



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖZNEL İYİ
OLUŞ VE AFFETME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Şeyda ERÇEL
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ

Yüksek Lisans Tezi- 2020

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖZNEL İYİ OLUŞ VE AFFETME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ŞEYDA ERÇEL

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ

ERZURUM
2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreni.....	5
2.1.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.1.2. Şizofrenide Etiyoloji	6
2.1.3. Şizofrenide Epidemiyoloji	6
2.1.4. Şizofrenide Tanı Kriterleri.....	7
2.1.5. Şizofreni Belirtileri	8
2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım	8
2.1.7. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı	9
2.2. Öznel İyi Oluş.....	12
2.2.1. Öznel İyi Oluş Kavramı	12
2.2.2. Öznel İyi Oluşla İlgili Kuramlar	14
2.2.2.1. Erek Kuramı.....	14
2.2.2.2. Etkinlik Kuramı	14
2.2.2.3. Aşağıdan Yukarıya Ve Yukarıdan Aşağıya Kuramları	15
2.2.2.4. Bağ Kuramı.....	15
2.2.2.5. Adaptasyon Kuramı	15

2.2.2.6. Yargı Kuramı	16
2.2.2.7. Akış Kuramı.....	16
2.3. Affetme	17
2.3.1. Affetme Kavramı	17
2.3.2. Affetme Türleri	18
2.3.2.1. Kendini Affetme	18
2.3.2.2. Başkalarını Affetme	19
2.3.2.3. Durumu Affetme.....	20
2.3.3. Affetmeyi Açıklayan Modeller	21
2.3.3.1. Süreç Modeli.....	21
2.3.3.2. Hargrave Affetme Modeli.....	23
2.3.3.3. Affetmenin Sosyal Psikolojik Belirleyicileri Modeli	24
2.3.3.4. Aile İlişkileri İçinde Empati, Alçakgönüllülük ve Affetmenin İfadelenirilmesi Modeli.....	24
2.3.3.5. REACH Affetme Modeli	25
2.3.4. Affetmede Bireysel Farklılıklar	26
2.3.5. Affetmeyi Kolaylaştıran Ve Zorlaştıran Faktörler.....	27
2.3.6. Affetme Ve Ruh Sağlığı	28
2.3.7. Affetme ve Öznel İyi Oluş.....	29
2.4. Hemşirelik, Affetme ve Öznel İyi Oluş	29
3. MATERYAL VE METOD	31
3.1. Araştırma Türü.....	31
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.3. Araştırma Soruları.....	31
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.6. Verilerin Toplanması	32
3.7. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	33
3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu	33
3.7.2. Öznel İyi Oluş Ölçeği	33
3.7.3. Heartland Affetme Ölçeği.....	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	32
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	32
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR	50
EKLER	70
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	70
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	71
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	72
EK-4. KURUM İZİNİ	73
EK-5. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	74
EK-6. ÖZNEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ	75
EK-7. HEARTLAND AFFETME ÖLÇEĞİ	78
EK-8. HEARTLAND AFFETME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ.....	79

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans dönemi boyunca bilgisi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan, sevgimin ve saygımın gün geçtikçe arttığı ve hep iyi ki dediğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ' a;

Yüksek lisans dönemimin her aşamasında destek ve yardımını esirgemeyen sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ' a, ders dönemim boyunca bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocalarım Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ' ye;

Yüksek lisans dönemi boyunca desteklerini esirgemeyen Hatice POLAT' a, Dr.Öğr.Üyesi Filiz ERSÖĞÜTÇÜ' ye ve Öğr.Gör. Hasan EVCİMEN' e;

Veri toplama sürecimde desteklerini esirgemeyen kıymetli mesai arkadaşlarıma;
Çalışmaya gönüllü olarak katılan ve kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hastalara;

Attığım her adımda yanımda olan, destekleyen, emeklerini asla ödeyemeyeceğim anneme, babama ve aileme;

Sonsuz teşekkürler...

Şeyda ERÇEL

ÖZET

Şizofreni Hastalarında Öznel İyi Oluş ve Affetme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Araştırma, şizofreni hastalarında öznel iyi oluş ve affetme arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Aralık 2019 - Ağustos 2020 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine ayaktan başvuran ve yatarak tedavi gören 202 şizofreni hastası oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Sosyodemografik Veri Formu, Öznel İyi Oluş Ölçeği, Heartland Affetme Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı testler (yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max), cronbach alfa iç tutarlılık testi, ölçeklerin puanlarını değerlendirmek için ortalamalar ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre, çalışmaya katılan hastaların öznel iyi oluş ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan 133.77 ± 31.42 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların affetme ölçeği toplam ortalama puanı 87.15 ± 19.12 olarak bulunmuştur. Affetme ölçeği alt boyutlarından sırasıyla alınan puanlar ise; kendini affetme alt boyutundan 27.72 ± 7.25 , başkasını affetme alt boyutundan 30.03 ± 8.59 ve durumu affetme alt boyutundan ise 29.39 ± 8.73 dür. Öznel iyi oluş ölçeği ile affetme ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p:0.000$).

Sonuç: Sonuç olarak şizofreni hastalarının orta düzeyin üstünde bir öznel iyi oluşa ve affetme eğilimine sahip oldukları belirlenmiştir. Affetme eğiliminin ve öznel iyi oluş puanlarının yüksek olması birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Affetme, hemşirelik, öznel iyi oluş, şizofreni

ABSTRACT

Investigation Of The Relationship Between Subjective Well-Being And Forgiveness In Schizophrenia Patients

Aim: The study was conducted to examine the relationship between subjective well-being and forgiveness in patients with schizophrenia.

Materials and Methods: The research is descriptive. The universe of the study consisted of 202 schizophrenia patients who applied to Elazig Mental Health and Diseases Hospital on an outpatient basis and received inpatient treatment between December 2019 and August 2020. "Sociodemographic Data Form, Subjective Well-Being Scale, Heartland Forgiveness Scale" were used to collect data. Descriptive tests (percentage, arithmetic mean, standard deviation, min-max), Cronbach alpha internal consistency test, means to evaluate the scores of the scales and Pearson Correlation Analysis were used in the analysis of the data.

Results: According to the findings of the study, the total average score that the patients participating in the study got from the subjective well-being scale was found to be 133.77 ± 31.42 . The total mean score on the forgiveness scale of the patients participating in the study was 87.15 ± 19.12 . The scores obtained from the sub-dimensions of the forgiveness scale, respectively; It was 27.72 ± 7.25 in the self-forgiveness sub-dimension, 30.03 ± 8.59 in the forgiveness of someone else sub-dimension, and 29.39 ± 8.73 in the forgiveness of the state sub-dimension. It was found that there is a positive, weak and significant relationship between subjective well-being scale and forgiveness scale ($p: 0.000$).

Conclusion: As a result, it was determined that patients with schizophrenia have a higher than moderate subjective well-being and tendency to forgive. It can be said that the tendency to forgive and high subjective well-being scores are interrelated.

Keywords: Forgiveness, nursing, subjective well-being, schizophrenia

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
ÇEMATEM	: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	: Gaba Amino Bütirik Asit
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ÖİÖ	: Öznel İyi Oluş Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SWB	: Öznel İyi Oluş (Subjective Well Being)

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Kendini Affetme ve Kişilerarası Affetme Arasındaki Farklar.....	20
Tablo 2.2. Başkalarını Affetme Süreci.....	22
Tablo 2.3. Hargrave'nin Affetme Modeli.....	23
Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler	36
Tablo 4.2. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Toplam Puanlarına Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 4.3. Öznel İyi Oluş Ölçeği İle Affetme Ölçeği ve Alt Boyutlara Ait Alınan En Düşük En Yüksek Puanlar ve Ölçek Toplam Ortalama Puanları	40
Tablo 4.4. Öznel İyi Oluş Ölçeği İle Affetme Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	41

1. GİRİŞ

Şizofreni, pozitif ve negatif semptomlar eşliğinde bilişsel işlev bozukluğuyla karakterize ciddi bir mental hastalıktır.¹ Şizofreni ruhsal hastalıklar arasında fonksiyonel eksiklik oranının en fazla olduğu bozukluk olarak yer almaktadır.² Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yeti yitimine sebep olan on ruhsal hastalıktan biri olan şizofreni, dünya çapında 26 milyon kişiyi etkilemektedir.^{3,4(s.190)} Ülkemizde, sistematik bir gözden geçirmeye göre çeşitli örneklemelerden gelen tahminlerin derlenmesiyle yaşamboyu şizofreni yaygınlığı genel toplumda 8.9/1000 olarak bulunmuştur.⁵ En büyük epidemiyolojik araştırmalardan olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ise ülkemizdeki nüfusun %18'inin yaşam süreci içerisinde bir ruhsal hastalık deneyimlediğini bildirmektedir.⁶

Şizofreni yüksek işsizlik oranı, damgalanma, bireysel ve ekonomik yük, dışlanma, intihar riski gibi önemli sonuçlara yol açması nedeniyle giderek ciddi bir halk sağlığı sorunu haline almıştır.⁷ Öz bakım, bağımsız yaşama becerileri, sosyal ilişkilerin kalitesi, çalışma, eğitim hayatı ve ebeveynlik gibi psikososyal işlevlerin azalması şizofreninin temel özelliklerinden biridir. İlaç uyumunun zayıf olması yüksek oranda nüks ve hastane yatışına yol açmaktadır.¹ Bugün ruh sağlığının yalnızca psikopatolojinin yokluğuyla açıklanamaması, ruh sağlığının iyi oluş, iyimserlik gibi pozitif niteliklerle ilişkisinin araştırılmasını önemli kılmaktadır.⁸

Toplumlar için önemli bir ölçüt olan öznel iyi oluş, insanların yaşamları ve duygusal deneyimleri hakkındaki genel değerlendirmeleri olarak tanımlanmaktadır. Öznel iyi oluş, yaşam ve sağlık memnuniyeti gibi geniş değerlendirmeleri ve insanların yaşamlarındaki olaylara ve koşullara nasıl tepkiler verdiklerini yansıtan belirli duyguları içermektedir.⁹ Öznel iyi oluş yaşam memnuniyeti, olumlu deneyimler ve olumsuz deneyimler olmak üzere birbiriyle ilişkili üç ana bileşenden oluşmaktadır.¹⁰ Hem

duygusal tepkileri hem de bilişsel yargıları içeren öznel iyi oluşun her bileşeni ayrı ayrı incelenmelidir.^{11, 12} Öznel iyi oluşu destekleyen ya da etkileyen faktörler genetikten toplumsal koşullara kadar değişmektedir. Bu nedenle öznel iyi oluşu arttırabilecek ya da azaltabilecek birçok kontrol edilebilir faktör bulunmaktadır.¹² Bugün ruh sağlığının olumlu kısmını temsil eden öznel iyi oluşun yüksek olması daha iyi sağlık, sosyal ilişki, iş üretkenliği, yaratıcılık, bağışıklık, stresle başa çıkma ve uzun ömürlülük gibi faktörlere katkı sağlamaktadır.^{13, 14} Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı alan katılımcılar diğer tanılara sahip bireylerden daha yüksek öznel iyi oluş bildirmişlerdir.¹⁵ Bireylerin psikolojik ve öznel iyi oluşlarını destekleyen psikolojik bir güç kaynağı olması nedeniyle affetme kavramı da son zamanlarda psikoloji alanındaki araştırmacı ve uzmanların dikkat ve ilgisini çekmektedir.¹⁶

Pozitif psikolojide affetme, sosyal etkileşimleri sürdürmede önemli bir rol oynayan insani bir erdem olarak kavramsallaştırılmıştır.¹⁷ Kişilerarası çatışma, sosyal dünyada yaşamının kaçınılmaz bir sonucudur.¹⁸ Affetme çatışma sonrası kişilerarası ilişkilerin restorasyonunda en önemli süreçlerden biri olarak yer almaktadır.¹⁹ Affetme, olumsuz duygular, düşünceler, yargılar ve motivasyonların sona ermesi ve suçluya karşı yapıcı yaklaşımdaki artışın dahil olduğu birey içindeki dönüşümleri içermektedir.²⁰ Genellikle affetmenin acı verici davranışı unutmak, mazeret etmek ya da göz yummaktan farklı olduğu kabul edilmektedir.²¹ Duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenler içerir ve önemli bir başa çıkma mekanizmasıdır.²² Başkalarını affetme eğilimi öfke ve suç ile ilgili ruminasyonların azalması, sosyal desteğin arttırılması, psikolojik iyi olma ile ilişkiliyken, affetmeme eğilimi zayıf sosyal destek, daha düşük başa çıkma yeteneği, daha yüksek depresyon ve kaygı ile ilişkilidir.²³ Bu kavramlar ruhsal sorunu olan bireylerde ise daha önemli hale gelmektedir. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı

travmatik yaşantısına uğramayanların tinsellik, affetme toplam, kendini affetme, başkasını affetme ve durumu affetme puanlarının çocukluk çağı travmatik yaşantıya maruz kalanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁴

Ağır bir ruhsal bozukluğa sahip insanlar toplumdaki en hassas grup içerisinde yer almaktadır.²⁵ Ruhsal hastalığın kendini göstermesi ile birlikte bireylerin günlük yaşamlarında sorunlar meydana gelir, karar verme yetisinde bozulmalar ve diğer insanlarla iletişimde olumsuzluklar görülür.²⁶ Şizofreni hastalığı da pozitif ve negatif semptomlar sebebiyle psikososyal işlevselliğin bozulmasının ötesinde hastaların yaşamlarını önemli ölçüde etkilemektedir.¹¹ Örneğin; boş zamanları değerlendirme, eş, aile üyeleri, arkadaşlık, öğrencilik, hobi gibi sosyal olarak tanımlanmış rolleri yerine getirememeye, başarıyı sürdürmemeye, istihdam düzeyinde azalma, kendi sorunlarını etkin bir şekilde çözmede başarısız olma gibi işlevlerde önemli bozulmalara neden olmaktadır.²⁷ Affetme müdahaleleri zihinsel ve duygusal sağlığın yanısıra ruhsal hastalıkların tedavisine de katkı sağlamaktadır.²⁸ Bu konuda hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Hemşireler, hastaların özbakım, sağlık ve iyi oluş amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için destek olmaktadır.²⁹ Çocukluk çağından yaşlılığa kadar çeşitli dönemlerdeki bireylerle çalışan psikiyatri hemşireleri, affetmenin değerlendirilmesi, affedilme ihtiyaçlarının karşılanması ve uygun bir şekilde müdahale edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.³⁰ Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin hasta ile 24 saat temasta bulunduğu, iyileşmenin hastanın deneyimlerini dinleme ile başladığı, gözlemlerde ve bakımda aktif roller üstlendiği ve ekipte yer alan diğer sağlık personellerinden daha fazla role sahip olduğu unutulmamalıdır.³¹

Bu araştırma şizofreni hastalarında öznel iyi oluş ve affetme arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Literatür incelendiğinde konu ile ilgili

ulusal ya da uluslararası bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Araştırma sonuçlarının şizofreni bakımında temel kavramlara yönelik girişimsel müdahaleleri planlayan araştırmacılara ve alanda eğitim gören öğrencilere ışık tutacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, genellikle erken yetişkinlikte başlayan kişinin bilişsel, duygusal, davranışsal ve mesleki alanlarında işlevsel bozulmalara yol açtığı çok yönlü bir hastalıktır.^{4(s.190), 32} Çeşitli psikotik deneyimleri içeren şizofreni kazanılmış yeteneklerin kaybından dolayı uzun vadeli olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.³²

Ruhsal bozukluklar çok eski çağlardan beri açıklanmaya çalışılmıştır. Milattan önce 1400 yıllarına dayanan ve belirtileri şizofrenik türü işaret eden bir Hindu eserinde, hayatlarını şaşkınlık içerisinde boş bir şekilde geçiren, çırlıçıplak dolaşan, özbakımları oldukça kötü olan, din ve Tanrı ile aşırı derecede meşgul insanlardan bahsedilmektedir.^{4(s.189), 33, 34(s.413)}

1860 yılında Morel yayınladığı bir kitabında ilk defa *démence précoce* (erken bunama) terimini kullanmıştır.^{4(s.189), 33} 20.yy başlarında Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin, sendromları betimleyici tarzla inceleyerek şizofrenik bozukluğun kognitif yönünü demans, erken başlangıcını prekoks olarak ifade etmiştir.^{34(s.414), 35} Kraepelin'in *dementia praecox* terimi yerine 1911 de yeni bir döneme imza atan İsviçreli Eugen Bleuler ilk defa şizofreni terimini kullanmıştır.^{4(s.190), 34(s.414)} Bleuler, farklı ruhsal işlev bölünmesinin şizofreni hastalığının en önemli özelliklerinden biri olduğunu belirtmiştir.³⁶ Bleuler'e göre şizofreninin temel olarak 4 belirtisi bulunmaktadır. 4A belirtisi olarak ifade ettiği bu belirtiler; Assosiasyon kaybı, Affekt, Autizm ve Ambivalans semptomlarıdır.^{34(s.418)} Günümüzde çeşitli aşamaların ışığında DSM-V ve ICD-10 tanı kriterleri kullanılmaktadır.

