

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE DEPRESYON
BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ESRA AYDIN

140131005

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

İSTANBUL 2018

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE DEPRESYON
BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ESRA AYDIN

140131005

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

İSTANBUL 2018

TEZ ONAY SAYFASI

FSMVÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji tezli yüksek lisans programı 140131005 numaralı öğrencisi Esra Aydın'ın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikolojik Sağlık ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi" başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından 17.01.2018 tarihinde oy birliğiyle kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmet Kırpınar

(Jüri Başkanı-Danışman)

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu

(Jüri Üyesi)

İstanbul Üniversitesi CTF

Prof. Dr. Haşim Ercan Özmen

(Jüri Üyesi)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normalara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Esra AYDIN

İmza

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez yazım sürecimde bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim, yardımlarını benden esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. İsmet Kırpınar hocama değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Psikoloji eğitimim süresince alana dair ufuk açan bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan kıymetli hocalarımlın her birine, çalışmamın her basamağında bana destek olan, motivasyonumu artıran değerli arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, beni koşulsuz seven, hedeflerime ulaşmam için desteklerini benden esirgemeyen başta annem Fatma AYDIN'a, babam Hasan AYDIN'a, ablalarıma, abime, geniş ve mutlu ailemin her bir üyesine teşekkürü bir borç bilirim.

Zorlu tez yazım sürecimde her daim yanımda olan, sorumluluklarımı paylaşan, stresli dönemlerimde beni anlayan, yapabileceğime dair inancımı diri tutan yol arkadaşım, kıymetli eşim Talha SARAÇ'a en derin sevgilerimle teşekkür ederim.

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE DEPRESYON BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Bu çalışmanın amacı çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisinin incelenmesi üzerinedir.

Çalışmanın örneklemini Ağustos-Ekim 2017 yılı içerisinde İstanbul ilinde yaşayan tesadüfi olarak seçilen 18 yaş üzeri 130'u (%63,4) kadın, 75'i (%36,6) erkek toplam 205 yetişkinden oluşmaktadır.

Araştırmada veri toplama aşamasında, Prof. Dr. Vedat Şar, Psk. Dr. Erdiñç Öztürk ve Eda İkizkardeş tarafından Türkçeye uyarlanmış Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Hisli tarafından Türkçeye uyarlanmış Beck Depresyon Ölçeği, Kararımk tarafından Türkçeye uyarlanmış Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık ölçeği ve araştırmacı tarafından oluşturulmuş Kişisel Bilgi formu kullanılmıştır.

Verilerin analizinde demografik özellikler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları ile depresyon, psikolojik sağlamlık puanlarını karşılaştırırken; parametrik testlerin ön şartlarından varyansların homojenliği Levene's testi ile kontrol edilmiş; normallik varsayımına ise Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar değerlendirilirken parametrik test ön şartlarını sağlamadığı için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırması için Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden parametrik test ön şartlarını sağlanmadığı için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlık, depresyon, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları puanları arasında ilişkinin analizinde Pearson Korelasyon Katsayısı ile parametrik test ön şartlarını sağlamadığı durumda ise Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve depresyonun psikolojik sağlamlığı

anlamalı düzeyde yordayıp yordamadığına ilişkin aşamalı çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Yetişkinlerin Psikolojik sağlamlık düzeyleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında sırası ile duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Depresyon belirti düzeyleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında sırası ile duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik sağlamlık düzeyleri ile depresyon belirti düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Depresyonun tek başına psikolojik sağlamlıktaki toplam varyansın %26,6'sını, depresyon ve cinsel istismar %30'unu, depresyon ve fiziksel ihmal %31,2'sini açıklamışlardır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Alt Boyutları, Depresyon, Psikolojik Sağlamlık

THE EFFECT OF CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCES ON RESILIENCE AND DEPRESSION SYMPTOMS

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the effects of childhood traumatic experiences on resilience and depression.

The sample of the study consisted of a total of 205 adults, 130 (63.4%) women and 75 (36.6%) males aged 18 years or over who were randomly selected to live in Istanbul during August-October 2017.

During the data collection phase, Childhood trauma questionnaire developed by Bernstein in 1994 and adopted by Prof. Dr. Vedat Şar, Psk. Dr. Erdiñç Öztürk ve Eda İkizkardeş, Beck Depression scale adapted by Hisli, Connor Davidson Resilience Scale's Turkish adaption by Kararımk and personal information form composed by the researcher.

In the analysis of the data Demographic characteristics, childhood traumatic experiences and sub-dimensions, depression and resilience scores were compared; the homogeneity of the variances from the preconditions of the parametric tests was checked by Levene's test; and on the assumption of normality by the Shapiro-Wilk test. The Mann Whitney-U test was used because differences between the two groups were assessed and parametric test prerequisites were not met. The Kruskal Wallis test was used for the comparison of three or more groups because of the one-way ANOVA and parametric test prerequisites for multiple comparison tests. The Spearman Correlation Coefficient was used when Pearson Correlation Coefficient and parametric test preconditions were not satisfied in the analysis of resilience, depression, childhood traumatic experiences and subscale scores. A stepwise multiple regression analysis of

childhood traumatic experiences subdimensions and depression predicted resilience at a significant level was used.

Resilience levels of adults and childhood traumatic experiences subscales were found to be significantly related to emotional abuse, emotional neglect, physical abuse, physical neglect and sexual abuse negatively.

It was determined that depression symptom levels and childhood traumatic experiences subscales were positively related to emotional abuse, emotional neglect, physical abuse, physical abuse and sexual abuse.

Depression alone accounted for 26.6% of total variance in psychological well-being, depression and sexual abuse 30%, depression and physical neglect 31.2%.

Keywords: Childhood Traumatic Experience, Sub-Dimension of Childhood Traumatic Experiences, Resilience, Depression

ÖNSÖZ

Bu çalışma, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisini incelemektedir.

İnsanlar yaşamlarının bir döneminde zorlu, travmatik ve riskli denilebilecek olaylarla karşılaşabilirler; çocukluk dönemi de bunlardan biridir. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayların izlerinin yaşam boyu devam edebileceği ve yetişkinlik döneminde psikopatolojinin ortaya çıkmasında risk faktörü olabileceği bir çok araştırmanın konusu olmuştur. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları kayıplar, kazalar, doğal afetler yanında istismar ve ihmal yaşantılarıdır. Ancak erken dönem ihmal ve istismar yaşantısına maruz kalan bazı bireylerin; yaşadıkları zorluklara ve kötü tecrübelerle rağmen pozitif uyum sergiledikleri, hayatta başarılı olabildikleri, psikopatoloji geliştirmedikleri gözlemlenmiş ve bu durum psikolojik sağlamlık kavramıyla ilişkili çalışmaların başlangıcı olmuştur.

Ulusal yazında çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları, depresyon ve psikolojik sağlamlık ilişkilerinin birlikte incelendiği araştırmaların bulunmaması klinik psikoloji çalışmaları açısından eksiklik olarak görülmektedir. Bu noktadan yola çıkarak bu çalışmayla birlikte konuyla ilişkili olarak alandaki bilgilerin artacağı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	viii
TABLOLAR LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEM DURUMU.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ALT PROBLEMLER	3
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	4
1.4. SAYILTILAR.....	5
1.5. SINIRLILIKLAR	6
1.6. TANIMLAR	6
İKİNCİ BÖLÜM	7
2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
2.1. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK	7
2.1.1. “Resilience” Sözlük Anlamı	7
2.1.2. Psikolojik Sağlamlık Kavramına İlişkin Tanımlar ve Kavramın Ortaya Çıkışı	7
2.1.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler.....	16
2.1.3.1. Risk Faktörleri.....	16
2.1.3.1.1. <i>Bireysel Risk Faktörleri</i>	17
2.1.3.1.2. <i>Ailesel Risk Faktörleri</i>	18
2.1.3.1.3. <i>Çevresel Risk Faktörleri</i>	18
2.1.3.2. Koruyucu Faktörler	19
2.1.3.2.1. <i>Bireysel Koruyucu Faktörler</i>	19
2.1.3.2.2. <i>Ailesel Koruyucu Faktörler</i>	19

2.1.3.2.3. Çevresel Koruyucu Faktörler.....	20
2.1.4. Olumlu Sonuçlar	21
2.2. DEPRESYON	22
2.2.1. Depresyonun Tanımı	23
2.2.2. Depresyonun Tarihçesi.....	24
2.2.3. Depresyonun Epidemolojisi	24
2.2.4. Depresyonun Etiyolojisi	26
2.2.5. Kuramsal Açıklamalar	27
2.2.6. Depresyon Belirtileri	29
2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILAR.....	30
2.3.1. Tanım ve Tarihi	31
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarına Neden Olan Faktörler	33
2.3.3. İstismar Türleri.....	35
2.3.3.1. Fiziksel İstismar Tanım ve Yaygınlık	35
2.3.3.1.1. Fiziksel İstismar Risk Etmenleri ve Sonuçları.....	37
2.3.3.2. Cinsel İstismar Tanım ve Yaygınlık	38
2.3.3.2.1. Cinsel İstismar Risk Etmenleri ve Sonuçları	40
2.3.3.3. Duygusal İstismar Tanım ve Yaygınlık	41
2.3.3.3.1. Duygusal İstismar Risk Etmenleri ve Sonuçları.....	43
2.3.4. İhmal	45
2.3.4.1. Fiziksel İhmal.....	46
2.3.4.2. Duygusal İhmal	46
2.3.4.3. İhmalin Risk Etmenleri ve Sonuçları	47
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	48
3. YÖNTEM.....	48
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ	48
3.2. ÖRNEKLEM	48
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	48

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)	49
3.3.2. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC)	49
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	49
3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	50
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	50
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	51
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	52
4. BULGULAR	52
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN FREKANS VE YÜZDE DEĞERLERİ	52
4.2. ÖRNEKLEMİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİK DEĞERLERİ	54
4.3. ÖRNEKLEMİN ÇOCUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI, PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ VE DEPRESYON BELİRTİLERİNE İLİŞKİN ÇIKARIMSAL BULGULAR.....	55
BEŞİNCİ BÖLÜM	78
5. TARTIŞMA	78
5.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE ALT BOYUTLARININ, SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	78
5.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	82
5.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI, ALT BOYUTLARI, DEPRESYON VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ARASINDAKİ İLİŞKİLERE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI .	86
ALTINCI BÖLÜM	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	90
KAYNAKÇA	91
EKLER	112
EK 1- KİŞİSEL BİLGİ FORMU	113
EK 2 – CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ	114
EK 3 - BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	115

EK 4 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ	119
EK 5 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	121

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Örneklemin, Demografik Özellikler Açısından Dağılımı	52
Tablo 2: Örneklemin Yaş Değişkeninin Tanımlayıcı İstatistikleri	54
Tablo 3: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t- Testi ile Karşılaştırma Sonuçları	55
Tablo 4: Örneklemin Medeni Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Alt Boyutlarının ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Medyanları, Standart Sapması ve Standart Hatası	55
Tablo 5: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....	57
Tablo 6: Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası	57
Tablo 7: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçek Puanlarının Eğitim Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları.....	59
Tablo 8: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Annenin Sağ yada Sağ Olmama Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları.....	61
Tablo 9: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Babanın Sağ ya da Sağ Olmaması Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları.....	62
Tablo 10: Anne Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası	63
Tablo 11: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Anne Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları.....	64

Tablo 12: Baba Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası.....	65
Tablo 13: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Baba Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları.....	66
Tablo 14: Algılanan Gelir Düzeyine Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası.....	67
Tablo 15: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları.....	68
Tablo 16: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Bebeklikte/ Çocuklukta Anne Babadan Ayrı Kalma Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları.....	69
Tablo 17: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik Destek Alma Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları.....	70
Tablo 18: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Önemli Bir Fiziksel Hastalığının Varlığı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları.....	71
Tablo 19: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Sigara, Alkol ve Madde Kullanma Durumu Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları.....	72
Tablo 20: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutlarının, Beck Depresyon Ölçeği ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiler.....	73
Tablo 21: Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Yaşantısı ve Depresyonun Psikolojik Sağlamlığa Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi.....	76

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt.	Aktaran
v.b.	ve benzeri
ve ark.	ve arkadaşları

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEM DURUMU

Çocukluk dönemi, bireyin birçok farklı deneyimi yaşadığı ve hayatı boyunca izlerini taşıdığı olaylardan oluşmaktadır. Bu deneyimlerin bir kısmı güzel hatıraları barındırırken, bir kısmı zorlayıcı olabilmektedir. Özellikle çocukluk çağı istismar ve ihmali çocukluk çağının en önemli travmatik yaşantılarından biridir. Çocuk istismarı ve ihmali, anne, baba veya çocuğun bakımı ile ilgilenen yetişkin tarafından uygulanan, toplum nezdinde kabul görmeyen ve profesyonellerce zarar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem veya eylemsizler neticesinde çocuk; fiziksel, cinsel, psikolojik ve sosyal yönden zarar görebilir. Bu durum çocuğun hem sağlığının hem güvenliğinin tehlikeye girmesine sebep olabilir (Traşçı ve Gören, 2007).

Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarının özellikle kötü muamelenin şiddetli olduğu durumların, psikiyatrik sorunların seviyesini önemli ölçüde artırdığı bilinmektedir (Van der Vegt, Van der Ende, Ferdinand, Verhulst ve Tiemeier 2009).

Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısının yetişkinlik döneminde psikopatolojinin ortaya çıkmasında etkili olduğu; alkol ve madde bağımlılığı, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu (Banducci, 2014), depresyon (Kinard, 1982; Bradley ve ark., 2008) görülme ihtimalinin yüksek olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır.

Bireylerin yaşamda karşılaştıkları birçok zorluğa ve güçlüğe rağmen yaşananlar sonrasında kendilerini toparlayabilme ya da yaşananların üstesinden gelebilme yeteneği olan psikolojik sağlık kavramı alan yazınında birçok çalışmanın araştırma konusu olmaktadır. Bu araştırmaların üzerinde durduğu temel nokta; zorlu yaşam deneyimleri sonrasında bazı kişiler kendini toparlayarak bunların üstesinden gelirken; bazılarının ise psikopatoloji geliştirdiklerinin gözlemlenmesiyle ilişkilidir (Çetin ve ark., 2015).

Kötü muamele gören çocuklarda depresyon riskini hafifleten faktörlerin belirlenmesi, kötü muamele ve depresyon arasındaki etyolojik bağlantıları anlamak ve erken müdahale için önemlidir (Denisson ve ark., 2016). Çocuk istismarı, zihinsel sağlık sorunları, madde kötüye kullanımı ve kişilerarası şiddet gibi bir takım olumsuz psikososyal sonuçlar ile ilişkilendirilir. Ancak bazı çocuklar istismar yaşamasına rağmen gelişir veya iyi adapte olurlar; araştırmacılar, negatif sonuçları önleyebilecek koruyucu faktörler ve mekanizmalar ile giderek daha fazla ilgilenmektedir (Tlapek ve ark.,2017). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarından istismar ve ihmal ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkiye dair çalışma sayısı az olmakla birlikte konuya ilişkin gittikçe artan bir ilgi söz konusudur. Bir çalışma çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı bulunan bireylerin psikolojik sağlık puanları çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı bulunmayan bireylere oranla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu bildirmektedir (İnan, 2015).

En yaygın psikopatolojilerden olan depresyon Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'ne göre bireyin hislerini, düşünce ve davranış biçimlerini olumsuz yönde etkileyen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır. Depresyon bireyin kendisini hüznü hissetmesine ve/veya zevk aldığı şeylerden zevk alamamasına ve ilgi kaybına neden olur. Bireyde duygusal ve fiziksel yönden çeşitli problemlere neden olurken evde ve işte çalışmasına engel olur. Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal gibi olumsuz çocukluk tecrübeleri yetişkin depresyonunda belirgin risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısı olan tüm bireyler depresyon geliştirmez. Zorlu tecrübelerle rağmen psikolojik sağlamlığın ve istikrarlı işleyiş seviyelerinin gösterilme kapasitesinin çocukluk dönemi istismar ve ihmal öyküsü olan bireyler arasında depresyona karşı bir tampon görevi göreceği yeterince incelenmemiştir (Poole, 2017). Ulusal alanyazınında konuyla ilgili bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışma çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantıları ve alt boyutlarının, yetişkinlik dönemi depresyonu ve psikolojik sağlamlık ile olan ilişkisine dair yapılan çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ALT PROBLEMLER

Bu araştırmanın amacı çocukluk çağı travmatik yaşantılarından istismar ve ihmalin psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışmada ayrıca yetişkinlerin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları, psikolojik sağlamlık ve depresyon puanlarının cinsiyet, eğitim durumu, anne-baba eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, anne-babanın hayatta oluşu, çocukluk dönemi anne-babadan ayrı kalma durumu, psikiyatrik tedavi durumu, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi bağımsız değişkenlere göre değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir. İstismar ve ihmal alt boyutları ile depresyon arasında, istismar ve ihmal alt boyutları ile psikolojik sağlamlık arasında, psikolojik sağlamlık ve depresyon arasında ilişki olup olmadığı, çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısı olanların yetişkinlik dönemi depresyonunda psikolojik sağlamlığın hafifletici etkisi olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevaplar aranmıştır.

1. Cinsiyete göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Medeni duruma göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Anne-babanın sağ olup olmamasına göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Annenin eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
6. Babanın eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

7. Algılanan gelir düzeyine psikolojik sağlamlık puanlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?
8. Bebeklikte/Çocuklukta anne babadan ayrı kalma durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
9. Psikiyatrik destek alma durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
10. Önemli bir fiziksel hastalığın olma durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
11. Sigara, alkol ve madde kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
12. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları, psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
13. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve depresyon belirtileri psikolojik sağlamlığı anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarından olan istismar ve ihmal, bireyin ruh ve beden sağlığını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir olgudur. Zarar verici etkilerinin sadece çocukluk dönemini kapsamadığı, bireyin yetişkinlik dönemini de kapsayan olumsuz sonuçların varlığı bilinmektedir. Yaşam boyu devam eden problem; bireyin kendisi, ailesi ve toplum için sıkıntılı durumların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sıkıntılı durumlardan biri de yetişkinlik dönemi depresyonudur.

Kötü muameleyle maruz kalmış çocukların çoğunlukla daha kırılğan/hassas bir yapıya sahip oldukları için yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde uyumsuz özellikler gösterme ve psikopatolojinin görülmesi yönünden yüksek risk altında oldukları birçok araştırma tarafından ortaya konmuştur. Fakat tüm zorlu yaşam olaylarına rağmen çocukluğunda istismar veya ihmale maruz kalmış bireylerin hepsinin yaşamlarının

ilerleyen dönemlerinde psikolojik problem yaşamadıkları görülmektedir (Cicchetti, 2010). Collishaw ve arkadaşları (2007) yapmış oldukları çalışmada istismar edilen bireylerin önemli bir kısmının yetişkinlikte hiçbir psikiyatrik problem yaşamadığını belirtmişlerdir.

Psikolojik sağlamlık (resilience), zorlu yaşam olayları ve tehdit edici unsurlara rağmen başarılı bir uyum süreci ve başatme kapasitesinin olmasıdır (Masten, Best, Garmezy,1990). Literatürde diğer zorlu yaşam olayları sonrasında olduğu gibi çocuk istismarı ve ihmali yaşantısından sonra da yeterli gelişim gösteren bireylerin olduğu belirtilmektedir (Yılmaz- Irmak, 2008). Psikolojik sağlamlığın çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ile ilişkisinin incelenmesi, çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarına bağlı gelişen psikopatolojinin önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları, depresyon ve psikolojik sağlamlık kavramını inceleyen bir çalışma olması sebebiyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Özetle çocuk istismarı ve ihmali, bireyin hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemleri üzerinde olumsuz etkileri olan, gelişimini engelleyen yaşantılardır. İstismar ve ihmal yaşantılarının neden olduğu olumsuz durumların toplumun her kesiminden kişiler ve uzmanlarca bilinirliğini artırarak konuyla ilgili duyarlılığın gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu yaşantıların ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek olan depresyon üzerindeki etkisinin belirlenmesi ve psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisinin anlaşılmasının, ruh sağlığı profesyonellerinin tedavi uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Türkiye’de konuyla ilgili çok az çalışmanın bulunmasından hareketle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. SAYILTILAR

1. Araştırmaya katılan kişilerin araştırma kapsamında kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC), Kişisel Bilgi Forumunu içtenlikle yanıtladıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçmeyi amaçladıkları özellikleri ölçebilecek geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip oldukları varsayılmıştır.

1.5. SINIRLILIKLAR

1. Araştırmaya katılanlar İstanbul ili içinde yaşayan 18 yaş üstü 205 kişi ile sınırlıdır.
2. Araştırmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilgili veriler 'Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'; depresyon belirtileri ile ilgili veriler 'Beck Depresyon Ölçeği'; psikolojik sağlamlık ile ilgili verilerin 'Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği' nin ölçtüğü değerler ile sınırlıdır.
3. Araştırmada kullanılan ölçekler katılımcıların kendi bildirimlerine dayalı olduğu için sorular gerçekçi bir biçimde yanıtlanmamış olabilir. Bu noktada özellikle istismar ve ihmal yaşantılarına ilişkin toplumsal ön yargılar veya güven sorunları yanıtların bir kısmının yanlış veya çarpıtılmış olma ihtimalini bulundurmaktadır.

1.6. TANIMLAR

Psikolojik Sağlamlık (Resilience): Bireyin zorlu ve riskli yaşam olayları sonrasında başarılı uyum sağlayabilmesi ve olumsuzluklarla başedebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Masten, 2001; Rutter, 2006).

Depresyon: Üzüntü ve ilgi kaybı ile karakterize, enerji kaybı, uyku ve iştah değişiklikleri, konsantrasyonun azalması, umutsuzluk veya suçluluk duygularının eşlik ettiği ve belirtilerden birkaçının iki hafta boyunca devam ettiği yaygın bir psikiyatrik durumdur (WHO).

Çocuk İstismar ve İhmali: Anne baba veya çocuğun bakımıyla ilgilenen bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyoneller tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen, engelleyen veya kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin neticesinde çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal yönden zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin risk altında olması söz konusudur (Taner ve Gökler, 2004).

İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

İnsanlar hayatlarının olağan akışı içerisinde zorlu ve travmatik yaşam olayları ile karşılaşabilirler. Kişilerin karşılaştıkları zorluklarla başetme biçimi kişiden kişiye değişmektedir. İnsanların bir kısmı zorlu yaşam olaylarıyla başetmekte zorlanırken bir kısmı bu zorluklarla başetme ve pozitif uyum göstermeye daha yatkındır. Bu bölümde psikolojik sağlamlık kavramı kapsamlı bir şekilde incelenmiştir.

2.1.1. “Resilience” Sözlük Anlamı

Bir çok farklı disiplinde kullanılan resilience (psikolojik sağlamlık) Latince ‘resilire’ kökünden türetilmiştir. Sözlük anlamı olarak; “bir maddenin elastik olması ve kolayca dönebilmesini” ifade etmektedir (Greene, 2002). MerriamWebster Dictionary’e göre, “talihsizlikten kurtulma, değişime kolayca adapte olma veya bunlara uyum sağlama becerisi” olarak tanımlanmaktadır. Oxford Dictionary’e göre ise, “zorluklardan çabucak kurtulma kapasitesi; dayanıklılık” olarak ifade edilmektedir.

Yurt içinde yapılan çalışmalar incelendiğinde ‘resilience’ kavramının Türkçe tanımı konusunda fikir birliğinin olmadığı görülmektedir. Araştırmacılar ‘resilience’ kavramının Türkçe karşılığı olarak, yılmazlık (Öğülmüş, 2001; Özcan, 2005; Gürkan, 2006;), kendini toparlama gücü (Terzi, 2006) ve psikolojik sağlamlık (Gizir, 2004; Gizir ve Aydın, 2006; Kararımak, 2006, 2007) ifadelerini kullanmaktadırlar.

2.1.2. Psikolojik Sağlamlık Kavramına İlişkin Tanımlar ve Kavramın Ortaya Çıkışı

İkinci Dünya Savaşı sonrasında psikoloji bilimi, “hastalık modeli”ni esas alarak iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapan bir alan haline gelmiştir; bu modelde

insanın güçlü yanları ile ilgilenilmemiş ve hasarın onarılması üzerinde durulmuştur (Seligman, 2002). American Psychologist'te yayınlanan makalesinde Seligman, genel iyi oluş haline olumlu yönde katkısı olduğu düşünülen psikolojik karakteristiklerin incelenmesinin pekiştirilmesini sağlayacak olan pozitif psikoloji alanını tanıtmıştır (McNulty ve Fincham, 2012). Pozitif psikoloji, kişilerin doğuştan sahip oldukları güçlü yönlerinin varolduğuna inanır. Kişilerin bu güçlü yönlerini geliştirmenin ruh sağlığını korumada ve uyum bozukluklarını ortadan kaldırmada etkili olduğunu düşünen modern bir yaklaşımdır (Csikszentmihalyi, 2009).

Pozitif psikoloji anlayışıyla benzer olarak insanın zayıf veya eksik yönlerinden ziyade güçlü yönlerinin üzerinde durulduğu araştırmalara geçiş, "psikolojik sağlamlık" (resilience) kavramını da beraberinde getirmiştir. Kavramın ulusal ve yabancı literatürde araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. Bu çalışmada farklı şekillerde tanımlanmış olan 'resilience' kavramına karşılık 'psikolojik sağlamlık' ifadesi kullanılacaktır.

Rutter (1987) psikolojik sağlamlığın, zorluğun üstesinden gelerek stresle başedebilen ve güçlüklerle rağmen ilerleme kaydedebilen kişilerde görüldüğü kanaatinde dir. Araştırmacıya göre psiko-sosyal anlamda psikolojik sağlamlık, bireyin karşılaştığı riskli durumdan kaçmayarak sergilemiş olduğu başarılı mücadeleyi içermektedir.

Benard (1991), kavramı bireyin gelişim dönemleri içerisinde karşılaştığı riskli olaylara rağmen, pozitif uyumu sağlayan koruyucu faktörlerin varlığı şeklinde açıklamıştır.

Winfield (1991) psikolojik sağlamlık kavramının farklılıklarına odaklanırken kavramı bireyde sürekli varolan değişmez bir tutum olarak değerlendirmemektedir. Ona göre psikolojik sağlamlık, bireyin tehdit edici bir olay karşısındaki davranışını değiştiren, bireyin hayatındaki önemli aşamalarda etkisi olan, koruyucu faktörleri içermektedir.

Psikolojik sağlamlık çalışmaları 1960-70'li yıllara dayanmaktadır (Cicchetti, 2006; Masten, 2007; Masten ve Obradovic, 2006). Norman Garmezy, Irving Gottesman, Lois Murphy, Michael Rutter, Arnold Sameroff, Alan Sroufe ve Emmy Werner gibi araştırmacılar bireyin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek travma veya erken doğum durumlarının yanı sıra şizofreni gibi ciddi psikopatolojik durumlar

ya da otizm gibi ruhsal rahatsızlıkların etiyojisini anlamak için çaba sarfetmişlerdir. Bu öncü araştırmacılar üzerinde çalıştıkları olgularda kişilerin karşılaştıkları travmatik yaşantılar sonrasında geliştirdikleri pozitif uyum ve iyileşme sürecinin önemi üzerinde durmuşlardır (Masten, 2007). Son kırk yıl içerisinde psikopatoloji çalışmalarında, bireyin travma deneyimi veya zorlu yaşam olayları sonrasında sergilediği pozitif uyum olarak adlandırılan psikolojik sağlamlık kavramı önemli bir yere sahip olmuştur (Luthar, 2006).

Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili en kapsamlı boylamsal araştırma Werner tarafından yapılmıştır. 1955’de Hawai de bir ada olan Kauai’de yapılan ve 40 yıl boyunca süren çalışmada 698 riskli bebek incelenmiştir. Riskli durumlara maruz kalmış bu çocukların yaklaşık üçte biri yoksulluk içinde büyümüş, doğum öncesi veya sonrası sağlık problemleri yaşamış, eğitim düzeyi düşük anne tarafından büyütülmüş, tek ebeveynli veya ruhsal rahatsızlıkları olan bir ailede büyümüş bireylerdir. Bu riskli durumlara maruz kalan çocukların 2/3’ünde yaşamlarının ilk on yılında belirgin bir şekilde öğrenme güçlüğü ve davranış problemleri görülmüş ve 18 yaşına kadar da zihinsel engelli tanısı almışlardır. Ancak araştırmacılar riskli grup olarak değerlendirdikleri bu çocuklardan 1/3’ünün diğerlerinin aksine oldukça normal bireyler olduklarını saptamışlardır. Bu bireylerin akademik yönden başarılı, sosyal ilişkilerinde yeterli, kendine güvenen ayrıca çocukluk ve ergenlik dönemlerinde herhangi bir davranış veya öğrenme problemi yaşamadıklarını belirtmişlerdir. 40 yaşlarına yaklaşan bu bireylerin işsizlik ya da kanunla ilişkili herhangi bir problem yaşamadıkları görülmüştür (Werner, 2005).

Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan ilk araştırmalarda, çocukluk döneminde zorlu yaşam olayları ile karşılaşan bireylerin yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkabilecek olan psikopatolojilerle ilgilenilmiştir. Bu çalışmalar neticesinde araştırmacılar yaşamda karşılaştıkları zor koşullara rağmen pozitif uyum süreci sergileyen psikolojik anlamda sağlam çocukların bazı önemli niteliklerinin olduğunu düşünmüşlerdir. Takip eden çalışmalarda zorlu yaşam olaylarına rağmen yeterli uyum gösteren bireylerin sahip oldukları bu özelliklerin kaynağı incelenmeye başlanmış ve savaş, ebeveyn kaybı, şiddet, yoksulluk, doğal afetler, fiziksel hastalıklar, travmatik deneyimler gibi bireyin yaşamı boyunca orataya çıkabilecek ve uyum sürecini

zorlaştıracak zorlu yaşam olaylarına odaklanılmıştır (Anderson, 2009; Herrman, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson ve Yuen, 2011).

Masten ilk yayımlarda, “invincible” “stres-resident” tanımlamalarının kullanıldığını ve bu çocukların olağan dışı özel yeteneklerinin varolduğuna dair düşüncelerin uzun süre etkili olduğunu belirtmiştir. Yazar, psikolojik sağlık sürecini tanımladığı “ordinary magic” isimli makalesinde psikolojik sağlamlığı olan çocukların, olağanüstü özelliklere sahip bireyler olmadıklarını, sağlamlıkla ilişkili olan koruyucu faktörlerin birçok insanın normal gelişim dönemlerinde görülen özellikler (bilişsel kapasite, bağlanma, sosyal destek gibi) olduğunun altını çizmektedir. İnsanın doğal gelişimi içerisinde olan ve aynı zamanda koruyucu etkisinin bilindiği bu özelliklerin geliştirilmesi halinde; zorlu ve riskli olaylara maruz kalan bireylerin yeterliliklerinin gelişebileceği söylenmektedir (Masten, 2001).

Psikolojik sağlık tanımı ile ilişkili farklı tanımlamalar yapılırken sıklıkla alınıtılan tanım “bireyin gelişimine ve uyumuna yönelik ciddi tehditlere rağmen iyi sonuçların görülmesi”dir (Masten, 2001). Bir diğer tanım ise “güçlüklerin hüküm sürdüğü bir bağlamda pozitif uyum (adaptasyon) sağlamayı içeren dinamik süreçler”dir (Luthar, Cichetti ve Becker, 2000).

Literatüre baktığımızda psikolojik sağlık kavramının farklı yönlerinin incelendiği bir çok çalışmanın varolduğu fakat bahsi geçen kavramın alanyazında tam olarak ne şekilde ifade edilebileceğine dair ortak bir kanaatin olmadığı görülmüştür. Masten, Best ve Garnezy (1990) psikolojik sağlık kavramını açıklamak adına normal gelişim sürecini konu alan psikolojik sağlık araştırmalarını derledikleri bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada psikolojik sağlık kavramını ; bireyin maruz kaldığı zorlu ve travmatik yaşam olaylarına karşın sergilemiş olduğu pozitif uyum süreci ve becerisi olarak açıklamışlardır. Araştırmacılar, kavramın çalışmalara konu olan üç temel boyutunun olduğunu ifade etmektedirler. Bu boyutlar; “(a) yüksek risk altındaki çocuklarda olumlu sonuçlar, (b) stres altındaki çocuklarda sürdürülebilir yetkinlik ve (c) travmadan sonra toparlanma” şeklindedir. Mevcut literatür incelendiğinde psikolojik sağlamlık kavramının farklı tanımlarında üç temel nokta üzerinde durulmuştur. Bunlar; a) risk ve/veya zorluk, b) olumlu uyum gösterme, baş etme, yeterlik ve c) koruyucu (protective) faktörlerdir (Gizir, 2007).

Bonanno (2012) psikolojik sağlamlık kavramının farklı kullanımlarının olduğunu, bazı araştırmalarda kavramın bireyde psikopatolojinin bulunmaması, bazılarında bireyin kişilik özelliklerinden biri, bazılarında ise bireyin zorlu yaşam olayları sonrasında pozitif uyumu olarak kullanıldığını fakat bu kullanımların psikolojik sağlamlık kavramını açıklamak için yeterli olmadığını belirtmiştir. Walsh (2007) psikolojik sağlamlığı, karşılaşılan bir zorluk sonrasında bireyin bu süreçten daha güçlenerek çıkması olarak; Ramirez (2007) bireyin depresyon, hastalık ve benzeri zorlu durumlardan sonra hızlıca iyileşmesi, kendini toparlayabilmesi, zorlu koşulların ardından kolayca eski haline dönebilmesi, Terzi (2005) ise stresle başetmeyi sağlayan karakteristik bir özellik şeklinde tanımlamaktadır.

Herrman ve diğeri (2011) psikolojik sağlamlık ve bağlantılı araştırmaları inceledikleri meta analiz çalışmasında psikolojik sağlamlığın çoğunlukla pozitif uyum, zorlu yaşam olayları sonrasında ruh sağlığının korunması ya da tekrardan kazanılması anlamlarında kullanıldığını belirtmişlerdir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde deneyimlenen zorlu yaşantıların bireyin psikolojik işlevselliği ile psikopatolojinin meydana gelmesini etkileyeceği; yetişkinlik döneminde deneyimlenen zorlu yaşantılara rağmen pozitif yönde uyum sergileyen kişilerin psikolojik sağlamlığı olan kişiler olarak kabul edilebileceği söylenmektedir (Tiet ve ark., 1998).

Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili araştırmalarda üzerinde durulan konulardan biri psikolojik sağlamlığın bir kişilik özelliği mi yoksa gelişimsel bir süreç mi olduğudur. Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili ilk çalışmalarda maruz kalınan zorlu yaşam olaylarına rağmen ortaya çıkan pozitif uyumun bireyin karakteristik özelliğiyle ilgili olduğu bildirilmiştir (Tugade ve Fredrickson, 2004). Sonraki çalışmalar ise çevresel faktörlerin ve koruyucu ebeveynlerle kurulan ilişkilerin psikolojik sağlamlığı artırmada etkili olduğu yönündedir (Richardson, 2002). Günümüzdeki teoriler, kavramın çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu savunurken mizaç ve kişilik özelliklerinin; örneğin problem çözme becerisinin psikolojik sağlamlık etmenlerinden olduğunu belirtmektedirler (Campbell-Sills, Cohan ve Stein, 2006; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Bazı çalışmalarda psikolojik sağlamlık kişisel özellikler olarak algılanır, ancak bazılarında daha sonra öğrenilecek bir kabiliyet ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile

kurulan bir süreç olarak kabul edilir. Kabul edilen görüş, psikolojik sağlamlığın kişisel ve doğuştan gelen bir nitelik olmadığı, ancak kişinin zorluk deneyimlerinde çeşitli faktörlerin etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıkan bir süreç olduğu yönündedir (Erdoğan ve ark., 2015).

Literatürde psikolojik sağlamlığın kalıcı bir nitelik olmadığı belirtilmektedir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Bu nedenle kavramın sadece bir kişilik özelliği olmadığı; literatürdeki birçok tanımda olduğu gibi dinamik bir sürece ve geliştirilebilir yönleri sahip olduğu, kavramın gelişebilmesi için kişinin zorlu yaşam olayları ile karşılaşması (boşanma, terör, doğal afetler, yoksulluk, aile içi çatışma, taşınma) ve koruyucu faktörler olarak isimlendirilen bazı bireysel özellikleri ile duruma pozitif uyum göstererek hayatın değişik alanlarında başarılı olması gibi benzer noktaların var olduğu görülmektedir (Işık, 2016; Kararımak, 2006). Buna benzer başka bir yaklaşımda ise Masten ve Powell (2003) psikolojik sağlamlık kavramının kriterlerini oluştururken veya bir kişinin psikolojik anlamda sağlam olduğunu söylerken dikkat edilmesi gerekenin; bu durumun bireyin hayatının tamamını içeren bir tanımlama olmadığı yani psikolojik sağlamlığın her durumda ortaya çıkan bir kişilik özelliği olmadığıdır. Yapılan araştırmalarda gelişim dönemlerinden herhangi birinde psikolojik sağlam olarak tanımlanan grupta olabilenlerin başka bir gelişim döneminde aynı grupta olmayabilecekleri ya da bir dönemde psikolojik sağlam olmayanların sonraki dönemde psikolojik sağlam olarak tanımlanan grupta yer alabilecekleri belirtilmektedir (Dumont, Widom ve Craja, 2007; Farber ve Egeland; 1987, Herrenkohl, Herrenkohl ve Egolf, 1994; McGloin ve Widom, 2001).

Bu araştırmalar ışığında psikolojik sağlamlığın durağan değil dinamik ve geliştirebilir bir süreç olduğu söylenebilmektedir. Geliştirilebilir bir süreç olan kavram Masten'e (2001) göre, az rastlanan olağanüstü özelliklerden kaynaklanmamakta; aksine sıradan, normal denilebilecek her insanın sahip olduğu zihin, beyin, beden, aile, ilişkiler ve toplumun psikolojik sağlamlık kavramını meydana getiren kaynaklar olduğunu belirtmektedir. Kavramın özel yetenek gerektiren bir süreç olmaması ve her birey için ulaşılabilecek bir süreç olması psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi yönünde umut vadetmektedir.

Birçok araştırmada kavrama dair ortak kanının geliştirilebilir bir süreç olması çocuklar ve yetişkinler için geliştirme çalışmalarının yapılmasına zemin hazırlamıştır.

Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association/APA) 'ne göre; sağlamlık, aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık problemleri veya maddi zorluklar gibi, sıkıntı, travma, trajedi, tehditler ya da önemli stres kaynakları karşısında iyi adapte olma sürecidir. Zor deneyimlerden "geri zıplamak" anlamına gelir. Devam eden açıklamalarında psikolojik sağlamlığın insanların sahip olduğu ya da sahip olmadığı bir özellik olmadığı, herkes tarafından öğrenilebilen ve geliştirilebilen davranışları, düşünceleri ve eylemleri içerdiğini belirtmişlerdir. Psikolojik sağlamlığı geliştirmeye yönelik on adımlık yapılandırma süreci nerileri aşağıda sunulmuştur.

- İlişki Kurmak: Bireyin psikolojik sağlamlığını geliştirmesinde yakın aile yeleri, arkadaşları ve diğerleriyle iyi ilişkilere sahip olması önemlidir. İhtiyacı olduğunda bireyin dinlenilmesi, onunla ilgilenilmesi, buna karşılık kişinin bu desteği ve yardımı kabul etmesi psikolojik sağlamlığı gclendiren önemli etkenlerdendir. Ayrıca sivil gruplarda, inanç temelli organizasyonlarda veya diğer yerel gruplarda aktif olmanın toplumsal destek sağladığını ve umudun geri kazanılmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir.
- Sorunları Aşılmaz Görmemek: Stresli olayların yaşandığı gerçeğini değiştiremezsiniz, ancak bu olayları nasıl yorumladığınızı ve yanıtlayacağınızı değiştirebilirsiniz. Gelecekteki koşulların biraz daha iyi olabilmesi için mevcut durumun ötesine bakmayı deneyin. Zor durumlarda başa çıktıkça kendinizi biraz daha iyi hissedeceğiniz incelikler üzerinde durun.
- Değişimi Yaşamın Bir Parçası Olarak Görmek: Olumsuz durumların bir sonucu olarak bazı hedeflere ulaşamayabilirsiniz. Değiştirilemeyen koşulları kabul ederek , değiştirebileceğiniz koşullara odaklanmanız faydalı olacaktır.
- Amaca Yönelik Hareket Etmek: Gerçekçi hedefler geliştirin. Hedeflerinize doğru ilerlemenizi sağlayan şeyler küçük bir başarı gibi görünse bile düzenli olarak bir şeyler yapın. Başarılmaz görünen görevlere odaklanmak yerine kendinize şu soruyu sorun: "Bugün yapabileceğim tek şey, gitmek istediğim yönde hareket etmeme yardımcı oluyor mu?"
- Kararlı Bir şekilde nlemler Almak: . Problemlerden ve yaşanılan stresten kaçmak veya hiçbir nlem almayıp sadece sorunların bitmesini beklemek yerine kararlı adımlar atın.

- Kendini Keşfetmek İçin Fırsatlar Bulmak: İnsanlar çoğu zaman zorlu bir deneyimden sonra kendileri hakkında bir şeyler öğrenirler ve kaybetme mücadelesinin bir sonucu olarak bir miktar büyüdüklerini görebilirler. Trajedi ve sıkıntı yaşayan birçok kişi daha savunmasız hissettiklerinde bile daha iyi ilişkiler kurdukları, daha güçlü hissettikleri, kendilik değerlerinin arttığını ve daha gelişmiş bir maneviyat duygusu içinde olduklarını bildirmiştir.
- Kendi Olumlu Yönlerini Beslemek: Bireysel problem çözme becerilerinize ve içgüdülerinize güvenmek psikolojik sağlamlığınızı geliştirmenize yardımcı olacaktır.
- Uzun Vadeli Perspektifler Oluşturmak: Çok acı olaylarla yüzleşmiş olsanız dahi, stresli durumu daha geniş bir bağlamda düşünmeye ve uzun vadeli bir bakış açısı sağlamaya çalışın.
- Umutlu-İyimser Olmak: İyimser bakış açısı hayatınızda iyi şeyler olacağına dair inancı artırır. Birey korkuları yerine gelecekle ilgili isteklerini hayal etmelidir.
- Kendine Dikkat Etmek: Psikolojik sağlamlığınızı güçlendirmek için kendi ihtiyaç ve hislerinize dikkat edin. Beğendiğiniz aktivitelere katılarak rahatlayın. Düzenli egzersiz yapın. Kendinize iyi bakmanız, zihninizi ve vücudunuzu direnç gerektiren bir durumla başa çıkmaya hazır hale getirmeye yardımcı olacaktır.
- Yardımı Olabilecek Diğer Unsurlar: Psikolojik sağlamlığı güçlendirecek diğer etmenler ise; kişilerin yaşamlarındaki travma veya diğer stresli olaylarla ilgili en derin düşünce ve hislerini yazması, meditasyon ve manevi uygulamalar aracılığıyla umutlarını yeşertmeleridir.

Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili çalışmalar zorlu yaşam olaylarını tecrübe etmiş gruplarda bu yaşantıların neden olduğu süreçleri çocuk ve çevre etkileşimi üzerinden incelerken aynı zamanda bu gruplar için yeterliliğin geliştirilmesi adına yapılabilecek müdahale çalışmalarına yol göstermektedir (Masten ve Coatsworth, 1998).

Harvard Üniversitesi Çocuk Gelişim Merkezi (2017); yaşanan tüm stresin zararlı olmadığını destekleyici yetişkinlerin yardımı ile pozitif stresin büyüme teşvik

ettiğini belirtmektedir. Yönetilebilir tehditlere maruz kalmanın psikolojik sağlamlığın gelişiminde kritik öneme sahip olduğuna inanılmaktadır. Düzenli fiziksel egzersiz, stres azaltma uygulamaları ve kendi kendini düzenleme becerilerini geliştiren programlar, çocukların hayatlarında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma, onları uyarılma ve hatta bunları önleme yeteneklerini geliştirebilir. Merkez psikolojik sağlamlığın geliştirilebilir bir süreç olmasından yola çıkarak bir multimedya uygulaması oluşturmuştur. Bu uygulamada amaç bir bütün olarak seçeneklerin çocuklara ve topluma ciddi zorluklarla mücadele ederken nasıl daha esnek olabileceklerini öğretmeye yöneliktir. Uygulamada katılımcılara harcanmak üzere yalnızca 20 adet 'Resilience Bucks' bulunduğu, dikkatli seçim yapmaları gerektiği, olumsuz olayların her an olabileceği ve bu olumsuzlukları gidermek için olumlu etkinlikler seçmenin kendi görevleri olduğu yönünde bilgi verilmektedir. Belirli pozitiflikler bazı olumsuzluklara daha iyi karşı koyacak ve toplumdaki çocuklar üzerinde daha büyük bir olumlu etkiye sahip olacaktır. Bu uygulamada amaç çok sayıda çocuğun ölçeğini pozitif yönde geliştirmektir.

Psikolojik sağlamlık çalışmaları üzerinde durdukları konular itibariyle yıllar içerisinde değişmiştir. Kavram ile ilişkili Cicchetti ve Rogosch (1997), Garnezy (1973) ve Werner'in (1971) yapmış olduğu ilk araştırmalarda travmatik bir olayı takip eden patoloji üzerinde durulurken, yeni bulgular sonrasında araştırmacılar travma deneyimi yaşamış ya da yaşamamış bireylere yönelmişlerdir (Ghimbulut, Ratiu, ve Opre, 2012). Bu süreci üç dönemde ele alırsak ilk dönemde araştırmacılar psikopatolojinin gelişimini anlamaya ve önlemeye yönelik araştırmalar yaptıklarını görürüz (Masten, 2011; Masten ve Obradovic, 2006). Bu öncü araştırmacılar karşılaştıkları riskli durumlara rağmen iyi bir gelişim sergileyen çocukların önemini farketmişlerdir. Erken dönem deneysel çalışmalarda psikolojik sağlamlığı çocuklarda benlik saygısı gibi kişilik özellikleri üzerinde durulmuştur (Masten ve Garnezy, 1985).

Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili araştırmaların ikinci döneminde; kavram ile ilişkili koruyucu faktörleri anlamaya ve düzenleyici sistemlerin neler olabileceğini bulmaya ilgilenebilmiştir (Masten ve Obradovic, 2006). Alanda yapılan çalışmalarda ilerlemelerle beraber araştırmacıların çoğu psikolojik sağlamlıkta

bireyden bağımsız olan faktörlerin de etkili olduğunu kabul etmişlerdir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Psikolojik sağlık kavramı ile ilişkili araştırmaların üçüncü döneminde ise koruyucu faktörler araştırılmayıp, psikolojik sağlık sistemi ve onu ortaya çıkaran mekanizmanın bulunmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Psikolojik sağlık birey, çevre ve zaman faktörlerinin etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve bu etkileşimle ilişkili olarak psikolojik sağlamlığın ortaya çıkmasında farklılıklar gözlemlenmektedir. Bunlar; psikolojik sağlamlığın kapsamı ve düzeyindeki farklılıklardır. Maruz kalınan risklerin her koşulda gelişimsel anlamda olumsuzluklara neden olduğu söylenemeyeceği gibi psikolojik sağlamlığın ortaya çıkmasını kesinleştiren özelliklerden de söz edilememektedir (Masten ve Coatsworth, 1998).

2.1.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler

Rutter (1999) psikolojik sağlamlığı, risk ve koruyucu faktörlerin arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkan dinamik bir süreç olarak açıklamış ve bu dinamik sürecin zorlu yaşam deneyimlerinin etkisini değiştirdiğini belirtmiştir. Risk ve koruyucu faktörlerin açıklanması psikolojik sağlık kavramının anlaşılmasında önemli bir yere sahiptir. Bu bölümde risk faktörleri, koruyucu etmenler ve olumlu sonuçlara dair bilgiler sunulacaktır.

2.1.3.1. Risk Faktörleri

Psikolojik sağlık, yalnızca bireyin bir tür risk veya zorlu bir yaşam olayı ile karşılaştığı zaman tanımlanabilir. Bu nedenle risk psikolojik sağlık için anahtar kelimedir. Risk faktörü olarak tanımlanabilecek koşullarda yaşamayan çocukların “yeterli veya yetkin”, “uyumlu” ya da yalnızca “normal” oldukları söylenebilir, fakat çocuk veya ergenlerin “psikolojik sağlık” kavramına sahip olduklarından bahsedilemez (Masten ve Reed, 2002).

Psikolojik sağamlık araştırmaları başlangıçta tek bir risk faktörüne odaklanırken sonrasında birden çok risk faktörü üzerinde çalışılmış ve bu risk faktörlerinin kişinin psikolojik sağamlığı üzerinde ne derecede etkili olduğu yönünde çalışmalar devam etmiştir (Kararımak, 2006).

Coleman ve Hagell (2007) risk faktörlerini; fakirlik, hastalık ya da işlevsel olmayan geçmiş aile yaşantıları gibi birey üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilecek etmenler şeklinde tanımlamaktadırlar.

Luthar (2006) bireyin maruz kaldığı kötü muamelelerin, ebeveynlerin istismar ve ihmal davranışlarının psikolojik sağamlıkta risk faktörlerini ortaya çıkaran önemli yaşantılar olduğunu belirtmiştir. Çocuğun yaşamında süregelen bir şekilde varolan kötü muamele yaşantıları yalnızca çocuğun uyumsuz davranışlar geliştirmesi için bir risk faktörü değil, aynı zamanda kişinin mücadele gücünü artıracak olan pozitif niteliklerin gelişimini engelleyen bir etmen olarak değerlendirilmektedir.

Masten ve Sesma (1999) Minesota Risk faktörlerinin araştırıldığı ilk çalışmalarında aileleriyle birlikte barmaklarda yaşayan çocukların çok düşük gelir düzeyindeki diğer çocuklarla aynı risklerin çoğunu paylaştıklarını belirtmişlerdir. Her iki grup tarafından paylaşılan risk faktörleri, tek ebeveynli aileleri, az eğitimi ebeveynleri, düşük istihdam oranına sahip ebeveynleri, şiddet içeren aile yaşantısı ve ebeveynlerin hastalığı veya ölümünü içeren çok sayıda stresli olaylar ile ilişkilendirilmiştir.

Literatüre baktığımızda psikolojik sağamlık ile ilişkili risk faktörlerinin bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri olarak gruplar halinde ele alındığı görülmektedir (Coleman ve Hagell 2007).

Bireysel Risk Faktörleri

Kaygılı mizaç, zeka düzeyinin düşük olması, akademik başarısızlık, düşük özgüven, yetersiz başa çıkma mekanizmaları, engellenmeye karşı düşük tolerans, kalımsal bozukluklar, sağlık problemleri, hiperaktivite ve uyumsuz davranışlara sahip olma bireysel risk faktörlerindedir (Coleman ve Hagell 2007; Kararımak 2006; Gizir 2007; Terzi 2008; Tümlü 2012).

Ailesel Risk Faktörleri

Ebeveynlerin sağlık problemleri ve çatışmaları, ruhsal/kronik hastalığa sahip anne veya babanın varlığı, düşük eğitim düzeyi, boşanma veya ölüm nedenli ebeveyn kaybı, sosyo-ekonomik durum, kalıtsal hastalıklar, ebeveynlerin sert veya tutarsız davranışları, evlat edinilme, aile içi şiddet, istismar ve ihmal yaşantıları ailesel risk faktörlerindedir (Coleman ve Hagell ,2007; Gizir,2007; Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü, 2012).

Çevresel Risk Faktörleri

Düşük sosyo-ekonomik durum, okul ve diğer toplumsal alanlardan yeterli hizmetin alınamaması, olumsuz akran ilişkileri, ait olunan sosyal çevrede rol model eksikliği, madde kullanımı, işsizlik, fiziksel ve cinsel istismar, barınma ve beslenme ihtiyaçlarının gerekli düzeyde karşılanamaması, göç, toplumsal şiddet yaygın olarak karşılaşılan çevresel risk faktörlerindedir (Gizir, 2007; Terzi, 2008; Tümlü, 2012).

Gizir (2007) psikolojik sağlık, risk ve koruyucu faktörlerin incelendiği araştırmaları derlediği çalışmasında; literatürde konuyla ilgili yapılmış araştırmaların konu aldığı risk faktörlerini listelemiştir. Bunlar;

Bireysel Risk Faktörleri

- Erken doğum
- Olumsuz yaşam olayları
- Kronik hastalıklar

Ailesel Risk Faktörleri

- Ebeveynlerin psikolojik ve fizyolojik hastalıkları
- Anne-babanın boşanması, ölümü veya tek ebeveyn ile yaşamak
- Erken yaşta anne olma

Çevresel Risk Faktörleri

- Dezavantajlı ekonomik durum ve yoksulluk
- Çocuk ihmal ve istismarı
- Toplumsal travmalar (doğal afetler, savaşlar)
- Toplumsal şiddet

- Barınma problemleri

2.1.3.2. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, risklerin ve kötü koşulların olumsuz etkilerini azaltan ya da ortadan kaldıran faktörlerdir (Ramirez, 2007). İyi sonuçların ortaya çıkmasını sağlayan koruyucu faktörler, süreçler ve mekanizmalar psikolojik sağlamlığın destekçisi olarak görülebilmektedir. Benard (1995)'a göre okul, aile ve sosyal çevreye ait özellikler stresli durumların neden olduğu olumsuz sonuçlar üzerinde değişim sağlayabilir.

Bireysel Koruyucu Faktörler

Bireysel koruyucu faktörler; zekâ düzeyinin iyi olması, algılanan akademik yeterliliğin olumlu olması, yüksek benlik saygısı, olumlu düşüncelere sahip olma ve geleceğe dair plan yapma, gelişmiş mizah duygusuna sahip olma, kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olma, empatik olma, sorumluluk sahibi ve yardımsever olma ve etkili problem çözebilme özelliğine sahip olmaktır (Öz ve Yılmaz, 2009). Benzer bir şekilde Herrman ve arkadaşları (2011)'da psikolojik sağlamlığa açıkça katkıda bulunan bireysel faktörlerin, kişilik özellikleri (açıklık, dışa dönüklük ve kabul edilebilirlik), iç kontrol odağı, ustalık, öz yeterlik, benlik saygısı, bilişsel değerlendirme (olumlu yorumlama) ve iyimserlik olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak beyindeki değişikliklerin ve biyolojik süreçlerin olumsuz duyguları ılımlı hale getirebileceğini ve bunun olumsuzluklara karşı psikolojik sağlamlık kapasitesini artırabileceğinden söz etmektedir.

