

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

**ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARA BAKIM VEREN BİRİNCİ DERECE
YAKINLARININ DAMGALAMA KONUSUNDAKİ
TUTUMLARINA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ
ETKİLERİ**

Dr. Akif TAŞDEMİR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanları: Uzm. Dr. Evrim ERTEN
Doç.Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

İSTANBUL - 2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

**ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARA BAKIM VEREN BİRİNCİ DERECE
YAKINLARININ DAMGALAMA KONUSUNDAKİ
TUTUMLARINA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ
ETKİLERİ**

Dr. Akif TAŞDEMİR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanları: Uzm. Dr. Evrim ERTEN
Doç.Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

İSTANBUL - 2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. AKİF TAŞDEMİR

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA
BAKIM VEREN BİRİNCİ DERECE YAKINLARININ DAMGALAMA KONUSUNDAKİ
TUTUMLARINA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ETKİLERİ

1-Sayfa Sayısı:	: 92
2-Tablo Sayısı	: 23
3-Şekil Sayısı:	: 0
4-İstatistik Sayısı:	: 8
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 168,BAŞARILI
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü Eğitim Görevlisi
Sicil No: 45313

Üye

Uz. Dr. Nihat ALPAY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş.Hast.
Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu
Sicil No: 17504

Üye,

Prof. Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU
Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Eğitim Görevlisi
Sicil No: 27648

ONAY

...../.....2014

Doç. Dr. Murat ERKİRAN

Başhekim

İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı
ve Sinir Hastalıkları E.A. Hastanesi
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
Başhekim

Başhekim

I. ÖNSÖZ

Psikiyatri uzmanlık eğitimim süresince bilgi, birikim ve desteğinden yararlandığım, Doç Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na, Doç Dr. Hacı Murat EMÜL'e, Doç. Dr. İ. Ömer SAATÇIOĞLU'na, Doç. Dr. M.Cem İLNEM'e, Doç.Dr. Cüneyt EVREN'e, Uzm.Dr. Ahmet TÜRKCAN'a, Doç.Dr. Ayten ERDOĞAN'a, Doç.Dr. Baki ARPACI'ya, sayın Başhekimimiz Doç. Dr. Murat ERKİRAN'a, tezimin şekillenmesinde büyük emekleri olan, tez sürecimde gösterdiği yardım ve desteği için tez danışmanım Uzm. Dr. Evrim ERTEN'e, 3. Ve 16. Psikiyatri Klinikleri'nin tüm uzman doktorları, asistan doktorları, hemşireleri ve personellerine,

Rotasyonlarım esnasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum tüm klinik şefleri ve uzman doktorlara, birlikte keyifle çalışma fırsatı bulduğum arkadaşlarıma,

Değerli dostum Kasım TAŞDEMİR'e,

Hep yanımda olan, desteğiyle bana her zaman güç veren aileme ve en büyük desteğim sevgili eşim Nezire Zeynep TAŞDEMİR'e ve kızım Elif Zehra TAŞDEMİR'e teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Akif TAŞDEMİR

İstanbul 2014

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT.....	VI
V. KISALTMALAR	VIII
VI. TABLO LİSTESİ.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Damgala(n)ma.....	3
2.1.1. Psikiyatrinin damgalanması	3
2.1.2. Ruhsal hastalıklar ve damgalanma.....	5
2.1.3. Damgalanmanın türleri	6
2.1.4. Damgala(n)manın tedavi üzerindeki etkisi	8
2.1.5. Damgala(n)ma ile mücadele	9
2.1.6. Hasta yakınları ve damgala(n)ma	12
2.2. Çocukluk çağı travması.....	14
2.2.1. Epidemiyoloji.....	15
2.2.2. Etyoloji.....	16
2.2.3. Çocukluk çağı travma türleri.....	18
2.2.3.1. Çocukluk çağı ihmali	18
2.2.3.2. Çocukluk çağı istismarı	18
2.2.3.2.1. Fiziksel istismar	19
2.2.3.2.2. Duygusal istismar.....	19
2.2.3.2.3. Cinsel İstismar.....	20
2.2.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarına Yönelik Damgalama	21
2.2.5. Travma ve baş etme tutumları.....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Verilerin toplanması.....	24
3.2. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri.....	24
Hem hasta yakınlarında hem de kontrol grubu katılımcılarında;.....	24
3.3. Çalışmadan dışlama kriterleri	25
Hem hasta yakınlarında hem de kontrol grubu katılımcılarında;.....	25
3.4. Veri toplama araçları.....	25
3.4.1. Sosyodemografik veri formu	25

3.4.2. Damgala(n)ma (stigmatizasyon) ölçeği	25
3.4.3. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (childhood trauma questionnaire–ctq-28)	26
3.4.4. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği).....	26
3.5. İstatistiksel analiz	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Sosyodemografik özellikler	28
4.2. Grupların damgalama alt ölçekleri açısından değerlendirilmeleri.....	30
4.2.1. Sosyal mesafe skalası.....	30
4.2.2. Maharet skalası	31
4.2.3. Tehlikelilik skalası	34
4.3. Grupların çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirilmeleri.....	35
4.4. Grupların baş etme tutumları açısından değerlendirilmeleri.....	36
4.4.1. Hasta Yakınları ve Kontrol Grubunun Baş Etme Tutumları Açısından Karşılaştırılması:	37
4.4.2. Baş Etme Ölçeği Sınıflandırmasına Göre Hasta Yakınları ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması:	37
4.5. Çocukluk çağı travma ölçeği skorlarının damgalama ölçek skorları ile korelasyonu.....	39
4.6. Çocukluk çağı travma ölçeği skorlarının COPE ölçek skorları ile korelasyonu.....	39
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ	62
7. KAYNAKLAR	64
8. EKLER.....	79
EK 1 – ETİK KURUL ONAYI.....	80
EK 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	81
EK 3 –SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	82
EK 4 - DAMGALAMA ÖLÇEĞİ	83
EK 5 – ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	88
EK 6 - BAŞ ETME TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	89

III. ÖZET

ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA BAKIM VEREN BİRİNCİ DERECE YAKINLARININ DAMGALAMA KONUSUNDAKİ TUTUMLARINA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ETKİLERİ

Dr. Akif TAŞDEMİR

Amaç: Bu çalışmada şizofreni ve benzeri psikotik bozuklukları (atipik psikoz, psikotik özellikli mani) olan hastalara bakım veren 1. Derece yakınlarının (ebeveyn ve kardeşler) çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi, kendilerinin maruz kaldıkları çocukluk çağı travmalarının damgalama tutumlarına etkilerinin ve baş etme tutumlarına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Hasta yakınlarının, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olmayan bireylere göre çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kişileri daha az damgalayıcı tutum sergileyecekleri, ayrıca kendilerinin maruz kaldığı çocukluk çağı travmalarının damgalama konusundaki tutumlarına olumlu etki edeceği öngörüldü.

Yöntem: Çalışmamız 100 şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan hastaların bakım vericisi olan 1. derece yakınları ve birinci derece yakınlarında herhangi bir psikiyatrik hastalık olmayan 50 kontrol grubu katılımcısı ile yürütüldü. Çalışmaya katılan hasta yakınlarına ve kontrol grubu katılımcılarına Sosyodemografik Veri Formu, damgalama tutumlarını değerlendirmek için çocukluk çağı cinsel istismarına yönelik Stigmatizasyon ölçeği birebir görüşme yapılarak klinisyen tarafından uygulandı. Baş etme tutumlarını belirlemek için Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) kullanıldı. Hastaların çocuklukta istismar ve ihmal yaşantıları Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu (atipik psikoz, psikotik özellikli mani) olan hastalara bakım veren 1. derece yakınları ile kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere damgalama tutumları değerlendirildiğinde; sosyal mesafe alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık yoktu. Maharet alt ölçek değerlendirmesinde; hasta yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin “işitme ve konuşma yetileri başarılıdır” ve “öfkesini kontrol edebilirler” yorumlarına kontrol grubu katılımcılarından daha olumlu yaklaşıtları saptandı. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin tehlikeliliği değerlendirildiğinde; “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için önemli bir sorun, onların bir dakika sonra neler yapacağını bilemezsiniz” ve “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi, ilkökul öğretmenliğine başvursaydı ve işe kabul edilseydi, işten atılması için çabalıydım.” yorumlarına olumlu yaklaşarak damgalayıcı tutum gösteren hasta yakınlarının sayısı kontrol grubu katılımcılarından fazla idi. Çalışmamıza katılan hasta yakınları ve kontrol grubu katılımcılarına uygulanan Çocukluk Çağı Travma Ölçeği skorları ile Damgalama Ölçeği skorları arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, öngörümüzün aksine çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin damgalanması konusunda şizofreni ve benzeri psikotik bozuklukları olan hastaların yakınlarının, kontrol grubuna göre olumlu bir tutum sergilemedikleri, hatta çocukluğunda cinsel istismara maruz kalmış kişilerin tehlikeliliği konusunda daha damgalayıcı yaklaşıtları saptandı. Her iki grupta da Çocukluk Çağı Travma Ölçek puanları ile Damgalama Ölçeği puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmasa da, hasta yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin “bir işi başarıyla götürebileceğine” kontrol grubu katılımcılarına göre daha az ve “bir dakika sonra neler yapabileceğinin kestirilemeyeceğine” daha fazla inanmalarının sebebi kendi çocukluk dönemlerinde daha fazla duygusal ihmale maruz kalmış olmaları olabilir. Bu konuda daha sağlıklı yorum yapabilmek için çocukluk çağı cinsel travmalarının uzun dönem sonuçları hakkında daha fazla sistematik araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Damgalama, Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı, Çocukluk Çağı Travmaları, Baş Etme Tutumları

İletişim adresi: akiftasdemir@mail.com

IV. ABSTRACT

EFFECTS OF CHILDHOOD TRAUMA OF FIRST DEGREE RELATIVES AND ALSO NURTURER OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SIMILAR PSYCHOTIC DISORDER ON STIGMATISATION

Dr. Akif TAŞDEMİR

Objective: The aim of this study is to evaluate the stigmatisation by the people, who nurtures the patients with schizophrenia or similar psychotic disorders, e.g. atypical psychosis, psychotic mania, and also who are the first degree relatives of the patients towards the persons who are sexually abused in their childhood. In addition, evaluation of effects of being exposed to molestation in childhood on the stigmatisation and coping with is the aim of this study as well. It was conjectured that the patient's relatives would less stigmatise the sexually abused people in their childhood as opposed to the persons who do not poses a first degree relative with a mental illness. Also it was conjectured that their experience of being exposed to molestation in their own childhood would have a positive effect on the stigmatisation.

Method: The study incorporates a hundred people who nurtured their first degree relatives with schizophrenia or similar mental disorders and fifty people in the control group who does not have a first degree relative with a mental disorder. Sociodemographical Data Form and Stigmatisation measurement are handed by a clinicians in person to the participants who are patient relatives and the other participants in order to evaluate their stigmatisation. In order to determine their coping skills Evaluation Metric of Cope With is used. Experience of exposure to a sexual abuse and neglect in childhood of the patients are assessed using Childhood Traumas Questionnaire-28 (CTQ-28).

Results: There was not a significant difference in the social distance sub-metric test scores of stigmatisation of participants nursing the patients and the other participants towards the people who are sexually abused in their childhood. However, in capability subscale test results, it was determined that patient's relatives think more positive in the statements 'they are good at hearing and speaking' and 'they can manage their anger' than the control group about the people who are sexually abused in their childhood. In evaluation of the danger of the people who are molested in their childhood, patient's relatives who thinks positive about the statements 'You cannot anticipate what a person who is molested in his/her childhood is going to do next in a minute' and 'If a person who is molested in his/her childhood applies for a job as a primary school teacher and gets accepted, I try to get him/her fired' are outnumbered the control group members who think positive as well. There was not a significant correlation between the scores of Childhood Trauma Questionnaire-28 and Stigmatisation Questionnaire handed to participants of patient's relatives and the participants in the control group.

Conclusion: In contrast to our conjecture, the results of this study showed that the people who are schizophrenia and similar mental disorder patient's first degree relatives and also their nurturer has not more positive attitude compared to the people, who has not

any first degree relatives with a mental disorder, towards the persons who are sexually abused in their childhood. Moreover, it was determined that they are more stigmatise the persons who are sexually abused in their childhood as being dangerous. Despite the fact that there is no significant correlation between Childhood Trauma Questioner and Stigmatisation Questionnaire scores taken by both groups, the reason why patient's relatives believe that the people who are molested in their childhood are 'less likely to be successful in a task' or 'it is not easy to anticipate what comes next from them' might be their exposure to emotional neglect in their own childhood. There is a necessity of more systematic research about long term consequences of childhood sexual traumas so as to have more precise conclusions.

Keywords: Stigmatisation, Childhood Sexual abuse, Childhood Traumas, Cope With

Contact: akiftasdemir@mail.com

V. KISALTMALAR

ÇÇİ	: Çocukluk çağı istismarı
EKT	: Elektrokonvulsif tedavi
DPB	: Dünya Psikiyatri Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı)
ICD	: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması)
CTQ-28	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
COPE	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Zihinsel hastalığın damgalanmasının(stigma) bilişsel ve davranışsal oluşumu.....	7
Tablo 2: Hasta yakınları ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.....	29
Tablo 3: Sosyal mesafe ölçeğine göre hasta yakınları ve kontrol grubunun tutumları.....	31
Tablo 4: Maharet skalasına göre hasta yakınları ve kontrol grubunun tutumları	33
Tablo 5: Tehlikelilik skalasına göre hasta yakınları ve kontrol grubunun tutumları	35
Tablo 6: Hasta yakınları ve kontrol grubunun çocukluk çağı travma ölçeği ile değerlendirilmesi	36
Tablo 7: Hasta yakınları ve kontrol grubunun SORUN ODAKLI BAŞ ETME tutumlarının değerlendirilmesi.....	38
Tablo 8: Hasta yakınları ve kontrol grubunun DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME tutumlarının değerlendirilmesi.....	38
Tablo 9: Hasta yakınları ve kontrol grubunun İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME tutumlarının değerlendirilmesi.....	39
Tablo 10: Hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	41
Tablo 11: Kontrol grubunun çocukluk çağı duygusal istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	42
Tablo 12: Hasta yakınlarının çocukluk çağı fiziksel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	43
Tablo 13: Kontrol grubunun çocukluk çağı fiziksel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	43
Tablo 14: Hasta yakınlarının çocukluk çağı fiziksel ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	44
Tablo 15: Kontrol grubunun çocukluk çağı fiziksel ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	45
Tablo 16: Hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	46
Tablo 17: Kontrol grubunun çocukluk çağı duygusal ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	47
Tablo 18: Hasta yakınlarının çocukluk çağı cinsel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	48
Tablo 19: Kontrol grubunun çocukluk çağı cinsel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi.....	49
Tablo 20: Hasta yakınlarının çocukluk çağı travmalarını minimize etme ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi	50

Tablo 21: Kontrol grubunun çocukluk çağı travmalarını minimize etme ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi 51

Tablo 22: Hasta yakınlarının çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi..... 52

Tablo 23: Kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi..... 53

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Psikiyatrik damgalanmanın ağır ruhsal hastalığı olan kişiler üzerine evsizlik (1), azalmış iş olanakları (2), kötüleşmiş yaşam kalitesi (3) ve zamanla artan depresif belirtiler (2), öz güvende azalma (4), tedaviyi yarım bırakma (5) ve sosyal yetersizlikler (6) gibi olumsuz etkileri vardır. Ayrıca birçok tedavi seçeneği olmasına karşın tanısı olan birçok ruh hastalığı olan kişi, ruhsal hastalıklar konusundaki yaygın damgalama tutumu nedeniyle tedavi aramamaktadır (7). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının yakınlarının dörtte üçünün şizofrenisi olan kişileri saldırgan, evlenilmemesi gereken, kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacak kişiler oldukları şeklinde damgaladıkları saptanmıştır (8).

Çocukluk çağı istismarı (ÇÇİ) kişiler arası ilişkileri bozan, kişide dünyanın güvenli bir yer olduğu inancının yıkılmasına neden olan bir durumdur (9). Batı ülkelerinde, ÇÇİ yaygınlığının erkek çocuklarda %10'dan az, kız çocuklarında ise %10-20 arasında olduğu bildirilmiştir (10). Bununla birlikte insidansın giderek arttığı düşünülmektedir (11). Cinsel istismarın tacize uğrayan çocuğun yaşamındaki olası sonuçları hakkında pek de tutarlı olmayan sonuçlar yayınlanmıştır. Borderline kişilik ve/veya depresyon gelişimi (12) ve yeniden kurban olma (10), kötü baş etme becerileri (13) ve büyüyünce başka küçük çocukları taciz etme (14) bildirilen negatif sonuçlardan bazılarıdır. Ancak, verilerin aşırı ve dikkatsizce genelleştirilmesi ÇÇİ olgularının belirgin olarak yanlış anlaşılmasına ve damgalanmasına (stigmatizasyona) neden olabilir. Damgalanma ise yaşam boyu marjinalleşmeye ve/veya haz verici ilişki türlerinden sadece cinsel içerik taşıyan ilişkileri kurabilmeye yol açabilmektedir (15). Cinsel istismarın başkaları tarafından öğrenilmesinin çocuk için faydalı olduğu düşünülse bile (16), birçok çocuk bu istismarı bildirmekte çekingen davranmaktadır (17). Bu isteksizliğin bir nedeni çocuğun kendisine inanılmayacağı düşüncesi olabilir (17). Link ve Phelan (18), damgalama sürecini aşağıdaki dört bileşenin üzerinde temellendirmiştir: a) kişi, tanımlar ve bireysel farklılıkları sınıflar, b) kişi, farklılıkları istenmeyen özelliklerle ilişkilendirir, c) sınıflanan kişi grup dışı bırakılır: “bizden” değil “onlardan” diye tanımlanır, d) böylece sınıflanmış kişiler statü kaybı ve ayrımcılık yaşarlar.

Bu çalışmada, şizofreni veya benzeri psikotik bozukluğu (atipik psikoz, psikotik özellikli mani) olan hastaların ebeveynlerinin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kişilere yönelik damgalama tutumlarını, bu ebeveynlerin kendilerinin çocukluk çağı travmalarına maruziyetlerini ve başa çıkma becerilerini araştırmayı amaçladık.

Bu değerlendirmeyi yaparken örneklemimiz içindeki ebeveynlerin de geçmiş yaşantılarında benzer travmatik olayların mağduru olabilecekleri ve bu durumun damgalayıcı tutumlarını etkileyebileceğini göz önünde bulundurduk. Birinci hipotezimiz, hasta ebeveynlerinin, çocuğu psikiyatri hastası olmayanlara göre damgalanma konusunda daha duyarlı olabilecekleri öngörüldüğünden, çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanları daha az damgalayacakları yönündedir. İkinci hipotezimiz ise örneklem grubumuzda çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin cinsel istismara uğrayanlara daha empatik yaklaşabileceği ve daha az damgalama tutumlarının olabileceği yönündedir. Bu sebeple hasta ebeveynlerinin kendi çocukluk dönemlerindeki travmatik yaşantılarını da araştırdık. Bununla birlikte, damgalanmanın getirdiği acı verici ve sosyal ilişkilerin zayıflamasına sebep olan hislerin, baş etme yöntemlerindeki yetersizliklerin önemli bir tetikleyicisi olduğu öngörüsü ile araştırmamıza katılan bireylerin baş etme yöntemlerini de değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

Ruhsal hastalıklarla ilişkili damgalama tutumu uzun bir geçmişe sahiptir; ancak son iki yüzyılda bu durum daha da güçlenmiştir. Bu durumun sebepleri şehirleşme, ruhsal anormalliğe tolerans gösterememe (ve böyle bir sorunu olan kişiyi reddetme), ve mesleki kalite ve beceri ile ilgili artan beklentiler olabilir. Hemen tüm ülkelerde sanayileşme düzeyinden bağımsız olarak kırsal alanlarda da, ruhsal hastalıkları olanlar damgalanmaya ya da ayrımcılığa tabi tutulmaktadır. Damgalama tutumunun evrensel olduğu gelişmekte olan ülkelerdeki yayınlarda da gösterilmiştir (19).

Yaklaşık 50 yıldan bu yana damgalanmadan en fazla etkilenen (20) hasta gruplarından olan ruhsal hastalığı olanlara karşı önyargıları azaltma çabaları bulunmaktadır (21).

2.1. Damgala(n)ma

Damgala(n)ma bir kişinin diğer insanlardan aşağı görülmesi, gözden düşürülmesi ve kötülenmesi olarak tarif edilebilir (22). Link ve Phelan ise etiketleme, basmakalıp tutumlar, ayırma, statü kaybına uğratma ve ayrımcılık unsurlarına izin verilmesinin damgala(n)ma tutumunun mevcut olduğunu gösterdiğini bildirmişlerdir (18). Damgala(n)ma sonsuz sayıda sağlık sorunu ve sosyal grup ile ilişkili olan sinsi bir sosyal problemdir. Bununla birlikte literatürün öncelikli olarak ırksal, cinsel, ruhsal hastalıkları ve HIV / AIDS ile ilgili damgala(n)ma konularına odaklandığı görülmektedir (23). Bununla birlikte genel anlamda psikiyatri biliminin de bu istenmeyen durumdan etkilendiğini yapılan çalışmalar gözler önüne sermiştir.