2.1.2. Şizofrenide Etiyoloji

Şizofreninin doğasındaki heterojenlik nedeniyle etiyolojisi ile ilgili fikir birliği sağlanamamıştır.³⁷ Şizofreni, çevresel ve genetik bileşenlere sahip karmaşık bir nöropsikiyatrik bozukluktur.³⁸ Şizofreni gibi birçok psikiyatrik bozukluğun %80 oranında kalıtsal olduğu tahmin edilmektedir.³⁹

Şizofreninin ailesel geçişi üzerine uzun bir araştırma tarihi bulunmaktadır.⁴⁰ Bu alandaki çalışmaların önemli bir kısmı ikizler üzerine olmuştur. İkizlerden birinin şizofreni olması durumunda diğer ikizde şizofreni görülme olasılığı, monozigot ise %40-50 arasında iken dizigot ise %10-12 arasındadır.^{41(s.22)}

İlk dönem şizofreni hastalarında görülmeyen fakat kronik hastalarda beyin yapısında hacim azalmasının gözlenmesi, şizofrenide beyin yapısındaki değişiklikleri işaret etmektedir.⁴² GABA nörotransmitterindeki değişiklikler ve dopaminerjik sistemin düzensizliği şizofreninin patofizyolojisinde önemli rol oynayabilmektedir.⁴³

Gebelik esnasında viral ve bakteriyel patojenlere maruz kalmayı takiben şizofreni insidansında artış gözlenmiştir.⁴⁴ Şizofrenide bağışıklık aktivasyonunun klinik olarak önemli bir risk faktörü olduğu ileri sürülen teoriler arasında yer almaktadır.^{34(s.415)}

2.1.3. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni nüfusun yaklaşık %1'ini etkileyen yıkıcı bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Kültürler ve ülkeler arasında orta derecede farklılıklar göstermektedir.¹ Şizofreni erkek ve kadınları aynı oranda etkilememektedir.⁴⁵ Erkekler yaşamboyu %30-40 oranında daha yüksek bir şizofreni geliştirme riski ile karşı karşıyadır. Başlangıç yaşı erkekler ve kadınlar arasında değişmekle birlikte, erkeklerde daha erken başlama eğilimindedir.⁴⁶ Hastalığın erkeklerde başlangıç yaşı ortalama 19 iken kadınlarda 23 yaş civarındadır.^{47(s.33)} Şizofreni hastalarında medeni duruma bakıldığında, ilk sırada hiç

evlenmemiş olma yer almaktadır. Özellikle erkek hastalar içerisinde hiç evlenmemiş ya da boşanmış olma oranının fazla olduğu bulunmuştur.³⁵

Kentsel yaşamın daha yüksek oranda şizofreniye sebep olduğuna dair net bir kanıt bulunmamakla birlikte ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur. Göçmenler ile yerliler karşılaştırıldığında, göçmenlerin şizofreni insidans ve prevelansının arttığı bulunmuştur. Kış ve ilkbaharda doğan bireylerde şizofreni gelişme riski az olmasına rağmen mevsimsel artışın önemli olduğu söylenebilir.⁴⁸

2.1.4. Şizofrenide Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki semptomların en az ikisi (ya da daha fazlası) bir aylık sürenin önemli bir bölümünde bulunmalıdır. Bu belirtilerden en az birinin ise ilk üç maddede yer alan belirtilerden olması gerekmektedir.

1. Sanrılar
2. Halüsinasyon
3. Darmadağınık konuşma
4. İleri derecede dağınık ya da katatonik davranış
5. Silik (negatif) semptomlar

B. Bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli kesiminde, kişilerarası ilişkiler, çalışma hayatı ya da kendine bakım gibi bir yada daha fazla alanda işlevsellik seviyesi, bozukluğun başlangıç süresinden önce erişilen seviyenin belirgin olarak altındadır.

C. Hastalığın süregiden belirtileri en az 6 ay devam etmelidir. Bu 6 aylık evre içerisinde en az 1 aylık süre A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri de kapsamalıdır.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren bipolar bozukluk ya da depresyon bozukluğu dışlanmalıdır

E. Bu hastalık, bir maddenin kullanımı ya da diğer bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm spektrum bozukluğu kapsamında bir bozukluk ya da çocukluk döneminde baş gösteren bir iletişim bozukluğu öyküsü mevcutsa, şizofreni tanısı için en az bir aylık sürede tanı için gerekli olan diğer semptomların

yanı sıra belirgin sanrılar ya da halüsinasyonlar varsa ayrıca şizofreni tanısı da konulur.⁴⁹

2.1.5. Şizofreni Belirtileri

Hastalığın ortaya çıkma durumu farklı şekillerde meydana gelebildiği gibi kişiden kişiye de değişiklikler gösterebilmektedir.^{34(s.415)} Bireyler hastalık belirtilerinden önce şizoid ve şizotipal kişilik belirtileri gösterebilmektedir.^{50(s.547)} Şizofreni pozitif, negatif ve bilişsel semptom kümeleri ile karakterize edilmektedir.¹

Pozitif semptomlar, hastalığa yakalanmamış kişilerde ortaya çıkması beklenmeyen belirtilerdir.^{51(s.67)} Sanrılar, halüsinasyonlar, konuşma ve davranış düzensizliklerini içeren semptomlardır.^{4(s.199)} Negatif semptomlar, bazı zihinsel fonksiyonların hastalığa yakalanmamış kişilere oranla azalma göstermesiyle teşhis edilebilen belirtilerdir.^{51(s.67)} Negatif belirtiler arasında avolasyon, anhedoni, duygusal düzleşme ve aloji bulunmaktadır.^{4(s.199)} Belirgin bilişsel bozukluk şizofreninin temel ve kalıcı bir özelliği durumundadır. Nörobilişsel bozukluk hastalığın ilk dönemlerinde görülebilmektedir.⁵² Gerçek hayatla bağlantısı bulunmayan sesler işitilebilmekte, hayaller görülebilmektedir. Duygulanımda, jest ve mimiklerde azalmalar ortaya çıkmaktadır. Harekete başlamada güçlük yaşanıp ileri evrelerde hastaların uzun süre hareketsiz kaldıkları görülebilmektedir.^{34(s.416)}

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni bazı hastalarda aniden ortaya çıkabileceği gibi birçok hastada sinsice yavaş yavaş gelişir.^{34(s.415)} Hastalık gidiş ve sonlanışı bakımından yalnızca bireyler arasında farklılık göstermeyip ayrıca aynı bireyde hastalık süreci boyunca da çeşitli değişiklikler göstermektedir.^{47(s.26)} Şizofreninin prognoz sürecini değerlendirebilmek için olumlu ve olumsuz gidiş kriterleri bulunmaktadır.^{4(s.214)}

Olumlu Gidiş Göstergeleri

- Evli olma

- Kadın olma
- Akut başlangıç gösterme
- Kırsal kesimde yaşama
- Geç hastalık başlangıcı
- Az ve kısa süreli alevlenme döneminin olması
- Ektanının mevcut olmaması
- Pozitif semptomların varlığı
- Ailede şizofreni varlığının olmaması
- Hastalığı tetikleyen etkenlerin açık olması
- Hastalık öncesi dönemde adaptasyonun iyi olmasıdır.^{4(s.214), 34(s.418-419)}

Olumsuz Gidiş Göstergeleri

- Bekar veya dul olma
- Erkek olma
- Sinsi başlangıç gösterme
- Kentsel yaşam
- Erken hastalık başlangıcı
- Çok ve uzun süreli hastaneye yatış durumu
- Ektanının mevcut olması
- Negatif semptomların varlığı
- Ailede şizofreni varlığının olması
- Hastalığı tetikleyen etkenlerin varolmaması
- Hastalık öncesi dönemde adaptasyonun kötü olmasıdır.^{4(s.214), 34(s.419)}

2.1.7. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Yaşama verilen en açık ve en şeffaf ifade, toplumun sağlığa karşı gösterdiği hassasiyettir. Hassasiyetin sağlanmasındaki en önemli faktör ise ruhsal sağlığın üst

seviyelerde olmasıdır.⁵³ Ruhsal sağlığın sağlanması ve sŸrdŸrŸlmesinde yaşadığı toplumun bir Ÿyesi olan sağlık profesyonelleri Ÿnemli rol oynamaktadır.⁵⁴ Topluma yŸnelik ruh sağlığı hizmetlerinde yer alan disiplinler arası ekibin Ÿnemli Ÿyelerinden biri de psikiyatri hemşiresidir.⁵⁵

Kronik ruhsal bozukluklar içerisinde bulunan şizofreni, birey, aile ve toplumda gŸrŸlen en hasar verici hastalık konumunda yer almaktadır.⁵⁶ Bu nedenle ruhsal bozukluklarda hemşirelik sŸreci sadece psikososyal alanı kapsamayıp kişinin fiziksel yŸnlerine de odaklanan bir bakım kalıbı gerektirmektedir.⁵⁷ Hasta ile ilgili hemşirelik fenomenlerini belirlemede aile ŸykŸsŸ, yaşanılan yer, beslenme tarzı, inanç yapısı, iletişim becerisi, hastalık sŸrecindeki davranış ve modelleri ile kŸltŸrel yapıyı bilmek yol gŸsterici olacaktır.⁵⁸

Hemşirelik mesleğinin Ÿzel alanı olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, deneyimi, beceriyi kullanarak hem insanın davranış sŸrecini gŸzlemlemek ve anlamak hem de kendi benliğini terapŸtik kullanma sanatıyla bŸtŸnleřtiren dinamik bir disiplindir.⁵⁹ Hassas ve Ÿrselenebilir hasta grubuyla çalışan psikiyatri hemşirelerinin hasta ile etkileşimi tedavide bŸyŸk rol oynamaktadır.⁶⁰

şizofreni hastalarının Ÿz-bakım ve gŸnlŸk yaşam aktivitelerini gerçekleştirme oranı dŸřŸktŸr. Hastaların kendi Ÿz-bakımlarını gerçekleştirebilme ve yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirebilmeleri psikiyatri hemşirelerinin bakım amaçlarından biridir.⁶¹

Psikiyatrik bozukluklar içerisinde geçmiş dŸnemden başlayıp gŸnŸmŸze kadar devam eden olumsuz inanç ve tutumlar çoğunlukla şizofreni hastalığına yŸneliktir. şizofreni tanısı alan hastalar bozulmuş beden imajı, ŸzgŸven eksikliği, hastalığın seyri ve tedavisi, duygusal problemler sonucunda sosyal hayatlarında bozulmalar deneyimlemekte ve yakınları dahil olmak Ÿzere dışlanarak stigmaya maruz

kalabilmektedirler.⁶² Toplumu pozitif yönde etkileyen hemşireler birey, aile ve toplumun eğitilmesi ve girişimlerin planlanmasında benzersiz bir konuma sahiptir.⁵⁵ Bununla birlikte ruhsal sorunlar yaşayan bireye yönelik olumsuz tutumlar ve damgalama da sağlık çalışanları da önemli bir paya sahiptir. Bu nedenle özellikle sağlık çalışanlarının tutumlarına karşı duyarlı olan hassas bir hasta grubu ile çalışıldığı, psikiyatri hemşireleri ve ekibi tarafından unutulmamalıdır.⁶³

Ayrıca ciddi hastalıklar ile karşılaşan bireyler yada aile üyeleri, kritik yaşam olayları, kişilerarası ilişkiler, kaçırılan fırsatlar, şuan pişman olarak bakılan eylemler üzerinde düşünerek yaşamlarını gözden geçirebilirler.⁶⁴ Sevilme, inanç, yaşamda anlam ve affetme gibi manevi ihtiyaçlar bütünsel sağlık çerçevesinde hasta ve aile için önemli bir konumda yer almaktadır.⁶⁵ Hastalar ile iletişim sıklığı sebebiyle hemşireler affedilmeyi kolaylaştırmada önemli rol oynayabilir. Hemşirenin hastayı tanınması, hasta ile birlikte hareket etmesi, hasta için en uygun ve faydalı olan güç kaynaklarının veya affetme stratejilerinin arasından seçim yapabildiğini sağlamaktadır.⁶⁶ Affetme aynı zamanda hemşire-hasta çatışmalarından kaynaklanan acı verici duyguları çözme potansiyeline de sahiptir. Bakım veren hemşirenin, hastaların duygu, davranış ve endişeleri hakkında derin bir anlayış ve empatiye sahip olması hastaların acı verici davranışlarını affetmesini kolaylaştırmaktadır.⁶⁷

Kronik ruhsal bozukluklar içerisinde sürekli yatışların en fazla görüldüğü hasta grubu şizofrenidir.⁶¹ Birey, aile, sağlık ekibi ve ülke ekonomisi için hastaneye olan tekrarlı yatışlar en az düzeye indirilmelidir.⁵⁸

Hastalık süreci boyunca öfke, kaygı, şüphe, korku gibi birçok deneyimi yaşayan şizofreni hastasına yönelik uygun terapötik iletişim tekniklerini kullanmak psikiyatri hemşireliğinin temel müdahalesidir.⁵⁵ Ayrıca bireyin karşılaşabileceği stresörlerle başa çıkmasına, benlik algısı ve saygısını güçlendirmesine, hastalık deneyimlerinden

anlamlar bulmasına destek olup hayat şartlarını hastaya uyarlanabilir hale getirmede aktif rol oynamaktadır.⁶¹ Hastalar için yaşamın algılanan anlamlarını kolaylaştırmak duygusal ve fiziksel semptomları hafifletmeye yardımcı olabilir, bakım kalitesini ve iyi oluşu arttırabilir.⁶⁸ Hemşirelik uygulamalarında, insanların yaşamın bazı evrelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşabileceği iyi bilinmeli, bireylerin iyi oluşunu değerlendirmek, sürdürmek ve iyileştirmenin önemli bir yere sahip olduğu unutulmamalıdır.⁶⁹

2.2. Öznel İyi Oluş

2.2.1. Öznel İyi Oluş Kavramı

Farklı toplumlarda yapılan birçok araştırmada, insanların hayatları boyunca en çok neyi isteyip arzu ettiklerinin sorulduğu görülmektedir. Her insanın yaşam amacı farklı olsa da hayatı mutlu bir şekilde sürdürmek, birçok insanın önemli istekleri arasında yer almaktadır.⁷⁰ Uygarlığın başlangıcından beri büyük düşünürler insan varoluşunun kalitesini ve iyi yaşamı tartışmışlardır.⁷¹ Tarih boyunca da filozoflar mutluluğu insan eylemleri için en önemli motivasyon kaynağı olarak görmüşlerdir.⁷² İnsanoğlunu anlamaya yönelik bütün düşünce ve akımları içeren psikoloji bilimi, önceleri bireyi psikopatoloji merkezli görmüşler daha sonra ise bu bakış açısı yerini pozitif merkezli görüşe bırakmıştır.⁷³

Psikoloji biliminde mutluluk, öznel iyi oluş kavramı olarak ele alınmaktadır. Her ne kadar bu iki ifade eş anlamlı olarak kabul edilse de farklı kavramlardır. Sadece duygusallığı ön plana alan mutluluk kavramına karşın öznel iyi oluş hem duygusal hem de bilişsel yönden ruhsal durumu ele almaktadır.⁷⁴

Öznel iyi oluş, bir bütün olarak yaşamın bilişsel ve duygusal değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır.¹⁰

Son 20 yılda yaşam kalitesinin bir göstergesi olan öznel iyi oluşa ilgi artmaktadır.⁷⁵ SWB iki farklı ama örtüşen felsefeye dayanmaktadır.⁷⁶ Bu yaklaşımlardan

biri olan hedonizm(hedonism), iyi oluşu hem zihnin hem de bedenin mutluluk ve hazzı içerdiği görüşünü öne sürmektedir.^{76, 77} Ödemonizm (eudaimonism) yaklaşımı ise psikolojik iyi oluş olarak ifade edilip kişinin sahip olduğu kapasiteyi tam anlamıyla kullanmasına odaklanmaktadır.⁷⁷ Eudaimonism, özerklik, çevresel ustalık, kişisel gelişim,kendini kabul etme, hayattaki amaç ve başkalarıyla olumlu ilişkileri içermektedir.⁷⁶

Hedonistik yaklaşıma karşılık gelen öznel iyi oluş birbiriyle ilişkili üç bileşene sahiptir.Bu bileşenler; olumlu etki, olumsuz etki ve yaşam doyumundan oluşmaktadır.¹⁰ Olumlu etki sevinç, gurur, mutluluk, coşku ve şefkat gibi duyguların bir aradaki varlığını yansıtmaktadır. Olumsuz etki üzüntü, korku, öfke, suçluluk, kıskançlık ve depresyon gibi öznel sıkıntı ve memnuniyetsizlik duygularından oluşmaktadır. Yaşam doyumunu ise mevcut yaşamdan,geçmişten ve gelecekte duyulan memnuniyeti içermektedir.⁷¹ Olumlu duygulanım ve olumsuz duygulanım öznel iyi oluşun duygusal boyutunu oluştururken yaşam doyumunu bilişsel boyutu oluşturmaktadır.¹⁰

Yüksek düzeyde öznel iyi oluşa sahip bireyler daha fazla yaratıcılık, daha güçlü bir bağışıklık sistemi, evlilik ve para doyumlarının yüksek olması, kişilerarası iyi iletişim halinde olma, stres faktörleri ile daha etkili bir şekilde başa çıkma eğilimine sahip olmaktadır.¹³

