	100,0	0	0,0	60	60,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	40	100,0	40	40,0

OKB ve panik bozukluğu tanısı alanların tamamı daha önce ya da halen bir psikiyatrik ilaç kullanmaktadır.

OKB tanısı alan, panik bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan kişilerin anne baba tutumu açısından karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 15: OKB Tanısı Alan, Panik Bozukluğu Tanısı Alan ve Tanı Almayan Bireylerin Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	İkili Karşılaştırma
Demokratik Anne Baba Tutumu	OKB	30	48,37	13,46	4,172	0,018*	1-3
	Panik Bozukluğu	30	49,10	14,12			2-3
	Tanı Almamış	40	56,75	13,39			
Otoriter Anne Baba Tutumu	OKB	30	23,37	9,00	1,504	0,227	
	Panik Bozukluğu	30	24,97	8,26			
	Tanı Almamış	40	21,45	8,20			
Koruyucu/İstekçi Anne Baba Tutumu	OKB	30	34,40	11,26	1,692	0,190	
	Panik Bozukluğu	30	39,47	11,24			
	Tanı Almamış	40	35,53	11,39			

***p<0,05**

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların Demokratik Anne Baba Tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). OKB tanısı alanların Demokratik Anne Baba Tutumu puanları ortalaması 48,37; panik bozukluğu tanısı alanların 49,10 ve hiç tanı almayanların 56,75'dir. Gruplar arasında ikili karşılaştırmaları yapmak için TUKEY testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre, hiç tanı almayan kişiler ile OKB tanısı alan ve panik bozukluğu tanısı alan kişiler arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Bu sonuca göre OKB tanısı alanlar ile panik bozukluğu tanısı alanların Demokratik Anne Baba Tutumu birbirine yakın ve tanı almayanlardan daha düşüktür.

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların Otoriter Anne Baba Tutumu arasında ve Koruyucu/İstekçi Anne Baba Tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların ayırımında demokratik anne baba tutumunun cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne babanın yaşama durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi ve ANOVA testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 16: Tanı Ayırımında Demografik Özelliklerin Demokratik Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması

		Demokratik					
		OKB		Panik Bozukluğu		Tanısız	
		Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Cinsiyet	Kadın	43,27	13,33	47,88	13,82	57,64	13,38
	Erkek	53,47	11,90	50,50	14,86	55,67	13,70
Karşılaştırma	t	-2,211		-0,501		0,458	
Testi	p	0,035*		0,620		0,649	
Yaş	35 ve altı	55,88	11,94	52,07	14,49	56,72	12,54
	36 ve üstü	39,79	9,53	46,13	13,57	56,82	16,08
Karşılaştırma	t	4,039		1,157		-0,020	
Testi	p	0,000***		0,257		0,984	
Medeni Durumu	Bekar	51,37	13,17	51,33	14,92	57,72	13,18
	Evli	43,18	12,90	46,87	13,41	55,13	14,02
Karşılaştırma	t	1,653		0,862		0,587	
Testi	p	0,109		0,396		0,561	
Eğitim Durumu	Lise	45,82	12,99	42,25	13,99	56,00	14,96
	Önlisans	48,15	15,89	52,40	14,18	58,27	14,30
	Lisans	53,50	7,79	55,25	11,00	55,78	12,67
Karşılaştırma	F	0,619		2,735		0,148	
Testi	p	0,546		0,083		0,863	
Anne Babanın Yaşama Durumu	İkisi de hayatta	52,36	12,58	51,40	14,11	56,13	12,56
	Diğer	37,38	9,32	44,50	13,69	59,25	17,04
Karşılaştırma	t	3,063		1,275		-0,586	
Testi	p	0,005**		0,213		0,562	

	1-2 kardeş	54,73	14,22	50,93	10,52	57,18	9,98
Kaç kardeşsiniz?	3-4 kardeş	46,63	9,83	49,40	16,00	56,71	14,14
	5 ve üstü	36,71	5,22	43,00	20,58	56,25	16,85
Karşılaştırma	F	5,825		0,578		0,011	
Testi	p	0,008**		0,568		0,989	
	1.(ya da tek)	52,07	14,82	47,83	13,73	56,14	13,82
Kaçıncı kardeşsiniz?	2	50,50	11,08	51,25	13,87	54,47	11,33
	3 ve üstü	36,17	5,64	47,33	17,33	60,64	15,69
Karşılaştırma	F	3,705		0,222		0,685	
Testi	p	0,038*		0,803		0,510	
	5.000 TL ve altı	49,05	12,52	47,36	16,25	58,65	13,69
Gelir düzeyiniz?	5.000 TL üstü	46,78	16,13	50,11	13,11	54,85	13,14
Karşılaştırma	t	0,417		-0,506		0,895	
Testi	p	0,680		0,617		0,376	

***p<0,05**

****p<0,01**

*****p<0,001**

Analiz sonucuna göre; OKB tanısı alanlarda demokratik anne baba tutumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). OKB tanısı alan kadınların demokratik anne baba tutumu puanları ortalaması 43,27 ve erkeklerin 53,47'dir. Buna göre söz konusu grupta, erkeklerin demokratik anne baba tutumu daha yüksektir.

OKB tanısı alanlarda demokratik anne baba tutumu yaşa göre çok yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,001$). OKB tanısı alan 35 ve daha küçük yaştaki kişilerin demokratik anne baba tutumu puanları ortalaması 55,88 ve 36 ve daha büyük yaştakilerin 39,79'dur. Buna göre söz konusu grupta 35 ve daha küçük yaştaki kişilerin demokratik anne baba tutumu daha yüksektir.

OKB tanısı alanlarda demokratik anne baba tutumu anne babanın yaşama durumuna göre yüksek düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). OKB tanısı alan anne babasının ikisi de hayatta olan kişilerin demokratik anne baba tutumu puanları ortalaması 52,36 ve diğer durumdaki kişilerin 37,38'dir. Buna göre söz konusu grupta anne babasının ikisi de hayatta olan kişilerin demokratik anne baba tutumu daha yüksektir.

OKB tanısı alanlarda demokratik anne baba tutumu kardeş sayısına göre yüksek düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). OKB tanısı alanlardan 1-2 kardeşi olanların puanları ortalaması 54,73; 3-4 kardeşi olanların 46,63 ve 5 ve daha fazla sayıda kardeşi olanların 36,71'dir. Buna göre kardeş sayısı arttıkça demokratik anne baba tutum puanı azalmaktadır.

OKB tanısı alanlarda demokratik anne baba tutumu kardeş sırasına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). OKB tanısı alanlardan ilk çocuk olanların puanları ortalaması 52,07; 2.kardeş olanların 50,50 ve 3., 4. Ya da 5. kardeş olanların 36,17'dir. Buna göre kardeş sırası arttıkça demokratik anne baba tutum puanı azalmaktadır.