2.1.1. Psikiyatrinin damgalanması

Genel olarak toplumun psikiyatri bilimi ve psikiyatrik hizmetler hakkındaki düşüncelerinin olumsuz yönde olduğu bilinmektedir. Ruh sağlığı alanında hizmet veren hastaneler ile ilgili; hastaların gözaltında tutulduğu ve kilitli kapılar ardındaki toplumdan uzak yerleşimli kurumlar olduğu algısı yaygındır. Buradaki hastaların hala deli gömleği ile gezdiğine inanan birçok insan mevcuttur. Psikiyatrik tedavi ile ilgili genel nüfusun görüşleri hakkında ise farklı bulgular elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda katılımcılar

tedavinin yararlı olduğunu belirtmişlerdir (24), bununla beraber katılımcıların tedavi ile ilgili kaygılarını belirttikleri çalışmalar da mevcuttur (25). Bunun da ötesinde psikiyatrik tedavinin zararlı olduğunu düşünen katılımcıların daha ağırlıkta olduğunu bildiren çalışma da literatürde yerini almıştır (26). Tedavi seçeneklerinden ise psikoterapinin psikotrop ilaçlara göre daha çok tercih edildiği bildirilmiştir (27,28). Elektrokonvulsif tedavi (EKT) ise diğer tedavi seçeneklerine göre genel nüfus tarafından daha az masum kabul edilmektedir. Mesela Avustralyalı bir popülasyonda katılımcıların %70'i EKT'yi zararlı olarak ifade etmişken sadece %7'si yararlı olduğu görüşünü bildirmiştir (28).

Tıp öğrencilerinin düşünceleri ile ilgili değerlendirmelerin sonuçları ise daha karışıktır. ABD'de tıp öğrencileriyle yapılan yakın zamanlı bir anket çalışmasında, öğrenciler aile hekimliği ve iç hastalıklarından sonra üçüncü (%39) sırada psikiyatrinin eleştirilere hedef olduğunu belirtmişlerdir (29). Öğrencilerin üçte bire yakını psikiyatriyi mesleki açıdan yetersiz doyum sağlayan, yetersiz düzeyde memnuniyet veren uzmanlık alanı olarak görmektedir. Hatta psikiyatrinin “gerçek tıp” olmadığına dair algıların yansıtılması da bir hayli dikkat çekicidir (30). Ayrıca düşük ücret, devletin az ödenek ayırması gibi finansal etkenler de olumsuz yaklaşımlarda belirleyici etkenler olmuştur. Psikiyatrinin güvenilir bilimsel temellerinin olmadığı düşüncesi, psikiyatrik hastalıkların nozolojisi ve tanı sistemleri ile ilgili belirsizlik (30), DSM ve ICD sınıflandırma sistemleri, biyolojik ölçütler ile tanı ölçütlerinin geçerliliğinin test edilememesi (31) diğer eleştiri konularıdır. Tedavi konusunda ise öğrencilerin farklı görüş sahibi oldukları saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri arasında tedavi gelişmelerinin “çok yavaş ilerlediği” görüşünün baskın olduğu ancak yine de psikotrop ilaçlar konusunda, öğrencilerin genel topluma göre daha olumlu yaklaşımları olduğu bilinmektedir. (32).

Sağlık çalışanlarının tutumlarını değerlendiren çalışmalar da literatüre katkıda bulunmuştur. Psikiyatristlerin tutumları ile psikiyatrinin imgesi hakkındaki araştırmalar henüz yeterli değildir. Lambert ve arkadaşları doktorların ilk seçtikleri uzmanlık alanını bırakma nedenlerini araştırmışlar ve sonuç olarak psikiyatristlerin, uzmanlık alanının toplumdaki düşük algısını, diğer branş doktorlarının yeterli saygı duymamasını ve maddi kaynak yetersizliği algısını temel gerekçeler olarak gösterdiklerini bildirmişlerdir (33). İngiltere'de yapılan bir çalışmada psikiyatristlerin, ileride şizofreni hastaları olmaları halinde, sadece %71'inin antipsikotik almaya istekli olduklarını bildirmesi çok çarpıcı bir veridir (34). Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin, benzer şekilde eczacılık

öğrencilerinin psikiyatriye karşı genelde olumlu bir tutum sergiledikleri belirtilmiştir (35,36). Genel toplum ve tıp öğrencileri ile benzer tutum içinde oldukları gözlenen sağlık çalışanları; hastanedeki uzun süreli yatışların özerkliği ihlal edici olduğunu; (37), yine benzer şekilde psikotrop ilaç kullanmaktansa psikoterapiyi daha çok tercih edeceklerini belirtmişlerdir (38). EKT gibi hastanın iradesi dışında uygulanma alanı daha geniş olan tedaviler ise hemşirelerde güçlü emosyonların tetiklenmesine sebep olmuştur (39)

Medya alanı da değerlendirmeye tabi tutulursa psikiyatrinin genel imajı oldukça olumsuzdur. Gazeteler ve filmler olumsuz psikiyatri hastaneleri görüntülerine sık sık yer vermektedir. Olumsuz görüntü ve haberler bütün psikiyatriye genellenmekte ve olumsuz psikiyatri algısını kuvvetlendirmektedir. Tedavi konusunda ise özellikle EKT, medya tarafından tedavi edici etkisi olmayan, cezalandırıcı bir yöntem olarak anlatılmaktadır (40), Gazeteler, psikotrop ilaçlarla ilgili daha çok olumsuz yan etkileri vurgularken, olumlu etkileriyle ilgili haberlerin yer bulmadığı izlenmektedir (41).

2.1.2. Ruhsal hastalıklar ve damgalanma

Özellikle ruhsal hastalıklar hakkında olumsuz tutumları inceleyen araştırmaların uzun bir geçmişi olduğu bilinmektedir (42). Değişik damgala(n)ma türleri ile psikiyatrik belirtiler, psikososyal işlevler, benlik saygısı ve öz yeterlik, yaşam kalitesi ve sosyal bütünleşme arasındaki ilişki iyi kurulmuştur (43). Damgala(n)manın düşük benlik saygısı, kötü tedavi uyumu, ve artan semptom şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (44). Damgala(n)ma, ayrımcılık ve bakıma erişim arasındaki ilişki de çok yönlüdür. Damgala(n)ma ve ayrımcılık kurumsal, toplumsal ve bireysel hizmetlere ulaşımı engelleyebilir. Tanımlayıcı çalışmalar ve epidemiyolojik araştırmalar bu faktörlerin tedaviden kaçınma olasılığına, tedavi ve bakımın gecikmesine, tedavinin kesintisiz olarak sürdürülmemesine yol açtığını göstermektedir. Bununla ilişkili olarak; a) ruhsal hastalıkların seyri ve tedavi edilebilirliği hakkındaki bilgi eksikliği, b) değerlendirme ve tedaviye erişim hakkındaki bilgisizlik c) ruhsal hastalığı olan kişilere karşı ön yargı d) bu kişilere yönelik ayrımcılık uygulanacağı beklentisi gibi faktörler sayılabilir (45). Hatta ruhsal hastalığı olan kişilerin normal popülasyona göre daha az koroner revaskülarizasyon geçirdiği, diyabet ve kan basıncı ölçümü gibi temel sağlık değerlendirmeleri için daha az hastaneye başvurduğu (46,47) ve bu gibi sebeplerden dolayı erken öldükleri bildirilmektedir (48). Bu eşitsizliği açıklamak için yayınlar yetersiz olsa da ayrımcılık ve damgala(n)manın potansiyel bir etken olabileceği vurgulanmıştır

(49). Bütün bu sebeplerden dolayı damgala(n)manın hastalık kadar, bazen de bir ruhsal hastalık sebebi ile damgala(n)manın hastalığın kendisinden de tehlikeli olabileceği bildirilmiştir. Sokaktaki insana oldukça karmaşık ve ciddi bir hastalığa basit bir açıklama sağlamasına ve düşmanca tutumlar sergilemesine sebep olan damgala(n)ma, kişisel çatışmaların başkasına yansıtılmasına da zemin oluşturmaktadır. İlk çağlardan bugüne kadar aktarımla gelen bu olumsuz durumdan hekimler bile arınmış değildirler (50).

2.1.3. Damgalanmanın türleri

Damgala(n)manın iki türü olduğu belirtilmektedir: Toplumsal damgala(n)ma ve kendini damgala(n)ma (Tablo1) (51). Toplumsal damgala(n)ma meslek gruplarının tutumu da dahil olmak üzere, genel nüfusun tutumlarını ifade eder. Kendini damgala(n)ma ise olumsuz kendilik algısını vurgular (52). Toplumsal damgala(n)ma basmakalıp düşünceler üzerinde nüfusun geniş bir kısmı hem fikir olduğunda ortaya çıkar. Bu basmakalıp düşüncelerden bazıları; ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikelidir (ne yapacakları öngörülemez ve potansiyel olarak şiddete yatkındırlar), ayıplıdırlar (ahlaklı bir kişilikten yoksundurlar) ve beceriksizdirler (çalışabilme ehliyetleri yoktur) şeklindedir. Toplumsal önyargılar, fırsatlardan yoksun bırakma (“ruhsal hastalığı olan birini işe alma. Çünkü birlikte çalıştığı kişilere zarar verir”), kendi kararını vermesine engel olma (“bir otorite figürü kişinin hedefleri ile ilgili kararlar vermeli ve bu hedeflere ulaşmak için tedavinin tipini belirlemeli”), ve diğer kişilerden ayırmayı (geçmişte bu kişiler bugün psikiyatrik getto olarak adlandırılacak hastanelerde tutulurdu) içeren çeşitli ayrımcılık türlerini içermektedir (51). Kendini veya içselleştirilmiş damgala(n)mada ise kişinin kendisi hakkında olumsuz basmakalıp düşünceleri ve tutumları vardır. Önyargılar davranışları da etkiler (mesela iştahlı bir şekilde iş aramazlar). Duygusal reaksiyonları ise genelde düşük benlik saygısını ve düşük öz-yeterlilik hissini içerir (52). Kendini damgala(n)ma objektif bir dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma eğiliminden bağımsız olarak ruhsal hastalık tanısını hastalığın etiketi ile birlikte alma ile kendisini göstermektedir. Başlıca kaynak kişinin kendisidir. Bu durumun hastanın yakın çevresinde ve bulunduğu toplumda da damgalama eğilimi varsa şiddetleneceği tahmin edilebilir. Klişeler, önyargı ve ayrımcılık her iki damgala(n)ma türünü destekleyen üç temel bileşen olarak tanımlanmıştır (52).

Tablo 1: Zihinsel hastalığın damgalanmasının(stigma) bilişsel ve davranışsal oluşumu

Yapısı		Tanımlar	Toplumsal damgalanmasının örnekleri	Kendini damgalamanın örnekleri
Bilişsel	Sterotipler	Belirli bir toplumda yetişirken öğrenilen gruplar hakkındaki inanışlar	Dikkat: Zihinsel hastalıkları olan hastaların ne yapacağı belli olmaz. Şiddet gösterebilirler. Sorumlu: Zihinsel hastalıkları yüzünden suçlanması gerekenler kendileridir. Yeteneksiz: Ucuz ve basit işler dışında bir iş beceremezler.	Evet, ben tehlikeliyim, suçlanacak kişiyim, beceriksizim ve çocuk gibiyim, ...
	Önyargılar	Gruplar hakkındaki hisler. N.B. Önyargının da duygusal yönleri vardır.	Hayırsever: Zihinsel hastalıkları olan insanlar çocuksu ve masumdur. Bu sebepten hedefleri ve tedavileri ile ilgili kararlar alırken bir otoriteye (ör. Ebeveyn veya psikiyatris) ihtiyaçları vardır.	Özgüvensizlikten muzdarip olmak (normal bir hayatı hakeden birisi değilim) Öz-etkinlik eksikliğinden çekmek (Normal bir hayatı başatabilecek birisi değilim)
Davranışsal	Ayrımcılık	Önyargının davranışsal sonuçları	Fırsatların kaçırılması: Örneğin zihinsel hastalığı olan birini işe almayı reddetmek. Desteklememek: Zihinsel sağlık hizmetleri için devletin daha fazla maddi destek vermesini onaylamamak. Yetkinin alınması: Zihinsel hastalığı olan birini hayat hedefleri belirlemekten alıkoymak. İnsanları hizmete zorlamak. Ayırma: İnsanları çevrelerinden uzaklaştırıp kurumlara yönlendirmek (ör. Kişiyi devlet hastanesine göndermek ya da insanları otobüsle psikiyatrik varoşlara göndermek.)	Neden Deneyeyim etkisini yaşamak İyi bir iş sahibi olmayı neden deneyeyim? Zaten buna değer biri değilim ki. Güzel bir dairede oturmayı neden deneyeyim ki? Zaten başaramam.

2.1.4. Damgala(n)manın tedavi üzerindeki etkisi

Ruhsal hastalığı olan birçok insanın psikiyatrik semptomları ve yaşam yetersizlikleri çeşitli psikiyatrik ve psikososyal tedavi yaklaşımları ile iyileşebilmektedir. Ne yazık ki, tedaviden faydalanma olasılığı yüksek olan bu insanların çoğu ya tedaviye başlamayı reddetmekte ya da tedaviyi erkenden sonlandırmaktadır (53,54). Genel olarak ciddi ruhsal rahatsızlığı olanlar daha önemsiz ruhsal rahatsızlığı olanlara göre tedavi sürecine daha nadiren dahil olmaktadır (55). Sağlık inanışları modelleri insanların neden tedavide yer almadığını açıklamaya yöneliktir. Bu modeller, hissedilen tehditlerin azaldığı ve hissedilen faydanın arttığı şeklinde insanların rasyonel davrandığını kabul eder (56). Damgalanma sonucunda ortak bir tepki olarak geri çekilme tutumu sergileyen bireylerin, medikal tedaviden kaçınmalarının önemli nedenlerinden birisi de damgalanmama arzusudur. İç görü eksikliği sebebiyle tedaviyi reddettikleri düşüncesi bu gerçeğin gözden kaçmasına neden olabilir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin tedaviden kaçınarak, ilacın yan etkilerinden kurtulmanın yanısıra değersizleşmiş insanlar grubuna mensup olmamanın getirdiği bir iyilik hissi yaşadıkları da iddia edilmiştir (57). Ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavilerinin gecikmesinin tek sebebi hastalıktan kaynaklanan damgalanma korkusu değildir. Tedaviyi üstlenecek kişilerin de toplum tarafından damgalanması (deli doktoru vb.) gecikmenin bir diğer nedenidir (58).

Ruhsal hastalığı olanların yaşadığı damgalanma hissi sadece bu hastalıkları yaşamalarından kaynaklanmamaktadır. Beraberinde psikiyatri servisinde tedavi görüyor olmak ve “ruh hastası” diye adlandırılmak da damgalanma hissini yaşamaya katkıda bulunabilir. Bu kişiler kendilerini toplumun bir parçası gibi görürler, önyargılardan korunmaya çalışırlar, kendilerini ruhsal hastalığı olan insanlar topluluğundan birileri olarak göstermek istemezler. Ayrıca bu şekilde düşük benlik saygısından da korunduklarını hisseder, toplumsal damgala(n)madan korunurlar. Mesela renklerinden dolayı damgalanan insanlar gibi kolay gözlemlenebilir bir durum taşımazlar. Onlar için etiketlenmenin en önemli yolu psikiyatrik tedavi görüyor olamalarıdır. Literatürde “Potansiyel tüketiciler” olarak da adlandırılan bu hasta grubunun psikiyatrik tedaviyi reddederek toplumsal damgala(n)madan kaçınmış olduklarını düşündükleri bildirilmiştir (53).

Belki de şaşırtıcı bir şekilde damgala(n)ma, sağlık çalışanlarının dahi yardım arama ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma davranışını azaltmaktadır. Örneğin

depresyon hastalığı yaşayan tıp öğrencilerinin yalnızca %22'sinin ruh sağlığı hizmetlerini kullandığını tespit eden bir çalışmanın sonuçları bunu düşündürmektedir. Tedavi aramanın önündeki engel olarak öğrencilerin %30'u damgalanmayı, %24'ü güvensizliği ve kayıt tutulmasını göstermiştir (59).

2.1.5. Damgala(n)ma ile mücadele

Çeşitli ülkelerde damgalanmayı daha iyi anlamak ve damgalanma ile daha iyi mücadele edebilmek için karşılaştırmalı araştırmalar yapılmaktadır. Dünya Psikiyatri Birliği'nin altı kıta üzerindeki 27 ülkede müdahalelerini ve değerlendirmelerini de içeren damgala(n)ma ile mücadele çalışmaları tüm dünya üzerinde oldukça dikkat çeken bir halk sağlığı meselesi haline gelmiştir (60). Damgala(n)maya karşı koyabilmek için üç ana yöntem üzerinde durulmuştur: Protesto, eğitim ve iletişim (61). Protestolar haksız durumlar ve önyargılar ile ilgili farkındalığı yükseltir (62). Eğitim hatalı mitler yerine gerçekleri koyarak ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyini yükseltir (63). İletişim yönteminde ise hem video yöntemi (64), hem de canlı sunum teknikleri kullanılmıştır (65). İletişim ve eğitim stratejilerinin damgalanma ile mücadelede daha etkili yöntemler olduğu tespit edilmiştir (61). Yakın zamanda yapılmış 79 toplumsal damgala(n)ma değişimini içeren metaanalizde, 38000 araştırma katılımcısı incelenmiş ve iletişime dayalı stratejilerin eğitimsel metotlardan daha etkili olduğu ortaya konulmuştur(66). Literatür protesto yöntemleri ile ilgili yayınlar yönünden oldukça yoksundur, neredeyse tüm çalışmalar iletişim ve eğitim metotları üzerine yoğunlaşmıştır. Meta analiz sonuçları; kontrol grubu sonuçlarına kıyasla, eğitim ve iletişim programlarının her ikisinin de tavır ve davranış eğilimlerinde belirgin değişiklikler ürettiğini göstermiştir. Fakat iletişim, eğitimin etki boyutunun üç katından daha fazla güçlü sonuçlar vermiştir. Meta analizin ortaya koyduğu bir diğer sonuç da, ruhsal hastalığı olanların bireylerarası ilişki kurarak mesaj verdiği toplum damgalan(n)masını değiştirme programlarının, eğitim stratejilerine göre daha güçlü bir etki bıraktığıdır (67).

Son yıllarda özellikle Avustralya, İngiltere ve İsveç gibi ülkelerde ruhsal hastalıklar ile ilgili damgala(n)mayı ve bunun olumsuz sonuçlarını azaltmaya yönelik programlar başlatılmıştır. 1998 yılında İngiltere'de "Zihinleri Değiştirmek" adlı damgalama karşıtı kampanya (68) ve bundan daha büyük bir uluslararası girişim olan ve 1996 yılında Dünya Psikiyatri Birliği (DPB) tarafından başlatılan "Şizofreni Nedeniyle

Ayrımcılık ve Damgalama Karşıtı Global Program” (69) damgala(n)ma ile mücadele sürecinin iki büyük başlangıç adımlarıdır.