Öznel iyi oluş seviyesini üç temel faktör etkilemektedir. Mevcut kanıtlar ışığında genetik, öznel iyi oluşu yaklaşık %50 oranında etkilerken, cinsiyet, eğitim, yaş gibi demografik değişkenler yaklaşık %10 oranında etkilemektedir. Kasıtlı/amaçlı faaliyetler ise öznel iyi oluşun %40'ını oluşturmaktadır.⁷⁰

2.2.2. Öznel İyi Oluşla İlgili Kuramlar

2.2.2.1. Erek Kuramı

Erek teorisi, bireyin bir amaç ya da ihtiyaç gibi belirli bir uç noktaya ulaşıldığında mutluluğu elde edeceğini savunmaktadır.^{72, 78} Bireyin yaşam doyumu, ihtiyaçlar karşılanıp istenilen hedefler elde edilince oluşmaktadır.⁷⁹

Erek yaklaşımına göre öznel iyi oluşa müdahale edebilecek birkaç durum vardır. Birincisi, bireyler kısa vadeli mutluluk getiren ancak başka amaçlara müdahale ettikleri için mutluluğa zararlı uzun vadeli sonuçlara yol açabilirler. İkincisi, insanların hedefleri ve arzuları çatışma halinde olabilir ve bu sebeple onları tam olarak karşılamak imkansızdır. Üçüncüsü, bireyler hiçbir amaç ve arzuya sahip olmadığı için mutluluktan yoksun olabilirler. Son olarak, insanlar kötü koşullar ve beceriler nedeniyle yada hedeflerin çok yüksek olması durumunda amaçlarına ulaşamayabilirler.⁷²

Bireylerin günlük hayatlarını daha kolay hale getirecek makul seviyede bireysel amaç edinmeleri öznel iyi oluşlarını arttırmaya yardımcı olacaktır.⁸⁰

2.2.2.2. Etkinlik Kuramı

Etkinlik kuramı mutluluğun insan faaliyetlerinin bir ürünü olduğunu vurgulamaktadır. Örnek olarak, bir dağa tırmanma faaliyeti zirveye ulaşmaktan daha büyük bir mutluluk sağlayabilmektedir.⁷²

Aristoteles etkinlik kuramının en eski ve en önemli savunucusudur. Mutluluğun erdemli faaliyetten yani iyi yapılan etkinliklerden kaynaklandığını ifade etmiştir. Aristoteles'in teorisine göre, insanlar bazı yeteneklere sahiptir ve bu yetenekler mükemmel bir şekilde gerçekleştirildiğinde mutluluk ortaya çıkacaktır. Hobiler, sosyal etkileşim ve egzersiz faaliyetleri gibi aktiviteler kabul edilmektedir.⁷²

Etkinlik kuramı, bireyin mutluluğu arzulamaya, düşünmeye ve mutluluğu elde etmeye ulaşma çabası ile ilerlemesinin mutluluk seviyesini azalttığını ifade

etmektedir.⁸¹ Bu yaklaşıma göre, kişi önemli faaliyetlere ve hedeflere odaklanmalıdır çünkü mutluluğun kendiliğinden ortaya çıkacağını savunmaktadır.^{72, 81}

2.2.2.3. Aşağıdan Yukarıya Ve Yukarıdan Aşağıya Kuramları

Yukarıdan aşağı kuramına göre, kişi anlık zevk ve acılarını yorumlayarak kendisini mutlu veya mutsuz olarak değerlendirmektedir.⁸⁰ Daha olumlu bir zihin durumuna sahip olan bir kişi, belirli bir olayı daha olumsuz bir bakış açısına sahip kişiden "daha mutlu" olarak deneyimleyebilir.⁷⁸ Yukarıdan aşağıya yaklaşımında öznel iyi oluş, eğilimler, hedefler, başa çıkma stilleri gibi iç özellikler ve psikolojik süreçlerin ürünü olarak görülmektedir.⁸²

Aşağıdan yukarıya kuramı, kişinin hayatını oluşturan olumlu ve olumsuz anların, o kişinin algılanan öznel iyi oluşunu üretmek için toplandığını iddia etmektedir.⁷⁸ Kişi mutludur çünkü zevksiz anlardan çok zevkli anlar yaşamaktadır.⁸²

2.2.2.4. Bağ Kuramı

Bellek ve bilgi işleme, hatırlama, şartlanma, koşullama ve bilişsel yüklemeler gibi süreçleri temel alan bağ kuramı, birçok kuramı kapsayan geniş bir yaklaşımdır.⁷⁹ ⁸¹Bireylerin mutluluğa ulaşmalarının zihinlerinde yaşadıklarıyla ilişkili olarak gelişen bilişsel çağrışımlara dayanan çıkarımlar ile elde edildiğini öne sürmektedir.⁸¹ Kişi deneyimlediği olayları içsel faktörlere atfediyorsa bu durum en büyük mutluluk kaynağını meydana getirmektedir.⁷⁹

2.2.2.5. Adaptasyon Kuramı

Yaşanan olaylara uyum sağlama, olayların ilk meydana geldiğinde olumlu ya da olumsuz olmasına bağlı olarak ya mutluluk ya da mutsuzluk üretebileceği anlamına gelmektedir. Fakat zaman geçtikçe olaylar duygulanım uyandırma gücünü kaybeder ve birey iyi koşullara adapte olur. Böylece mutluluğu uyandırmaz. Yaşanan olumsuz ve kötü olaylar içinde benzer bir adaptasyon süreci gerçekleşmektedir.⁷²

Adaptasyon Kuramı, bireyin deneyimlerinden elde ettiği bir standarta dayanmaktadır. Mevcut olaylar standarttan iyi ise, birey mutlu olacaktır. İyi olaylar devam ederse adaptasyon gerçekleşecek, bireyin standartı yükselecek ve sonunda daha yeni olaylarla eşleşecektir. Böylece son değişiklikler mutluluk ya da mutsuzluk üretmektedir çünkü birey sonunda olayların genel seviyesine adapte olmaktadır.⁷²

2.2.2.6. Yargı Kuramı

Yargı teorisi, mutluluğun bazı standart ve fiili şartlar arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığını varsaymaktadır. Gerçek şartlar standardı aşarsa kişi tatmin olur ve mutluluk ortaya çıkar. Standart koşul ile yapılan karşılaştırmalar, memnuniyet durumunda bilinçli yapılırken, duygu durumunda bilinçsiz bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Yargı teorileri genellikle hangi olayların olumlu yada olumsuz olacağını tahminini yapmasa da, olayların meydana getireceği duygunun büyüklüğünü tahmin etmeye yardımcı olmaktadır.^{72, 81}

2.2.2.7. Akış Kuramı

1970'lerde Csikszentmihalyi tarafından geliştirilmiştir.⁸³ Zorluklar ve beceriler orantılı olduğunda kişi yalnızca anın tadını çıkarmakla kalmaz aynı zamanda yeni beceriler öğrenme ve benlik saygısını yükseltme olasılığı ile deneyimleri arttırma imkanı bulmaktadır.⁸⁴ Akış sürecinin üç koşulu vardır.⁸⁵ Bunlar;

- Etkinlikteki zorluklar ve bireyin yetenekleri
- Etkinlik ile alakalı açıkça belirtilen hedefler
- Etkinlikteki durumu gösteren hızlı geribildirim mekanizmasıdır.⁸⁵

Etkinliğe odaklanma o kadar yüksektir ki konu ile alakası olmayan hiçbir durum endişe yaratmaz ve düşünülmez. Bu aşamada özbilinç kaybolmakta zaman duygusu bozulmaktadır. Kişinin karşılaştığı etkinlikler ne kadar tehlikeli ya da güç olursa olsun gerçekleştirmeye istekli olur ve sonuç ile alakalı çok az endişe duyar. Genel olarak bu

süreç akış deneyimini ifade etmektedir. Akış sürecinde birey zihni tam kapasite de çalışmaktadır.⁸³ Birey geribildirimlere göre yetenek veya etkinlik seviyesini gözden geçirerek tekrar akış sürecini deneyimlemeye çalışmaktadır.⁸⁵ Yapılan etkinliklere bakıldığında neyin mutluluk ve zevk verdiğini anlamak kolaydır.⁸⁰

2.3. Affetme

2.3.1. Affetme Kavramı

Toplumun önemli bir parçası olan insanoğlu, çevresindeki bireylerle devamlı iletişim halindedir.⁸⁶ Küçük veya büyük kişilerarası zararlar, çeşitli bağlamlarda ve çeşitli nedenlerden dolayı sık sık ortaya çıkmaktadır.⁸⁷ İnsanlığın başından beri var olan affetme bu noktada önemli konumda yer almaktadır.⁸⁸

Affetme kavramı son yıllarda ilgi görmektedir. Konu ile ilgili yapılan bir araştırmada yükselmeye rağmen mutabakata varılmış bir tanımın olmadığı belirtilmiştir.⁸⁹ Affetme, duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenleri içeren, motivasyonel ve istemli bir başa çıkma yöntemidir.⁹⁰ Affetme, bireyin suçluluk, adaletsizlik, keder ve kayıp ile başa çıkmasına yardımcı olan önemli bir iyileşme mekanizmasıdır.⁹¹

Affetme unutmak yada uzlaşmak değildir.²¹ Unutma, deneyimlenen davranışların bellekten çıkarılmasını ifade ederken affetme suça sebep olan sorunu düşünmeye ve çözmeye yardımcı olmaktadır.^{92, 93} Affetme; kabul etmek, mazur görmek, reddetmek ve göz yummak da değildir.²¹ Çünkü affetme, haksız yere deneyimlenen suça yada ihlale karşı bireyin gönüllü olarak intikam alma seçeneğinden vazgeçtiğinde ortaya çıkmaktadır.⁹³

Affetme, ilişkilerin işleyiş ve istikrarı için anahtar faktör olarak görülmektedir.⁹⁴ İnsani olarak gelişmeye katkı sağlayan, ilişki ve yaşayışımızı renklendiren affetme hem

bilim hem de sanat olarak çağımızın sorunlarıyla ilgilenmektedir. Sosyal ve kişisel anlamda ihlallere nasıl yaklaştığımızı açıklamaktadır.⁹⁵

Affetme, bireysel bir karar olup kişi zorlanmamalıdır. Bireyi affetmesi için zorlamak gerçek affetmeden ziyade sahte affetmeye sebep olmaktadır.⁹⁶ Affetme özellikle derin incinme durumlarında uzun ve yorucu bir süreci kapsayabilmektedir. Fakat sürecin sonunda kendimizi, diğerlerini ve bize zarar veren durumları daha derin anlamlandırmamıza imkan tanımaktadır.⁹⁷

Bireylerin haksızlık yaşantılarına tepki vermesinin bir yolu affetmedir.⁹² Fakat insanoğlu intikam ile cevap vermeye yatkındır.⁹⁸ İntikam suç işlenmesinin temel sebeplerinden biridir.⁹⁹ Yaşanılan ihlalin intikam arzusuna dönüşüp dönüşmemesi bazı faktörlerin var olması ile ortaya çıkmaktadır. Mağdur ile suçlu arasındaki ilişkinin derecesi, mağdur ve suçlu kişilerin mevkileri, intikam almak için ele geçen fırsatlar, örgütsel kurallar, olayın sebep olduğu zararın büyüklüğü ve iki tarafın kişilik özellikleri bu faktörler arasında sayılabilir.¹⁰⁰ Bireyler intikam olarak antisosyal davranışa motive olmaktadır.⁸⁸ İntikam genellikle fiziksel ve zihinsel sağlık ile negatif ilişkilidir . İntikam arzusu bir hastalık ise belki de affedicilik tedavidir.¹⁰¹

2.3.2. Affetme Türleri

2.3.2.1. Kendini Affetme

Kendini affetme, psikoloji araştırmacıları tarafından ihmal edilmiştir.¹⁰² Psikoloji literatüründe kendini affetme, merhamet, cömertlik ve kendine olan sevgiyi teşvik ederken, kişinin kabul ettiği objektif yanlış karşısında kendine karşı kızgınlığı terk etme isteği olarak tanımlanmaktadır. Felsefe literatüründe kendini affetme, bireyin kendisine yönelik bir iyi niyet gösterisi olarak kavramsallaştırılmaktadır.¹⁰³

Utancı ve suçluluk duyguları kendini affetmenin önemli duygusal değişkenleri olarak varsayılmaktadır.¹⁰² Birey kendine karşı suçluluk ve tiksinti duyacağı bir şey

yaptıktan sonra kendini affetmesi zor olabilmektedir ve hatta diğerlerini affetmekten daha zor olabilir. Kişi kendi hatasıyla yüzleştğinde kendini suçlama, pişmanlık, üzüntü ve yalnızlık gibi çeşitli duygular deneyimleyebilmektedir.¹⁰⁴ Filozoflar kendini affetmenin, kendine saygının restorasyonunu içerdiğini iddia etmektedir ve bu durum üç unsurdan oluşmaktadır. Kendini affetme ilk olarak, nesnel bir hata ya da yanlış davranmayı gerektirmektedir. İkincisi, bu hata ya da suçun tetiklediği olumsuz duyguların üstesinden gelinmesini ve üçüncü olarak ise içsel bir kabulün sağlanması gerektiğini ifade etmektedir.¹⁰³

Jacinto ve Edwards¹⁰⁵ kendini affetmenin dört terapötik aşaması olduğunu belirtmiştir. Birincisi, kendini affetmenin olumsuz öz değerlendirmeyi serbest bırakabildiği tanıma aşamasıdır. İkincisi, yaşanan olay yada durum ile ilgili sorumluluk alma evresidir. Üçüncü evre olan ifade aşamasında, kendini suçlama duygularının meydana getirdiği hislerin ifade edilmesidir. Son evre olan yeniden yaratma evresinde kişinin geçmiş hayatı ile birleşen geleceğe yön veren yenilenmiş bir kendilik imajını kapsamaktadır.

2.3.2.2. Başkalarını Affetme

Sözler yada eylemler bireyleri ya canlandırır yada hayal kırıklığına uğratar. İlişkiler insanı incitme yada zenginleştirme potansiyeline sahiptir. Suçlarla başa çıkmak için olası seçeneklerden biri de affetmedir.¹⁰⁶

Hem adalete hem de merhamete hitap eden affetme geliştirilmesi zaman alan bir süreçtir.¹⁰⁷ Affetme eylemi bireyin intikam ve öfke arzusundan vazgeçmesi, kızgınlık ruminasyonunu durdurmayı sağlaması ve rahatsız edici kişi yada kişileri affetmeyi seçmesinin bir sonucudur.¹⁰⁵ Birey affettiğinde kızgınlık hakkını inkar etmeden bu haktan vazgeçer ve zamanla suçlu kişiye karşı anlayış, yardımseverlik, şefkat ve sevgi sunar.¹⁰⁷

Affetme eylemine karar vermek, affetmenin ne demek olduğunu anlamayı ve gönüllü olarak bu eylemi gerçekleştirmeyi içerir ve bu yönden bakıldığında affetme bir beceridir.²⁴ Affetmek, affedici tarafından özgürce seçilen bir eylemdir. Haksız muameleye karşı duygusal, entelektüel ve ahlaki bir cevap olan affetme, tek başına değil; sabır, sevgi, adalet ve şefkat gibi diğer erdemlerle birlikte çalışmalıdır.¹⁰⁷

Tablo 2.1. Kendini Affetme ve Kişilerarası Affetme Arasındaki Farklar

	Kendini Affetme	Kişilerarası Affetme
Hatanın Nesnel Şekli	Duygular, davranışlar, düşünceler, arzular	Davranışlar
Affetmenin Odağı	Kendine veya başkasına zarar	Mağdura zarar
Empati	Affetme engelleri	Affetme olanakları
Sınırlar	Koşullu veya koşulsuz	Koşulsuz
Mağdurla Uzlaşma	Gerekli	Gerekli değil
Kaçınma Odağı	Suç-İlgili uyarılar (mağdur, düşünceler, durumlar vb.)	Suçlu
İntikam Odağı	Suçlu (kendi)	Suçlu (diğeri)
Yardımsızlığı Odağı	Suçlu (kendi)	Suçlu (diğeri)
Affetmemenin Sonuçları	Aşırı	Orta

2.3.2.3. Durumu Affetme

İhlal yada suçun kaynağı kişinin kendisi, diğeri yada kişinin kontrolünün ötesine geçtiğini düşündüğü durumlar olabilmektedir. Durumlarda affetmenin nesnesi konumunda yer alabilir. Kişi dünyayı, hayatı, kaderi veya belirli bir durumu suçlayabilmektedir. Örneğin, ciddi bir hastalık yaşayan bireyde "sağlıklıyım" veya "iyi insanlara kötü bir şey olmaz" gibi olumlu düşünceler yok olabilir. Hastalık ile ilgili olarak "hayatımı mahvetti" yada "ben bunu hak etmiyorum" gibi öfke yada üzüntüyü

barındıran olumsuz duygu ve düşüncelere yol açabilir. İnsanlar yaşadıkları durumlara karşı cevaplarını negatif duygu ve düşüncelerden nötr veya pozitif duygu ve düşüncelere dönüştürerek deneyimlenen durumları affedebilmektedir.¹⁰⁸