Ailesel Koruyucu Faktörler

Ailesel koruyucu faktörler; olumlu anne-çocuk ilişkisi, ailenin çocukların geleceğine dair olumlu beklentilere sahip olması, aileyle birlikte yaşama, anne ve babanın iyi eğitim düzeyine sahip olması gibi özelliklerdir (Öz ve Yılmaz, 2009)

Anneye güvenli bağlanma, istikrarlı bir aile ortamına sahip olma, istismar etmeyen ebeveynle güvenli bir ilişkiye sahip olma, iyi ebeveynlik kriterlerine sahip olma, ailede depresyon ve madde kullanımının olmaması da ailesel koruyucu etmenlerdendir (Herrman ve ark., 2011).

Çevresel Koruyucu Faktörler

Çevresel koruyucu faktörler ise bir yetişkinle olumlu ilişkiye sahip olma, olumlu toplumsal desteğin varlığı, olumlu okul ilişkileri, destekleyici öğretmenin varlığı, olumlu akran ilişkileri ve olumlu bir rol modelinin bulunması gibi özelliklerdir (Gizir, 2007; Herrman ve ark., 2011).

Ayrıca iyi okullar, toplum hizmetleri, spor ve sanatsal faaliyetler, kültürel faktörler, maneviyat ve din ve şiddete maruz kalmama psikolojik sağlamlığa katkı sağlayan etmenlerdir (Luthar ve Cicchetti, 2000; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Gizir (2007) psikolojik sağlamlık, risk ve koruyucu faktörlerin incelendiği araştırmaları derlediği çalışmasında; literatürde konuyla ilgili yapılmış araştırmaların konu aldığı koruyucu faktörleri listelemiştir. Bunlar şu şekilde listelenmiştir;

Bireysel Koruyucu Faktörler

- Zeka
- Akademik başarı
- Olumlu veya kolay mizaç
- İç kontrol odağı
- Benlik saygısı ve özyeterlik
- Kişisel farkındalık ve kendini kabul
- Özerklik
- İleriye yönelik hedefler ve gelecek için olumlu beklentiler
- Etkili problem çözme becerileri
- İyimserlik ve umut
- Sosyal yetkinlik
- Gelişmiş mizah duygusunun varlığı

- Sağlık

Ailesel Koruyucu Faktörler

- Destekleyici ebeveyn varlığı ya da aile üyelerinden biriyle kurulan olumlu ilişkiler
- Ekili anne babalık
- Çocuğa yönelik beklentilerin yüksek ve gerçekçi olması

Çevresel Koruyucu Faktörler

- Yakın çevredeki yetişkinlerin destekleyici tutumları ve olumlu ilişkiler
- Akran / Arkadaş desteği
- Toplumsal kaynakların (nitelikli okullar, gençlik merkezleri, gençlere yönelik faaliyetler vb.) yeterli olması

2.1.4. Olumlu Sonuçlar

Psikolojik sağlamlık kavramının varlığından söz edebilmek için zorlu yaşam olayına karşın sergilenen olumlu bir uyumun varolması gerekmektedir (Masten, 2001). Kavram ile ilişkili araştırmalarda sadece riskin varlığı ve tanımın yapılması yeterli olmayıp; bunun yanında süreç sonrasında akademik ve sosyal yönden alınan yeterlilik-yetenlik benzeri olumlu sonuçların da belirlenmesi gerekmektedir (Gizir, 2007).

Bir bireyin iyilik hali yaşamının farklı alanlarında ve zamanlarına uygun olarak değerlendirilebilir. Gelişim dönemi basamaklarında bireyden beklenen evrensel faktörlerin varlığı yürümeyi veya konuşmayı öğrenme, bireyin iyi olup olmamasına dair kararın verilmesinde önemli bir yere sahiptir. Gelişim bilimciler belirli bir zaman dilimi ve kültürel yapı içerisinde çocukların yaşına özgün gelişimsel görevlerin başarılması veya görevler bazında yeterliliklerinin sınanması ile sağlamlığı değerlendirmektedirler (Masten ve Coatsworth, 1998).

Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili araştırmalarda, sağlıklı uyum veya yeterliliği açıklamak için farklı ölçütler üzerinde durulmaktadır. Bu ölçütler, akademik ve sosyal yönden başarılı olma, bireyin bulunduğu yaş grubuna özgü davranışları kültürel olarak istenen şekilde sergilemesi, yaşam memnuniyeti ve mutluluk gibi

olumlu duygulara sahip olma veya bireyin yaşamında psikopatolojinin, stresin, uyumsuzluğun ve suç yönelimli riskli davranışların yer almamasıdır (Luthar ve Cushing, 1999; Masten ve Reed, 2002).

Birçok araştırmada pozitif uyum psikolojik sağlamlığın sonucu olarak değerlendirilmektedir. Sağlamlık süreçleri travmatik bir yaşam olayının üstesinden (ör. kişi için önemli birinin ölümü) başarılı bir şekilde gelebilme veya olumsuz bir sonucun olmaması gibi farklı sonuçları da içerebilir (Fergus ve Zimmerman, 2005).

Gizir (2007) psikolojik sağlamlık, risk ve koruyucu faktörlerin incelendiği araştırmaları derlediği çalışmasında; literatürde konuyla ilgili yapılmış araştırmaların konu aldığı yeterlilik (olumlu sonuçlar) faktörlerini listelemiştir. Bunlar şu şekilde listelenmiştir;

- Akademik başarı
- Olumlu sosyal ilişkiler / sosyal yeterlik
- Duygusal problemler veya belirtilerin azlığı
- Davranış problemlerinin azlığı
- Psikopatolojinin görülmemesi
- Psikososyal uyumu sağlayan kriterlerin varlığı

Olumlu sonuçlar açısından değerlendirildiğinde yetişkinler ve çocuklarla yapılan çalışmalar birbirinden farklıdır. Çocuk çalışmalarında davranışsal yeterlilik veya bunun toplumun çocuğa dair beklentilerini karşılayıp karşılamadığı üzerinde durulurken; yetişkin çalışmalarında ise bireyin kendisini nasıl hissettiği esas alınır. Çocuklar için değerlendirme esasları; öğretmenlerinin, ailelerinin ve sınıf arkadaşlarının çocuğun iyi not alması, arkadaşları ile iyi anlaşması ve genel davranış eğiliminin iyi olması ile ilgili bildirimleridir. Yetişkinler için ise; öz bildirime dayalı iyi oluş, mutluluk, stresin olmaması gibi esaslar değerlendirme kriterlerindedir (Luthar, Sawyer ve Brown, 2006).

2.2. DEPRESYON

Bu bölümde depresyonun tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyolojisi, ilişkili kuramlar ve tanı kriterleri konularını içeren kuramsal çerçeve incelenmiştir.

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülenidir. Sözlük anlamıyla çökkünlük olarak Türkçe'ye çevirebileceğimiz depresyon karşımıza bir sendrom, hastalık veya ruh hali olarak çıkabilir. Yaşamı boyunca her birey zaman zaman sıkıntılar yaşayabilir. Fakat bazı bireylerde bu semptom haline dönüşebilir ve çok daha az bir kısmında bu durum hastalık belirtisidir (Shorter, 1997).

Öztürk (2002) depresyonu bireyin derin üzüntülü, kimi zaman da hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumu içerisinde olmasıyla açıklar. Depresyonda üzüntülü duygu durumuna eşlik eden düşünmede, konuşmada, fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve durgunlaşma açıkça gözlemlenir. Bu belirtilere ek olarak kişinin değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, çökkünlük, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelere sahip olduğu bir sendrom olarak açıklanmaktadır.

Depresyon; duygusal durum, bellek ve bilişsel alanlarla ilişkili davranışsal ve bedensel değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olan önemli bir hastalık olarak da tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2004).

En genel tanımıyla depresyon; üzüntü, ilgi kaybı ve azalmış enerji ile eşlik eden bazı belirtilerle tanımlanmaktadır. Ayrıca karakteristik bir depresif epizotta haz alamama, ilgi ve konsantrasyonda belirgin oranda azalma ve çabuk yorulma yaygın bir şekilde görülmektedir. Bunlara ek olarak uyku düzensizlikleri, iştahta azalma, kendilik saygısında düşme, kendine güvende azalma hemen hemen her zaman görülmektedir. Suçluluk ve değersizlik düşünceleri de bunlara eşlik etmektedir. Depresif epizotun düzeyi belirtilerin yoğunluğu ve şiddetine göre hafif, orta veya ağır olmak üzere üç katagoride tanımlanabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).

Hafif düzey depresyonda, yukarıda bahsi geçen belirtilerin iki veya üçü görülür ve birey bunlardan dolayı zorluk yaşasa da birçok aktiviteyi devam ettirebilmektedir. Orta düzey depresyonda, yukarıda bahsi geçen belirtilerin dört ya da daha fazlası görülür ve birey günlük aktivitelerini devam ettirmekte oldukça fazla zorluk yaşamaktadır. Ağır düzey depresyonda ise yukarıda bahsi geçen belirtilerin bir çoğu görülür ayrıca karakteristik olarak azalan kendilik saygısı, değersizlik ile suçluluk hisleri, intihar düşünceleri ve girişimleri bulunmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).

2.2.2. Depresyonun Tarihçesi

Eski çağlarda depresyonun ortaya çıkmasında tanrısal ve doğa üstü güçlerin varlığına dair inanış hakim iken, Hipokrat (M.Ö. 460-357) ile depresyonun oluşmasına dair inanç sistemli olarak fizyolojik sistemler üzerinden olmuştur. Hipokrat depresyon gibi ruhsal görüngülerin beyinden kaynaklandığını belirtmiştir. Depresyon için melankoli; melan=siyah, cholé=safra anlamına gelen kelimeyi kullanmıştır. Melankolinin aşırı miktarda bağırsak ve dalakta biriken kara safra ile meydana geldiğini, toksik olan bu maddenin beyni etkilediğinden söz etmiştir. Ayrıca melankolinin uzun süre devam eden stres yaratıcı durumlarda görüldüğünü söylemiştir. Galen (M.S. 131-201) melankoliyi korku ve depresyon, yaşamdan memnun olmama, insanlara karşı nefret duyguları içerisinde olma şeklinde tanımlamış, genetik ve çevresel etmenler ile olan ilişkisi üzerinde çalışmıştır. Batı'da Hipokrat ile Galenik görüş yaygın iken, Türk ve Arap dünyasında ise İbni Sina ve İshak İbni İbrahim gibi hekimler önemli gelişmeler kaydetmişlerdir. İbni Sina (M.S. 980-1037) ruhu beynin bir işlevi olarak görmüş, burada meydana gelen bozukluğun hastalığın ortaya çıkmasına neden olduğunu söylemiştir. 20. yüzyılın başlarına geldiğimizde ise depresyon bir terim olarak bazen melankoli ile eş anlamlı, bazen de onun bir belirtisi olarak kullanılmıştır. Bunun aksine Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) depresyonu bir semptom olarak değil depresif epizotlar başlığı altında varolan bir kategori olarak tanımlamıştır. Kraepelin klinik depresyonda temel patolojinin fiziksel, zihinsel becerilerde yavaşlama ve çökkünlük olduğunu savunmuştur (Yetkin ve ark., 2007).

2.2.3. Depresyonun Epidemolojisi

Amerikan Tıp Derneğinin yapmış olduğu epidemiyoloji çalışmasının sonuçlarına göre; yaşam boyu majör depresif bozukluk yaşama riski %16.2 ve yıllık yaygınlığın %6.6 olduğu görülmektedir (Kessler ve ark., 2003). Bunlara ek olarak ortalama epizod süresinin 16 hafta olduğu ve bireyin işlevselliğinde %59.3 oranında bozulmanın olduğu belirtilmiştir. Güleç (1981)'in depresyonun epidemiyolojisine

yönelik yapmış olduğu çalışmada ülkemizde depresyon yaygınlığının %9.2, yaşam boyu yaygınlığının ise %23.6 olduğu saptanmıştır (akt. Kamaş, 2016)

Depresyonla ilişkili yapılmış olan bir çalışmada Dünya Sağlık Örgütü'nün Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı kullanılmış ve katılımcılarla yüzyüze görüşmeler yapılmıştır. Bu çalışmada 18 ülkeden gelen bilgiler analiz edilmiştir. Yüksek gelirli 10 ülkede majör depresif epizodun yaşam boyu ortalaması %14,6 ve 12 aylık yaygınlığı %5,5 iken, düşük-orta gelirli 8 ülkede %11,1 ve %5,9 olduğu bulunmuştur (Yalvaç, 2012). 2012 yılında yapılan Kanada Toplum Sağlığı Çalışmasında Ruh Sağlığı'nda unipolar majör depresif epizodun yıllık yaygınlığı %3.9 ve yaşam boyu yaygınlığı %9.9 olarak bulunmuştur (Patten ve ark. 2015).

2007'de New York ve California bölgelerinde yaşayan ve genel popülasyonu temsil eden, yaş aralıkları 18-96 olan 6694 kişinin katıldığı çalışmada majör depresyonun 1 aylık yaygınlığı %5,2 bulunmuş; kadınlarda, orta yaşlılarda ve İspanyol olmayan beyazlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (Ohayan, 2007)

Sosyodemografik değişkenlerden yaş ile ilgili çalışmalarda tutarlılık olduğu ve depresyonun erken erişkinlikte (20'li yaşların sonu) ortaya çıktığı bildirilmektedir (Bağdaççek, 2009). Depresyonun başlangıcı kadınlarda erkeklere oranla daha erken yaşlardadır. Depresyon olgularının büyük bir kısmında başlangıç yaşının 20 ila 50 arasında olduğu görülmektedir. Araştırmaların büyük bir kısmında çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme olasılığı düşük bulunmuştur. Fakat son araştırmalarda değişen sosyokültürel yapının yaşlılarda depresyon ihtimalini arttırdığı yönündedir. Yine son araştırmalarda, eskiyle kıyaslandığında 20 yaş altında depresyonun daha çok görüldüğü gözlemlenmiştir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları aralığında , erkeklerde 55-70 yaşları aralığında en yüksek düzeylerde görülmektedir (Savrun, 1999). 18-44 yaş aralığındaki yetişkinlerde depresyonun risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, olguların 1 yıllık takibinde depresyon riskinin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bulunmuştur (Antony, 1991)

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Yurt içi ve yurt dışında depresyon ve cinsiyetle ilişkili yapılan tüm çalışmalarda varılan ortak kanı, genel olarak depresyonun kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğüdür (Savrun, 1999). Önen ve

arkadaşlarının (1994) kadınlarda depresyonun yaygınlığını saptamak için farklı sosyodemografik değişkenlere sahip 700 kadın ile yaptığı çalışmada kadınlarda %27.71 oranında depresyon tespit edilmiştir.

Myers ve arkadaşları (1984) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde üç farklı alanda 9000 kişilik bir örneklem grubu üzerinde DSM-III-DIS (Diagnostic Interview Schedule) kullanılarak yapılan çalışmada depresyonun altı aylık yaygınlığı kadınlarda 4,1-4,6, erkeklerde %1,7-2,2 olduğu bulunmuştur.

Medeni durum depresyon çalışmalarında incelenen sosyodemografik değişkenlerdendir. Yüksek gelirli ülkelerde partnerinden ayrılmış olmak depresyonun ortaya çıkmasında güçlü bir sosyodemografik değişken değil iken düşük ve orta gelirli ülkelerde ise boşanmış ya da eşini kaybetmiş olmak güçlü bir değişkendir (Bromet ve ark.,2011).

1950'li ve 1960'lı yıllardan itibaren depresyonun ortaya çıkmasında düşük sosyoekonomik durumun varlığından söz edilmektedir. Depresyon yaygınlığı düşük sosyoekonomik popülasyonda daha yüksek oranda gözlemlenmiştir (Murphy ve ark.,1991).

Pakistanda Hussein ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan 125 kadının katıldığı çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması ve sosyal yetersizliklerin depresyon ile yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

2.2.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun etiyojisinin açıklanmaya çalışıldığı araştırmalarda risk etmenleri ayrıntılı olarak incelenmektedir. Hastalığın oluşumu tek bir risk etkenine bağlanmayıp, genetik yapının, çevreyle olumsuz etkileşimin ve bunun zamanlamasının önemli olduğu belirlenmiştir.

Depresyonun ortaya çıkmasına neden olan birçok risk etkeni bulunmaktadır. Kadın olmak, kalıtsal yatkınlık, bağımlı ve obsesif kişilik özelliklerine sahip olmak, güvenli olmayan bağlanma biçimi, devam eden psikiyatrik ve bedensel hastalık, stres içerikli yaşam olayları, sosyal desteğin az olması depresyonun gelişmesi ve olumsuz bir yöne doğru ilerlemesiyle ilişkilidir (Ünal ve Özcan, 2000).

Kadınlarda depresyonun daha sık görülmesine neden olan değişkenler araştırılırken biyolojik etmenlerden ziyade kadınların eğitim ve toplumsal imkanlardan yeterince faydalanamaması gibi çevresel değişkenler değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca kadınların toplumsal rollerinden kaynaklanan problemler, şiddet, evlilik içi çatışmalar, iş imkanlarının yeterli olmaması ve cinsel baskı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Kaya, 2007).

Kadınların sosyal konumları açısından yaşadıkları güçsüzlük, kadınların yaşamlarına dair önemli konularda etkilerinin daha az olmasına ve olumsuz yaşam olaylarına daha sık maruz kalmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki problemler, iki cinsiyet arasındaki ilişkide varolan eşitsizlikler ve orantısız iş yükü kadınların depresyondan etkilenebilirliğini artıran faktörlerdendir (Kayahan ve ark., 2003).

Hastaların geçirdikleri bir major depresyon epizotundan sonra ikinci bir epizota girme olasılıkları %50-60'tır. İkinci bir epizod geçirenlerde üçüncü epizod riski %70, üç epizod geçirenlerde dördüncü bir epizod riski %90'dır. Cinsiyetler arası fark her yaş grubunda görülebilmektedir. Orta yaş grubunda cinsiyetler arası fark çocuklar ve yaşlılara oranla daha belirgin düzeydedir.

Nüfustaki hızlı artış göçün neden olduğu nüfus değişiklikleri, yoksulluk, siyasi problemler, ihlal edilen insan hakları, travmalar ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etkisi olan önemli değişkenlerdendir. Çocukluk döneminde bireyin olanaklarının yetersizliği ve düşük eğitim düzeyi ile depresyon yaygınlığı arasında ilişki bulunmuştur (Kaya, 2007).

2.2.5. Kuramsal Açıklamalar

Depresyonun ortaya çıkmasına ilişkin farklı psikolojik görüşler bulunmaktadır. Psikoanalitik kurama göre depresyonun temelinde; kişinin geleceğe dair karamsar duyguları ve ösuygısının kaybı yer alır. Kurama ait ilk bilgilere Freud'un (1957) kaleme aldığı "Yas ve Melankoli" isimli eserinde yer verilmiştir. Freud, yas ve melankoli arasındaki farkı, yasn gerçek bir sevgi nesnesinin kaybına bağlı, depresyonun ise gerçek veya bilinçdışı bir sevgi nesnesinin kaybı olarak meydana

geldiğini açıklamıştır. Bu kayıp sevdiği tarafından terk edilmesi; sevilmediği hatta kimsenin kendisini sevmeyişi, işe yaramayan biri olduğu, yeterli olmadığı şeklindeki duygularını içe yansıtmasına sebep olur. Bu da kişinin özsaygısında ciddi bir düşüşe sebep olur. Bu süreçte katı bir üstbenlik ve kişinin özel savunma mekanizmaları depresyonun görünümünde belirleyicidir. Kişi sevgi nesnesinin kaybını değersizlik ve kötümserlik duygularına dönüştürür ve bu duyguları kendisine yönelir, bu durum intihara sebep olabilir (Dilbaz ve Seber, 1993).

Bibring (1953), depresyonu ego kavramı içinde ele almıştır. Bu görüşe göre her insanın güçlü ve özsever kriterleriyle uyumlu olmak ve değerli hissetmek gibi hayata geçirmek için çaba sarfettiği beklentileri vardır. Depresyon bu beklentilerin karşılanamaması neticesinde kişinin kendini güçsüz ve çaresiz hissetmesi durumudur (akt. Dilbaz).

Kuramcıların bir kısmı depresyonu açıklarken; depresyonda olumsuz düşünce, beklenti ve yanlış öğrenmenin etkin olduğunu gösterip umutsuzluk ile ilişki kurmuşlardır. Bunlardan biri de Beck (1979) tarafından geliştirilen bilişsel bozukluk kuramıdır. Beck depresyonu şematize ederken üç kavram tanımlanmıştır;

1. Bilişsel üçlü: Kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilintili inançları kapsar.
 - Hasta kendini yetersiz, değersiz bulur. Yaşamı ona göre hayal kırıcıdır.
 - Çevresi ona yardım etmemektedir, yaşantısı yetersizdir.
 - Geleceğinden umutsuzdur, uzun dönemli amaçları yoktur. Böylece olumlu bir davranış başlatamaz.
2. Sessiz kabullenişler (şemalar): Depresif kişi kendisinin de açıklayamadığı bazı inanç ve kurallara sahiptir. Hasta coşkularını, bilgilerini ve davranışlarını bu kurallara dayandırır. Örneğin eşi iltifat etmezse "artık beni beğenmiyor, beni kimse sevmiyor, değersizim" düşüncesi oluşur.
3. Bilişsel hatalar: Gerçek olayla, hastanın bu olayla ilgili olumsuz otomatik düşünceleri kıyaslanarak mantık hataları kurulur. Örneğin, keyfi anlam çıkarma, seçimli dikkat, genelleştirme, büyütme, küçültme ve özelleştirme gibi (Türkçapar, 2012).

2.2.6. Depresyon Belirtileri

Birbirinden farklı belirtilerle ortaya çıkan depresyon için geçerli olan tanı kriterleri vardır. En yaygın sınıflandırma sistemi olan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yayınladığı The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5 (DSM-5)'e göre depresyon için belirlenen tanı kriterleri şu şekildedir;

- A. Aşağıda yer alan bulgulardan en az beşinin birbirini takip eden iki hafta boyunca devam etmesi ve bu bulgulardan en az birinin ilk iki maddede belirtilen bulgulardan biri olması gerekmektedir.
 1. Dışarıdan kolaylıkla farkedilebilen ve hastanın kendisinin de ifade ettiği çökkün duygu durumunun gün boyu devam etmesi.
 2. Hastanın neredeyse tüm etkinliklere karşı azalan ilgi kaybı ve zevk alamama durumunun olması.
 3. Belirgin düzeyde kilo alımı veya kilo kaybının olması.
 4. Yaklaşık olarak her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma durumunun olması.
 5. Yaklaşık olarak her gün psikomotor ajitasyon veya reterdasyon durumunun olması.
 6. Yaklaşık olarak her gün yorgunluk- bitkinlik veya enerji kaybının olması.
 7. Yaklaşık olarak her gün değersizlik veya aşırı suçluluk duygularının olması.
 8. Yaklaşık olarak her gün bir konu üzerinde düşünme ve odaklanmakta zorluk çekme veya kararsızlık yaşama durumunun olması.
 9. Yineleyen ölüm veya intihar düşüncelerinin olması ya da intihar girişiminde bulunma durumu.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin düzeyde sorunlara, toplumsal ve işlevsel alanlarda sıkıntıya yol açmaktadır.
- C. Bu belirtiler madde kullanımına, başka bir tıbbi duruma veya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ve diğer psikotik bozuklukla açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani veya hipomani dönemi geçirilmemiş olması.

Depresyonda klinik olarak gözlemlenebilen bazı belirtiler mevcuttur. Bu belirtiler aşağıda açıklanmıştır:

- Genel görünüm ve dışarıdan farkedilen davranışlara ilişkin belirtiler: Depresif kişinin hareketlerinde belirgin düzeyde yavaşlama görülür ve durgunluk hakimdir.
- Konuşma ve ilişki kurmaya ilişkin belirtiler: Kişi kısık sesle ve yavaş konuşur. Ağır düzey depresyonlarda hastayla ilişki kurmak zordur. Sorulara kısa yanıtlar verir.
- Duygulara ilişkin belirtiler: Kişide süregelen bir keyifsizlik ve derin üzüntü, suçluluk duyguları hakimdir. Eskiye nazaran daha çok ağlarlar. Eskiden zevk aldıkları hiçbir şeyden zevk alamama durumu görülür.
- Bilişsel yetilere ilişkin belirtiler: Kişilerde bellek bozukluğuyla ilişkili olmayan unutkanlık problemleri görülür. Karar vermekte eskisine oranla ciddi zorluklar yaşarlar.
- Düşünce akımı ve içeriğine ilişkin belirtiler: Düşünme akışı belirgin bir şekilde yavaşlamıştır. Geleceğe dair ümitsizlik ve çaresizlik düşünceleri hakimdir. Düşünce içeriğinde geçmiş yaşanmışlıklara dair pişmanlıklar ve acı veren hatıralar yer almaktadır. Kendilerine dair küçüklük, işe yaramazlık düşünceleri vardır; buna bağlı olarak öz saygılarında azalma görülür. İntihar düşünceleri vardır.
- Fizyolojik belirtiler: Kişilerde iştahsızlık ve buna bağlı kilo kaybı görülür. Yaygın şikayetler arasında halsizlik, güçsüzlük, eskiye nazaran daha çabuk yorulma ve enerjinin azalması yer alır. Ayrıca, uykuyla ilişkili problemlerden, uykuya geçmede güçlük, uykunun bölünmesi veya aşırı uyuma isteği gibi durumlar ile karşılaşabilmektedir. Cinsel istekte azalma da depresyonda görülen diğer belirtilerdendir (Öztürk 2002, Köroğlu 2004).

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILAR

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları birçok olumsuz deneyimi kapsayan geniş bir terimdir. Çocuğun erken dönemde yaşayabileceği ve olumsuz sonuçlara neden olabilecek travmatik yaşantılar içerisinde ölüm, doğal afetler, hastalıklar gibi insan

eliyle olmayan durumlar yer alabileceği gibi şiddet, eleştirilme, cinsel taciz gibi istismar ve ihmal yaşantıları da sayılabilir (Şar, 2014). Bu çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarından istismar ve ihmal üzerinde odaklanılmaktadır.

2.3.1. Tanım ve Tarihi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, “çocuk ihmal, çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin çocuğun gelişimi için gerekli her türlü gereksinimini karşılamaması veya dikkate almamasıdır”. Bu gereksinimler, çocuğun duygusal gelişimi, eğitim ve sağlık ihtiyaçları, beslenme, barınma ve güvenli yaşam koşullarını içeren her alanda ortaya çıkabilir. Çocuk istismarı ise (WHO); “çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplumu veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar”dır (Yolcuoğlu, 2010).

Çocuk istismar ve ihmal dendiğinde anne, baba veya çocuğun, bakımından sorumlu yetişkin tarafından çocuğa uygulanan, uzmanlarca onaylanmayan, toplumsal kurallara uymayan, çocuğa hasar veren veya verebileceği düşünülen, çocuğun psikososyal ve fiziksel gelişimini engelleyen davranışların tümüdür. Ebeveynler ve bakım verenlerin sorumluluğunda olan eylemlerin yerine getirilmemesi de istismar ve ihmal kapsamındadır (Tıraşçı ve Gören, 2007).