Damgala(n)ma ile mücadelede elde edilen faydalar yetersiz olmakla birlikte geleceğe adına umut vericidir. Mesela ruhsal hastalıkların tedavisine yönelik damgalama konusunda, “ruh sağlığı ilk yardım kursu” adı altında yapılan bir çalışma sonucunda kişilerin ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin artmasıyla önerilen tedavilere uyumun da arttığı yönünde kanıtlar bulunmuştur (70)

Damgala(n)ma ile mücadelede önemli çalışmaları olan Dünya Psikiyatri Birliği’nin (DPB), dünya çapında yürüttüğü programından elde ettiği veriler ışığında önerdiği bazı etkinliklerin vurgulanması ve uygulanması da psikiyatrinin ve psikiyatrik hastalıkların damgala(n)masının önüne geçilmesinde kritik önem taşımaktadır. Önerilen etkinliklerden bazıları şunlardır:

a) Ulusal psikiyatri birlikleri psikiyatri biliminin ideal uygulama yöntemlerini tespit etmeli ve ruh sağlığı hizmetlerinin en iyi şekilde uygulanmasının önünü açabilmek için etkin bir rol üstlenmelidir.

b) Psikiyatri Birlikleri, uygun klinik girişimlerle ilgili en iyi kılavuzları yayınlamanın yanı sıra kılavuzların içeriğinin tıp eğitimlerinde öğretilmesinin ve bu kılavuzlar ile ilgili eğitimin mezuniyet sonrasındaki üst eğitim için temel kaynağı oluşturmalarının sağlanmasına çalışmalıdırlar. Bu kılavuzların en uygun klinik uygulamaları içerdiği konusunda da kamuoyuna bilgiler verilmelidir. Bu uygulamalar ile ilgili insan haklarına aykırı bir durum söz konusu olduğunda bu duruma karşıt olarak harekete geçileceği konusunda topluma ikna edici bilgiler vermeyi net olarak ifade etmelidir. Hükümetlere psikiyatri hastalarına verilen hizmetler ve elde edilen bilimsel başarılar hakkında düzenli olarak bilgi verilmeli, sağlık endüstrisi ile geliştirilen ilişkiler şeffaf olmalıdır.

c) Psikiyatri birlikleri, ilgili akademik kuruluşlarla görüş alışverişinde bulunarak tıp eğitimi müfredatını işbirliği içinde oluşturmalıdır. Psikiyatrinin konusunu tıp öğrencileri için daha ilgi çekecek hale getirebilecek çeşitli eğitim teknikleri gündeme alınmalıdır. Genel tıp pratiğinde de kullanılabilecek becerileri için yoğun eğitimleri programları, ruhsal hastalıkları nedeniyle tedavi görmüş ve iyileşmiş kişilerle temas kurulması sağlanabilir. Psikiyatrik hastalıkların meydana getirdiği yıkımla baş etme

konusunda hasta yakınlarına, aile üyelerine eğitici olarak yer verilmesi de önemli katkılar sağlayabilir. Ayrıca psikiyatrik hastalıklar ile mücadelede başarılı olmuş toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri içinde bulunulması, ilgi çeken yaz eğitimlerinin ve öğrenci değişim programlarının desteklenmesi ve de belki en önemlisi psikiyatri eğitimi ile sinir bilimleri ve davranış bilimleri eğitimlerinin bir bütün halinde verilmesi sağlamak psikiyatrik birliklerinin ihmal etmemesi gereken konulardır.

d) Hem toplumdaki psikiyatri algısının değiştirilmesinde ve de ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde medya ve hükümet temsilcileri ile birlikte çalışılmalı ve gerekli olan sunum ve iletişim becerileri kazanılıp kullanılmalıdır. Mezuniyet sonrası eğitimde, psikiyatrik hasta ve hastalıkların damgala(n)masının nedenleri ve onlarla mücadele yöntemleri eğitim müfredatının kapsamında olmalıdır.

e) Ulusal psikiyatri birlikleri, hasta ve hasta yakınlarının kurduğu dernekler, diğer branş meslek örgütleri ve psikiyatrik hizmetler ile ilgili kararların alınmasında etkin olan dernekler ile sıkı işbirliği içinde olmalıdır. Birliklerin bu kuruluşlar ile ilişkileri henüz yeterli seviyede değildir. Birlikte projeler geliştirilmesi, psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların birlikte görülmesi, ortak bilimsel araştırmalar yapılması, kılavuz ve tedavi standartlarının hasta ve hasta yakınlarının dernekleri ile işbirliği içinde hazırlanması bu olumsuz durumun tersine çevrilmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca bahsedilen dernekler ile kurulan yakın ilişki psikiyatri servislerinin hastalar için daha iyi bir ortam haline getirilmesinde de yardımcı olabilir. Psikiyatrinin damgalanmasının zayıflatılmasında okullar, öğretmenler ve diğer sosyal yardım kuruluşları ile birlikte hareket edilmesi de fayda sağlayabilir.

f) Medya ile sağlam temelli ilişkiler geliştirmek ve bu ilişkileri korumak ulusal psikiyatri birlikleri için önemli bir vazifedir. Toplum genel tutumu ve kanısının oluşmasında medyanın rolü çok etkilidir ve giderek daha çok önem kazanmaktadır. Maalesef medyanın psikiyatri ve uygulamaları hakkındaki bilgisi genelde ya yetersiz ya da geçerliliğini yitirmiş durumdadır. Psikiyatri birlikleri güncel ve doğru bilgilerin medya temsilcilerine aktarılması için onlarla yakın ilişkiler kurmalıdır. Seminerler, bilgi verici bültenler, basın bildirileri, psikiyatri hizmetlerinin geliştirilmesinde medya temsilcilerinin sürece dahil edilmesi ve görüşlerinin alınması bu konuda etkili yöntemler olabilir.

g) Ayrıca bu konuda mesafe alınabilmesi için psikiyatri hizmetlerinin yöneticilerine ve bireysel çalışan psikiyatristlere önemli görevler düşmektedir. Bu kişiler öncelikli olarak kendi davranışlarının tüm bu damgala(n)ma süreçlerinde etken olabileceğini unutmamalıdır. Bu sebeple psikiyatri hizmeti veren tüm çalışanlar ve psikiyatristler hasta ve hasta yakınları ile saygılı bir ilişki geliştirmeli, psikiyatri bilimine katkı sağlamak için uygulama ve araştırmalardaki gelişmeleri ve bunların klinik pratikte uygulanmasını yakından takip etmeli, tedavi hizmetlerinin sağlanmasında ve organizasyonda etik kurallardan taviz vermemeli, diğer tıp dallarının çalışanları ile ve psikiyatrik hastaların bakımında etkin rol üstlenen diğer meslek gruplarıyla da yakın işbirliği kurmalıdırlar (71,72) .

2.1.6. Hasta yakınları ve damgala(n)ma

Ailelerin üzerindeki damgalanmanın da ağır sonuçları olduğu açıktır. Çocuklarının, kardeşlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmanın yanında suçluluk hissi de yaşamaktadırlar. Öte taraftan sanki yakınları yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrelerindeki insanların “ruhsal hastalığı olan birinin anne ya da babası” şeklindeki damgalayıcı tutumları ile mücaele etmektedirler. Mesela, şizofreni tanısı almış hastaların yakınları damgalanmaya ilişkin olarak birçok yaşantıya sahiptir. Kendilerine toplum içinde farklı davranıldığı için kaygı duymakta ve yakınlarının hastalığını gizlemeye çalışmaktadırlar (73).

Sevk edildiği veya önerildiği halde psikiyatriste başvurmayan hastaların en sık belirttiği neden tedavi ve onun niteliği ile ilgili olumsuz düşüncelerden değil, ruhsal hastalığa bağlı damgalanma korkusudur (74). Buna rağmen hasta ve yakınları özgül psikiyatrik tedaviler açısından toplumdaki yaygın düşüncelere sahiptirler. Psikiyatrik ilaçların bağımlılığa neden olduklarını (75), hastalığının nedenini ortadan kaldırmadıklarını (76), kişilik değişikliğine neden olduklarını (77) ve normal duyguları bastırdıklarını düşünmektedirler. Bununla birlikte, genel toplumla kıyaslandığında, psikiyatri hastaları ve yakınları genel topluma göre psikotrop ilaçlara daha olumlu yaklaşmaktadırlar (78).

Ruhsal hastalıklar ile ilgili hasta yakınlarının da tutumlarının yeterince olumlu olmadığı izlenmektedir. Yapılan görüşmelerde birçok aile bireyi şizofreni hastalığı olan

biri ile yaşamaya sıcak bakmadıklarını belirtmişlerdir (79). Ailenin bu tür hastalar ile ilgili belirttiği başlıca sorunlar şunlardır:

- Hastalık sürecinin belirsiz olması,
- Yalnızlık,
- Hastanın rahatsız edici davranışları
- Aile dışından kimsenin yeterince destek vermemesi,
- Hastanın süreç içinde devam eden potansiyelini kaybetmesine üzülmek,
- Hasta ile karşılıklı bir iletişim kuramamak,
- Hastanın şiddet eylemlerinden ve öngörülemeyen duygu dışavurumundan korkmak (80,81).

Almanya ve Avusturya’da yaşayan 788 şizofreni hastasının yakınları ile ilgili yapılan bir araştırmada, hasta yakınlarının neredeyse yarısının şizofreninin ortaya çıkmasından ruhsal yapıdaki zayıflığı sorumlu tuttukları saptanmıştır. Bunu hastalığın beynin bir rahatsızlığı olduğu düşüncesini izlemiştir. Hasta yakınlarının yüzde ona yakını ise, şizofreni etiolojisinde ilk etken olarak psikososyal faktörleri belirtmişlerdir (82).

İtalya’da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709 yakını üzerinde yapılan bir araştırmada ise, hasta yakınlarının akıl hastanelerini uygun tedavi seçeneği olarak görmedikleri, hastalıkla baş etmede yeterince destek bulamadıkları ve kendilerini yalnız hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların oy kullanma haklarının olması konusuna olumlu, evlenmelerine ve çocuk sahibi olmalarına ise olumsuz yaklaştıkları bildirilmiştir (83).

Arkar’ın bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 42 hastanın yakınları ile ruhsal bozukluğu olmayan ve diğer kliniklerde tedavi gören 42 hastanın yakınlarını karşılaştırdığı bir çalışmada; hasta yakınlarının anksiyete/depresyonu olan kişileri paranoid şizofreni hastalarına göre daha mutlu, daha verimli, daha iyi, daha çağdaş, daha temiz, daha az tehlikeli olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (84). Polat ve arkadaşlarının çalışmasında; ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının büyük kısmında, başta anne, baba ve kardeşlerde olmak üzere, reddedilme ve etiketlenme korkusu

nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi olduğu tespit edilmiş, şizofrenisi olan hasta yakınlarında ise duygudurum bozukluğu olan hasta yakınlarına göre suçluluk duygularının daha yoğun bir şekilde yaşandığı belirtilmiştir (85). Bir başka araştırmada; çalışmaya katılanların % 77'sinin şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımladığı, hastalığın nedenleri arasında ilk sırada % 54 ile stresli yaşam koşulları ve % 52 ile kişilik zayıflığının olduğunun düşünüldüğü, % 71 oranında doktorların, onların da içinde % 92 oranında psikiyatristlerin hastalığa çare olarak görüldüğü, katılımcıların % 20'sinin şizofreninin tamamen iyileşmeyeceğine ve % 41'inin sosyal sorunlarda düzelme olmadan bir iyileşme olamayacağına inandığı, şizofreninin ruhsal bir hastalık olduğuna inananların % 59'unun şizofreniyi tedavi edilebilir bir hastalık olarak gördüğü, % 58'inin psikoterapi ile, % 32'sinin ilaçla tedavi edilebileceğini düşündüğü, bu grubun % 45'inin tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğine, % 25'inin de ciddi yan etkilere neden olabileceğine inandığı, katılımcıların % 26'sının şizofreni hastalarının tehlikeli olduğunu ve toplum içinde serbest bırakılmaması gerektiğini düşündükleri, eğitim ve sosyoekonomik düzey düştükçe bu hastalara yaklaşımın daha olumsuzlaştığı belirlenmiştir (86).

Özellikle aile bağlarının güçlü olduğu toplumlarda aile üyelerinden birisinin hastalığı ailenin diğer fertlerini de olumsuz etkilemektedir. Ancak çoğu zaman ruhsal hastalıklar ile uğraşan profesyoneller bu durumdan haberdar olmazlar. Çok az psikiyatri servisinde hasta yakınlarına yönelik tedavi müdahaleleri yapılmaktadır. Aslında bu durum hastanın tedavisinde de çok önemli bir etkidir. Hasta yakınları damgalanmayı içselleştirebilir ve utanabilirler. Doktorlara, diğer ruh sağlığı profesyonellerine ve başkalarına güvensizlik, suçluluk, kızgınlık hissi yaşayabilirler (87). Hastanın kardeşleri ve ebeveynler, hastanın davranışları ve hastalık belirtileri sebebi ile utanabilmekte, bu sebeple de başka insanların evlerine gelmesini istememektedirler (88).

2.2. Çocukluk çağı travması

Travma, kişinin daha önce deneyimlemediği olaylar karşısında yaşadığı ve ayrıca fiziksel bütünlüğünü de tehdit eden yoğun korku, dehşet ve çaresizlik durumudur. Travmatik yaşantılar; cinsel tacizde, tecavüzde, terörist saldırılarında olduğu gibi insanlar tarafından gerçekleştirilebileceği gibi doğal afetler ve trafik kazaları gibi istenmeden yaşanan olaylar da olabilmektedir (89). Her gün yaşanabilecek olumsuz ama olağan olan yaşantılardan farklı olarak travma kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik

tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya gelmesidir de denilebilir (90). Bu tür olaylar karşısında kişi kendini karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılıyormuş gibi hisseder, normal zamanlarda işe yarayan baş etme metotları fayda vermez. Ayrıca travmatik olay ile ilgili yaşantıların ve bilgilerin yerleşik bilişsel şemaların dışında kalması ve aşırı uyarılmışlık hali; bilgi işleme sürecini etkileyerek, bilişsel süreçleri bozarak, olayın anlaşılmasını daha da zor hale getirir (91).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları tanımı ise fiziksel, duygusal, cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal kavramlarını kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1999'daki Çocuk İstismarını Önleme Toplantısı Raporu'nda istismar ve ihmal kavramları da netliğe kavuşturulmuş, bir yetişkinin isteyerek veya istemeden yaptığı ve çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini ve sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışların tamamı çocuk istismarı ve ihmali olarak tanımlanmıştır (92).

Pek çok farklı kuram çocukluk çağı travmalarını açıklamaya yönelik olarak ileri sürülmüştür. Çocukluk çağı travmaları ilk dönemde psikolojik kuramların yanı sıra sosyolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmış, sonraları ise sosyal öğrenme modeli baskın kuram haline gelmiştir. Değişik kuramların getirdiği açıklamalar çocukluk çağı travmalarının sebeplerine yönelik birçok verinin elde edilmesini sağlamış olmasına rağmen, bu travmatik yaşantıların kişiler üzerindeki etkilerinin ne olduğu ve travmatik yaşantıya maruz kalmış bir olgu ile karşılaşıldığında yapılması gerekenler konusundaki veriler maalesef henüz yeterli değildir.

2.2.1. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmaların ortaya koyduğu veriler istismar ve ihmal vakalarının yaygınlığını hakkında bilgi vermektedir. Bir yıl içinde 1,6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismarın ya da ihmalin kurbanı olduğu, bu durum sebebiyle 1000'den fazla çocuğun öldüğü tahmin edilmektedir (93). Yakın zamanda A.B.D'de yapılan bir çalışmada çocuk istismarı ve ihmali prevalansının erkek çocuklar için 11,2/1000 ve kız çocukları için de 12,6/1000 olduğu saptanmıştır ve bu yüksek oranların bile gerçek olguların çok az bir kısmını temsil ettiğinin tahmin edildiği belirtilmiştir (94). Bu yaklaşımın doğru olduğunu düşündürecek şekilde yaşam boyu travmatik bir olayla karşılaşma yaygınlığının %21.4-%89.6 arasında olduğunu bildiren kaynaklar da mevcuttur. Aynı kaynaktan atıf yapılan ulusal komorbidite araştırmasında da her iki

Amerikalı'dan birinin yaşamları süresince en az bir travmatik olayla karşılaştığı ifade edilmiştir (95). Gerçek oranların tespit edilememesinin önemli bir sebebi istismar ve/veya ihmale maruz kalan çoğu çocuğun fark edilememesi ve birçok çocuğun istismarı bildirme konusunda isteksiz davranmasıdır (96). Ancak son yıllarda istismar ve/veya ihmal olgularının bildirimindeki artış sebebi ile epidemiyolojik çalışma verilerindeki oranların da arttığı gözlemlenmektedir (97).

Ülkemizde yapılan çalışmalar ışığında da çocuk istismarı ve ihmali olgularının yaygınlığı konusunda kesin rakamlara ulaşabilmenin mümkün olmadığı bilinmektedir. İstanbul'da lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %16.5'i ihmal, %15.9'i duygusal istismar, %13.5'i fiziksel istismar, %10.7'si de cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Tüm katılımcıların %34.8'i en az bir çocukluk çağı travmatik yaşantısına maruziyetini bildirmiştir. Çalışmanın bir diğer sonucu da ihmal, cinsel istismar ve ensest vakalarının kızlarda erkeklere oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmasıdır (98). Yine bu konuda yapılan pek çok araştırmanın gözden geçirildiği kapsamlı bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarından fiziksel istismar için %15 ile %75 arasında değişen, cinsel istismar için de %20 civarında olan yaygınlık oranları saptanmıştır (99).

Yaş ile travmatik olaya maruz kalma arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiştir. İstismara uğrama olasılığının 12 yaşından sonra önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (97). Olguların üçte birini altı aylıktan küçük çocuklar, üçte birini 6 ay-3 yaş arasındaki çocuklar, geri kalanını da üç yaşından büyük çocuklar oluşturmaktadır (100).

İstismar vakalarının failleri ile ilgili veriler genelde birbirini teyit etmektedir. Cinsel istismar dışındaki çocuk istismarı olgularında %77 aile üyelerinde biri, %11 diğer akrabalar, %5 bakımla ilgisi olmayan kişiler, %2 ise çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişilerin istismar vakalarının failleri oldukları saptanmıştır. Cinsel istismar olgularında da istismarcının genelde aile bireylerinden biri veya akrabalarından biri olduğu kabul edilmektedir. Faillerin çoğu 20-40 yaşları arasındadır. Cinsel istismar dışında kalan diğer istismar vakalarının faili genelde kadınlardır (97).

2.2.2. Etiyoloji

Önceleri anne-babadan kaynaklanan nedenler, çocuktan kaynaklanan nedenler ve zaman faktörü (kriz dönemi) çocuk istismarının gerçekleşebilmesi için bir arada

bulunması gereken faktörler olduğu belirtilirken sonraları ağır fiziksel cezalara kültürel toleransın da dördüncü bir faktör olarak ele alınması gerektiği belirtilmiştir (101).

Tüm etnik gruplarda, coğrafi bölgelerde, dini inanç sahiplerinde, her eğitim ve meslek grubundan ve her sosyo-ekonomik düzeyde insanlardan istismarcı ebeveynlere rastlamak mümkündür. Ancak sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının istismara başvurma olasılığının artmasına neden olduğu akılda tutulmalıdır (102). Son 5 yıldır işsiz olan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ve dul olarak ailesini yöneten anne-babaların da daha fazla şiddet uygulama eğiliminde oldukları saptanmıştır (103). Çocuğun bakımını öncelikli olarak üstlenmesi sebebi ile anneler babalara göre istismardan daha fazla sorumludurlar. Ancak baba işsiz ise, vaktinin büyük kısmını evinde geçiriyorsa tam tersi bir durumdan bahsedilebilir (96). Madde veya alkol bağımlılığı, psikotik hastalığı olan ebeveynlerde istismar riski daha fazladır. İstismarcı ebeveynler genellikle kendi kişisel hazzını çocuğunkinden önce tutan, çocuğunu kendi gereksinimlerini karşılaması için uygun bir nesne olarak gören, çocuğundan gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı, duygularını kontrol etmekte zorlanan kişilik yapısındadırlar (102).

Erkekler cinsel istismar suçunu daha fazla oranda işlemektedirler ancak kadınların da erkeklerle işbirliği içinde veya tek başlarına rol aldığı olgulara rastlanmaktadır. Kız çocuklarının %95, erkek çocukları ise %80 oranında erkekler tarafından cinsel istismara uğratılmaktadırlar. Genelde cinsel istismar suçlusunun kendisi de fiziksel veya cinsel istismara maruz kalmış kişilerdir ve çoğunlukla istismara uğrattıkları çocukların tanıdıkları kişilerdir. Bazı durumlarda cinsel istismar ve fiziksel istismar bir arada olabilir (96).

Erken doğum, zekâ geriliği veya bedensel yeti yitimi olan çocuklar ve zor çocuk diye bilinen çok ağlayan veya aşırı talepkar çocuklar istismar ve ihmal açısından risk altında bulunmaktadır (96). İstenmeyen gebelikler sonucu doğan, gayri meşru, ebeveynin istemediği cinsiyetten olan, kriz dönemlerinde doğan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklar istismara açıktır. Kötü beslenme, huzursuzluk, uyku düzensizlikleri, aşırı ağlama, hiperaktivite, davranış bozuklukları, mental veya fiziksel sorunlar, kronik hastalıklar gibi başka sorunlar bu tür çocukların genelde ortak olarak yaşadıkları ek sorunlardır (104).

Maddi sorunlar, işsizlik, hastalık durumlarında, anne-babadan birinin olmadığı, aile içi tartışmaların yaşandığı, anne-babanın başa çıkma mekanizmalarının tükendiği ailelerde ve kriz oluşturan durumların yaşandığı dönemlerde istismar olgularına daha sık rastlanır (104). Ayrıca eşleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların kendi çocuklarına daha ağır cezalar verdikleri ve kötü muamelede bulundukları saptanmıştır (105). Aile içi şiddetle karşılaşan çocuklarda davranış bozuklukları ve büyüme-gelişmesinde gecikme sık görülmektedir ve gelecekte bu çocukların da başkalarını istismara uğratma olasılığı yüksektir (106)

2.2.3. Çocukluk çağı travma türleri

Çocukluk çağı travmaları, ihmal ve istismar(kötüye kullanım) olarak ikiye ayrılır:

2.2.3.1. Çocukluk çağı ihmali

İhmal, anne ve babanın çocuğun büyümesi için ihtiyacı olan güvenilir ve sağlıklı ortamı sağlamaması ve tehlikelere karşı çocuğu yeterince korumamalarıdır. Çocuk ile yeterince konuşmama veya sorularını yanıtlamama, yeterli beslenmesini ve bakımını sağlamama, çocuğu çok uzun süre yalnız bırakma davranışları da bu tanımın kapsamına girer (107). İhmal kavramı da iki alt başlıkta incelenmektedir:

Çocuğun fiziksel ihmali; giyinme, barınma ve bakım koşulları ile yetersiz beslenme sonucunda çocuğun zarar görmesidir (108). Çocuğa gereken sağlık hizmetinin verilmemesi veya eksik ve geç verilmesi, çocuğu evden kovma, yalnız bırakma, evden kaçtıktan sonra eve kabul etmeme, öngörülebilir tehlikelerden çocuğu korumama da fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (107).

Çocuğun duygusal ihmali; çocuğa yeterince duygusal destek sağlayamamak, yetersiz ilgi ve sevgi göstermek, çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermektir (109)

2.2.3.2. Çocukluk çağı istismarı

Çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen ya da olumsuz etkileyen, beden ve/veya ruh sağlıklarını olumsuz etkileyen, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılmasıdır. Bu duruma başta anne ve babaları olmak üzere, bakmakla yükümlü diğer kimseler neden olurlar (110). Çocuk istismarı kavramı temel olarak üç başlık altında incelenir. Bunlar; fiziksel istismar, cinsel istismar ve

duygusal istismardır. Bu üç istismar türü çocuğa yöneltilen eylemin türü, bu eylemlerin nedenleri ve çocuk üzerindeki etkileri açısından farklılaşırlar. Çocukların %60'ının duygusal istismar, %55'inin aile içi şiddete tanıklık, %48'inin fiziksel istismar ve %8'inin cinsel istismar olmak üzere yaşamları boyunca en az bir kez istismar davranışına maruz kaldıkları saptanmıştır (111)

2.2.3.2.1. Fiziksel istismar

Anne, baba veya bakıcısı tarafından çocuğa fiziksel güç kullanılmasıdır. Bu güç kullanımı çocuğun gelişimine, sağlığına zarar verecek şekildedir. En sık rastlanan ve en kolay tespit edilen istismar türüdür (112). Üçüncü Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Olgu Oranı (NIS-3) toplantısında, 18 yaşından küçük bir çocuğun anne, baba veya bakıcı tarafından el ya da bir nesne ile vurmaya, tekmelemeye, sarsmaya, yakmaya, bıçak ve benzeri sivri bir alet ile yaralanmaya ya da boğma davranışına maruz bırakılarak yaralanması ya da yaralanma riski yaşaması tanımı uygun görülmüştür (111).