Analiz sonucuna göre, demokratik anne baba tutumu OKB tanısı alanlarda medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Panik bozukluğu tanısı alanlarda ve hiç tanı almayanlarda demokratik anne baba tutumu sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların ayrımında otoriter anne baba tutumunun cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne babanın yaşama durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi ve ANOVA testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 17: Tanı Ayrımında Demografik Özelliklerin Otoriter Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması

		Otoriter					
		OKB		Panik Bozukluğu		Tanısız	
		Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Cinsiyet	Kadın	25,93	9,45	25,75	9,28	20,23	8,98
	Erkek	20,80	8,02	24,07	7,17	22,94	7,09
Karşılaştırma Testi	t	1,605		0,548		-1,044	
	p	0,120		0,588		0,303	
Yaş	35 ve altı	19,75	7,63	23,87	7,26	21,79	8,04
	36 ve üstü	27,50	8,88	26,07	9,28	20,55	8,95
Karşılaştırma Testi	t	-2,572		-0,723		0,425	
	p	0,016*		0,476		0,673	
Medeni Durumu	Bekar	23,32	9,46	24,67	8,45	21,32	8,19
	Evli	23,45	8,57	25,27	8,36	21,67	8,49
Karşılaştırma Testi	t	-0,040		-0,195		-0,128	
	p	0,968		0,846		0,899	
Eğitim Durumu	Lise	24,64	8,83	27,58	9,23	23	10,05
	Önlisans	23,38	10,92	26	7,96	21,4	9,95
	Lisans	21,00	4,10	19,75	4,83	20,89	5,98
Karşılaştırma Testi	F	0,302		2,510		0,160	
	p	0,742		0,100		0,852	
Anne Babanız	İkisi de hayatta	21,50	8,23	23,85	6,82	21,75	8,27
	Diğer	28,50	9,53	27,20	10,66	20,25	8,33
Karşılaştırma Testi	t	-1,977		-1,048		0,458	
	p	0,058		0,303		0,649	

Kaç kardeşsiniz?	1-2 kardeş	19,47	8,44	23,87	5,34	18,82	5,56
	3-4 kardeş	25,25	8,21	23,6	9,44	23,00	7,77
	5 ve üstü	29,57	7,66	31,00	11,83	21,00	11,81
Karşılaştırma Testi	F	3,900		1,677		0,952	
	p	0,033*		0,206		0,395	
Kaçıncı kardeşsiniz?	1.(ya da tek)	23,00	10,23	25,83	7,76	20,79	9,07
	2	20,9	6,67	22,33	8,19	23,27	8,16
	3 ve üstü	28,33	8,66	28,5	9,09	19,82	7,32
Karşılaştırma Testi	F	1,332		1,244		0,62	
	p	0,281		0,304		0,544	
Gelir düzeyiniz?	5.000 TL ve altı	22,71	8,87	26,55	9,23	21,6	7,65
	5.000 TL üstü	24,89	9,64	24,05	7,76	21,3	8,91
Karşılaştırma Testi	t	-0,600		0,791		0,114	
	p	0,553		0,436		0,910	

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre; OKB tanısı alanlarda otoriter anne baba tutumu yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). OKB tanısı alan 35 yaşından küçük kişilerin otoriter anne baba tutumu puanları ortalaması 19,75 ve 35 ve daha büyük yaştakilerin 27,50'dir. Buna göre söz konusu grupta 36 ve daha büyük yaştaki kişilerin otoriter anne baba tutumu daha yüksektir.

OKB tanısı alanlarda otoriter anne baba tutumu kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). OKB tanısı alanlardan 1-2 kardeşi olanların puanları ortalaması 19,47; 3-4 kardeşi olanların 25,25 ve 5 ve daha fazla sayıda kardeşi olanların 29,57'dir. Buna göre kardeş sayısı arttıkça otoriter anne baba tutum puanı da artmaktadır.

Analiz sonucuna göre; otoriter anne baba tutumu OKB tanısı alanlarda cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, anne babanın yaşama durumu, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre; panik bozukluğu tanısı alan ve tanı almayanlarda ise cinsiyet, yaş,

medeni durum, eğitim durumu, anne babanın yaşama durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların ayrımında koruyucu/istekçi anne baba tutumunun cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne babanın yaşama durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi ve ANOVA testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 18: Tanı Ayrımında Demografik Özelliklerin Koruyucu/İstekçi Anne Baba Tutumu Açısından Karşılaştırılması

		Koruyucu/İstekçi					
		OKB		Panik Bozukluğu		Tanısız	
		Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Cinsiyet	Kadın	34,53	11,83	39,69	11,49	32,91	12,65
	Erkek	34,27	11,08	39,21	11,37	38,72	8,98
Karşılaştırma Testi	t	0,064		0,113		-1,640	
	p	0,950		0,911		0,109	
Yaş	35 ve altı	35,13	12,24	36,93	10,32	36,34	11,23
	36 ve üstü	33,57	10,43	42,00	11,89	33,36	12,09
Karşılaştırma Testi	t	0,371		-1,247		0,734	
	p	0,713		0,223		0,467	
Medeni Durumu	Bekar	37,37	10,80	40,53	12,67	35,40	11,32
	Evli	29,27	10,59	38,40	9,93	35,73	11,92
Karşılaştırma Testi	t	1,992		0,513		-0,088	
	p	0,056		0,612		0,930	
Eğitim Durumu	Lise	34,55	11,94	43,67	9,86	40,29	11,10
	Önlisans	33,15	11,44	41,60	12,42	34,33	13,50
	Lisans	36,83	11,16	30,50	6,59	34,67	9,64

Karşılaştırma Testi	F	0,209		4,402		0,734	
	p	0,813		0,022*		0,487	
Anne Babanız	İkisi de hayatta	34,18	10,97	38,30	9,86	35,81	11,73
	Diğer	35,00	12,78	41,80	13,87	34,38	10,61
Karşılaştırma Testi	t	-0,173		-0,799		0,315	
	p	0,864		0,431		0,754	
Kaç kardeşsiniz?	1-2 kardeş	33,93	13,01	37,60	10,66	29,82	9,78
	3-4 kardeş	31,50	8,07	37,10	9,96	38,67	10,26
	5 ve üstü	38,71	10,40	49,80	11,56	35,13	14,33
Karşılaştırma Testi	F	0,780		2,871		2,332	
	p	0,468		0,074		0,111	
Kaçıncı kardeşsiniz?	1.(ya da tek)	36,36	12,16	39,67	11,32	33,57	12,75
	2	31,80	9,21	35,42	9,80	38,47	11,33
	3 ve üstü	34,17	13,18	47,17	11,32	34,00	9,72
Karşılaştırma Testi	F	0,462		2,402		0,796	
	p	0,635		0,110		0,459	
Gelir düzeyiniz?	5.000 TL ve altı	34,24	11,13	40,55	12,57	34,80	10,27
	5.000 TL üstü	34,78	12,23	38,84	10,70	36,25	12,64
Karşılaştırma Testi	t	-0,118		0,394		-0,398	
	p	0,907		0,696		0,693	

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre, panik bozukluğu tanısı alanlarda koruyucu/istekçi anne baba tutumu eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Panik bozukluğu tanısı alan lise mezunlarının puanları ortalaması 43,67; önlisans mezunlarının 41,60 ve lisans ve üstü mezunlarının 30,50'dir. Buna göre panik bozukluğu tanısı alanlarda lise mezunlarının koruyucu/istekçi anne baba tutumları en yüksek iken lisans ve üstü mezunlarının en düşüktür.