İstismar, bir kişinin bir başkasını isteyerek, o kişiye zararı olacak biçimde kötü amaçlarla kullanılmasına denir. Çocuk istismarı yaşantısı içerisinde fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanım vardır. Kişinin kendisi istismar olarak nitelendirilen davranışlar sergilemese dahi böyle bir davranışa izin vermesi, desteklemesi, görmezden gelmesi ya da bundan bir yarar sağlama çabası içinde olması da istismar kapsamına girmektedir (Saçarçelik, 2009).

Kara, Biçer ve Gökalp (2004) istismar ve ihmal birbirinden ayırmaktadır. Onlara göre istismar aktif, ihmal ise pasif bir eylemdir. Başka bir şekilde açıklandığında çocuk istismarı, toplumsal açıdan uygun görülmeyen ve yasaklanmış olan, çocuğa yönelik istekli bir şekilde yapılan ruhsal, fiziksel, cinsel ve sosyal açıdan zarar veren davranışların varolduğu aktif bir eylemdir; çocuk ihmal anne ve babaların veya çocuğun bakımından sorumlu olan diğer kişilerin çocuğun temel gereksinimlerini

(örn, bakım, beslenme, eğitim, sağlık ,sevgi, korunma vb.) karşılamamasından kaynaklanan çocuk üzerinde olumsuz fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileri olan pasif bir eylemdir.

Çocukların erken çocukluk döneminde (0-6 yaş) fiziksel açıdan oldukça yetersiz olmaları onları istismara açık hale getirir. İstismarın evde ve kapalı ortamlarda gerçekleşmesi durumun yetkililer tarafından uzunca bir süre öğrenilememesine neden olur. Fakat uzunca bir dönem şiddete maruz kalmış çocukta ruhsal ve davranışsal problemler meydana gelir. Bu da öğretmenlerin, çevredeki komşuların ve sağlık yetkililerinin dikkatini çeker (Howe, 2005).

Güler ve arkadaşlarına (2002) göre ise çocuk istismarı ve ihmali; çocukların anne- babaları veya onların bakımından ve eğitiminden sorumlu yetişkinler ya da yabancılar tarafından uygulanan fiziksel, duygusal, zihinsel sağlıklarına zarar veren veya sosyal yönden gelişimlerini engelleyen her türlü davranışa maruz kalmaları olarak tanımlanmaktadır. Bu durum çocukların sağlığını olumsuz yönde etkileyerek huzursuzluğa neden olurken çocuk üzerinde yaşamı boyunca onu takip eden kalıcı izlere neden olur.

İstismarı tanımlarken üzerinde durulması gereken en önemli ayrıntı istismarın süreğen ve kasıtlı olması, çocuğun fiziksel, ruhsal, psikososyal gelişiminde olumsuz etkiler bırakması, sağlığını bozması gibi etmenlerin olmasıdır (Aral ve Gürsoy, 2001). Çocuk istismarında dikkat edilmesi gereken bir faktör de insan eyleminin neticesinde ortaya çıkan bir durum olmasıdır. Burada dikkat edilmesi gereken bir diğer husus da eylemin zarar vermesi dışında yasaklanmış olmasıdır. Çocuk istismarı; kasıtlılık, toplumsal onaylanma- toplumsal eleştiri, uluslararası uzlaşma, toplumsal-bireysel neden olmak üzere 4 boyutta değerlendirilmektedir (Polat, 2001).

Erginer (2007)'in okul yönetici ve ailelerin katılımı ile yapmış olduğu çalışmada; katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali olarak nitelendirdikleri davranışlar sıklıklarına göre aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- Çocuğa fiziksel şiddet uygulamak
- Çocuğun beslenme ihtiyacının karşılanmaması,
- Çocuğun sağlığına özen gösterilmemesi
- Çocuğun öz bakımı ve içinde yaşadığı alanın temizliğiyle ilgilenilmemesi
- Çocuğun güvenlik ihtiyacının karşılanmaması

- Çocuğun terk edilmesi, ebeveynleri ile değil bir yakınları ile yaşamak zorunda kalmaları

DSM-I (1952) ve DSM-II (1968)'de çocuk istismarı yer almaz iken, DSM-III te çocuk kötüye kullanımı yer almaktadır.

DSM-5'de "Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar" başlığı altında "Çocuğa Kötü Muamele ve Çocuğu Boşlama Problemleri" içinde, "çocuğa bedensel sömürü", "çocuğa cinsel sömürü", "çocuğu boşlama", "çocuğa ruhsal sömürü" yer almaktadır (DSM-5,2014).

- ICD'de ise çocuk kötüye kullanımı ICD-10'dan sonra yerini almıştır ve kullanılan terimler DSM ile aynıdır (Balcı, 2011).

2.3.2. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarına Neden Olan Faktörler

- Maddi imkansızlıklar, kardeş sayısının fazla olması ve tamamının neden olduğu ilgisiz anne-baba tutumları (Polat, 2001).
- Eğitim düzeyinin düşük olması, kopuk ebeveyn çocuk ilişkisi (Kara ve ark.,2004).
- Sosyal desteğin yetersiz oluşu, dışlanma (Güler ve ark., 2002).
- Düzensiz aile ortamı, çocuğun kendini ifade edemediği üvey anne-baba ilişkileri (Taner ve Gökler, 2004).
- Stresli yaşam olaylarına maruz kalma (Polat, 2001).
- Aile üyelerinin veya ebeveynlerden birinin madde kullanımının olması(Taner ve Gökler, 2004).
- Problem çözme becerisi gelişmemiş ebeveyne sahip olmak (Polat, 2001).
- Adolesan evlilikler, küçük yaşlarda çocuk sahibi olmak (Polat, 2001).
- Göç ve savaşlar (Örsel ve ark., 2011).

Çocukların ihmal ve istismara maruz kalmaları açısından ailelere ilişkin risk faktörleri arasında; ebeveynlerin kendilerini yönetebilme becerilerinin zayıf olması, depresyon-kaygı, kendine güvende zayıflık, engellenmeye karşı düşük tolerans, çocuklukta istismar geçmişi, kendi ebeveynlerine güvensiz bağlanma, aile içi şiddeti de içeren ebeveynler arasındaki anlaşmazlıklar, madde bağımlılığı, ruh sağlığı problemleri (annelik depresyonu vb.), aile yapısı (zayıf destekli tek ebeveyn, evde

çocuk sayısının fazlalığı) stres yaratıcı yaşam olayları, ebeveynlerin işsizliği ve evsizliği, ayrımcılık, kültürel açıdan uyumsuzluk, sosyal destek zayıflığı sosyal izolasyon sayılabilir (Coll ve Magnuson, 2000; Garbarino ve Ganzel, 2000; Osofsky ve Thompson, 2000).

Çocukların ihmal ve istismara maruz kalmaları açısından çocuklara ilişkin risk faktörleri arasında ise erken doğum, doğumsal anomaliler, çocukluk travmaları, mizaç bakımından olumsuzluklar, fiziksel-duygusal-bilişsel yönden engelli olma, antisosyal arkadaşlar, kronik ve ciddi hastalıklar, öfke nöbetleri ve agresyon vardır (Coll ve Magnuson, 2000; Garbarino ve Ganzel, 2000; Osofsky ve Thompson, 2000).

Gelir seviyesinin düşük olması, dezavantajlı koşullara sahip yaşam alanları, eğitim düzeyinin düşük olması, göç, ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin yetersizliği, ebeveynlerin alkol madde kullanımının olması çocuğu istismar ve ihmale açık hale getiren risk etmenleri olarak kabul edilmektedir. Bunlara ek olarak toplumsal sorunların varlığı ve ev ortamındaki sağlıklı iletişimin de istismara neden olan etmenlerdendir (Kara ve ark., 2004). Türkiye’de yapılan bir istismar çalışmasında, yetişkinler çocuğun yaramazlık yapması ve buna devam etmesi, dersleriyle ilgili olmaması, söz dinlememesi, ısrarcı olması, anne-babasının isteklerini yerine getirmemesi, ailesinden bir şeyler saklaması gibi durumları istismara neden olabilecek davranışlar olarak tanımlamaktadırlar (Oral ve ark., 2010).

Yolcuoğlu (2010) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ensest yaşantısı sonrasında katılımcıların %21.4’ünde kendine fiziksel zarar verme davranışı tespit edilmiştir. Kızlar (% 21.5) ve erkeklerin (%21.3) kendilerine fiziksel zarar verme davranışı oranları çok benzerdir. Kızlarda da erkeklerde de en sık karşımıza çıkan kendine zarar verme davranışı yumruk, baş ve bedeninin herhangi bir parçasını sert bir zemine (yer, duvar vb.) şiddetli bir şekilde vurmasıdır. Saç çekme veya yolma şeklindeki davranışlar anlamlı oranda kızlarda daha çok görülmektedir. Ayrıca çalışmadaki katılımcılardan 83’ü (%10.1) en az bir defa intihar girişimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. İntihar girişimi oranı, kızlarda (%13.2) erkeklere göre (%5.4) daha yüksektir. Erkekler de kesici alet ile damar kesme veya hayati bir organa batırma yöntemini kullanırken, kızlar da ise yüksek dozda ilaç alma yönteminin kullanıldığı girişimlere daha sık rastlanmaktadır

2.3.3. İstismar Türleri

Çocuk istismarı üç temel başlıkta ele alınmaktadır. Bunlar; fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismardır (Tıraşçı ve Gören, 2007)

2.3.3.1. Fiziksel İstismar Tanım ve Yaygınlık

İstismar türleri içerisinde en sık gözlemlenen ve anlaşılması en kolay olan istismar türü fiziksel istismardır. Fiziksel istismar çocuğa fiziksel yönden zarar veren şiddet içerikli davranışların tümüdür. Bu davranışlar içerisinde tokat, yakma, sarsma, yumruk atma, tekme, ısırma, boğma ve zehirleme gibi zarar verici davranışlar yer almaktadır (Howe, 2005; Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). En sık dövme şeklinde görülen, çocuğun bakımından sorumlu ebeveynler veya başkası tarafından uygulanan, çocuğun yaralanmasına neden olan kötü muamele fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır (Kara ve ark., 2004). Fiziksel istismar en genel tanımıyla “çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde açıklanabilir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Kaza dışı kasıtlı yaralanmalar genelde ebeveynlerin kontrolü sağlayamadığı ya da çocuğu cezalandırma isteği neticesinde ortaya çıkar. Bu nedenle çocukluk çağında sık karşılaşılan kazalar, yaşa uygun değilse kendiliğinden olma ihtimali çok düşük ise fiziksel istismardan şüphelenilmelidir. Eğer hasarın başka bir çocuk tarafından yapıldığı iddia ediliyorsa bunun doğru olup olmadığı sorgulanmalıdır (Kara ve ark., 2004).

Toplum içerisinde genellikle dayak olarak nitelendirilen; çocuğa yönelik olan yanıkların, kesiklerin, kırıkların meydana gelmesine yol açan istismarın fiziksel olarak anılması uygun olacaktır. Karşımıza farklı tanımlarla çıkan fiziksel istismarın mutabık olduğu tanımların hepsi çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyen aynı zamanda vücudunda iz bırakmasına, yaralanmasına neden olan davranışları kapsamaktadır.

Fiziksel istismar olarak tanımlanabilecek davranışlara örnek gösterilecek hareketler; vurma, yaralama, sarsma, boğma, tekmeleme, yakma, zehirleme vb. olabilir. Evlerde çocuklara yönelik fiziksel şiddete başvurulmasının nedenleri arasında öfke boşaltma, otoriteyi sağlama ya da cezalandırma vardır. Bebekler öfkeli ebeveynler tarafından hızlıca sallandıklarında, kafatasının içerisindeki beynin ileri geri

hareket etmesine neden olur ve bunun sonucunda bebeklerde beyin kanamaları oluşabilir. Ağır travmalar haricinde (kafatası kırıkları gibi), bir yaş altı bebeklerde ağır kafa içi zedelenmelerin %95'i ve tüm kafatası zedelenmelerinin %64'ünün fiziksel istismara bağlı olarak meydana geldiği belirtilmektedir (Kara ve ark.2004).

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF tarafından yürütülen Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması Rapor (2010)'una göre; tüm çocuk katılımcılar, yaş, cinsiyet ve bölge farkı olmaksızın istismara sırasıyla ev, okul ve sokakta maruz kaldıklarını; istismarda bulunan kişilerinde sırasıyla baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğu bilgisini vermişlerdir. Buna ek olarak her yaş grubundan birçok çocuk, okul içerisinde öğretmenlerinin fiziksel ve duygusal istismarına maruz kaldıklarını söylemişlerdir. Fiziksel istismardan bahsedildiğinde; 7-14 yaş aralığındaki kız çocuklarının çoğunlukla öğretmen, baba, anne, arkadaş ve büyük kardeşler tarafından bu muameleyle karşılaştıklarını görmekteyiz. Erkek çocuklara baktığımızda ise sırasıyla, arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve yabancı bir birey tarafından fiziksel istismara maruz kalmışlardır. 15-18 yaş aralığındaki kızların bildirdikleri fiziksel istismar sayısı az olup, fiziksel istismar uygulayanların çoğunlukla öğretmenleri ve babaları olduğunu bildirmişlerdir. 15-18 yaş aralığındaki erkekler ise aynı yaş aralığındaki kızlara oranla sayıca çok daha fazla fiziksel istismar olgusundan bahsetmişler, uygulayanların çoğunlukla tanımadıkları bireyler ve arkadaşları olduğunu bildirmişlerdir (Oral ve ark., 2010).

Turhan ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada Türkiye'deki fiziksel istismarın görülme sıklığının %24 olduğu belirtilmiştir. Çocukluk ve Gençlik Merkezi (2006)'nin yapmış olduğu araştırmada ise çocukların %65,72'sinin fiziksel istismara uğradıklarını bildirmektedirler. Bu oranlar bildirilmiş istismar vakaları olup, bildirilmeyen ve saklanan istismar vakaları eklendiğinde oranın yükseleceği bilinmektedir. Ülkemizde dayanın disiplin aracı olarak kullanılmasının fiziksel istismar oranlarının yükselmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). Güler ve arkadaşlarının (2002)'de yaptıkları çalışmada da; 35 yaş üstü annelerin diğer yaş gruplarındaki annelere oranla daha fazla fiziksel istismar davranışı sergiledikleri belirlenmiştir.

Fiziksel İstismar Risk Etmenleri ve Sonuçları

Ülkemizde, gelir düzeyi düşük grupların varlığı, düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin dezavantajlı yaşamlarının çocukların yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri, çocukların ve ailelerinin psikososyal, ruhsal açıdan yaşadıkları farklı problemler istismarın ortaya çıkmasına zemin hazırlayan risk faktörlerindenir (Yolcuoğlu, 2010). Çocukluk çağı travmaları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde anlamlı farklılıklar bulunamamış fakat travmanın alt boyutları açısından farklılıklar bulunmuştur (Bostancı ve ark. 2006; Yılmaz-Irmak, 2008).

Yılmaz-Irmak (2008)'ın yaptığı araştırmada gelir düzeyinin önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Ergenlerde fiziksel istismara uğrayan ve istismara uğramayan gruplar arasında ekonomik durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Fiziksel istismara uğrayan gruptaki katılımcıların ekonomik durumlarının kötü olduğu bilgisini verme oranı ile fiziksel istismara uğramayan gruptaki katılımcıların ekonomik durumlarının iyi olduğu bilgisini verme oranından yüksektir.

Bostancı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ilçede yaşayan aynı zamanda aile yapısı geniş ve parçalanmış olanların daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Fiziksel istismara maruz kalan çocukların sosyal işlevsellik açısından birçok zorluk yaşadıkları; bu çocukların yakın ilişki kurma becerilerinin zayıf olup, duygusal açıdan yoksun öfke ve istismar davranışı açısından yoğun ilişkiler kurmakta oldukları bilinmektedir (Kaplan ve ark., 1999; Aktaran: Tıraşçı ve Gören, 2007).

Aksoy ve Ögel (2003)'in kendine zarar verme davranışına sebep olabilecek etmenleri inceledikleri çalışmada fiziksel istismar ile kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olduğu görülmüştür. Fiziksel istismara maruz kalan bireylerin yaşadıkları bu zorluklarla başetmek ve kendilerini cezalandırmak amacıyla kendilerine zarar verme davranışı sergiledikleri belirtilmektedir. Kendine zarar verme davranışı sergileyen bireylerin %90'ının madde kullandığı ve bu kullanımın çoğunluğunun bağımlılık düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Yılmaz-Irmak (2008)'ın, fiziksel istismar yaşantısı sonrasında gözlemlenen ruh sağlığı belirtileri ve risk alma davranışları alanında sağlamlık sergileyen bireylerde

koruyucu ve risk faktörlerinin etkisine baktıkları çalışmalarında; okula devam eden 1607 ergenle (12-17 yaş) çalışılmış ve sonuç olarak fiziksel istismar ile ruh sağlığı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır.

Yapılan bir diğer çalışmada da tekrarlayan ve ilk atak majör depresyon grubunda duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tekrarlayan majör depresyon grubuna ait çocukluk çağı travma puanları, ilk atak majör depresyon grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada depresyonun erken yaşlarda görülmesi ile çocukluk çağı travmaları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Bülbül ve ark.,2003).

2.3.3.2. Cinsel İstismar Tanım ve Yaygınlık

Cinsel istismar; yaşça küçük, psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun yetişkin birey tarafından cinsel doyum aracı olarak kullanılmasıdır (Kara ve ark., 2004). Cinsel istismar aynı zamanda çocuk tarafından tanınan bir kimse olan ve çocuktan en az altı yaş büyük olan yetişkinin cinsel isteklerini tatmin amacıyla çocuğa yönelttiği cinsel eylemler bütünü olarak da tanımlanmaktadır (Cappelleri ve ark., 1993; Oral ve ark., 2001).

Browne ve Finkelhor (1986) cinsel istismarı 15 yaşında veya 15 yaşından küçük yaştaki bir çocuktan faydalanarak zorla cinsel eylemlerde bulunma, çocuğun kendinden en az beş yaş büyük biri tarafından aralarında zorlamanın olduğu veya olmadığı durumlarda dahil cinsel eylemlere maruz kalması olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımda da çocuğun en az kendisinden altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel arzularının tatmini için zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesidir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

İstismarcıların birçoğunun çocuğun öncesinde tanıdığı ve güvendiği kişilerden olması, cinsel istismar yaşantılarını önlemede alanda çalışanların işini zorlaştırmaktadır (Dönmez ve ark., 2014).

Çocuğun cinsel organına dokunma, teşhircilik, tecavüz etme, çocuğu pornografik araç olarak kullanma cinsel istismar kapsamında yer almaktadır. Cinsel istismarın yoğun olarak aile içinde olması, kan bağımin varolduğu kişiler tarafından

yapılması oldukça göze çarpan bir durumdur. Bu nedenle durumun belirlenmesi oldukça zordur. Yapılan araştırmalarda özellikle 3-5 yaş grubundaki çocuklara yönelik cinsel tacizin daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Aral ve Gürsoy, 2001).

Dikkat edilmesi gereken durumlardan biri de cinsel istismar ve cinsel oyunların birbirinden ayrılması gerektiğidir. Benzer gelişim düzeyindeki çocukların birbirlerinin genital organlarına bakması veya dokunması, aralarında bir ilişki olmadığı sürece normal olarak kabul edilir (Kara ve ark., 2004).

Okul yöneticileri ve ailelerle yapılan bir çalışma sonucunda katılımcıların cinsel istismar olarak tanımladıkları davranışlar arasında; çocuğun cinsel gelişimine zarar vermek, çocuğun cinsel açıdan kullanılmasına göz yummak ve çocuğu cinsel açıdan kullanmak yer almaktadır (Erginer, 2007).

İstismarcının çocuk veya ergen ile kan bağı olması ya da ona bakmakla yükümlü birisi olması durumu “ensest” olarak tanımlanır (Alparslan, 2014). Son araştırmalar çekirdek aile içindeki aile bireylerinin yanı sıra bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik bağı bakmaksızın bu kapsama almaktadır (Acehan ve ark., 2013).

Taner ve Gökler (2004), cinsel istismarın sık rastlanan ve genel olarak yıllarca devam eden bir istismar türü olduğunu fakat çoğunlukla gizli kaldığını bildirmişlerdir. Cinsel istismar vakaların sadece %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Cinsel istismar yaygınlığının bildirildiği vakaların oranlarında büyük farklılıklar gözlemlenmektedir (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39). Bu nedenle asıl yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir. Yirmi bir farklı ülkede çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısının incelendiği 39 çalışmada kızlarda cinsel istismar yaşantısının % 10-20 oranında olduğu, erkeklerde ise bu oranın % 10 olduğu görülmüştür (Pereda ve ark., 2009). Dönmez ve arkadaşlarının (2014) cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini inceledikleri çalışmada kızlarda en çok bildirilen cinsel istismar davranışı %42,7 ile bedene cinsel amaçlı dokunma, erkeklerde ise % 50 oranla ile anal penetrasyondur. Vakaların %89,8'inde cinsel istismarın temas, % 46'sında penetrasyon içerdiği belirlenmiştir. Mağdurların %40.5'inin birden fazla cinsel istismara uğradıkları saptanmıştır.

Cinsel İstismar Risk Etmenleri ve Sonuçları

Çocuklar birçok kişi tarafından cinsel istismara maruz kalabilirler; bunlar anne, baba, üvey anne ve baba, akraba, komşu, kardeş, öğretmen ya da bir yabancı olabilir. Cinsel istismarın sık görüldüğü ailelerde şiddet, boşanma, alkol ve madde kullanımını yaygındır (Alparslan, 2014). Cinsel istismarın herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir (Hedin, 2000).

Türkiye'nin dört ayrı bölgesinde çocuk ve ergenlerle yapılan cinsel istismar çalışmasında; istismarcıların çoğunun erkek ve evli olmayan bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada istismarcıların düşük eğitim düzeyine sahip, madde ve/veya alkol kullanım öyküsünün yüksek oranda olan kişiler olduğu saptanmıştır. Cinsel istismarcıların en çok kullandıkları zorlama yönteminin çocuklar için bir şey gösterme (%56.9), ergenlerde ise flört görüntüsü olduğu tespit edilmiştir (%46.2). Çocuk ve ergenlere yönelik cinsel istismar davranışı esnasında fiziksel güç kullanım oranı %76.7 olarak saptanmıştır (Erdoğan ve ark., 2011).

Çocuk ve ergenin zihinsel ve bedensel engelli olması veya şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarının olması cinsel istismara maruz kalma riskini artıran faktörler arasındadır. Bu tarz olgularda çocuklar maruz kaldıkları eylemin kötülüğünü değerlendiremeyebilirler (Zoroğlu ve ark., 2001).

Çocukluk dönemi cinsel istismar yaşantılarının neden olduğu travma çok uzun bir zaman dilimine yayılarak kişilerde karmaşık duygusal, davranışsal ve sosyal problemlerin varlığına neden olmaktadır. Birçok farklı nedenle bastırılan, yadsınan ve unutulması için yoğun çaba sarfedilen çocukluk dönemi cinsel istismarları, yetişkinlik döneminde de bireyin ruhsal, sosyal ve bedensel gelişimine aynı zamanda yaşamına olumsuz yönde tesir etmektedir (Zara-Page, 2004).

Cinsel istismar yaşantısı sonrasında depresyon, anksiyete, intihar davranışı, madde bağımlılığı, post travmatik stres bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu görülebilmektedir. İstismar mağdurlarının benlik saygısı, kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi, cinsel istismar yaşantılarından olumsuz yönde

etkilenmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarı ile cinsel açıdan riskli davranış sergileme arasında birliktelik saptanmıştır (Aktepe, 2009).

Çocuk cinsel istismarının sosyal ve duygusal sonuçlarının incelendiği 41 makalenin gözden geçirildiği bir çalışmanın sonuçlarında gebe kalma, intihar, kaçma, madde kullanımı, davranış problemleri, çeteye üye olma, travma sonrası stres bozukluğu ve riskli cinsel davranışların geliştiği tespit edilmiştir (Tyler, 2002).

Dönmez ve arkadaşlarının (2014) İnönü Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine, adli değerlendirme için yönlendirilen cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, istismar sonrası gelişen ruhsal tanılar, cinsel istismar ve istismarcı ile ilişkili özelliklerini inceledikleri çalışmalarında istismarcıların %57.7'sinin tanıdık ve %7.42'ünün aile üyelerinden biri olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsel istismar sonrasında mağdurların %81.9'unda en az bir ruhsal bozukluğun gelişmiş olduğu belirlenmiştir. Mağdurların %25,1'inde major depresif bozukluk, %33'üne travma sonrası stres bozukluğu tanısının koyulduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismara maruz kalmış bireylerde yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu görülmüştür (Hebert ve ark., 2014).

Cinsel istismar yaşantısının klinik özelliklerini ve çocuk üzerinde oluşturduğu etkileri belirleyen bir takım özellikler vardır. Bunlar çocuk ve istismarcı arasındaki ilişki, istismarın türü, ne kadar sürdüğü, şiddet içerip içermediği, fiziksel zararın olup olmadığıdır. Ayrıca etki alanı çocuğun yaşı, hangi gelişim basamağında olduğu, ruhsal özellikleri ve istismar öncesi psikolojik gelişimiyle de bağlantılıdır (Aktepe, 2009).

Penetrasyon içeren cinsel istismar vakalarına maruz kalmış çocuk ve ergenlerde depresyon oranları daha yüksektir. Mağdurun istismarcı ile olan ilişki önemli bir değişken olup, aile bireylerinden biri ya da tanıdığı biri tarafından istismar edilmenin daha kötü sonuçlara neden olduğu ve bu vakalarda depresyonun daha yüksek oranlarda geliştiği tespit edilmiştir (Dönmez ve ark., 2014).

2.3.3.3. Duygusal İstismar Tanım ve Yaygınlık

İstismar türleri içinde tanımlanması en zor olanı duygusal istismardır. Duygusal istismar yaşantısı içinde; aşağılama, sözlü tehdit, hakaret, gurur incitici ifadeler ve çocuğun zihinsel ve duygusal iyilik halini tehlikeye sokacak birçok

davranış yer alır. Ayrıca aile içerisinde alayın, beklenmeyen cevapların, sürekli negatif duygulanımın, çifte mesaj içerikli iletişimin olması, anne babaların sevgi, kabul, şefkat ve güven hislerini yansıtamamaları da buna dahildir (Saçarçelik, 2009). Duygusal istismar aynı zamanda günlük yaşamda karşımıza en sık çıkan istismar türlerinden olup, ebeveynlerin veya diğer yetişkinlerin çocuğun yeteneklerine dair istek ve beklenti içinde oldukları ve saldırganca tutum sergilemeleri olarak da tanımlanır (Topbaş, 2004).

İstismar türleri içerisinde belirlenmesi zor olan duygusal istismar, uzun süreli ve kalıcı sonuçları olması nedeniyle de diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır (Depanfilis, 2006).

Duygusal istismar; çocuğun psikolojik gelişimin duraksamasına sebep olacak sözel istismari ya da sürekli emir vermeyi içine alan, çocuğun kimliğini zedeleyen ve uyumsuz davranışlara sebebiyet veren tavırları içerir. Duygusal istismar yaşantısı da psikolojik örselenme de tüm kötü muamele davranışlarını içinde barındırır. Tek başına da varolabilen duygusal istismar, fiziksel ve cinsel istismar yaşantısı sonrasında da varolabilir (Topbaş, 2004).