Genelde anne-baba çocuğu cezalandırmak istediğinde ve kontrollerini kaybettikleri zaman bu kaza dışı travmalar yaşanır. En sık çocuğu dövme olayına rastlanır. Bu çocukların en sık başvuru şikayetleri anne-babanın çok iyi açıklayamadığı morluklardır. Yanık, kesici alet ile travmatize edilme, zehirlenme, asfiksi, boğulma daha seyrek görülen fiziksel istismar türleridir (113). Lezyon bölgeleri genelde baş, ense, sırt ve kalçalardır. Yaşı büyük çocuklar tokatla, yumrukla veya bir alet ile dövülmeye daha sık maruz kalırlar. Kemik kırıklarına özellikle moraran vücut bölgeleri civarında rastlanabilir. Subdural hematoma, kafatası kırıkları, göz ve karın bölgesinde travma belirtileri karşılaşılabilen diğer durumlardır.

2.2.3.2.2. Duygusal istismar

Aile fertleri ya da çevredeki diğer yetişkinlerin bağırma, aşağılama, reddedici ve düşmanca tavır sergileme, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, değer vermeme, önemsememe, çocuk ile alaylı konuşma, çocuğa lakap takma gibi davranışları duygusal istismar tanımının kapsamına girer. Bu tür davranışlar çocuğun kişiliğini zedeler ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler (114). Kanıtlanması, tanımlanması ve fark edilmesi oldukça zor olmasına rağmen sık rastlanılan bir istismar türüdür (115).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda pasif kişilik özellikleri, antisosyal davranışlar, değersizlik duyguları, uyum sorunları izlenebilir (104). Genelde fiziksel

istismar ile beraber yaşanır, fiziksel istismarın belirtileri iyileşirken, duygusal istismarın belirtileri ömür boyu sürebilir. İleriki yaşlarda uygun duygusal cevap geliştirmesini, bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini de olumsuz etkileyebilir (116).

2.2.3.2.3. Cinsel İstismar

Bir erişkinin çocuğu cinsel istek ve gereksinimlerini karşılamak için kandırarak, tehdit ederek veya güç kullanarak kullanmasıdır (109). Cinsel istismarın tanımlanmasında istismarcı ile çocuk arasındaki yaş farkı, kullanılan istismar yöntemi, istismarın verdiği zararın boyutu belirleyici faktörlerdir. Temas içermeyen istismar (cinsel öneri, seksi konuşma ve yorumlarda bulunma, teşhircilik), oral seks, röntgencilik, cinsel organlara dokunma, çocuğun bacakları arasına penisin yerleştirme, cinsel penetrasyon (anal, genital, parmak, cisim), cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve fuhuşu) gibi değişik istismar çeşitleri tanımlanmıştır (117)

Korku tepkisi, anksiyete, depresyon, kızgınlık, irritabilite, düşmanlık, travma sonrası stres bozukluğu, uygunsuz cinsel davranışlar (herkesin ortasında mastürbasyon, cinsel ilişki taklidi, anüs veya vajinaya yabancı cisim sokmak, insanlara sürtünmek, sürekli cinsel organlarıyla oynamak vb.) bu çocuklarda sık görülen sorunlardır (118,119)

Yaşı küçük olan ve henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun bir erişkin tarafından cinsel doyum için kullanılması medikososyal, hukuki ve ahlaki yönleri olan bir sorundur. Bu sebeple istismar şüphesi olan durumlarda araştırma titizlikle yapılmalı ve veriler somut olarak ortaya konulmalıdır. Burada önemli olan cinsel istismar ile cinsel oyunların birbirinden ayrılmasıdır. Yaşları ya da gelişimsel düzeyi benzer olan çocukların zor kullanarak ilişkiye girilmesi gibi bir durum söz konusu olmadıkça birbirlerinin genital organlarına bakması normal olarak kabul edilmektedir. Bunun aksine, altı yaşında bir çocuğun üç yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunması normal bir davranış olarak kabul edilmemelidir. Hukuki olarak istismar kapsamında olmasa bile ayrıca değerlendirilmesi gereken bir durumdur (104).

İstismar mağduru bir çocuğun hekime başvuru sebebi gizli davranış bozuklukları (uyku sorunları, karın ağrısı, idrar ve/veya gaita kaçırmaları, değişik fobiler) veya belirgin genital hasar olabilir. Beklenmedik cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve genital kanama ise en özgün bulgulardır (120,121).

Cinsel istismar tanısı koyarken, çocuğa yüklü ve yanıltıcı sorular sorulmamalıdır. Sadece fizik muayene bulgusu ile istismar tanısı konulamaz. Öykü ve özgün laboratuvar bulguları da tanıyı desteklemelidir. Zaten, genital penetrasyon olsa bile, mukoza zedelenmeleri çok hızlı iyileştiğinden fizik muayenede genellikle bir bulgu saptanamamaktadır (121).

2.2.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarına Yönelik Damgalama

Diğer istismar türleri ile karşılaştırıldığında en travmatik olan, en acı veren fakat en az istatistik verilerine yansıyan istismar türüdür (122). Cinsel istismarın duygusal olarak çok yoğun yıkıma sebep olması ve gizli bir şekilde meydana gelmesi istatistiksel olarak verilere yansımamasının nedeni olabilir. Ayrıca toplum tarafından damgalanma korkusu sebebiyle cinsel istismara maruz kalan kişinin yaşadığı olayı gizli tutma çabası da yanıltıcı insidans ve prevalans verilerinin nedeni olabilir. Ülkemizde yapılan iki önemli çalışma bu kişilerin toplumun değişik kesimleri tarafından damgalanmaya maruz kaldıklarını göstermiştir. Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde ve tıp fakültesi dışındaki diğer üniversite öğrencilerinden oluşan toplam 572 kişinin çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere nasıl baktıkları araştırılmıştır. Hem tıp fakültesi öğrencilerinin, hem de diğer üniversite öğrencilerinin üçte ikine yakını çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinden birkaç saatliğine çocuklarına göz-kulak olmasını istemek konusunda olumsuz yaklaşmışlardır (123) . Her iki öğrenci grubunun neredeyse %70'i kendi çocuklarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi ile evlenmesini de reddedeceklerini belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada hakim ve savcıların kendi bu konuda daha olumsuz tutum sergiledikleri, %80'inin çocuklarının çağı cinsel istismar mağduru birisiyle evlenmesini istemedikleri saptanmıştır (124).

2.2.5. Travma ve baş etme tutumları

Baş etme tutumları ile ilgili araştırma ve yayınlar son dönemde artış göstermektedir. Çok sayıda insanı etkileyen savaş, deprem, terör gibi zorlayıcı yaşam olaylarına insanların farklı tepkiler verdiğini gözlemleyen araştırmacılar bu farklı tepkilerin nedenlerini aramaya yönelmişlerdir. Başa çıkma ile ilgili “stres oluşturan durumlar karşısında bireyin iç ve dış taleplerini yönetmek için kullandığı düşünce ve davranışlar” yaygın kabul gören tanımdır (125). Algılanan tehdidi veya problemi hafifletme amacı taşıyan baş etme davranışı bir süreçtir. Dört aşamadan bahsedilebilir.

-stres kaynağı olarak tanımlanan içsel ya da dışsal bir ajan,

-stres oluşturan durumun zihin ya da fizyolojik sistem tarafından değerlendirilmesi,

-stresli taleplerle ilgili olarak zihin tarafından oluşturulan başa çıkma süreçleri,

-sıklıkla stres tepkisi olarak tanımlanan zihinsel ve bedensel etkilerin karmaşık yapı göstermesi.

Stres oluşturan olayların etkilerini en aza indirmek ya da ortadan kaldırma amacı ile kullanılan baş etme tutumları evrensel bir kavramdır. Cinsiyet, yaş, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenler sebebi ile baş etme tutumları değişebilir. Diğer bir ifade ile baş etme tutumları bireye özgü bir nitelik taşır (126).

Literatürde baş etme tutumları ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. En basit sınıflama ile baş etme tutumları işlevsel olan ve olmayan tutumlar şeklinde ayrılarak incelenebilir. Stresli durumun görmezden gelinmesi ve soruna çözüm aranmaması işlevsel stratejiler değildir. İşlevsel baş etme stratejileri ise somut çözüm elde edebilmeye yönelik davranışlarda bulunmak, destek aramak, ve olası çözümleri araştırmaktır (127). Baş Etme Ölçeği (COPE) ile bu tutumların daha ayrıntılı sınıflandırılması yapılmıştır. “Duygusal odaklı” ve “sorun odaklı” baş etme stratejilerine “işlevsel olmayan” stratejiler ilave edilmiştir. Sorun odaklı yöntemler şunlardır; stres oluşturan durumun etkisini azaltmak veya ortadan kaldırmak için harekete geçme-**aktif başa çıkma**, stresör ile baş etme konusunda düşünme-**planlama**, başkalarından bilgi, destek ya da tavsiye alma-**yararlı sosyal destek kullanımı**, başka meşguliyetleri geri plana itme-**diğer meşguliyetleri bastırma**, çabaları uygun bir zamana dek durdurma, pasif bir baş etme stratejisi-**geri durma**.

Başka insanlardan sempati beklemek ya da duygusal destek arayışı-**duygusal sosyal destek kullanımı**, artmış dini uğraşlar-**dini başa çıkma**, sorunun olumlu yönlerini bulabilme ve en iyi sonuçları en iyi sonuçları elde etme çabası-**pozitif yeniden yorumlama ve gelişme**, sorunun gerçekliğini reddetmeme-**kabullenme**, sorunla ilgili mizaha başvurma-**şaka yapma** da duygu odaklı stratejilerin alt başlıklarıdır.

Daha önceki yaklaşıma ek olarak işlevsel olmayan stratejiler saptanmış ve geliştirilen ölçeğin kapsamına dahil edilmişlerdir. Bu stratejiler; duygusal sıkıntısını fark etme ve bu duyguları dışa vurma-**soruna odaklanma ve duygu dışa vurumu**, sorunun gerçekliğini reddetme-**inkar**, sorunla ilgili düşüncelerden uzaklaşmak için dikkat dağıtıcı yöntemler kullanma-**zihinsel boş verme**, sorunu çözmeye yönelik çabalarını azaltma ya da çabalamaktan vazgeçme-**davranışsal boş verme**, alkol ya da madde kullanarak sorundan uzak durmaya çabalama-**alkol/madde kullanımı**dır.(127,128).

Başka bir sınıflandırmada ise başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar diye ikiye ayrılmıştır. Sorunlu durumun değiştirilmesini veya ortadan kaldırılmasını amaçlayan davranışsal ya da psikolojik stratejiler aktif tutumlardır. Pasif tutumlar ise sorunlu durumdan uzaklaşmaya neden olurlar. Uyuma yönelik olan ve olmayan tutumlar ayrımı da baş etme tutumlarını bir başka sınıflandırma biçimidir. Psikiyatrik hastalıklar ile stres oluşturan durumlar arasındaki ilişkinin merkezinde uyuma yönelik olmayan (maladaptif) baş etme tutumlarının olduğu vurgulanmaktadır. Duygusal gerilimi azaltmaya yönelik stratejilerin uyuma yönelik ya da aktif başa çıkma tutumlarından çok kullanılması psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir etkindir. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere kişinin sorunlu bir durum karşısında kullandığı baş etme tutumu, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve tedavinin etkinliğinin takip edilmesinde yol göstericidir (127,129,130).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Verilerin toplanması

Bu çalışma için hastanemizin Etik Kurul'undan 01.10.2013 tarihinde 46276 protokol no ile onay alınmıştır. Çalışmaya Mart 2012-Haziran 2013 tarihleri arasında Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğt. ve Arş. Hastanesi'nde yatarak veya ayaktan tedavi gören, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni veya benzeri psikotik bozukluğu (atipik psikoz ve psikotik özellikli mani) olan hastaların kendilerine bakmakla yükümlü olan ebeveynlerinden veya 1. derece yakınlarından (beraber yaşayan anne, baba ve/veya kardeş) oluşan 100 kişi alınmıştır. Çocuğunda psikiyatrik hastalık olmayan, benzer sosyodemografik özellikleri olan ebeveynler kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiş ve veriler karşılaştırılmıştır. Hem hasta yakınlarının hem de kontrol grubunun özgeçmişinde psikiyatrik tanı almamış ve psikiyatrik tedavi görmemiş olmalarına dikkat edilmiştir. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onay alındıktan sonra tarafımızca hazırlanmış, sosyodemografik özellikleri içeren veri formu, damgalama, çocukluk çağı travma ve baş etme yolları ölçekleri katılımcılara uygulanmıştır.

3.2. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri

Hem hasta yakınlarında hem de kontrol grubu katılımcılarında;

-Çalışmaya katılmayı kabul eden

-Mental retardasyon, yargılamayı etkileyecek düzeyde nörolojik bozukluğu olmayan,

-Psikiyatrik birinci eksen tanısı konmamış olan,

-Okuma yazması olan ve Türkçe bilen,

-18-65 yaş arasındaki bakım veren ebeveynler ve/veya kardeşler (hasta yakınlarının) çalışmaya alınmıştır.

3.3. Çalışmadan dışlama kriterleri

Hem hasta yakınlarında hem de kontrol grubu katılımcılarında;

-Psikiyatrik öyküsü olan ya da halen psikiyatri tedavi gören,

-Mental retardasyonu ve organik psikiyatrik bozukluğu bulunan,

-Okuma-yazma bilmeyen ebeveynler (hasta yakınlarında ek olarak bakım veren kardeşler),

-18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük ebeveynler ve/veya kardeşler (hasta yakınlarında) çalışma dışında tutulmuştur.

3.4. Veri toplama araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmanın özellikleri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik-klinik özellikleri içeren formdur. Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş, hastalığın başlangıç yaşı, gidişi gibi klinik özellikler, sistemik hastalık özellikleri, çocukluk dönemine yönelik psikiyatrik özellikler bulunmaktadır.

3.4.2. Damgala(n)ma (stigmatizasyon) ölçeği

Bu anket formu üç alt skala içermektedir: sosyal mesafe ölçeği, maharet/beceri ölçeği ve tehlikelilik ölçeği. Ölçeğin güvenilirlik geçerlilik analizi önceki bir çalışmada yayınlanmıştır (131). Sosyal mesafe ölçeği: sosyal kaçınanlıkla ilişkili sekiz maddeyi ölçer (her maddede 4 seçenek bulunmaktadır: kesinlikle isteksiz, muhtemelen isteksiz, muhtemelen istekli ve kesinlikle istekli). Türkçe çevirisi için Cronbach alfa güvenilirlik skoru 0,79 olarak belirtilmiştir (132). Bizim çalışmamızda örneklem sayımızın az olması sebebiyle kesinlikle isterim/muhtemelen isterim seçenekleri ile kesinlikle istemem/muhtemelen istemem seçenekleri bir arada değerlendirilmiştir. Maharet/ustalık ölçeği: 8 maddeden oluşur, Türkçe çevirisi için Cronbach alfa güvenilirlik skoru 0,78 olarak bildirilmiştir (132). Son olarak tehlikelilik ölçeği 8 soru içerir: katılımcılar her madde için 1 veya 2 kesinlikle katılmayı; 3,4 ve 5 puan nötrali, 6 ve 7 puanları kesinlikle katılmamayı işaret eden 7 puan Likert skalasını puanlarlar. Türkçe çevirisi için Cronbach

alpha güvenilirlik skoru 0,72 (132). Ancak bizim çalışmamızda örneklem sayımızın az olması sebebiyle yedi seçenek yerine üç seçenek (kesinlikle katılıyorum, nötral ve kesinlikle katılmıyorum) değerlendirmeye dahil edilmiştir.

3.4.3. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (childhood trauma questionnaire–ctq-28)

1994 yılında Bernstein tarafından geliştirilen bu ölçeğin, 1996'da Türkçeye uyarlanması, 2012'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar tarafından yapılmıştır. 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Bu ölçek; üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşur. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her bir soruya 1-5 arası puan verilir. Duygusal istismar alt ölçeği 12-60, fiziksel istismar alt ölçeği 7-35, cinsel istismar alt ölçeği 7-35, duygusal ihmal alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40 arasında puan alır (133).

3.4.4. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)

Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumunu sorgular. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği, kişi tarafından daha çok hangi başa çıkma tutumunun kullanıldığına dair fikir verir. Bu alt ölçekler şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma (127,128).

3.5. İstatistiksel analiz

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki gruba ait normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için t-testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare veya Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan bazı değişkenler arasındaki korelasyonun saptanmasında Pearson, normal dağılıma uymayanlarda ise Spearman korelasyon analizi uygulandı. CTQ-28 alt puanlarına göre hasta yakınlarını ve kontrol grubu katılımcılarını gruplayarak Damgalama alt testleri ile karşılaştırma yapıldı. Bu karşılaştırmayı yapmak için One-way ANOVA ve post hoc değerlendirmede Tukey testi yapıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmamız, Mart 2012-Haziran 2013 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğt. ve Arş. Hastanesi'nde yatarak veya ayaktan tedavi gören, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni veya benzeri psikotik bozukluğu (atipik psikoz, psikotik özellikli mani) olan hastalarına bakmakla yükümlü olan 100 ebeveyn veya hastanın 1. derece yakını ile; hasta yakınlarına benzer sosyodemografik özellikler taşıyan ve 1.derece yakınlarında herhangi bir psikotik bozukluk olmayan ve 50 kişilik kontrol grubu ile yapıldı. Çalışmaya ebeveynleri ve yakınları dahil edilen hastaların 57'si (%57) şizofreni, 26'sı (%26) atipik psikoz, 17'si (%17) de bipolar bozukluk (psikotik özellikli manik hecme döneminde) tanılarını almışlardı.

Hasta yakınlarının yaş ortalaması 43.04 ± 11.22 , kontrol grubunun ise 36.58 ± 8.57 idi. Grupların yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark içermekte idi ($p=0.035$). Hasta yakınlarının 60'ı (%60) erkek, 40'ı (%40) ise kadın idi. Kontrol grubunu ise 28'i (%56.0) erkek, 22'si (%44.0) ise kadın idi. Hasta yakınları ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2= 0.220$, $df=1$, $p=0.639$). Hasta yakınlarının 69'u (%69) evli, 19'u (%19) bekar, 5'i (%5) boşanmış, 7'si (%7) de eşini kaybetmiş idi. Kontrol grubunun ise 36'sı (%72) evli, 11'i (%22) bekar, 2'si (%4) boşanmış, 1'i (%2) de eşini kaybetmiş idi. Her iki kolun medeni durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı ($\chi^2= 1.827$, $df=3$, $p=0.609$). Hasta yakınlarının 1'i (%1) okur-yazar, 26'sı (%26) ilkokul mezunu, 25'i (%25) ortaokul mezunu, 16'sı (%16) lise mezunu, 32'si (%32) de üniversite mezunu idi. Kontrol grubunun ise 1'i (%2) okur-yazar, 18'i (%36) ilkokul mezunu, 4'ü (%8) ortaokul mezunu, 8'i (%16) lise mezunu, 19'u (%38) da üniversite mezunu idi. Eğitim düzeyleri kıyaslandığında her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2= 6.722$, $df=4$, $p=0.151$).

Hasta yakınlarının 67'sinin (%67) gelir düzeyi orta seviyede, 29'unun (%29) düşük, 4'ünün (%4) ise yüksek idi. Benzer şekilde kontrol grubu da en yoğun olarak orta gelirli kişilerden ($n=38$, %76), nadiren de yüksek gelirli kişilerden ($n=3$, %6) oluşmaktaydı. Her iki grubun gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2= 2.264$, $df=2$, $p=0.322$).