Analiz sonucuna göre; koruyucu/istekçi anne baba tutumu OKB tanısı alanlarda ve hiç tanı almayanlarda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne babanın yaşama durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre; panik

bozukluğu tanısı alanlarda ise cinsiyet, yaşı, medeni durum, anne babanın yaşama durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu bölümde; obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış, panik bozukluk tanısı almış, bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış ve psikiyatrik bir ilaç kullanmamış yetişkin bireylerde anne baba tutumlarının bir farklılık gösterip göstermediğinin ve bazı sosyo-demografik özelliklerle bir ilişkisi olup olmadığının Türk örneklemini üzerinde incelenmesi amacı ile yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik bulgularına göre; OKB tanısı almış, PB tanısı almış ve tanı almamış bireylerde cinsiyet dağılımı neredeyse yarı yarıyadır, eşit bir ayrım söz konusudur (Tablo 3). Örneklemin yaş dağılımında 35 yaş ve altı yani genç yetişkinler daha baskındır (Tablo 4). Bireylerin çoğunluğu bekar, boşanmış ya da eşini kaybetmiştir (Tablo 5). OKB tanısı alanların %43'ü önlisans mezunu; panik bozukluğu tanısı alanların %40'ı lise ve altı bir okul mezunu; tanı almamış kişilerin ise %45'i lisans ve üstü mezunu olmak üzere eğitim durumu değişkeninde bir çeşitlilik mevcuttur (Tablo 6). Tüm gruplarda bireylerin anne ve babalarının çoğunluğu birliktedir (Tablo 8).

OKB tanısı alanların %50'si, panik bozukluğu tanısı alanların %40'ı 2 kardeşken tanı almayanların %30'u 3 kardeştir (Tablo 11). OKB tanısı alanların %46,7'si birinci kardeş; panik bozukluğu tanısı alanların %40'ı birinci kardeş, %40'ı ikinci kardeş ve tanı almayanların %37,5'i ikinci kardeştir (Tablo 12). OKB tanısı alanların %50'sinin, tanı almayan kişilerin %42,5'inin geliri 2.000-5.000 TL aralığında iken, panik bozukluğu tanısı alanların %40,0'ının geliri 5.000-10.000 TL aralığındadır (Tablo 13).

Elde edilen bulgular ışığında; OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların demokratik anne baba tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). OKB tanısı alanlar ile panik bozukluğu tanısı alanların demokratik anne baba tutumu birbirine yakın ve tanı almayanlardan daha düşüktür. Literatürde demokratik anne-baba tutumlarının psikolojik iyilik hali üzerinde etkili olduğunu belirten diğer çalışmalar da bu konuda destekçidir. Sağlıklı bir kişilik (Kaya 1997; Oğuz, 2016), iyi bir psikoloji (Steinberg, 2001) ve psikopatoloji

(Hanımoğlu, 2010) için kişilerin sağlıklı bir anne baba tutumuna ve gelişime ihtiyaçları vardır. Pamuk (2016) da bu konuda sağlıklı olmayan tutumlara sahip anne babaların çocuklarında ileriki yaşlarda çeşitli ruhsal sıkıntıların baş gösterebileceğini belirtmiştir. Lamborn ve diğerleri (1991), demokratik tutuma sahip anne-babaları olan bireylerin ileride düşük oranda davranışsal sıkıntı ya da bozukluklara dayalı bir kişilik geliştireceğini söylemektedir. Kuzgun (1973) da benzer olarak anne-baba tutumlarının demokratik olması durumunda kişilerin gelecekte varlık gösterebilecek psikolojik semptomlarının daha az olacağını dolayısı ile daha düşük oranda psikopatoloji belirtileri göstereceğini bildirmiştir. Bu bağlamda araştırmaların içerikleri çalışmanın bulguları ile benzer minvalde değerlendirilebilir.

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların otoriter anne baba tutumu arasında ve koruyucu/istekçi anne baba tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Türk öğrencilerine yapılan bir araştırmada ise, Türklerin anne-babalarına karşı daha bağımlı ve otoriteye uyumlu oldukları belirlenmiştir (Kuzgun, 1973). Yine başka bir araştırmada, geleneksel Türk ailelerinde otoriter ve koruyucu anne-baba tutumunun baskın olduğunu bildirilmiştir (Yavuzer, 1996).

OKB hastaları (40 kişi) ve tanı almamış bireylerdeki (40 kişi) farklılığı gözlemlene amaçlı bir çalışma yapılmıştır. Alonso ve diğerleri (2004) yaptıkları çalışma neticesinde OKB tanısı almış bireyler ailelerini aşırı koruyucu olarak gördüklerini bildirmişlerdir. Çalışmada ise OKB tanısı alanlar ile otoriter anne-baba tutumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukluk dönemi ile ilgili yapılan bir araştırmada; koruyucu/istekçi tutumda bulunan ebeveynlerin çocuklarının, demokratik tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarından çok daha fazla obsesif kompulsif belirti gösterdiği bildirilmiştir (Kurul, 2017). Ersin (2017) de aşırı koruyucu ve istekçi/beklentili ebeveynlerin çocuklarında oluşan kaygının saplantıları meydana getirdiğini söylemiştir.

Bandelow ve diğerleri (2002)'nin etiyolojik faktörlere dayanarak yaptıkları bir çalışmada, PB tanısı almış olan bireylerin anne-babalarının daha kısıtlayıcı/engelleme ve çocuklarına karşı daha az sevgi içerikli bakım ve dikkate sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışma da ise yine anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir.

Silove ve Manicavasagar (2016) da aşırı otoriter ve kollayıcı bir ailede yetişen bireylerin ileride de korunmak isteyeceği ve en ufak yaşanacak bir strese PB geliştirebilecek hassasiyeti kazanmış olmalarına dair bir hipotez savunmuşlardır. Köroğlu (2017) da bu şekilde yetişen kişilerin, erişkinlik döneminde PB yaşama ihtimallerinin oldukça yüksek olduğunu belirtmiştir.

Direkt PB tanısı alan değil ancak agorafobi ile ilişkili De Rutter (1994)'in çalışmasında aşırı korumacı ve reddedici ailelerle agorafobi arasında bir ilişki olduğunu aktarılmıştır (akt. Alonso et al, 2004). Ancak bu çalışmada istatistiksel olarak bir farklılık gözlemlenmemiştir.