Affetme kavramı psikoloji biliminin öncülerinden olan Freud, James, Adler, Frank gibi kuramcılar tarafından gereken önemi görmediği için kuramsal bilgilerde yetersizlikler vardır.¹⁰⁹ Freud, yazılarında ortalama iki yüz elliye yakın yerde cezalandırmadan söz ederken yalnızca beş yerde affetmeden söz etmiştir.¹¹⁰ Affetmeyi daha iyi anlamak amacıyla bazı kuramsal teorileri ileri sürülmüştür.¹⁰⁹

2.3.3. Affetmeyi Açıklayan Modeller

2.3.3.1. Süreç Modeli

Enright (1996) tarafından affetme konusu ile ilgili geliştirilen Affetme Süreç Modeli duygu, düşünce ve eylemlerin affetme sürecinde etkileşim içinde olduğuna vurgu yapmaktadır.^{86, 109} Model ortaya çıkarma, karar verme, çalışma ve derinleşme olmak üzere dört evreye ayrılır ve evrelere ait 20 basamaktan oluşur.¹¹¹ İnsanlar affetme konusunda önemli bireysel farklılıklara sahiptir ve her birey süreçleri aynı şekilde ya da aynı hızda gerçekleştirememektedir.¹¹²

Tablo 2.2. Başkalarını Affetme Süreci

Evre	Kaynak
Ortaya Çıkarma Evresi	
1. Psikolojik savunmaları incelemek	Kiel, 1986
2. Öfke ile yüzleşmek, öfkeyi beslememek, öfkeden kurtulmak	Trainer, 1981
3. Uygun olduğunda utancı kabul etmek	Patton, 1985
4. Enerji yükünün fark edilmesi	Droll, 1984
5. Zararın, bilişsel tekrarlarının fark edilmesi	Droll, 1984
6. İncinen bireyin, kendini inciten birey ile karşılaştırabileceği hakkında içgörü kazanması	Kiel, 1986
7. Bireyin incinme sonucu kalıcı ve olumsuz olarak değişebileceğinin farkına varma	Close, 1970
8. Muhtemel değişmiş bir "adil dünya" görüşüne yönelik içgörü kazanma	Flanigan, 1987
Karar Evresi	
9. Eski stratejilerin işe yarar olmadığına dair görüş değişikliği, içgörü	North, 1987
10. Affetmeyi bir seçenek olarak görmeye istekli olunması	Enright, 2001
11. Suçluyu affetmeye yönelik karar verilmesi	Neblett, 1974
Çalışma Evresi	
12. Suçlu kişinin rolünü üstlenerek olayı tekrar değerlendirme	Smith, 1981
13. Suçlu bireye karşı empati kurma	Cunningham, 1985
14. Suçlu bireye karşı meydana gelen merhametin farkına varma	Droll, 1984
15. Acının kabullenilmesi, özümsemesi	Bergin, 1988
Derinleşme Evresi	
16. Affetme ve acı çekme sürecine yönelik kendi ve diğerleri için bir anlam bulma	Frankl, 1959
17. Geçmişte bireyin kendisinin de diğerlerinin affetmesine ihtiyaç duyduğunu fark etmesi	Cunningham, 1985
18. Bireyin yalnız olmadığına yönelik içgörü	Enright, 2001
19. İncinme durumu sebebiyle hayatta yeni bir amaca sahip olabileceğini fark etme	Enright, 2001
20. Olumsuz duygunun azalması ve belki de olumlu duygunun arttığını fark etme, eğer bu affedilecek bireye karşı ortaya çıkarsa; içsel ve duygusal rahatlamanın farkına varma	Smedes, 1984

Ortaya çıkarma aşamasında birey yapılan adaletsizlik veya hatanın hayatında meydana getirdiği önemli durumları keşfetmektedir. Birey başkasının hatasından dolayı duyduğu öfkeyi değerlendirerek öfkeyi barındırmanın yöntemlerini aramaktadır.¹¹² Karar aşamasında birey affetmenin ne anlama geldiğini ve ne olduğunu düşündüğü

zamandır. İncinen birey intikamı bırakmaya ve affetmeye istekli olabilir fakat tam affetme henüz gerçekleşmemiştir. Çalışma aşamasında incinen birey diğerini yeni yollarla görmeye ve suçlunun işlenen suçtan daha fazlası olduğunu anlamaya başlar.¹¹² ¹¹³ Suçlu kişiye karşı anlayış, empati ve merhamet duygularının dahil olduğu duygusal dönüşümler ortaya çıkmaktadır.¹¹² Modelin son evresi olan derinleşme aşamasında, birey affetme sürecinde yeni anlamlar bulur.¹¹³ Birey yaşadığı olumsuz etkilerden kurtularak duygusal rahatlama deneyimlemekte ve önemli bir sonuç olan psikolojik iyileşme ortaya çıkmaktadır.^{112, 113}

2.3.3.2. Hargrave Affetme Modeli

Hargrave ve Sells¹¹⁴, affetme kavramını aile üyeleri arasındaki ilişki kapsamında ele almıştır. Aile bireyleriyle inciti olay yaşayan üye, utanç, öfke, düşmanlık gibi birçok yıkıcı zarara sebep olabilecek duygu ve eylemler yaşayabilmektedir. Affetme bireyin aile ilişkilerini sürdürme sürecinde gereklidir.¹¹⁴

Tablo 2.3. Hargrave'nin Affetme Modeli

Affetme İşi			
Aklama		Affetme	
İçgörü	Anlayış	Telafi için fırsat verme	Açık affetme eylemi

Modelde affetme süreci, aklama ve affetme olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Aklama, içgörü ve anlayış kavramlarından oluşan iki boyuta sahiptir. İçgörü, bireyin ilişkisel hasara neden olan acıyı tanımaya ve değiştirmesine yardımcı olmaktadır. Anlayış ise yıkıcı eylem sorumluluğu ortadan kaldırılmadan inciten bireyin yanılma ihtimalini fark etmesine izin vermektedir. Modelin ikinci kategorisi affetmedir. Telafi için fırsat verme evresinde, incinen birey inciten bireye ilişkideki güven durumunu yeniden inşa etmesi için şans tanımaktadır. Açık affetme eyleminde ise her iki taraf ilişkideki ihlali açıkça tartışır ve gelecekte güvenilir bir ilişki konusunda

anlaşmaya varır. Diğer modellerin aksine Hargrave affetmeyi, sıralı bir aşama süreci olarak tanımlamamaktadır. İnsanlar ilişkideki güveni ve affetmeyi yeniden sağlamak için birbirleriyle etkileşim halinde olan dört istasyona birçok kez uğramaktadır.¹¹⁴

2.3.3.3. Affetmenin Sosyal Psikolojik Belirleyicileri Modeli

1998 yılında McCullough ve ark.¹¹⁵ affetmenin sosyal psikolojik belirleyicilerini açıkladıkları bir model sunmuşlardır. Affetmenin belirleyicilerini; (1) sosyal bilişsel belirleyiciler, (2) suçla ilgili belirleyiciler, (3) ilişkisel belirleyiciler, (4) kişilik özellikleri olmak üzere dört kategoride ele almışlardır. Mağdur kişinin suçlu ve suç hakkında ne düşündüğü ve ne hissettiği ile ilgili sosyal bilişsel değişkenler affetmenin en önemli belirleyicisidir. Empati affetmenin oldukça önemli bir sosyal bilişsel belirleyicisi olarak görülmektedir. Suç ve suçlu hakkındaki ruminasyon da (zihinsel geniş getirme) bir diğer değişkendir. Ayrıca mağdurun suçlu bireye yönelik yüklemeleri, affetme sürecini negatif yönde etkileyen sosyal bilişsel belirleyiciler arasında yer almaktadır. Suçun şiddeti, sonucun ciddiliği ve suçlu bireyin özür dilemesi suç ile ilgili belirleyiciler arasındadır. İki taraf arasındaki yakınlık ve bağlılık seviyesi affetmenin ilişkisel belirleyicilerindedir. Kişilik ile ilgili belirleyiciler ise, bireyin affediciliği, intikam alma tutumu, öfkeyi kontrol etme biçimi gibi değişkenleri içermektedir.¹¹⁵

2.3.3.4. Aile İlişkileri İçinde Empati, Alçakgönüllülük ve Affetmenin İfadelenmesi Modeli

Aile üyeleri arasında ara sıra yada sık sık sorun ve tartışmalar yaşanabilmektedir. Sorun yaşanan ve yaşanmayan aile ilişkilerini ayıran fark ise acıların varlığı yada yokluğu değil bireyin incittiği üyeye karşı suçluluğunu itiraf etmesi ve af dileme isteğinin olmasıdır. Affetme ihtiyacı hem fiziksel hem ahlaki hem de psikolojik sınırları ihlal eden bir yara ile başlamaktadır. Hassas olan bu yarayla incinen insanlar,

kendilerini genellikle ya kaçınarak yada saldırarak savunmaya çalışmaktadır. Her iki durumda da yakınlık azalmaktadır. Yara ele alınmaz, kronikleşir yada farklı yaralar eklenirse ilişki acı deneyimlemeleriyle dolar yada acı verici hal almaya başlar. 1998 yılında Worthington affetme kavramını aile ilişkileri çerçevesinde üç bileşenli model ile açıklamıştır. Modelin özünde empati kavramı bulunmaktadır. Affediciliğe aracılık rolünü üstlenen empati olmadan affetme ihtimali düşüktür. Fakat incinen bireyin suçluluğuyla empati kurması bile affetmek için yeterli olmamaktadır. Birey modelin bir diğer bileşeni olan alçakgönüllülük hissine de ihtiyaç duymaktadır. Bu durumda birey, karşı tarafın hisleri olduğunu, benzer duygular yaşadığını, insanların yanlış yapabilen varlıklar olduğunu ve kendisinin de hata yaptığını fark ederek öfke odaklı adalet tepkileri yerine alçakgönüllülükle karşılık verebilir. Modelin son adımı affetmenin ifadelendirilmesidir. Affetme duygu olarak hissedilebilir fakat açık bir davranış halini aldığı anda bağışlayan kişiye daha gerçek gelir.¹¹⁶

2.3.3.5. REACH Affetme Modeli

Worthington¹¹⁷ (1998) terapide affediciliği teşvik etmek amacıyla affetme müdahale modelini geliştirmiştir. Worthington, öfke, korku, nefret gibi olumsuz duyguların affetme sürecinde önemli olan olumlu düşünce ve duygularla değiştirilmesini ifade etmektedir. Bu duygu değişikliği olmadan gerçek affetmenin imkansız olduğuna inanmaktadır. Worthington affetme müdahale modelini bireylere affetmede yardımcı olan ve beş adım içeren bir akrostiş ile özetlemektedir.

R: Recall the hurt (Acıyı hatırlamak)

E: Empathize with the one who hurt you (Zarar veren kişi ile empati kurmak)

A: Altruistic gift of forgiveness (Fedakarlık)

C: Commitment to forgive (Affetmek için söz vermek)

H: Hold on to the forgiveness (Affetmeyi sürdürmek)

REACH affetme modeli içerisinde empati affetmeyi kolaylaştırmada önemli bir rol oynamaktadır. Bahsedilen beş adım affetme süreci içerisinde koşul ve durumlara bağlı olarak birleştirilebilir yada tekrarlanabilir. Çünkü her birey acı ve incinme durumlarına farklı tepkiler verir.¹¹⁸

2.3.4. Affetmede Bireysel Farklılıklar

Bireylerin özel veya genel durumlara karşı affetme yada affetmeme nedenleri çeşitli çalışmalara konu olmuştur.¹¹⁹ Sastre ve ark.'nın¹¹⁹ 2005'te yaptıkları çalışmada affetme ile paranoid kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonucuna göre, intikam eğilimi ile paranoid kişilik arasında pozitif ilişki varken, affetme eğilimi ile paranoid kişilik arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Arslan ve ark.'nın¹²⁰ erkeklerin daha fazla narsistik yapı gösterdiğini iletmişlerdir. Ayrıca narsistik kişilik özellikleri yükseldikçe durumu affedebilme anlamı olarak azalma göstermiş ve genel affedicilik ile narsizm kişilik arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

İntikam duygusu hem bireyin kendisini hem de kişilerarası ilişkileri negatif yönde etkilemektedir. Psikotik bireylerin ve hemen öfkelenen nevrotik bireylerin intikam almaya daha meyilli oldukları düşünülmektedir.¹²¹

Affetme dünyanın çeşitli dinlerinde yüzyıllardır anahtar değere sahip önemli bir temadır.¹²² Dini inanç ile affetme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.¹²³

Kültür, bireyin dünya görüşünü şekillendiren çok geniş bir kavramdır. İnsan davranışının birçok yönüyle ayrılmaz şekilde bağlantılı olduğu için, affetme gibi karmaşık bir kavramında bu yapıdan etkilenmesi beklenebilir. Kültürün olayların yorumlanma biçimini şekillendirmesi ve yorumlamaların da duyguları tetiklemesi sebebiyle affetme hissi üzerinde etkisini gösterebilecektir.¹²⁴

Yaş arttıkça affetmenin arttığı bildirilmiştir.¹²⁵ Lawler-Row ve Piferi¹²⁶ 50-95 yaş aralığında yaptıkları çalışmada 60 yaşından büyük ve kilise hizmetlerine sık sık katılan bireylerde sürekli affetmenin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Cinsiyet ile affetme arasındaki çalışmalara bakıldığında kadınların erkeklerden daha yüksek affetme eğiliminde oldukları bulunmuştur.¹²⁷ Affetme ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur.¹²⁸

2.3.5. Affetmeyi Kolaylaştıran Ve Zorlaştıran Faktörler

Kişilerarası çatışma, sosyal dünyada yaşamın kaçınılmaz bir sonucudur.¹⁸ Affetme, çatışma sonucu kesintiye uğrayan ilişkilerin yeniden inşa edilmesinde umut vaat eden bir süreçtir.¹²⁹ Kişilerarası suç sonrasında affedilmeyi kolaylaştırabilecek yada zorlaştırabilecek çeşitli faktörler vardır.

Özür dileme, dünyanın en temel, en etkili ve yaygın çatışma çözme tekniğidir.¹³⁰ Özür dilemedeki algılanan artmış pişmanlık düzeyi hem mağdurun empati deneyimini hem de affetme olasılığını arttırmaktadır.¹³¹ Fakat mağdurun, yapılan ihlali kasıtlı olarak algılaması yada suçlu bireyin gelecekte benzer ihlaller yapmasını beklemesi gibi durumsal faktörlerden dolayı her zaman affediciliği sağlayamayabilir.¹⁸

Suçun kendisi ile ilgili değişkenler affetmeyi etkileyebilir.¹³² Mağdur olan birey suçlunun niyet ve şiddetinin ciddiyetine ilişkin algılara sahip olabilir ve bu durum suçludan kaçınma yada intikam alma için motive edebilir.¹³³

Empatinin affetme kavramı ile ilişkili olduğu konusunda genel bir fikir birliği vardır.¹³⁴ Diğerlerini anlama, ilişki kurma ve başkalarına kendilerine davranılmak istediği gibi davranma yeteneği bireyin başkalarını affetmesini sağlamaktadır. Empatik kişi, bencil bir şekilde kendi yaşantısına odaklanmak yerine başkalarının hedeflerine oldukça objektif ve bencil olmayan şekilde yaklaşma eğilimindedir.¹³⁵

Ruminasyonun psikolojik iyi oluş ve kişilerarası ilişkiler üzerindeki olumsuz etkisinin yanı sıra affetme ile de negatif ilişkili olduğu ifade edilmektedir.¹³² Ruminasyon yaşayan bireyler sorunlarına yönelik yeterli ve etkili çözümler üretemediklerinden dolayı olayların olumsuz yönlerine daha fazla odaklanmaktadır.¹³⁶ Affeden bireyler genel olarak depresif, endişeli, intikamcı ve öfke ruminasyon seviyeleri azalmakta olup yaşanmış suç hakkında fazla takıntı yapmamaktadır.¹³⁷

2.3.6. Affetme Ve Ruh Sağlığı

Yaşanılan ihlaller yalnızca haksızlığa uğrama değil aynı zamanda stresi tetikleyen bir stresördür.¹³⁸ Bir başkası tarafından yara alan bireyler genellikle öfke, nefret, düşmanlık, acı, kızgınlık ve kaygı gibi birçok olumsuz duygu ile ilişkili stres reaksiyonu yaşamaktadır. Suça tepki olarak olumsuz duyguların yaşanması ve ruminasyonun kronik stres altında olmaya benzeyen bir ruh hali yada zihinsel durum yaratabilmektedir.²⁰ Kronik öfke ve düşmanlık gibi ruh hallerinin barındırılması fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.¹³⁹ Önemli bir başa çıkma yanıtı olan affetme, stresle başa çıkmada birçok işleve hizmet eden duygu, biliş ve davranış gibi sistemleri içermektedir.²⁰

Kişilerarası ihlallere karşı olumlu bir psikolojik yanıt olan affetme, bireylerin daha mutlu, daha az endişeli ve daha olumlu hissetmelerini sağlamaktadır. İnsanlar affettiklerinde kaçınma ile ilgili motivasyonları azalır, yardımseverlik ve iyi niyet motivasyonları artar yada yeniden ortaya çıkar.¹³⁹ Düşmanlığın olumsuz etkileri için bir panzehir görevi gören affetme kavramı birçok çalışmada kanıtlanmıştır.¹⁴⁰ Affetmenin ruh sağlığı ile pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹²⁷ Affetme duygulanımdaki olumlu değişimler aracılıyla psikolojik iyileşmeye yardımcı olmaktadır.¹⁴⁰

2.3.7. Affetme ve Özne İyi Oluş

Affetme müdahalelerinin kişilerarası ve duygusal problemlerle karşılaşan bireylere yarar sağlama ve iyi oluşu artırma konusunda etkili olduğu bildirilmektedir.¹⁴¹ Bağışlayan bireyler daha olumlu etki, daha fazla yaşam doyumu, mutluluk, iyimserlik, kendini kabul etme gibi pozitif durumlar deneyimlemektedir.⁸⁷ Birey intikam yada suçlama gibi negatif duygulardan vazgeçip affetmeye çalışırsa olumlu duygular ortaya çıkar ve bireyin öznel iyi oluşuna katkı sağlar.¹⁴²

Affetme ve öznel mutluluk arasında pozitif yönde ilişki vardır.⁹³ Öğretmen adayları üzerinde yapılan çalışmada bilinçli farkındalık ve affetme değişkenlerinin iyi oluş düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁶ 18-24 yaş aralığındaki bireyler ile yapılan bir diğer çalışmada affetme ve iyi oluş boyutları arasında pozitif yönde ilişki bildirilmiştir.⁹¹ Birey affetme ile birlikte yaşanan olumsuz ihlalin etkisinden kurtulabilmekte ve iyi oluşunu sağlamlaştırabilmektedir.¹⁶

2.4. Hemşirelik, Affetme ve Özne İyi Oluş

Hemşirelik mesleğinin özel bir alanı olan psikiyatri hemşireliği tüm gün hasta ile birlikte olan, gözleyen, tedavi ve taburculuk gibi kararların alınmasında rol oynayan, tedavilerin uygulanmasında ve yan etkilerin farkına varılmasında tedavi sürecine yön veren önemli meslek grubudur.⁶⁰ Birçok pişmanlık veya affetme ifadelerine tanıklık eden hemşirelerin hastayı tanıması, hasta için en uygun ve yararlı olabilecek güç kaynakları ve affetme stratejileri arasından seçim yapabilmesine yardımcı olacaktır.⁶⁶ Genellikle affetme sorunları ile mücadele eden hastalara bakım sağlayan hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hasta ve akrabaların affedilme ihtiyaçlarının karşılanması için benzersiz bir konumda yer almaktadır. Pişmanlık ifadesi, affetme ihtiyacı, manevi sıkıntılar hemşirelik teşhisinin tanımlayıcı özellikleri olarak kabul edilmektedir.¹⁴³ Suçun geri çağırılması, suçlu ile empati kurma, affetmeyi taahhüt etme ve affedilmezlik

duygularının üstesinden gelme etkili hemşirelik müdahalelerinin bileşenleri arasında yer almaktadır.²⁸ Yaşamla barışı sağlayan affetme öfkeyi azaltmaya yardımcı olan terapötik bir süreçtir.¹⁴⁰

Hasta bireylerin hastalıklarını kabul etme ve yönetme mücadeleleri ya da girişimleri iyi oluşlarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.¹⁴⁴ Öznel iyi oluşun olumlu bir noktaya ulaştırılması bireylerin kişisel ve toplumsal rollerini başarıyla gerçekleştirmesinde yardımcı olmaktadır.¹⁴⁵



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırma Türü

Şizofreni hastalarında öznel iyi oluş ve affetme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

Yaş, cinsiyet, mesleki ve medeni durum, eğitim, hastalığın başlangıç yaşı, aile ile yaşama durumu, aile öyküsü, tedavi uyumu (tedavi ekibi ve hasta yakınlarının görüşü ile değerlendirme yapılmıştır), hastane yatış sayı ve süresi bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişkenler:

Öznel İyi Oluş Ölçeği, Heartland Affetme Ölçeği bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.3. Araştırma Soruları

1. Şizofreni hastalarında öznel iyi oluş düzeyi nedir?
2. Şizofreni hastalarında affetme düzeyi nedir?
3. Şizofreni hastalarında öznel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ile affetme ölçeği puan ortalaması arasında bir ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Aralık 2019 – Aralık 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi erkek-kadın psikiyatri, AMATEM, ÇEMATEM, korumalı evler ve mahkum servisi olmak üzere 6 ayrı birimden oluşan bir hastanedir. Hastanede toplam 200 civarında hemşire 7 doktor görev yapmaktadır. Ayrıca hasta bakım personelleri ve güvenlik görevlileri de

çalışmaktadır. Kurumun 425 hasta yatak kapasitesi mevcuttur ve yıllık olarak ortalama 900 şizofreni hastası tedavi görmektedir.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aralık 2019 – Ağustos 2020 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi gören ya da ayaktan takibi yapılan tüm şizofreni hastaları oluşturmaktadır (N=900). Örneklem belirlenmesinde Episoft Güç Analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre %95 aralığında bir güvenilirlik elde etmek için 269 kişi yeterli bulunmuştur. Fakat yaşanan pandemi nedeniyle başvuran hasta sayısının az olması hedeflenen örneklem sayısına ulaşamamaya sebep olmuştur. Araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve gönüllü olarak araştırmaya katılan 202 şizofreni hastası araştırmanın örneklemi oluşturmuştur (n=202).

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Hastanın en az 6 ay önce DSM-V'e göre şizofreni tanısı almış olması
- Mental retardasyon ek tanısının bulunmaması
- Hastanın akut atak dönemde bulunmaması
- Soruları anlayacak ve cevap verecek düzeyde iletişime açık olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci araştırmacı tarafından birebir yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Türkiyede 11 Mart 2020 tarihinde ilk koronavirüs vakasının tespit edilmesi çeşitli önlemleri de beraberinde getirmiştir. Bu tarihten itibaren hastaneye başvuran ve yatan hasta sayısında önemli bir düşüş yaşanmıştır. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi salgını etkili bir şekilde yönetmek amacıyla 7, 8, 9 ya da 10 kişilik olan hasta odalarına tek hasta alarak gerekli takibi sağlamıştır. Olası şüpheli durumlarda servis ve

hastane bazında gerekli izolasyon ve takip hassas bir şekilde yürütülmüştür. Pandemi sürecinde gerekli hassasiyet gösterilerek veri toplama süreci tamamlanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan ve şizofreni hastalarının kişisel ve hastalık bilgilerini sorgulayan Sosyodemografik Veri Formu (EK-5), Öznel İyi Oluş Ölçeği (EK-6), Heartland Affetme Ölçeği (EK-7) kullanılmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-5)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan veri formunda şizofreni hastalarının yaş, cinsiyet, mesleki ve medeni durum, eğitim, hastalığın başlangıç yaşı, aile ile yaşama durumu, aile öyküsü, tedavi uyumu (tedavi ekibi ve hasta yakınlarının görüşü ile değerlendirme yapılmıştır), hastane yatış sayısı ve süresini sorgulayan 11 soru bulunmaktadır.

3.7.2. Öznel İyi Oluş Ölçeği (EK-6)

Tuzgöl Dost¹⁴⁶ tarafından 2004 yılında geliştirilen Öznel İyi Oluş Ölçeği 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı, kişilerin yaşamları hakkındaki bilişsel değerlendirmeleri ile yaşadıkları olumlu ve olumsuz duyguların yoğunluğunu ve sıklığını belirleyerek öznel iyi oluş düzeylerini saptamaktır.⁸⁰

ÖİÖ, yaşam alanlarına ilişkin kişisel yargılar ile olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinden oluşmaktadır. Cevaplama sistemi her ifade için “(5) Tamamen Uygun”, “(4) Çoğunlukla Uygun”, “(3) Kısmen Uygun”, “(2) Biraz Uygun” ve “(1) Hiç Uygun Değil” olarak beşli Likert ölçeği şeklindedir. Her bir maddenin puanları “5 ile 1” arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinin 26’sı olumlu 20’si olumsuz ifade şeklindedir. Olumsuz ifadeler 2, 4, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 21, 24, 26, 28, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 43 ve 45. maddelerdir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46 iken en yüksek puan 230’dur.

Yüksek puan öznel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Toplam 209 kişilik gruba yapılan uygulama sonuçlarına göre ÖİÖ'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur.⁸⁰ Bu çalışmada öznel iyi oluş ölçeği alfa iç tutarlılığı 0.93 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Heartland Affetme Ölçeği (EK-7)

Heartland Affetme Ölçeği Thompson ve ark.¹⁰⁸ tarafından 2005 yılında bireylerin affetme eğilimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 7'li Likert tipi 18 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin kendini, başkalarını ve durumu affetmek olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18 iken en yüksek puan 126'dır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği için yapılan çalışmalar sonucunda, test tekrar test katsayısı kendini affetme alt ölçeği için .83, başkasını affetme için .72, durumu affetme alt boyutu için .73 ve toplam puan için .77 olarak hesaplanmıştır. Cronbach α katsayıları da sırasıyla .75, .78, .79 ve toplam puan için .86 olarak rapor edilmiştir.¹⁰⁹ Ölçeğin Türk kültürü için çeviri ve uyarlama çalışması Bugay ve Demir¹⁴⁷ tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı kendini affetme alt ölçeği için .64, başkalarını affetme alt ölçeği için .79 ve durumu affetmek alt ölçeği için .76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri ise .81 olarak hesaplanmıştır.¹⁰⁹ Bu çalışmada Heartland Affetme Ölçeği toplam puanı alfa iç tutarlılığı 0.82 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 25 paket programında analiz edilmiştir. Bireysel özelliklerin analizinde tanımlayıcı testler (yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max), cronbach alfa iç tutarlılık testi, ölçeklerin puanlarını değerlendirmek için ortalamalar ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde önemlilik $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın bulguları, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ndeki hastalar ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (EK-3) ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden yazılı izinler alınmıştır (EK-4). Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için araştırmaya alınacak hastaların gönüllü katılımlarına önem verilmiştir ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmemiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklandıktan sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmıştır ve “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	n (202)	%
Yaş		
18-25 yaş	9	4.5
26-32 yaş	26	12.9
33-39 yaş	40	19.8
40 yaş ve üstü	127	62.9
Cinsiyet		
Kadın	28	13.9
Erkek	174	86.1
Mesleki durum		
Çalışıyor	30	14.9
Çalışmıyor	172	85.1
Medeni durum		
Evli	53	26.2
Bekar	149	73.8
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	15	7.4
Okur yazar	17	8.4
İlkokul	52	25.7
Ortaokul	51	25.2
Lise	55	27.2
Üniversite	12	5.9
Hastalık başlangıç yaşı		
17 yaş altı	58	28.7
18-25 yaş	86	42.6
26-31 yaş	35	17.3
32 yaş ve üstü	23	11.4
Kiminle yaşıyor		
Aile	157	77.7
Yalnız	25	12.4
Bakımevi	20	9.9
Aile öyküsü		
Var	99	49
Yok	103	51
Tedavi uyumu		
Uyumlu	173	85.6
Uyumsuz	29	14.4
Hastane yatış sayısı		
Ayaktan hasta	86	42.6
1-5 defa	23	11.4
6-10 defa	21	10.4
10 üstü	72	35.6
Hastane yatış süresi		
Ayaktan hasta	86	42.6
7-15 gün	14	6.9
16-25 gün	32	15.8
25 üstü	70	34.7

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların %62.9'u 40 yaş ve üzerindedir. Hastaların %86.1'i erkek, %85.1'inin bir işi bulunmamaktadır. Hastaların %73.8'i bekar olup %27.2'si lise mezunudur. Araştırma grubundaki hastaların %42.6'sının hastalığın başlangıç yaşı 18-25 arasındadır. Hastaların %77.7'si ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %51'inde hastalığa ilişkin aile öyküsü bulunmamaktadır. Hastaların %85.6'sının tedaviye uyumunun olduğu görülmektedir. Hastaların %42.6'sı ayaktan tedavi almaktadır.

Demografik özelliklere göre ölçek toplam puanları ve affetme alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Toplam Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Öznel iyi oluş ölçeği X±S.S t/F p	Kendini affetme alt boyutu X±S.S t/F P	Başkasını affetme alt boyutu X±S.S t/F p	Durumu affetme alt boyutu X±S.S t/F p	Affetme ölçeği X±S.S t/F p
Yaş *					
18-25 yaş	158.44±30.20	26.22±4.63	32.66±4.94	35.22±5.01	94.11±7.68
26-32 yaş	134.23±33.96	26.50±7.77	28.65±8.55	29.19±7.54	84.34±18.93
33-39 yaş	136.55±26.63	27.77±7.61	28.05±9.03	27.77±9.68	83.60±19.03
40 yaş ve üstü	131.05±31.86	28.07±7.21	30.76±8.59	29.52±8.74	88.36±19.63
	F: 2.317 p: 0.07	F: 0.469 p: 0.70	F: 1.531 p: 0.20	F: 1.830 p: 0.14	F: 1.218 p: 0.30
Cinsiyet **					
Kadın	144.32±30.02	28.57±7.92	27.96±8.39	26.14±8.83	82.67±20.65
Erkek	132.07±31.39	27.59±7.15	30.37±8.60	29.91±8.63	87.87±18.82
	t: 1.927 p:0.05	t: 0.662 p:0.50	t: -1.379 p: 0.16	t: -2.318 p:0.03	t: -1.338 p: 0.18
Mesleki durum*					
Çalışıyor	147.93±29.18	27.43±7.54	30.23±7.46	28.60±8.91	86.26±16.92
Çalışmıyor	131.20±31.22	27.77±7.22	30.00±8.80	29.52±8.72	87.31±19.52
	t: 2.717 p: 0.007	t: -0.240 p: 0.81	t: 0.133 p: 0.89	t: -0.537 p: 0.59	t: -0.276 p:0.78
Medeni durum*					
Evli	130.86±29.07	25.88±7.33	31.52±8.96	28.49±8.84	85.90±20.34
Bekar	134.80±32.24	28.38±7.13	29.51±8.43	29.71±8.70	87.60±18.71
	T: -0.783 p: 0.43	T:- 2.172 p: 0.03	T: 1.472 p: 0.14	T: -0.873 p: 0.38	T: -0.554 p: 0.58

Tablo 4.2.(Devamı)

Değişkenler	Öznel iyi oluş ölçeği X±S.S t/F p	Kendini affetme alt boyutu X±S.S t/F p	Başkasını affetme alt boyutu X±S.S t/F p	Durumu affetme alt boyutu X±S.S t/F p	Affetme ölçeği X±S.S t/F p
Eğitim durumu*					
Okur yazar değil	128.60±22.65	28.20±6.57	30.66±8.07	28.13±7.73	87.00±18.89
Okur yazar	134.58±28.32	25.70±7.01	27.23±7.57	28.11±7.95	81.05±17.34
İlkokul	130.46±29.70	27.19±7.60	30.19±9.17	28.55±9.15	85.94±20.18
Ortaokul	130.31±26.33	27.39±6.83	30.23±8.66	29.47±9.20	87.09±17.81
Lise	137.58±37.62	28.05±7.57	30.00±8.54	29.98±8.64	88.03±19.84
Üniversite	150.66±38.72	32.25±6.42	31.91±8.84	33.33±7.70	97.50±18.40
	F: 1.183 p: 0.31	F: 1.322 p: 0.25	F: 0.494 p: 0.78	F: 0.764 p: 0.57	F: 1.117 p: 0.35
Hastalık başlangıç yaşı*					
17 yaş altı	132.81±30.60	27.93±6.84	29.13±8.82	30.01±8.20	87.08±17.03
18-25 yaş	135.82±28.86	27.37±7.32	31.03±8.00	30.32±8.27	88.73±18.25
26-31 yaş	130.42±34.28	26.57±7.14	30.02±8.69	27.51±8.87	84.11±18.78
32 yaş ve üstü	133.60±38.99	30.30±7.96	28.60±10.05	27.17±11.01	86.08±27.00
	F: 0.270 p: 0.84	F: 1.356 p: 0.25	F: 0.807 p: 0.49	F: 1.470 p: 0.22	F: 0.511 p: 0.67
Kiminle yaşıyor *					
Aile	133.33±30.64	27.49±7.36	30.15±8.94	29.31±8.63	86.96±19.60
Yalnız	129.44±35.70	27.60±6.92	29.48±8.53	31.16±9.83	88.24±20.13
Bakımevi	142.60±31.88	29.70±6.81	29.85±5.72	27.75±8.10	87.30±14.04
	F: 1.042 p: 0.35	F: 0.822 p: 0.44	F: 0.071 p: 0.93	F: 0.870 p: 0.42	F: 0.048 p: 0.95
Aile öyküsü**					
Var	132.92±33.56	27.58±7.78	31.06±8.09	29.65±8.87	88.30±19.82
Yok	134.58±29.36	27.86±6.73	29.05±8.98	29.13±8.63	86.05±18.45
	t: -0.373 p: 0.71	t: -0.272 p: 0.78	t: 1.662 p: 0.09	t: 0.423 p: 0.67	t: 0.833 p: 0.40
Tedavi uyumu **					
Uyumlu	135.13±32.89	27.95±7.26	29.89±8.59	29.26±8.58	87.10±19.14
Uyumsuz	125.65±18.97	26.37±7.13	30.93±8.71	30.17±9.71	87.48±19.33
	t: 2.193 p: 0.03	t: 1.082 p: 0.28	t: -0.602 p: 0.54	t: -0.519 p: 0.60	t: -0.098 p: 0.92
Hastane yatış sayısı*					
Ayaktan hasta ^a	125.61±30.81	28.12±8.17	30.59±9.51	30.27±9.72	89.00±21.89
1-5 defa ^b	159.69±32.42	28.04±5.50	28.43±6.82	27.26±6.66	83.73±14.04
6-10 defa ^c	140.19±23.35	25.38±7.59	30.80±7.29	29.19±7.87	85.38±18.51
10 üstü ^d	133.36±29.46	27.83±6.42	29.66±8.36	29.06±8.30	86.56±17.16
	F: 8.251 p: 0.001 (b>a,d)	F: 0.838 p: 0.47	F: 0.483 p: 0.69	F: 0.786 p: 0.50	F: 0.591 p: 0.62
Hastane yatış süresi*					
Ayaktan hasta ^a	125.61±30.81	28.12±8.17	30.59±9.51	30.27±9.72	89.00±21.89
7-15 gün ^b	148.00±32.48	26.35±5.79	33.00±7.36	28.50±8.62	87.85±17.47
16-25 gün ^c	141.06±29.69	26.68±5.56	29.25±7.29	27.53±7.40	83.46±14.56
25 üstü ^d	137.61±30.78	27.98±7.03	29.12±8.14	29.32±8.02	86.44±17.62
	F: 3.980 p: 0.009 (b>a)	F: 0.499 p: 0.68	F: 1.024 p: 0.38	F: 0.827 p: 0.48	F: 0.699 p: 0.55

* ANOVA test ** Independent Sample t test

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi hastaların yaş grupları ile kendini affetme alt boyutu, başkalarını affetme alt boyutu, durumu affetme alt boyutu, affetme ölçeği toplam puanı ve öznel iyi oluş ölçeği toplam puanında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Erkeklerin durumu affetme alt boyutu puan ortalaması kadınlara göre fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$). Cinsiyetle affetme ölçeği toplam puanı ve öznel iyi oluş ölçeğinden alınan toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre öznel iyi oluşlarının daha iyi olduğu bunun da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma durumu ile affetme eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bekar bireylerin kendini affetme alt boyutu puan ortalaması evli bireylere göre fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$). Üniversite mezunlarının öznel iyi oluş ölçeği toplam ortalama puanı ile affetme ölçeği toplam ortalama ve alt boyutlar ortalama puanlarının diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre yüksek olduğu ancak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan hastalarda hastalığın başlangıç yaşı ile affetme eğilimi ve öznel iyi oluşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yalnız yaşayan hastaların ailesinin yanında olan ve bakımevinde kalanlara göre affetme ölçeği toplam puanının yüksek olduğu ancak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Bakımevinde yaşayan hastaların diğer hastalara göre öznel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ailesinde hastalık öyküsü bulunma durumu ile affetme ölçeği toplam ortalama puanı ile alt boyutlarında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ailesinde hastalık öyküsü olmayanların olanlara göre öznel iyi oluş ölçeği toplam ortalama puanının daha fazla olduğu ancak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur

($p>0.05$). Çalışmaya katılan hastalardan tedaviye uyumu olanların olmayanlara göre öznel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tedavi uyumu ile affetme ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaneye yatış sayısı ile affetme eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaneye 1-5 arası yatan hastaların öznel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ayakta takibi yapılan hasta ve 10 ve üstü yatan hastalara göre yüksek olup anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$). Çalışmaya katılan ve ayakta takibi yapılan hastaların affetme ölçeği toplam puan ortalamasının hastanede yatışı olan hastalara göre yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan 7-15 gün arası hastanede yatışı olanların ayakta takibi yapılan hastalara göre öznel iyi oluş ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.3. Öznel İyi Oluş Ölçeği İle Affetme Ölçeği ve Alt Boyutlara Ait Alınan En Düşük En Yüksek Puanlar ve Ölçek Toplam Ortalama Puanları

Ölçek	En düşük alınan	En yüksek alınan	X±S.S
	puan	puan	
Öznel İyi Oluş Ölçeği	67	209	133.77±31.42
Affetme Ölçeği	30	125	87.15±19.12
• Kendini affetme alt boyutu	6	42	27.72±7.25
• Başkasını affetme alt boyutu	6	42	30.03±8.59
• Durumu affetme alt boyutu	6	42	29.39±8.73

Tablo 4.3'te çalışmaya katılan hastaların ölçeklerden aldıkları toplam ortalama puanlara bakıldığında; öznel iyi oluş ölçeğinden aldıkları en düşük puan 67, en yüksek

puan 209 ve toplam ortalama puan ise 133.77 ± 31.42 dir. Hastaların ortanın üstünde bir öznel iyi oluş düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların affetme ölçeğinden en düşük 30 en yüksek 125 puan ve toplam ortalama puan ise 87.15 ± 19.12 olduğu görülmüştür. Hastaların orta düzeyin üstünde bir affetme eğilimine sahip oldukları görülmüştür. Affetme ölçeği alt boyutlarından sırasıyla alınan puanlar ise; kendini affetme alt boyutundan 27.72 ± 7.25 başkasını affetme alt boyutundan 30.03 ± 8.59 ve durumu affetme alt boyutundan ise 29.39 ± 8.73 dür.

Tablo 4.4. Öznel İyi Oluş Ölçeği İle Affetme Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Ölçekler	ÖiÖ
Kendini Affetme	0.271*
Başkasını Affetme	0.175**
Durumu Affetme	0.251*
Affetme Ölçeği Toplam	0.296*

* p<0.001 anlamlı

** p<0.05 anlamlı

Tablo 4.4'e bakıldığında kendini affetme alt boyutu ile öznel iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:0.271 p: 0.000). Başkasını affetme alt boyutu ile öznel iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:0.175 p: 0.013). Durumu affetme alt boyutu ile öznel iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r:0.251 p:0.000). Öznel iyi oluş ölçeği ile affetme ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r:0.296 p:0.000). Affetme eğilimi arttıkça öznel iyi oluş durumu da artış göstermiştir (Tablo 4.4).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında öznel iyi oluş ve affetme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Tablo 4.2'de erkeklerin durumu affetme alt boyutu puan ortalaması kadınlara göre fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0.05$). Literatüre bakıldığında cinsiyet ile affetme arasında farklı sonuçlar bulunmuştur.^{88, 127} Yapılan bir çalışmada alkol bağımlılığı olan kadınların erkeklere göre başkasını affetme düzeyleri daha düşük bulunmuştur.¹⁴⁸ Depresif hastalar ile yapılan bir çalışmada kadınların affetme durumu erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.¹²⁷ Depresyon ve anksiyete tanısı almış bireyler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada kadınların kendini affetme, durumu affetme ve başkalarını affetme boyutlarının tümünde erkeklere oranla daha yüksek ortalamaya sahip oldukları bildirilmiştir.¹⁴⁹ Bu sonuçların yanı sıra cinsiyet ile affetme arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bağışlama eğiliminin cinsiyet açısından anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır.¹²⁸ Deneyimlenen durumun başkalığı ve bireylerin başa çıkma yöntemindeki farklılıklar affetmede cinsiyete özgü değişikliklere sebep olabilir.¹²⁷ Çalışma sonuçları arasındaki farklılıklar, şizofreni popülasyonunun üzerinde yapılması ve ulaşılan erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızın bulgularına göre çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre öznel iyi oluşlarının daha iyi olduğu bunun da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.2). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada işsiz grupta yer alan hastalar psikolojik ve duygusal iyi oluş bakımından çalışan gruba göre daha düşük bulunmuştur.¹⁵⁰ Türkiye'de şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise çalışan hastalar, insanların taleplerini karşılama, farklı şeyler öğrenme

ve işe yaramanın oldukça tatmin edici olduğunu ifade etmişlerdir. “Bana güvenerek mesuliyet verilmesi benim için çok önemli. Kendimi hasta değilmişim gibi hissediyorum. Bu epeydir unuttuğum bir duyguydu.” ifadesi sorumluluk üstlenen hastanın yaşadığı hoşnutluğun göstergesidir.¹⁵¹ Şizofreni hastalarında çalışmayla birlikte zamanı etkili kullanma, ekonomik özgürlük, sosyal işlevsellik, başarıya duygusu, benlik saygısındaki olumlu değişikliklerin bireyin öznel iyi oluşunu pozitif yönde etkilediği düşünülebilir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2'de bekâr bireylerin kendini affetme alt boyutu puan ortalaması evli bireylere göre fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde medeni durum ile affetme arasında farklı sonuçlar bulunmuştur.^{100, 149} Yapılan bir çalışmada evlilerle bekârlar arasında kendini affetme, başkalarını affetme ve durumu affetme eğilimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁴⁹ Yapılan başka bir çalışmada ise, evlilerin bekârlara oranla daha yüksek affetme eğilimine sahip olduğu bulunmuştur.¹⁰⁰ Çalışma sonuçlarımız ile olan farklılıklar şizofreni hastalığının kendini göstermesi ile birlikte ortaya çıkan bireysel, toplumsal, duygusal ve ekonomik birçok olumsuz faktörle ilişkilendirilebilir. Özellikle evli bireyler hastalığın fiziksel ve psikolojik semptomlarının baş göstermesiyle hem evlilik hemde ebeveynlik sürecinde çeşitli problemlerle karşılaşılabilir. Yaşanan aksamalar nedeniyle birey kendini suçlayabilir ve kendini affetme sorunu yaşayabilir. Dolayısıyla bekâr hastalara oranla evli hastalar daha fazla kendini affetme sorunu yaşayabilir (Tablo 4.2).

Çalışmamızın bulgularına göre çalışmaya katılan hastalardan tedaviye uyumu olanların olmayanlara göre öznel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.2). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir araştırmada antipsikotik ilaçlara uyumun öznel iyi oluş ile güçlü

ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.¹⁵² Antipsikotik kullanan 117 hasta üzerine yapılan bir diğer çalışmada ilaç uyumu düşük olan hastalar ilaç uyumu yüksek olan hastalara oranla daha çok psikolojik yan etki yaşamıştır.¹⁵³ Antipsikotik ilaç tedavisine uyum göstermeme psikotik nüksün başlıca nedenidir.¹⁵⁴ İlaça kısmi uyumun etkisi önemli olup psikotik semptomlarda artışa, mesleki ve ailevi sorunlara, toplum için yüksek maliyete, hastalar için düşük yaşam kalitesine, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır.^{155, 156} Dolayısıyla tedaviye uyumun bireyin öznel iyi oluşunu önemli ölçüde etkilediği düşünülebilir (Tablo 4.2).

Hastaneye 1-5 arası yatan hastaların öznel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ayaktan takibi yapılan hasta ve 10 ve üstü yatan hastalara göre yüksek olup anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0.05$, Tablo 4.2). Bu durumun yatan hastalar için yapılan etkinlikler ve yoğun tedaviye bağlı olduğu düşünülebilir. 10 ve üzeri yatış sayısı olan hastalarda tekrarlı yatışların deneyimlenmesi iyileşmeye olan inancı ve motivasyonu negatif yönde etkileyebilir. Hastalığın uzun ve agresif seyirli olması bireyin nefret, korku, üzüntü ve suçluluk gibi olumsuz duyguları yaşamasına ve dolayısıyla öznel iyi oluşun olumsuz etkilendiği düşünülebilir (Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan hastalardan 7-15 gün arası hastanede yatışı olanların ayaktan takibi yapılan hastalara göre öznel iyi oluş ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.2). Akut hastane yatışında amaç, güvenli ve stressiz bir tedavi ortamı oluşturularak akut semptomların hızlı bir şekilde gerilemesini sağlamaktır.¹⁵⁷ Hastane yatışı süresince yapılan etkinlikler, günaydın toplantıları, etkin tedavi ortamı ve etkili tedaviler hastanın sevinç, heyecan, güven, ilgi ve uyanıklık gibi olumlu duyguları yaşamasını sağlayarak öznel iyi oluşa katkı sağladığı düşünülebilir (Tablo 4.2).

Bu çalışmada hastaların ortanın üstünde bir öznel iyi oluş düzeyine (133.77 ± 31.42) sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.3). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı alan katılımcılar diğer tanılara sahip bireylerden daha yüksek öznel iyi oluş bildirmişlerdir.¹⁵ Nijerya'da 99 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada kötü yaşam koşullarının aksine çoğu hasta yüksek düzeyde yaşam doyumunu ifade etmiştir.¹⁵⁸ Öznel iyi oluşun bileşeni olan yaşam doyumunun yüksek bulunması iyi oluşu pozitif yönde etkileyebilir. Şizofreni hastalarının öznel iyi oluşu değerli bir sonuç ölçütüdür.¹⁵⁹ Ergenlerle yapılan bir çalışmada yeme tutum bozukluğunun öznel iyi oluşu olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.¹⁶⁰ Ergenlik döneminde yaşanan stres, anksiyete, olumsuz duygulanımların bireylerin öznel iyi oluşunu negatif yönde etkilediği düşünülebilir.

Bu çalışmamızda hastaların orta düzeyin üstünde bir affetme eğilimine (87.15 ± 19.12) sahip oldukları görülmekte olup bu sonuç literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4.3).^{123, 161} Ülkemizde genç yetişkinlerde yapılan bir çalışmada katılımcıların affedicilik tutumları orta düzeyde bulunmuştur.¹²³ Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir diğer çalışmada affetme düzeyi orta düzey olarak tespit edilmiştir.¹⁶¹

Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza tanısı almış ve yeme bozukluğu tanısı almamış kadınlarla yapılan çalışmada, yeme bozukluğu olan kadınlar kontrol katılımcılara kıyasla daha düşük düzeyde kendini affetmeye sahip olduğu bulunmuştur.¹⁶² Çalışma sonuçlarımız ile olan farklılığın nedeni, yeme bozukluğu olan hasta grubunun kendi benliğine olan bakış açısının olumsuz olması olabilir. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantısına uğramayanların tinsellik, affetme toplam, kendini affetme, başkasını affetme ve durumu affetme puanlarının çocukluk çağı travmatik yaşantıya maruz kalanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁴ Yapılan bir diğer çalışmada çocukluk çağı travma düzeyleri azaldıkça

kendini affetme, durumu affetme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin arttığı bildirilmiştir.¹⁶³ Özel ihtiyaçları olan çocuğu evlat edinen çiftlere affetme ve evlilik ile ilgili bir eğitim müdahalesi uygulanan bir çalışmada tedavi grubu karşılaştırma grubuna kıyasla affetme, evlilik doyumu ve depresif belirtilerin yer aldığı üç bağımlı ölçünün hepsinde istatistiksel olarak anlamlı kazanımlar göstermiştir.¹⁶⁴ Affetme müdahalelerinin bireyler üzerinde olumlu etkiler sağladığı söylenebilir.

Tablo 4.4'te öznel iyi oluş ölçeği ile affetme ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.00$ $r=0.296$). Affetme eğilimi arttıkça öznel iyi oluş durumu da artış göstermiştir. Öznel iyi oluş, affetme ve yaşam kalitesinin ilişkisini inceleyen bir çalışmada katılımcıların çoğunun affetmenin önemini bildikleri ve günlük yaşamda affetmenin öznel iyi oluşlarına katkıda bulunduğu ve bu durumun yaşam kalitelerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁶⁵

Üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada sürekli öfke ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide toplam affetme ve başkasını affetmenin düzenleyici bir rolünün olduğu bulunmuştur.¹⁶⁶ Özel gereksinimli çocuğa sahip olan annelerde yapılan bir çalışmada annelerin kendini affetme, başkasını affetme, durumu affetme ve genel affetme davranışları yaşam doyumunu olumlu yönde açıklamıştır.¹⁶⁷ Yaşlılar ile yapılan bir çalışmada başkalarını ve kendini affetme yaşam doyumu ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir.¹⁶⁸ Öznel iyi oluşun bileşeni arasında yer alan yaşam doyumunun affetme ile olumlu ilişkisinin olması affetme ile öznel iyi oluşun pozitif yönlü ilişkisini gösterir nitelikte olduğu düşünülebilir. Savaş ve roket ateşine maruz kalan sivillerle yapılan bir çalışmada savaş sonrası affetme eğilimi ile iyi oluş arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir.¹⁶⁹ İntihar girişimi ile affetmenin karşılaştırıldığı bir çalışmada geçmişte intihar girişimi olan bireylerin affetme ölçeği bileşik puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur.¹⁷⁰ Yetişkinlerde affetme eksikliği ve depresyon

arasındaki ilişkide kendine merhamet göstermenin etkisinin incelendiği bir çalışmada öz-şefkat özellikle affetme eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkiyi yönetmiştir ve ilişki kendine merhamet göstermeyen bireyler için daha güçlü bulunmuştur.¹⁷¹ Uyuşturucu bağımlısı anneler ile yapılan bir çalışmada kendini affetmeye suçluluk duygusunun azalması eşlik etmiştir.¹⁷² Depresif hastalar, depresyona açık ve depresyona açık olmayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada affetmemenin depresyona yatkın bir faktör olarak değerlendirilebileceğine dair önemli kanıtlar sağlamıştır.¹⁷³ Psikoterapi alan hastalardan oluşan bir çalışmada temel umut, depresyon ile negatif ilişkiliyken tamamen affetme, affetmeme durumunun azaltılması (başkalarının affetmezliğinin üstesinden gelme dışında) ve affetmenin tüm olumlu yönleriyle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁷⁴ Ruhsal bozukluğu olan suçlular üzerinde yapılan affetmeyi öğrenme isimli tedavi programına katılan bireylerin zaman içerisinde affetme kapasitesi artmış ve olumsuz duygulanımı azalmıştır.¹⁷⁵ Yetişkinlerle yapılan bir çalışmada kişilerarası uyumun başkalarını affetme eğilimi ile psikolojik iyi oluş arasında bir aracı görevi gördüğünü ortaya koymuştur.²³

Bu çalışmalara bakıldığında olumsuz duygular ile affetme arasında negatif yönde ilişki olduğu söylenebilir. Affetmeyle birlikte olumlu duygular artar ve öznel iyi oluşun yükseldiği düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında öznel iyi oluş ve affetme arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Erkek hastaların durumu affetme alt boyutu puan ortalaması kadın hastalara göre fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur.
- Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre öznel iyi oluşlarının daha iyi olduğu bunun da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan hastalardan tedaviye uyumu olmayanlara göre öznel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır.
- Hastaneye 1-5 arası yatan hastaların öznel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ayaktan takibi yapılan hasta ve 10 ve üstü yatan hastalara göre yüksek olup anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur.
- Hastaların orta düzeyin üstünde bir affetme eğilimine sahip oldukları görülmektedir.
- Hastaların ortanın üstünde bir öznel iyi oluş düzeyine sahip oldukları görülmektedir.
- Affetme ölçeği ile öznel iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreninin belirtisi, tedavisi ve süreci hakkında hasta ve aile bireylerinin bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve psikiyatri hemşirelerinin sorumluluk alması,

- 3znel iyi oluşu ve affetmeyi arttırma programlarının d3zenlenmesi,
- Şizofreni hastalarında 3znel iyi oluş ve affetme arasındaki ilişkiyi incelemek i3in daha farklı b3lgelerde ve daha geniş bir kitle ile yapılması 3nerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 2013;9, 465-497.
2. Yıldız M, Kaytaç Yılmaz BN, İncedere A, Abut FB, Aydın AÖ, Sarandöl A, Yener Örum TG, Erşan EE. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 2019;6, 235-243.
3. Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, 90: 47-54B.
4. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 14.Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık, 2016:190
5. Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2010;13, 9-15.
6. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arsivi*, 2013;50, 344-351.
7. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 2014;10, 425-448.
8. Teke C, Baysan Arabacı L. Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2018;19, 21-28.

9. Diener E, Heintzelman SJ, Kushlev K, Tay L, Wirtz D, Lutes LD, Oishi S. Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 2017:58, 87-104.
10. Joshanloo M. Factor structure of subjective well-being in Iran. *Journal of Personality Assessment*, 2016:98, 435-443.
11. Pu S, Nakagome K, Yamada T, Yokoyama K, Itakura M, Satake T, Ishida H, Nagata I, Kaneko K. Association between subjective well-being and prefrontal function during a cognitive task in schizophrenia: a multi-channel near-infrared spectroscopy study. *Schizophrenia research*, 2013:149, 180-185.
12. Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2018:2, 253-260
13. Eryılmaz A, Ercan L. Öznel iyi oluşun cinsiyet, yaş grupları ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2016:4, 139-151.
14. Diener, E. The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 2013:8, 663-666.
15. Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry research*, 2012:196, 214-219.
16. Zümbül S. Öğretmen Adaylarının Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinde Bilinçli Farkındalık ve Affetmenin Yordayıcı Rollerini. *Ege Eğitim Dergisi*, 2019:20, 20-36.
17. Macaskill A. Differentiating dispositional self-forgiveness from other-forgiveness: Associations with mental health and life satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2012:31, 28-50.

18. Eaton J, Struthers CW, Shomrony A, Santelli AG. When apologies fail: The moderating effect of implicit and explicit self-esteem on apology and forgiveness. *Self and Identity*, 2007:6, 209-222.
19. Toussaint L, Webb JR. Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *The Journal of social psychology*, 2005:145, 673-685.
20. Flanagan KS, Hoek KKV, Ranter JM, Reich HA. The potential of forgiveness as a response for coping with negative peer experiences. *Journal of Adolescence*, 2012:35, 1215-1223.
21. Hornsey MJ, Wohl MJ. We are sorry: Intergroup apologies and their tenuous link with intergroup forgiveness. *European Review of Social Psychology*, 2013:24, 1-31.
22. Singh H, Sharma U. Effect of forgiveness on psychological well-being. *Indian Journal of Positive Psychology*, 2018:9, 258-262.
23. Wai ST, Yip THJ. Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. *Personality and Individual Differences*, 2009:46, 365-368.
24. Güloğlu B, Kararırmak Ö, Emiral E. Çocukluk çağı travmalarının tinsellik ve affetme üzerindeki rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016:17, 309-316.
25. Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social sciences studies journal*, 2017:3, 276-289.
26. Beyhan B. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamalarında Gelgit Modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2019:11, 547-560.

27. Ustun G, Kucuk L. The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2020:56, 297-307.
28. Recine AC. Designing forgiveness interventions: Guidance from five meta-analyses. *Journal of Holistic Nursing*, 2015:33, 161-167.
29. Tarsuslu B, Durat G. Erkeklerde Depresyon, İntihar, Yardım Arama ve İyi Oluş. *Journal of Human Rhythm*, 2018:4, 80-87.
30. Sarıkoç G, Özcan CT, Elçin M. Psikiyatri hemşireliği eğitiminde yenilikçi bir uygulama: Standart hastalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2016:9, 61-66.
31. Çam MO, Durmuş HA. Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016:32, 97-106.
32. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2013:9, 1463-1481.
33. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007:1-4.
34. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2014:413.
35. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017:26, 251-267.

36. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 2011;37, 471-479.
37. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 2014;39, 638-645.
38. Brown AS. Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 2011;2, 63.
39. Managò F, Papaleo F. Schizophrenia: what's arc got to do with it?. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 2017;11, 181.
40. Goldstein JM, Buka SL, Seidman LJ, Tsuang MT. Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. *Archives of general psychiatry*, 2010;67, 458-467.
41. Güler Ö, Selvi Y, Altınbaş K, Aydın M. (editörler). *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*, 1.Baskı. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2019:22.
42. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*, 2018: 2, 43-61.
43. Yang AC, Tsai SJ. New targets for schizophrenia treatment beyond the dopamine hypothesis. *International journal of molecular sciences*, 2017: 18,1689.
44. Boksa P, Luheshi GN. On the use of animal modeling to study maternal infection during pregnancy and prenatal cytokine exposure as risk factors for schizophrenia. *Clinical Neuroscience Research*, 2003;3, 339-346.
45. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, 2009;190, S7-S9.

46. Messias EL, Chen CY, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 2007;30, 323-338.
47. Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar-Temel Kitap*, 2.Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları,2018:33
48. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia bulletin*, 2006;32, 195-197.
49. Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Çeviri: Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-V-TR) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 49-50.
50. Gürhan N. (editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1.Baskı. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2016:547.
51. Devrimci Özgüven H. (editör). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1.Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2014:67.
52. McCleery A, Ventura J, Kern RS, Subotnik KL, Gretchen-Doorly D, Green MF, Helleman GS, Nuechterlein KH. Cognitive functioning in first-episode schizophrenia: MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) Profile of Impairment. *Schizophrenia research*, 2014;157, 33-39.
53. Çam O, Arabacı LB, Yıldırım S, Beşer NG. Psikiyatri hemşireliği eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010;13, 44-51.
54. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3, 214-231.

55. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R. Toplumda Ruhsal Bozuklukların Yönetimi ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği-Özel Konular*, 2019:5, 85-92.
56. Tanrıverdi D, Ekinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International journal of nursing practice*, 2012:18, 281-288.
57. Körpe G, İnangil D, Vural PI. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Klinik Uygulamasında Öğrencilerin Belirledikleri NANDA-I Tanılarının Değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019: 2, 51-66.
58. Arslantaş H. Psikiyatrik Hastalıklarda Evde Bakım Ve Hemşirelik Sürecinin Uygulanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009:12, 1-7.
59. Şahin G, Koptaş OS, Buzlu S. Clinical Simulation Experience On Mental Health And Psychiatric Nursing Students By Using Standardized Patients. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019:10, 486-492.
60. Hiçdurmaz D, Fatma ÖZ. Bir Etik Problem: Psikiyatride İlaç Araştırmaları ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2007:14, 82-91.
61. Erdoğan E, Gürhan N. Atipik Psikoz Ve Anksiyete İle Karakterize Şizofreni Tanısı Almış Olan Bir Olgu. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019:6, 48-54.
62. Gökmen BD, Okanlı A. Özel Bakım Merkezlerinde Çalışan Bakım Elemanlarına Verilen Psikoeğitimin Şizofreniye Yönelik İnançlara Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019:10, 20-27.
63. Karakaş SA, Polat H, Ay E, Küçüköğlü S. Türkiye’de Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sorunu Olan Bireylere Karşı Tutumları İle

- Tükenmişliklikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2017:7, 40-48.
64. Ferrell B, Otis-Green S, Baird RP, Garcia A. Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life. *Journal of pain and symptom management*, 2014:47, 631-641.
65. Silva RS, Caldeira S, Coelho AN, Apóstolo JLA. Forgiveness facilitation in palliative care: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 2017:15, 2469-2479.
66. Recine AG, Recine L, Paldon T. How people forgive: a systematic review of nurse-authored qualitative research. *Journal of Holistic Nursing*, 2020:38, 233-251.
67. Zarei B, Salmabadi M, Amirabadizadeh A, Vagharseyyedin SA. Empathy and cultural competence in clinical nurses: A structural equation modelling approach. *Nursing ethics*, 2019:26, 2113-2123.
68. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being?. *Journal of Clinical Nursing*, 2014:23, 1830-1844.
69. Rask K, Åstedt-Kurki P, Laippala P. Adolescent subjective well-being and realized values. *Journal of advanced nursing*, 2002:38, 254-263.
70. Doğan T, Eryılmaz A. Work-related basic need satisfaction and subjective well-being among academicians. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 2012:12, 383-389.
71. Eddington N, Shuman R. Subjective well-being (happiness). *Continuing psychology education*, 2005: 1-16.
72. Diener E. Subjective well-being. In *The science of well-being*, Springer, Dordrecht, 2009:11-58.

73. Durmaz H, Karakurt N. Pozitif Psikoloji ve İyi Oluşun Göstergeleri. İçinde:Okanlı A (editör). *Pozitif Güçlenme ve İyi Hissetmek*. 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2019:22-25.
74. Küçükköse İ. Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri İle Sürekli Öfke, Öfke İfade Tarzları Ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya:Mevlana Üniversitesi, 2015.
75. Delhey J, Dragolov G. Happier together. Social cohesion and subjective well-being in Europe. *International Journal of Psychology*, 2016:51, 163-176.
76. Bailey TH, Phillips LJ. The influence of motivation and adaptation on students' subjective well-being, meaning in life and academic performance. *Higher education research & development*, 2016:35, 201-216.
77. Çetin F, Turgut H, Sözen HC. Öznel İyi Oluşun Yordanmasında Sabit Kişilik Örüntüsü: Psikolojik Sermayenin Aracılık Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2015: 30, 68-75.
78. Diener E, Ryan K. Subjective well-being: A general overview. *South African journal of psychology*, 2009:39, 391-406.
79. Çelebi GY, Çelebi, B. Lise öğrencilerinin yaşam doyumu düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Erciyes Journal of Education*, 2018:2, 1-15.
80. Satan AA. Dini inanç ve bilişsel esneklik düzeylerinin öznel iyi oluş düzeyine olan etkisi. 21. *Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 2014:3, 56-74.
81. Atilla G, Yıldırım G. Öznel İyi Oluş Halinin İşe Tutkunluğa Etkisi: Sinop İli Tekstil Sektörü Örneği. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2019:8, 188-205.

82. Harris PR, Lightsey Jr OR. Constructive thinking as a mediator of the relationship between extraversion, neuroticism, and subjective well-being. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, 2005:19, 409-426.
83. Turan, N. Akış Deneyimi Üzerine Genel Bir Literatür Taraması. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2019:37, 181-199.
84. Rodríguez-Sánchez AM, Schaufeli W, Salanova M, Cifre E, Sonnenschein M. Enjoyment and absorption: An electronic diary study on daily flow patterns. *Work & Stress*, 2011:25, 75-92.
85. Baytar CU. Çevrimiçi Cihaz Kullanımındaki Akış Deneyiminin Tüketicilerin Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2020:13, 113-122.
86. Kaya ÖS. Kişilerarası İlişkilerde Affetme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Elementary Education Online*, 2019:18, 1244-1259.
87. Allemand M, Hill PL, Ghaemmaghani P, Martin M. Forgiveness and subjective well-being in adulthood: The moderating role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 2012:46, 32-39.
88. Fehr R, Gelfand MJ, Nag M. The road to forgiveness: a meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychological bulletin*, 2010:136, 894-914.
89. Macaskill A. Defining forgiveness: Christian clergy and general population perspectives. *Journal of personality*, 2005:73, 1237-1266.
90. Webb JR, Robinson EA, Brower KJ. Forgiveness and mental health among people entering outpatient treatment with alcohol problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2009:27, 368-388.

91. Pareek S, Mathur N, Mangnani K. Subjective and psychological well-being as related to dispositional and motivational forgiveness among adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 2016:7, 125-128.
92. Schultz JM, Tallman BA, Altmaier EM. Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2010:2, 104-114.
93. Batik MV, Bingöl TY, Kodaz AF, Hosoglu R. Forgiveness and Subjective Happiness of University Students. *International Journal of Higher Education*, 2017:6, 149-162.
94. Pronk TM, Karremans JC, Overbeek G, Vermulst AA, Wigboldus DH. What it takes to forgive: When and why executive functioning facilitates forgiveness. *Journal of personality and social psychology*, 2010:98, 119-131.
95. Worthington Jr EL. Initial questions about the art and science of forgiving. In *Handbook of forgiveness* , Routledge, 2007: 25-38
96. Freedman S, Enright RD, Knutson J. A progress report on the process model of forgiveness. *Handbook of forgiveness*, 2005: 393-406.
97. Freedman S, Chang WC. An analysis of a sample of the general population's understanding of forgiveness: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 2010:32, 5-34.
98. Burnette JL, Davis DE, Green JD, Worthington Jr EL, Bradfield E. Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 2009:46, 276-280.
99. Clemente M, Padilla-Racero D, Espinosa P. Revenge among parents who have broken up their relationship through family law courts: its dimensions and

- measurement proposal. *International journal of environmental research and public health*, 2019:16, 4950.
- 100.** Akın M, Özdevecioğlu M, Ünlü O. Örgütlerde İntikam Niyeti ve Affetme Eğiliminin Çalışanların Ruh Sağlıkları ile İlişkisi. *Amme İdaresi Dergisi*, 2012:45, 77-97.
- 101.** McCullough ME, Kurzban R, Tabak BA. Cognitive systems for revenge and forgiveness. *Behavioral and Brain Sciences*, 2013:36, 1-15.
- 102.** Hall JH, Fincham FD. The temporal course of self-forgiveness. *Journal of social and clinical psychology*, 2008:27, 174-202.
- 103.** Hall JH, Fincham FD. Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of social and clinical psychology*, 2005:24, 621-637.
- 104.** Ingersoll-Dayton B, Krause N. Self-forgiveness: A component of mental health in later life. *Research on Aging*, 2005:27, 267-289.
- 105.** Jacinto GA, Edwards BL. Therapeutic stages of forgiveness and self-forgiveness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2011:21, 423-437.
- 106.** Szablowinski Z. Between forgiveness and unforgiveness. *The Heythrop Journal*, 2010:51, 471-482.
- 107.** Fitzgibbons R, Enright R, O'Brien TF. Learning to forgive. *American School Board Journal*, 2004:191, 24-26.
- 108.** Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, Billings LS, Heinze L, Neufeld JE, Shorey HS, Roberts JC, Roberts DE. Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of personality*, 2005:73, 313-360.

109. Bugay A, Demir A. Can be forgiveness increased?: Forgiveness Enrichment Group. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2012:4, 96-106.
110. Ayten A. Affedicilik ve Din: Affetme Eğilimi ve Dindarlıkla İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2009:37, 111-128.
111. Baskin TW, Enright RD. Intervention studies on forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, 2004:82, 79-90.
112. Enright RD, Kittle BA. Forgiveness in psychology and law: The meeting of moral development and restorative justice. *Fordham Urb. LJ*, 1999:27, 1621.
113. Enright RD. Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and values*, 1996:40, 107-126.
114. Hargrave TD, Sells JN. The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1997:23, 41-62.
115. McCullough ME, Rachal KC, Sandage SJ, Worthington Jr EL, Brown SW, Hight TL. Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of personality and social psychology*, 1998:75, 1586-1603.
116. Worthington jun EL. An empathy-humility-commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy*, 1998:20, 59-76.
117. Worthington Jr EL. The pyramid model of forgiveness: Some interdisciplinary speculations about unforgiveness and the promotion of forgiveness. *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives*, 1998:107-137.
118. Musekura C. *An assessment of contemporary models of forgiveness*. Peter Lang, 2010.