Tablo 2: Hasta yakınları ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Yaş	43.04±11.22			36.58±8.57		
		Sayı (n=100)	%	Sayı (n=50)	%	p
Cinsiyet	Erkek	60	60	28	56	0.639
	Kadın	40	40	22	44	
Medeni Durum	Evli	69	69	36	72	0.609
	Bekar	19	19	11	22	
	Boşanmış	5	5	2	4	
	Dul	7	7	1	2	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	1	1	1	2	0.151
	İlkokul	26	26	18	36	
	Ortaokul	25	25	4	8	
	Lise	16	16	8	16	
	Üniversite	32	32	9	18	
Doğum Yeri	İl	26	26	25	50	0.020
	İlçe	32	32	14	28	
	Köy	40	40	10	20	
	Kasaba	2	2	1	2	
Yetiştigi Yer	İl	44	44	32	64	0.051
	İlçe	23	23	11	22	
	Köy	29	29	7	14	
	Kasaba	4	4	0	0	
Gelir Durumu	Düşük	29	29	9	18	0.322
	Orta	67	67	38	76	
	Yüksek	4	4	3	6	

4.2. Grupların damgalama alt ölçekleri açısından değerlendirilmeleri

4.2.1. Sosyal mesafe skalası

Sosyal mesafelilik skalasından “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisine evinizin bir odasını kiralamaya ne dersiniz?” sorusuna muhtemelen istemem ve kesinlikle istemem cevabı veren hasta yakınları, muhtemelen isterim ve kesinlikle isterim cevabı veren hasta yakınlarından daha fazla olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kontrol grubunda ise muhtemelen istemem ve kesinlikle istemem cevabını verenlerin sayısı, muhtemelen isterim ve kesinlikle isterim diyen kişilerin sayısından azdı. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi ($X^2=0,654$; $df=1$; $p=0,419$). “Yakın çevrenizden bir hanımı/beyi çocukluk çağında istismara uğramış biri ile tanıştırmaya ne dersiniz?” sorusuna ise muhtemelen istemem ve kesinlikle istemem cevabı verenlerin sayısı, muhtemelen isterim ve kesinlikle isterim cevabını verenlerin sayısından hasta yakınları grubunda daha az, kontrol grubunda ise daha fazla idi. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($X^2=1,345$; $df=1$; $p=0,246$). Diğer altı soruda her iki grubun verdiği cevaplar benzerdi ve istatistiksel olarak da fark bulunamadı. “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinden birkaç saatliğine çocuğunuza göz-kulak olmasını istemeye ne dersiniz?” ($X^2=0,375$; $df=1$; $p=0,540$) ve “Kızınızın/oğlunuzun çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle evlenmesine ne dersiniz?” ($X^2=0,788$; $df=1$; $p=0,375$) sorularına muhtemelen istemem ve kesinlikle istemem cevabını verenlerin sayısı ağırlıktaydı. “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle aynı iş yerinde çalışmaya ne dersiniz?” ($X^2=0,375$; $df=1$; $p=0,540$), “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle komşu olmaya ne dersiniz?” ($X^2=0,535$; $df=1$; $p=0,465$), “İş yeri sahibi bir arkadaşınızdan çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için iş istemeye ne dersiniz?” ($X^2=0,420$; $df=1$; $p=0,517$) ve “Çıkacağınız bir seyahatte grubunuzun içinde çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinin de olmasına ne dersiniz?” ($X^2=0,595$; $df=1$; $p=0,440$) sorularına ise her iki grupta da muhtemelen isterim ve kesinlikle isterim diyenler fazla idi. Tablo 3’de sosyal mesafe skalası sorularına iki grup yakınları tarafından verilen yanıtlar özetlenmiştir.

Tablo 3: Sosyal mesafe ölçeğine göre hasta yakınları ve kontrol grubunun tutumları*X² testi kullanılmıştır.*

Sosyal mesafe alt başlıkları	Hastaların yakınları		Kontrol Grubu		X ² p	df
İsterim/ İstemem	N	%	N	%		
Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisine evinizin bir odasını kiralamaya ne dersiniz?	49	49	28	56	0,654	1
	51	51	22	44	0,419	
Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle aynı iş yerinde çalışmaya ne dersiniz?	65	65	35	70	0,375	1
	35	35	15	30	0,540	
Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle komşu olmaya ne dersiniz?	64	64	35	70	0,535	1
	36	36	15	30	0,465	
Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinden birkaç saatliğine çocuğunuza göz-kulak olmasını istemeye ne dersiniz?	35	35	15	30	0,654	1
	65	65	35	70	0,419	
Kızınızın/oğlunuzun çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle evlenmesine ne dersiniz?	27	27	17	34	0,788	1
	73	73	33	66	0,375	
Yakın çevrenizden bir hanımı/beyi çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle tanıştırmaya ne dersiniz?	58	58	24	48	1,345	1
	42	42	26	52	0,246	
İş yeri sahibi bir arkadaşınızdan çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için iş istemeye ne dersiniz?	71	71	38	76	0,420	1
	29	29	12	24	0,517	
Çıkacağınız bir seyahatte grubunuzun içinde çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinin de olmasına ne dersiniz?	70	70	38	76	0,595	1
	30	30	12	24	0,440	

4.2.2. Maharet skalası

Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanların maharetleri değerlendirildiğinde; Hasta yakınlarının büyük çoğunluğu “İşitme ve konuşma yetileri başarılıdır” yorumuna katılırken, kontrol grubunda bu yoruma nötral kalanlar sayıca fazla idi. Her iki grubun yaklaşımlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2=11,603$; $df=2$; $p=0,003$). “Bir işi başarıyla götürebilir” yorumuna hasta yakınlarından kesinlikle katılıyorum ya da kesinlikle katılmıyorum yanıtları verenlerin sayısı birbirine yakınken, kontrol grubunda kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin sayısı belirgin olarak daha fazla idi. Saptanan

farklılık da istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2=8,371$; $df=2$; $p=0,015$). “Öfkesini kontrol edebilir” yorumuna hasta yakınları ağırlıklı olarak katılırken, kontrol grubu katılımcıları genel itibarı ile nötral kalmışlardır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($X^2=5,510$; $df=2$; $p=0,064$). Tablo 4’te maharet skalasına iki grup yakınları tarafından verilen yanıtlar özetlenmiştir.

Tablo 4: Maharet skalasına göre hasta yakınları ve kontrol grubunun tutumları

Maharet değerlendirme skalası	Hastaların yakınları		Kontrol grubu		X ²	df
Kesinlikle katılıyorum Nötr Kesinlikle katılmıyorum	N	%	N	%	P	
Öfkesini kontrol edebilir	47	47	14	28	5,510	2
	24	24	19	38	0,640	
	29	29	17	34		
İşitme ve konuşma yetileri başarılıdır	61	61	20	40	11,603	2
	18	18	22	44	0,003*	
	21	21	8	16		
Olumlu hislerini dışa vurabilir	59	59	22	44	3,521	2
	23	23	18	36	0,172	
	18	18	10	20		
Günlük sorunlarını halledebilir	64	64	29	58	2,441	2
	23	23	17	34	0,295	
	13	13	4	8		
Bir işi başarıyla götürebilir	41	41	29	58	8,371	2
	28	28	16	32	0,015*	
	31	31	5	10		
Güzel sosyal yeteneklere sahiptir	49	49	29	58	3,026	2
	27	27	15	30	0,220	
	24	24	6	12		
Beklenmedik davranışlar yapmaz	21	21	12	24	3,192	2
	34	34	10	20	0,203	
	45	45	28	56		
Girişimcilik özelliği sergilemektedir	53	53	18	36	3,864	2
	25	25	17	34	0,145	
	22	22	15	30		

X² testi kullanılmıştır

4.2.3. Tehlikelilik skalası

Tehlikelilikle ilgili alt başlıklara bakıldığında: “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için önemli bir sorun, onların bir dakika sonra neler yapacağını bilemezsiniz” yorumuna hasta yakınlarının çoğu katılırken, kontrol grubu katılımcılarından nötral kalanların sayısı diğerlerine göre fazla idi. Her iki grubun bu yoruma yaklaşımlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($X^2=8,606$; $df=2$; $p=0,014$). “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi, ilkokul öğretmenliğine başvursaydı ve işe kabul edilseydi, işten atılması için çabalıydım.” yorumuna hem hasta yakınlarından hem de kontrol grubundan katılımcıların çoğu kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Ancak hasta yakınlarından kesinlikle katılıyorum kontrol grubu katılımcılarına göre oldukça fazla olmakla birlikte grupların bu yoruma yaklaşımları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($X^2=5,910$; $df=2$; $p=0,052$). Tablo 5’de tehlikelilik skalasına iki grup yakınları tarafından verilen yanıtlar özetlenmiştir.

Tablo 5: Tehlikelilik skalasına göre hasta yakınları ve kontrol grubunun tutumları

Tehlikelilik skalası	Hastaların yakınları		Kontrol Grubu		X ²	df
	N	%	N	%	P	
Kesinlikle katılıyorum						
Nötr						
Kesinlikle katılmıyorum						
Mahallede, yakın çevrede çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi olsaydı, çocuklarımı yalnız sinemaya göndermezdim.	46	46	20	40	0,924	2
	20	20	9	18	0,630	
	34	34	21	42		
Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi, ilkokul öğretmenliğine başvursaydı ve işe kabul edilseydi, işten atılması için çabalardım.	21	21	3	6	5,910	2
	13	13	6	12	0,052	
	66	66	41	82		
Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için önemli bir sorun, onların bir dakika sonra neler yapacağını bilemezsiniz.	49	49	17	34	8,606	2
	18	18	20	40	0,014*	
	33	33	13	26		
Bir insanın çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi olduğunu bilirim ona güvenme olasılığım azalır.	44	44	16	32	2,000	2
	18	18	11	22	0,368	
	38	38	23	46		
Mahallede, yakın çevrede çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi ikamet ediyor olsaydı çocuklarımın yalnız sokağa çıkmaları konusunda çekinmezdim	32	32	17	34	2,996	2
	21	21	16	32	0,224	
	47	47	17	34		
Her ne kadar bazen çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi çok iyi görünse de, onun aslında cinsel istismara uğramış olduğunu bir an bile akıldan çıkartmamak gerek.	36	36	21	42	1,373	2
	18	18	11	22	0,503	
	46	46	18	36		

X² testi kullanılmıştır

4.3. Grupların çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirilmeleri

Hasta yakınlarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden (CTQ-28) aldıkları toplam puan 37.30 ± 8.49 idi. Kontrol grubundaki katılımcıların ise CTQ-28'den aldıkları toplam puan 35.92 ± 10.70 idi. Hasta yakınlarında en yüksek puanların duygusal ihmal (10.86 ± 4.22) ve fiziksel ihmal (7.75 ± 2.53) alt başlıklarında olduğu saptandı. Hasta yakınlarının en nadir yaşadıkları travmatik yaşantıların cinsel tacizdi (5.50 ± 1.38). Kontrol grubu katılımcılarında da en yüksek puanlar benzerdi (duygusal ihmal,

9.10±3.92; fiziksel ihmal, 8.00±3.55). Hasta yakınlarına benzer şekilde en düşük ölçek puanları cinsel taciz alt başlığında idi (5,60±2,12).

Her iki grup arasında CTQ-28 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,429). Duygusal istismar (p=0.507), fiziksel istismar (p=0.453), fiziksel ihmal (p=0.609), cinsel istismar (p=0.820), minimize-inkar etme (p=0.247) alt ölçek puanları karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Duygusal ihmal alt ölçek puanları hasta yakınlarında, kontrol grubu katılımcılarına göre yüksekti. Diğer alt ölçeklerden farklı olarak duygusal ihmal alt ölçek puanları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.012). Tablo 6’da hasta yakınları ve kontrol grubu katılımcılarının yaşadıkları çocukluk çağı travmaları ile ilgili bilgiler özetlenmiştir.

Tablo 6: Hasta yakınları ve kontrol grubunun çocukluk çağı travma ölçeği ile değerlendirilmesi

[€]Mann Whitney U testi ile, geri kalanlar ise Student’s T testi ile yapılmıştır

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)	Hasta yakınları		Kontrol Grubu		P
	Min-Max	Ort+Ss	Min-Max	Ort+Ss	
Duygusal İstismar [€]	5-16	7.31±2.57	5-15	7.02±2.47	0.507
Fiziksel İstismar	5-16	5.88±1.64	5-21	6.20±2.93	0.453
Fiziksel İhmal	5-17	7.75±2.53	5-22	8.00±3.55	0.609
Duygusal İhmal	5-21	10.86±4.22	5-18	9.10±3.92	0.012*
Cinsel İstismar	5-14	5.50±1.38	5-17	5.60±2.12	0.820
Minimizasyon	0-3	1.34±1.16	0-3	1.58±1.24	0.247
Toplam		37.30±8.49		35.92±10.70	0,429

4.4. Grupların baş etme tutumları açısından değerlendirilmeleri

Hasta yakınlarının en sık kullandıkları baş etme yöntemi “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (14.41±1.86) ve “dini olarak başa çıkma” (13.99±2.99) yöntemleri idi. En nadiren kullandıkları yöntemler ise “madde kullanımı” (4.84±2.55) ve “davranışsal olarak boş verme” (5.58±2.36). “Duygusal odaklı” baş etme yöntemlerine (60.33±8.71), “sorun odaklı” (60.30±9.31) ve “işlevsel olmayan” (37.53±7.16) yöntemlerinden daha sık başvurmaları çalışmamızın bir diğer bulgusu idi.

Kontrol grubu katılımcılarının da en sık kullandıkları baş etme yöntemi “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (13.86 ± 2.00) ve “dini olarak başa çıkma” (14.30 ± 2.40) yöntemleri idi. “Madde kullanımı” (4.60 ± 1.96) hasta yakınlarında olduğu gibi en az kullanılan baş etme yöntemi idi. Bir diğer az kullanılan baş etme yöntemi de “inkar” yöntemi idi (6.30 ± 2.79). Bu grubun katılımcılarının kullandıkları baş etme yöntemlerinin çoğu hasta yakınlarının aksine sorun odaklı idi (59.78 ± 8.44). Bunu “duygusal odaklı” baş etme yöntemleri (57.64 ± 7.47) ve “işlevsel olmayan” (37.12 ± 8.52) yöntemleri takip ediyordu.

4.4.1. Hasta Yakınları ve Kontrol Grubunun Baş Etme Tutumları Açısından Karşılaştırılması:

Hasta yakınları ve kontrol grubu katılımcılarının baş etme tutumları açısından karşılaştırıldığında; “Kabullenme” de hasta yakınlarınca kontrol grubu katılımcılarına göre daha sık başvurulmuş bir baş etme yöntemi olarak saptandı. “Kabullenme” yöntemine başvurma açısından iki grup arasında saptanan fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı idi ($p=0.000$). Çalışmamızın bir diğer bulgusu hasta yakınlarının kontrol grubu katılımcılarına göre “plan yapma” ($p=0.024$) ve “aktif başa çıkma” ($p=0.048$) yöntemlerini daha sık kullandığı idi. Her iki baş etme yöntemi için saptanan farklar istatistiksel olarak da anlamlı idi Hasta yakınlarının kontrol grubu katılımcılarına göre daha sık başvurduğu yöntemlerden birinin de “diğer meşguliyetleri bastırma” yöntemi olduğu bulundu. İki grubun bu yöntemi kullanma sıklığındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.043$). “Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” baş etme yöntemini de hasta yakınları kontrol grubu katılımcılarına göre daha sık kullanıyorlardı ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.099$).

“Geri durma” yöntemini ise kontrol grubu katılımcıları hasta yakınlarına göre daha sık kullanıyordu. Her iki grup arasındaki bu farklılık yine istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.091$).

4.4.2. Baş Etme Ölçeği Sınıflandırmasına Göre Hasta Yakınları ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması:

Çalışmamızda baş etme tutumları, baş etme ölçeğinin sınıflandırmasına uyarak, 3 ana başlıkta toplandı ve hasta yakınları ve kontrol grubu bu verilere göre değerlendirildi. “Sorun odaklı” ve “duygusal odaklı” baş etme yöntemlerine hasta

yakınları kontrol grubuna göre daha sık başvuruyordu. Kontrol grubu katılımcıları ise “işlevsel olmayan” baş etme yöntemlerini hasta yakınlarından daha sık kullanıyordu. “Sorun odaklı” baş etme yöntemi açısından iki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı iken ($p=0.026$), “Duygusal odaklı” baş etme yöntemi açısından saptanan istatistiksel farklılık anlamlı değildi ($p=0.064$). “İşlevsel olmayan” baş etme yönteminin başvurulma sıklığındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmuyordu ($p=0.064$). Tablo 7, 8 ve 9’da baş etme yöntemleri açısından her iki grubun tutumları özetlenmiştir.

Tablo 7: Hasta yakınları ve kontrol grubunun SORUN ODAKLI BAŞ ETME tutumlarının değerlendirilmesi

SORUN ODAKLI BAŞ ETME	Hasta yakınları (n=100)	Kontrol grubu (n=50)	P
Yararlı sosyal destek kullanımı	12.74±3.41	12.34±3.43	0.500
Aktif başa çıkma	13.94±2.36	13.30±2.25	0.048*
Geri durma	10.75±1.98	10.12±2.41	0.091
Diğer meşguliyetleri bastırma	11.96±2.85	11.02±2.19	0.043*
Plan yapma	13.91±2.47	13.00±2.20	0.029*
TOPLAM	60.30±9.31	59.78±8.44	0.026*

Student's t testi kullanılmıştır

Tablo 8: Hasta yakınları ve kontrol grubunun DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME tutumlarının değerlendirilmesi

DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA	Hasta yakınları (n=100)	Kontrol grubu (n=50)	P
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	14.41±1.86	13.86±2.00	0.099
Dini olarak başa çıkma	13.99±2.99	14.30±2.40	0.540
Şakaya vurma	7.46±3.16	7.10±2.74	0.649
Duygusal sosyal destek kullanımı	11.97±3.07	11.98±2.94	0.904
Kabullenme	12.50±3.00	10.40±2.79	0.000*
TOPLAM	60.33±8.71	57.64±7.47	0.064

Student's t testi kullanılmıştır

Tablo 9: Hasta yakınları ve kontrol grubunun İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ETME tutumlarının değerlendirilmesi

İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA	Hasta yakınları (n=100)	Kontrol grubu (n=50)	P
Zihinsel boş verme	9.11±2.48	8.62±2.67	0.269
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.25±3.06	11.20±2.96	0.924
İnkâr	6.75±3.02	6.30±2.79	0.446
Davranışsal olarak boş verme	5.58±2.36	6.40±3.42	0.209
Madde kullanımı	4.84±2.25	4.60±1.96	0.515
TOPLAM	37.53±7.16	37.12±8.52	0.064

Student's t testi kullanılmıştır

4.5. Çocukluk çağı travma ölçeği skorlarının damgalama ölçek skorları ile korelasyonu

Çalışmamızda hem hasta yakınlarının, hem de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı travma ölçeği skorlarının ile damgalama ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

4.6. Çocukluk çağı travma ölçeği skorlarının COPE ölçek skorları ile korelasyonu

Çalışmamızda hem hasta yakınlarının hem de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile baş etme tutumları arasındaki ilişkiyi de değerlendirdik.

Hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal istismar alt ölçek puanları arttıkça “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (p=0.017), “yararlı sosyal destek kullanımı” (p=0.001), “diğer meşguliyetleri bastırma” (p=0.045), “duygusal sosyal destek kullanımı” (p=0.008), “plan yapma” (p=0.041), “aktif başa çıkma” (p=0.000) gibi baş etme yöntemlerine başvurma sıklığı azalıyordu ve bu ters orantılı bağlantıların hepsinin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki meydana getirdiği saptandı. Çocukluk çağı duygusal istismarını ölçen puanlar yükseldikçe “kabullenme” ve “dini olarak başa çıkma” gibi baş

etme yöntemlerinin kullanımını gösteren ölçek puanları azalmakla beraber çocukluk çağı duygusal istismarı ile bu iki baş etme yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.084$). Baş etme yöntemleri ana başlıkları ile değerlendirildiğinde; çocukluk çağı duygusal istismarına maruz kalmanın yoğunluğu arttıkça hem “ sorun odaklı” baş etme yöntemlerinin hem de “duygusal odaklı” baş etme yöntemlerinin kullanılmasının azaldığı bir başka bulgumuzdu. Duygusal istismar ile hem “sorun odaklı” ($p=0.001$), hem de “duygusal odaklı” ($p=0.029$) baş etme yöntemlerinin kullanımının arasındaki negatif ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Çocukluk çağı duygusal istismarının yoğunluğu arttıkça “zihinsel boş verme” ($p=0.026$), “inkar” ($p=0.023$), “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.000$) gibi işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oluşturacak şekilde artıyordu. Genel olarak “işlevsel olmayan” baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde saptanan doğru orantılı ilişki de yine istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.001$). Tablo 10’da hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal istismarı alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 10: Hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk duygusal istismarı
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p= -0.191 r= 0.029
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p= 0.017 r= -0.211
Duygusal sosyal destek kullanımı	p= 0.008 r=-0.240
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p= 0.001 r= -0.311
Diğer meşguliyetleri bastırma	p= 0.045 r= -0.170
Yararlı sosyal destek kullanımı	p= 0.001 r= -0.309
Plan yapma	p= 0.001 r= -0.301
Aktif başa çıkma	p= 0.000 r= -0.340
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p= 0.001 r= +0.300
Zihinsel boş verme	p= 0.026 r= +0.196
İnkâr	p= 0.023 r= +0.201
Davranışsal olarak boş verme	p= 0.000 r= +0.425

Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu katılımcılarında ise; duygusal istismara daha belirgin olarak maruz kalan kişilerin “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme”, “şakaya vurma”, “plan yapma”, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma”, “inkar” baş etme yöntemlerini daha az kullandıkları saptandı. Ancak bu yöntemler arasında yalnızca “plan yapma” baş etme yöntemi ile olan negatif ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.002). Diğer baş etme yöntemlerinin kullanılma sıklığı duygusal istismar ölçek puanlarının artması ile artmasına rağmen, yalnızca “geri durma” (p=0.028) ve “davranışsal olarak boş verme” (p=0.001) yöntemleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Ayrıca bu kişilerin duygusal istismar alt ölçek puanları yükseldikçe “ sorun odaklı”, “duygusal odaklı” ve “işlevsel olmayan” baş etme yöntemlerinin her üçünün de ölçek puanlarının yükseldiği görüldü. Ancak hiçbirinin duygusal istismar ölçek puanları ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı

değildi. Tablo 11’de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı duygusal istismarı alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 11: Kontrol grubunun çocukluk çağı duygusal istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk duygusal istismarı
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p= 0.359 r= +0.053
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.229 r= +0.108
Plan yapma	p=0.020 r= -0.290
Geri Durma	p= 0.028 r= +0.271
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p= 0.520 r= +0.232
Davranışsal olarak boş verme	p=0.001 r= +0.418

Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır.