OKB, agorafobili PB ve anksiyeteli olmayan bireyler arasında yapılan bir çalışmada da; anksiyeteli bireylerin (OKB ve agorafobili PB) ailelerini daha korumacı olarak belirttikleri iletilmiştir (Turgeon, O'Conner, Marchand & Freeston, 2002). OKB ve panik bozukluk gibi anksiyeteye dayalı hastalıklarda aşırı koruma tutumunun bir risk faktörü olabileceğinden bahsedilmiştir.

OKB tanısı alanların, panik bozukluğu tanısı alanların ve tanı almayanların ayrımında bazı sosyodemografik özelliklerin farklı anne-baba tutumları açısından incelenmesi neticesinde genel olarak sonuçlar aşağıdaki gibidir.

OKB tanısı alan erkeklerin demokratik anne baba tutum puanları daha yüksek bulunmuştur. Demokratik anne-baba tutumu dışında otoriter tutum ve koruyucu/istekçi tutumlarda hiçbir tanı ayrımında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Türk örnekleminde ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, kız çocuklarına karşı daha baskıcı bir anne-baba tutumu olduğu belirlenmiştir (Mutallimova, 2014). Farklı olarak 48-72 aylık bebekleri olan ebeveynlere karşı uygulanan bir çalışma neticesinde anne-babaların kız çocuklarına oranla erkek çocuklarına daha otoriter bir tutum sergiledikleri bulunmuştur (Alabay, 2017).

35 ve daha küçük yaştaki kişilerin demokratik anne baba tutumu daha yüksektir. Yaş değişkenine yönelik diğer bulgular incelendiğinde; OKB tanısı alan bireylerde 36 yaş ve üzeri olanların otoriter anne-baba tutumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 17). Bunun dışında hiçbir tanı grubunda yaş değişkenine yönelik anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. OKB tanısı alan bireylerin anne babasının ikisi de hayatta

olan kişilerin demokratik anne baba tutumu daha yüksektir (Tablo 16). Diğer hiçbir tanı ayırımında anne-babanın hayatta olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık yoktur.

OKB tanısı alan kişilerde kardeş sayısı arttıkça demokratik anne baba tutum puanı düşmektedir. OKB tanısı alan bireylerde kardeş sırası yükseldikçe demokratik anne-baba tutum puanı azalmaktadır (Tablo 16). Diğer kardeş sırası değişken verileri incelendiğinde; OKB tanısı almış kişilerde kardeş sayısı azaldıkça otoriter anne-baba tutumunun da azaldığı gözlemlenmektedir (Tablo 17). Ebeveynlere yönelik yapılan bir çalışmada; iki çocuğa sahip olan anne-babaların aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun, tek çocuğa sahip olanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu bildirilmiştir (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). Yine bir başka ebeveynlere yapılmış çalışma sonucunda tek çocuğu olan anne ve babaların üç ve üçten fazla çocuğu olan ebeveynlere göre çocuklarına daha az otoriter tutum sergiledikleri sonucu da bu bulguyu desteklemektedir (Alabay, 2017). Bu araştırmada da kardeş sayısı arttıkça OKB tanısı almış olan bireylerin algıladıkları otoriter anne-baba tutum puanları artış göstermektedir. Psikopatolojiye dair bir veri dahi olsa kardeş sayısının etkili olabileceği görülmüştür, araştırılması önerilir.

Kardeş sırası değişkeninin incelenmiş olduğu bir çalışmaya göre; tek çocuğu olan anne ve babaların, iki çocuğu olan anne-babalara göre daha yüksek düzeyde aşırı koruyucu tutuma sahip oldukları belirtilmiştir (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). Genel olarak literatürde de üçüncü ya da son çocuğun daha özgür yetiştiği belirtilir (Bıçkur, 2015). Bu çalışmada ise tanı almamış bireylerde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yalnızca OKB tanısı almış bireylerde ilk çocuk olanların algıladıkları demokratik anne-baba tutumunun sırasıyla ikinci kardeş ve üç ve üzerindeki kardeş olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 16). Bu da her ne kadar bir psikopatoloji içerse de literatüre zıt bir sonuçtur. Daha fazla araştırma ile desteklenmesi önerilir. Bunun dışında diğer hiçbir tanı ayırımında ise kardeş sırası değişkenine göre hiçbir anne-baba tutumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Sosyo-ekonomik düzeye göre incelendiğinde; bu çalışmada hiçbir tanı grubunda hiçbir anne-baba tutumu açısından anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Ancak literatürde gelir düzeyi oldukça bahsi geçen değişkenlerdendir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde örneğin anne-baba tutumunun olumsuz bir etkileşimde olacağını bildirilmiştir (Yavuzer, 2011). Bir araştırmada, Türkiye’de, sosyo-ekonomik düzeyi

yüksek olan anne-babaların çocukların özgürlüklerini ve öz yeterliliklerini sağlayabilmelerine; orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeyde olan ebeveynlerin ise sadakat ve itaate daha fazla önem verdiklerini saptanmıştır (İmamoğlu & Gültekin, 1993). Bunlar dışında gelir düzeyi 2.000 TL ve üzeri olan ebeveynlerin izin verici (müsamahakar) tutumlarının, aylık geliri daha alçak olan ebeveynlere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). Ebeveynlere yapılan bir çalışmada; gelir düzeyi 1000 TL ve aşağısı olan anne-babaların, 3001 TL ve üzeri gelire sahip ebeveynlere göre çocuklarına karşı aşırı koruyucu tutum sergiledikleri belirtilmiştir (Alabay, 2017).

Bunların dışında çalışmada eğitim durumu incelendiğinde yalnızca panik bozukluğu tanısı alanlarda koruyucu/istekçi anne-baba tutumlarında bir farklılık görülmüştür (Tablo 18). PB tanısı almış olan lise mezunlarının koruyucu/istekçi anne baba tutumları en yüksek iken lisans ve üstü mezunlarının en düşüktür.

Anne-babanın hayatta olma değişkeninde de yalnızca OKB tanısı almış bireylerde demokratik anne-baba tutumunda bir farklılık söz konusudur (Tablo 16). Anne babasının ikisi de hayatta olan OKB tanısı almış bireylerin demokratik anne baba tutumu da daha yüksektir.

Medeni durum değişkenine göre incelendiğinde ise; çalışmada, hiçbir tanı grubunda hiçbir anne-baba tutumu açısından anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir.

5.1. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Anne-baba tutumunun ölçümü, var olan anne baba tutum ölçeğinde belirli olan sorular ve değerlendirmelerle sınırlıdır.

Katılımcıların demografik bilgileri, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu'ndan elde edilen verilerle sınırlıdır.

Araştırmada toplanan verilerin analizi, kullanılan istatistiksel metotlarla sınırlıdır.

Alınan örneklem, araştırmanın uygulandığı yer ve şartlarla sınırlıdır. Bu bakımdan, elde edilen sonuçları genellemek doğru değildir.

Ölçümler kişilerin beyanına dayalı özbildirim yoluyla yapılmıştır. Dolayısı ile yanlışlıklar meydana gelmiş olabilir. Kişinin beyanına dayalı ölçümler, savunucu yaklaşımlar içerebilir yahut doğruyu net bir şekilde yansıtmayabilir.