119. Sastre MTM, Vinsonneau G, Chabrol H, Mullet E. Forgiveness and the paranoid personality style. *Personality and Individual Differences*, 2005:38, 765-772.
120. Aslan M, Mert ŞH, Yıldız M. Narsistik kişilik ile affedicilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2. *Uluslararası Çin'den Adriyatik'e Sosyal Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı*, 2016: 147-153.
121. Satıcı SA, Can G, Akın A. İntikam Ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015:16, 36-43.
122. Ji M, Hui E, Fu H, Watkins D, Tao L, Lo SK. Effects of a culture-adaptive forgiveness intervention for Chinese college students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 2016:44, 335-346.
123. Uysal V. Genç yetişkinlerde affetme eğilimleri ve dinî yönelim/dindarlık. *Marmara Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi*, 2015:48, 35-56.
124. von Feigenblatt OF. Forgiveness and culture: An interdisciplinary dialogue. *Journal of History & Social Sciences*, 2010: 1.
125. Steiner M, Allemand M, McCullough ME. Age differences in forgiveness: The role of transgression frequency and intensity. *Journal of Research in Personality*, 2011:45, 670-678.
126. Lawler-Row KA, Piferi RL. The forgiving personality: Describing a life well lived?. *Personality and Individual Differences*, 2006:41, 1009-1020.
127. Abid M. Forgiveness: As Attaining Mental Health among Depressed Patients. *Journal Psychology and Clinical Psychiatry*, 2017:7, 00444.

128. Tunca A, Durmuş E. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Anne Baba Tutumu ile Bağışlama Düzeylerinin İlişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2018:9, 524-550.
129. Struthers CW, Eaton J, Santelli AG, Uchiyama M, Shirvani N. The effects of attributions of intent and apology on forgiveness: When saying sorry may not help the story. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2008:44, 983-992.
130. Whited MC, Wheat AL, Larkin KT. The influence of forgiveness and apology on cardiovascular reactivity and recovery in response to mental stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 2010:33, 293-304.
131. Davis JR, Gold GJ. An examination of emotional empathy, attributions of stability, and the link between perceived remorse and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 2011:50, 392-397.
132. McCullough ME, Bono G, Root LM. Rumination, emotion, and forgiveness: three longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology*, 2007:92, 490-505.
133. Anderson MA. The relationship among resilience, forgiveness, and anger expression in adolescents. Doctoral Dissertation, Maine University, 2006.
134. Mellor D, Fung SWT, binti Mamat NH. Forgiveness, empathy and gender—A Malaysian perspective. *Sex roles*, 2012: 67, 98-107.
135. Baghel S, Pradhan M. Self-efficacy as a moderator between empathy and forgiveness relationship. *Indian Journal of Positive Psychology*, 2014:5, 388-392.
136. Eldeleklioğlu J. Predictive effects of subjective happiness, forgiveness, and rumination on life satisfaction. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2015:43, 1563-1574.

137. Worthington Jr EL, Davis DE, Hook JN, Gartner AL, Jennings II DJ, Greer CL, Van Tongeren DR, Greer TW. Forgiveness and reconciliation within the psychology of religion and spirituality. *The psychology of religion and spirituality for clinicians: Using Research in Your Practice*, 2013: 275-301.
138. Worthington Jr EL, Lavelock C, vanOyen Witvliet C, Rye MS, Tsang JA, Toussaint L. Measures of forgiveness: Self-report, physiological, chemical, and behavioral indicators. In *Measures of personality and social psychological constructs*, Academic Press, 2015: 474-502.
139. Bono G, McCullough ME. Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of cognitive psychotherapy*, 2006:20, 147-158.
140. Raj P, Elizabeth CS, Padmakumari P. Mental health through forgiveness: Exploring the roots and benefits. *Cogent psychology*, 2016:3, 1153817.
141. Tiwari GK, Pandey R, Parihar P, Rai PK. Understanding the mediating role of self-esteem between the relationship of self-forgiveness and human flourishing. 2020:1-12.
142. Sapmaz F, Yıldırım M, Topçuoğlu P, Nalbant D, Sızır U. Gratitude, Forgiveness and Humility as Predictors of Subjective Well-being among University Students. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2016:8, 38-47.
143. Caldeira S, Aparício M, Pinto S, Silva RS. Bringing 'forgiveness' into the International Classification for Nursing Practice. *International journal of palliative nursing*, 2016:22, 421.
144. Kumar P, Nehra DK, Verma AN. Subjective well-being and coping among people with schizophrenia and epilepsy. *Dysphrenia*, 2013:4, 25-30.

145. Eryılmaz, A. Üniversite Öğrencileri İçin Geliştirilen Öznel İyi Oluşu Artırma Programının Etkililiğinin İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2014:1, 111-128.
146. Tuzgöl Dost, M. Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara:Hacettepe Üniversitesi, 2004.
147. Bugay A, Demir A. A Turkish Version Of Heartland Forgiveness Scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2010:5, 1927-1931.
148. Charzyńska E. Sex differences in spiritual coping, forgiveness, and gratitude before and after a basic alcohol addiction treatment program. *Journal of Religion and Health*, 2015:54, 1931-1949.
149. Karaca A. Affetme ve ruh sağlığı ilişkisi: Depresyon ve anksiyete tanısı almış hastalar üzerine bir araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul:Marmara Üniversitesi, 2019.
150. Na EY, Lim YJ. Influence of Employment on the Positive Mental Health of Individuals with Schizophrenia Living in the Community. *Psychiatric Quarterly*, 2020:91, 203-208.
151. Soygür H, Yüksel MM, Eraslan P, Özden S. Mavi At Kafe'nin 6 yılda öğrettikleri: Şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler-nitel bir analiz. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2017:28, 75-80.
152. Karow A, Czekalla J, Dittmann RW, Schacht A, Wagner T, Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D. Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 2007:68, 75-80.

153. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012:20, 93-103.
154. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, Healy D, Rae P, Power C. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of general psychiatry*, 2005:62, 717-724.
155. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *L'Encephale*, 2002:28, 266-272.
156. Llorca PM. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry research*, 2008:161, 235-247.
157. Alptekin K, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, Atmaca M, Özgüven HD. Psikiyatri Kliniğine Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2014:24, 276-288.
158. Adewuya AO, Makanjuola RO. Subjective life satisfaction and objective living conditions of patients with schizophrenia in Nigeria. *Psychiatric Services*, 2010:61, 314-316.
159. Vothknecht S, Schoevers RA, de Haan L. Subjective well-being in schizophrenia as measured with the Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment scale: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011:45, 182-192.
160. Demir Y, Kumcağız H. Ergenlerde Yeme Tutum Bozukluğunun Öznel İyi Oluş, Depresyon, Anksiyete ve Stres Üzerine Etkisi. *Uluslararası Alan Eğitimi Dergisi*, 2020:6, 24-36.
161. Şener E. Affetme Niyeti Eleştirel Düşünme Eğilimine Duyarlı Mıdır?. *Gümüşhane University Electronic Journal of the Institute of Social*

162. Watson MJ, Lydecker JA, Jobe RL, Enright RD, Gartner A, Mazzeo SE, Worthington Jr EL. Self-forgiveness in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders*, 2012:20, 31-41.
163. Doğruer N. Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarına Sahip Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ve Affetme. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa:Yakın Doğu Üniversitesi, 2019.
164. Baskin TW, Rhody M, Schoolmeesters S, Ellingson C. Supporting special-needs adoptive couples: Assessing an intervention to enhance forgiveness, increase marital satisfaction, and prevent depression. *The Counseling Psychologist*, 2011:39, 933-955.
165. Gull M, Rana SA. Manifestation of Forgiveness, Subjective Well Being and Quality of Life. *Journal of Behavioural Sciences*, 2013:23, 17-36.
166. Topbaşoğlu T. Yaşam Doyumunun Yordayıcısı Olarak Öfke ve Affetme: Affetmenin Düzenleyici Rolü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Denizli:Pamukkale Üniversitesi, 2016.
167. Yangın N, Camadan F. Mükemmeliyetçilik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Affetmenin Aracı Rolü. *Yaşadıkça Eğitim*, 2020:34, 241-263.
168. Tian HM, Wang P. The role of perceived social support and depressive symptoms in the relationship between forgiveness and life satisfaction among older people. *Aging & Mental Health*, 2020: 1-7.
169. Weinberg M, Harel H, Shamani M, Or-Chen K, Ron P, Gil S. War and well-being: The association between forgiveness, social support, posttraumatic stress disorder, and well-being during and after war. *Social work*, 2017:62, 341-348.

170. Sansone RA, Kelley AR, Forbis JS. The relationship between forgiveness and history of suicide attempt. *Mental Health, Religion & Culture*, 2013:16, 31-37.
171. Chung MS. Relation between lack of forgiveness and depression: The moderating effect of self-compassion. *Psychological reports*, 2016:119, 573-585.
172. Gueta K. Self-forgiveness in the recovery of Israeli drug-addicted mothers: A qualitative exploration. *Journal of Drug Issues*, 2013:43, 450-467.
173. Ashkani S, Edalati Shateri Z, Birashk B. Lack of forgiveness as a predisposing factor to depression: Comparison of lack of forgiveness in depressed, vulnerable to depression and non-vulnerable to depression subjects. *International Journal of Behavioral Sciences*, 2017:10, 25-29.
174. Kaleta K, Mróz J. The Relationship between Basic Hope and Depression: Forgiveness as a Mediator. *The Psychiatric Quarterly*, 2020:91, 877-886.
175. Mela M, Baetz M, Marcoux G, Delury D, Cooper B, Sajobi TT. The influence of a learning to forgive programme on negative affect among mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2017:27, 162-175.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Şeyda ERÇEL
Doğum tarihi:	26 Ocak 1993
Doğum Yeri:	Konya
Medeni Hali:	Bekâr
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi / Dokuzuncu Servis
Tel:	0539 493 37 90
Faks:	-
E-mail:	seydaercel23@gmail.com
Eğitim	
Lise:	Balakgazi Lisesi (2010)
Lisans:	Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2011-2015)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2018-2020)
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
	İngilizce
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU


Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ danışmanlığında sunulan “Şizofreni Hastalarında Öznel İyi Oluş ve Affetme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	5	15
Genel Bilgiler	7	30
Materyal ve Metod	30	35
Bulgular	10	10
Tartışma	9	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 17/ 11/ 2020

Şeyda ERÇEL
Öğrenci Adı-Soyadı

İmza



Sibel ASİ KARAKAŞ
Danışman Adı-Soyadı

İmza



* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Şeyda ERÇEL	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarında Öznel İyi Oluş ve Affetme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 07 Karar No: 35	Tarih: 07.11.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Yasemin ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Sinan YILMAZ
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Murat KAYABEKİR
Üye

Enrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. KURUM İZİNİ

KOMİSYON KARARI

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğinde Hemşire olarak görev yapan Şeyda ERÇEL' in "Şizofreni Hastalarında Öznel İyi Oluş ve Affetme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" Elazığ Sağlık Kuruluşları Örneği konulu araştırmasını yapabilmesi için başvuruda bulunmuş olup söz konu başvuru ilgili Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi tarafından uygun görülmüştür. Bahse konu talep; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 27.03.2018 tarih ve E.483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazısı göz önünde bulundurularak, 26.12.2019 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; araştırmanın yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir. Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra **kitapçık halinde** ve ayrıca **elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı** olarak **Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme** birimine teslim edilecektir.

M. İsmail AÇIKKAPU
Personel ve Destek Hiz. Bşk.
Üye

Dr. Abdulkadir KANTARCIOĞLU
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Yavuz ORUÇ
Kamu Hast. Hiz. Başkanı
Üye

Dr. Şenel ÖNER
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.
Üye

Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

EK-5. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.YAŞINIZ a.18-25 yaş b.26-32 yaş c.33-39 yaş d.40 yaş ve üstü	7-KİMİNLE YAŞIYORSUNUZ? a.Aileyle b.Yalnız c.Bakımevi
2.CİNSİYET a.Kadın b.Erkek	8.AİLE ÖYKÜSÜ a.Var b.Yok
3.MESLEKİ DURUM a.Çalışıyor b.Çalışmıyor	9.TEDAVİ UYUMU a.Uyumlu b.Uyumsuz
4.MEDENİ DURUM a.Evli b.Bekar	10.HASTANEYE YATIŞ SAYISI a.Ayaktan Hasta b.1-5 defa c.6-10 defa d.10 üzeri
5.EĞİTİM DURUMU a.Okur-Yazar Değil b.Okur-Yazar c.İlkokul Mezunu d. Ortaöğretim Mezunu e.Lise Mezunu f.Üniversite Mezunu	11.HASTANE YATIŞ SÜRESİ a.Ayaktan Hasta b.7-15 gün c.16-25 gün d.25 gün üzeri
6.HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI a.17 yaş altı b.18-25 yaş arası c. 26-31 yaş arası d. 32 yaş üstü	

EK-6. ÖZNEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişiliğinizin ve yaşamınızın çeşitli yönlerine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri tek tek okuyarak, ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. İfade size "tamamen uygunsuz" cevap kağıdındaki (5); "çoğunlukla uygunsuz" (4); "orta derecede uygunsuz" (3); "biraz uygunsuz" (2); "hiç uygun değilse" (1) numaralı boşluğun altına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm ifadelere boş bırakmadan cevap veriniz.

	Tamamen Uygun(5)	Çoğunlukla Uygun(4)	Kısmen Uygun(3)	Biraz Uygun(2)	Hiç Uygun Değil(1)
1. Geleceğe yönelik planlar yapmaktan hoşlanırım.					
2. Yaşamımda zevk alarak yaptığım etkinlik sayısı azdır.					
3. Genel olarak kendimi neşeli hissediyorum.					
4. Geriye dönüp baktığımda istediklerimin çoğunu elde edemediğimi görüyorum.					
5. Kişilik özelliklerimden genel olarak memnunum.					
6. İstedğim nitelikte ve sayıda arkadaşım olmamasına üzülüyorum.					
7. Günlük yaşamımdaki sorumluluklarımı başarıyla yerine getiririm.					
8. Ulaşmak istediğim ideallerim var.					
9. İlgi ve yeteneklerime uygun etkinliklerin yaşamımdaki yeri istediğim ölçüdedir.					
10. Küçük sorunları bile büyütürüm.					
11. Kendimi genel olarak canlı ve enerjik hissedirim.					
12. Yakın gelecekte yaşamımda güzel gelişmeler olacağına inanıyorum.					
13. Kişilerarası ilişkilerde sıklıkla hayal kırıklığı yaşıyorum.					
14. Yaşamıma beni ona bağlayacak anlamlar katmakta zorlanmam.					
15. Beni eğlendiren faaliyetlere yeterince katılamıyorum.					
16. Umutlarımın gerçekleşeceğine inanıyorum.					
17. Mümkün olsa geçmiş hayatımı değiştiririm.					

18. Ailemle olan ilişkilerimden memnunum.					
19. Genelde hüzünlü ve düşünceliyim.					
20. Yaşamımda yapmam gerekenleri düşünmek hoşuma gider.					
21. Kendimi yalnız hissediyorum.					
22. Amaçlarıma ulaşmak için çevremdeki olanakları etkili bir şekilde kullanabilirim.					
23. Genel olarak kendimi huzurlu hissediyorum.					
24. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.					
25. Sorunları yaşamın öğretici ve doğal bir parçası olarak görürüm.					
26. Çevremdeki insanların yaşamlarına imreniyorum.					
27. Amaçlarıma ulaşmak için yeterince kararlı davranabilirim.					
28. Yaşamımı genel olarak monoton ve sıkıcı buluyorum.					
29. Sosyal ilişkilerimdeki girişkenlik yanımdan hoşnutum.					
30. Kendime hedefler koymakta zorlanıyorum.					
31. İç dünyamın zaman geçtikçe zenginleştiğini hissediyorum.					
32. Tanıdığım insanların çoğundan daha fazla sıkıntım var.					
33. Yaşamın zorluklarıyla baş etme gücüme güveniyorum.					
34. Sevilen ve güvenilen biri olduğumu hissediyorum.					
35. Geçmişte yaptığım hatalardan dolayı yoğun suçluluk duygusu yaşıyorum.					
36. Serbest zamanlarımda zevkle vakit geçirecek bir uğraşı bulurum.					
37. Yaşamım başarısızlıklarla dolu.					
38. Güçlükler karşısında çabuk pes ederim.					
39. Çevremde ihtiyaç duyduğumda destek alabileceğim insanlar var.					
40. Sıklıkla ümitsiz ve çökkün hissediyorum.					
41. Okumak ve çalışmak benim için zevkli uğraşlardır.					
42. İsteklerime ve değerlerime uygun bir hayat					

sürüyorum.					
43. Ailemle olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.					
44. Yaşama iyimser bir açıyla bakabilme yönümden memnunum.					
45. Arkadaşlarıma kendimi istediğim gibi ifade edemiyorum.					
46. Başkalarına yardım edebilme ve onlara destek olma becerimden hoşnutum.					



EK-8. HEARTLAND AFFETME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Asli Bugay Sökmez <abugay00@gmail.com>

23 Eki 2019 14:53 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Şeyda ,

Ölçekleri çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyuyorum. Ekte ölçekleri ve ölçeklere ait bilgileri içeren makale çalışmalarımızı bulabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim..

Sevgiler,
Asli

--

Asli Bugay, Ph.D.

Associate Professor of Counseling

Middle East Technical University

Northern Cyprus Campus

Guidance and Psychological Counseling Program

Guzelyurt, KKTC, via Mersin 10 Turkey