Psikolojik şiddet olarak görülen duygusal istismar çocuğa; değersiz ve yetersiz olduğu, sevilmediği veya başkalarının isteklerini yerine getirdiği sürece kıymetli olduğu mesajını içeren söz ve davranışlardan oluşur. Alay etmek, küçük düşürmek, çocuğun sevdiği ve önem verdiği şeylere zarar vermek, duygusal yönden çocuğu reddetmek gibi davranışları içerir (Sayar ve Bağlan, 2010). Buna benzer bir diğer tanımda da duygusal istismar; çocuğa özen gösterilmemesi, dalga geçilmesi, korkutulması, aile içinde dışlanması ve yetişkin olma rolüne zorlanması gibi durumların varlığı ile açıklanmaktadır (Paavilainen ve Tarkka, 2003).

Duygusal istismar çocuğun öngörüsünü ya da duygusal bütünlüğünü bozan her türlü kronik eylem ya da eylemsizliktir. Anne ve babaların çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranışları olarak da tanımlanır (Runyan ve ark., 2002).

Duygusal istismar, kapsamı ve sınırlarının açıklanması fazlasıyla güç olan bir istismar türüdür. Çocuğuna düşkün aşırı koruyucu anne, gence özgürlük ve sorumluluk tanımayan otoriter baba, kız çocuklarının okumasını engelleyen ebeveynler, çocuk ve ergenleri gereksiz yere suçlayan toplumsal kurumlar vb. davranışların tümü duygusal

istismarın günlük yaşamda varolan ancak fark etmekte zorlanılan yansımalarıdır (Özcan, 2010).

Duygusal istismar yaşantısı; anne babalar ve çevredeki yetişkinlerce gerçekleştirilen çocuğun kişiliğini örseleyen, duygusal gelişimini engelleyen eylemler veya eylemsizlikler olarak tanımlanır. Duygusal istismar içerisinde fiziksel olmayan fakat çok ağır olan cezalar, tehditler ve sözel ifadeler yer alır (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Kairys ve Johnson (2002) duygusal kötüye kullanım/duygusal istismar kavramını çocuk ve çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler arasında sıradanlaşmış olan zarar verici, yinelenen bir etkileşim örüntüsü olarak açıklamışlardır.

Erginer (2007)'in okul yöneticileri ve ailelerle yaptığı çalışmada okul yöneticilerinin aile içi duygusal istismar ve ihmal olarak değerlendirdikleri davranışlar arasında; çocuğa iyi aile ortamının sağlanmaması, çocuğun duygu ve düşüncelerine saygı gösterilmemesi, hakarete uğraması, çocuğun gelir kaynağı olarak kullanılması, çocuğun öz güveninin gelişmesi ve sosyalleşmesinin aşırı koruyucu davranışlarla engellenmesi, çocuğun yaşına uygun olmayan sorumluluklar verilmesi, sevgi ihtiyacının karşılanmaması, çocukla kaliteli zaman geçirilmemesi, ebeveynlerin iyi örnek olmaması, yaşadıkları stresi çocuklarına yansıtmaları gibi davranışlar vardır. Aynı çalışmada katılımcıların %62 duygusal istismar yaşantısıyla çok sık karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Yöneticilere göre istismarın nedenleri arasında; düşük eğitim düzeyi, kültürel yapı, maddesel kullanım ve kişisel özellikler, düşük sosyoekonomik durum, çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıları, çocuk sayısının fazla olması sayılabilir.

Duygusal istismar çocuğun öngörüsünü ya da duygusal bütünlüğünü bozan her türlü kronik eylem ya da eylemsizliktir. Anne ve babaların çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranışları olarak da tanımlanır (Runyan ve ark., 2002).

Duygusal İstismar Risk Etmenleri ve Sonuçları

Sosyoekonomik değişkenler açısından değerlendirildiğinde ailesi düşük gelir düzeyine sahip öğrencilerin duygusal istismar ve toplam örseleme ölçek puanlarının

anlamli düzeyde yu'kse'k oldu'gu saptanmıştır. Ayrıca o'ğrencilerden annesi boşanmış olanların duygusal istismara maruz kalma sıklı'ğı anlamli düzeyde yu'kse'k bulunmuştur (Zeren, 2012).

Yaşamlarının b'uy'uk bir b'ol'um'unu akrabaya yanında veya yurtta ge'çirenlerin, geniş ve parçalanmış aile tipine sahip olanların ve babaları d'uşuk e'ğitim d'uzeyine sahip olanların duygusal istismar puanları anlamli derecede yu'kse'ktir (Bostancı ve ark., 2006).

Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal istismar/i'hmali davranışları incelendi'ğinde; annelerin birço'ğ'u (%81.1) çocuklarına sevdiklerini belli etmeme, ba'ğırma-azarlama (%77.6) gibi davranışlar sergilediklerini ifade ederken, daha d'uşuk oranda (%8.4) odaya kapatma, ellerini ve ayaklarını ba'ğlama (%2.1) gibi duygusal istismar/i'hmali davranışlarında bulduklarını bildirmışlerdir. Aynı çalışmada annelerin farklı Şekillerde uyguladı'ğı ve duygusal istismar/i'hmali yaşantısına sebep olan davranışlar i'çerisinde; çocuklarına sevdiklerini belli etmeme (81.1), ba'ğırma-azarlama (77.6), çocuklarını evde yalnız bırakma (35.7), korkutma (33.6), tehdit etme (26.6), k'ot'u s'oz s'oyleme (26.6), evde çocuk yokmuş gibi davranma (13.3), odaya kapatma (8.4) ellerini ve ayaklarını ba'ğlama davranışları vardır (G'uler ve ark., 2002).

Duygusal istismar yaşantısı olan çocuklarda dışavurum ve i'çe atım problemleri, sosyal ilişki kurmada ve s'urd'urmede g'u'çl'uk, kendine g'uvende azalma, intihar davranışı, çocukluk ç'a'ğı mast'urbasyonu ve bunlara eklenebilecek birço'k psikiyatrik bozuklukla karşılaşılmaktadır. Duygusal istismar aynı zamanda kişilik bozukluklarının oluşmasına neden olan risk fakt'orlerindedir (Taner ve G'okler, 2004).

Duygusal istismar sonrasında çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, ba'ğımlı kişilik geliştirme, de'ğersizlik duyguları geliştirme, uyumsuz ve saldırgan davranışlarda bulunma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bunların yanı sıra duygusal istismar, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimlerini de olumsuz y'onde etkileyebilmektedir. Bu çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına karşın, o'ğrenme g'u'çl'ugu ve dikkat da'ğımlı'ğı gibi sorunlar g'or'ulmektedir. Dolayısıyla duygusal istismar çocu'ğun hem kişili'ğini hem de başarısını olumsuz y'onde etkilemektedir (Paavilainen ve Tarkka, 2003).

Duygusal istismar etkisinin cinsel istismar veya fiziksel istismardan daha az Şiddetli oldu'ğuna dair yanlış bir algı s'oz konusudur (Hornor, 2012). Duygusal istismar,

fiziksel istismar ve cinsel istismar ile birlikte görülebileceği gibi tek başına da görülmektedir. Buna ek olarak duygusal istismarın neden olduğu hasarlar en az fiziksel istismarlar kadar örseleyicidir, fakat bulguları daha gizlidir (Kara ve ark., 2004).

Duygusal istismar ve ihmalde tek bir nedenden çok çocuk, ana baba ve çevrenin etkileri üzerinde durulmaktadır. Bu tür istismarı gerçekleştirenler, çocuğa birinci derecede bakım veren ve bağlanma nesnesi olan kişilerdir. Duygusal istismar ve ihmal, annede duygu-durum bozukluğu ve madde kötüye kullanımı, çocuğa karşı artmış sözel öfke ve azalmış duygusal beslenmeyle ilişkili bulunmuştur (Taner ve Gökler, 2004).

Ergenlerin ilişkisel depresyon düzeyleri ile çocukluk çağında yaşanan duygusal istismar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Durmuşoğlu ve Doğru, 2006).

2.3.4. İhmal

Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde tanımlanabilir. Bir bütün olarak toplum, kurumlar ve bireyler tarafından geliştirilen ihmal davranışı, çocukların eşit hak ve özgürlüklerinden yoksun bırakılması sonucunda onların en üst düzeyde gelişimlerini engelleyici davranışlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çocuğun bakım ve beslenme gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması gerekli tıbbi müdahalelerin yapılmaması, anne baba olarak çocuğa karşı danışmanlık görevinin yeterince yerine getirilmemesi ve çocuğun tek başına bırakılması ihmal davranışına örnek olarak verilebilir (Aral ve Gürsoy, 2001).

Çocuk ihmal ve istismarını birbirinden ayırmak oldukça zordur. Yakın kişilerin çocuğun gelişimine sürekli zarar veren hareketleri sonucu çocuğa sosyal olarak mevcut kaynakların sağlanmaması, bunlardan yoksun bırakılması fiziksel ihmal olarak tanımlanabilir. Çocuğun sevilmemesi, ihtiyacı olan duygusal ilgi ve yakınlığın ona gösterilmemesi duygusal ihmal olarak kabul edilmektedir. İhmal çocuğa karşı kötü muamele sayılan davranışların en geneli olmakla birlikte en çok dikkatlerden kaçanıdır (Özgentürk, 2014).

İhmal genel anlamıyla çocukların anne babaları ve bakımlarından sorumlu kişilerce ihtiyaçlarının karşılanmaması şeklinde açıklanabilir. Bunlar her türlü fiziksel,

duygusal ihtiyaçlardır; ayrıca eğitim, sosyal ve kültürel ihtiyaçlar da bunlara dahildir. Profesyonellere göre çocukların genel anlamıyla ihmal edilmesi; beslenmelerinin yeterli düzeyde olmaması, yaşadıkları alanların pis ve sağlıksız olması, sağlığa zararlı besinler yedirilmesi, kıyafetlerinin hijyenik ve uygun olmaması, sağlık ve tedavi gereksinimlerinin karşılanmaması şeklindedir (Howe, 2005).

Benzer bir tanımda da ihmal çocuğun bakımından sorumlu olan yetişkinin sorumluluklarını yerine getirmemesi, çocuğun temel ihtiyaçlarının (gıda, giyim, sağlık, sosyal ve duygusal ihtiyaçlar vb.) karşılanmaması, çocuğun yaşam boyu gelişimi için ihtiyaç duyduğu ilginin gösterilmemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Runyan ve ark., 2002).

2.3.4.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun bakımından sorumlu anne baba veya diğer yetişkinler tarafından yeterli beslenememesine, giyecek, sağlık, güvenlik ve bunun gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasına ya da geciktirilmesine neden olacak davranışların tümüdür (Yurdakök ve İnce, 2010; Erickson ve Egeland, 2002).

2.3.4.2. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun bakımından sorumlu kişilerin çocuğun duygusal yakınlık ve duygusal destek ihtiyaçlarını karşılamada başarısız olması şeklinde açıklanmaktadır (Aust ve ark., 2012). Ayrıca, çocuğun duygusal gereksinimlerinin cevapsız kalması, gelişim ve sosyalleşme dönemlerinde gereken desteğin verilmemesi de duygusal ihmal kapsamındaki davranışlardandır (Yurdakök ve İnce, 2010).

Duygusal ihmalin çocukların gelişim süreçlerine büyük ölçüde zararı vardır. Duygusal açıdan ihmal edilen çocukların kendilerini sosyal ortamlarda rahat ve güçlü hissettiren duyguları gelişmemektedir. Bu durum çocukların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Howe, 2005).

2.3.4.3. İhmalin Risk Etmenleri ve Sonuçları

Duygusal ihmalin çocukların gelişim süreçlerine büyük ölçüde zararı vardır. Duygusal açıdan ihmal edilen çocukların kendilerini sosyal ortamlarda rahat ve güçlü hissettiren duyguları gelişmemektedir. Bu durum çocukların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Howe, 2005).

İhmal ve istismar yaşantısına maruz kalan çocuklarda depresyona yatkınlık, öğrenmeyle ilişkili güçlükler, uyum problemleri ve madde kullanımı belirgin bir şekilde görülmektedir. Şiddete eğilimi, bireyin kendisine veya başkasına yönelik zarar verme davranışları, kendisine yönelik değersizlik algısı, obsesyon ve öz kıyımına sebep olur (Güler ve ark., 2002; Ünal, 2008). Duygusal ihmal yaşantılarının, depresyon ve distimi ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür (Töngge, 2011).

Duygusal açıdan örselemiş çocukların okulda gösterdikleri akademik başarının gelişim süreçlerini sağlıklı bir şekilde tamamlayan çocuklarınkine oranla çok daha düşük olduğu görülmektedir. Bu çocuklar yaşadıkları duygusal zorluklar nedeniyle çoğu zaman anti sosyal davranışlar sergilemektedirler. Duygusal yönden ihmal edilmiş bu çocukların davranışlarına bakıldığında; yaşadıkları duygusal zorluklara karşı tepkisel hareket ettikleri görülmektedir. İstismar ve ihmal yaşantıları ile mağdur edilen çocuklar aşırı miktarda kronik stres yaşamaktadırlar. Kronik stres bu çocuklarda fizyolojik sağlık ve gelişim problemlerinin daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır. Stresin sürekli yaşanıyor olması çocukların öncelikle sinir sistemi olmak üzere bütün bağışıklık sistemlerine zarar vermekte ve kalıcı bozukluklara sebebiyet vermektedir (Howe, 2005).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, örnekleme, verilerin toplanması, veri toplama araçları verilerin çözümü ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırmada tarama modellerinden biri olan ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel tarama yöntemi iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki düzeyini istatistiksel testler kullanarak ölçmeye çalışan ve değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve olası sonuçları tahmin etmek için kullanılan bir modeldir (Karasar, 2014)

3.2. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örnekleme 18 yaş üzeri yetişkinlerden oluşmaktadır. İstanbul ilinde yaşayan yetişkinler arasından tesadüfi olarak seçilen 205 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve konusu ile ilişkili bilgiler sözel olarak verilmiş ve aralarından katılmaya gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların % 63,4'ü (n=150) kadın, %36,6'sı (n=75) erkektir. Örnekleme oluşturan katılımcıların yaş ortalaması 34,18'dir (SS=9,53).

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ölçmek için 'Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği', psikolojik sağlık düzeyini belirlemek için 'Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği', depresyon belirtileri için Beck Depresyon Ölçeği ve katılımcılara dair bilgiler için araştırmacı tarafından oluşturulan 'Kişisel Bilgi Formu' kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Örnekleme grubunda yer alan katılımcılara ilişkin demografik bilgiler kişisel bilgi formuyla elde edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim vb. sosyodemografik bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından 'Kişisel Bilgi Formu' oluşturulmuştur (bkz. Ek-1).

3.3.2. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC)

Connor ve Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC): Connor ve Davidson tarafından geliştirilen ölçek 5'li Likert tipi ve 25 maddelik bir ölçektir (Connor & Davidson, 2003). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması ise Kararmak (2010), tarafından yapılmış ve elde edilen Cronbach alfa katsayısı .92 çıkmıştır. Ölçeğin puanlanması; Hiç doğru değil (0), Nadiren doğru (1), Bazen doğru (2), Sıklıkla doğru (3) ve Her zaman doğru (4) ifadeleri ile yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-100 arasındadır ve kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek psikolojik sağlamlığı işaret etmektedir (bkz. Ek-2).

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Katılımcıların güncel depresyon belirtilerinin ölçülmesi amacıyla BDÖ'ü kullanılmıştır. Yetişkinlerde depresyonun derecesini objektif bir şekilde ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ve 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988). Ölçeğin güvenilirlik katsayısı .74 olarak bulunmuştur (Hisli, 1989). Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan maddelerin her birinin azdan çoğa doğru giden 4 maddelik kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış cümleler 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiş olup, toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (bkz. Ek-3).

3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇCTÖ)

Bu araştırmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ölçmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Bernstein ve ark. tarafından geliştirilmiş olup üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ve bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Prof. Dr. Vedat Şar, Psk. Dr. Erdinç Öztürk ve Eda İkizkardeş tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur.

Ölçek puanları hesaplanırken öncelikli olarak olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ölçeğin toplam puanını vermektedir. Alt puanlar 5-25, toplam puan ise 25-125 arasındadır. Minimasyonla ilgili olarak olumlu ifade olmasına rağmen, sadece travmanın inkarını ölçen ve toplam puanı etkilemeyen maddelerin (madde 10,16 ve 22) puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Minimasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden yalnızca 5 puan (en yüksek) olan yanıtlar hesaba katılır ve bunların her biri 1 puan olarak puanlanır. Bu puanların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimasyon puanı elde edilmiş olur. Ölçekte duygusal istismar 3,8,14,18,25, fiziksel istismar 9,11,12,15,17; fiziksel ihmal 1,4,6,2,26; duygusal ihmal 5,7,13,19,28; cinsel istismar ise 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir (bkz. Ek-4).

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri Ağustos 2017 ile Ekim 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllük ilkesi esas alınmış olup, katılımcıların gönüllü olduklarına dair onam alınmıştır. Katılımcılara yanıtlamak üzere “Kişisel Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği” birlikte verilmiştir. Ölçeklerin yanıtlanması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri; çocukluk çağı travmatik yaşantıları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, anne-babanın yaşamsal durumu, anne-babanın eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, bebeklikte/çocuklukta anne-babadan ayrı kalma durumu, psikiyatrik destek alma durumu, önemli fiziksel hastalığın varlığı, sigara, alkol ve madde kullanımından oluşmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtilerinden oluşmaktadır. Verilerin analizi SPSS 23,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Demografik özellikler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları ile depresyon, psikolojik sağlamlık puanlarını karşılaştırırken; parametrik testlerin ön şartlarından varyansların homojenliği Levene's testi ile kontrol edilmiş; normallik varsayımına ise Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar değerlendirilirken parametrik test ön şartlarını sağlamadığı için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırması için Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden parametrik test ön şartlarını sağlamadığı için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlık, depresyon, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları puanları arasında ilişkinin analizinde Pearson Korelasyon Katsayısı ile parametrik test ön şartlarını sağlamadığı durumda ise Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları ve depresyonun psikolojik sağlamlığı anlamlı düzeyde yordayıp yordamadığına ilişkin aşamalı çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Bu bölümde ölçekler yoluyla katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına yer verilecektir.

4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN FREKANS VE YÜZDE DEĞERLERİ

Tablo 1: Örneklemin, Demografik Özellikler Açısından Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	130	63,4
Erkek	75	36,6
Medeni Durum		
Evli	104	50,7
Bekar	86	42,0
Boşanmış	15	7,3
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	9	4,4
İlköğretim	34	16,6
Lise	69	33,7
Üniversite	86	42,0
Yüksek Lisans ve Üstü	7	3,4
Annenin Yaşamsal Durumu		
Sağ	188	91,7
Sağ değil	17	8,3
Babanın Yaşamsal Durumu		
Sağ	159	77,6
Sağ değil	46	22,4
Anne Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	89	43,4
İlköğretim	70	34,1
Lise	31	15,1
Üniversite	14	6,8
Yüksek Lisans ve Üstü	1	,5
Baba Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	51	24,9
İlköğretim	79	38,5
Lise	50	24,4

Üniversite	23	11,2
Yüksek Lisans ve Üstü	2	1,0
Algılanan Gelir Düzeyi		
Düşük	38	18,5
Orta	152	74,1
Yüksek	15	7,3
Bebeklikte/Çocuklukta Anne Babadan Ayrı Kalma Durumu		
Evet	46	22,4
Hayır	159	77,6
Ayrı Kalınan Ebeveyn		
Anne	12	26,7
Baba	33	73,3
Total	45	100,0
Psikiyatrik Destek Alma Durumu		
Evet	53	26,0
Hayır	151	74,0
Önemli Fiziksel Hastalık Durumu		
Evet	20	9,8
Hayır	185	90,2
Sigara, Alkol, Madde Kullanım Durumu		
Evet	73	35,6
Hayır	132	64,4

Tablo 1 de görüldüğü gibi örneklemin % 63,4'ü (n=130) kadınlar, % 36,6'sını (n=75) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarının ise % 50,7'sini (n=104) evliler, % 86'sını (n=86) bekarlar, % 15'ini boşanmış bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında % 4,4'ünün (n=9) okur-yazar, % 16'sının (n= 34) ilköğretim mezunu, % 33,7' sinin (n=69) lise mezunu, % 42' sinin (n=86) üniversite mezunu, % 3,4' ünün (n=7) yüksek lisans ve üstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların annelerinin % 91,7' si (n= 188) sağ iken % 8,3' ü (n=17) sağ değildir. Babaların % 77,6' sı (n= 159) sağ iken % 22,4' ü (n=46) sağ değildir. Annelerinin eğitim durumuna baktığımızda % 43,4' ünün (n=89) okur-yazar, % 34,12 inin (n=70) ilköğretim mezunu, % 15,1' inin (n=31) lise mezunu, % 6,8' inin (n=14) üniversite mezunu, % 0,5' inin (n=1) yüksek lisans ve üstü mezunu olduğu görülmektedir. Babaların eğitim durumuna baktığımızda ise babaların % 24,9' unun (n=51) okur-yazar, % 38,5' inin (n=79) ilköğretim mezunu, % 24,4' ünün (n=50) lise mezunu, % 11,2 (n=23) üniversite mezunu, % 1' i (n=2) yüksek lisans ve üstü mezunu olduğu görülmektedir. Algılanan gelir düzeyinin sorgulandığı bölümde

katılımcıların % 18,5' i (n= 38) gelirlerinin düşük, % 74,1' i (n= 152) gelirlerinin orta, % 7,3' ü (n=15) gelirlerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların % 77,6' sı (n=259) bebekliklerinde veya çocukluklarında anne babalarından ayrı kalmazken, % 22,4' ü (n=46) ayrı kalmıştır. Ayrı kalanların % 26,7' si (n=12) annesinden, % 73,3' ü (n=33) de babasından ayrı kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların psikiyatrik destek almalarına ilişkin sonuçlara göre %26' sının (n=53) destek aldığı % 74' ünün (n=151) ise destek almadığı görülmektedir. Katılımcıların % 9,8' i (n= 20) önemli bir fiziksel hastalığınız var mı sorusuna evet yanıtını verirken % 90,2' si (n=185) ise hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların % 35,6' sı (73) sigara, alkol veya madde kullandığını belirtirken % 64,4' ü (n=132) ise kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

4.2. ÖRNEKLEMİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİK DEĞERLERİ

Tablo 2: Örneklemin Yaş Değişkeninin Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yaşınız	205	18,0	57,0	34,18	9,53

4.3. ÖRNEKLEMİN ÇOCUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI, PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ VE DEPRESYON BELİRTİLERİNE İLİŞKİN ÇIKARIMSAL BULGULAR

Tablo 3: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Kadın	130	8,077	3,270	,287	1,248	203 ,213
	Erkek	75	7,493	3,142	,363		
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Kadın	130	6,085	2,424	,213	-,209	203 ,835
	Erkek	75	6,160	2,600	,300		
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Kadın	130	7,908	2,851	,250	-,480	203 ,632
	Erkek	75	8,107	2,869	,331		
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Kadın	130	12,792	4,936	,433	1,600	203 ,111
	Erkek	75	11,680	4,533	,523		
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Kadın	130	6,646	3,632	,319	2,694	203 ,008
	Erkek	75	5,427	1,932	,223		
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	130	50,492	11,631	1,020	1,094	203 0,275
	Erkek	75	48,733	10,058	1,161		
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	130	65,315	17,394	1,526	-1,844	203 ,067
	Erkek	75	69,880	16,490	1,904		

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarının ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları cinsel istismar alt ölçek puanı [$t(203)=-2,694$; $p<0,05$] cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir. Başka bir ifadeyle kadınların cinsel istismar puanları erkeklerin cinsel istismar puanlarından anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [$t(203)=1,094$; $p>0,05$], çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar alt ölçek puanı [$t(203)=-1,248$; $p>0,05$], fiziksel istismar alt ölçek puanı [$t(203)=-0,209$; $p>0,05$], fiziksel ihmal alt ölçek puanı [$t(203)=-0,480$; $p>0,05$], duygusal ihmal alt ölçek puanı [$t(203)=1,6$; $p>0,05$] ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı [$t(203)=-1,844$; $p>0,05$] cinsiyete göre anlamlı bir farklılık

göstermemektedir. Başka bir ifadeyle duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve ihmal ile psikolojik sağlamlık düzeyleri cinsiyete göre birbirinden farklı değildir.

Tablo 4: Örneklemin Medeni Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Alt Boyutlarının ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Medyanları, Standart Sapması ve Standart Hatası

Örneklemin Medeni Durumu	N	Medyan	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Evli	104	7,500	7,942	3,149	0,309
	Bekar	86	6,000	7,279	3,112	0,336
	Boşanmış	15	12,000	10,667	3,086	0,797
	Total	205	7,000	7,863	3,228	0,225
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Evli	104	12,000	12,538	4,849	0,475
	Bekar	86	11,000	11,314	4,326	0,466
	Boşanmış	15	18,000	17,467	3,980	1,028
	Total	205	12,000	12,385	4,811	0,336
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evli	104	5,000	5,971	1,953	0,192
	Bekar	86	5,000	5,919	2,745	0,296
	Boşanmış	15	8,000	8,200	3,321	0,857
	Total	205	5,000	6,112	2,484	0,173
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Evli	104	7,000	7,904	2,616	0,257
	Bekar	86	7,000	7,372	2,316	0,250
	Boşanmış	15	12,000	12,000	4,000	1,033
	Total	205	7,000	7,980	2,853	0,199
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evli	104	5,000	6,413	3,398	0,333
	Bekar	86	5,000	5,709	2,529	0,273
	Boşanmış	15	5,000	7,533	4,340	1,121
	Total	205	5,000	6,200	3,169	0,221
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Evli	104	48,000	49,788	10,640	1,043
	Bekar	86	45,000	47,605	9,855	1,063
	Boşanmış	15	60,000	63,133	12,212	3,153
	Total	205	70,000	49,849	11,089	0,774
Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	Evli	104	70,500	69,337	15,853	1,555
	Bekar	86	71,000	67,593	16,170	1,744
	Boşanmış	15	47,000	47,200	19,911	5,141
	Total	205	70,000	66,985	17,170	1,199

Tablo 5: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Örneklemin Medeni Durumu	N	Sıra Ort.	χ^2	Sd	p	İkili Karşılaştırma	
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Evli	104	106,02	15,963	2	,001	1-2
	Bekar	86	90,43				1-3
	Boşanmış	15	154,13				2-3
	Total	205					
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Evli	104	104,64	18,913	2	0,001	1-2
	Bekar	86	90,66				1-3
	Boşanmış	15	162,37				2-3
	Total	205					
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evli	104	104,23	14,458	2	0,001	1-2
	Bekar	86	94,05				1-3
	Boşanmış	15	145,83				2-3
	Total	205					
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Evli	104	103,07	20,608	2	0,001	1-2
	Bekar	86	91,87				1-3
	Boşanmış	15	166,37				2-3
	Total	205					
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evli	104	105,42	4,282	2	0,118	-
	Bekar	86	97,26				-
	Boşanmış	15	119,13				-
	Total	205					
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Evli	104	110,49	22,845	2	0,001	1-2
	Bekar	86	103,60				1-3
	Boşanmış	15	47,63				2-3
	Total	205					
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Evli	104	110,49	14,742	2	0,001	1-2
	Bekar	86	103,60				1-3
	Boşanmış	15	47,63				2-3
	Total	205					

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutlarının ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Kruskal Wallis testi incelendiğinde; çocukluk çağı travmatik yaşantıları cinsel istismar alt ölçek puanlarında [$\chi^2(2)=4,282$; $p>0,05$] medeni duruma göre farklılaşma yoktur. Başka bir ifadeyle cinsel istismar puanları medeni duruma göre birbirinden farklı değildir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları

toplam puanı [$\chi^2(2)=22,845$; $p<0,05$], duygusal istismar alt ölçek puanı [$\chi^2(2)=15,963$; $p<0,05$], duygusal ihmal alt ölçek puanı [$\chi^2(2)=18,913$; $p<0,05$], fiziksel istismar alt ölçek puanı [$\chi^2(2)=14,458$; $p<0,05$], fiziksel ihmal alt ölçek puanı [$\chi^2(2)=20,608$; $p<0,05$], Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı [$\chi^2(2)=14,742$; $p<0,05$] puanlarında medeni duruma göre farklılaşma vardır. Bu farklılığın neyden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine göre, evli ile bekar, evli ile boşanmış ve bekar ile boşanmış arasında istatistik olarak anlamlı farklılık vardır. [sırasıyla; $U=1486,5$, $U=379$, $U=245$, $U=311$, $U=1379$, $U=549$, $p<0,05$].

Tablo 6: Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası

Örneklemin Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	9	9,889	3,296	1,099
	İlköğretim	34	9,676	3,582	0,614
	Lise	69	7,812	3,074	0,370
	Üniversite	86	7,058	2,940	0,317
	Yüksek Lisans ve Üstü	7	6,857	2,116	0,800
	Total	205	7,863	3,228	0,225
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	9	16,111	4,372	1,457
	İlköğretim	34	16,824	4,549	0,780
	Lise	69	12,391	4,250	0,512
	Üniversite	86	10,500	3,952	0,426
	Yüksek Lisans ve Üstü	7	9,143	5,113	1,933
	Total	205	12,385	4,811	0,336
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	9	7,333	2,449	0,816
	İlköğretim	34	6,676	2,555	0,438
	Lise	69	6,246	2,762	0,333
	Üniversite	86	5,651	2,108	0,227
	Yüksek Lisans	7	6,143	3,024	1,143
	Total	205	6,112	2,484	0,173
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	9	10,222	2,991	0,997
	İlköğretim	34	9,471	3,422	0,587
	Lise	69	7,841	2,501	0,301
	Üniversite	86	7,279	2,481	0,268
	Yüksek Lisans ve Üstü	7	7,857	3,848	1,455
	Total	205	7,980	2,853	0,199
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	9	7,444	4,953	1,651
	İlköğretim	34	7,647	4,565	0,783
	Lise	69	6,333	3,475	0,418
	Üniversite	86	5,442	1,500	0,162
	Total	198	6,716	3,399	0,268

	Yüksek Lisans ve Üstü	7	5,571	1,512	0,571
	Total	205	6,200	3,169	0,221
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Okur-Yazar	9	58,222	11,872	3,957
	İlköğretim	34	57,647	12,917	2,215
	Lise	69	49,855	10,939	1,317
	Üniversite	86	46,198	8,284	0,893
	Yüksek Lisans ve Üstü	7	46,000	9,416	3,559
	Total	205	49,849	11,089	0,774
Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	Okur-Yazar	9	60,111	26,648	8,883
	İlköğretim	34	61,029	19,763	3,389
	Lise	69	66,638	18,208	2,192
	Üniversite	86	70,116	13,725	1,480
	Yüksek Lisans ve Üstü	7	69,714	8,958	3,386
	Total	205	66,985	17,170	1,199

Tablo 7: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçek Puanlarının Eğitim Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları

		KT	SD	KO	F	p.	İkili Karşılaştırma
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	211,728	4	52,932	5,530	,000	5-1; 5-2; 5-3; 5-4
	Gruplar İçi	1914,447	200	9,572			
	Toplam	2126,176	204				
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	1173,934	4	293,484	16,541	,000	5-1; 5-2; 5-3; 5-4
	Gruplar İçi	3548,622	200	17,743			
	Toplam	4722,556	204				
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	43,775	4	10,944	1,802	,130	-
	Gruplar İçi	1214,645	200	6,073			
	Toplam	1258,420	204				
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	164,490	4	41,122	5,500	,000	5-1; 5-2; 5-3; 5-4
	Gruplar İçi	1495,432	200	7,477			
	Toplam	1659,922	204				
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	138,556	4	34,639	3,627	,007	5-1; 5-2; 5-3; 5-4
	Gruplar İçi	1910,244	200	9,551			
	Toplam	2048,800	204				
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	3948,802	4	987,200	9,342	0,001	5-1; 5-2; 5-3; 5-4
	Gruplar İçi	21135,511	200	105,678			
	Toplam	25084,312	204				

Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	2534,889	4	633,722	2,200	,070	5-1; 5-2; 5-3; 5-4
	Gruplar İçi	57606,067	200	288,030			
	Toplam	60140,956	204				

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarının ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının eğitim duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Tek Yönlü Varyans analizi testi incelendiğinde; çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı [F(4,200)=1,802; p>0,05)] ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanı [F(4,200)=2,200; p>0,05)] puanlarında eğitim durumuna göre farklılaşma yoktur. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [F(4,200)=9,342; p<0,05)], duygusal istismar alt ölçek puanı [F(4,200)=5,530; p<0,05)], duygusal ihmal puanı [F(4,200)=16,541; p<0,05)], fiziksel ihmal puanı [F(4,200)=5,5; p<0,05)], fiziksel ihmal puanı [F(4,200)=3,627; p<0,05)], cinsel istismar puanı [F(4,200)=2,999; p<0,05)], Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı [F(4,200)=2,2; p<0,05)] puanlarında eğitim durumuna göre farklılaşma vardır. Bu farklılığın neyden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine göre yüksek lisans ve üstü ile okuyucu, ilköğretim, lise ve üniversite kategorileri anlamlı şekilde farklılık göstermiştir. [sırasıyla; U=2593, U=485, U=529, U=295, U=796, U=949, p<0,05].

Tablo 8: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Annenin Sağ yada Sağ Olmama Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları

Anninin hayatta olması		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Sağ	188	7,755	3,1697	,2312	-1,600	203	,111
	Sağ değil	17	9,059	3,7160	,9013			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Sağ	188	12,138	4,7675	,3477	-2,476	203	,014
	Sağ değil	17	15,118	4,5673	1,1077			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Sağ	188	5,899	2,0697	,1510	-4,256	203	,000
	Sağ değil	17	8,471	4,7053	1,1412			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Sağ	188	7,745	2,6906	,1962	-4,085	203	,000
	Sağ değil	17	10,588	3,3552	,8138			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Sağ	188	6,213	3,2552	,2374	,191	203	,848
	Sağ değil	17	6,059	2,0454	,4961			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Sağ	188	49,133	10,675	0,778	-3,140	203	,002
	Sağ değil	17	57,764	12,745	3,0911			
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Sağ	188	68,191	16,3781	1,1945	3,432	203	,001
	Sağ değil	17	53,647	20,4357	4,9564			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarının ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının anne sağ yada sağ olmaması değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, duygusal istismar puanı $[t(203)=-1,600; p>0,05]$ ve cinsel istismar puanı $[t(203)=-0,191; p>0,05]$ arasında annenin sağ yada sağ olmaması değişkenine göre anlamlı farklılık yoktur. Başka bir ifadeyle cinsel istismar ve duygusal istismar puanları annenin hayatta olma değişkenine göre farklılık göstermemiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı $[t(203)=-3,140; p<0,05]$, fiziksel istismar puanı $[t(203)=-4,256; p>0,05]$, fiziksel ihmal puanı $[t(203)=-4,085; p<0,05]$, duygusal ihmal puanı $[t(203)=-2,476; p<0,05]$ ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı $[t(203)=3,432; p<0,05]$ arasında annenin sağ yada sağ olmaması değişkenine göre anlamlı farklılık vardır.

Tablo 9: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Babanın Sağ ya da Sağ Olmaması Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları

Babanın Hayatta Olması		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Sağ	159	7,723	3,231	,256	-1,157	203	,249
	Sağ değil	46	8,348	3,206	,473			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Sağ	159	12,113	4,777	,379	-1,510	203	,132
	Sağ değil	46	13,326	4,863	,717			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Sağ	159	5,887	2,205	,175	-2,445	203	,015
	Sağ değil	46	6,891	3,178	,469			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Sağ	159	7,723	2,797	,222	-2,429	203	,016
	Sağ değil	46	8,870	2,895	,427			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Sağ	159	6,069	3,009	,239	-1,099	203	,273
	Sağ değil	46	6,652	3,671	,541			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Sağ	159	48,925	10,680	0,847	-2,240	203	0,026
	Sağ değil	46	53,043	11,975	1,745			
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Sağ	159	67,170	17,239	1,367	,285	203	,776
	Sağ değil	46	66,348	17,104	2,522			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarının ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının baba sağ ya da sağ olmaması değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı [$t(203)=-1,157$; $p>0,05$], duygusal ihmal puanı [$t(203)=-1,510$; $p>0,05$], Çocukluk çağı travmatik yaşantıları cinsel istismar puanı [$t(203)=-1,099$; $p>0,05$], Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı [$t(203)=-0,170$; $p>0,05$], Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı [$t(203)=0,285$; $p>0,05$] arasında babanın sağ ya da sağ olmaması değişkenine göre anlamlı farklılık yoktur. Başka bir ifadeyle cinsel istismar, duygusal ihmal, depresyon ve psikolojik sağlık puanları babanın hayatta olma değişkenine göre farklılık göstermemiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [$t(203)=-2,240$; $p<0,05$] fiziksel istismar puanı [$t(203)=-2,445$; $p<,05$], fiziksel ihmal puanı [$t(203)=-2,429$; $p<,05$] arasında babanın sağ yada sağ olmaması değişkenine göre anlamlı farklılık vardır

Tablo 10: Anne Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası

Anne Eğitim Durumu		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	89	8,056	3,167	,336
	İlköğretim	70	8,329	3,686	,441
	Lise	31	6,645	2,169	,390
	Üniversite	14	7,143	2,627	,702
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	6,000		
	Total	205	7,863	3,228	,225
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	89	13,404	4,738	,502
	İlköğretim	70	12,086	4,880	,583
	Lise	31	10,613	4,402	,791
	Üniversite	14	10,857	4,383	1,171
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	19,000		
	Total	205	12,385	4,811	,336
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	89	6,247	2,101	,223
	İlköğretim	70	6,371	3,302	,395
	Lise	31	5,258	,773	,139
	Üniversite	14	5,357	1,082	,289
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	13,000		
	Total	205	6,112	2,484	,173
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	89	8,921	2,993	,317
	İlköğretim	70	7,357	2,627	,314
	Lise	31	6,968	2,273	,408
	Üniversite	14	6,929	1,979	,529
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	14,000		
	Total	205	7,980	2,853	,199
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	89	6,337	3,391	,359
	İlköğretim	70	6,686	3,705	,443
	Lise	31	5,290	,902	,162
	Üniversite	14	5,000	,000	,000
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	5,000		
	Total	205	6,200	3,169	,221
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Okur-Yazar	89	51,6742	10,89910	1,15530
	İlköğretim	70	50,5143	12,73218	1,52179
	Lise	31	44,6452	6,23190	1,11928
	Üniversite	14	45,2857	6,56832	1,75546
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	66,0000		
	Total	205	66,985	17,170	1,199
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Okur-Yazar	89	64,809	18,681	1,980
	İlköğretim	70	68,086	16,073	1,921
	Lise	31	68,065	15,434	2,772
	Üniversite	14	71,714	15,968	4,268
	Yüksek Lisans ve Üstü	1	84,000		
	Total	205	66,985	17,170	1,199

Tablo 11: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Anne Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları

Anne Eğitim Durumu		KT	SD	KO	F	p
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	75,203	4	18,801	1,833	,124
	Gruplar İçi	2050,973	200	10,255		
	Toplam	2126,176	204			
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	272,563	4	68,141	3,063	,180
	Gruplar İçi	4449,993	200	22,250		
	Toplam	4722,556	204			
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	84,365	4	21,091	3,593	,147
	Gruplar İçi	1174,054	200	5,870		
	Toplam	1258,420	204			
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	189,505	4	47,376	1,444	,100
	Gruplar İçi	1470,417	200	7,352		
	Toplam	1659,922	204			
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	65,440	4	16,360	1,650	,163
	Gruplar İçi	1983,360	200	9,917		
	Toplam	2048,800	204			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	1719,322	4	429,831	1,679	0,076
	Gruplar İçi	23364,990	200	116,825		
	Toplam	25084,312	204			
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	1144,989	4	286,247	,970	,425
	Gruplar İçi	58995,967	200	294,980		
	Toplam	60140,956	204			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının anne eğitim duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Tek Yönlü Varyans analizi testi incelendiğinde; Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [$F(4,200)=1,679$; $p>0,05$], duygusal istismar puanı [$F(4,200)=1,833$; $p>0,05$], duygusal ihmal puanı [$F(4,200)=3,063$; $p>0,05$], fiziksel istismar puanı [$F(4,200)=3,593$; $p>0,05$], fiziksel ihmal puanı [$F(4,200)=1,444$; $p>0,05$], cinsel istismar puanı [$F(4,200)=1,650$; $p>0,05$] ve

Cannor Davidson Sağlıklik Ölçeği toplam puanı [$F_{(4,200)}=0,970$; $p>0,05$] arasında anne eğitim durumuna göre farklılaşma yoktur. Başka bir ifadeyle çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve psikolojik sağlıklik puanlarında anne eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 12: Baba Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlıklik Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası

Baba Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	51	8,235	3,290	,461
	İlköğretim	79	8,114	3,449	,388
	Lise	50	7,200	2,828	,400
	Üniversite	23	7,783	3,190	,665
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	6,000	,000	,000
	Total	205	7,863	3,228	,225
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	51	13,961	5,157	,722
	İlköğretim	79	12,633	4,392	,494
	Lise	50	11,040	4,522	,639
	Üniversite	23	10,826	5,015	1,046
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	14,000	7,071	5,000
	Total	205	12,385	4,811	,336
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	51	6,353	2,356	,330
	İlköğretim	79	6,215	2,711	,305
	Lise	50	5,740	2,440	,345
	Üniversite	23	5,783	1,565	,326
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	9,000	5,657	4,000
	Total	205	6,112	2,484	,173
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	51	8,784	3,437	,481
	İlköğretim	79	7,962	2,609	,294
	Lise	50	7,220	2,243	,317
	Üniversite	23	7,565	2,905	,606
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	12,000	2,828	2,000
	Total	205	7,980	2,853	,199
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Okur-Yazar	51	6,843	4,110	,576
	İlköğretim	79	6,557	3,500	,394
	Lise	50	5,420	1,715	,243
	Üniversite	23	5,304	1,020	,213
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	5,500	,707	,500
	Total	205	6,200	3,169	,221
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Okur-Yazar	51	52,568	12,571	1,760
	İlköğretim	79	50,886	11,329	1,274
	Lise	50	46,440	8,504	1,202
	Üniversite	23	47,043	9,855	2,055
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	57,000	12,727	9,000
	Total	205	49,848	11,088	0,774
Connor Davidson Sağlıklik Ölçeği Toplam Puanı	Okur-Yazar	51	59,490	21,015	2,943
	İlköğretim	79	69,354	14,716	1,656
	Lise	50	68,540	15,540	2,198
	Üniversite	23	71,957	14,852	3,097
	Yüksek Lisans ve Üstü	2	68,500	21,920	15,500
	Total	205	66,985	17,170	1,199

Tablo 13: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Baba Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları

		KT	SD	KO	F	p.
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	41,111	4	10,278	,986	,416
	Gruplar İçi	2085,064	200	10,425		
	Toplam	2126,176	204			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	283,056	4	70,764	3,188	,074
	Gruplar İçi	4439,500	200	22,198		
	Toplam	4722,556	204			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	29,898	4	7,474	1,217	,305
	Gruplar İçi	1228,522	200	6,143		
	Toplam	1258,420	204			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	98,176	4	24,544	3,143	,076
	Gruplar İçi	1561,746	200	7,809		
	Toplam	1659,922	204			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	81,012	4	20,253	2,058	,088
	Gruplar İçi	1967,788	200	9,839		
	Toplam	2048,800	204			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	1326,551	4	331,638	2,792	0,127
	Gruplar İçi	23757,761	200	118,789		
	Toplam	25084,312	204			
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	4002,259	4	1000,565	3,565	,068
	Gruplar İçi	56138,698	200	280,693		
	Toplam	60140,956	204			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının baba eğitim duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Tek Yönlü Varyans analizi testi incelendiğinde; çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [$F(4,200)=2,792$; $p>0,05$], duygusal istismar puanı [$F(4,200)=0,986$; $p>0,05$], duygusal ihmal puanı [$F(4,200)=3,188$; $p>0,05$], fiziksel istismar puanı [$F(4,200)=1,257$; $p>0,05$], fiziksel

ihmal puanı [$F_{(4,200)}=3,143; p>0,05$], cinsel istismar puanı [$F_{(4,200)}=2,058; p>0,05$] ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı [$F_{(4,200)}=3,565; p>0,05$] arasında baba eğitim durumuna göre farklılaşma yoktur. Başka bir ifadeyle çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve psikolojik sağlık puanlarında baba eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 14: Algılanan Gelir Düzeyine Göre Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanları Ortalamaları, Standart Sapması ve Standart Hatası

Algılanan Gelir Düzeyi		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Düşük	38	9,684	3,346	,543
	Orta	152	7,553	3,109	,252
	Yüksek	15	6,400	2,384	,616
	Total	205	7,863	3,228	,225
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Düşük	38	16,395	4,156	,674
	Orta	152	11,546	4,403	,357
	Yüksek	15	10,733	5,325	1,375
	Total	205	12,385	4,811	,336
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Düşük	38	7,526	3,407	,553
	Orta	152	5,757	2,084	,169
	Yüksek	15	6,133	2,356	,608
	Total	205	6,112	2,484	,173
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Düşük	38	9,711	3,805	,617
	Orta	152	7,579	2,402	,195
	Yüksek	15	7,667	2,845	,735
	Total	205	7,980	2,853	,199
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Düşük	38	8,474	5,098	,827
	Orta	152	5,730	2,350	,191
	Yüksek	15	5,200	,775	,200
	Total	205	6,200	3,169	,221
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Düşük	38	58,921	13,136	2,131
	Orta	152	47,882	9,533	0,773
	Yüksek	15	46,800	8,954	2,312
	Total	205	49,849	11,089	0,774
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Düşük	38	53,289	21,949	3,561
	Orta	152	69,296	14,304	1,160
	Yüksek	15	78,267	10,600	2,737
Total	205	66,985	17,170	1,199	

Tablo 15: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Algılanan Gelir Düzeyi Değişkeni Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Test Sonuçları

Algılanan Gelir Düzeyi		KT	SD	KO	F	p.	İkili Karşılaştırma
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	172,786	2	86,393	8,934	,000	1-2
	Gruplar İçi	1953,389	202	9,670			1-3
	Toplam	2126,176	204				2-3
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	758,866	2	379,433	19,337	,000	1-2
	Gruplar İçi	3963,690	202	19,622			1-3
	Toplam	4722,556	204				2-3
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	95,219	2	47,610	8,268	,000	1-2
	Gruplar İçi	1163,200	202	5,758			1-3
	Toplam	1258,420	204				2-3
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	139,720	2	69,860	9,283	,000	1-2
	Gruplar İçi	1520,202	202	7,526			1-3
	Toplam	1659,922	204				2-3
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Gruplar Arası	244,986	2	122,493	13,717	,000	1-2
	Gruplar İçi	1803,814	202	8,930			1-3
	Toplam	2048,800	204				2-3
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	3855,281	2	1927,640	18,342	0,000	1-2
	Gruplar İçi	21229,032	202	105,094			1-3
	Toplam	25084,312	204				2-3
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	9848,529	2	4924,265	19,778	,000	1-2
	Gruplar İçi	50292,427	202	248,972			1-3
	Toplam	60140,956	204				2-3

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının algılanan gelir durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Tek Yönlü Varyans analizi testi incelendiğinde; Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [$F_{(4,200)}=18,342$; $p<0,05$] duygusal istismar puanı [$F_{(4,200)}=8,934$; $p<0,05$], duygusal ihmal puanı [$F_{(4,200)}=19,337$; $p<0,05$], fiziksel istismar puanı [$F_{(4,200)}=8,268$; $p<0,05$], fiziksel ihmal puanı [$F_{(4,200)}=9,283$; $p<0,05$], cinsel istismar puanı [$F_{(4,200)}=13,717$;

p<0,05)] ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı [$F_{(4,200)}=19,778$; p<0,05)] puanlarında algılanan gelir düzeyine göre farklılaşma vardır. Bu farklılığın neyden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine göre düşük ile orta, orta ile yüksek, düşük ile yüksek arasında anlamlı şekilde farklılık göstermiştir. [sırasıyla; U=478, U=2238, U=1527, U=1478, U=777, U=1237, p<0,05].

Tablo 16: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Bebeklikte/ Çocuklukta Anne Babadan Ayrı Kalma Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları

Bebeklikte/Çocuklukta Anne Babadan Ayrı Kalma		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	46	9,239	3,928	,579	3,364	203	,001
	Hayır	159	7,465	2,890	,229			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	46	15,065	4,582	,676	4,486	203	,000
	Hayır	159	11,610	4,606	,365			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	46	7,326	3,419	,504	3,892	203	,000
	Hayır	159	5,761	2,020	,160			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	46	9,891	3,078	,454	5,519	203	,000
	Hayır	159	7,428	2,537	,201			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	46	6,891	4,658	,687	1,688	203	,093
	Hayır	159	6,000	2,571	,204			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Evet	46	56,130	13,616	2,007	4,570	203	,001
	Hayır	159	48,031	9,546	0,751			
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	46	62,478	19,456	2,869	-2,037	203	,043
	Hayır	159	68,289	16,285	1,291			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarını ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanlarının bebeklikte/ çocuklukta anne babadan ayrı kalma değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Çocukluk çağı Travmatik yaşantıları toplam puanı [$t(203)=4,570$; p<0,05], duygusal istismar puanı [$t(203)=3,364$; p<0,05], duygusal ihmal puanı [$t(203)=4,486$; p<0,05], fiziksel istismar puanı [$t(203)=3,892$; p<,05], fiziksel ihmal puanı [$t(203)=5,519$; p<,05], Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı [$t(203)=-2,037$; p<0,05] arasında bebeklikte/ çocuklukta anne

babadan ayrı kalma değişkenine göre anlamlı farklılık vardır. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarından cinsel istismar puanı [t(203)=1,688; p<0,05] bebeklikte/çocuklukta anne babadan ayrı kalma değişkeni açısından farklılık göstermemiştir. Başka bir ifadeyle anne babasından ayrı kalan katılımcıların cinsel istismar puanlarında farklılaşma yoktur.

Tablo 17: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlık Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik Destek Alma Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları

Psikiyatrik destek alma durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p	
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Evet	53	9,094	3,717	,511	3,298	202	,001
	Hayır	151	7,430	2,943	,239			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	53	14,226	5,006	,688	3,324	202	,001
	Hayır	151	11,728	4,598	,374			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	53	6,679	2,570	,353	1,922	202	,046
	Hayır	151	5,921	2,437	,198			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	53	8,340	3,293	,452	1,935	202	,040
	Hayır	151	7,868	2,687	,219			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	53	7,849	4,889	,672	4,590	202	,000
	Hayır	151	5,629	2,019	,164			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Evet	53	54,301	13,300	1,826	3,478	202	0,001
	Hayır	151	48,291	9,820	0,799			
Connor Davidson Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	53	61,132	18,747	2,575	-2,944	202	,004
	Hayır	151	69,073	16,200	1,318			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve Connor Davidson Sağlık Ölçeği puanları psikiyatrik destek alma değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı [t(202)=3,478; p<0,05], çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı [t(203)=3,298; p<0,05], duygusal ihmal puanı [t(203)=3,324; p<0,05], fiziksel istismar puanı [t(203)=1,922; p<,05], fiziksel ihmal puanı [t(203)=1,935; p<,05], cinsel istismar puanı [t(203)=4,590; p<0,05], Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanı [t(203)=-

2,944; $p < 0,05$] arasında psikiyatrik destek alma değişkenine göre anlamlı farklılık vardır. Başka bir ifadeyle psikiyatrik destek alanların travmatik yaşantıları ve alt boyutları psikiyatrik destek almayanlara oranla yüksek, psikolojik sağlamlık düzeyleri ise düşüktür.

Tablo 18: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Önemli Bir Fiziksel Hastalığının Varlığı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları

Önemli Bir Fiziksel Hastalığın Varlığı		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	20	9,050	3,120	,698	1,739	203	,084
	Hayır	185	7,735	3,222	,237			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	20	14,350	4,804	1,074	1,935	203	,054
	Hayır	185	12,173	4,777	,351			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	20	7,450	2,856	,639	1,570	203	,051
	Hayır	185	5,968	2,404	,177			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	20	10,100	2,490	,557	1,599	203	,060
	Hayır	185	7,751	2,800	,206			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	20	6,050	4,006	,896	-,222	203	,824
	Hayır	185	6,216	3,078	,226			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Evet	20	54,900	9,464	2,116	2,164	203	0,052
	Hayır	185	49,302	11,135	0,818			
Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	20	62,100	24,689	5,521	-1,342	203	,181
	Hayır	185	67,514	16,157	1,188			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarının ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği puanlarının önemli bir fiziksel hastalığın varlığı değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Çocukluk çağı Travmatik yaşantıları toplam puanı [$t(203)=2,164$; $p > 0,05$], çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı [$t(203)=1,739$; $p > 0,05$], duygusal ihmal puanı [$t(203)=1,935$; $p > 0,05$], fiziksel istismar puanı [$t(203)=1,570$; $p > 0,05$], fiziksel ihmal puanı [$t(203)=1,599$; $p > 0,05$], cinsel istismar puanı [$t(203)=-0,222$; $p > 0,05$], Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanı [$t(203)=-1,342$; $p > 0,05$] arasında önemli bir fiziksel hastalığının olup olmaması

değişkenine göre anlamlı farklılık yoktur. Başka bir ifadeyle önemli fiziksel hastalığı bulunan ve bulunmayan katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde farklılaşma yoktur.