Çalışma sonrasında katılımcılardan sınırlılık anlamında gelen geri bildirimlerden biri, anne ve babanın birlikte değerlendirilmesi olmuştur. Laumrind ve diğerlerinin (1991), Steinberg ve diğerlerinin (1992) belirttiği üzere bu durumun en önemli etmeni Batı’da bu ölçekler uygulandığında anne ve babaların puanlarının tek sınıflandırma için uygun olmasından dolayıdır. Türkiye’de de bu durumu Sümer ve Güngör (1999) araştırmış, anne ve babalar ayrı ayrı incelenirse de aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu bakımdan anne ve baba tutum ölçekleri, anne ve babaların birlikte değerlendirilmesi şeklinde günümüzde de devam etmektedir (Yılmaz, 2000).

Bahsedilen tüm sınırlılıklara karşı bu çalışma, farklı anne-baba tutumları ile iki farklı psikopatoloji (OKB ve PB) arasındaki ilişkiyi Türk örneklemini üzerinden klinik olarak inceleyerek alana katkıda bulunmuştur.

Yapılan araştırma ve elde edilen sonuçlar neticesinde ileriki çalışmalara da katkı sağlamak amacıyla bazı önerilerde bulunulabilir.

Alınan örneklem, araştırmanın uygulandığı yer ve şartlarla sınırlı olduğundan ortaya çıkan sonuçları genellemek doğru değildir. Sonraki çalışmalarda veri toplama aşamasındaki farklılıkların etkisi ile sonuçlarda farklılıklar meydana gelebilir. Daha geniş örneklemle yapılacak bir çalışmada anlamlı farklılaşmalar bulunabilir. Buna bağlı olarak ileriki çalışmalarda farklı ve daha geniş bir örneklemde araştırmanın geliştirilmesi önerilir.

Anne ve babaların tutumlarının farklı yönlerden de araştırılması ve anne-baba tutumlarına etki eden farklı sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesi için niteliksel içerikli araştırmaların da yapılması önerilir.

Kişilerin bugünkü davranışlarının açıklanabilmesi için ailesinin, kişi üzerindeki etkilerinin bilinmesi gerekir. Bu da anne-baba tutumlarının irdelenmesiyle mümkündür (Cüceloğlu, 2002). Anne baba tutumları literatürde çoğunlukla çocukluk dönemi açısından incelenmiştir. OKB ve PB gibi psikopatoloji türleri ile birlikte incelenen oldukça kısıtlı sayıda araştırma ve bulgular vardır. Yapılan çalışmaların azlığı konuya yönelik daha detaylı çalışmalar yapma gerekliliği oluşturmaktadır. Bu bağlamda elzem bir konu olan anne-baba tutumlarının yetişkinler üzerinde daha fazla incelenmesi,

daha farklı sosyo-demografik değişkenlerle konunun araştırılması ve farklı psikolojik bozukluklarla birlikte irdelenmesi önerilir.

KAYNAKÇA

Aktaş, S. (2011). *9. Sınıfta Anne-Baba Tutumları ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Alabay, E. (2017). Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ebeveynlik Tutumlarının İncelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 1(2), 156-174.

Alkın, T. (2000). *Panik bozukluğu ve Agorafobi. Ansiyete Bozuklukları*. (Ed.: R. Tükel), Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi.

Alonso, Mencón, Mataix-Cols, Pifarré, Urretavizcaya, Crespo, J. et al. (2004). Perceived Parental Rearing Style in Obsessive-Compulsive Disorder: Relation to Symptom Dimensions. *Psychiatry Research*, 127, 267-278.

Alpoğuz, D. U. (2014). *Algılanan Ana-Baba Tutumlarının İlköğretim Öğrencilerinin Okumaya Yönelik Tutumlarına ve Türkçe Dersi Akademik Başarılarına Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir.

Altıntaş, E. & Özçürümez, G. (2015). Obsesif Kompulsif Tanılı Hastaların Cinsiyet Farklılığı Açısından Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 409-417.

Altıntaş, E., Uğuz, Ş., & Levent, B. (2015). Quality of Life in Panic Disorder: Follow Up Study for 3 Months. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 288-297.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (Çev. E. Köroğlu) (5. Baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Ateşçi, Ç., Karadağ, F., Amuk, T. ve diğerleri. (2003). Panik Bozukluğunda Özkıyım Düşünceleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(81), 81-86.

Aydoğdu, H., & Cam, M. O. (2013). Comparison of Attachment Styles, Parent Attitudes and Social Supports of Normal Adolescents and Those Diagnosed with Substance Use Disorder / Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 3, 137. doi:10.5505/phd.2013.86580

Aydoğdu, F. & Dilekmen, M. (2016). Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 569-585.

Ayoğlu, Z. (2012). *OKB'ye İlişkin Gelişimsel Bir Model: Yetişkin Bağlanma Biçimleri, Ebeveynlerden Algılanan Psikolojik Kontrol Düzeyi ve Mükemmeliyetçilik Eğilimlerinin Obsesif Yorumlar ve Belirtilerle Bağlantısının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Bandelow, B., Spath, C., Tichauer G. A., Broocks, A., Hajak G. and Rüther, E. (2002). Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History and Birth Risk Factors in Patients with Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4). 269-278.

Başaran, S. K., & Sütçü, S. T. (2016). Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: SistematiK Bir Gözden Geçirme. *Current Approaches In Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 8(1), 879-894.

Baumrind, D. (1971). Harmonious Parents And Their Preschool Children. *Devel Psych.*, 4, 99-102.

Bayar, R. & Yavuz, M. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, 62, 185-192.

Biçkur, B. (2015). *Üniversite Sınavına Girecek Öğrencilerin Sınav Kaygısı, Benlik Saygısı ve Anne-Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment: Loss, Sadness and Depression*. New York, Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.

Burns, D. (2016). *Panik Atakta*. (2. Basım). (Çev. R. Güneş, M. Şaşıoğlu ve A. Çelik). İstanbul, Psikonet Yayınları.

Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J. (2013). *Abnormal Psychology*. (15th. Edition). United States of America, Pearson Education.

Can, S. (2017). *Takıntılardan Kurtulma Rehberi*. İstanbul, Hayygrup Yayıncılık.

Canca, G. (2009). *Panik Bozukluğu ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk Hastalarında Baskın Affektif Mizacın ve Mizaç, Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Cüceloğlu, D. (2002). *İnsan ve Davranışı*. (2. Baskı). İstanbul, Remzi Kitabevi.

Çağdaş, A. & Seçer, Z. (2004). *Anne Baba Eğitimi*. Konya, Eğitim Kitabevi.

Çelik, M. (2000). *Epileptik, Diabetik ve Hasta Olmayan Ergenlerin Anne-Baba Tutumu Algılarına ve Bazı Değişkenlere Göre Sosyal Algılarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Çelikel, F. Ç., Bingöl, T. Y., Yıldırım, D., Tel, H., & Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiatri Arsivi*, 46(3), 86-90.

Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R. ve diğerleri. (2004). 12 Month Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45, 367-374.

Damar, B. (2015). *Üniversite Öğrencilerinde Anne-Baba Tutumu ve Benlik Saygısı ile Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting Styles as Context: an Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.

De Carlo, L. T. (1997). On The Meaning and Use of Kurtosis. *Psychological Methods*, 2 (3), 292-307.

Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C. ve diğerleri. (1995). Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası.

Eğrilmez, A., Gülseren, L., Gülseren, Ş., Kültür, S. (1997). Phenomenology of Obsessions in a Turkish Series of OCD Patients. *Psychopathology*, 30, 106-110.

Ersin, A. (2017). *OKB Tanısı olan Çocuk ve Ergenlerde Belirti Dağılımının Ebeveynlerdeki Obsesif Kompulsif Belirti Dağılımı ve Ebeveyn Tutumları ile Olan İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, İstanbul.

Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV Field Trial: Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.

Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994). Personality Traits in Subclinical and Non-Obsessive-Compulsive Volunteers and Their Parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 47-56.

Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.

Geçtan, E. (1986). *İnsan Olmak*. İstanbul, Adam Yayınları.

Gomes, E. (2016). "What If I'm Gay?": *A Corpus Analysis of Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder (SO-OCD) Narratives*. Retrieved March 22, 2018, from <https://www.researchgate.net/publication/289730169>.

Groeneveld, R. A. & Meeden, G. (1984). Measuring Skewness and Kurtosis. *The Statistician*, 4, 391-399. doi:10.2307/2987742.

Gölcük, D. (2016). *Okul Çağı Çocuklarında Cinsiyet Açısından Obsesif-Kompulsif Bozukluk Belirtileri Arasındaki Farkların İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, İstanbul.

Güenalp, A. (2007). *Farklı Anne-Baba Tutumlarının Okul Öncesi Eğitim Çağındaki Çocukların Özgüven Duygusunun Gelişimine Etkisi (Aksaray İli Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S. et al. (2006). Familiality of Obsessive-Compulsive Disorder in Nonclinical and Clinical Subjects. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1986-1992.

Hanımoğlu, E. (2010). *Seviye Belirleme Sınavına Girecek Olan İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinde Sınav Kaygısı, Mükemmeliyetçilik ve Anne-Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Hopkins, K. D. & Weeks, D. L. (1990). Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729.

Işık, U. ve Şener, Ş. (2007). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları*. İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınları.

İmamoğlu, O. ve Gültekin, Y. (1993). Önerilen Dengelenmiş Toplumsal Birey Modeli Işığında Üniversite Gençliğinin Sorunları: 1982-92 Döneminde Yayınlanan Araştırmalara İlişkin Bir Değerlendirme, Yorum ve Öneriler. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (30), 27-41.

Jarry, J. L. & Vaccarino, F. J. (1996). Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorders: Neurochemical and Phenomenological Commonalities. *J Psychiatry Neurosci*, 21, 36-48.

Kahraman, S. (2011). *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Karaçetin, G. (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Annelerin Çocuklarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirmesi ve Major Depresif Bozukluğu Olan Annelerin Çocuklarıyla Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Karahan, D. (2006). *Erken Disfonksiyonel Şemaların Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalar ve Sağlıklı Kişilerdeki Aktivasyonlarının Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. & Burnham, M. A. (1988). The Epidemiology of Obsessive–Compulsive Disorder in Five US Communities. *Archives of General Psychiatry* 45, 1094–1099.

Kaya, M. (1997). Ailede Anne-Baba Tutumlarının Çocuğun Kişilik ve Benlik Gelişimindeki Rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 9(9), 193-204.

Kaya, M. (1988). *Ondokuz Mayıs Öğrencilerinin Benlik Tasarımı*. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

Kennerley, H. (2017). *Kaygı (Anksiyete)*. (Çev. N. Yener). İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Russo, A. M., Shear, K., Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 415-424.

Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları*. Ankara, T. C. Sağlık Bakanlığı.

Kılıç, S. (2015). *Erişkin Obsesif-Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Etkileri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.

Klein, D. F. (1981). *Anxiety Reconceptualized. Anxiety: New Research and Changing Concepts*. (Eds: D. F. Klein & J. Raskin). New York, Raven Pres.

Köroğlu, E. (2015). *Psikiyatri Başvuru El Kitabı*. (3. Baskı). Ankara, HYB Basım Yayın.

Köroğlu, E. (2017). *Panik Bozukluğu Nedir? Nasıl Baş Edilir?* . (5. Baskı). Ankara, HYB Yayıncılık.

Kulaksızoğlu, A. (2014). *Ergenlik psikolojisi*. İstanbul, Remzi Kitabevi.

Kurul, D. (2017). *Çocuklukta Başlayan Obsesif-Kompulsif Belirtilerin Anne-Baba Tutumu, Mükemmeliyetçilik ve Bazı Değişkenler Açısından İncelemesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Erzincan.

Kurt, E. (2013). *Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarının Yürütücü İşlevlerinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Kuzgun, Y. (1972). *Anababa Tutumlarını Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Kuzgun, Y. (1973). Ana Baba Tutumlarının Bireyin Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1), 162-178.

- Kuzgun, Y. & Bacanlı, F. (2005). *PDR'de Kullanılan Ölçekler: Rehberlik ve Psikolojik Danışmada Kullanılan Ölçme araçları Dizisi: 1*. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Kuzgun, Y., Eldeleklioğlu, J. (2005). *Rehberlik ve Psikolojik Danışmada Kullanılan Ölçme Araçları ve Programlar Dizisi*. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of Competence and Adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Dev*, 62, 1049-1065.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. (Eds. P. H. Mussen & E. M. Hetherington). *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development*, 1-101. New York, Wiley.
- Maia, T. V., Cooney, R. E., Peterson, B. S. (2008). The Neural Bases of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adults. *Dev Psychopathol.*, 20(4), 1251-1283.
- Moors, J. J. A. (1986). The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined. *The American Statistician*, 40(4), 283-284. doi: 10.1080/00031305.1986.10475415.
- Mutallimova, S. (2014). *Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Anne-Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Nelson, E., Rice, J. (1997). Stability of Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry*, 154, 826-831.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. et al. (2000). A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 358-363.

Oğuz, N. (2016). *Genç Yetişkinlerde Anne-Baba Tutumu, Anksiyete ve Benlik Saygısı İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., El Dawla, A. S., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Transcultural Study. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 191-197.

Öngider, N., & Kavak, V. (2014). Agorofobisi Olmayan Panik Bozukluk Hastalarında Eşlik Eden Sosyal Fobik Semptomların ve Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17, 63-72.

Özbaran, B., Tamar, M., Yüncü, Z., Bildik, T., Demirel, N. ve Erermiş, S. (2009). Majör Depresif Bozukluğu Olan Gençlerden Oluşan Bir Klinik Örneklemde Anne Baba Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 109-115.

Öznur, T. ve Erdem, M. (2015). Analizden Nörobiyolojiye Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Anatol J. Clin. Investig.*, 9(3),153-160.