Hasta yakınlarının çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalmaları belirginleştikçe “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (p=0.045) ve “duygusal sosyal destek kullanımı” (p=0.006) yöntemlerinin kullanımı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oluşturacak şekilde azalıyordu. Çocukluk çağında fiziksel istismarı ile doğru orantılı olarak artan olan yöntemlerden ise yalnızca “madde kullanımı” yöntemi istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahipti (p=0.017). Genel olarak baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde ise fiziksel istismara maruziyet arttıkça “duygusal odaklı” ve “sorun odaklı” baş etme yöntemlerinin kullanımı azalırken, “işlevsel olmayan” yöntemlerin kullanımı artıyordu. Ancak hiçbirinin çocukluk çağı fiziksel istismarı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tablo 12’de hasta yakınlarının çocukluk çağı fiziksel istismarı alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 12: Hasta yakınlarının çocukluk çağı fiziksel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Fiziksel İstismarı
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.073 r= -0.146
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.045 r= -0.171
Duygusal sosyal destek kullanımı	p=0.006 r= -0.252
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.128 r= -0.115
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.091 r= +0.134
Madde Kullanımı	p=0.017 r= +0.213

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu katılımcılarında ise çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalma alt ölçek puanları ile fiziksel istismarın yoğunluğuna göre kullanımı artan ve azalan baş etme yöntemlerinin hiçbirisinin ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oluşturmuyordu. Baş etme ölçeğinin genel başlıklarından “sorun odaklı” yöntemlerin puanı fiziksel istismar yoğunlaştıkça azalırken, “duygusal odaklı” ve “işlevsel olmayan” yöntemlerin artıyordu. Tablo 13’de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı duygusal istismarı alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 13: Kontrol grubunun çocukluk çağı fiziksel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Fiziksel İstismarı
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.197 r= +0.123
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p= 0.175 r= -0.135
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.176 r= +0.135

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Hasta yakınlarının çocukluk çağında fiziksel ihmale maruziyetlerinin yoğunluğu arttıkça “yararlı sosyal destek kullanımı” ($p=0.018$) ve “plan yapma ” gibi sorun odaklı olan baş etme yöntemlerinin kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oluşturacak şekilde azaltıyordu. Fiziksel ihmalin yoğunluğu arttıkça daha sık kullanılan yöntemlerden ise “geri durma” ($p=0.045$), “zihinsel boş verme” ($p=0.040$), “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.001$) yöntemleri istatistiksel olarak anlamlı birer ilişki içindeydiler. Fiziksel ihmal alt ölçek puanlarının artışı ile “sorun odaklı” ve “duygusal odaklı” yöntemlerin daha az puan aldığı, “işlevsel olmayan” yöntemlerin ise puanının arttığı saptandı. “İşlevsel olmayan” yöntemlerin bu doğru orantılı ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.002$). Tablo 14’de hasta yakınlarının çocukluk çağı fiziksel ihmali alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 14: Hasta yakınlarının çocukluk çağı fiziksel ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Fiziksel İhmali
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	$p=0.364$ $r= -0.035$
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	$p=0.226$ $r= -0.076$
Yararlı sosyal destek kullanımı	$p=0.018$ $r= -0.210$
Plan yapma	$p=0.038$ $r= -0.178$
Geri durma	$p=0.045$ $r= +0.170$
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	$p=0.002$ $r=0.289$
Zihinsel boş verme	$p=0.040$ $r= +0.176$
Davranışsal olarak boş verme	$p=0.001$ $r= +0.298$

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır

Çocukluk çağında fiziksel ihmal alt ölçek puanları artan kontrol grubu katılımcılarında ise “aktif başa çıkma” ($p=0.049$) ve “plan yapma” ($p=0.007$) yöntemlerinin kullanılma sıklığı azalırken bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. “Geri durma” ($p=0.013$), “inkâr” ($p=0.019$), “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.000$) ve “madde kullanımı” ($p=0.011$) yöntemleri ise kullanım sıklığı artan başlıca yöntemlerdi. Fiziksel ihmale maruziyet yoğunlaştıkça özellikle “işlevsel olmayan” baş etme

yöntemlerin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oluşturacak şekilde kullanılma sıklığı artıyordu ($p=0.000$). “Duygusal odaklı” yöntemlerin kullanımı da benzer artış gösterirken, “sorun odaklı” yöntemlerin kullanılma sıklığı azalıyordu. Tablo 15’de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı fiziksel ihmal alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 15: Kontrol grubunun çocukluk çağı fiziksel ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Fiziksel İhmal
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	$p=0.449$ $r= +0.018$
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	$p=0.266$ $r= -.0.090$
Aktif başa çıkma	$p=0.049$ $r= -0.237$
Plan yapma	$p=0.007$ $r= -0.344$
Geri durma	$p=0.013$ $r= +0.314$
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	$p=0.000$ $r= +0.491$
İnkâr	$p=0.019$ $r= +0.296$
Davranışsal olarak boş verme	$p=0.000$ $r= +0.768$
Madde kullanımı	$p=0.011$ $r= +0.323$

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır

Hasta yakınlarının çocukluk çağına duygusal ihmal maruziyetinin yoğunluğu, “aktif başa çıkma” ($p=0.002$), “plan yapma” ($p=0.009$) ve “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ($p=0.007$) baş etme yöntemlerinin kullanım sıklığında anlamlı oranda azalmaya neden oluyordu. “Davranışsal olarak boş verme” baş etme yönteminin kullanım sıklığı ise anlamlı olarak artıyordu ($p=0.001$). Genel bir değerlendirme yapıldığında ise “sorun odaklı” ($p=0.027$) ve “duygusal odaklı” ($p=0.044$) baş etme yöntemlerinin sıklığı anlamlı olarak azalırken, işlevsel olmayan yöntemlerin kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olmayacak düzeyde artıyordu. Tablo 16’da hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal ihmal alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 16: Hasta yakınlarının çocukluk çağı duygusal ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Duygusal İhmali
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.380 r= +0.031
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.007 r= -0.247
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.317 r=+0.048
Aktif başa çıkma	p=0.002 r= -0.280
Plan yapma	p=0.009 r= -0.235
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.085 r= -0.138

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu katılımcılarında ise duygusal ihmal alt ölçek puanları yükseldikçe “yararlı sosyal destek kullanımı”(p=0.009), “aktif başa çıkma” (p=0.004), “plan yapma” (p=0.001), “duygusal sosyal destek kullanımı” (p=0.049) ve “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (p=0.001), baş etme yöntemlerinin kullanılması azalıyordu ve bu ters orantılı ilişkilerin hepsi istatistiksel olarak anlamlı idi. “İnkâr” (p=0.009), “davranışsal olarak boş verme” (p=0.000) baş etme yöntemlerinin ise istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha sık kullanıldığı bulundu. “Sorun odaklı” ve “duygusal odaklı” ana başlığı altındaki baş etme yöntemlerinin kullanım sıklığı genel itibariyle artarken, “işlevsel olmayan” yöntemlerin kullanım sıklığı genel olarak azalıyordu. “Sorun odaklı” yöntemlerin (p=0.002) ters orantılı ilişkisi ve “işlevsel olmayan” yöntemlerin (p=0.004) doğru orantılı ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı idi. Tablo 17’de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı duygusal ihmali alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 17: Kontrol grubunun çocukluk çağı duygusal ihmal ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Duygusal İhmali
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.088 r= -0.194
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.001 r= -0.419
Duygusal sosyal destek kullanımı	p=0.049 r= -0.236
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.002 r= -0.393
Yararlı sosyal destek kullanımı	p=0.009 r= -0.331
Aktif başa çıkma	p=0.004 r= -0.373
Plan yapma	p=0.001 r= -0.434
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.004 r= +0.368
İnkâr	p=0.009 r=+0.334
Davranışsal olarak boş verme	p=0.000 r= +0.565

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Çocukluk çağı cinsel istismar alt ölçek puanlarının yükselmesi hasta yakınlarında sadece “dini olarak başa çıkma” yönteminin kullanılma sıklığında anlamlı olarak azalma ilişkili idi ($p=0.039$). “Geri durma” ($p=0.029$), “madde kullanımı” ($p=0.038$) ve “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.003$) yöntemleri ise çocukluk çağı cinsel istismarı maruziyeti ile doğru orantılı ve istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde artıyordu. “İşlevsel olmayan” baş etme yöntemleri de anlamlı şekilde artış gösterirken ($p=0.002$), “sorun odaklı” yöntemlerin artışı istatistiksel olarak anlamlı değildi. “Duygusal odaklı” yöntemlerin kullanımı ise cinsel istismar yoğunluğu arttıkça azalıyordu. Tablo 18’de hasta yakınlarının çocukluk çağı cinsel istismarı alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 18: Hasta yakınlarının çocukluk çağı cinsel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.137 r= -0.110
Dini olarak başa çıkma	p=0.039 r= -0.177
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.283 r= +0.058
Geri durma	p=0.029 r= +0.190
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.025 r=+0.197
Madde kullanımı	p=0.038 r= +0.179
Davranışsal olarak boş verme	p=0.003 r= +0.269

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağında maruz kaldıkları cinsel istismarın yoğunluğu arttıkça özellikle anlamlı olarak kullanılma sıklığı azalan herhangi bir baş etme yöntemi saptanmadı. Buna karşılık “geri durma” (p=0.030), “şakaya vurma” (p=0.012), “kabullenme” (0.009), “inkâr” (p=0.001), “davranışsal olarak boş verme” (p=0.000) , “madde kullanımı” (p=0.000) gibi baş etme yöntemlerinin kullanılma sıklığı istatistiksel olarak oldukça anlamlı olacak şekilde artıyordu. Çocukluk çağı cinsel istismar maruziyeti yoğunlaştıkça üç temel başlıkta toplanan baş etme yöntemleri genel olarak artıyordu. “İşlevsel olmayan” (p=0.000) ve “duygusal odaklı” (p=0.029) baş etme yöntemlerinin kullanım sıklıklarının artışı istatistiksel olarak anlamlı idi. Tablo 18’de kontrol grubunun çocukluk çağı cinsel istismarı alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 19: Kontrol grubunun çocukluk çağı cinsel istismarı ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Duygusal İhmali
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.029 r= +0.269
Şakaya vurma	p=0.012 r= +0.321
Kabullenme	p=0.009 r= +0.332
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.126 r= +0.165
Geri durma	p=0.030 r= +0.268
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.000 r= +0.584
İnkâr	p=0.001 r= +0.436
Madde kullanımı	p=0.000 r= +0.687
Davranışsal olarak boş verme	p=0.000 r= +0.487

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Hasta yakınlarının çocukluk çağı travmatik yaşantılarını minimize etme eğilimi arttıkça sadece “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.009$) yönteminin kullanılma sıklığı anlamlı olarak azalıyordu. “Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ($p=0.013$), “dini olarak başa çıkma” ($p=0.020$), “aktif başa çıkma” ($p=0.029$) baş etme yöntemlerinin ise kullanılma sıklığı minimize etme eğilimi ile doğru orantılı idi. “Duygusal odaklı” beş baş etme yönteminin kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde artma eğiliminde idi. “Sorun odaklı” yöntemlerin kullanılması da artış gösterirken, “işlevsel olmayan” yöntemler azalma eğiliminde idi. Her ikisinin de ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tablo 20’de hasta yakınlarının çocukluk çağı travmalarını minimize etme alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 20: Hasta yakınlarının çocukluk çağı travmalarını minimize etme ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Travmalarını Minimizasyon
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.009 r= +0.235
Dini olarak başa çıkma	p=0.020 r= +0.207
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.013 r= +0.223
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.074 r= +0.146
Aktif başa çıkma	p=0.029 r= +0.191
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.228 r= -0.075
Davranışsal olarak boş verme	p=0.009 r= -0.237

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu katılımcılarında ise travmatik yaşantıları minimize etme alt ölçek puanları yükseldikçe sadece “davranışsal olarak boş verme” (p=0.001) yönteminin kullanılma sıklığı anlamlı şekilde azalıyordu. “Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (p=0.048) , “aktif başa çıkma” (p=0.017), “plan yapma” (p=0.024) yöntemlerinin alt ölçek puanları ise istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde artıyordu. “Sorun odaklı” yöntemlerin ölçek puanları artarken, “duygusal odaklı” yöntemlerin ise ölçek puanları azalıyordu. Ancak bu artış ve azalışlar anlamlı değildi. “İşlevsel olmayan” yöntemlerin ölçek puanları ise istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde azalıyordu (p=0.037). Tablo 21’de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı travmalarını minimize etme alt ölçeği puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 21: Kontrol grubunun çocukluk çağı travmalarını minimize etme ölçek puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Travmalarını Minimizasyon
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.419 r= -0.030
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.048 r= +0.238
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.107 r=+0.179
Aktif başa çıkma	p=0.017 r= +0.300
Plan yapma	p=0.024 r= +0.282
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.037 r= -0.254
Davranışsal olarak boş verme	p=0.001 r= -0.443

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır

Son olarak her iki grupta CTQ-28 toplam puanlarının COPE ölçeği puanları ile ilişkisini araştırdık. Hasta yakınlarının CTQ-28 toplam puanları yükseldikçe “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ($p=0.004$), “duygusal sosyal destek kullanımı” ($p=0.010$), “yararlı sosyal destek kullanımı” ($p=0.024$), “aktif başa çıkma” ($p=0.001$), “plan yapma” ($p=0.002$) baş etme yöntemlerini kullanma sıklıklarının anlamlı olarak azaldığı saptandı. “İşlevsel olmayan yöntemler” ($p=0.002$) ana başlığı ve alt başlıklarından olan “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.000$) yöntemlerinin puanları ise anlamlı olarak azalıyordu. “Sorun odaklı” ($p=0.017$) ve “duygusal odaklı” ($p=0.032$) başlıkları altında toplanan yöntemlerin ise kullanılma sıklığının CTQ-28 toplam puanlarıyla doğru orantılı ve anlamlı olarak artıyordu. Tablo 22’de hasta yakınlarının CTQ-28 toplam puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 22: Hasta yakınlarının çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.032 r= -0.186
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.004 r= -0.262
Duygusal sosyal destek kullanımı	p=0.010 r= -0.232
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.017 r= -0.211
Aktif başa çıkma	p=0.001 r= -0.299
Plan yapma	p=0.002 r= -0.288
Yararlı sosyal destek kullanımı	p=0.024 r= -0.198
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.002 r= +0.291
Davranışsal olarak boş verme	p=0.000 r= +0.420

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Kontrol grubu katılımcılarının ise CTQ-28 toplam ölçek puanları arttıkça “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ($p=0.037$) ve “plan yapma” ($p=0.002$) yöntemlerini anlamlı olarak daha az kullandıkları ve “inkar” ($p=0.001$), “madde kullanımı” ($p=0.001$) ve “davranışsal olarak boş verme” ($p=0.000$) yöntemlerini de anlamlı olarak daha sık kullandıkları bulundu. Genel olarak “işlevsel olmayan” ve “duygusal odaklı” yöntemlerin kullanımı artarken, “sorun odaklı” yöntemlerin kullanımı ise azalıyordu. “İşlevsel olmayan” yöntemlerin CTQ-28 toplam puanı ile doğru orantılı olarak artışı istatistiksel olarak oldukça anlamlı idi ($p=0.000$). Tablo 23’te kontrol grubunun CTQ-28 toplam puanları ile COPE ölçeği puanlarının ilişkisi özetlenmiştir.

Tablo 23: Kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları ile baş etme yöntemleri ölçeği ilişkisi

Baş Etme Yöntemleri	Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan
DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME	p=0.357 r= +0.053
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	p=0.037 r= -0.254
SORUN ODAKLI BAŞ BAŞ ETME	p=0.110 r= -0.176
Plan yapma	p=0.002 r= -0.401
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞ ETME	p=0.000 r= +0.530
Davranışsal olarak boş verme	p=0.000 r= +0.732
İnkar	p=0.001 r= +0.426
Madde kullanımı	p=0.001 r= +0.435

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın önemi psikotik bozukluk hastalarının yakınlarının ve yakınlarında psikiyatrik hastalık olmayan kontrol grubunda çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanlara yönelik tutumların araştırıldığı ilk çalışma olmasıdır. Aynı zamanda bu çalışmanın kısıtlılığına da sebep olmaktadır. Çünkü bu konuda bilimsel yazımda herhangi bir araştırma ya da derleme bulunmamaktadır.

Çalışmamızın birinci hipotezi psikotik bozukluk tanısı alan kişilerin birinci derece yakınlarının kontrol grubuna göre çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kişileri daha az damgalayıcı tutum sergileyecekleri idi. Damgalama ölçeğinin ilk basamağında “sosyal mesafe skalası” bulunmaktadır. Sosyal mesafe skalasının bütün itemleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak henüz yayınlanan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde ve tıp fakültesi dışındaki diğer üniversite öğrencilerinden oluşan toplam 572 kişinin çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere nasıl baktıkları araştırıldığında tıp fakültesi öğrencilerinin %68.3’ünün ve diğer üniversite öğrencilerinin %62.7’sinin “çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinden birkaç saatliğine çocuğunuza göz-kulak olmasını istemeye ne dersiniz?” sorusuna olumsuz yanıt verdikleri gösterilmiştir (123). Bizim çalışmamızda ise hem hasta yakınlarında hem de kontrol grubu katılımcılarında bu oran sırasıyla %65 ve %70 idi. Çocuğunun çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle evlenmesi önerisine ise üniversite öğrencileri yaklaşık %70 oranında hayır derken, bu oran bizim çalışmamıza katılan her iki grupta da yakın çıkmıştı. Aynı grubun hakim ve savcıların görüşlerini değerlendirdikleri bir başka çalışmada çocuğun cinsel istismara uğramış birisiyle evlenmesini onaylamayanların oranı % 80 idi (124). Bizim çalışmamızda her iki kişiden birisi çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisine evinin bir odasını kiralamak istemiyor ve bu kişileri yakın çevresinden birileriyle tanıştırmaya isteksiz davranıyordu. Bu oranlar tıp ve tıp dışı üniversite öğrencilerinde, hakim ve savcılarda da benzerdi. Hasta yakını ve kontrol grubu katılımcılarında sosyal mesafenin yukarıda belirttiğimiz başlıklarda fazla olmasının nedenlerinden biri çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanların çocukluğunda cinsel istismara uğramayan kişilere göre daha problemler cinsel davranışlar sergiledikleri inanışıdır (134). Ancak çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin birçoğu anormal cinsel davranışlar sergilemezken, anormal cinsel davranış sergileyenlerin

birçoğunda da çocukluk çağında cinsel istismar öyküsü bulunmamaktadır (134). Bulduğumuz sosyal mesafeli tutumların bir başka açıklaması da çocukluk çağında tacize uğrayanların yeniden tacize uğrama ya da taciz eden olma ihtimallerinin yüksek olduğu düşüncesidir (123). Ancak bu konudaki çalışmalar sıklıkla çok küçük örneklemelerde yapılmıştır ve bir çalışmada yeniden tacize uğrama oranı %30 olarak bulunmuştur. Aslında cinsel istismara maruz kalan kişilerin %70'nin yeniden tacize uğramadıkları gözlenmiştir (135). Sosyal mesafeliliğin bir başka açıklaması ise çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin depresyon, intihar girişimi, dissosiasyon, self-mutilasyon ve alkol-madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik sorunların daha fazla olabileceğini (11) düşünmüş olmalarından kaynaklanabilir. Ancak bir derlemede çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanların üçte birinin psikiyatrik semptom geliştirmedikleri ve yüzde kırkının ise beş yıllık izlemde asemptomatik kaldığı vurgulanmıştır (136). Sosyalleşme kuramlarına göre ruhsal hastalığı olan biri ile birarada bulunma isteği, o kişiyle yakınlık arttıkça azalmaktadır (137,138). Üniversite öğrencileri, hakim-savcılar ve bizim çalışmamızın katılımcılarındaki çocukluk çağı cinsel istismara yönelik sosyal mesafe tutumlarının benzer olması her üç grupta da ruhsal hastalığı olan kişilerle ve/veya çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalmış kişilerle sık karşılaşmanın sonucu olabilir. Ancak kontrol grubu katılımcılarında da benzer oranların bulunması, insanların ruhsal hastalıkları olan kişilerle birarada bulunma dışındaki faktörlerle de çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişileri damgaladıklarını düşündürmektedir. Bu nedenle toplumda çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere karşı gelişen tutum ve damgalayıcı davranışları açıklayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın ikinci hipotezi hasta yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere daha empatik yaklaşabilmelerinin ve daha az damgaladıkları varsayımımızın nedenlerinden biri hasta yakınlarının kendi çocukluk dönemlerinde travmatik yaşantılara maruz kalmış olabilecekleri düşüncesidir. Bizim çalışmamızda “çocukluk çağı duygusal ihmali” hasta yakınlarında kontrol grubu katılımcılarına göre daha yüksek bulunmuş iken, fiziksel ihmal/istismar, duygusal istismar, cinsel istismar gibi diğer travmatik yaşantılar hasta yakınlarında kontrol grubu katılımcılarına yakın bulunmuştu. Bu bulgumuza dayanarak hasta yakınlarında çocukluk çağı duygusal ihmalinin kontrol grubu katılımcılarına göre daha yüksek olmasının, çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere daha fazla sosyal mesafe koymamalarına neden olabilir. Çocukluk çağı istismarı gibi travmatik olaylardan sonra toparlanmak için travmatik

anılarla emosyonel bir bağ kurulması gerektiği düşünülmektedir. Ebeveynin empatik yaklaşımının çocukta güvenli bağlanma için bir temel oluşturduğu, çocuğun duygu düzenleme kapasitesinin, özgüveninin ve kişiler arası güvenin gelişimi için önemli olduğu kabul edilmektedir (139). Sosyal mesafe açısından hipotezimizdeki beklentinin gerçekleşmemesinin bir nedeni de hasta yakınlarındaki kendi çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları, çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere yönelik empatik ve damgalayıcı olmayan yaklaşımın ortaya çıkmamasına yol açmış olabilir. Diğer yandan duygusal ihmal dışında her iki grubun travmatik yaşantılar açısından benzer özellikler göstermemesi, hasta yakınlarının daha fazla damgalayıcı tutum sergilememelerinin nedeni olabilir.