Tablo 19: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutları ile Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Sigara, Alkol ve Madde Kullanma Durumu Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-Test ile Karşılaştırma Sonuçları

Sigara, alkol ve madde kullanma durumu		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	sd	p
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Evet	73	8,274	3,728	,436	2,357	203	,018
	Hayır	132	7,636	2,906	,253			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	73	13,562	5,050	,591	2,641	203	,009
	Hayır	132	11,735	4,565	,397			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	73	6,384	2,526	,296	2,164	203	,046
	Hayır	132	5,962	2,457	,214			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	Evet	73	8,548	3,180	,372	2,137	203	,034
	Hayır	132	7,667	2,614	,228			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	Evet	73	6,973	4,500	,527	2,633	203	,009
	Hayır	132	5,773	1,998	,174			
Çocukluk çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Evet	73	52,205	12,912	1,511	2,286	203	0,023
	Hayır	132	48,545	9,746	0,848			
Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	73	65,973	20,752	2,429	-2,627	203	,031
	Hayır	132	67,545	14,883	1,295			

Örneklemin çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alt boyutları ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği puanlarının sigara, alkol ve madde kullanma durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Çocukluk Çağı Travmatik yaşantıları toplam puanı [t(203)=2,286; p<0,05], çocukluk çağı travmatik yaşantılarından duygusal istismar puanı [t(203)=2,357; p<0,05], duygusal ihmal puanı [t(203)=2,641; p<0,05], fiziksel istismar puanı [t(203)=2,164; p<,05], fiziksel ihmal puanı [t(203)=2,137; p<,05], cinsel istismar puanı [t(203)=2,633; p<0,05], Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanı [t(203)=-2,627; p<0,05] arasında sigara, alkol ve madde kullanma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık vardır. Başka bir ifadeyle sigara, alkol ve

madde kullananların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyut puanları kullanmayanlara oranla yüksek, psikolojik sağlamlık puanları ise düşüktür.

Tablo 20: Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Alt Boyutlarının, Beck Depresyon Ölçeği ve Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiler

	BECK Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı
Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı	r -,516** p ,000 n 205					
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal istismar Alt Ölçek Puanı	r ,484** p ,000 n 205	-,364** ,000 205				
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı	r ,485** p ,000 n 205	-,371** ,000 205	,730** ,000 205			
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı	r ,352** p ,000 n 205	-,262** ,000 205	,629** ,000 205	,534** ,000 205		
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı	r ,497** p ,000 n 205	-,384** ,000 205	,576** ,000 205	,650** ,000 205	,554** ,000 205	
Çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı	r ,410** p ,000 n 205	-,396** ,000 205	,436** ,000 205	,401** ,000 205	,236** ,001 205	,295** ,000 205
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	r ,565** p 0,000 n 205	-,449** 0,000 205	-,360** 0,000 205	,862** 0,000 205	,861** 0,000 205	,732** 0,000 205

Cannor Davidson Sağlamlık Öleği toplam puanı ile Beck Depresyon Öleği toplam puanı arasında orta şiddette, negatif ve anlamlı ($r=0,516, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı arasında güçlü, pozitif ve anlamlı ($r=0,732, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile Beck Depresyon Öleği toplam puanı arasında orta şiddette, pozitif ve anlamlı ($r=0,565, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarından cinsel istismar puanı arasında güçlü, pozitif ve anlamlı ($r=0,609, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarından duygusal istismar puanı arasında güçlü, pozitif ve anlamlı ($r=0,862, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarından fiziksel ihmal puanı arasında güçlü, pozitif ve anlamlı ($r=0,777, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal ihmal puanı arasında güçlü, pozitif ve anlamlı ($r=0,861, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ile Cannor Davidson Sağlamlık Öleği toplam puanı arasında orta şiddette, negatif ve anlamlı ($r=0,449, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı ile Beck Depresyon Öleği toplam puanı arasında orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,484, p<0,01$), Cannor Davidson Sağlamlık Öleği toplam puanı arasında zayıf negatif ve anlamlı ($r=0,364, p<0,01$),

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal ihmal puanı ile Beck Depresyon Öleği toplam puanı arasında orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,485, p<0,01$), Cannor Davidson Sağlamlık Öleği toplam puanı arasında zayıf negatif ve anlamlı ($r=0,371, p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı ile kuvvetli pozitif ve anlamlı ($r=0,730, p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı ile Beck Depresyon Öleği toplam puanı arasında orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,352, p<0,01$), Cannor Davidson Sağlamlık Öleği toplam puanı arasında zayıf negatif ve anlamlı ($r=0,262,$

$p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı ile kuvvetli pozitif ve anlamlı ($r=0,629$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal ihmal puanı ile orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,534$, $p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı arasında orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,497$, $p<0,01$), Cannor Davidson Sağlık Öçeği toplam puanı arasında zayıf negatif ve anlamlı ($r=0,384$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı ile kuvvetli pozitif ve anlamlı ($r=0,576$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal ihmal puanı ile kuvvetli pozitif ve anlamlı ($r=0,650$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı ile orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,554$, $p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı arasında orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,410$, $p<0,01$), Cannor Davidson Sağlık Öçeği toplam puanı arasında zayıf negatif ve anlamlı ($r=0,396$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal istismar puanı ile kuvvetli pozitif ve anlamlı ($r=0,436$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları duygusal ihmal puanı ile orta şiddette pozitif ve anlamlı ($r=0,401$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel istismar puanı ile zayıf pozitif ve anlamlı ($r=0,236$, $p<0,01$), çocukluk çağı travmatik yaşantıları fiziksel ihmal puanı ile orta şiddette pozitif anlamlı ($r=0,295$, $p<0,01$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 21: Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Yaşantısı ve Depresyonun Psikolojik Sağlamlığa Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi

	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	SH	Beta	B	SH	Beta	B	SH	Beta
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	-,929	,108	-,516**	-,765	,116	-,425**	-,648	,127	-,360**
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı				-1,203	,348	-,222**	-1,118	,347	-,206**
Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı							-,865	,405	-,144
R2	0,266			0,300			0,312		
F	73,644			44,797			31,907		

**p<0,01

Bağımlı değişkenimiz olan Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanına etki eden çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları ile Beck Depresyon Ölçeğinin etkisine bakılmıştır. Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanındaki değişimin %26,6'sını tek başına anlamlı düzeyde açıklayan Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı olarak bulunmuştur [$t=-8,852$, $p<0,01$, $\beta=-0,516$]. İkinci modelde ise Beck Depresyon Ölçeği toplam puanına ek olarak çocukluk çağı travmatik yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek puanı %3,4 katkıyla Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanındaki değişimin %30'unu açıklamışlardır [$t_{beck}=-6,619$, $p_k<0,01$, $\beta_{beck}=-0,425$] [$t_{Cinsel\ İstismar}=-3,460$, $p<0,01$, $\beta_{Cinsel\ İstismar}=-0,222$]. Üçüncü modelde ise Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek puanına ek olarak %1,2 katkıyla Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanındaki değişimin %31,2'sini açıklamışlardır. [$t_{beck}=-5,102$, $p_k<0,01$, $\beta_{beck}=-0,360$] [$t_{Cinsel\ İstismar}=-3,219$, $p<0,01$, $\beta_{Cinsel\ İstismar}=-0,206$] [$t_{Fiziksel\ İhmal}=-3,219$, $p<0,01$, $\beta_{Fiziksel\ İhmal}=-0,144$].

Bir diğer ifadeyle Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarındaki bir standart sapmalık azalış Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanında 0,127 standart sapmalık bir artış meydana getirmektedir. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Cinsel İstismar Alt Ölçek puanındaki bir standart sapmalık azalış Connor Davidson Sağlamlık Ölçeği toplam puanında 0,347 standart sapmalık bir artış meydana

getirmektedir. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Fiziksel İhmal Alt Ölçek puanındaki bir standart sapmalık azalış Connor Davidson Sağlık Ölçeği toplam puanında 0,405 standart sapmalık bir artış meydana getirmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Bu bölümde verilerin analizleri sonucunda ortaya çıkan bulgular araştırmanın problemi ve alt problemleri çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE ALT BOYUTLARININ, SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, kadın ve erkek yetişkinlerin çocukluk çağı travmatik yaşantılarından olan cinsel istismar alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Literatürde çoğunlukla kadınların erkeklere oranla daha fazla istismar yaşantısına maruz kaldıklarıyla ilişkili çalışmalar mevcuttur (Finkelhor, 1994; Aktaran:Alparslan, 2014; Topbaş, 2004; Beyazova ve Şahin, 2007). İsveç'te yaşları 17 olan 1943 (814 erkek, 1129 kız) ergenle yapılan bir çalışmada erkek ve kız ergenler arasında sırasıyla % 3,1 ve % 11,2 oranlarında istismar bildirimi yapılmıştır (Edgarth ve Ormsatd, 1990). Benzer bir diğer çalışma da Pereda ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Araştırmacılar 21 ülkede yapılan 39 cinsel istismar çalışmasını değerlendirmiş ve kızlarda cinsel istismar oranının % 10-20, erkeklerde ise bu oranın % 10 olduğunu belirtmişlerdir. İmren ve arkadaşları (2013) ruh sağlığı kliniğine adli rapor talebi ile gönderilmiş olan cinsel istismara uğramış 157 çocuk ve ergenin %83,4'ün kız, %16.6'sının erkek olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada fiziksel ve duygusal istismar ile fiziksel ve duygusal ihmalin cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bostancı ve arkadaşlarının (2006) üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtiler üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında da cinsiyetler arasında hiçbir farkın olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak cinsiyet değişkeni bulgularının büyük bir kısmı ulusal ve yabancı literatürle uyumludur.

Bu çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt ölçeklerinde eğitim durumuna göre farklılaşma

olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi artıka alt ölçeklerden alınan puanlar düşmüştür. Bunun çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarının çocuklar üzerindeki olumsuz sonuçlarından kaynaklanabileceği, bu durumun akademik başarıları üzerinde olumsuz etkiye sahip olacağı düşünülmektedir. Paavilainen ve Tarkka (2003) duygusal istismarın çocuğun zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiş, bu durumun çocuğun normal zihinsel kapasiteye sahip olmasına rağmen öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar yaşamasından kaynaklandığını belirtmiştir.

Katılımcıların medeni durumları ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarının alt boyutları karşılaştırıldığında; boşanmış olanların çocukluk çağı travmatik yaşantıları, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve ihmal puanlarının sırasıyla evli ve bekar olanların puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Boşanmış olanların geçmiş dönem duygusal, fiziksel istismar ve ihmal yaşantıları evli ve bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları genellikle çocuk ve ergen gruplarında yapılmış olup yetişkinlerle yapılan çalışmalara pek rastlanmamıştır. Ancak istismar ve ihmalin olumsuz etkilerinin uzun süreli olduğu ve yetişkinlik dönemini de kapsadığı birçok çalışmada belirtilmiştir. Tıraşçı ve Gören (2007) fiziksel istismara maruz kalan çocukların sosyal işlevsellik açısından birçok zorluk yaşadıklarını; bu çocukların yakın ilişki kurma becerilerinin zayıf olduğu ve duygusal açıdan yoksun öfke içerikli ilişkiler kurmaya yatkın olduklarını belirtmişlerdir. Evlilik hayatının yakın ilişki kurma ve sürdürme becerisini içeren sosyal bir ilişki olduğu düşünüldüğünde; bu bilgiler ışığında yetişkinler ile yapılan geriye dönük çocukluk dönemi istismar ve ihmalin sorgulandığı bu çalışmanın medeni durum değişkeni bulguları kısmi olarak desteklenmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarının anne babalarının eğitim durumuna göre değişmediği bulunmuştur. Bu sonuçlarla örtüşen çalışmalar literatürde yer almaktadır. Zeren ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da anne babanın eğitim düzeyi ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları toplam puanı ve fiziksel, duygusal, cinsel istismar puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu sonuçlardan farklı olarak literatürdeki bazı çalışmalarda anne babanın düşük eğitim düzeyine sahip olması çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısı için risk etmeni olarak kabul edilmektedir (Örsel ve ark., 2011). Kaya (2015), ergenlerin çocukluk dönemi istismar yaşantıları ile

psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında anne baba eğitim durumunun yalnızca fiziksel ihmal yaşantıları üzerinde etkili olduğunu bulmuştur.

Bu çalışmada anne ve babaların hayatta olması veya olmaması ile çocukluk ağı travmatik yaşantıları alt boyutları karşılaştırıldığında annesi hayatta olmayan katılımcıların çocukluk ağı travmatik yaşantıları, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve ihmal puanları annesi hayatta olan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulunurken; babası hayatta olmayan katılımcıların fiziksel istismar ve ihmal puanları babası hayatta olan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Aslan ve Alparslan (1999)'ın çalışmasında da anne ve babası hayatta olmayan ergenlerin duygusal istismar ve duygusal ihmal ile fiziksel istismar puanları anne ve babası hayatta olan ergenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. İki araştırma arasındaki bulgular duygusal ihmal ve fiziksel istismar yaşantıları yönünden örtüşmektedir. Bülbül ve arkadaşlarının (2013) alışmasında da erken dönemde anne ve babasını kaybeden katılımcılarda sadece fiziksel ihmal yaşantısı anne babasını kaybetmeyen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar anne ve babasını kaybetmiş kişilerin gelişim dönemi fiziksel ihtiyaçlarından olan sağlık, bakım, gıda ve benzeri ihtiyaçlarının karşılanmaması; bunlara ek olarak duygusal ihtiyaçları olan yakın ilgi, sevgi ve yeterli desteği grememelerinin ihmal ve istismara yol açtığı biçimindeki kuramı desteklemektedir.

Bu çalışmada katılımcıların bebekliklerinde/çocukluklarında anne babalarından ayrı kalma durumu ile çocukluk ağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarından duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal yaşantıları değişkenleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunurken, cinsel istismar değişkeni açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sonuçlar alan yazınındaki bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Zeren ve arkadaşlarının (2012) niversite öğrencileriyle yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin anne babadan ayrı kalma durumu ile çocukluk dönemi travmatik yaşantıları alt boyutlarından fiziksel istismar ve duygusal istismar değişkenleri yönünden anlamlı bir farklılık bulunurken; cinsel istismar değişkeni yönünden anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Çocuğun gelişimindeki en önemli figürlerinden olan anne babadan ayrı kalmanın çocuğun dünyasında önemli izler bıraktığı birçok kaynakta yer almaktadır. Örsel ve arkadaşları (2011) g ve boşanma nedeniyle anne babasından uzun süre ayrı kalan çocuklarda istismar oranlarının daha

yüksek olduğunu bildirmektedir. Bunun çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanamaması ve bu durumun oluşturduğu yoksunluğun sarsıcı olmasıyla ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların hem anne-babalarının hayatta olmaması hem de ebeveynlerinden ayrı kalmalarının istismar ve ihmal puanlarında artışa neden olduğu bulunmuştur. Bu sonuç kuramsal ve gelişimsel değerlendirmelerle uyumludur. Anne babadan ayrı kalma durumu farklı nedenlerden kaynaklanabilmektedir; boşanma, ölüm gibi nedenler bunlardandır. Bu durumda çocuk ebeveynin bir tanesinden ayrı kalmaktadır. Yalnızca birinden ayrı kaldığını düşünürsek; çocuğun bakımında eşlerin birlikte sorumluluk alması yüklerini hafifletmiş olacağı için anne babalık rollerinde daha yeterli olabilirler. Fakat tek ebeveynin birçok ihtiyaçla tek başına ilgilenmek zorunda kalması istismar ve ihmal yaşantılarına neden olabilir. Evde fiziksel ve duygusal ihtiyaçları karşılanamayan çocuğun ihtiyaçlarını gidermek için seçtiği yollar çocuğu istismar ve ihmale açık hale getirebilir. Altı binden fazla hanenin dahil edildiği bir çalışmada tek ebeveynlerin çocuklarına yönelik fiziksel istismar eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur (Gelles, 1989).

Katılımcıların psikiyatrik destek alma durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutlarından duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar değişkenleri yönünden farklılık gösterdikleri bulunmuştur. Psikiyatrik destek alanların duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve ihmal ve cinsel istismar puanları daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının uzun süreli etkileri olduğu ve birçok psikiyatrik rahatsızlığa yol açtığı bilinmektedir. Literatür çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının; depresyon, travma sonrası stres bzuokluğu, alkol madde kullanımı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu, öfke ve şiddet davranışı, anksiyete içeren birçok psikiyatrik durumla sonuçlanabileceğine dair bilgilerin yer aldığı çalışmalar ile doludur (Aksoy ve Ögel, 2003; Tyler, 2002; Dönmez ve ark.,2014; Browne ve Finkelhor, 1986; Bülbül ve ark., 2003; Aktepe, 2009).

Bu çalışmada katılımcıların önemli bir fiziksel hastalığının bulunup bulunmaması ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve alt boyutları değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çocuk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarının birçok ruhsal hastalığa neden olurken fiziksel hastalıklarla da ilişkili

olabileceği düşünölmüş fakat beklenen sonuçlara ulaşlamamıştır. Katılımcıların çok az bir kısmı önemli bedensel hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Literatürde bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmeyen bulgular yer almaktadır. Kendall-Tackett ve Marshall (1999)'ın çalışmasında çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıları ile koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve duodonal ülser gibi organik kökenli hastalıkların ilişkili olduğu bulunmuştur. Aydın (2003)'ın çalışmasında da fiziksel istismar düzeyi önemli bir hastalık yaşamış olanlarda önemli bir hastalık yaşamayanlara oranla daha yüksektir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanma durumu ile çocukluk çağı travmatik yaşantı ve alt boyutlarından duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yönünden farklılık olduğu bulunmuştur. Literatürde bu sonuçlarla örtüşen bulgular mevcuttur. Aksoy ve Ögel (2003) kendine zarar verme davranışı ile ilgili yapmış oldukları çalışmada kendine zarar verme davranışını iki başlıkta incelemişlerdir. Bunlardan biri doğrudan zarar verme davranışı iken bir diğeri de dolaylı zarar verme davranışdır. Araştırmacılar sigara, alkol ve madde kullanımını dolaylı kendine zarar verme davranışı olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmalarında fiziksel istismara maruz kalan kişilerin yaşadıkları sıkıntılı durumları kontrol etmek ve kendilerini cezalandırmak için bu yolu seçtiklerini belirtmişlerdir. Kendine zarar veren kişilerin %90'ında madde kullanımı olduğu ve bunun bağımlılık düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Çocukluk ve ergenlik döneminde fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmış kişilerde madde bağımlılık oranları bu yaşantılara maruz kalmamış kişilerden daha yüksektir (Shefer, 2000).

5.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmanın bir diğeri değişkeni olan psikolojik sağlamlığın cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Literatürde bununla ilgili farklı bulgulara rastlanmaktadır. Bu çalışmayla uyumlu olarak Connor ve Davidson (2003)'ın psikolojik sağlamlık ölçeği geliştirme çalışmasında da cinsiyetler arası farklılık gözlemlenmemiştir. Tümlü ve Recepoğlu (2013)'nun akademik personeller ile yapmış

oldukları çalışma ve Altundağ (2013)'ın ebeveynleri boşanmış ergenler ile yapmış olduğu çalışmada da aynı şekilde psikolojik sağlamlığın cinsiyet açısından farklılaşmadığına dair sonuçlara ulaşılmıştır. Benzer bir diğer bulgu da Çelikkaleli ve Kaya (2016)'nın çalışmasında mevcuttur; üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeyleri, kişiler arası bilişsel bozulmalar ve duygusal öz-yeterlilik ile ilişkili araştırmalarında psikolojik sağlamlığın cinsiyete göre farklılık göstermediğini bulmuşlardır. Ancak literatürde araştırmanın sonucuyla farklılık gösteren çalışmalar da yer almaktadır. Li ve arkadaşları (2012)'nin Wenchuan depreminden bir yıl sonra yaptıkları çalışmada erkeklerin psikolojik sağlamlık puanlarının kadınlara kıyasla anlamlı yönde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erdoğan, Özdoğan ve Erdoğan (2015)'in üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda katılımcıların eğitim durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkili ilk çalışmalar genel olarak çocuk ve ergen popülasyonu üzerinde yapılmış olup (Kararmak ve Siviş, 2011), yetişkinlik dönemi psikolojik sağlamlık çalışmalarının sayıca az olduğu bilinmektedir (Bonanno, 2004). Yetişkinlerle yapılan az sayıdaki çalışmalardan biri olan İnan (2015)'nin ruhsal travmalar ve psikolojik sağlamlığı konu aldığı çalışmasında da eğitim durumu ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kuramsal çerçevede akademik başarı psikolojik sağlamlık kavramında bireysel koruyucu faktörlerdendir (Gizir, 2007). Akademik başarı, aynı zamanda psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkilendirilen sağlıklı uyum veya yeterliliği açıklamak için de bir ölçüttür (Luthar ve Cushing, 1999; Masten ve Reed, 2002). Bu çalışmada eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen en yüksek psikolojik sağlamlık puan ortalaması üniversite mezunu katılımcılara aittir. Bu sonuçlar kısmi olarak kuramsal çerçevede yer alan bilgileri desteklemektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre medeni durum ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Katılımcılardan evli olanların psikolojik sağlamlık düzeyleri bekar ve boşanmış olanlardan daha yüksek düzeydedir. Bu sonuçlar medeni duruma göre farklılığın olmadığı bulunan Tümlü ve Recepoğlu (2013)'un çalışmasıyla örtüşmemektedir; fakat anlamlı bir farklılığın olmamasına rağmen evli olan akademik personelin psikolojik sağlamlık puanları bekar

olan akademik personelden daha yüksektir. Bu çalışmada evli olanların psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olmasında sosyal desteğin önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Psikolojik sağlamlığın bireysel koruyucu faktörlerinden olan olumlu ilişkiye sahip olma durumunun (Gizir, 2007) evlilikte eşler arası desteği açıkladığı ve bu yönüyle evli bireylerde psikolojik sağlamlığın yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre algılanan gelir düzeyi ve psikolojik sağlık düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Gelir düzeyi yükseldikçe psikolojik sağlık puanları da yükselmektedir. Literatürde birçok çalışmada bireyin sosyo-ekonomik avantajlara sahip olmasının psikolojik sağlık açısından koruyucu bir etken olduğuna dair bilgiler yer almaktadır (Tümlü ve Receptoğlu, 2013; Gizir, 2007). Yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olan üniversite öğrencileri ve yetişkinlerin psikolojik sağlık düzeylerinin de yüksek olduğunu birçok çalışma vardır (Lee ve ark.,2009; Güngörmüş ve ark., 2015). Ancak psikolojik sağlık ve algılanan gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını gösteren bazı çalışmalar da mevcuttur (Bahadır, 2009; İnan, 2015; Açıköz, 2016).

Anne babanın eğitim durumuna göre, katılımcıların psikolojik sağlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürde anne baba eğitim durumu ve psikolojik sağlık ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kuramsal çerçeveden bakıldığında anne-baba eğitim durumu psikolojik sağlık için önemli koruyucu faktörlerdendir (Tümlü ve Receptoğlu, 2013).

Bu çalışmada anneleri sağ olanların psikolojik sağlık düzeyleri anneleri sağ olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Alan yazınına bakıldığında koşulsuz bakım veren destekleyici ebeveynlerin varlığının psikolojik sağlamlığın gelişmesinde önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Çocuklarıyla zaman geçiren, faaliyetlerine ilgi gösteren ve başarılarıyla gurur duyan anne babaların psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerin yetişmesinde büyük payı vardır (Howard ve Johnson, 2000). Aynı şekilde Gizir (2007)'in çalışmasında da destekleyici anne baba varlığının psikolojik sağlamlıktaki koruyucu etkisinden bahsedilmektedir. Çalışmada katılımcıların babalarının sağ olup olmamasına göre psikolojik sağlık düzeylerinde farklılık bulunamamıştır. Çalışmanın bu sonucunun kültürümüzde annelerin çocuklarının fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarıyla babalara nazaran daha çok ilgilenmelerinin bir

sonucu olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların annelerinin olmaması psikolojik sağlık düzeylerinde farklılığa neden olurken aynı sonuç babalarının sağ olmamasında gözlemlenmemektedir.

Katılımcıların bebekliklerinde/çocukluklarında anne babalarından ayrı kalma durumuna göre psikolojik sağlık düzeylerinde farklılaşma vardır. Çocukluk döneminde anne babalarından ayrı kalan katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri ayrı kalmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çocuğun ailesiyle birlikte yaşaması, olumlu anne-çocuk ilişkisine sahip olması ve istikrarlı bir aile ortamında büyümesinin psikolojik sağlamlığın gelişmesinde ailesel koruyucu faktörlerden olduğu bilinmektedir (Öz ve Yılmaz, 2009; Herrman ve ark., 2011). Yapılan çalışmaların bir kısmında anne babadan ayrı kalma durumu ile ilişkili farklılık gözlemlenirken (Werner, 2005), bir kısmında ise herhangi bir farklılık gözlemlenememiştir (Bahadır, 2009; Açıköz, 2016; Topçu, 2017).

Bu çalışmada, katılımcıların psikiyatrik destek alma durumuna göre psikolojik sağlık düzeylerinde farklılaşma vardır. Katılımcılardan psikiyatrik destek alanların psikolojik sağlık düzeyleri almayanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Kuramsal yönden bakıldığında bireylerin erken dönemde karşılaştıkları zorlukların bireyin psikolojik işlevselliğini etkileyerek psikopatolojinin meydana gelmesine neden olduğu fakat yetişkinlik döneminde, deneyimlenen zorlu yaşantılara rağmen pozitif yönde uyum sergileyen kişilerin de var olduğu, bunların psikolojik sağlamlığı yüksek bireyler olduğu belirtilmektedir (Tiet ve ark., 1998). Bu bilgilerden yola çıkıldığında kişilerin psikiyatrik destek alıyor olması bir yönüyle yaşadıkları zorluklar karşısında pozitif uyum gösteremedikleri ve ortaya çıkan psikopatoloji nedeniyle desteğe ihtiyaç duyduklarının bir kanıtıdır.

Katılımcıların önemli fiziksel bir hastalıklarının bulunması durumuna göre psikolojik sağlık düzeylerinde farklılaşma bulunamamıştır. Gizir (2007) literatürde psikolojik sağlık kavramına dair risk faktörlerinin incelendiği araştırmaları derlediği çalışmasında kronik hastalıklara işaret etmiştir. Örneklem grubundan çok az sayıda kişinin fiziksel hastalığının bulunması nedeniyle sonucun anlamsız çıktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre; sigara, alkol kullanım durumuna göre psikolojik sağlık düzeylerinde farklılaşmanın olduğu bulunmuştur. Sigara, alkol

kullandığını belirten katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri kullanmayan katılımcılara oranla daha düşüktür. Literatürde bu bulguyla örtüşen çalışmalar yer almaktadır. Bu araştırmalardan birinde ulaşılan sonuçlara göre psikolojik sağlığı yüksek olan bireylerin düşük olanlara nazaran sigara kullanımları daha azdır (Bonanno, Galea, Bucciarelli ve Vlahov, 2007). Yılmaz ve Irmak (2011)'in çalışmasında da kişilerin risk alma davranışlarında olan sigara ve alkol kullanımını arttıkça psikolojik sağlık düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir. Alan yazınında farklı sonuçlara ulaşılmış çalışmalar da vardır. Madde kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlık düzeylerinin incelendiği çalışmada, madde kullanan ve kulmayan öğrencilerin psikolojik sağlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Gökçen, 2015).

5.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI, ALT BOYUTLARI, DEPRESYON VE PSİKOLOLJİK SAĞLAMLIK ARASINDAKİ İLİŞKİLERE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmanın sonuçlarına göre; psikolojik sağlık puanları ile depresyon puanları arasında orta şiddette, negatif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Psikolojik sağlık puanları yükselirken depresyon puanları düşmektedir. Haddadi ve Besharat (2010) çalışmalarında psikolojik sağlık ve depresyon arasında negatif yönlü bir ilişki bulmuşlardır. Colinshaw ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısı olan bireylerin bir kısmında yetişkinlik dönemi psikopatolojilerine rastlanmamış olup bu sonuç psikolojik sağlık kapsamında algılanan ebeveyn bakımı, ergenlik dönemi akran ilişkileri, yetişkinlik dönemi duygusal ilişkilerin kalitesi ile açıklanmıştır. Psikolojik sağlık ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında sırası ile duygusal istismar ile zayıf negatif yönde anlamlı, duygusal ihmal ile zayıf negatif yönde anlamlı, fiziksel istismar ile zayıf negatif yönde anlamlı, fiziksel ihmal ile zayıf negatif yönde anlamlı ve cinsel istismar ile zayıf negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. İstismar ve ihmal yaşantıları çocuğa karşı kötü muameleyi içeren, toplum, yasalar ve profesyonellerce kabul görmeyen eylem veya eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizlikler çoğu zaman çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal yönden

zarar görmesine neden olabilmektedir (Taner ve Gökler, 2004). Literatürde varolan birçok çalışmadan bilindiği üzere bu tarz olumsuz durumlar psikolojik sağlamlığın gelişimini etkileyen ailesel ve çevresel risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Depresyon ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında sırası ile duygusal istismar ile orta şiddette pozitif anlamlı, duygusal ihmal ile orta şiddette pozitif anlamlı, fiziksel istismar ile orta şiddette pozitif anlamlı, fiziksel ihmal ile orta şiddette pozitif anlamlı ve cinsel istismar ile orta şiddette pozitif anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu sonuçlarla örtüşen birçok çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalar çocukluk çağı istismar yaşantısı ile yetişkinlik döneminde yaşanan psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğunu doğrulamaktadır (Örsel ve ark., 2011; Levitan ve ark., 1998; Goodman ve ark.,1997; Mueser ve ark., 2004). Putnam (2003)'ün uzun süreli çalışmasında cinsel istismar öyküsü olanlarda yetişkinlik döneminde psikopatolojinin varolduğu; özellikle depresyon ve madde kötüye kullanımının görüldüğüne dair bilgiler yer almaktadır. Chaffin ve arkadaşlarının (1996) çocukluk dönemi kötü muameleye ilişkin psikiyatrik ve sosyal risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında fiziksel istismarın depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilecek güçlü bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır. Travma yaşantısı sonrasında sık karşılaşılan duygulardan çaresizlik ve umutsuzluğa ek olarak bireyin karamsar bir bakış açısı geliştirmesi depresyon eğilimini önemli düzeyde artırmaktadır. Yapılan bir başka çalışmada da çocukluk döneminde tekrar eden şiddetli fiziksel ve cinsel istismara uğramış katılımcılarda yetişkinlik dönemi psikopatolojilerinin oldukça yüksek oranlarda görüldüğü bulunmuştur (Ellason ve Ross, 1997; Colinshaw ve ark., 2007; Güz ve ark., 2003;). Akyüz (2000)'ün çalışmasında suç işledikleri iddiası ile psikiyatri kliniğine gönderilmiş çocukların geçmiş dönem istismar ve ihmal yaşantıları ile psikopatoloji arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre duygusal, fiziksel istismar ve ihmal yaşantısı olan çocukların % 27.3'ünde depresyon görülmüştür. Özcan (2010)'ın çalışmasında da istismar ve ihmal yaşantısı olanların depresyon ve anksiyete puanları istismar ve ihmal yaşantısı olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

Depresyon toplam puanlarındaki bir standart sapmalık azalış psikolojik sağlamlık toplam puanında 0,127 standart sapmalık bir artış meydana getirmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarından cinsel istismar puanındaki bir standart

sapmalık azalış psikolojik sağlamlık toplam puanında 0,347 standart sapmalık bir artış meydana getirmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarından fiziksel ihmal puanındaki bir standart sapmalık azalış psikolojik sağlamlık puanında 0,405 standart sapmalık bir artış meydana getirmektedir. Depresyon, cinsel istismar ve fiziksel ihmal puanlarındaki azalış, psikolojik sağlamlığın pozitif yöndeki artışını anlamlı düzeyde açıklayabilmektedir. Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile kişilik özellikleri, baş etme stilleri ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; psikolojik sağlamlığın çocukluk döneminde maruz kalınan duygusal ihmal ile güncel psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi ılımlı hale getirdiği bulunmuştur (Campbell-Sills ve Stein, 2006). Wingo ve arkadaşları (2010) psikolojik sağlamlığın, çocukluk çağında istismara veya farklı travmalara maruz kalan bireylerin depresyon belirtili düzeylerini hafiflettiğini bulunmuştur.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının değerlendirilmesi için öz bildirim ölçekleri kullanılmış olmasıdır. Bu yaşantıların geriye doğru sorgulanması nedeniyle unutma, bastırma gibi etmenler işe karışacağından eksik bilgilere ulaşma ihtimaline ek olarak, toplumsal ön yargılar, stigmatizasyon nedeniyle sorular kısmen yanlı bir şekilde cevaplanmış da olabilir. Ancak anketler ve ölçeklerle yapılan bu tür bir çalışmada bu sorunların ortadan kaldırılması mümkün olmamaktadır.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise sosyodemografik değişkenler ve depresyon ilişkilerinin incelenmemiş olmasıdır. Depresyonla ilişkili sosyodemografik değişkenler, uzun bir süredir çok sayıda çalışmanın konusu olmuştur ve ilgili değişkenler oldukça iyi tanımlanmıştır. Bu yüzden iki değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesine gerek görülmemiştir.

Çalışmaya katılan denekler arasında önemli bir fiziksel hastalığı bulunanların sayıları oldukça düşüktür, bu nedenle önemli bir fiziksel hastalığı bulunan ve bulunmayan katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığına ilişkin bulgularımız dikkatle değerlendirilmelidir. Çocukluk çağı istismar ve ihmallerinin bireyin fizyolojik gelişimi üzerinde olumsuz etkilere sahip ve dolayısıyla psikolojik sağlamlık için bir risk etmeni

olduğu bilinmektedir. Daha büyük bir örnekleme grubuyla yapılacak çalışmaların sonuçlarına ihtiyaç vardır.

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Bu çalışmada; çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; kadın ve erkek yetişkinlerin çocukluk çağı travmatik yaşantılarından cinsel istismar alt puanları kadınlarda daha yüksektir. Anne babası hayatta olmayan ve anne-babalarından ayrı kalanlarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları daha fazla görülmektedir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının tüm alt boyutlarının yüksekliği ile eğitim düzeyinin düşmesi, boşanma, düşük gelir düzeyi, psikiyatrik destek alma, sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki vardır.

2) Psikolojik sağlamlık ile annenin sağ olması, anne ve babayla birlikte yaşama arasında pozitif bir ilişki vardır. Psikolojik sağlamlık puanlarının düşük olması bekar veya ayrılmış olma, düşük gelir düzeyi, psikiyatrik destek alma ve sigara, alkol kullanımı gibi sonuçlara yol açmaktadır.

3) Depresyon ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4) Psikolojik Sağlamlık puanlarının yüksekliği ile depresyon belirti düzeyleri arasında ters bir ilişki vardır.

Bu sonuçlar; özellikle anne-baba ile birlikte yaşamının psikolojik sağlamlık açısından önemini, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlığı olumsuz etkilediğini, depresyon gelişimine yatkınlık oluşturduğunu, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve psikolojik sağlamlığın zayıf olmasının yaşamın sonraki dönemlerinde olumsuz sonuçlara yol açtığını vurgulamaktadır.

Aile bütünlüğünün korunması, çocuklara ve ailelere yapılacak psiko-sosyal desteklerin ruhsal gelişimdeki koruyucu rolü önemle ele alınmalıdır. Ruh sağlığı alanındaki çalışmalar psikopatolojik durumlar kadar psikolojik sağlamlık üzerine odaklanmalıdır. Psikolojik sağlamlığı daha ayrıntılı değerlendiren yeni ölçeklerle, ileriye dönük çalışmalar tasarlanarak uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avcı, A. ve İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4).
- Açıkgöz, M. (2016). *Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlamlık ile mizah tarzları ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 226-236.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*; 1:95-119.
- Akyüz, G., Beyaztaş, F. Y., Kuğu, N., Analan, E. ve Doğan, O. (2000). Suç işledikleri iddiasıyla muayeneye gönderilen çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, 5(2), 70-75.
- Alparslan, A.H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*; 15(2):194-201.
- Altundağ, Y. (2013). *Anne-babası boşanmış ergenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinde yordayıcı değişkenler olarak yaşam doyumu ve yalnızlık* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Anderson, K. (2009). *Enhancing resilience in survivors of family violence*. New York: Springer Publishing Company.

- Anthony, J. C. ve Petronis, K. R. (1991). Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*, 2(2), 123-132.
- Aral, N. ve Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151(5).
- Aslan SH, Alparslan ZN. Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 10(2):275–85.
- Aust, S., Hartwig, E. A., Heuser, I. ve Bajbouj, M. (2012). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-8.
- Aydın, O. (2003). 18-25 yaş grubu erkeklerde çocukluk çağı örselenme yaşantısının incelenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*; 18:7-20.
- Bağdaççek, S. (2009). *Major Depresyon ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Erken Dönem Disfonksiyonel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması* (Uzmanlık Tezi). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Bahadır, E. (2009). *Sağlıkla ilgili fakültelerde eğitime başlayan öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeyleri* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Balci, E., Gün, I., Sarlı, S. M., Akpınar, F., Yagmur, F., Oztürk, A. ve Günay, O. (2011). Still an unknown topic: child abuse and shaken baby syndrome. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 17(5), 430-434.
- Banducci, A. N., Hoffman, E., Lejuez, C. W. ve Koenen, K. C. (2014). The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: *Psychopathology, health, and comorbidities. Addictive behaviors*, 39(10), 1522-1527.

- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Portland, Oregon: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Benard, B. (1995). *Fostering Resilience in Children*. Urbana: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education.
- Beyazova, U. (2007). Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. *Türk Ped Arş*, 42, 16-8.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Bonanno, G. A. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science ve Medicine*, 74(5), 753-756.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A. ve Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ., Çoban, Ş. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. *Yeni Symposium Journal*, Cilt 44 | Sayı 2.
- Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., ... ve Stowe, Z. N. (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Archives of general psychiatry*, 65(2), 190-200.

- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ve Karam, A. N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 90.
- Browne, A. ve Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O. ve Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 93-9.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. ve Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 585-599.
- Çelikkaleli, Ö. ve Kaya, S. (2016). University students' interpersonal cognitive distortions, psychological resilience, and emotional self-efficacy according to sex and gender roles. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 6(2), 187-212.
- Çetin, F., Yelöglü, H. O. ve Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 81-95.
- Chaffin, M., Kelleher, K. ve Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child abuse & neglect*, 20(3), 191-203.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154.
- Cicchetti, D. ve Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797- 815.

- Çocuk ve Travma, (2014). <http://www.vedatsar.com/cocuk-ve-travma/>. Erişim tarihi: 15.12.2017.
- Coleman, J. ve Hagell, A. (Eds.). (2007). *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*. Chichester: John Wiley ve Sons.
- Coll, C. G. ve Magnuson, K. (2000). Cultural Differences as Sources of Developmental. *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. ve Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, 31(3), 211-229.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. ve Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, 31(3), 211-229.
- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Csikszentmihalyi, M. (2009). The promise of positive psychology. *Psychological Topics*, 18 (2), 203-211.
- Dennison, M. J., Sheridan, M. A., Busso, D. S., Jenness, J. L., Peverill, M., Rosen, M. L. ve McLaughlin, K. A. (2016). Neurobehavioral markers of resilience to depression amongst adolescents exposed to child abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1201-1212.

- DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.*
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavrami: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.
- Dönmez, Y.E., Soylu, N., Özcan, Ö.Ö., Yüksel, T., Demir, A., Bayhan, P., Miniksar, D. (2014). Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *J Turgut Ozal Med Cent* ;21(1):44-8.
- DSM- IV-TR. (2005). *Tanı Ölçütleri Başvuru ve El Kitabı*. E. Köroğlu (çev.), İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- DSM- V. (2014). *(The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- 5):Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. E. Köroğlu (çev.), İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- DuMont, K. A., Widom, C. S. ve Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31, 255-274.
- Durmuşoğlu, N. ve Doğru, S. S. Y. (2006). Çocukluk Örseleyici Yaşantılarının Ergenlikteki Yakın İlişkilerde Bireye Etkisinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (15), 237-246.
- Edgards K, Ormsatd K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*; 89(3):310-9.
- Ellason JW, Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep*, 80:447-450.

- Erdoğan, A., Tufan, E., Karaman, M. G., Atabek, M. S., Koparan, C., Özdemir, E. ve Ankaralı, H. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 55-61.
- Erdogan, E., Ozdogan, O. ve Erdogan, M. (2015). University students' resilience level: The effect of gender and faculty. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 186, 1262-1267.
- Erginer, F. (2007). *Ankara ili ilköğretim okulu yöneticilerinin öğrencilerin aileleri tarafından istismarı ve ihmaline ilişkin görüşleri*. (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Erickson, M. F. ve Egeland, B. (2002). Child neglect. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2, 3-20.
- Farber, E. A. ve Egeland, B. (1987). Invulnerability among abused and neglected children. In Anthony, J. ve Cohler, B.J. (Ed.) *The Invulnerable Child. The Guilford Psychiatry Series* New York.253-288.
- Fergus, S. ve Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- Garbarino, J. ve Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 76-93.
- Gelles, R. J. (1989). Child abuse and violence in single-parent families: Parent absence and economic deprivation. *American journal of Orthopsychiatry*, 59(4), 492.
- Ghimbuluț, O., Rațiu, L. ve Opre, A. (2012). Achieving Resilience Despite Emotional Instability. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 16(3).

- Gizir, C. A. (2004). *Akademik sağlamlık: Yoksulluk içinde sekizinci sınıf öğrencilerinin akademik başarılarına katkıda bulunan koruyucu faktörlerin incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gizir, C. A. ve Aydın, G. (2006). Psikolojik sağlamlık ve ergen gelişim ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 87-99.
- Gökçen, G. (2015). *Madde kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT ve Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future search directions. *Schizophr Bull* 1997; 22: 685-696.
- Greene, R. R. (2002). *Resilience: Theory and research for social work practice*. Washington, DC: NASW Press.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 24, (3), ss.128-134.
- Gümüş-Saçarçelik, G. (2009). *Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları*. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi.

- Güngörmüş, K., Okanlı, A. ve Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 9-14.
- Gürkan, U. (2006). Yılmazlık ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(2), 45-74.
- Güz, H., Doğanay, Z., Çolak, E., Tomaç, A., SARISOY, G. ve Özkan, A. (2003). Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı?. *Klinik Psikiyatri*, 6, 80-5.
- Haddadi, P. ve Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 639-642.
- Hébert, M., Lavoie, F. ve Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia ve saude coletiva*, 19(3), 685-694.
- Hedin, L. W. (2000). Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12(5), 349-355.
- Help Center, (2017) (<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>) Erişim tarihi: 15.12.2017.
- Herrenkohl, E. C., Roy, D., Herrenkohl, C. ve Egolf, B. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 301-309.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. ve Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(5), 258-265.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.

- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Honor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442.
- Howard, S. ve Johnson, B. (2000). *Resilient and non-resilient behaviour in adolescents*. Canberra, ACT: Australian Institute of Criminology.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. London: Palgrave Macmillan.
- Husain, N., Gater, R., Tomenson, B. ve Creed, F. (2004). Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(8), 618-624.
- İmren, S. G., Ayaz, A. B., Yusufoglu, C. ve Arman, A. R. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*, 26(1), 11-16.
- İnan, E. (2015). *Travma, Bağlanma, Ruhsal Dayanıklık Kavramları ve Bu Kavramların Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Işık, Ş. (2016). Türkiye’de kendini toparlama gücü konusunda yapılmış araştırmaların incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 6(45), 65-76.
- Joseph C. Cappelleri, John Eckendrode, and Jane L. Powers. (1993). The Epidemiology of Child Abuse: *Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect*, Vol. 83, No. 11.
- Kairys, S. W., Johnson, C. F. ve Committee on Child Abuse and Neglect. (2002). The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*, 109(4), e68-e68.

- Kamış, G. Z. (2016). Depresyona İlişkin Tutumlar Ve Damgalanmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.
- Kara B, Biçer Ü, Gökalp SA. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004;47: 140-151.
- Kararmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.
- Kararmak, Ö. (2007). *Investigation of personal qualities contributing to psychological resilience among earthquake survivors: A model testing study.* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Kararmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry research*, 179(3), 350-356.
- Kararmak, Ö. ve Çetinkaya Siviş, R. (2011). Benlik Saygısının ve Denetim Odağının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi: Duyguların Aracı Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (35), 30-43.
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (27. baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.
- Kaya, İ. (2015). *Ergenlerin Çocukluk Dönemi İstismar Yaşantıları ile Davranış Problemleri ve Psikolojik Sağlamlıkları Arasında İlişkinin İncelenmesi Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü* (Yayınlanmış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S. ve Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 208-18.

- Kendall-Tackett, K. A. ve Marshall, R. (1999). Victimization and diabetes: An exploratory study. *Child abuse & neglect*, 23(6), 593-596.
- Kessler RC., Berglund P., Demler O., ve ark (2003). The epidemiology of major depression depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289:3095-3105.
- Kinard, E. (1982). Child abuse and depression: Cause or consequence?. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 61: 403-413.
- Köroğlu, E. 2004. *Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir*. I. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayın.
- Lee, E. K. O., Shen, C. ve Tran, T. V. (2009). Coping with Hurricane Katrina: Psychological distress and resilience among African American evacuees. *Journal of Black Psychology*, 35(1), 5-23.
- Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD ve ark. (1998) Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry*, 155:1746-1752.
- Li, M., Xu, J., He, Y. ve Wu, Z. (2012). The analysis of the resilience of adults one year after the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of Community Psychology*, 40(7), 860-870.
- Luthar, S. S. (2006). *Resilience in development: A synthesis of research across five decades*. In D. Cicchetti ve D. J. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology, Risk, Disorder, and Adaptation* (Second Edition: pp: 739-795). New Jersey: John Wiley ve Sons, Inc.
- Luthar, S. S. ve Cushing, G. (1999). *Measurement issues in the empirical study of resilience: An Overview*. Glantz, Meyer D. (Ed) Resilience and development: positive life adaptations. Hingham, JI.1A, USA: Kluwer Academic Publishers.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. S. ve Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A. S. ve Garmezy, N. (1985). *Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In Advances in clinical child psychology..* Springer US.
- Masten, A. S. ve Powell, J. L. (2003) *A resilience framework for research, policy and practice. In S.S. Luthar (Ed), Resilience and Vulnerability: Adaptation in Context of Childhood Adversities, (pp. 1-25).* USA: Cambridge University Press.
- Masten, A. S. ve Reed, M. J. (2002). *Resilience in development. The handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press.
- Masten, A. S. ve Sesma, A., Jr. (1999). Risk and resilience among children homeless in Minneapolis. *Children*, 47, 24.
- Masten, A. S., Best, K. M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(4), 425-444.
- McGloin, J. M., Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021- 1038.

- McNulty, J. K. ve Fincham, F. D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67(2), 101.
- Meriam Webster, (2017). <https://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>. Erişim tarihi: 15.12.2017.
- Murphy, J. M., Olivier, D. C., Monson, R. R., Sobol, A. M., Federman, E. B. ve Leighton, A. H. (1991). Depression and anxiety in relation to social status: A prospective epidemiologic study. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 223-229.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., ... ve Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General psychiatry*, 41(10), 959-967.
- Öğülmüş, S. (2001). Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık. *I. Ulusal Çocuk ve Suç Sempozyumu: Nedenler ve Önleme Çalışmaları*. Ankara, (s. 327-341), 29-30.
- Ohayon, M. M. (2007). Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of psychiatric research*, 41(3), 207-213.
- Önen, F. R., Kaptanoğlu, C. Ve Seber, G. (1994). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı Ve Risk Faktörlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 88-103.
- Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Çetin G, Miral S, Hancı H, Erşahin Y, Tepeli N, Bulguç AG ve Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect*, 2001, 25(2):279-290.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahıloğulları, A. K. ve Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).

- Osofsky, J. D. ve Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 54-75.
- Oxford Dictionaries, (2017). <https://en.oxforddictionaries.com/definition/resilient>. Erişim tarihi: 15.12.2017.
- Öz, F. ve Yılmaz, E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özcan, B. (2005). *Anne-babaları boşanmış ve anne-babaları birlikte olan lise öğrencilerinin yılmazlık özellikleri ve koruyucu faktörler açısından karşılaştırılması* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özcan, M. C. ve Çelebioğlu, A. (2010). *İstismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Özgentürk, İ. (2014). Child abuse and neglect Çocuk istismarı ve ihmal. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 265-278.
- Öztürk, M.O. (2002). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 9. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Paavilainen, E. ve Tarkka, M. T. (2003). Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nursing*, 20(1), 49-55.
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., McDonald, K. ve Bulloch, A. G. (2015). Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 23-30.
- Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1): 50-62.

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. ve Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342.
- Polat O. (2001) *Çocuk ve Şiddet*. 1. Baskı. İstanbul: Der Yaynevi.
- Poole, J. C., Dobson, K. S. ve Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child abuse & neglect*, 64, 89-100.
- Putnam FW. Ten-year research update review. Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42(3): 269-78.
- Ramirez E. R. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42, 73-82.
- Resilience, (2017). <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/resilience/>. Erişim tarihi: 15.12.2017.
- Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 307-321.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. ve Ramiro, L. (2002). *Child abuse and neglect by parents and other caregivers*. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; pp. 57–86.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316– 331.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.

- Şar, V., Öztürk, P. E. Ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Savrun BM. İ.Ü. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul*, s. 11-17.
- Sayar, K. ve Bağlan, F., (2010), *Koruyucu Psikoloji*, 1. Baskı.İstanbul: Timaş Yayınları.
- Schafer M, Schnack B, Soyka M (2000) Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 50:38-50.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Shorter, E. ve Marshall, J. C. (1997). A history of psychiatry. *Nature*, 386(6623), 346-346.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Terzi, Ş. (2005). *Öznel iyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli* (Yayınlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi: Ankara.
- Terzi, Ş. (2006). Kendini toparlama gücü ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 77-86.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücü'nün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(35), 297-306.

- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S. ve Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1191-1200
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Child abuse and neglect. *Dicle Medical Journal*, 34(1), 70-74.
- Tlapek, S. M., Auslander, W., Edmond, T., Gerke, D., Schrag, R. V. ve Threlfall, J. (2017). The moderating role of resiliency on the negative effects of childhood abuse for adolescent girls involved in child welfare. *Children and youth services review*, 73, 437-444.
- Töngge, Ş. (2011). *Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali İle Mizaç, Karakter Özellikleri ve Öfke Arasındaki İlişki*. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4).
- Topçu, F. (2017). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinde beş faktör kişilik özelliklerinin yordayıcı etkisinin incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Tugade, M. M. ve Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Tümlü, G. Ü. (2012). *Psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Turhan, E., Sangün, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sted*, 15, 153-7.

- Türkçapar, H.M. (2012). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama*. Ankara: Hyb Yayınları.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589.
- Ülker Tümlü, G. ve Receptoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Journal of Higher Education ve Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3).
- Ünal F. (2008) *Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali*. *T.S.A. Dergisi*, 1, 9-18.
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Van der Vegt, E. J., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C. ve Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for long lasting effects. *Journal of abnormal child psychology*, 37(2), 239-249.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family process*, 46(2), 207-227.
- Werner, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Focal Point Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization, Geneva, Switzerland. (<http://www.who.int/whr/2001/en/10.03.2003>).
- WHO Depression (2017).
http://search.who.int/search?q=depression&ie=utf8&site=who&client=_en_r&proxystylesheet=_en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctyp

eAPA DEPRESSION <http://www.apa.org/topics/depression/>. Erişim tarihi: 15.12.2017.

- Winfield, L. F. (1991). Resilience, schooling, and development in African-American youth: A conceptual framework. *Education and Urban Society*, 24(1), 5-14.
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. ve Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, 126(3), 411-414.
- Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.
- Yetkin, S. ve Özgen, F. (2007). Depression Within Historical Perspective. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Psychiatry*, 3(47), 1.
- Yılmaz, I.T. (2008). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler*. (Yayınlanmış doktora tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yılmaz-Irmak, T. (2011). Fiziksel istismara uğrayan ergenlerde dayanıklılığın incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(12), 1-21.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2010). Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Hacettepe Üniversitesi Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(1), 73-83.
- Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-433.
- Zara-Page, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103-113.
- Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Arık, A. ve Arslan, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(4).

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E. ve Alyanak, B. (2001).
Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri
Dergisi*, 2(2), 69-78.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK 2 CONNOR-DAVIDSON PSIKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

EK 3- BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EK 4- ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

EK 1- KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Ölçeklerin her birini yanıtlamadan önce ölçek başlarında bulunan açıklamaları dikkatlice okuyunuz ve cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevapları bulunmamaktadır. Araştırmanın güvenilir ve sağlıklı sonuçlar verebilmesi için soruların içtenlikle cevaplanması önemli bir husustur. Lütfen ölçekteki tüm soruları cevapladığınızdan emin olunuz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz : K () E ()
Yaşınız :
Medeni Durumunuz : Evli () Bekar () Boşanmış ()
Eğitim Durumunuz : Okur-Yazar () İlköğretim () Lise ()
Üniversite () Yüksek Lisans ve Üstü ()
Anneniz : Sağ () Sağ Değil () Öz () Üvey ()
Babanız : Sağ () Sağ Değil () Öz () Üvey ()
Annenizin Eğitim Durumu : Okur-Yazar () İlköğretim () Lise ()
Üniversite () Yüksek Lisans ve Üstü ()
Babanızın Eğitim Durumu : Okur-Yazar () İlköğretim () Lise ()
Üniversite () Yüksek Lisans ve Üstü ()
Algılanan Gelir Düzeyi : Düşük () Orta () Yüksek ()

Bebekliğinizde/ Çocukluğunuzda anne babanızdan ayrı kaldınız mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise kimden ()

Psikiyatrik destek alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Önemli bir fiziksel hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()

Sigara, alkol ve madde kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

EK 2 – CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

Yaş: () Cinsiyet: () Bayan () Erkek()

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2. Stres olduğumda beni rahatlatarak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4. Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	0	1	2	3	4
9. İyi ya da kötü, herşeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4

Yayın hakkı © 2001, 2003 by Kathryn M. Connor M.D. and Jonathan R.

EK 3 - BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. eskisine kıyasla daha kolay kızyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

- L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

- M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.

- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.

- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir Őey dūřünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 4 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar).

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

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık olarak 5.Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirdi.
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.
7. Sevdiğimi hissediyordum.
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
11. Ailedekiler bana öyle şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
16. Çocukluğum mükemmeldi.
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalan söylemekle tehdit eden birisi vardı.
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

EK 5 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Psikolog Esra Aydın tarafından yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla yapılmaktadır.

Araştırmada kullanılacak ölçekler, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlık ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisini anlamak amacıyla oluşturulmuştur. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve istediğiniz aşamada çalışmadan çekilebilirsiniz. Ölçeklere isim yazma zorunluluğunuz yoktur. Cevaplarınız sadece araştırmacı tarafından bilimsel veri amacıyla kullanılacaktır ve gizli tutulacaktır. Bu açıklamalar sizin için yeterli ise “EVET” seçeneğini işaretleyerek uygulamaya başlayabilirsiniz.

Sorularınız ve katkılarınız için araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

EVET () HAYIR ()

Ad-Soyad:

Tarih:/...../2017

İmza:

Psikolog Esra Aydın

E-mail: aydnesra1@gmail.com