Pamuk, S. (2016). *Farklı Anne Baba Tutumlarının Üniversite Öğrencilerinin Kendini Toparlama Gücüne, Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Davranışlarına Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Purdon, C. & Clark, D. (2016). *Takıntılarla Başa Çıkma*. (Çev. A. Gündoğdu & P. İşçen), (7. Basım). İstanbul, Psikonet Yayınları.

Rasmussen, S. A. & Eisen, J. L. (1991). *Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder. Psychobiology of Obsessive Compulsive Disorder*. (Eds. J. Insel & S. A. Rasmussen). New York, The Guilford Press.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke Jr., J.D., et al. (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Arch. Gen. Psychiatry* 41, 949–958.

Sak, R., Sak, İ., Atli, S., Şahin, B. (2015). Okul Öncesi Dönem Anne-Baba Tutumları. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3), 972-991.

Sartorius, N., Üstün, B., Costa e Silva, J. A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J. et al. (1993). An International Study of Psychological Problems in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 819-24.

Saygılı, S. (2016). *Panik Atak Rehberi*. İstanbul, Türdav Yayın Grubu.

Schwartz, J. (1996). *Brain Lock. Free Yourself From Obsessive-Compulsive Behavior. A Four-Step Self-Treatment Method to Change Your Brain Chemistry*. USA, Regan Books.

Sezer, Ö. (2010). Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne-Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 1-19.

Silove, D. & Manicavasagar, V. (2016). *Panik Atak ve Agorafobi*. (Çev. N.Yener). İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık.

Steinberg, L., Lamborn, S. M., Dornbusch, S., Darling, N. (1992). Impact of Parenting Practices on Adolescent Achievement: Authoritative Parenting, School Involment, and Encouragement to Succeed. *Child Dev.*, 63, 1266-1281.

Steinberg, L. (2001). Parent-Child Relationships. *Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence*.

Sümer, N., Güngör, D. (1999). Çocuk Yetiştirme Stillerinin Bağlanma Stilleri, Benlik Değerlendirmeleri ve Yakın İlişkiler Üzerindeki Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44): 35-63.

Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Ruhcan, P., Çekem, B. (2009). Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38-45.

Şahin, H. & Erdoğan, R. (2016). *Panik Atak Dört Ayaklı Bir Fildir*. (4. Baskı). İstanbul, Alfa Psikoloji Yayınları.

Şanlı, D. (2007). *Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şen, H. (2016). *Bipolar Bozukluk, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Bipolar Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk Eşanlı Hastalar: Klinik Özellikler, Kişilik ve Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aydın.

Tan, O. (2016). *Takıntılar*. (14. baskı). İstanbul, Timaş Yayınları.

Telch M. J., Lucas, J. A, Schmidt, N. B., Hanna, H. H., Jaimez, L. and Lucas, R. A. (1993). Group Cognitive Behavioral Treatment of Panic Disorder. *Behav. Res. Ther.* 31 (3), 279-287.

Turgeon, L., O'Conner, K., Marchand, A. & Freeston, M. (2002). Recollections of Parent-Child Relationships in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Panic Disorder with Agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 310-316. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002.1188.x.

Tuzgöl, M. (1998). *Ana-Baba Tutumları Farklı Lise Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., Türksoy, N. (2002). Comorbid Conditions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr. Psychiatry*, 43, 204-209.

Veale, D. & Willson, R. (2017). *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. (Çev. N. Yener). İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G. et al. (1997). The Cross-National Epidemiology of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 305-309.

Williams, M. T., Slimowicz, G., Tellawi, Wetterneck, C. (2014). Sexual Orientation Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder: Assessment and Treatment with Cognitive Behavioral Therapy. *Directions in Psychiatry*, 34(1), 37-50.

Yalom, I. & Roth, W. (Eds.) (2016). *Anksiyete Terapisi*. (4. Basım). (Çev. B. Büyükdere). İstanbul, Prestij Yayınları.

Yavuzer, H. (1996). *Çocuk Eğitimi El Kitabı*. (2. Baskı). İstanbul, Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2010). *Çocuk psikolojisi*. İstanbul, Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2011). *Ana-baba ve çocuk*. İstanbul, Remzi Kitabevi.

Yılmaz, A. (2000). Anne-Baba Tutum Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı*, 7(3), 160-172.

Yörükoğlu, A. (1982). *Çocuk Ruh Sağlığı*. Ankara, İş Bankası Kültür Yayınları.

EKLER

EK 1



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk tanısı almış yetişkin bireylerde anne-baba tutum farklılıklarının incelenmesi, tanı almamış bireylerle karşılaştırılması”

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Yapılacak olan çalışmada Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk tanısı almış yetişkin bireylerde anne-baba tutum farklılıklarının birbirleriyle anlamlı şekilde bir

etkisi olup olmadığı araştırılacak; ayrıca bu bireylerin anne-baba tutumları ile tanı almamış bireylerin anne-baba tutumlarının bir benzerlik ya da farklılık gösterip göstermediği incelenecektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katılacak olan kişilerin onaylarını teyit için öncelikle “bilgilendirilmiş gönüllü olur formu” okutulup, imzalatılacak. Sonrasında tüm bireylere “kişisel bilgi formu” verilecek. Ardından “Anne-Baba Tutum Ölçeği” (ABTÖ) uygulanacaktır. İstatistiksel analizler için ise SPSS programı kullanılacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

OKB ve panik bozukluk günümüzde oldukça yaygın olarak görülen ve etiyolojisi hala tartışmalı olan ruhsal rahatsızlıklardandır. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkması ve/veya gelişiminde aile faktörü yadsınamaz bir gerçektir; bundan dolayıdır ki, geçmişte ve hala günümüzde ruhsal rahatsızlıklarla ilgili alakalı pek çok araştırma, aile yapısının farklı dinamikleri ile birlikte araştırılmaktadır. Bu çalışmada, aile tutumlarının tanı almamış bireyler, OKB tanısı almış bireyler ve panik bozukluk tanısı almış bireylerde farklılık ya da benzerlik gösterip göstermediği; aile tutum farklılıklarının bir etkisi olup olmayacağını araştırılması amaçlanmaktadır. Bu şekilde literatüre ve ileride yapılacak olan bilimsel çalışmalara da katkı sağlanılmak istenmektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Cevaplayacak olduğunuz sorular yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak, alınan bilgiler yalnızca istatistiksel olarak yorumlanmak üzere değerlendirilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİ :

İrem SIVASLIOĞLU

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz:

A) Kadın B) Erkek

2) Yaşınız: _____

3) Medeni Durumunuz:

A) Bekar B) Evli C) Boşanmış D) Diğer

4) Eğitim Durumunuz:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul
D) Lise E) Önlisans F) Lisans
G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

5) Anne babanız:

A) İkisi de hayatta B) Sadece anne hayatta C) Sadece baba hayatta
D) İkisi de hayatta değil

6) Anne babanız:

A) Birlikte B) Boşanmış / Ayrış

7) Annenizin eğitim durumu:

- | | | |
|---------------------|------------------|--------------------|
| A) Okur Yazar Değil | B) Okur Yazar | C) İlkokul |
| D) Ortaokul | E) Lise | F) Önlisans |
| G) Lisans | H) Yüksek Lisans | I) Doktora ve Üstü |

8) Babanızın eğitim durumu:

- | | | |
|---------------------|------------------|--------------------|
| A) Okur Yazar Değil | B) Okur Yazar | C) İlkokul |
| D) Ortaokul | E) Lise | F) Önlisans |
| G) Lisans | H) Yüksek Lisans | I) Doktora ve Üstü |

9) Kaç kardeşiniz?

- | | | | | | |
|--------|------|------|------|------|--------------|
| A) Tek | B) 2 | C) 3 | D) 4 | E) 5 | F) 6 ve Üstü |
|--------|------|------|------|------|--------------|

10) Kaçınıcı kardeşiniz?

- | | | | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|
| A) 1. (ya da tek) | B) 2. | C) 3. | D) 4. | E) 5. | F) 6. ve üstü |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|

11) Gelir düzeyiniz: ?

- | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|
| A) 1.000-2.000 | B) 2.000-5.000 | C) 5.000-10.000 |
| D) 10.000 ve üzeri | | |

12) Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik bir ilaç var mı?

A) Evet

B) Hayır

13) Daha önce yahut şu anda almış olduğunuz herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı /psikiyatrik tanınız var mı?

A) Evet

Belirtiniz: _____

B) Hayır

EK 3

ANNE BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Size, anne babaların çocuklarını hangi yöntemlerle eğittiğini, çocuklarına toplumsal davranışlar kazandırırken nasıl davrandığını ifade eden cümlelerden oluşan bir liste verilmiştir. Sizden istenen; bu cümleleri okuyup bunların annenizin ya da babanızın sizi eğitirken genellikle benimsediği davranışlara ne derecede benzediğini, onların tutumuna ne kadar uyduğunu düşünerek “Hiç Uygun Değil” ibaresinden “Tamamen Uygun” ibaresi arasında beşli dereceleme yaparak maddelerin karşısına seçeneklerden en uygun bulduğunuzu işaretlemenizdir.

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Biraz uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
1. Bana her zaman güven duygusu vermiş ve beni sevdiğini hissettirmiştir.					
2. Çok yönlü gelişmem için beni olanakları ölçüsünde desteklemiştir.					
3. Her yaptığım işin olumlu yanlarını değil kusurlarını görmüş ve beni eleştirmiştir.					
4. Her zaman başıma kötü bir şey gelecekmış gibi beni koruyup kollamaya çalışır.					
5. Aramızdaki ilişki ona içimi açmaya cesaret edemeyeceğim kadar resmidir.					
6. Arkadaşlarımı eve çağırmama izin verir, geldiklerinde onlara iyi davranırdı.					
7. Elinden geldiği kadar, her konuda benim fikrimi almaya özen gösterir.					

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Biraz uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
8. Çevremizdeki çocuklarla beni karşılaştırır, onların benden daha iyi olduklarını söylerdi.					
9. Bana hükmetmeye çalışır.					
10. Bugün bile alışverişe çıkacağım zaman, kandırılacağımı düşünerek benimle gelmek ister.					
11. Benden her zaman gücümün üstünde başarı beklemiştir.					
12. Fiziksel ve duygusal olarak kendisine yakın olmak istediğim zaman soğuk ve itici davranırdı.					
13. Sorunlarımı onunla rahatlıkla konuşabilirim.					
14. Neden bazı şeyleri yapma ya da yapmamam gerektiğini bana açıklar.					
15. Birlikte olduğumuz zamanlar ilişkimiz çok arkadaşçadır.					
16. Kendi istediği mesleği seçmem konusunda beni zorlamıştır.					
17. Sevmediğim yemekleri, bana yarayacağı düşüncesi ile zorla yedirirdi.					
18. Sınavlarda hep üstün başarı göstermemi istemiştir.					
19. Kendimi yönetebileceğim yaşlarda bile gittiği her yere beni de götürür, benim evde yalnız kalmamdan kaygılanırdı.					
20. Evde bir konu tartışılırken görüşlerimi söylemem için beni teşvik eder.					

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Biraz uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
21. Küçük yaşımdan itibaren ders çalışma ve okuma alışkanlığı kazanmam konusunda bana yardımcı olmuştur.					
22. Küçüklüğümde bana yeterince vakit ayırır; parka, sinemaya götürmeyi ihmal etmezdi.					
23. Benim gibi bir evladı olduğu için kendini bahtsız hissettiğini sanıyorum.					
24. Okulda başarılı olmam konusunda beni zorlar, düşük not aldığımda beni cezalandırırdı.					
25. Beni kendi emellerine ulaştırmak için bir araç olarak kullanırdı.					
26. Beni daima yapabileceğimden fazlasını yapmaya zorlamıştır.					
27. Paramı nerelere harcadığımı ayrıntılı bir biçimde denetler.					
28. Her zaman, her işte kusursuz olmam gerektiği inancındadır.					
29. Ona yakınlaşmak istediğimde daima bana sıcak bir şekilde karşılık verir.					
30. Bana önemli ve değerli bir kişi olduğum inancını aşılamıştır.					
31. Cinsellik konusunda karşılaştığım sorunları kendisine anlatmak istediğimde hep ilgisiz kalmıştır.					
32. Benim iyiliğimi istediğini, benim için neyin iyi olduğunu ancak kendisinin bileceğini söyler.					
33. Her zaman nerede olduğumu ve ne yaptığımı merak eder.					

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Biraz uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
34. İyi bir iş yaptığımda beni övmekten çok daha iyisini yapmam gerektiğini söyler.					
35. Cinsel konularda çok tutucu olduğu için onun yanında bu konulara ilgi gösteremem.					
36. Aile ile ilgili kararlar alınırken benim de fikrimi öğrenmek ister.					
37. Beni olduğum gibi kabul etmiştir.					
38. Başkalarına benden daha çok önem verir ve onlara daha nazik davranır.					
39. Günlük olaylar hakkında anlattıklarımı ilgi ile dinler ve bana açıklayıcı cevaplar verir.					
40. Benimle genellikle sert bir tonda ve emrederek konuşur.					

EK 4

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad Soyad

İrem SİVASLIOĞLU

Doğum Tarihi ve Yeri

1992, İstanbul

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans

T. C. Üsküdar Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

(Tezli)

Lisans

İstanbul Şehir Üniversitesi

İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi

Psikoloji Bölümü (İngilizce)

Yüksek Onur Belgesi ile mezun

STAJ DENEYİMLERİ:

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin
Psikiyatri Birimi, K Servisi, İstanbul, 2015
NP İstanbul Beyin Hastanesi, 2016

KLİNİK DENEYİM:

Gönüllü psikolog: Nöropsikiyatri Hastanesi (NP) Feneryolu Tıp Merkezi,
2016 - 2018