Damgalama ölçeğinin ikinci alt başlığı “maharet skalası” idi. Bu skalaya göre “işitme ve konuşma yetileri başarılıdır” yorumuna kontrol grubu katılımcıları daha yüksek oranda çekimser kalmıştı. İki çalışmada kişinin hayatındaki erken travmaların kızgınlık ve emosyonlarını (140,141) kontrol etme ya da ayarlama becerileri üzerinde olumsuz etkileri olduğu ve böylece kişilik bozuklukları spektrumuna ait semptomların gelişimine zemin hazırladığı (142) öne sürülmüştür. Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarına uğramış kişilerin konuşma ve işitme becerilerinin normal olduğu önerisine çekimser kalanları oranı %60, hakim-savcılarda ise %60-70 civarında bulunmuştu. Bu oranlar bizim çalışmamızdaki kontrol grubu katılımcılarından ve hasta yakınlarından daha yüksekti. Bu yüksekliğin sebebi her iki çalışmadaki örneklemin yaş olarak bizim örneklemimizdeki katılımcılardan daha küçük yaşta olmalarından veya hem öğrencilerin hem de hakim-savcı adaylarının çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış insanların problemleri sebebi ile (legal/medikal) daha sık olarak karşılaşmaları olabilir. Ancak yine de cinsel istismarın fiziksel ya da duygusal istismardan daha fazla kişilik psikopatolojisine yol açtığına dair veriler tartışmalıdır (143). Bizim çalışmamızda “Bir işi başarıyla götürebilir” önerisine ise hasta yakınları kontrol grubu katılımcılarına göre anlamlı oranda daha az oranda inanmakta idi (%40-%58). Tıp fakültesi öğrencilerinde ise her üç kişiden birisi ve hakim-savcı adaylarının beşte biri çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin bir işi başarıyla götürebileceklerine inanmakta idi (123,124). Bizim çalışmamıza benzer biçimde tıp fakültesi dışındaki üniversite öğrencileri çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerle daha sık karşılaşan tıp fakültesi öğrencilerine göre istismar mağdurlarının bir işi başarıyla götürebileceklerine daha yüksek oranda inanmakta idi (123). Hasta yakınlarının

kontrol grubu katılımcılarına göre cinsel istismar mağdurlarının bir işi başarıyla götürebileceklerine inançlarının daha az olması kendi yakınlarının psikotik hastalıkları sebebiyle yaşadıkları işlevsellik kaybı ve tedavilerinin zorluğuna yakından şahit olmaları ve hastalık öncesi kadar iyileşmediklerini düşünmelerinden (123,144) kaynaklanabilir. Ayrıca çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin başkaları tarafından damgalanmasının acı sonuçlarından birinin de becerisi düşük baş etme stratejileri geliştirmeye yol açması olabileceği akılda tutulmalıdır (145).

Hasta yakınlarının maharet tutumu açısından kontrol grubu katılımcılarına göre çocukluk çağı cinsel istismara uğramış kişilerin “işitme ve konuşma becerilerini” daha başarılı bulmaları, ancak “bir işi başarıyla götürebileceğine” daha az inanmaları, hasta yakınlarının yaşadığı çocukluk çağı duygusal ihmalinin daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Çocukluk çağında cinsel olmayan travmatik yaşantıların, fiziksel/duygusal ihmal/istismarın depresyon, alkol kötüye kullanımı, anksiyete ve intihar davranışları psikolojik ve davranışsal problemlere yol açabileceği genel kabul görmektedir (146). Bu nedenle çocukluk çağında daha fazla duygusal ihmale uğramış olan hasta yakınları, çocukluk çağında cinsel istismara uğramış olanların bir işi başarıyla götürebileceğine daha az inanmalarını sağlamış olabilir. Ancak yine de bu yoruma dikkat edilmelidir. Çünkü çocukluk çağı cinsel travmalarının uzun dönem sonuçları hakkında sistematik araştırmalar çok sınırlıdır.

Hasta yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin “bir dakika sonra neler yapabileceğinin kestirilemeyeceğine” kontrol grubu katılımcılarına göre daha fazla inanmalarının sebebi kendi çocukluk dönemlerinde daha fazla duygusal ihmale maruz kalmış olmaları olabilir. Ebeveyn davranışlarının çocuğun gelişimi üzerine etkileri çok derindir. Zayıf ebeveyn davranışının çocukta yetersiz baş etme mekanizmaları, zayıf duygularını yönetme becerisi ve öğrenme potansiyelinde azalmaya yol açabileceği kabul edilmektedir. Böylece gelişen genç beyinde daha agresif ve duygusal açıdan instabil, asosyal ve empatik olmayan bir yapı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle çocukluk çağında duygusal ihmale görece daha fazla maruz kalmış hasta yakınları, çocukluk çağındaki cinsel istismarın bireyin davranışlarını öngörülemez hale getirebileceğine inanmış olabilir.

Bu çalışmadaki damgalama değerlendirmesinin üçüncü aşaması ise hasta yakınlarında ve kontrol grubu katılımcılarında çocukluk çağında cinsel istismarına

uğramış kişilerin tehlikeli olup olmadığı konusundaki görüşlerinin araştırılması idi. “Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için önemli bir sorun, onların bir dakika sonra neler yapacağını bilemezsiniz” yorumuna hasta yakınları daha fazla katılırken, kontrol grubu katılımcılarının daha belirgin olarak çekimser kalma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Hakim/savcılarda bu çocukluk çağı istismarına maruz kişilerin davranışlarının öngörülemez olduğu konusunda çekimser kalma oranı %60 ve hakim/savcı adaylarında bu öneriye katılmama oranı %76 bulunmuştur (124).

“Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi, ilkokul öğretmenliğine başvursaydı ve işe kabul edilseydi, işten atılması için çabalardım” yorumuna hasta yakınları ve kontrol grubu katılımcılarının verdikleri yanıtlardaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmaya yakındı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasının nedeni örneklem sayımızın az olması olabilir. Aslında her iki grupta da bu yoruma katılmayanların oranı belirgin olarak yüksek olsa da, bu öneriye sıcak bakanların oranı hasta yakınlarında yüksek olmaya meyilli idi. Yeni çalışmalar, ruhsal hastalıklar hakkında toplumun bakışını genel olarak olumsuz olmasının daha çok bu kişileri tehlikeli olarak algılamaya bağlı olduğunu düşündürmektedir. Ruhsal hastalıklar için toplumun anlayışı gelişmesine karşın, yeni yapılan çalışmalar ruhsal hastalığı olanların tehlikeli, şiddete eğilimli ya da öngörülemez davranışlar sergilediklerine inanan insan sayısında artış olduğunu göstermektedir. Örneğin, 1950 yılında genel nüfusa “ruhsal hastalık” tan ne anlıyorsunuz diye sorulduğunda %7 katılımcı şiddet içeren belirti ve yaşantılar sergilerler derken, bu oran 1996’da %12’ye çıkmıştır (147). Tehlikelilik, ruhsal hastalığı olanlardan uzak olmayı ve bu kişilerin toplumdan ayrı tutulması gerektiği inancını körüklemektedir (148). Ancak unutulmamalıdır ki tehlikelilik algıladığımız bireylerden uzak olmayı ve tehlikeli olduğu düşünülen kişilerin toplumdan ayrı tutulması gerektiği inancını pekiştirmektedir (148). Özellikle şizofreni hastaları sıklıkla tehlikeli ve öngörülemez olarak algılanmaktadır (148). Çalışmamızdaki hasta yakınlarının hastalarının büyük kısmının şizofreni tanısı almış olmaları bizim bulgumuzu yorumlarken göz önünde tutulmalıdır. Bilindiği gibi şizofreni tedavisi güç bir hastalıktır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ruhsal hastalıkların tedavi edilebilirliğine inanan insanlarda olumlu tutumlar gözlemlendiği belirtilmiştir. Tedavi olanaklarının daha fazla farkında olmak algılanan tehlikeliliğin düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (149).

Çocukluk Çağında kötü kronik olarak travmatik yaşantılara maruz kalma yaşama, kişinin yaşamı boyunca ebeveyn olma güçlüklerini de içerecek biçimde kişiler arası ve kendi içinde problemler yaşamasına neden olabilir (150). Çocukluktaki güçlüklerin belirleyici olacağı anlamına gelmemesine rağmen, bu çağda maruz kalınan taciz ve ihmal gibi kötü muameleler sonraki yıllarda duyguları yönetmede eksikliklere ve güvensizlik, şüphencilik, yakın ilişkiden kaçınma, sosyal bilgileme süreçlerinde hatalar ve bakış açısı geliştirememeye gibi kişiler arası problemlere yol açabilir (151). Bu tür güçlükler çocuğun psikolojik gelişimindeki işlevsellikte bozulmalara neden olabilir ve ilerideki annelik rolünü ve karşılıklı anne çocuk ilişkisini baltalayabilir (152). Bir çalışmada yaklaşık %30 kadının en az bir tür çocukluk çağı kötü muamelesine maruz kaldığı, %13.7'sinin ise birden fazla kötü muameleye maruz kaldığı bildirilmiştir (153). Yakın zamanda yayınlanan bir meta-analiz çalışmasında geçmişinde fiziksel istismar ya da ihmal öyküsü bulunan ailelerde bu tip öyküsü olmayan ebeveynlere göre kötü ve hoş olmayan davranışlar sergileyerek bakım verdikleri vurgulanmıştır (154). Ancak bu meta-analizde özellikle cinsel istismarın ebeveyn-çocuk ilişkisi açısından nasıl sonuçlandığı konusunda bilgiye ulaşamadığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda hasta yakınları kontrol grubu katılımcılarına göre çocukluk çağında duygusal ihmale daha maruz kaldıklarını bildirmişlerdi. Bizim çalışmamızın bu bulgusu literatür bulgularını desteklemekte ve bakım verenlerdeki çocukluk çağı travmalarının çocuğun ruhsal gelişimi üzerine önemli etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Bir çalışmada durumdan bağımsız olarak anne depresyonunun ve annedeki çocukluk çağı travmasının ebeveynlik yapmayı olumsuz etkileyeceği üzerinde durulmuştur (155). Annedeki çocukluk çağı travma türlerinden hangilerinin, özellikle de duygusal ihmal ve istismarın anne ile psikiyatrik hastalığı olan çocuğun arasındaki ilişkiyi nasıl etkileyeceği açık olarak bilinmemektedir (155). Bizim çalışmamızda hasta yakınlarının geçmişlerinde bir psikiyatrik hastalık yaşamamaları çalışmamıza dahil edilme kriteri olduğu için psikiyatrik tedavi gören ve bu anlamda etkilenmiş hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Bu da çalışmamız için bir kısıtlılık oluşturmuştur.

Global olarak son 30 yılda ruhsal hastalığı olanların kurumda bakılmak yerine toplum içerisinde bakım verilmeye dönülmüştür ve toplum içerisinde bakımın temel çekirdeği aileler oluşturmaktadır (156). Nyström & Svensson'un yaptıkları 2004 tarihli çalışmaya göre erişkin şizofreni çocuğu olup, onlarla yaşayan ebeveynlerin daha zengin yaşam deneyimine sahip oldukları bildirilmiştir (157). Örneğin yaşamın erken yıllarından

başlayarak zorluklarla yüzleşme ve yeti kayıplarıyla baş etme konusunda daha anlayışlı ve sempatik olduklarını ve çocuklarının hastalıklarını yönetirken kazandıklarının kendi hayatları için bir servet olduğunu ifade etmişlerdir (158). Psikotik hastalar ile ilgilenmesi gereken aileler sosyal destek ve eğitim, olumlama davranışı ve problem çözme ve dine dayanma gibi baş etme stratejileri geliştirebilmektedir (159). İngiltere’de yapılan bir çalışmada oğlu ya da kızı şizofreni olan ebeveynlerin deneyimlerine odaklanılmış, sekiz ebeveyn ile görüşme yapılmıştır. Bu çalışmada negatif semptomların ebeveynler için en fazla stres oluşturduğu belirtilmiş ancak ebeveynlerin baş etme stratejilerinin sorun odaklı olmaktan çok duygusal odaklı olmaya kaydığı vurgulanmıştır (160). Sorun odaklı baş etme yönteminin uyuma dönük olduğu ve duygu odaklı stratejilerin ise maladaptif oldukları kabul edilmektedir (159). Bizim çalışmamızda da önceki verileri destekleyecek biçimde hasta yakınları kontrol grubu katılımcılarına göre sorun odaklı baş etme yöntemlerinden “aktif başa çıkma”, “diğer meşguliyetleri bastırma” , “plan yapma” stratejilerini daha fazla kullanmaktaydılar. Bu durum stres oluşturan psikotik bir hastalığı olan yakına sahip olmanın ve sonuçlarının etkisini azaltmak veya ortadan kaldırmak için hasta yakınlarının harekete geçebildiğini (aktif başa çıkma), ayrıca bu durum ile baş etme konusunda aktif düşünme (planlama) ve başka meşguliyetleri geri plana atabilme (diğer meşguliyetleri bastırma) davranışlarını sergileyebildiklerini göstermektedir. Başka bir çalışmada ise uyumlu baş etme mekanizmalarının artmış sosyal destekle, bakım verenin yükünü azaltmaya dönük profesyonel destekle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (161). Bizim hastalarımız da hastanede yatarak tedavi görmekte olan hastalardı. Bu nedenle hasta yakınlarının da uyumlu baş etme yöntemlerini seçmiş olabilecekleri düşünülebilir. Ancak bazı çalışmalarda bakım verenlerin (hasta yakınlarının) hastalarıyla ikilemler yaşadıkları ve bunun da kötü baş etme mekanizmalarından kaynaklandığı öne sürülmüştür (162). Çünkü bakım verenlerin kendilerini izole ettikleri, hasta akrabalarının normal işlev görebilmeleri için onlara öncelik tanımalarından kaynaklanan kendi günlük ihtiyaçlarını bile karşılayamamaları nedeniyle kendilerini sıkıntı içerisinde ve hapsedilmiş gibi hissettikleri düşünülmektedir (162). Bu çalışmada bakım veren akrabaların çoğunun kadın cinsiyetten oldukları ve kadınların doğal olarak ve kültürel anlamda kendi hasta akrabalarının bakımlarını üstlendikleri, bu nedenle hasta yakınına erkeklerden daha olumlu yaklaştıkları varsayılmaktadır (162). Ancak bizim çalışmamızdaki cinsiyetin baş etme yöntemleri açısından bir fark oluşturup oluşturmadığı araştırılmamıştır. Son çalışmalarda psikotik bir hasta akrabaya sahip olmanın sorun odaklı baş etme yöntemleri yerine duygusal odaklı baş etme yöntemlerini kullanma gibi

olumsuz sonuçları üzerinde daha fazla durulmaktadır. Bizim çalışmamız da bu son verileri destekleyecek biçimde hasta yakınlarında duygusal odaklı baş etme yöntemlerinden yalnızca biri (kabullenme) kontrol grubu katılımcılarına göre daha sık kullanılmaktadır. Kabullenme işlevsel olmayan duygusal odaklı baş etme yöntemlerinden biri olduğu düşünülmesine rağmen aslında hasta yakınlarının psikotik bir yakına sahip olma gerçekliğini reddetmedikleri görülmektedir. Çok yakın zamanda yapılan bir çalışmada 11 yüksek riskli, 12 yeni başlangıçlı psikoz hastalarının ailelerindeki baş etme yöntemleri araştırılmış ve kronik hastalığı olanlara göre daha uyumlu, kaçınan olmayan stratejiler geliştirdikleri gösterilmiştir (159). Ancak bizim çalışmamızdaki hastalar kronik hastalardan oluşmaktadır ve hasta yakınları “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ve “dinin olarak başa çıkma” gibi uyumlu baş etme yöntemlerini kullanmaktaydı. Hastalığın başlangıç dönemindeki psikotik hasta yakınları ile kronik psikotik hastaların yakınlarının kullandıkları baş etme yöntemlerini karşılaştıran araştırmalara ihtiyaç vardır.

Baş etme stratejileri genel olarak stresli durumlarda psikososyal uyumu sağlayan yollar olarak kabul edilir. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşanan stresli yaşam olaylarının uyuma yönelik olmayan duygusal odaklı baş etme yöntemleri ile sonuçlandığı kabul edilmektedir (163,164). Bizim çalışmamızda genel olarak kabul edilen çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların ciddi psikolojik adaptasyon sorunlarıyla sonuçlanabileceği bulgusunu desteklememektedir. Çünkü bizim çalışmamızda hasta yakınları kendi çocukluk dönemlerinde kontrol grubu katılımcılarına göre daha fazla duygusal ihmale maruz kalmalarına karşın, daha olumlu kabul edilen sorun odaklı (aktif baş etme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma) baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştı. Çocukluk çağında yaşanan travmaların çeşitliliği ve sıklığının tek tip travmatik yaşantılara göre daha ciddi psikolojik adaptasyon sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (165). Çalışmamıza katılan hasta yakınlarında kontrol grubu katılımcılarına göre daha fazla görülen tek tip travmatik yaşantı olması (duygusal ihmal), genelde uyumlu kabul edilen sorun odaklı baş etme yöntemlerinin kullanılmasına sebep olabilir. Ancak diğer çalışmalarda sorun odaklı ve aktif baş etme yöntemlerinin başarılı bir psikoloji uyumuyla sonuçlandığı gösterilememiştir (165- 167). Dolayısıyla çocukluk çağındaki duygusal ihmal ve diğer travmatik yaşantı türlerinin hangi spesifik uyuma yönelik baş etme yöntemlerine ve sonuçlarının başarılı olup olmadığını araştıran daha fazla çalışma yapılmalıdır (168).

6. SONUÇ

Bu çalışmada şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan hastalara bakım veren 1. derece yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kişilere yönelik damgalama tutumları değerlendirilmiştir. Ayrıca kendi çocukluk çağı travmaları, baş etme tutumları ve çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarının damgalama tutumlarına ve baş etme tutumlarına etkisi araştırılmıştır.

Bu çalışmanın kesitsel olarak yapılması, epidemiyolojik bir araştırma çalışması için her iki grupta da az sayılabilir bir örneklem sayımızın olması, çalışmamızda kullandığımız bazı ölçekleri katılımcıların kendilerinin doldurması ve sosyal kabul görecektir şekilde yanıtlamış olma ihtimalleri çalışmamızı ve sonuçlarımızı sınırlayan unsurlar olmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda;

1- Öngörümüzün aksine çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin damgalanması konusunda şizofreni ve benzeri psikotik bozuklukları olan hastaların yakınlarının kontrol grubundan belirgin bir farklı tutum sergilemedikleri,

2- Psikotik bozukluğu olan hastaların yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilere kontrol grubuna benzer sosyal mesafe tutumu sergiledikleri,

3- Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin bir işi başarı ile götürebilmeleri ve öfkelerini kontrol edebilmeleri konusunda hasta yakınlarının kontrol grubuna göre daha olumlu yaklaştığı,

4- Hasta yakınlarının çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kişilerin tehlikeliliği hakkında daha damgalayıcı davrandıkları,

5- Hasta yakınlarının kontrol grubu katılımcılarına göre çocukluk çağında daha yoğun olarak duygusal ihmale maruz kaldıkları,

6- Hasta yakınlarının en sık kullandıkları baş etme yönteminin “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” en nadiren kullandıkları yöntemin ise “madde kullanımı” olduğu, kontrol grubu katılımcılarının da en sık kullandıkları baş etme yönteminin “dini olarak başa çıkma” yöntemi ve en az kullandıkları yöntemin “madde kullanımı” olduğu,

7- Hem hasta yakınlarının hem de kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağında yaşadıkları travmatik yaşantılarının damgalama konusundaki tutumlarına anlamlı bir etkisi olmadığı,

8- Hasta yakınlarının çocukluk çağında maruz kaldıkları duygusal istismarın yoğunluğu arttıkça sorun odaklı baş etme yöntemlerine anlamlı şekilde daha az başvurdukları, işlevsel olmayan yöntemleri ise belirgin şekilde daha yoğun kullandıkları,

9- Hem hasta yakınlarının hem de kontrol grubu çocukluk çağında maruz kaldıkları fiziksel ihmalin yoğunluğu arttıkça işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanmalarının belirgin olarak arttığı,

10- Kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağında maruz kaldıkları duygusal ihmalin yoğunluğu arttıkça işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanmalarının belirgin olarak arttığı, sorun odaklı baş etme yöntemlerini kullanmalarının ise azaldığı,

11- Hem hasta yakınlarının hem de kontrol grubu çocukluk çağında maruz kaldıkları cinsel istismarın yoğunluğu arttıkça işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanmalarının belirgin olarak arttığı saptandı.

Bu çalışmanın sonuçları, öngörümüzün aksine çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerin damgalanması konusunda şizofreni ve benzeri psikotik bozuklukları olan hastaların yakınlarının, kontrol grubuna göre olumlu bir tutum sergilemediklerini, hatta çocukluğunda cinsel istismara maruz kalmış kişilerin tehlikeliliği konusunda daha damgalayıcı yaklaşıtlarını saptamıştır. Bu konuda daha sağlıklı yorum yapabilmek için daha fazla örneklem sayısının olduğu, farklı toplum kesimlerinin dahil edildiğı ve uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. George SL, Shanks NJ, Westlake L. Census of single homeless people in Sheffield. *BMJ* 1991;32:1387–1389.
2. Link BG, Struening E, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177–190.
3. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Science Medicine* 1994;39:155–164.
4. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Serv* 2001;52:1621–1626.
5. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Serv* 2001;52:1615–1620.
6. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, Link BG. Stigma as a barrier to recovery. Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Serv* 2001;52:1627–1632.
7. Graves RE, Cassisi JE, Penn DL. Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2005;76(2-3):317-327.
8. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(3):203-212
9. Briere J. Child abuse trauma: Theory and treatment of lasting effects. Newbury Park 1992.
10. Lalor K, McElvaney R. Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma Viol Abuse* 2010;11(4):159-177.

11. Dimitrova N, Pierrehumbert B, Glatz N, Torrisi R, Heinrichs M, Halfon O. Closeness in Relationships as a Mediator Between Sexual Abuse in Childhood or Adolescence and Psychopathological Outcome in Adulthood. *Clin Psychol Psychother* 2010;17:183–195.
12. Igarashi H, Hasui C, Uji M, Shono M, Nagata T, Kitamura T. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Res* 2010;180(2-3):120-125.
13. Christopher K, Lutz-Zois CJ, Reinhardt AR. Female sexual-offenders: Personality pathology as a mediator of the relationship between childhood sexual abuse history and sexual abuse perpetration against others. *Child Abuse Negl* 2007;31:871–883.
14. Canton-Cortes D, Canton J. Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse Negl* 2010;34:496–506.
15. Noll J, Trickett P, Putnam F. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:575-586.
16. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl* 2008;32:1095–1108.
17. Ungar M, Tutty LM, McConnell S, Barter K, Fairholm J. What Canadian youth tell us about disclosing abuse? *Child Abuse Negl* 2009;33:699–708.
18. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Soc* 2001;27:363–385.
19. Pickenhagen A, Sartorius N. The WPA global programme to reduce the stigma and discrimination because of schizophrenia 2002.
20. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(2):163-171.
21. Warner R. Local Projects of the World Psychiatric Association Programme to Reduce to Stigma and Discrimination. *Psychiatry Service* 2005;56: 570–575.

22. Corrigan PW, Edwards AB, Green A. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27:219-225.
23. Manzo JF. On the sociology and social organization of stigma: some ethnomethodological insights. *Human Studies* 2004;27(4):401–416.
24. Kobau R, Dilorio C, Chapman D. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Commun Ment Health J* 2010;46: 164-176.
25. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:53-59.
26. De Toledo Piza Peluso È, Luís Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55: 16-27.
27. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:855-864.
28. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study *BMC Public Health*. 2009 27;9:92.
29. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE. “Bashing” of medical specialties: student’s experiences and recommendation. *Fam Med* 2008;40:400-406.
30. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2008;42:520-525.
31. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
32. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-312.
33. Lambert TW, Turner G, Fazel S. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-684.

34. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-109.
35. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. *J ECT* 2007;23:251-254.
36. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. *Acad Psychiatry* 2008;32:515-517.
37. Patel MX, De Zoysa N, Baker D. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:237-244.
38. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:5.
39. Bowers L, Alexander J, Simpson A. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004;24:435-442.
40. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:200-206.
41. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. *Psychiatr Prax* 1999;26:175-180.
42. Wahl OF. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences* 2012;16(1):9-10.
43. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, Quiroga M. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research* 2011;186:402-408.
44. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2010;71:2150-2161.
45. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health* 2013;103(5):777-780.

46. Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000;283:506–511.
47. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1988. *Br J Psychiatry* 2003;182: 31–36.
48. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11–53.
49. Lauber C, Anthony M, Jdacic-Gross V, Rossler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry* 2004;19:423–427.
50. Üçok A. Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. *Psikiyatri Dünyası* 1999;3:67-71.
51. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review* 2010;30:907–922.
52. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *WorldPsychiatry* 2002;1:16-20.
53. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 2005;20:529–539.
54. Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(3),479–481.
55. Narrow WE, Regier DA, Norquist G, Rae DS, Kennedy C, Arons B. Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:147–155.
56. Rosenstock IM. Patients' compliance with health regimens. *JAMA* 1975;234:402–403.
57. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review* 1989;54:400–423.

58. Bolton J. Reducing the stigma of mental illness. *Student BMJ* 2003;11:104–105.
59. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine* 2002;77:918–921.
60. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408–415.
61. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* 1999;54(9):765–776.
62. Corrigan P, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal* 1999;35(3):231–239.
63. Watson AC, Otey E, Westbrook AL, Gardner AL, Lamb TA, Corrigan PW. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin* 2004;30(3):563–572.
64. Corrigan PW, Larson J, Sells M, Niessen N, Watson A C. Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal* 2007;43(2):171–181.
65. Rusch LC, Kanter JW, Angelone AF, Ridley RC. The impact of in our own voice on stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2008;11(4):373–389.
66. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rusch N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services* 2012;63(10):963–973.
67. Michaels PJ, Corrigan PW, Buchholz B, Brown J, Arthur T, Netter C, MacDonald-Wilson KL. Changing Stigma Through a Consumer-Based Stigma Reduction Program. *Community Ment Health J* 2013; 2014;50(4):395-401
68. Kadri N, Sartorius N. The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia. *PLos Med.* 2005;2(7):316.
69. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma: A new World Psychiatric Association educational program. *Br J Psychiatry* 1997;170:297.

70. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;15:23.
71. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE. Evaluation of the GermanWPA “Program against stigma and discrimination because of schizophrenia-Open the doors”: results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-193.
72. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press 2005.
73. Kıvrıkcık Akdede BB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E, Piri Ö, Saraç E. Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. *Yeni Symposium* 2004; 42(3): 113-117.
74. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:167-174.
75. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:482-488.
76. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:1-7.
77. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethnocultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008;8:55.
78. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. nonconsumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2004;29:405-415.
79. Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH, Lersbryggen A, Lingjaerde O. Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: A prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;104:42–50.
80. Holzinger A, Kilian R, Lindenbach I, Petscheleit A, Angermeyer MC. Patients' and their relatives' causal explanations of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38:155–162.

81. Saunders JC, Byrne MM. A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2002;16:217–223.
82. Angermeyer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:194-199.
83. Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A. A multicenter Italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52:1528-1530.
84. Arkar H. Akıl hastaları ile ilgili tutumlar: Deneyim ve Psikopatoloji Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992;3:243-248.
85. Polat A, Üçok A, Genç A. Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri (Antalya) 2000.
86. Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark.: Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12:99-110.
87. Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I, Gonzalez P. Dyadic adjustment in parents of schizophrenics. *European Psychiatry* 2003;18:233–240.
88. Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: A within- family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 2000;109:167-171
89. Aker T, Önen P. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Fenomenolojisi. *Türkiye Psikiyatri Birliği Yayınları* 2006:385-404.
90. Türksoy N. Psikolojik Travma Ve Tanım Sorunları. *5US Yayınları* 2003:9-21.
91. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:105-108.
92. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev* 2002;23:191-196.
93. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:1-7.

94. Thurston RC, Bromberger J, Chang Y, Goldbacher E, Brown C, Cyranowski JM, Matthews KA. Childhood abuse or neglect is associated with increased vasomotor symptom reporting among midlife women: *Menopause* 2008;15(1):16–22.
95. Gabbard G. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. Fourth Edition, American Psychiatric Publishing 2009: 517-536.
96. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Klinik psikiyatri 2005;28:370-376.
97. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:575-593.
98. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. (). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(2): 69-78.
99. Aksel Ş, Yılmaz Irmak T. Review of child abuse and neglect literature in Turkey. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect 2005;11-14.
100. Tercier A. Child abuse. *Emergency Medicine* 1998;4:1108-1118.
101. Flowers RB. Children and Criminality. Greenwood Press 1986:63-73.
102. Foster H, Brooks-Gunn J. Toward a Stress Process Model of Children's Exposure to Physical Family and Community Violence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009;12(2):71–94.
103. Molnar BE, Buka SL, Brennan RT, Holton JK, Earls F. A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the Project for Human Development in Chicago Neighborhoods. *Child Maltreatment* 2003;8:84–97.
104. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004;47:140-151.
105. Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence. *Pediatr Rev* 2010;31(4):145–150.
106. Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. *Pediatrics* 2001;108:1-9.

107. Kaplan S. Physical abuse and neglect. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2002;(2nd ed.):1208-1215.
108. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Current Approaches in Psychiatry 2009;1:95-119.
109. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmâli: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-86.
110. Şahiner ÜM, Yurdakul K, Kavak US. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2001;22:276-285.
111. Irmak TY. Çocuk istismarı ve ihmâlinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. Doktora tezi 2008.
112. Bahar G, Savaş H, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):51-65.
113. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. Am Fam Physician 2000;61:3057-3064.
114. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi 2007; 34(1):70-74.
115. Glaser D. Emotional abuse and neglect(Psychological Maltreatment): a Conceptual Framework. Child Abuse Neglect 2002;26:697-714.
116. Gültekin G, Cantürk G. Ebeveynlerin duygusal istismar olarak kabul edilen davranışları. Adli Psikiyatri Dergisi 2004;1(2):13-18.
117. Page AZ, Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. Türk Psikoloji Yazıları 2004;7(13):103-114.
118. Green AH. Child sexual abuse: immediate and longterm effects and intervention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:890-902.
119. Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza AJ. Behavioral problems in young sexually abused boys. J Interpersonal Violence 1988;3:21-28.

120. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-629.
121. Kairys SW, Alexander RC, Block RW. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999;103:186-191.
122. Bornstein BH, Kaplan DL, Perry AP. Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse. *Child Abuse Negl* 2007;31(4):375-391.
123. Kandemir E, Yilmaz Y, Ozmansur EN, Gunaydin H, Demirel OF, Berber G, Kantarci N, Aliustaoglu S, Emul M. Attitudes among medical and nonmedical university students toward the survivors of childhood abuse. *Comprehensive Psychiatry* 2012;53(6):753–757.
124. Berber G, Karapirli M, Kantarci N, Kandemir E, Varkal MD, Sahin E, Emül M. Attitudes among judiciary and junior clerks toward the survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Law and Psychiatry* 2013;36(1):41–45.
125. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004;55:745-774.
126. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984;46:839-852.
127. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56:267–283.
128. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221-226.
129. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:499-511.
130. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:5-13.

131. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-578.
132. Savrun BM, Arikan K, Uysal O, Çetin G, Poyraz BC, Aksoy C. Gender Effect on Attitudes towards the Mentally Ill: A Survey of Turkish University Students. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44(1):57-61.
133. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32(4):1054-1063.
134. Elkovitch N, Latzman RD, Hansen DJ, Flood MF. Understanding child sexual behavior problems: a developmental psychopathology framework. *Clin Psychol Rev* 2009;29:586-598.
135. Arata CM. Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002;9(2):135–164.
136. Finkelhor D, Berlinger L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1408-1423.
137. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry Clinics and Neuroscience* 2002;252:278–287.
138. Stuart H, Arboleda-Floréz J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001;46:245–257.
139. Paivio SC, Laurent C. Empathy and emotion regulation: reprocessing memories of childhood abuse. *J Clin Psychol.* 2001;57(2):213-26.
140. Erwin BA, Newman E, McMackin R, Morrissey C, Kaloupek DG. PTSD, malevolent environment, and criminality among criminally involved male adolescents. *Crim Justice Behav* 2000;27:196-215.
141. Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2002;15(2):123-132.
142. Krischer MK, Sevecke K. Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *Int J Law Psychiatry* 2008;31:253-262.

143. Kia-Keating M, Sorsoli L, Grossman FK. Relational challenges and recovery processes in male survivors of childhood sexual abuse. *J Interpers Violence* 2010;25(4):666-683.
144. Feldmann TB. Medical students' attitudes toward psychiatry and mental disorders. *Acad Psychiatry* 2005;29:354-356.
145. Gibson LE, Leitenberg H. The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse & Neglect* 2001;25: 1343–1361.
146. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):1-31.
147. Phelan JC, Link GB, Stueve A, Pescosolido AB. Public conception of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health Social Behavior* 2000;41:188–207.
148. Martin JK, Pescosolido AB, Tuch AS. Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health Social Behavior* 2000;41:208–223.
149. Arikan K, Uysal O, Cetin G. Public awareness of the effectiveness of psychiatric treatment may reduce stigma. *Israel Journal of Psychiatry Related Sciences* 1999;36:95–99.
150. Valentino K, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Mother-child play and emerging social behaviors among infants from maltreating families. *Dev Psychol*. 2006;42(3):474-485.
151. Cook LJ. The ultimate deception: childhood sexual abuse in the church. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2005;43(10):18-24.
152. Bailey HN, DeOliveira CA, Wolfe VV, Evans EM, Hartwick C. The impact of childhood maltreatment history on parenting: a comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse Negl*. 2012;36(3):236-246.
153. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse Negl*. 2004;28(2):167-180.

154. Wilson HW, Widom CS. A prospective examination of the path from child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: the potential mediating role of four risk factors. *J Youth Adolesc* 2009; 38(3):340-354.
155. Zalewski M, Cyranowski JM, Cheng Y, Swartz HA. Role of maternal childhood trauma on parenting among depressed mothers of psychiatrically ill children. *Depress Anxiety* 2013;30(9):792-799.
156. McAuliffe R, O'Connor L, Meagher DJ. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21(2):145-153.
157. Nyström M, Svensson H. Lived experiences of being a father of an adult child with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2004;25:363–380.
158. Chaffey L, Fossey E. Caring and Daily life: occupational experiences of women living with sons diagnosed with schizophrenia. *Australian Occupational Health Journal* 2004;51:199–207.
159. Gerson R, Wong C, Davidson L, Malaspina D, McGlashan T, Corcoran C. Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early Interv Psychiatry* 2011;5(1):76-80.
160. Knudson B, Coyle A. Parents' experiences of caring for sons and daughters with schizophrenia: a qualitative analysis of coping. *European Journal of Psychotherapy. Counselling and Health* 2002;5:169–183.
161. Chien WT, Chan SWC, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16: 1151–1161.
162. Tan SC, Yeoh AL, Choo IB, Huang AP, Ong SH, Ismail H, Ang PP, Chan YH. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *J Clin Nurs*. 2012;21(17-18):2410-2418
163. Compas BE, Malcarne VL, Fondacaro KM. Coping with stressful events in older children and young adolescents. *J consult clin Psychol*. 1988;56:405-411.
164. Compas BE, Worsham NL, Ey S, Howell DC. When mom or dad has cancer: II. coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *health Psychol*. 1996;15:167-175.

165. Sesar K, Simic N, Barisic M. Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croat Med J.* 2010;51(5):406-416.
166. Rogers MJ, Holmbeck GN. Effects of interparental aggression on children's adjustment: the moderating role of cognitive appraisal and coping. *J Fam Psychol.* 1997;11:125-130.
167. Wertlieb D, Weigel C, Feldstein M. Measuring children's coping. *Am J Orthopsychiatry.* 1987;57:548-560.
168. Shaffer A, Yates TM, Egeland BR. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse Negl.* 2009;33(1):36-44

8. EKLER



EK 1 – ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 41340010/46276-340
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

01.10.2013

KARAR

Sayın A. Dr. Akif TAşDEMİR,

İlgi: 23.09.2013 tarih ve 46276 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz.

İlgi yazınızda belirttiğiniz ‘‘Şizofreni ve Benzeri Psikotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Birinci Derece Yakınlarının Damgalama Konusundaki Tutumlarına  ocukluk  ağı Travmasının Etkileri’’ konulu tez protokol n z, 01.10.2013 tarihinde hastanemiz Etik Danışma Kurulu’na sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokol n z n sonuçlarının yayın yapılması Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Etik Kurul �yeleri	Katılım Durumu	Onay
<u>BAşKAN</u> Uz. Dr. Nihat ALPAY Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. Sevim BAYBAş Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Raporlu	
Uz. Dr. şahap N. ERKOÇ Psikiyatri Kliniği 2. �nite Koordinatörü		
Doç. Dr. Erhan EMEL Nöroşirürji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. M. Cem İLNEM Psikiyatri Kliniği 7. �nite Koordinatörü		
Uz. Dr. Ramazan KONKAN Psikiyatri Kliniği 2. �nite Uzmanı		

EK 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

- 1) “Şizofreni ve benzeri Psikotik Bozukluğu olan hastalara bakımveren birinci derece yakınlarının Damgalama konusundaki tutumlarına çocukluk çağı travmasının etkileri” başlıklı bilimsel araştırma çalışması planlanmıştır.
- 2) Toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli, bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar kişisel mahremiyet haklarınıza zarar vermemek koşuluyla bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.
- 3) Yöntem olarak anket ve testler kullanılacağı için, çalışma sağlığınız açısından herhangi bir risk taşımamaktadır.
- 4) Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfet yüklememektedir.

Görüşlerim ile ilgili bilgilerin hasta ismi açıklamaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır. Testlerin içeriği, sözel olarak tarafıma anlatıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi.

“Şizofreni ve benzeri Psikotik Bozukluğu olan hastalara bakımveren birinci derece yakınlarının Damgalama konusundaki tutumlarına çocukluk çağı travmasının etkileri” isimli çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup, bu çalışmanın sonuçlarının hali hazırda sorun alanlarına katkısının olmayabileceğini anlamış ve kabul etmiş durumdayım. Yazılı onay vermiş olmama rağmen herhangi bir dönemde araştırmadan vazgeçme özgürlüğüne sahip olduğumu biliyorum. Üstte detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

Açıklama yapanın adı/imzası: Akif Taşdemir

“Şizofreni ve benzeri Psikotik Bozukluğu olan hastalara bakımveren birinci derece yakınlarının Damgalama konusundaki tutumlarına çocukluk çağı travmasının etkileri”
“Şizofreni ve benzeri Psikotik Bozukluğu olan hastalara bakımveren birinci derece yakınlarının damgalama konusundaki tutumlarına çocukluk çağı travmasının etkileri”

akiftasdemir@mail.com

EK 3 –SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Katılımcı Hakkında Bilgiler

Cinsiyetiniz: K E

Yaşınız:

Medeni durumunuz: Evli: Bekar: Boşanmış: Dul:

Çocuk: Yok: Var: Varsa sayı-cinsiyet:

Eğitiminiz: Okur- Yazar: İlkokul: Ortaokul: Lise: Yüksek okul:

Üniversite:

Doğum yeri: İl İlçe Köy Kasaba

Yetiştirdiğiniz yer: İl İlçe Köy Kasaba

Ailenizin gelir düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Herhangi bir psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu? Evet Hayır

Evet, ise ne yaptınız? a) profesyonel bir kişiye başvurdum

b)başvurmayı düşündüm ancak başvurmadım

c)profesyonel bir kişiye başvurmayı düşünmedim

EK 4 - DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Sosyal mesafe skalası

Çocukluk çağında cinsel istismarla ilgili bilgileriniz ışığında aşağıdaki cümleleri değerlendiriniz.

0= kesinlikle isterim

1= muhtemelen isterim

2=muhtemelen istemem

3=kesinlikle istemem

1. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisine evinizin bir odasını kiralamaya ne dersiniz?

0 1 2 3

2. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle aynı iş yerinde çalışmaya ne dersiniz?

0 1 2 3

3. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle komşu olmaya ne dersiniz?

0 1 2 3

4. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinden birkaç saatliğine çocuğunuza göz-kulak olmasını istemeye ne dersiniz?

0 1 2 3

5. Kızınızın /oğlunuzun çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle evlenmesine ne dersiniz?

0 1 2 3

6. Yakın çevrenizden bir hanımı/beyi çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisiyle tanıştırmaya ne dersiniz?

0 1 2 3

7. İş yeri sahibi bir arkadaşınızdan çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için iş istemeye ne dersiniz?

0 1 2 3

8. Çıkacağınız bir seyahatte grubunuzun içinde çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisinin de olmasına ne dersiniz?

0 1 2 3

Maharet Değerlendirme Skalası

Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi hakkındaki bilgiler ışığında onun maharetlerini değerlendiriniz

	Kesinlikle katılıyorum	Nötral	Kesinlikle katılmıyorum
1. Öfkesini kontrol edebilir	1 2	3 4 5	6 7
2. İşitme ve konuşma yetileri başarılıdır	1 2	3 4 5	6 7
3. Olumlu hislerini dışa vurabilir	1 2	3 4 5	6 7
4. Günlük sorunlarını halledebilir	1 2	3 4 5	6 7
5. Bir işi başarıyla götürebilir	1 2	3 4 5	6 7
6. Güzel sosyal yeteneklere sahiptir	1 2	3 4 5	6 7
7. Beklenmedik davranışlar yapmaz	1 2	3 4 5	6 7
8. Girişimcilik özelliği sergilemektedir	1 2	3 4 5	6 7

Tehlikelilik Skalası:

	Kesinlikle katılıyorum	Nötral	Kesinlikle katılmıyorum
1. Mahallede, yakın çevrede çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi olsaydı, çocuklarımı yalnız sinemaya göndermezdim.	1 2	3 4 5	6 7
2. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi, ilkokul öğretmenliğine başvursaydı ve işe kabul edilseydi, işten atılması için çabalardım.	1 2	3 4 5	6 7
3. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi için önemli bir sorun, onların bir dakika sonra neler yapacağını bilemezsiniz.	1 2	3 4 5	6 7
4. Bir insanın çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi olduğunu bilirsem ona güvenme olasılığım azalır.	1 2	3 4 5	6 7
5. Mahallede, yakın çevrede çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi ikamet ediyor olsaydı çocuklarımın yalnız sokağa çıkmaları konusunda çekinmezdim.	1 2	3 4 5	6 7

6. Her ne kadar bazen çocukluk çağında cinsel istismara uğramış birisi çok iyi görünse de, onun aslında cinsel istismara uğramış olduğunu bir an bile akıldan çıkartmamak gerek.

1 2

3 4 5

6 7

EK 5 – ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirlı giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Seviildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiğı halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

* İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir

EK 6 - BAŞ ETME TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

- 13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 18.Allah`ın yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 19.Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 28.Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

- 1 () 2 () 3 () 4 ()
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
36. Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
37. İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59. Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler