

T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ERGEN KIZ ÇOCUKLARINA
YÖNELİK PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMININ
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

Hatice OKSAL

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülgün DURAT

MAYIS-2022

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca verdiği fikirleri ile yol gösteren ve her daim desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, araştırmamın her aşamasında yardımını aldığım danışmanım çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Gülgün DURAT’a, Grup eğitimi süresinde fikir ve deneyimlerinden faydalandığım, önerileri ile beni cesaretlendiren değerli hocam Sayın Doç. Dr. Aysel KARACA’ya,

Çalışmam süresince yol gösterici ve destekleyici fikirlerini esirgemeyen değerli tez izleme jürisi hocalarım Sayın Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ ve Prof. Dr. Nursan ÇINAR’a,

Çalışma süresince gerekli durumlarda çocuklara psikiyatrik destek sağlamada kolaylık sağlayan çocuk psikiyatri hekimi Uzm. Dr. Alper ALNAK’a

Çalışmama süresinde varlığını ve desteğini her zaman hissettiğim, güçlüklerin aşılmasında gücüm olan sevgili dostum Emine CİNCİOĞLU’na,

Çalışmaya katılan ve çocukların katılımını destekleyen ailelere,

Destekleri ile tez sürecimi kolaylaştıran birlikte çalıştığım mesai arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım süresince her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, benim kadar büyük bir sabırla tezimin bitme sürecini bekleyen hayat arkadaşım sevgili Birol Kaya OKSAL’a,

Yeri geldiğinde birlikte geçirdiğimiz zamanlardan feragat eden ve her yeni günde benim hayatıma yeni deneyimler katan sevgili kızlarım Zeynep Yağmur ve Serra Nil’e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vii
ŞEKİLLER	viii
ÖZET	ix
SUMMARY	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İHMAL VE İSTİSMARIN TANIMI	4
2.1.1. Çocuk İhmal ve İstismarı	4
2.1.2. Çocuk İhmal ve İstismarının Türleri	5
2.1.2.1. İhmal	5
2.1.2.2. İstismar	7
2.1.2.3. Fiziksel istismar	7
2.1.2.4. Duygusal ve psikolojik istismar	8
2.2. ÇOCUK CİNSEL İSTİSMARI	9
2.2.1. Çocukta Cinsel İstismarın Sıklığı ve Yaygınlığı	10
2.2.2. Çocukta Cinsel İstismarın Belirtileri	12
2.2.3. Çocuğun Cinsel İstismarını Etkileyen Faktörler	13
2.2.4. Cinsel İstismar Türleri	15
2.2.5. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Sonuçları	16
2.2.5.1. Kısa Dönem Sonuçları	18
2.2.5.2. Uzun Dönem Sonuçları	18
2.2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi	20

2.2.7. Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) Görev ve Sorumlulukları	21
2.3. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK	23
2.3.1. Tanımı	23
2.3.2. Etkileyen Faktörler	25
2.3.3. Çocuk Cinsel İstismarında Psikolojik Sağlamlık	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	29
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	29
3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	29
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	29
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	30
3.5.1. Görüşme Formu	30
3.5.2. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)	31
3.5.3. Kendini Toparlama Gücü Envanteri (KTGÖ)	31
3.5.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Ergen Formu (GGA-E)	31
3.5.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	32
3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	32
3.5.7. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu (GGA-AB)	33
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	33
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ	33
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	35
3.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ	36
4. BULGULAR	37
4.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR	37

4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDAKİ ÇOCUKLARIN PSTBÖ, KTGÖ, GGA-E İLE İLGİLİ BULGULARI	41
4.2.1. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'ne (PSTBÖ) İlişkin Bulgular	41
4.2.2. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'ne (KTGÖ) İlişkin Bulgular	44
4.2.3. Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formuna (GGA-E) İlişkin Bulgular	45
4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDAKİ ÇOCUKLARIN AİLE ÜYESİNİN BDE, BAÖ, GGA-AB İLE İLGİLİ BULGULARI	47
4.3.1. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeklerine İlişkin Bulgular	47
4.3.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu ile İlişkili Bulgular	48
5. TARTIŞMA	50
5.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	50
5.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMININ, MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN ÇOCUKLAR ÜZERİNDE PSTBÖ, KTGÖ VE GGA-E FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	53
5.2.1. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'ne (PSTBÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.2.2 Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'ne (KTGÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması	58
5.2.3. Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formu'na (GGA-E) İlişkin Bulguların Tartışılması	61
5.3. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMININ, MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN ÇOCUKLARIN AİLELERİ ÜZERİNDE BDE, BAÖ VE GGA-AB FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	62

5.3.1. Ailelerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği'ne (BAÖ) İlişkin Bulgularının Tartışılması	63
5.3.2. Ailelerin Güçler Güçlükler Anne Baba Anketi'ne (GGA-AB) İlişkin Bulgularının Tartışılması	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.1. SONUÇLAR	66
6.2. ÖNERİLER	67
KAYNAKLAR	68
EKLER	84
Ek 1. Görüşme Formu	84
Ek 2. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)	86
Ek 3. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ)	87
Ek 4. Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formu (GGA-E)	88
Ek 5. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	89
Ek 6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	91
Ek 7. Güçler Güçlükler Anketi Anne Baba Formu (GGA-AB)	92
Ek 8. Etik Kurul Onayı	93
Ek 9. Gönüllü Olur Formu	96
Ek 10. Psikolojik Sağlamlık Programı Oturum İçeriği	97
Ek 11. Psikolojik Sağlamlık Uygulayıcı Belgesi	106
ÖZGEÇMİŞ	107

TABLÖLAR

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Çocuklara Ait Özellikler	38
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Çocukların Aile Özellikleri	39
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Özellikleri	41
Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Psikolojik Sağlık Tutum ve Beceri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.5. Psikolojik Sağlık Tutum ve Beceri Ölçeği Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubu Kendini Toparlama Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.7. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubu Güçler ve Güçlükler Anketi-Ergen Formu Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.9. Güçler ve Güçlüler Anketi-Ergen Formu Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 4.10. Müdahale ve Kontrol Grubu Beck Depresyon Envanteri ve BeckAnksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.11. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.12. Müdahale ve Kontrol Grubu Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu Puanlarının Gruplar-İçi ve Gruplar-Arası Karşılaştırılması	48
Tablo 4.13. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	49

ŞEKİLLER

Şekil 1. Çalışmanın Uygulama Planı	35
--	----



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: 18 yaş altı çocuğun anlayamadığı ve gelişimsel olarak hazır olmadığı çocukluk döneminde kendisinden yaşça büyük kişi ya da kişiler tarafından cinsel eyleme katılması çocuk cinsel istismarı olarak tanımlanır. Araştırma cinsel istismar sonrası çocukların psikolojik olarak desteklemeye yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olması, kız çocuklarında görülme oranının erkeklere göre daha yüksek olması, çok özel ve hassas bir gruptan oluşması gibi nedenlerle ergen kız çocuklarına yönelik olarak planlanmıştır. Araştırmanın amacı, ergen kız çocuklarına grup etkileşimi biçiminde uygulanan psikolojik sağlık programının etkinliğinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma deneysel tasarımlı randomize kontrollü bir çalışma olup, çalışmaya cinsel istismar nedeniyle Çocuk İzlem Merkezine başvuran 38 çocuk (19 müdahale-19 kontrol) ve 38 birlikte yaşadığı aile üyesi (19 müdahale-19 kontrol) dahil edilmiştir. Müdahale grubuna psikolojik sağlık geliştirme programı uygulanmış (hafta da 2 oturum olacak şekilde 5 hafta), kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Çalışmada çocuklara Psikolojik Sağlık Tutum Beceri Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği ve Güçler Güçlükler Anketi-Ergen formu ön/son test ve izlem testi uygulanmıştır. Ebeveynlere eş zamanlı olarak Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve çocukları değerlendirmeleri için Güçler Güçlükler Anketi Anne Baba formu uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmanın sonucunda uygulanan psikolojik sağlamlığı geliştirme programının müdahale grubunda Psikolojik Sağlık Tutum Beceri Ölçeği toplam puan ve alt boyutlarından olan ilişkiler-değerler ile bağımsızlık-girişimcilik boyutunda anlamlı değişime neden olduğu bulunmuştur. Yine müdahale grubunda Kendini Toparlama Gücü Ölçeği puan ölçümlerinde anlamlı bir değişim gözlenmez iken; Güçler Güçlükler Anketi- Ergen formunun alt boyutu olan davranış sorunlarının düşmesine ve gücü ifade eden sosyal davranış puanında artışa neden olduğu gözlenmiştir. Ebeveynlere uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği puanında anlamlı bir değişiklik olmadığı, Beck Depresyon Envanteri ölçümlerinde ise müdahale grubundaki çocukların ebeveynlerinin izlem ölçümlerinin anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

SONUÇ: Psikolojik sağlık programının uygulandığı müdahale grubundaki çocukların kontrol grubuna göre psikolojik sağlamlıklarının arttığı, güçlüklerin azaldığı, güçlerinin arttığı ve dolayısı ile ebeveynlerin depresyon puanlarının düştüğü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Cinsel İstismarı, Ergen, Psikolojik Sağlık

SUMMARY

Investigation of The Effectiveness of The Resilience Program for Adolescent Girls who are Victims of Sexual Abuse

INTRODUCTION AND AIM: Child sexual abuse is defined as the participation of a child under the age of 18 in a sexual act by a person or persons older than him or her during childhood when he or she is not developmentally ready. The research was planned for adolescent girls due to the limited number of studies on psychological support of children after sexual abuse, the higher incidence rate in girls compared to boys, and the fact that they constitute a very special and sensitive group. The purpose of the study was to examine the efficiency of the psychological resilience program applied to adolescent girls in the form of group interaction.

MATERIAL AND METHOD: The study was a randomized controlled trial with an experimental design and 38 children (19 in the intervention and 19 in the control group) who applied to the Child Advocacy Center due to sexual abuse, and 38 cohabiting (19 in the intervention and 19 in the control group) family members were included. A psychological resilience development program was applied to the intervention group (5 weeks with 2 sessions per week), and no intervention was made to the control group. In the study, the Resilience Attitude Scale and Skill Profile, The Resilience Scale, Strengths and Difficulties Questionnaire E form pre/post-test and follow-up test were applied to the children. Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale were applied simultaneously to the parents, and the Strengths and Difficulties Questionnaire parents form to evaluate their children.

RESULTS: As a result of the study, it was found that the psychological resilience development program applied caused a significant change in the total score of the Resilience Attitude Scale and Skill Profile and the relationships – values and independence – entrepreneurship dimension in the intervention group. Yet, while no significant change was observed in the measurements of the Resilience Scale in the intervention group, it was observed that the sub-dimension of the Strengths and Difficulties Questionnaire E scale caused a decrease in behavioral issues and an increase in the social behavior score which expresses strength. It was determined that there was no significant change in the Beck Anxiety Scales cores applied to the parents, and the follow-up measurements of the parents of the children in the intervention group were significantly lower in the Beck Depression Scale measurements

CONCLUSION: It was determined that the psychological resilience of the children in the intervention group to whom the psychological resilience program was applied increased compared to the control group, the difficulties decreased, their strength increased, and therefore, the depression scores of the parents decreased.

Keywords: Adolescent, Child Sexual Abuse, Resilience

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk cinsel istismarı; 18 yaş altı çocuk ya da ergenin yetişkin biri tarafından cinsel uyarı ya da doyum amacıyla kullanılması olarak tanımlanır (Ovayolu, Uçan ve Serindağ 2007; Dokgöz ve Kar 2018). DSÖ ise; çocuğun tam olarak anlayamadığı, gelişimsel olarak yeterince hazır olmadığı, toplumun yasal ve sosyal tabularının ihlal edilerek çocuğun cinsel aktiviteye katılması olarak tanımlamaktadır. Çocukların kendi bakımından sorumlu, güven ve güce dayalı etkileşim halindeki yetişkin biri veya kendinden yaşça büyük 18 yaş altı çocuk tarafından cinsel istismara uğrayabileceği açıklanmaktadır (DSÖ, 2006). Dünya genelinde erkek çocukların %7,9'unun, kızların %19,7'sinin cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmektedir (Singh, Parsekar and Nair 2014). Cinsel istismar çocuğun temel insan hakkının ihlalinin yanı sıra yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik sınıf ayırt etmeksizin her toplumda yaygın olarak görülen ciddi bir problemdir (Veenema, Thornton and Corley 2015; Polat 2017). Evrensel bir sorun olancinsel istismar;toplumun adli, sağlık ve eğitim alanlarında birçok kurumunun işleyişini etkilediği gibi (Dokgöz ve Kar 2018), çocuklarda etkileri yaşam boyu devam edebilecek fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları yaşanmasına yol açabilir (Olafson 2011; Veenema et al 2015; Bulut 2016).

İstismarın başlangıç yaşı, süresi, sıklığı, türü, şiddetin varlığı, saldırganın yakınlık düzeyi ve aralarındaki yaş farkının çok olması yaşanan travmanın ruhsal etkilerini belirlemede rol oynamaktadır(Steel,Sanna,Hammond, Whipple and Cross2004; Alpaslan 2014; Aslan 2020a). Çocuk ve aileye yönelik koruyucu ve önleyici müdahalenin ilk adımını atabilmek için cinsel istismarın ortaya çıkarılması gereklidir (Obong'o et al 2020). Yapılan çalışmalarda çocukların %60-70'sinin çevresinden yeterli destek alamama, utanma, kendini suçlama, dışlanma korkusu, tehdit edilme, nasıl anlatacağını bilememe gibi nedenlerle istismarı açıklamadığı ya da yetişkinliğe kadar geciktirdiği bildirilmektedir(Lemaigre, Taylor and Gittoes 2017). Açıklanmayan cinsel istismar mağdurun tekrarlı istismara maruz kalmasına, daha fazla travmatize olmasına (Aslan 2020a; Wallis and Woodworth 2020) hatta başka çocuklarında istismara uğrama olasılığına yol açabilmektedir (Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones and Gordon 2003).

Çocuk cinsel istismarının, fiziksel ihmal ve istismara özgü bulguların nadir olması ve genelde tanığın olmaması gibi nedenlerle bilinmesi zordur (Olafson 2011). Bilinebilmesi için çocuğun istismarı anlatması gerekir. Lemaigre ve ark.'nın (2017) çalışmasında çocukların, aktif olarak dinlendiği, suçlanmadığı, utancının en aza indirildiği ve güvenin olduğu ortamdaki kişilere istismarı kolayca anlatabildikleri vurgulanmaktadır (Lemaigre et al 2017). Bu nedenlerle ülkemizde istismara uğrayan çocuklara profesyonel bir şekilde müdahale edilebilmesi ve çocukların ikincil örselenmeye maruz kalmaması için Sağlık Bakanlığı yapılanmasında bulunan hastanelerde Çocuk İzlem Merkezleri kurulmuştur (Bağ ve Alşen 2016; Aslan ve Erkol 2021). Çocuk dostu olan bu merkezlerde alanında uzman ekipler tarafından mağdur çocuğun adli ve tıbbi işlemlerinin tek seferde gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır. Merkezde adli sürecin ilk adımı atılmasına rağmen, ilerleyen süreçte çocuğun takibi, tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik müdahaleler bulunmamaktadır (Bağ ve Alşen 2016).

Cinsel istismar çocuk üzerinde fiziksel ve cinsel sağlığın yanında psikososyal uyumuna yönelik kısa ve uzun dönem sorunlara yol açan etkiler bırakmaktadır. Yapılan çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu, suicide davranışı, depresyon, anksiyete, maddeye başlama ve psikotik bozukluklar gibi bir çok bozukluğun görüldüğü belirtilmektedir (Wright, Fopma-Loy and Fischer 2005; Domhardt, Münzer, Fegert and Goldbeck 2015; Cruz et al 2021). Tüm olumsuzluklara rağmen bazı çalışmalarda cinsel istismar mağdurlarının var olan işlevselliklerini korudukları ve psikolojik belirtiler göstermedikleri bildirilmiştir (Dufour, Nadeau and Bertrand 2000; Collin-Vézina, Daigneault and Hébert 2013; Domhardt et al 2015). Cinsel istismar gibi strese neden olan zorluklarla baş etme ve uyum sağlama süreci psikolojik sağlamlıkla açıklanmaktadır (Luthar, Cicchetti and Becker 2000; Gizir 2007). Her ne kadar bazı bireyler cinsel istismar sonrasında ölçülebilen semptomlara göre psikolojik açıdan sağlam olarak nitelendirilseler de, mağdur bireylerin uzun süreli işlevselliklerinin değerlendirilmesinde yetersiz kalmaktadır (Williams and Nelson-Gardell 2012). Bu nedenle istismar açık edildikten sonra çocuk ve aileye yönelik koruyucu ve önleyici müdahaleler yapılarak destek sağlanması önemlidir (Aktay 2020). Cinsel istismarda çocuğa yönelik bireysel ya da grup terapileri uygulanabilmektedir (Taner ve Gökler 2004). Cinsel istismar sonrası mağdurlara

yönelik yapılan grup terapileri utanç ve damgalanma gibi olumsuz etkileri azaltarak algılanan sosyal desteği artırabilir. Benzer deneyimleri yaşayan akranların pozitif uyumları grup üyelerine yol gösterici olarak psikolojik sağlamlıklarına katkı sağlayabilir (Miffitt 2014; Bulut, 2016).

Bireyin riskli durumlar karşısında baş etme becerilerini geliştirme ve var olan koşullara olumlu uyum sağlamasına yönelik bir takım terapilerin ilke ve teknikleri psikiyatri hemşiresinin uygulama alanı içerisine girmektedir (Demiralp ve Oflaz 2007). Bu çalışmada cinsel istismar mağduru ergen kız çocuklarına yönelik psikolojik sağlamlık programının etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İHMAL VE İSTİSMARIN TANIMI

2.1.1. Çocuk İhmal ve İstismarı

İnsanın gelişim sürecinin başlangıcını oluşturan ve edindiği deneyimlerle tüm hayatını etkileyen çocukluk dönemi, insan hayatı için önem arz etmektedir (Sağlam ve Aral 2016; Yelboğa 2019). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre; *“erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk olarak”* belirtilmektedir. İnsanlık, tarihinden bu yana toplumsal ve çevresel değişimler sonrası birçok problemle karşılaşmıştır. Gelişim sürecinin başında olan çocuklar bu değişimlerden korunmasız ve savunmasız olması nedeniyle olumsuz olarak etkilenmiştir (Yelboğa 2019). Özellikle 1. Dünya Savaşından sonra Birleşmiş Milletler kurulmuş ve 10 Aralık 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi kabul edilmiş ve kabul edilen maddelerin çocukları da kapsadığı ilan edilmiştir. Fakat uygulamada çocukların eğitim, sağlık ve korunma eksiklikleri fark edilerek 1959 yılında bu haklar eklenerek Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda Çocuk Hakları Bildirgesi olarak tekrar düzenlenmiştir (Sağlam ve Aral 2016). Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 1994 yılında Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalanmış 1995 yılında Resmi Gazetede yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile Türkiye'de de uygulanmaya başlanmıştır (Acehan ve ark 2013).

Çocukluk dönemi hayatı biçimlendirdiği için nasıl geçtiği önemlidir. Nasıl bir çocukluk geçirildiği ruhen, bedenen ve zihnen yeterli, kendine ve topluma faydalı olmakla bir bütündür. Bunun için gelişmiş toplumlarda çocuğun eğitimi, sağlığı ve sosyal hakları devlet politikası dahilinde olduğu belirtilmektedir (Acehan ve ark 2013).

Çocuk ihmal ve istismarı dünya genelinde 18 yaş altı her 8 çocuktan birinde görülen, ciddi yasal ve sosyal sorunlara neden olan birçok faktörle ilişkili dinamik bir olgudur (Jackson, Kissoon and Greene 2015). DSÖ bu kavramları bir çatı altında birleştirerek “18 yaş altındaki çocuğun gelişimini etkileyen, kişiliğine ya da hayatta kalmasına fiili ya da olası zarar veren her türlü davranışı kötü muamele” olarak tanımlamaktadır

(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (erişim tarihi: 4 Eylül 2021)). Kötü muamele gören çocukların %18'inin fiziksel, %78'inin ihmal ve %9'unun cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir(Brown, Yılanlı and Rabbitt 2021). Çocuk istismarı; aile üyeleri, çocuğa bakım veren ya da yabancı bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, profesyonel kurum ve kuruluşlar tarafından saptanabilen, toplum tarafından uygun olmayan veya zarar verdiği düşünülen, çocuğun gelişimine olumsuz etkileri olan durum ve hareketler olarak nitelendirilmektedir(Taner ve Gökler 2004; Tıraşçı ve Gören 2007). Çocuğun yaşına ve gereksinimlerine uygun sorumluluk almama, yeterince ilgi ve koruma eksikliğinin olması gibi temel ihtiyaçların karşılanmaması ihmal olarak tanımlanır. Uzun ya da kısa süreli ihmalin etkileri çocukta duygusal, bilişsel, akademik ve sosyal sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir(Aktay 2020; Avdibegović and Brkić 2020).

Çocukların yaşadığı durumu anlama ve algılama kapasitelerinin yeterince gelişmemiş olması ve kendilerini savunamamaları gibi bir takım çevresel nedenlerle ihmal ve istismara açık olduğu belirtilmiştir(Ata 2019). İhmal ve istismar fark edilmediğinde bir süre sonra çocuklarda çeşitli sağlık sorunlarına neden olmakta hattaölümcül sonuçlara sebep olabilmektedir(Sarı, Ardahan ve Öztornacı 2016; Brown et al 2021). Bu nedenle olası ihmal ve istismar şüphesi yasal yükümlülüklerle tabii tutulmuştur. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesinde, “çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanların bu hakkı çocuğa zarar verecek şekilde kullanamayacağı” belirtilmiştir. Çocuğa karşı her türlü kötü muameleyi önlemek ve kötü muameleye maruz kalan çocuğu korumak ve tedavisini sürdürmek amacıyla ülkemizde devlet yükümlülüğü altına alınmıştır(Acehan ve ark 2013).

2.1.2. Çocuk İhmali ve İstismarının Türleri

DSÖ istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar, çocuk sömürüsü ve ihmal olarak gruplandırmaktadır. Çocuk sömürüsü; çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkileyerek, çocuk hakkını ihlale yol açan ve düşük ücret karşılığında iş gücü ile çocuğun çalışmasına yol açan durumdur(Öztürk ve Uluşahin 2016).

2.1.2.1. İhmal: Canlılar içerisinde uzun süreli bakım, korunma ve sevgi gereksinimi duyan varlık çocuktur.Toplumun sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi ve gelişebilmesi için, çocukların yeterince bedensel, ruhsal ve sosyal yönden gelişiminin

desteklenmesi önemlidir. Çocuğun bilerek ya da bilmeyerek yeterince desteklenmediği ve ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlarda ihmalden söz edilmektedir(Kurtoğlu 2016). Çocuğun temel ihtiyaçları olan beslenme, barınma, sevgi ve güven ihtiyacının karşılanmasından sorumlu kişi, kurum veya kişiler tarafından yeterince karşılanmaması durumuna çocuğun ihmali denir(Kurtoğlu 2016). TDK'ya göre ihmal; “gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama ve önem vermeme” şeklinde tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr> (erişim tarihi: 22 Ekim 2021)). Bir başka tanımda; bakımı ile ilgilenen kişi tarafından çocuğa yeterince ilgi gösterilmemesi ve temel ihtiyaçları olan fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmaması olarak açıklanmaktadır(Yılmaz 2009; Acehan ve ark 2013). Çocuğa karşı gerçekleştirilen kötü muamele içerisinde en yaygın olan tür ihmaldir. Çocuğun sağlık bakımı, eğitimi, çevresel tehlikelerden koruma, giyim ve yaşına uygun yiyecek verilmesi gibi temel ihtiyaçlarını karşılamayı ifade eder ve karşılanmazsa bir zaman sonra ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir(Avdibegović and Brkić 2020; Gonzalez, Mirabal, McCall and Doerr 2021).

Çocuk ihmali, başta fiziksel olmak üzere duygusal, cinsel ve eğitim ihmali olarak incelenmektedir(Jackson et al 2015; Kurtoğlu 2016).

Fiziksel İhmal: Çocuğun fiziksel ihtiyaçları olan beslenme, giyim, temizlik, barınma, bakımı ve güvenli yaşam ortamının yetersizliği veya yoksunluğu “fiziksel ihmal” olarak belirtilmektedir(Taner ve Gökler 2004; Kurtoğlu 2016). Fiziksel ihmalin olduğu durumlar; çocuğun gelişim dönemine uygun yiyecekler verilmemesi, yetersiz beslenmesi, gereğinden fazla beslenmesi, çevresel şartlara uygun ve temiz giydirilmemesi, fiziki çevrenin yetersizliği, evin içindeki ve dışındaki olası kazalara önlem alınmaması şeklinde sıralanabilmektedir(Acehan ve ark 2013).

Sağlık İhmali: Alan yazında fiziksel ihmalin alt başlığı olarak da değerlendirilebileceği belirtilmektedir. Sağlık ihmali, genelde çocuk sağlık kurumuna getirildiğinde sağlık profesyonelleri tarafından fark edilen ihmal türüdür. Çocuk hastalandığında sağlık kurumuna götürülmemesi ya da geç götürülmesi, çocuğa önerilen tedavi planına uyulmaması ve aşılarının yaptırılmaması olarak görülmektedir. Bir diğer sağlık ihmali de anne karnında bebeğin ihmal edilmesidir. Annenin gebelik süresinde çocuğun gelişiminde aksaklıklara yol açabilecek alkol,

sigara ve ilaç gibi uygun olmayan zararlı maddeler alması, yetersiz beslenmesi ve tıbbi kontrol ve bakımını almaması olarak adlandırılır(Acehan ve ark 2013).

Duygusal İhmal: Çocuğa karşı ilgisiz ve sevgisiz davranmak, özellikle ergenlik döneminde çocuğun yeterince desteklenmemesi ve gerekli alanlarda denetlenmemesidir.

Cinsel İhmal: Çocuğun cinsel kimliğine uygun davranılmaması, giydirilmemesi ve oyuncak alınmaması olarak tanımlanmaktadır. Özellikle 2 yaş sonrası çocuğun cinsel kimlik gelişimi için uygun davranış gösterilmesinin önem arz ettiği belirtilmektedir.

Eğitim İhmali: Çocuğun zorunlu eğitimini sürdürmesini desteklememek, ihtiyaç duyulduğunda özel eğitimine ilgisiz kalmak, okul sorunlarına duyarsız kalmak ve devamsızlık durumuna izin verilmesi olarak tanımlanmaktadır(Acehan ve ark 2013; Akça Özakar ve Söngüt 2019).

2.1.2.2. İstismar: İhmal ve istismarın ayrımı; ihmalçocuğu görmezden gelerek pasif olarak gerçekleştirilirken istismarda çocuğa aktif olarak yönlendirilen davranış şeklinin olması ile yapılmaktadır(Akça Özakar ve Söngüt 2019).

2.1.2.3. Fiziksel istismar: Fiziksel istismar ifadesi Demir ve Çakın Memik'in (2020) belirttiğine göre; ilk kez Tardieu aracılığıyla 1860 yılında tanımlanmış ve 1962 yılında Kempe ve arkadaşlarının "Dövülmüş Çocuk Sendromu" ifadesini alan yazında tanımlamaları ile birlikte kullanılmaya başlanmıştır(Demir ve Çakın Memik 2020).

Bir yetişkin tarafından kaza dışı çocuğu cezalandırma, disiplin etme, öfkeyi yansıtmaya amaçlı elle ya da bir nesneyle çocuğun fiziksel bütünlüğüne zarar vermek fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Aletle ya da aletsiz vurularak, sarsılarak, zehirleyerek ve yakılarak gerçekleştirildiği belirtilmektedir(Kaytez, Yücelyiğit ve Kadan 2018; Taner ve Gökler 2004; Yücel Beyaztaş, Özen ve Bütün 2014).

Çocuklarda kendi kendine olma olasılığı düşük ve yaşına uygun olmayan kazalarda istismardan şüphe edilmesi gerekir. Eğer çocuk tarafından uygulanmış ise gerçekliği sorgulanmalıdır. Çocuk cezalandırılmak istendiğinde ya da yetişkin kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkabilmektedir (Kara, Biçer ve Gökalp 2004; Yücel Beyaztaş ve ark 2014).

Fiziksel istismarın görüldüğü çocuklarda sıklıkla duygusal istismarla da karşılaşılır. Dayağın disiplin etme yöntemi olarak kullandığı ülkelerde daha yaygın görülebilmektedir(Topbaş 2004; Yücel Beyaztaş ve ark 2014). Ülkemizde UNICEF (2010) tarafından aile içinde şiddetin ve çocuğa yönelik istismarın incelendiği araştırmada; duygusal istismarın 7-18 yaş arası çocuklarda ilk sırada görüldüğü, daha sonra bunu %43 oranla fiziksel istismarın takip ettiği saptanmıştır(Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması, UNICEF2010).

Bulguların görülebilmesi açısından en kolay tespit edilebilen istismar tipi olsa da uygulayanlar için yasal yaptırımları olan süreç olduğu için gizlenebilme eğilimindedir. Bu nedenle hastaneye yapılan başvurusunda açıklanamayan gecikme, fiziksel bulgularla açıklanamayan çelişkili öykü ve birbirini suçlayan ebeveynler, çocuğun gelişim dönemiyle uyumlu olmayan tekrarlayan yaralanmalar, mevcut durumla ilgili ebeveynlerin aşırı tedirgin ya da ilgisiz görünmeleri fiziksel istismarı akla getirmelidir(Yücel Beyaztaş ve ark 2014; Jackson, Kissoon and Greene 2015; Brown, Yılanli and Rabbitt 2021; Gonzalez et al 2021).

Fiziksel bulgularda en sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları görülür. Bunun yanında çocukta psikolojik ve davranışsal belirtilerde gözlenir. Fiziksel istismara uğramış çocuklar yakın ilişki kurmakta zorlanarak duygu yoğunluğu düşük, öfkeli ve istismar içeren davranışlar sergilediği belirtilmektedir (Yücel Beyaztaş ve ark 2014).

Yetişkinlerin, çocukluklarında maruz kaldıkları şiddet ve cezayı yetişkin olduklarında potansiyel uygulayıcı olarak gösterebildiği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir(Kütük ve Bilaç 2017). Fiziksel istismar en sık 4-8 yaş arası çocuklarda karşılaştığı, yaş ilerledikçe görülme olasılığının azaldığı bildirilmiştir (Taner ve Gökler 2004; Yazar ve Yarış 2011). Fiziksel istismara uğrayan çocuklarla yapılan çalışmalarda ebeveynlerinin çocukluklarında istismara uğradığı bildirilmiştir (Bakır ve Kapucu 2017).

2.1.2.4. Duygusal ve psikolojik istismar: Çocuğa uygulanan duygusal istismar gündelik hayatta çok sık karşılaşılmakta fakat etkileri fiziksel olarak gözlenemediği için tanımlanması güç olduğu belirtilmektedir. Çocuğun çevresindeki kişiler tarafından küçümsenmesi, onurunun kırılması, aşağılayıcı ve korkutucu tutum ve

davranışlar sergilenerek kişiliğine ve duygusal gelişimine zarar verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır(Taner ve Gökler 2004; Kütük ve Bilaç 2017; Aktay 2020).

Fiziksel bulguları görülemeyen duygusal istismar bazençok ağır olan cezaları veya tehditleri içerisinde barındırabilmektedir(Taner ve Gökler, 2004). Bunlar; çocuğu yalnız ve korunmasız bırakma, korkutma, tehdit etme, aşırı koruma, baskılama, önemsememe, aşağılama, alaycı konuşma, eleştirme ve birisinin ilgisini çekmek için kullanma şeklindedir. Dolaylı olarak yapılan duygusal istismar ise; çocuğun aile içi şiddete tanık olarak görmezden gelinmesi şeklinde gerçekleşir(Kütük ve Bilaç 2017; Akça Özakar ve Söngüt 2019).

Duygusal istismar yalnız görüldüğü gibi diğer istismar türleri ile birlikte görülebilmektedir. Tek başına tanımlanması güç olduğu için toplum geneli görülme yaygınlığı kestirememektedir. Yine de erkek ve kız oranlarının eşit olduğu belirtilmektedir. Fark edilmesinin güçlüğü nedeniyle uzun süre devam etmesi halinde çocuk üzerinde birçok psiko-sosyal sorunlara ve bozukluklara yol açabilmektedir (Taner ve Gökler 2004; Kütük ve Bilaç 2017).

DSÖ'nün 2014 şiddet önleme raporuna göre çocuklarda psikolojik istismarın dünya yaygınlık oranı %36 olduğu belirtilmektedir (<https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment> (Erişim tarihi:25 Ekim 2021)). Yine dünya geneli 2-4 yaş arası çocukların 4/3'ünün ailesi ya da bakım vericisi tarafından fiziksel olarak cezalandırıldığı yada psikolojik istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>(Erişim tarihi: 4 Eylül 2021)). Balkan Epidemiyolojik Çocuk İstismarı ve İhmali Çalışması'nın (BECAN) yürütüldüğü ve Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu 9 balkan ülkesinde yapılan çalışmada çocuklarda psikolojik istismara yaşam boyu maruz kalma oranının %64,6 ila %83,2 arasında olduğu bildirilmiştir(Nikolaidis et al 2018). Ülkemizde Cİ uğrayan kız çocukları ile yapılan bir çalışmada %91,8'inin duygusal istismara da maruz kaldığı tespit edilmiştir(Türkmen, Sevinç, Kırılı, Erkul ve Kandemir2017).

2.2. ÇOCUK CİNSEL İSTİSMARI

Çocuk cinsel istismarı; bir yetişkin tarafından çocuğa tehdit edilerek ya da kandırma yolu ile güç kullanarak cinsel istek ve gereksinimlerini karşılama olarak da tanımlanmaktadır. Yetişkin dışında iki çocuk arasında 4 yaş ve üzeri farkın

varlığında, küçük yaşta olan çocuğun zorlanarak ya da ikna edilerek cinsel aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismardan söz edilir. Diğer yandan aralarında yaş farkının az olduğu çocuklar arasında duygusal sıkıntıya yol açmayan, doğal merak sonucu oluşan, utanca yol açmayan ve yaptıkları davranışı kavrayacak olgunlukta olmayan çocuklarda ise bu durumun cinsel istismar davranışından ayrı düşünülmesi gerektiği ve çocukların kimlik arayışı sonucu oluşan cinsel oyunlar olarak kabul edilmesi vurgulanmaktadır(Aktepe 2009; Polat 2017; Akça Özakar ve Söngüt 2019; Mesman, Harper, Edge, Brandt and Pemberton 2019; Bulut Şahin 2020). Ortaya çıkarılması ve tespit edilmesi diğer istismar türlerine göre en güç olan türün cinsel istismar olduğu açıklanmaktadır(Polat 2017; Akça Özakar and Söngüt 2019). Çocuk cinsel istismarının varlığı yüzyıllar öncesine dayandığı çeşitli yazıtlarda ve kanunlarda bahsedildiği belirtilmektedir. Günümüzde 1970'lerde bir sorun olarak tanımlanmaya başlanmıştır(Aktepe 2009). Bu sorun ilk olarak Ruth ve Henry Kempe (1978) tarafından "bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay vermeye yeterli olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları" olarak tanımlanmıştır(Yiğit 2010; Polat 2017; Tuncay 2020).

2.2.1. Çocukta Cinsel İstismarın Sıklığı ve Yaygınlığı

Cİ yaygınlığı yapılan çalışmanın kapsamına, verilerin niteliğine ve incelenen ülkeye göre değişebileceği bildirilmiştir(Baccino and Martrille 2015). Yaygınlık kestirilebilse de bazen Cİ'nin tespit edilmesi ve bildirilmesindeki eksiklikler nedeniyle gerçek oranları yakalamanın zor olabileceği belirtilmektedir(Alwan and Atigapramoj 2021). Yapılan araştırmalara göre; Cİ'nin şiddet içeren suçlar arasında olduğu ve her geçen gün tespit edilen sayının arttığı belirtilmektedir. Mağdurların çoğunun çocuklardan oluştuğu ve eldeki istatistiki verilerin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır. Kız cinsiyetinin yüksek olduğu ve şüphelilerin çoğunlukla erkeklerden oluştuğu bildirilmiştir(Polat 2017).

Dünya çapında Cİ yaygınlığının tahmini %11,8 olduğu belirtilmiştir. Dünya geneli küresel yaygınlığına yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; erkeklerin tahmini %7,4 ve kadınların %19,2'sinin 18 yaşın altında cinsel istismar mağduru olduğu

açıklanmıştır(Baccino and Martrille 2016). Perada ark. (2009) 22 ülkeyi kapsayan analiz çalışmasında erkeklerin %7,9'unun ve kadınların %19,7'sinin on sekiz yaşından önce bir tür cinsel istismara maruz kaldığını bildirmiştir(Pereda,Guiler, Forns and Gómez-Benito 2009). Daha kapsamlı ve daha geniş arama aralığının incelendiği ve 9.911.748 katılımcıdan oluşan bir çalışmada kızlarda %19,7 erkeklerde %6,6 olduğu bulunmuştur(Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser and Bakermans-Kranenburg 2011). Cinsel istismarın tüm türlerini kapsayan 24 ülkenin dahil edildiği ve içerisinde Türkiye'nin de olduğu inceleme çalışmasında Cİ oranlarının kadınlar için %8 ila %31 ve erkekler için %3 ila %17 arasında değiştiği sonucuna varmıştır(Barth, Bermetz, Heim, Trelle and Tonia 2013). Kıta bazında yapılan incelemede ise; en yüksek yaygının %34,4 ile Afrika olduğu, sonra Avrupa, Amerika ve Asya ülkelerinin takip ettiği bildirilmiştir(Singh et al 2014).

Ülke genelinde çocukların %37'sini oluşturduğu Hindistan'da 10 yıllık bir inceleme çalışmasında; 18 yaş altı kızlarda %4-41 arasında değişirken, erkeklerde %10-55'inin Cİ'nin çeşitli türlerine maruz kalma yaygınlığı saptanmıştır. Çocuklarda ilerleyen yaşla birlikte yaygınlık oranının arttığı belirlenmiştir(Choudhry et al 2018).

Amerika'da 4. Ulusal İnsidans Araştırmasında kadınların 12-24 yaş arasında Cİ açısından mağdur olma riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Kadınların %50'sinden fazlasının çocuklukta cinsel istismara maruz kaldığı ve bunların %5-25'inin açıkladığı belirtilmiştir. Çok azının bildirimde bulunduğu vurgu yapılmıştır (Melmer and Gutovitz 2017). Japonya'da yapılan sistematik inceleme çalışmasında 18 yaş öncesi penetrasyon içermeyen Cİ'nin yaygınlığının kadınlarda %10-60 olduğu ve oranın bulunandan daha yüksek olabileceğine dikkat çekmişlerdir(Tanaka, Suzuki, Aoyama, Takaoka and MacMillan 2017).

Türkiye'de de dünya ülkelerinde açıklandığı gibi çocuklarda ihmal ve istismarın varlığının bilinmesine rağmen eldeki verilerin kısıtlı olduğu vurgulanmaktadır. Yine de alan yazına bakıldığında son yıllarda çocuk ihmal ve istismarını içeren konulara yönelik yapılan çalışmalar arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar gün geçtikçe çocukluk çağı cinsel istismarının ülkemiz için göz ardı edilemez toplumsal sorun olduğunu vurgulamaktadır(Bakır ve Kapucu 2017; Bulut Şahin 2020).

UNICEF (2010) destekli bir çalışmada Türkiye’de 7-18 yaş arası çocukların %10’unun yaşanan cinsel istismara tanık olarak maruz kaldığı, %3’ünün ise kendisinin son bir yılda cinsel istismar mağduru olduğu belirtilmiştir(UNICEF, 2010). DSÖ’ye sunulan 2013 yılındaki raporda ise Türkiye’de üniversite öğrencileri ile yapılan ihmal ve istismar tarama çalışmasında çocukluk çağı cinsel istismar oranı %7,9 olarak bildirilmiştir(Ulukol, Kahiloğulları, Sethi and WHO 2014).

Çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantılarının lise öğrencilerinde incelendiği çalışmada %10,7’si Cİ’ye maruz kaldığını bildirmiştir(Zoroğlu et al 2001). Yine kız çocukları ile yapılan benzer bir çalışmada bu oranın %13,4 olduğu belirtilmiştir (Alikasifoglu et al 2006). Örneklemini yetişkinlerin oluşturduğu tarama çalışmasında ise katılımcıların %17,7’si çocukluğunda cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir(Soyer, Şenol ve Tümerdem 2021).

TUİK verilerinden yola çıkarak 4 yıllık adli bildirim başvuru özelliklerinin incelendiği çalışmada verilerin her geçen yıl arttığı, kadın cinsiyetinde istismarın daha sık görüldüğü ve 15-17 yaş aralığında görülme oranının arttığı belirtilmiştir (Akçe ve Doğan 2020). Türkiye’de son 10 yılda, cinsel istismarla ilgili adli olguların incelendiği 20 çalışmada, çocukların %50’den fazlasının 12-18 yaş aralığında olduğu ve Cİ’nin ilerleyen yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir(Şimşek, Uysal, Gençdoğan ve Bez 2013).

2.2.2. Çocukta Cinsel İstismarın Belirtileri

Çocukların içerisinde bulunduğu yaş ve gelişim dönemiyle uyumlu olmayan belirli davranışlar sergilemesi cinsel istismar açısından ipucu olarak değerlendirilmektedir. Gözlenebilen bu belirtiler yaş gruplarına göre aşağıda sınıflandırılmıştır:

0-4 Yaş

- Kazanılmış tuvalet eğitiminin bozulması
- Uyku sorunları yaşama
- Oyunlarında cinsel içerikli öğelerin çoğunlukta olması
- Cinsel organlarla aşırı uğraşma
- Cinsel içerikli sözcüklerde artış

4-6 Yaş

- Yetişkinlerden korkma özellikle erkeklere karşı korku
- Cinsel davranışlarda ve konuşmalarda artış
- Cinsel bilgi düzeyinin yaşının üzerinde olması

7-12 Yaş

- Var olan okul başarısında düşme
- Yetişkinlerden korkma
- Depresif davranışların olması
- Yaşı ile uyumlu davranışın olmaması ve cinsellikle aşırı uğraş
- Başkalarına yönelik cinsel eğilim ve mastürbasyon

Ergenlik döneminde

- Evden kaçma eğilimi, madde kullanımı, risk alıcı davranışlar sergileyerek kendine zarar verme
- Duygu değişiklikleri yaşama ve ikili ilişkileri sürdürmemeye
- İçerisinde bulunduğu yaş dönemi ile tutarlı olmayan cinsel davranışlar sergileme (Kadan 2018).

2.2.3. Çocuğun Cinsel İstismarını Etkileyen Faktörler

Çocukluk çağı cinsel istismarı ayırım gözetmeksizin her toplumda görülebilmektedir. Görülme sıklığını etkileyen bir takım risk faktörleri vardır. Bunlar çocuktan, aileden ve toplumdan kaynaklanan risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir.

Çocuktan kaynaklanan risk faktörleri: Çocuğun planlanmayan ve istenmeyen çocuk olması, doğuştan gelişimsel problemlerinin olması, fiziksel hastalıkların varlığı, prematüre doğum, anne bebek bağının doğumdan itibaren çeşitli nedenlerle kurulamaması, beklenen cinsiyet olmaması, kız çocuğu olmak, çocuğun istismar geçmişinin olması, evde çocuk sayısının çokluğu ihmal ve istismarın çocuk kaynaklı nedenleri arasındadır(Acehan ve ark 2013; Burgi Radmanovi 2020). Ayrıca çocuğun itaat edici eğilim sergilemesi, kolayca yönlendirilebilmesi ve ilgi ihtiyacının olması istismarı kolaylaştırabilmektedir(Yam 2020).

Kızlarda görülme oranının erkeklere kıyasla 3 kat fazla olduğu ve 12 yaş üzeri grupta daha sık karşılaşıldığı bildirilmiştir(Putnam 2003). Kız çocuğu olmanın Cİ dışında diğer istismar türlerine de maruz kalma olasılığını artırdığı belirtilmiştir. Bunun

yanında küçük yaşta başlayan istismarın tekrarlama olasılığının yüksek olduğu, bu nedenle intihar girişimlerine ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açabileceği belirtilmektedir(Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley and Judkins 2018).

Cinselliğin tabu olarak görüldüğü toplumlarda, çocuğun cinsellikle ilgili merakının arttığı durumlarda çocuğa yeterli bilgi verilmemesi istismara açık hale getirebilir. Ailesinden yeterli ilgi ve sevgi göremeyen, ailesinden uzak yaşayan çocuklar Cİ açısından daha fazla risk altında olabilmektedir. Özellikle adölesan döneminde büyümeyle birlikte bağımsız olma isteğinin artması, anne babanın yapmamasını istediği davranışların tam tersini yapma eğilimini sergilemelerine neden olabilmektedir. Bu durum nedeniyle gerçekleşmiş olan Cİ'nin sonrasında aile tarafından özgürlüğün kaybı ve bir takım kısıtlamalara yol açabileceği düşüncesi ile yaşanan olay çocuk tarafından gizlenebilmekte ve tekrarlı istismarın olmasına sebep olabilmektedir(Alpaslan 2014).

Aileden kaynaklanan risk faktörleri: Çocuğun yaşadığı ortam ve kişiler istismar açısından önemli risk oluşturabilmektedir. Çocuğun güvende olacağı yer olarak düşünülen aile ortamı aynı zamanda istismara yol açabilmektedir. Özellikle ebeveynlerin kişilik özellikleri, çocukluğunda sevgi ve ilgiden yoksun ortamda yetişen anne ya da baba olmak istismarı kolaylaştıran neden olabilmektedir(Acehan ve ark 2013).

Anne baba çocukluk döneminde istismara maruz kalmış ise kendilerinin çocuklarına istismar uygulama olasılığını artığı bildirilmiştir. Genç yaşta anne-baba olmak bilgisizlik ve deneyimsizlik nedeniyle istismarın nedeni olarak görülmektedir. Parçalanmış aile olmak, üvey anne veya babanın varlığı, ailede şiddet ve geçimsizliğin olması, eşler arasında alkol ve madde kullanımı, ekonomik güçlükler, kalabalık aile, çok çocuğun olması, otoriter yapı ve yalnızlaşmış aile olmak çocuğun istismarını kolaylaştıran risk faktörleri olarak belirtilmektedir(Acehan ve ark 2013; Bayraktar 2015; Burgi Radmanovi 2020; Hancı, Yurdağül ve Polat 2020).

Çocuğun anne baba ile birlikte yatması, annenin iş nedeniyle gece evde olmaması, annenin hasta olduğu ya da evi terk ettiği durumlar, ailede psikiyatrik sorunların olması, parçalanmış aile, üvey babanın varlığı, eşler arasında cinsel sorunlar, aile içi çatışmaların olması, özellikle enstest açısından 6-8 yaşlarında kız olmak ön görülen

ailesel risk faktörleri olarak açıklanmaktadır. Bunların yanında babanın eşinden uzaklaşarak kızı ile duygusal bir bağ kurması, annenin kızına karşı duygusal soğukluğu, annenin çocukluğunda istismara uğraması ve ebeveynler arasında güç dengesizliği de en önemli sebepleri arasında gösterilmektedir(Aktepe 2009; Yakut ve Korkmaz 2013).

Toplumdan kaynaklanan risk faktörleri: Toplumdan soyutlanmış aile olmak, ailenin dışı kapalı sosyal çevre içerisinde bulunması, bulunduğu çevreyle uyum sağlayamaması çocuğa yöneltilen şiddetle ilişkilendirilmiştir. Ailenin yetersiz sosyal desteğe sahip olması ve düşük ekonomik duruma sahip olması çocuğa yönelik istismarın artmasının sebepleri arasındadır(Acehan ve ark 2013). Toplumun eğitim seviyesinin düşük olması, çocuğa ve kadına yönelik her türlü şiddetin normalleştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kızların erken yaşta evlendirilmesi çocuk istismarını kolaylaştıran toplumsal faktörlerdendir(Aydoğdu Mavi ve Özsoy 2017).

2.2.4. Cinsel İstismar Türleri

Cİ çocuğun rızasını gözetmeksizin çocuğun dahil edildiği, yetişkin tarafından cinsel haz almaya yönelik dokunarak ya da dokunmayarak gerçekleştirilen bir eylem ya da deneyimin kötüye kullanılarak gerçekleşmesi gerekmektedir(Hıdır & Kılınç, 2020). Cinsel istismarda çocuğun rızasına bakılmadığı gibi mutlaka şiddet içermesi de gerekmez(Alpaslan 2014). Çocuğa yönelik cinsel istismar geniş yelpazede ele alınarak genital bölgeye dokunma, tecavüz, cinsel taciz, teşhircilik, fuhuşa zorlama ve pornografi gibi tüm davranışları kapsamına almaktadır(Akça Özakar ve Söngüt 2019; Gonzalez et al 2021). Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir. Genel olarak fiziksel dokunmaya bağlı iki türe ayrılmaktadır.

Temas içermeyen cinsel istismar: Cinsellik içeren telefon konuşmaları ve sosyal medya yazışmaları, sözlü sarkıntılık, çocuğun genital bölgeleri ve memeleri gibi özel bölgelerini teşhir etme, mastürbasyon yaptırmaya teşvik etme veya çocuğa cinsel içerikli görüntüler izletme veya tanık etme, röntgencilik, çocuğun cinsellik içeren görüntülerinin alınması gibi davranışları içermektedir(Hıdır ve Kılınç 2020; Tuncay 2020).

Temas içeren cinsel istismar: Çocuğun vücudunun özel bölgelerine kıyafet üzerinden veya soyunuk iken dokunma, sürtünme, genital, oral ve anal ilişki, herhangi bir objeyle ve parmakla penetrasyon şeklinde davranışları içermektedir (Aktepe 2009; Alpaslan 2014).

Aile içi cinsel istismar (Ensest): Dünya üzerinde yüzyıllardır varlığı bilinen bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Ensest, evlenmeleri hukuksal olarak yasaklanmış, geleneksel ve dinsel anlayışa göre kabul görmeyen akraba arasında gerçekleştirilen ilişki olarak belirtilmektedir. Son çalışmalar biyolojik bağa bakmaksızın çocuğa bakmakla yükümlü olan kişileri bu kapsama almaktadır(Acehan ve ark 2013).

Cinsel sömürü: Sorumlu kişilerin çocukla direkt temasa geçmediği ve çocuk üzerinden maddi gelir sağlamaya yönelik gerçekleştirdiği girişimler olarak tanımlanır. Çocukların cinsel içerikli görüntülerinin kayıt edildiği çocuk pornografisi ve çocukların para karşılığı cinsel amaçlı pazarlanmasını kapsar(Aktepe 2009; Polat 2017).

2.2.5. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Sonuçları

Cinsel istismar çocuk üzerinde görülen bir takım etkiler bırakmaktadır. Bu etkilerin düzeyi çocuğun yaşına,istismarcı ile yakınlık düzeyine, şekline, süresine, şiddet varlığına, fiziksel zararın olup olmadığına, çocuğun ruhsal özelliğine ve travma öncesi psikolojik gelişim düzeyine göre değişebilmektedir. Olay sonrası ailenin tepkisi ya da desteği bir diğer belirleyici faktördür. Özellikle ensestte aile içi ilişkilerin kriz oluşturduğu durumlarda çocuğun bu olaya tanık olması, dışlanması, suçlanması ve şiddete maruz kalması çocukta ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Çocuğa yönelik destekleyici tutum ve sorunu çözmeye yönelik yaklaşımın çocuk üzerinde yapıcı etkisinin olduğu açıklanmaktadır(Aktepe 2009; Alpaslan 2014).

Cİ'nin çocuk üzerinde olumsuz etki oluşturduğu ve beraberinde sorunlara sebep olduğu bilinmektedir. Sorunun boyutunu etkileyen hasar verici dinamikler dört gruba ayrılmıştır. Bunlar; zedelenmiş cinsellik, ihanete uğrama duygusu, kendini güçsüz hissetme ve damgalanma olarak belirtilmiştir. Cİ sonrası görülen travmatik bulgular çocuğu duygusal ve bilişsel olarak etkileyerek yoğunluğuna göre benlik algısı değişikliklerine ve duygulanım sürecinde bozulmalara neden olabileceği

belirlenmektedir(Çeçen 2007; Aktepe 2009; İbiloğlu, Atlı, Oto ve Özkan 2018; Ziyalar 2020).

Zedelenmiş cinsellik; cinsel norm ve standartların olumsuz olarak etkilendiği, çocuğun şimdiki ve gelecekteki psikoseksüel davranışında değişikliğe sebep olabilecek bir durum olarak ifade edilmektedir. Çocukta erken yaşta gerçekleşen cinsel uyarım, çocukta erotik davranışlar sergilenmesine, başka çocuklarla cinsel oyunlar oynamaya, agresif davranışlara ya da kabullenici yaklaşımla kendisine şiddet uygulanmasına yol açabilmektedir. Özellikle tekrarlı istismarlar sonrası çocukta beden imajı algısının bozulması, kendini kirli, pis hissetmesi ve düşük benlik saygısı gözlenebilmektedir. Yetişkinlikte cinsel eğilimin artması ya da cinsellikten kaçış olarak kendini gösterebilmektedir.

Cİ sonrası gözlenebilen bir sonraki istenmeyen durum, zedelenen güven duygusudur. Çoğunlukla çocuklar, yetişkinlerin onlara zarar vermeyeceğine, dürüst davranarak koruyacaklarına inanırlar. İstismara uğradığında durumun değiştiğini, yetişkinin ona bilerek zarar verdiğini, güven ve emniyet duygusunun kırılması sonucu güven duygusunun zedelendiğini anlamaya başlar. İstismar ortaya çıktığında çocuk ailesi tarafından desteklenip korunmazsa ikinci bir ihanetle karşı karşıya kalır. Bu durum kişiler arası ilişkilerini etkileyerek yetişkinlikte sağlıklı yakın ilişkiler kuramama, şüphecilik, öfke ve evlilik sorunlarına yol açmaktadır.

Cİ sonrası çocuk üzerinde görülen bir diğer etki ise, acizliktir. Ailesinin kendisine inanmayacağını düşünmesi, istismarcı tarafından tehdit edilmesi sonucu maruz kaldığı olayı engelleyememesi, kendini güçsüz ve aciz hissetmesidir. Genellikle tekrarlı istismarlarda gözlenir. İlerleyen süreçte kendini suçlama ve güvensizlik duygularına kapılabilir. Zamanla bununla baş edebilmek için kendine ya da diğer kişilere saldırgan tutum gösterebilir.

Son olarak çocukta travmaya neden olabilecek diğer bir durumda etiketlenmek yani damgılanmaktır. Kötülük, utanç ve suçluluk gibi kavramların hakim olduğu durumlar çocuğun benliğini yerleşir. Özellikle ensest durumlarında şüphelinin gizlenmeye çalışılması, aile tarafından çocuğa tepki gösterilmesi, toplumun istismara bakışı sonucu ortaya çıkar. Çocuk damgılanmayla kişiler arası ilişkilerinde de tekrar

tekrar karşılaşır. Bu nedenle insanlardan uzaklaşarak kendini izole eder(Keskin ve Çam 2005; Çeçen 2007; Aktepe 2009; Bulut Şahin 2020; Ziyalar 2020).

Cİ'nin çocuk üzerindeki etkileri; istismar sonrası hemen gözlenebilen, devamlılık göstermeyen ve yaşa özgü sorunlara neden olan belirtiler ise kısa dönem belirtiler olarak tanımlanır. Uzun dönem belirtileri ise;yetişkinliğe kadar uzanan, kişileri duygusal olarak etkileyen hatta cinsel, sosyal yaşam ve kişiler arası ilişkilerinde baş edilemez sorunlara yol açabilen belirtilerdir(Bulut 2016; Aslan 2020a).

2.2.5.1. Kısa dönem sonuçları: Öfke ve şiddet içeren davranışları kontrol edememe, duygu düzenlemede zorluklar, düşük benlik saygısı,kişiler arası ilişkilerde sorunlar, korku, kaygı, kabuslar, stres bozukluğu, uygunsuz cinsel davranışlar, okul başarısında düşüş, sosyal izolasyon, arkadaşsız kalma ve bedensel şikayetler görülebilmektedir(Bulut 2016; Burgi Radmanovi 2020).

2.2.5.2. Uzun dönem sonuçları: Cİ'nin yetişkinlikte ruhsal hastalığın görülmesi ve psikiyatrik tanı konulma sıklığını etkilediği yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır. Cİ ile birlikte duygusal ve fiziksel istismarın varlığı mevcut tablonun sıklığını ve şiddetini artırabileceği belirtilmektedir(Aslan 2020a). Uzun dönem belirtileri bireylerin davranışlarına, duygusal yaşantılarına, cinsel ve sosyal hayatlarına olumsuz etki yaparak ciddi sorunlara yol açtığı bildirilmiştir(Bulut 2016).

Ci mağdurlar üzerinde düşük benlik saygısı, kaygı bozuklukları, depresyon, TSSB, uyku güçlükleri, sınırda kişilik bozukluğu, kendine zarar verici davranışlar, intihar davranışı, psikotik bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, madde bağımlılığı ile ilgili bozukluklar ve işitsel halüsinasyonlara yol açabilmektedir(Burgi Radmanovi 2020; Cruz et al 2021).

Cinsel istismara maruz kalmış 2759 çocuğun 30 yıllık izlem çalışmasında kontrol grubuna göre 3 kat daha fazla ruh sağlığı hizmetine başvurduğu bildirilmiştir. Cİ'ye maruz kalmanın psikoz, anksiyete, madde bağımlılığı ve kişilik bozukluğu riskini artırdığı tespit edilmiştir(Cutajar et al., 2010). Cİ'nin çocuklar üzerinde görülen belirtilerine yönelik 25.367 kişi ve 37 çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında, en yüksek oranın görüldüğü bozukluklar TSSB, depresyon ve suicide girişiminin bulunmuştur. Cİ'nin çok yönlü travmaya sebep olduğu vurgulanmıştır (Paolucci, Genuis and Violato 2010).

Ülkemizde yapılan bir inceleme çalışmasında Cİ'ye uğrayan 1740 çocuğun %63,22'sine psikiyatrik bozukluk tanısı konulduğu belirtilmiştir. En sık görülen tanılar sırası ile TSSB, depresyon, akut dönemde gelişen stres bozukluğu ve uyuma yönelik bozukluklar olduğu tespit edilmiştir(Aslan 2020b). Adli bildirim yapılan çocukların incelendiği başka bir çalışmada çocukların %84'ünü kızların oluşturduğu, çocukların Cİ sonrası %77,6'sına en az bir psikiyatrik tanı konulduğu saptanmıştır (Taner, Çetin, Işık ve İşeri 2015). Yine aynı desende kız çocukları ile yapılan çalışmada çocukların %83,5'ine istismar sonrası en az bir ruhsal bozukluk tanısı konulduğu ve en sık (%37,6) ağır stres bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (Türkmen ve ark 2017). Adli bildirimle takip edilen 590 çocuğun incelendiği bir diğer çalışmada %85,9'unun kız olduğu ve en çok görülen tanının majör depresif bozukluk olduğu bulunmuştur(Yüce ve ark 2015).

Cİ'nin ruhsal bozukluklar dışında sebep olduğu bir diğer sorun ise fiziksel hastalıklara yol açmasıdır. Özellikle fiziksel sorunun tespit edilemediği durumda ortaya çıkan somatizasyon bu durumun örneği olarak gösterilmektedir. Çocuklarda gastrointestinal hastalıklar (irritabl bağırsak sendromu, hazımsızlık, kronik karın ağrısı) ve jinekolojik bozukluklar (adet düzensizlikleri, dismenore) ve fibromiyalji tespit edilenler arasındadır(Burgi Radmanovi 2020; Melmer and Gutovitz 2021). Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise baş ağrısı, metabolik bozukluklar, görme ve duyu bozuklukları ile çocuklukta yaşanan Cİ arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir. Çocukluğunda çeşitli istismara maruz kalmış olan 1234 yetişkinle yapılan bir çalışmada Cİ'ye maruz kalan kadınlarda obezite ve hipertansiyon görülme oranının arttığı tespit edilmiştir. Bu durum kadınların strese bağlı yemek yeme alışkanlığı ile ilişkilendirilmiştir(Lee, Tsenkova and Carr 2014; Cruz et al 2021).

Cİ'nin cinsel gelişimi etkileyerek çocukluktan yetişkinliğe kadar bir takım sorunlara neden olabilmektedir. Çocuklarda erken cinsel uyanış, karmaşık duygular nedeniyle istismarcıya aşık olma, istismarcının hediyeler ya da para sunduğunda cinselliğin satılabilir bir şey olarak algılamasına ve para karşılığı birlikteliklerin olmasına neden olmaktadır. Kadınlarda; istek dışında gelişen gebelikler, cinsel yol aracılığıyla bulaşan hastalıklar, düşük ve erken doğum sebebi olarak görülmektedir. Erkeklerde ise cinsel kimlik çatışması, cinsel yönelimle ilgili belirsizlik, cinsel isteksizlik, aşırı cinsel davranışlar ve korunmasız ilişkilere yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar

Cİ'nin yetişkinlikte cinsellikten uzak durmaya, doyum içermeyen cinsellik yaşanmasına, cinsel yönelimin sorgulanmasına, riskli cinsel davranışlarla birlikte çoklu korunmasız cinsel birliktelikler yaşanmasına sebep olduğu bildirilmiştir(Aslan 2020a; Cruz et al 2021).

Cİ sosyal yaşamı da etkilemektedir. Çocukta travmatik anıların unutulması amacıyla alkol, sigara ve uyuşturucu maddeye yönelim olması, aile içi sorunlar nedeniyle evi terk etmek zorunda kalma ve sokakta yaşamak görülebilmektedir. Cİ nedeniyle utanç yaşama, içe kapanma ve kişiler arası ilişkileri sürdürmemeye ve tekrarlı istismara maruz kalma görülebilmektedir(Cruz et al 2021).

Çocukluğunda Cİ'ye uğramış yetişkinlerin evliliklerinde uyum sorunları yaşadığı ve ikili ilişkilerini sürdürmede zorlandıkları gözlenmiştir. Ayrıca bu durumun ebeveynlik becerilerini etkileyerek çocukları ile etkileşimlerine olumsuz etki yaptığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, çocukluğunda Cİ'ye uğrayan ebeveynlerin çocuklarını fiziksel olarak istismar etme riskinin yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu duruma annenin başkalarına karşı duyduğu öfkesinin sebep olduğu belirlenmiştir(Dilillo, Tremblay and Peterson 2000; Sanjeevi et al 2018).

2.2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi

Çocukların ihmal ve istismarına müdahale edebilmek için önleme programları büyük öneme sahiptir. Bundaki amaç öncelikle olayın çocuğun istismarına yol açmadan müdahale edilmesidir. Önleyici müdahalelerin bir diğer yararı ise istismar sonrası gerekebilecek destek sistemlerinin kullanılmasını en aza indirgeyerek toplum üzerinde ekonomik yükü hafifletmesidir(Ziyalar 2020).

Birincil Önleme: Hedef toplum geneline yönelik ihmal ve istismarı başlamadan durdurma amaçlıdır. Buradaki amaç çocuğun cinsel istismara maruz kalmasını önlemeye yöneliktir. Aileler ve çocuklarla birebir etkileşim halinde olan kişileri de kapsar(Aydoğdu ve Özsoy 2017). Toplumdaki kültürel ve sosyal değerlerin çocuğu korumaya yönelik olacak şekilde çocuğun gelişim dönemleri hakkında bilgilendirmeyi ve karşılaşılabilecek sorunları yönetebilmek için destekleyici programları kapsar.

Anne-babaya; çocuk psikoloji ve gelişimine yönelik eğitimler, öfke yönetimi ve etkili iletişim eğitimleri verilmesi ihmal ve istismarı önlemede etkili olabilir

(Aydoğdu ve Özsoy 2017). Ayrıca çocuklara okul temelli istismar eğitimleri verilerek kendini korumayı öğretme etkili bir yöntem olarak görölmektedir (Putnam, 2003). Bunun yanında istismara yönelik uygun tepki verebilmeyi ve yetişkin birinden destek alabilmeyi kolaylaştıracığı düşünölmektedir(Tıraşçı ve Gören 2007; Bulut 2016).

İkincil Önleme: İhmal ve istismar yönünden yüksek riskli olan aile ve çocuklara yönelik müdahaleleri kapsamaktadır. Aileye ve çocuğa yönelik risk faktörleri değerlendirilerek yüksek risk teşkil eden gruplara uygun eğitimler vermeyi hedefler. Bu tür ailelerin belirlenerek ev ziyaretlerinin planlanması, eğitim ve danışmanlık desteğinin sağlanması ve gerekli ek hizmetlerin kullanılması istismarın önlenbilmesi için bu aşamada gerçekleşmelidir(Kara ve ark 2004; Topbaş 2004; Kaytez ve ark 2018).

Üçüncül Önleme: Müdahale grubu daha önce Cİ ile karşılaşmış aileler ve çocuklardır. Üçüncül önleme çocuğun istismarı sonrası tekrarlı istismarı önlemek ve daha kötü sonuçları engellemek amaçlıdır (Topbaş 2004; Ziyalar 2020). Profesyonel destek ile rehabilitasyon ve tedavi sürecini kapsar. Çocuk ve aileyi desteklemek, tekrarlı örselenmeyi engellemeye yönelik tedbirlerin alınması, rehabilite edici müdahalelerin multidisipliner ekip tarafından verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Acehan ve ark 2013; Ziyalar 2020). Çocuğun ailesi ile birlikte güçlendirilerek istismarın sosyal ve toplumsal sorunlara yol açabilecek olumsuz etkiyi düşürmek hedefler arasındadır. Çocuğun akran desteğini alması, duygu, düşünce ve davranışlarının yeniden olumlu olarak yapılandırılması müdahalelerin ortak noktalarındandır(Yam 2020).

2.2.7. Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) Görev ve Sorumlulukları

Cinsel istismarın çocuk üzerinde fiziksel bulguları gözlenemediği için bilinebilmesi çocuğun anlatma isteğine bağlıdır(Kellogg, Koek and Nienow 2020; Manay and Collin-Vézina, 2021). Utanç, suçluluk duygusu, kendine inanılmayacağını düşünme, kendisinin ve ailesinin zarar göreceğinden korkma gibi nedenler cinsel istismarın ortaya çıkmasını geciktirdiği veya hiç anlatılmamasına sebep olduğu açıklanmıştır (Ayten Erdoğan, 2011; Aydoğdu ve Özsoy 2017; Yam 2020; Manay and Collin-Vézina 2021).

Çİ ortaya çıktıktan sonra bir takım adli ve hukuki işlemlerin başlatılmasına sebebiyet vermektedir. Bu sürecin iyi aydınlatılabilmesi için mağdur çocuk ve birlikte yaşadığı bakım verenler ile görüşme, maddi delillerin ortaya çıkması için adli muayenenin yapılması gerektiğinde medikal ve psikiyatrik tedavi düzenlemek gibi bir takım kapsamlı değerlendirme gerekmektedir(Pekşen 2019). Bu değerlendirmeler adli sürecin başlatılması ve daha sonraki sürecin sağlıklı yürütülebilmesi için alanında uzman deneyimli personel ihtiyacı gerekliliği ortaya çıkarmıştır(Bağ ve Alşen 2016).

Ülkemizde ÇİM'leri kurulmadan önce adli birimlerde çocukla tekrarlı görüşmeler ve farklı kurumlarda adli muayeneler gerçekleştiriliyordu. Bu durum birbirinden farklı sonuçların ortaya çıkmasına ya da delil kayıplarına neden olmaktaydı. Bunu önlemek için ortak bir yapılanma ve model oluşturmak adına adli tıp hekimi, hemşire, psikiyatrist, sosyal çalışmacı ve psikolog gibi alanında uzman bir ekip oluşturularak pilot bölgelerde üniversite hastaneleri bünyelerinde Çocuk Koruma Merkezi hizmete girmiştir(Dağlı 2016). Bu merkezlerin sınırlı sayıda olması ve yapılan işlem gereği kurumlar arası işbirliği gerektirmesi ÇİM'lerin oluşturulmasına zemin hazırlamıştır (Bağ ve Alşen 2016; Dağlı 2016).

ÇİM'leri Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere; Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB), Adalet Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Baro'ların işbirliği ile hayata geçirilmiştir. İlk olarak 2010 yılında 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Daha sonra, her ilde olacak şekilde ÇİM kurulumu yaygınlaşmaya devam etmektedir(Aslan ve Erkol 2021). ÇİM öncelikle tekrarlı çocuk istismarının önlenmesi, istismara uğrayan çocuk ve ailesine etkin bir şekilde müdahale edilmesi, istismar uğrayan çocukların ikincil örselenmesinin önüne geçilmesi amaçlanarak adli ve tıbbi işlemler eğitimli kişiler tarafından oluşan tek merkezde gerçekleştirilmektedir(Acehan ve ark 2013; Bağ ve Alşen 2016; Pekşen 2019). Bu merkezlerde çocukla görüşme yapacak kişiler çocuğun psikolojik ve gelişim süreci hakkında deneyimli psikiyatri ya da çocuk uzman hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişim uzmanından oluşmaktadır. Bu özelliklere sahip kişiler Sağlık Bakanlığı tarafından adli görüşmeci eğitimine tabii tutularak başarılı olmaları halinde ÇİM'de görevlendirilmektedirler (Bağ ve Alşen 2016).

Çocuğun istismarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve gerektiğinde aileye danışmanlık ve rehberlik etmek amacıyla aile görüşmeleri yapılmaktadır. Kurumlar arası gerektiğinde çocuk yararına alınması gereken tedbirleri yürütebilmek adına Aile Müdürlüğü temsilcisi de merkezde hazır bulunmaktadır. Bunların dışında çocuk psikiyatri hekimi, adli tıp hekimi ve muayeneye eşlik edecek hemşire merkezde görev almaktadır. Çocuğun yadrganmadığı, yargılanmadığı, kendini güvende hissettiği ortamda tüm işlemleri tek çatı altında gerçekleştirilmektedir.

2.3. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

2.3.1. Tanımı

Kavram olarak psikolojik sağlamlık kökenini Latince kelime olan “resiliere (geri dönebilme)”den almıştır. İngilizcede ise; elastik bir bandın gerildikten sonra eski haline dönebilme özelliğinden yararlanılarak esneyebilme ve eski hale dönebilme “resiliency” kelimesi ile açıklanmaktadır(Masten 2014). Psikolojik sağlamlık çeşitli meslek alanlarda ve günlük hayatta kullanımına rağmen birçok şekilde tanımlanmaktadır(Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brickand Yehuda 2014). Tanım öncelikle teknik birimlerden alınarak psikoloji ve psikiyatri literatürüne girmiştir. Teknik birimlerde sağlamlık, malzemenin bükülmesi ya da sıkıştırılması sonrası önceki şekline dönebilme kabiliyeti olarak belirtilmiştir(Babic et al 2020). Psikolojik sağlamlık, hayatta kalabilmek için sistemi tehdit eden veya gelecekte gelişimi tehdit edebilecek zorluklara karşı olumlu uyum sağlayabilme becerisi olarak açıklanmaktadır(Masten 2014). İlk olarak değişimler karşısında esneyebilme özelliği vurgulanırken, günümüzde stresli olaylar ve zorluklar karşısında uyum sağlayabilme özelliğine de değinilmektedir. Buna göre “sıkıntı, travma, trajedi, tehditler veya stres oluşturan kaynaklara olumlu uyum sağlama süreci” olarak tanımlanmaktadır. Maruziyet sonrası daha az psikopatolojik semptom göstermek, biyolojik ve nörobiyolojik olarak adaptif bir gelişim göstermek anlamına gelmektedir(Lindert et al 2018).

Amerika Psikologlar Derneği psikolojik sağlamlığı; travma, önem arz eden sağlık sorunları, yaşamı tehlikeye atan olaylar ve pek çok alanda karşılaşılan stres kaynaklarına karşı olumlu uyum sağlama evresi olarak tanımlamaktadır (<https://www.apa.org/topics/resilience> (Erişim tarihi:26 Kasım 2021). Psikolojik

sağlamlık; stresli yaşam olayları gerçekleştiğinde veya sonrasında psikolojik sağlığın korunması veya en kısa sürede toparlanabilme olarak tanımlanır(Kunzler, Gilan, Kalisch, TüscherandLieb 2018).

Türkçe kaynaklarda kavram olarak psikolojik sağlamlığın kullanımına bakıldığında; kendini toparlama gücü (Işık 2016; Terzi 2016), yılmazlık (Öğülmüş 2001; Kaner ve Bayraklı, 2010; Çakar, Karataş ve Çakır 2014; Kurtoğlu ve Doğan 2016), psikolojik dayanıklılık (Sürücü ve Bacanlı 2010; Çetin,Yeloğlu ve Basım 2015) ve psikolojik sağlamlık (Gizir ve Aydın 2006; Kararımak 2006; Arslan 2015b, 2015a; Akar ve Aktan 2020) olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu bilgiler ışığında kavram psikolojik sağlamlık olarak bu araştırmada ele alınacaktır.

Psikolojik sağlamlığa yönelik ilgi başlarda çocuklarda ortaya çıkan psikopatolojinin sebeplerini anlamak ve benzer sorunları yaşayan risk altındaki çocuklar incelenerek psikolojik sağlamlık tanımlanmaya çalışılmıştır(Gizir 2007; MastenandBarnes 2018). İkinci dalga çalışmaları ise risklere rağmen olumlu sonuçlarla karşılaşan çocuklara odaklanılmış, riskleri önleyici müdahaleler ve buna yönelik modeller önerilmiştir (TraubandBoynton-Jarrett 2017). Kavramla ilgili bilgiler edinildikçe bireysel ve çevresel faktörlerin psikolojik sağlamlığı açıklamada yeterli olmadığı ortaya çıkarılmıştır(Ahern 2006). Bu nedenle üçüncü dalga çalışmaları olan psikolojik sağlamlığı geliştirmeye yönelik programlar oluşturulmuştur. Günümüzde ise moleküler düzeyden sosyo kültürel düzeye kadar bütünleşmiş yapının birbirleri ile ilişkisi araştırılarak psikolojik sağlamlık açıklanmaktadır(Masten and Barnes 2018; Malhi, Das, Bell, Mattingly and Mannie 2019). Sonuç itibariyle dinamik bir olgu olan psikolojik sağlamlığın evrensel bir tanımının olmadığı görülse de varlığından söz edebilmek için iki koşulunun olması gerektiği belirtilmektedir. Bunlar, riskler ya da zorlu yaşam olayları ile sağlıklı bir şekilde baş edebilme ve var olan sürece uyum gösterebilme olarak açıklanmaktadır(Luthar et al 2000; Gizir 2007; Arslan 2015a). Bu olumlu uyum sürecinden bahsedebilmek için riski oluşturan faktörlerin varlığı temel ön koşul olarak belirlenmiştir(Kararımak 2006; Gizir 2007; Öz and Bahadır Yılmaz 2009; Malhi et al 2019; Stainton et al 2019).

2.3.2. Etkileyen Faktörler

Bireyin gelişim sürecinin başlangıcını oluşturan çocukluk ve ergenlik dönemi, riskli durumlara maruz kalındığında yaşamın ilerleyen sürecinde ruhsal sorunlarına yol açması bakımından önem arz etmektedir (Kararımak 2006; Anderson and Priebe 2021). Fakat risk faktörleri psikolojik sağlamlığın varlığından söz edebilmek için ön koşul olarak vurgulanmaktadır (Kararımak 2006; Öz and Bahadır Yılmaz 2009). Risk, istenmeyen sonuç görülme olasılığını artıran bir veya birden fazla faktörün görülmesi olarak tanımlanmaktadır (Öz and Bahadır Yılmaz 2009). Çalışmalar koruyucu faktörlerin harekete geçebilmesi için riskin varlığının söz konusu olması gerektiğini belirtmektedir (Masten 2001; Ahern 2006). Risk faktörleri, biyolojik ve kişisel (içsel faktörler) risk faktörleri, ailesel ve sosyo- kültürel (dış faktörler) risk faktörlerinden oluşabilir (Gizir 2007).

Biyolojik ve kişisel risk faktörleri: Annenin hamilelik sürecinde alkol/ilâç kullanımı, annenin erken yaşta hamile kalması ve erken doğum, düşük doğum ağırlığı, çocuğun fiziksel anomalisinin olması, genetik hastalığın varlığı ve erkek cinsiyetiçocukta psikolojik sağlamlığı etkileyen biyolojik risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Yapılan çalışmalar erkek cinsiyetinin doğum öncesi, sonrası ve gerektiğinde özel eğitim desteği almalarının düşük olduğunu ilerleyen yaşla birlikte kız cinsiyetinin kötü muameleyle karşılaşma riskinin daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Mizacın olası değişimlere uyum sağlayamaması bir diğer etkidir. Bilişsel kapasite (zeka), stresli durumlarla başa çıkma yeteneği ve kişisel özelliklerin yetersiz olduğu durumlarda psikolojik sorunların nedenleri olarak görülebilmektedir (Mandleco and Peery 2000; Gizir 2007; Öz and Bahadır Yılmaz 2009).

Aile ile ilişkili risk faktörleri: Kişisel ihtiyaçların karşılanabileceği eve sahip olmamak,en az dört çocuk olmak üzere kalabalık bir ailenin varlığı, kardeşler arasında 2 yaştan az fark olması, ebeveynlerin stres yaşantılarına dayanıklı olmamaları ve ruhsal sorunların eşlik etmesi,ebeveynin ölümü, parçalanmış aileyle birlikte evlat edinilme, ebeveynlerin ayrılması, aile içi şiddetin varlığı etkili faktörlerdir (Mandleco and Peery 2000; Öz and Bahadır Yılmaz 2009).

Çevre ile ilişkili risk faktörleri: Aile dışındaki belirli kişilerle (öğretmen, arkadaş, aile dışı çocuğun bakımı ile ilgilenen kişiler vb) ilişkiler ve sosyal kaynaklarla

ilişkilerin psikolojik sağlamlık üzerine etkisi vardır(Gizir 2007). Akranlardan yeterli destek alınamaması, yoksulluk, sosyal desteklerin yeterli olmayışı, aile dışında yetişkin desteğinin olmaması ve toplumsal destek sisteminin zayıflığı çevresel risk faktörleri arasındadır(Mandleco and Peery 2000).

Çocuklarda psikolojik sağlamlıkla ilgili risk ve koruyucu faktörlerin incelendiği Kauai adasında bir doğum kohortu (n=698) olan ileriye dönük 32 yıllık çalışmada doğum öncesi komplikasyonlar, genetik bozukluklar, ailenin düşük eğitim düzeyine sahip olması, ebeveyn boşanması, yoksulluk, aile içi şiddet ve ailenin patolojik rahatsızlıklarının olması risk faktörü olarak incelenmiştir. Risk altındaki çocukların var olan risklere rağmen üçte birinin patoloji göstermeyen yetişkin olduğu belirtilmiştir(Lindert et al 2018; Werner 1989).

Ergenlerin hayatında var olan risklerin olumsuz etkisini azaltan veya olumlu sonuçların görülme olasılığını artıran etkenler koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır(Gizir 2007; Henson, Sabo, Trujillo and Teufel-Shone 2017). Diğer bir ifadeyle koruyucu faktörler riskli durumların neden olduğu olumsuz etkileri azaltarakuyumu hızlandırmaktadır(Gizir ve Aydın 2006; Kararımak 2006).

Bireysel koruyucu faktörler: Psikolojik olarak sağlam olan çocukların özellikleri; fiziksel olarak sağlam ve dayanıklı bir görünüm sergilerler(Henson et al 2017). Kolay mizaç sahip olduğu belirtilmektedir. Akademik başarısı yüksek, daha iyi akıl yürütme becerisine sahip, uyumlu ve işbirliği içerisindedirler. Psikolojik olarak sağlam olan çocuklar iç bütünlüklerini korurlarken aynı zamanda çevredeki fırsatlar, hayal kırıklıkları, tehditler ve taleplerle etkili bir şekilde başa çıkabilmektedirler. Riskler karşısında ani davranışlar sergilemekten ziyade düşünerek hareket ederler (Mandleco and Peery 2000; Gürkan 2006; Kararımak 2006). Benlik saygısı yüksek, bireysel farkındalığa sahip, iyimser, motivasyonve merakı olan, öz yeterliliğe sahip çocuklardan oluşmaktadır(Kararımak 2006; Henson et al 2017). Güçlü ve desteklenmesi gereken yönlerinin farkında olan, gerektiğinde destek alan, sorumluluk duygusu gelişmiş ve otonomi sahibi kişilerdir. İyimser ve mizah yeteneği gelişmiş, fedakar, duyarlı, empatik, arkadaşları tarafından sevilen, saygı duyulan, hoşgörülü, nazik, otorite ve kurallara karşı kabullenici tutum sergileyebilmektedirler. Zeka, bağımsızlık ve başkalarına karşı duyarlılık, genellikle olumlu başa çıkma

yeteneğine katkıda bulunduğu belirtilmektedir(Gizir 2007; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009).

Ailesel koruyucu faktörler: Psikolojik sağlamlığa olumlu katkısı olan aile ilişkilerinin güvene dayalı olduğu, çocuğun akademik başarısının desteklendiği ve yaşına uygun iletişim kurulduğu, bireysel farklılıklara saygı duyulduğu,sabırlı, kabullenici tutumun sergilendiği ve aile bağının güçlü olduğu ailesel faktörler olduğu açıklanmaktadır(Kararımak 2006;Henson et al 2017).

Çevresel koruyucu faktörler: Olumlu akran desteğinin varlığı, okul desteği, yetişkinlerden alınan destek, toplumdan ve sosyal kuruluşlardan alınan olumlu destek psikolojik sağlamlık üzerinde çevresel özellikleri içeren koruyucu faktörler olduğu belirtilmektedir(Öz ve Bahadır Yılmaz 2009; Henson et al 2017).

2.3.3. Çocuk Cinsel İstismarında Psikolojik Sağlamlık

Kişilerin hayatının ilerleyen döneminde güçlüklerle baş edebilmesinde etkili olan psikolojik sağlamlık düzeyi çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir(Demir ve Çakın Memik 2020). Çocukluk çağı cinsel istismarı her toplumda varlığının bilinmesinin yanında kendi içerisinde görülme sıklığını etkileyen bireysel, ailesel ve sosyal risk faktörlerini içermektedir. Bu riskler çocuklarda cinsel istismar görülme olasılığını artırmanın yanında istismar sonrası ailenin ve çocuğun hayatını fiziksel ve psikososyal yönden olumsuz olarak etkileyebilmektedir(Van Toledo and Seymour 2013). Özellikle çocuk üzerinde depresyona, travma sonrası stres bozukluğuna, düşük benlik saygısına, ergenlerde riskli davranışlara ve kişisel ilişkilerde sorunlara neden olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir(Wright et al 2005). Buna rağmen cinsel istismarın her zaman olumsuzluklara yol açmadığı, kişilerin yarısından fazlasının var olan sürece uyumla birlikte olumlu bir adaptasyon geliştirdikleri belirtmektedir. Birden fazla riskle karşılaşmasına rağmen olumsuz bir belirti göstermeyen bu kişilerin psikolojik olarak sağlam oldukları ifade edilmektedir(Giordano, Caravita and Jefferies 2020; Williams and Nelson-Gardell 2012).

Cinsel istismar sonrası; istismarı bildirme, olaya atfedilen düşüncenin düzenlenmesi, destek arama ve duyguların ifade edilmesinin daha az psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu açıklanmaktadır(Dufour et al 2000). Yine istismarın ortaya çıkmasından

itibaren ebeveynler, akranlar ve profesyoneller aracılığıyla sağlanan sosyal desteğin çocukların hayatına olumlu katkısının olduğu ve uyum sağlamayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir(Dufour et al 2000; Giordano et al 2020).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, cinsel istismar mağduru ergen kız çocuklarına yönelik psikolojik sağlamlık programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla, deneysel tasarımlı randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenini, Psikolojik Sağlamlık Programı oluştururken, bağımlı değişkenlerini çocuklardaki psikolojik sağlamlık, kendini toparlama gücü, yaşadıkları güçlükler ile ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeyi oluşturmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Psikolojik Sağlamlık Programı uygulanan Cİ mağduru ergen kız çocuklarının, uygulama yapılmayanlara göre, psikolojik sağlamlık puanlarında fark vardır

H2: Psikolojik Sağlamlık Programı uygulanan Cİ mağduru ergen kız çocuklarının, uygulama yapılmayanlara göre, kendini toparlama gücü puanında fark vardır

H3: Psikolojik Sağlamlık Programı uygulanan Cİ mağduru ergen kız çocuklarının, uygulama yapılmayanlara göre, güçler-güçlükler puanlarında fark vardır

H4: Psikolojik Sağlamlık Programı uygulanan Cİ mağduru ergen kız çocuklarının ebeveynlerinin, uygulama yapılmayanların ebeveynlerine göre, depresyon ve anksiyete puanlarında fark vardır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Sakarya Çocuk İzlem Merkezi'ne Cİ nedeniyle Adli Görüşme için getirilen çocuklar oluşturmaktadır. Örneklemi ise, daha sonra bu çocuklardan telefonuna ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 11-16 yaş grubu kız çocukları ve birlikte yaşadığı aile üyelerinden biri (anne, baba, hala vb.) oluşturmuştur. Planlanan çalışmada örneklemin büyüklüğü istatistiksel olarak Güç Analizi (Power Analysis) ile belirlenmiştir. Analiz işleminde α değeri 0,05 (güvenirlik düzeyi %95), $1-\beta$ değeri 0,90 ve örneklem hatası %4 olarak alınmıştır. Buna göre örneklem sayısı 38 olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamalara göre

çalışmanın 19 müdahale ve 19 kontrol grubu ile birlikte toplam 38 çocuk ve aynı sayıda aile üyesinden olacak şekilde yapılması uygun bulunmuştur. Çalışmaya müdahale grubu 23, kontrol grubu 19 olmak üzere toplamda 42 kişi ile başlanmıştır. Ancak müdahale grubundan 3 kişi ilk oturumdan sonra, 1 kişi 3. oturumdan sonra kendi isteği ile ayrılmıştır. Araştırma 19 müdahale ve 19 kontrol grubunu oluşturan toplam 38 çocuk ile 38 aile üyesinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Cİ nedeniyle Sakarya ÇİM'e başvurmuş olmak
- 11-18 yaş grubu kız çocuk olma
- Ölçüm araçlarını ve eğitim sürecini sürdürmesi için gerekli bilişsel yeterliliğe sahip olma
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olma
- İletişime ve iş birliğine açık olma
- Ağır psikiyatrik bozukluğunun (psikoz, nevroz gibi) bulunmaması
- Çocuğun okur-yazar olabilmesi (değerlendirme araçlarını kullanabilmesi için)

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Araştırmaya katılmak istememe
- Grup eğitimini sürdürme veya uygulanacak ölçüm araçlarını doldurmaya engel teşkil edecek bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğunun olması

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma verilerini elde etmeye yönelik çocuklar için Görüşme Formu, Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği ve Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formu kullanılmıştır. Çocuğa eşlik eden aile üyesine ise Güçler Güçlükler Anketi Anne Baba Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Görüşme Formu: Literatür bilgisiyle oluşturulan form çok seçenekli ve açık uçlu 21 sorudan meydana gelmektedir. Çocuğun ve ailesinin sosyo demografik özelliklerini ve aile yapısına ait bilgileri içeren literatür doğrultusunda oluşturulmuş formdur (Ek 1).

3.5.2. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)

Çocuklara uygulanmıştır. Ölçek, psikolojik sağlamlıkla ilgili bireysel korucu faktörleri ölçebilmek amacıyla Akar (2020) tarafından belirtildiğine göre; Wolin ve Wolin'in (1993) Hasar ve Meydan Okuma Modeli temel alınarak ölçek geliştirilmiştir. Akar (2018) tarafından Türkçe'ye uyarlan ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen puan artışı sağlamlığın artışı ile ilişkilendirilmektedir. Yedi faktörden oluşan ölçeğin uyarlama sonrası bazı farklı alt faktörlerin aynı faktör yapısı altında toplanarak toplamda dört alt faktör oluşturduğu belirtilmiştir. Ölçme aracı vasıtasıyla psikolojik sağlamlık ile ilgili (1) ilişkiler ve değerler (2) içgörü ve yaratıcılık, (3) bağımsızlık ve girişimcilik, (4) mizah olmak üzere 4 alt faktörün tanımlanması amaçlanmıştır. Ölçek kesinlikle katılmıyorum (1) ve kesinlikle katılıyorum (4) arasında tanımlanan 4'lü likert tipi olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .91 olarak bulunmuştur (Akar 2018; Akar ve Aktan 2020). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .95'tir (Ek 2).

3.5.3. Kendini Toparlama Gücü Envanteri (KTGÖ) (Resilience Scale): Ölçek çocukların kendini toparlama gücünü ölçmek için uygulanmıştır. Wagnild ve Young (1993) tarafından geliştirilen ölçek Terzi (2006) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır (Wagnild and Young 1993; Terzi 2016). Ölçek toplamda 24 maddeden oluşmakta ve (7) Kesinlikle katılıyorum ile (1) Kesinlikle katılmıyorum arasında 7'li likert tipindedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 168'dir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bir maddeye verilen cevabın toplanmasıyla elde edilen sonuç üzerinden yapılmakta ve elde edilen puanın yüksek olması kendini toparlama gücü düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı .82; test-tekrar test güvenirlik katsayısı $r=.84$ 'tür (Terzi 2006). Bu çalışmada ise .91 bulunmuştur (Ek 3).

3.5.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Ergen Formu (GGA-E) [Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)]: Çalışmaya katılan çocuklar için kullanılmıştır. Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiş ve Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 11-16 yaş arasındaki ergen çocuklarda davranış özelliklerinin incelendiği 25 maddeyi içeren sorudan oluşmaktadır. Beş alt boyut olan ölçeği dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar oluşmaktadır. Her

alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile “Toplam Güçlük Puanı” hesaplanabilmektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı alt gruplarına göre hesaplanmış olup; toplam güçlük puanı .73, duygusal sorunlar .70, davranış sorunları .50, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik .70, akran sorunları .22, ve sosyal davranış .54 olarak bulunmuştur (Goodman 1997; Güvenir ve ark 2008). Bu çalışmada ise .75 bulunmuştur (Ek 4).

3.5.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE): Çalışmaya katılan aile üyesine uygulanmıştır. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından kişilerde depresyon varlığı ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir. Her biri dört seçenekten oluşan 21 maddelik ölçek kişilerin son bir haftasını nasıl hissettiğine yönelik değerlendirmeleri içerir. Her sorunun maddeleri 0-3 arasında puanlanır, bunların toplamıyla depresyon puanı hesaplanır. Yüksek puan depresyon düzeyinin şiddetini belirler. Ölçekten alınan puanlar 0-9 arası puan normal, 10-16 puan hafif düzey, 17-29 puan orta düzey, 30-63 puan şiddetli düzey depresyon belirtilerinin olduğunu göstermektedir. Ölçeğin uyarlaması ülkemizde Hisli (1989) tarafından yapılmış, ölçeğin kesme puanı belirlenerek 17 olduğu açıklanmıştır. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı .80 olarak bulunmuştur (Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh 1961; Hisli 1989). Bu çalışmada ise .91 bulunmuştur (Ek 5).

3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Çalışmaya katılan aile üyesine uygulanmıştır. Beck ve arkadaşları tarafından kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin varlığını değerlendirmek ve şiddetini ölçmek amacıyla 1988 yılında geliştirilmiştir. Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması, 1998 yılında yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta, 0-3 arası puanlanan 4'lü likert tipinde kendini değerlendirme ölçeğidir. Sorular kişilerin son bir haftasını nasıl hissettiğini değerlendirmeye yöneliktir. Sorulardan toplamda en düşük 0 en yüksek 63 puan alınabilmekte ve puan aralıklarına göre 0-7 puan arası düşük düzey anksiyete, 8-15 puan arası hafif düzey anksiyete, 16-25 puan arası orta düzey anksiyete, 26-63 puan arası ise şiddetli düzeyde anksiyete olarak derecelendirilir. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur (Ulusoy, Sahin ve Erkmén 1998). Bu çalışmada ise .95 bulunmuştur (Ek 6).

3.5.7. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu (GGA-AB) [Strength and (SDQ)]: Çalışmaya katılan aile üyesinin çocuğu değerlendirmesi amacıyla aile üyesine uygulanmıştır. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlaması Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (Güvenir ve ark 2008). Ölçek çocuk formunda olduğu gibi 25 soru ve eş beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış sorunları, emosyonel sorunlar ve akran sorunları ayrı ayrı yaşanan güçlüğü gösterdiği gibi, 4'ünün toplamı ile toplam güçlük puanı hesaplanabilmektedir. Sosyal davranışlar alt boyutu ise gücü ifade etmektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı alt gruplarına göre hesaplanmış olup; toplam güçlük puanı .84, duygusal sorunlar .73, davranış sorunları .65, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik .80, akran sorunları .37, ve sosyal davranış .73 olarak bulunmuştur (Goodman 1997; Güvenir ve ark 2008). Bu çalışmada ise .77 bulunmuştur (Ek 7).

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışma için öncelikle kurum izni alınmış olup devamında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Etik kurulundan 26/06/2019 tarih ve 10 sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır. Alınan onaylar sonrası çalışmaya başlanmıştır (Ek 8). Çalışmaya katılan çocuklardan sözlü, ailelerinden sözlü ve yazılı katılım (bilgilendirilmiş gönüllü onam formu) onayı alınmıştır (Ek 9).

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ

Çalışmanın verileri Ocak 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında (1 hafta ön görüşme ve ön testleri uygulanarak) toplanmış, daha sonra 5 hafta (haftada iki oturum olacak şekilde) 10 oturumluk eğitim müdahale grubuna uygulanarak kontrol grubu ile eş zamanlı son testlerin uygulanması şeklinde devam etmiştir. Çalışmanın kriterlerini karşılayan, dahil olmayı kabul edenler öncelikle yaş gruplarına göre (11-13 yaş ve 14-16 yaş) blok randomizasyonla ayrılarak örneklem grubu oluşturulmuştur. Daha sonra bu kişiler rastgele çift körleme olarak müdahale ve kontrol grubuna atanmıştır.

Her iki gruptaki çocuklara Görüşme Formu, PSTBÖ, KTGÖ, GGA-E ön test olarak uygulanmıştır. Her bir çocuk için birlikte yaşadığı aile üyesinden bir kişiye çocuğu değerlendirmesi için GGA-AB ve kendi ruhsal durumunu değerlendirmesi amacıyla BAÖ ve BDE uygulanmıştır. Eğitim sonrası son testler kontrol ve müdahale

gruplarına uygulanmıştır. Bir ay sonra izlem testi olarak PSTBÖ, KTGÖ, GGA-E ve aileler için için GGA-AB, BAÖ ve BDE tekrar edilmiştir.

Bu çalışmada müdahale grubuna “*Psikolojik Sağlık Geliştirme Programı Eğitimi*”ni uygulayabilmek için, araştırmanın yürütücüsü Hatice OKSAL öncelikle programı geliştiren Dr. Atanur Akar tarafından yürütülen eğitimi ve uygulama belgesini almıştır (Ek 11). Daha sonra müdahale grubunu oluşturan çocuklara Akar (2018) tarafından geliştirilmiş olan ve 10 oturumdan oluşan “Çocuk ve Ergenler için Psikolojik Sağlık Programı” (PSP) uygulanmıştır (Akar 2018). Program haftada iki kez olacak şekilde, yaş özellikleri dikkate alınarak, 4 ayrı grup oluşturularak uygulanmıştır.

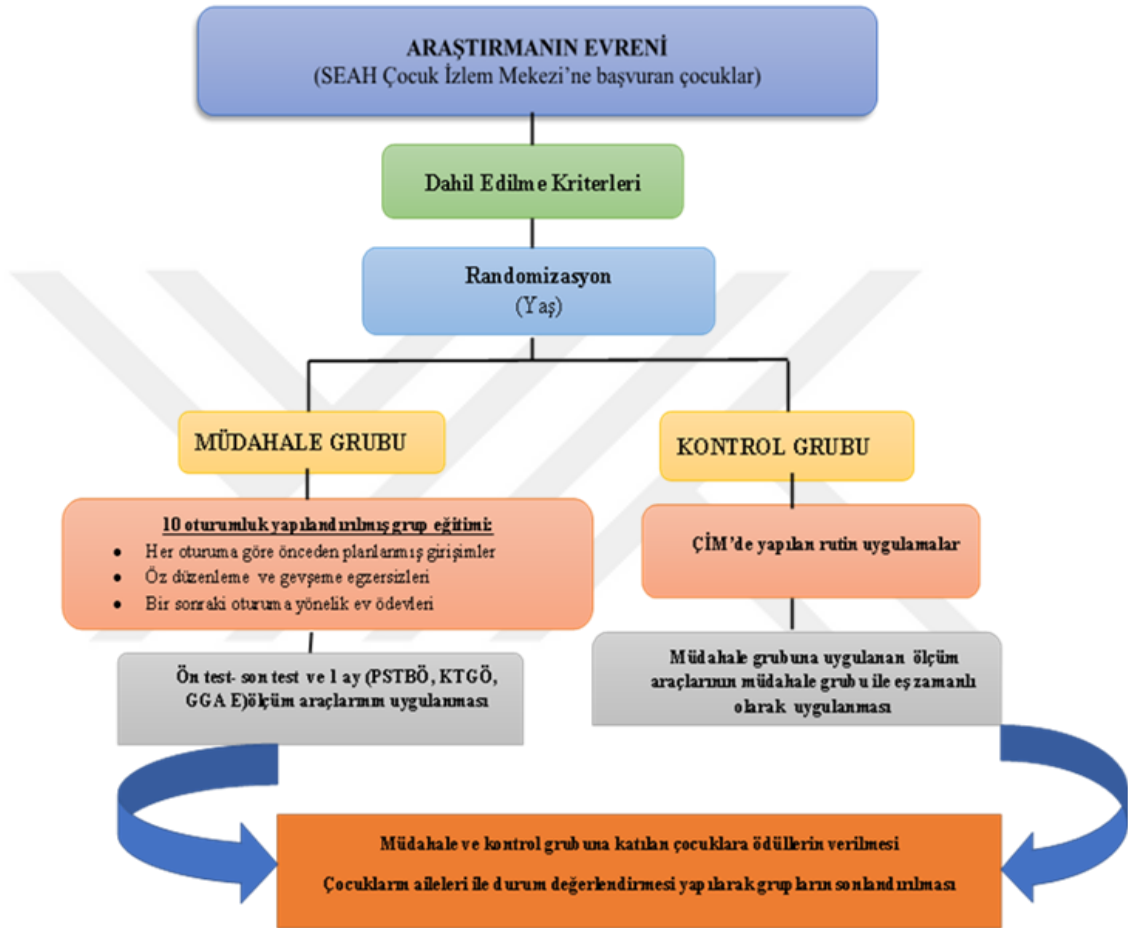
Müdahale gruplarının oturum içeriği Ek 10’da verilmiştir. Müdahale grubu her biri en fazla 8 kişiden oluşturulacak şekilde planlanmış ve dört grup oluşturulmuştur. İlk iki grup 11-13 yaş (4 kişi) ve 14-16 (6 kişi) yaş olmak üzere oluşturulmuş çeşitli nedenlerle iki kişinin ayrılması ile toplam 7 kişi ile tamamlanmıştır. Sonraki iki grup ise aynı şekilde 11-13 yaş (6 kişi) ve 14-16 (8 kişi) olacak şekilde planlanmış daha sonra iki kişinin ayrılması ile 12 kişi ile tamamlanmıştır.

PSP 5 hafta boyunca, haftada 2 kez olacak şekilde ve her bir oturum 90 dakika devam etmiştir. Belirtilen bu sürede her bir seansın ilk 40 dakikasında hedeflenen kazanımların işlevselliğini artırmak ve sosyal becerilerine yansımalarını öğrenmek amacıyla verilen ev ödevleri konuşulmuştur. 10 dakikalık çay- kahve molası verilerek sonraki 20 dakikasında psikolojik sağlamlığı artırmaya yönelik önceden belirlenmiş olan konu işlenmiştir. Son 10 dakika öz düzenleme egzersizlerine yer verilmiştir.

Grup uygulamaları 2020 Temmuz-Ağustos ayında 2 grup Sakarya Serdivan Gençlik Merkezinde, iki grup ise 2021 yılı Haziran ve Temmuz aylarında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Merkez Kampüsü Eğitim Salonunda gerçekleştirilmiştir.

PSP uygulama günleri haftanın Pazartesi ve Perşembe günleri olacak şekilde toplam beş hafta sürmüştür. Beş haftalık grup oturumlarının ardından müdahale ve kontrol gruplarına PSTBÖ, KTGÖ ve GGA-E formu son test olarak eş zamanlı uygulanmıştır. Son testin uygulanmasından 1 ay sonra aynı ölçekler tekrar uygulanarak izleme testi yapılmıştır. Yine eş zamanlı olarak katılımcıların birlikte

yaşadığı aile üyelerine çocukları değerlendirmeleri için GGA-AB formunu doldurmaları istenmiş, ayrıca kendi ruhsal durumlarını değerlendirmeleri için ise BAÖ ve BDE uygulanmıştır. İzleme testinin ardından belirlenen ödüller müdahale ve kontrol grubuna verilmiştir. Müdahale grubuna eğitime katıldığına dair katılım belgesi verilmiştir.



Şekil 1. Çalışmanın Uygulama Planı

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma 19 müdahale ve 19 kontrol grubundan oluşan toplam 38 katılımcı ile tamamlanmıştır. Veriler incelemek için IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılmıştır. Çalışma verileri değerlendirmede kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ile ve zamanlar arasındaki farklılıklar için repeated measures ANOVA testi ile bakılmıştır. Ölçekler güvenilirlikleri için cronbach's alfa

değerinden faydalanılmıştır. Anlamlılığı değerlendirmek için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Çalışmanın deneysel tasarımı planlanarak, randomize ve kontrollü olarak gerçekleştirilmesi
- Gruplara atamanın randomize yapılması
- Müdahale ve kontrol grubuna katılan çocukların homojen dağılımının olması

Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Örneklem sayısının kısıtlı olması
- Çalışma merkezinin tek merkezli olması
- Grup eğitiminin 10 oturum ile sınırlandırılması
- Adli süreci devam eden vakaların dahil edilmesi

4. BULGULAR

Araştırma bulguları üç bölümde sunulmuştur:

Birinci Bölümde; müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri (Tablo 4.1 – Tablo 4.3),

İkinci Bölümde; Psikolojik Sağlamlık Programının, müdahale ve kontrol gruplarında yer alan çocuklar üzerindeki PSTBÖ, KTGÖ, GGA-E'nin ölçüm sonuçlarının grup-içi ve gruplar-arası etkinliğinin karşılaştırılması (Tablo 4.4 – Tablo 4.9),

Üçüncü Bölümde; Psikolojik Sağlamlık Programının, müdahale ve kontrol gruplarındaki çocukların aile üyesi üzerindeki BDÖ, BAÖ, GGA-AB'nin ölçüm sonuçlarının grup-içi ve gruplar-arası etkinliğinin karşılaştırılması (Tablo 4.10 – Tablo 4.13).

4.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Müdahale grubundaki çocuklar tanıtıcı özelliklerine göre incelendiğinde; yaş ortalamasının $13,37 \pm 1,42$ olduğu, çoğunluğun içe dönük (%47,4) ve hem içe hem dışa dönük (%47,4) kişilik özelliklerine sahip oldukları, yarıdan fazlasının psikiyatrik tedavi görmediği (%57,9), yarıya yakınının istismar (%42,1) ve ebeveynlerinde boşanma (%31,6) öyküsünün olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki çocukların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; yaş ortalamasının $13,42 \pm 1,57$ olduğu, yarıdan fazlasının (%57,9) hem içe hem dışa dönük kişilik özelliklerine sahip oldukları, büyük çoğunluğunun psikiyatrik tedavi görmediği (%78,9), sıklıkla ebeveyn boşanması (%31,6) ve istismar (%26,3) öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Müdahale ve kontrol grubu yaş, kardeş sayısı ve psikiyatrik tedavi alma durumu yönünden benzerdir ($p > 0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Çocuklara Ait Özellikler

Çocuğa Ait Özellikler	Müdahale Grubu (n=19) Ort±SS		Kontrol Grubu (n=19) Ort±SS		Test değeri	p değeri
Yaş	13,37±1,42		13,42±1,57		0,108 ¹	0,915
Kardeş sayısı	2,63±0,68		3,37±1,46		1,991 ¹	0,057
	n	%	n	%		
Kişilik yapısı						
İçe dönük	9	47,4	6	31,6		
Dışa dönük	1	5,3	2	10,5		
Hem içe hem dışa dönük	9	47,4	11	57,9		
Psikiyatrik tedavi alma						
Hayır	11	57,9	15	78,9	1,949 ²	0,163
Evet	8	42,1	4	21,1		
Adli sürecin devamı						
Hayır	0	0	0	0		
Evet	19	100	19	100		
Olumsuz yaşam deneyimi³						
Yok	3	15,8	5	26,3		
Ebeveynlerin boşanması	6	31,6	6	31,6		
Trafik kazası	0	0	1	5,3		
Ciddi hastalık veya ameliyat	2	10,5	1	5,3		
Bir yakının kaybı	5	26,3	1	5,3		
İstismar öyküsü	8	42,1	5	26,3		
Darp	0	0	1	5,3		
Okul değişikliği	1	5,3	3	15,8		
Ev değişikliği	1	5,3	2	10,5		

¹Bağımsız örneklem t testi²Ki kare testi³Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Müdahale grubunun aile özellikleri incelendiğinde; çoğunluğun ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu (%73,7), kendilerine ait evlerinin (%63,2) ve ayrı bir odalarının (%78,9) bulunduğu, yarıdan fazlasının çekirdek aile yapısında (%57,9) ve yarıya yakınının anne-babasının birlikte (%47,4) yaşadığı, önemli bir kısmının da (%47,4) aile tutumlarını demokratik olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Kontrol grubu aile özelliklerine göre değerlendirildiğinde; yarıya yakınının ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu (%42,1), yarıdan fazlasının kendi evlerinin (%57,9) ve ayrı odalarının (%68,4) bulunduğu, çoğunluğun parçalanmış aile yapısında (%47,4) ve dolayısıyla anne-babanın boşanmış (%52,6) olduğu ve aile tutumlarının sıklıkla (%36,8) demokratik olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Müdahale ve kontrol grubu; kendilerine ait ev ve ayrı bir odaya sahip olma ve psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyle yaşama yönünden benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Çocukların Aile Özellikleri

	Müdahale Grubu (n=19)		Kontrol Grubu (n=19)		Test değeri	p değeri
Aileye İlişkin Özellikler	n	%	n	%		
Ekonomik düzey						
Kötü	1	5,3	5	26,3		
Orta	14	73,7	8	42,1		
İyi	4	21,1	6	31,6		
Kendilerine ait ev						
Yok	7	36,8	8	42,1	0,110 ¹	0,740
Var	12	63,2	11	57,9		
Ayrı bir odası						
Yok	4	21,1	6	31,6	0,543 ¹	0,461
Var	15	78,9	13	68,4		
Aile yapısı						
Çekirdek	11	57,9	7	36,8		
Geniş	2	10,5	3	15,8		
Parçalanmış	6	31,6	9	47,4		
Ailenin tutumu						
Otoriter	4	21,1	5	26,3		
Demokratik	9	47,4	7	36,8		
Serbest	6	31,6	4	21,1		
Tutarsız	0	0	3	15,8		
Ebeveyn durumu						
Anne-baba birlikte	9	47,4	6	31,6		
Boşanmış	8	42,1	10	52,6		
Ayrı yaşayan anne-baba	1	5,3	2	10,5		
Baba vefat etmiş	1	5,3	1	5,3		
Birlikte yaşadığı kişilerde psikiyatrik rahatsızlık						
Yok	19	100	18	94,7	1,027 ¹	1,000
Var	0	0	1	5,3		
Anneye İlişkin Özellikler	n	%	n	%		
Anne eğitim düzeyi						
Okuryazar	1	5,3	2	10,5		
İlkokul	8	42,1	9	47,4		
Ortaokul	5	26,3	3	15,8		
Lise	4	21,1	4	21,1		
Lisans	1	5,3	1	5,3		
Anne sağlık durumu						
Hastalık yok	13	68,4	13	68,4		
Kronik hastalığı var	4	21,1	5	26,3		
Fiziksel engeli var	1	5,3	0	0		
Psikiyatrik tedavi görüyor	2	10,5	1	5,3		
Anne çalışma durumu						
Düzenli işi yok	10	52,6	16	84,2	4,385 ¹	0,036*
Düzenli işi var	9	47,4	3	15,8		
Babaya İlişkin Özellikler	n	%	n	%		
Baba eğitim düzeyi						
İlkokul	10	52,6	11	57,9		
Ortaokul	3	15,8	4	21,1		
Lise	5	26,3	2	10,5		
Ön lisans	0	0	1	5,3		
Lisans	1	5,3	1	5,3		
Baba sağlık durumu						
Hastalık yok	13	68,4	13	68,4		

Kronik hastalığı var	2	10,5	4	21,1		
Psikiyatrik tedavi alıyor	2	10,5	0	0		
Alkol bağımlılığı var	2	10,5	2	10,5		
Baba çalışma durumu						
Düzenli işi yok	1	5,3	3	15,8	1,118 ¹	0,604
Düzenli işi var	18	94,7	16	84,2		

¹ Ki kare testi *p<0,05

Müdahale ve kontrol grubundaki çocukların annelerinin özellikleri incelendiğinde; annelerin çoğunluğunun ilkokul mezunu oldukları ve herhangi bir hastalıklarının olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, müdahale grubundaki çocukların annelerinin, kontrol grubundaki çocukların annelerine göre düzenli bir işe sahip olma oranları daha yüksektir ($\chi^2=4,385$; $p=0,036$) (Tablo 4.3).

Müdahale ve kontrol grubundaki çocukların babalarının özelliklerine bakıldığında; çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu, herhangi bir hastalıklarının olmadığı ve düzenli bir işte çalıştıkları belirlenmiş ve bu yönüyle grupların benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki bakım vericiler tanıtıcı özelliklerine göre incelendiğinde; yaş ortalaması $40,37\pm4,72$ iken, %42,1'inin eğitim düzeyinin ilkokul ve %68,4'ünün çocuğun annesi olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; yaş ortalaması $41,05\pm4,97$ iken, %42,1'inin eğitim düzeyinin ilkokul ve %84,2'sinin çocuğun annesi olduğu bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım verenler yaş, cinsiyet, hastalık ve psikiyatrik tedavi durumlarına göre benzer özelliktedir ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Özellikleri

Özellikler	Müdahale Grubu (n=19) Ort±SS		Kontrol Grubu (n=19) Ort±SS		Test değeri	p değeri
Yaş	40,37±4,72		41,05±4,97		-0,435 ¹	0,666
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	15	78,9	16	84,2	0,175 ²	1,000
Erkek	4	21,1	3	15,8		
Eğitim düzeyi						
Okuryazar	5	26,3	8	42,1	0,000 ²	1,000
İlkokul	8	42,1	7	36,8		
Ortaokul	5	26,3	2	10,5		
Lise	0	0	1	5,3		
Ön lisans	1	5,3	1	5,3		
Yakınlık derecesi						
Anne	13	68,4	16	84,2	0,000 ²	1,000
Baba	4	21,1	3	15,8		
Hala	2	10,5	0	0		
Hastalık durumu						
Yok	16	84,2	16	84,2	0,000 ²	1,000
Var	3	15,8	3	15,8		
Psikiyatrik tedavi alma						
Hayır	18	94,7	18	94,7	0,000 ²	1,000
Evet	1	5,3	1	5,3		

¹Bağımsız örneklem t testi² Ki kare testi

4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDAKİ ÇOCUKLARIN PSTBÖ, KTGÖ, GGA-E İLE İLGİLİ BULGULARI

4.2.1. Psikolojik Sağlık Tutum ve Beceri Ölçeği'ne (PSTBÖ) İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol gruplarını oluşturan katılımcılar PSTBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırılmış; ilişkiler-değerler alt boyut puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, müdahale grubu izlem ölçümlerinde PSTBÖ ilişkiler-değerler alt boyut puan ortalamaları son test puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Müdahale ve kontrol grupları PSTBÖ içgörü yaratıcılık ve bağımsızlık girişimcilik alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; gruplar arası ön test, son test ve izlem ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılar PSTBÖ'nin mizah alt boyut puan ortalamasına göre karşılaştırıldığında; müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca müdahale grubunda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, kontrol grubunda anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Kontrol grubu, son test puan ortalaması ön test puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4).

Müdahale ve kontrol grubunu oluşturan katılımcılar PSTBÖ toplam puan ortalamalarına ve zamana göre karşılaştırıldığında da; aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

PSTBÖ Alt Boyutları	Müdahale (n=19) Ort±SS	Kontrol (n=19) Ort±SS	t değeri	p değeri
İlişkiler-Değerler				
Ön test	35,11±6,68	35,95±5,17	-0,434	0,667
Son test	32,58±7,52 ^b	35,95±6,22	-1,504	0,141
İzlem testi	35,63±6,66 ^a	35,89±6,17	-0,126	0,900
F değeri / p değeri	4,306 / 0,031*	0,473 / 0,631		
İçgörü-Yaratıcılık				
Ön test	31,26±5,92	30,37±3,93	0,548	0,587
Son test	29,58±6,81	31,32±4,27	-0,942	0,352
İzlem testi	31,68±6,96	31,63±4,41	0,028	0,978
F değeri / p değeri	1,977 / 0,169	1,469 / 0,258		
Bağımsızlık-Girişimcilik				
Ön test	23,58±5,44	22,68±5,04	0,526	0,602
Son test	23,79±5,41	24,63±4,44	-0,525	0,603
İzlem testi	25,47±5,71	24,32±4,24	0,710	0,483
F değeri / p değeri	2,290 / 0,132	2,967 / 0,078		
Mizah				
Ön test	13,84±3,40	12,26±3,93 ^b	1,324	0,194
Son test	14,95±4,06	14,05±3,81 ^a	0,701	0,488
İzlem testi	15,47±3,41	13,89±3,71	1,367	0,180
F değeri / p değeri	3,020 / 0,075	4,064 / 0,036*		
Psikolojik Sağlamlık Toplam Puanı (PSTP)				
Ön test	103,79±19,84	101,26±15,24	0,440	0,662
Son test	100,89±22,20	105,95±16,22	-0,801	0,428
İzlem testi	108,26±21,24	105,74±16,07	0,413	0,682
F değeri / p değeri	2,996 / 0,077	1,976 / 0,169		

^{a, b} Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (^a en yüksek ortalama).

F: Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

t: Bağımsız örneklem t testi * $p<0,05$

Müdahale ve kontrol gruplarının PSTBÖ toplam ve alt boyutları ön test, son test ve izlem testi puanlarının; her bir çalışma grubu için ön test – son test ve son test – izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkları alınmış ve bu farklar bakımından müdahale ve kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.5’te

verilmiştir. Buna göre müdahale ve kontrol grubunun ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamalarının farklılıkları bakımından grup içerisinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Müdahale ve kontrol grubu PSTBÖ puan ortalamaları ön test-son test ve son test-izlem ölçümü arasındaki farklara göre karşılaştırıldığında ise; PSTBÖ tüm puan türlerinde ön test ile son test puan ortalamaları arasındaki farka göre anlamlı bir farklılık görülmez iken; PSTBÖ ilişkiler-değerler, bağımsızlık-girişimcilik alt boyutu ve toplam puan ortalamaları son test ve izlem testi ölçüm zamanları arasındaki farkın anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer bir ifadeyle; müdahale grubundaki PSTBÖ ilişkiler-değerler, bağımsızlık-girişimcilik alt boyutları ve toplam puan ortalaması son test ve izlem testi ölçümlerindeki artışın, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının içgörü-yaratıcılık ve mizah alt boyutları, son test ve izlem ölçüm puanları arasındaki farka göre anlamlı bir değişim göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

PSTBÖ Alt Boyutları	Müdahale (n=19) Ort±SS	Kontrol (n=19) Ort±SS	t değeri	p değeri
İlişkiler-Değerler				
Ön test – Son test	2,53±8,64	0,00±6,32	1,029	0,310
Son test – İzlem testi	-3,05±4,59	0,05±0,23	-2,946	0,009*
İçgörü-Yaratıcılık				
Ön test – Son test	1,68±5,72	-0,95±4,13	1,627	0,113
Son test – İzlem testi	-2,11±4,63	-0,32±1,00	-1,647	0,115
Bağımsızlık -Girişimcilik				
Ön test – Son test	-0,21±5,57	-1,95±4,70	1,039	0,306
Son test – İzlem testi	-1,68±3,82	0,32±1,00	-2,210	0,039*
Mizah				
Ön test – Son test	-1,11±3,54	-1,79±3,38	0,610	0,546
Son test – İzlem testi	-0,53±3,17	0,16±0,50	-0,930	0,364
PSTP Toplam				
Ön test – Son test	2,89±21,69	-4,68±14,82	1,257	0,217
Son test – İzlem testi	-7,37±13,49	0,21±0,71	-2,446	0,025*

t:Bağımsız örneklem t testi

* $p<0,05$

Elde edilen bulgular doğrultusunda; PSTBÖ alt boyutları ön test-son test ve son test-izlem testleri arasındaki değişimin, Psikolojik Sağlamlık Programı uygulanan grupta, girişim öncesine ve programın uygulanmadığı gruba göre, kısmi olarak sağlanmış ve H1 hipotezi kabul edilmiştir.

4.2.2. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'ne (KTGÖ) İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol grupları KTGÖ puan ortalamasına göre karşılaştırılmış, son test ve izlem testi ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, ön test ölçümleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubunun KTGÖ puan ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca müdahale grubunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, kontrol grubunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). KTGÖ son test puan ortalaması kontrol grubunda anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubu Kendini Toparlama Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Müdahale (n=19)	Kontrol (n=19)	t değeri	p değeri
KTGÖ	Ort±SS	Ort±SS		
Ön test	117,63±27,70	99,74±25,44 ^b	2,074	0,045*
Son test	115,42±31,53	117,79±22,1 ^a	-0,268	0,790
İzlem testi	122,00±33,69	117,63±22,10	0,473	0,639
F değeri / p değeri	1,313/0,295	7,836/0,004*		

^{a,b} Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F: Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

t:Bağımsız örneklem t testi * $p<0,05$

KTGÖ ön test-son test ve son test-izlem testi puan ortalamaları arasındaki farklara göre müdahale ve kontrol grupları karşılaştırıldığında; müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubu gruplar arası farklılıklara göre karşılaştırıldığında; ön test ve son test KTGÖ puan farklarının, gruplar arasında anlamlı bir farklılığa neden olduğu tespit edilmiş ancak müdahale ve kontrol grubu arasında son test ve izlem testi ölçümlerinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Buna göre, kontrol grubundaki ön test ve son test zamanları arasında KTGÖ ölçümündeki artışın, müdahale grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Müdahale (n=19)	Kontrol (n=19)	t değeri	p değeri
KTGÖ	Ort±SS	Ort±SS		
Ön test – Son test	2,21±14,67	-18,05±22,18	3,321	0,002*
Son test – İzlem testi	-6,58±17,61	0,16±0,69	-1,666	0,113

t:Bağımsız örneklem t testi * $p<0,05$

4.2.3. Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formuna (GGA-E) İlişkin Bulgular

Araştırmada müdahale ve kontrol grupları GGA-E toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; sosyal davranış alt boyutu son test puan ortalaması dışında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak kontrol grubunun sosyal davranış alt boyutu son test puan ortalaması, müdahale grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca kontrol grubunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, müdahale grubunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). İzlem testi ölçümlerinde GGA-E sosyal davranış alt boyut puan ortalaması son test puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubu Güçler ve Güçlükler Anketi-Ergen Formu Puanlarının Karşılaştırılması

GGA-E Alt Boyutları	Müdahale (n=19) Ort±SS	Kontrol (n=19) Ort±SS	t değeri	p değeri
Duygusal sorunlar				
Ön test	4,79±2,32	4,58±2,17	0,289	0,774
Son test	4,68±2,65	4,42±2,46	0,318	0,753
İzlem testi	4,26±2,42	4,37±2,41	-0,134	0,894
F değeri / p değeri	0,548 / 0,588	0,744 / 0,490		
Davranış sorunları				
Ön test	3,21±2,02	2,42±2,04	1,201	0,238
Son test	3,47±2,14	2,58±1,80	1,392	0,173
İzlem testi	2,58±1,84	2,53±1,74	0,091	0,928
F değeri / p değeri	3,551 / 0,051	0,096 / 0,909		
Hiperaktivite sorunları				
Ön test	5,05±2,57	5,21±2,04	-0,210	0,835
Son test	5,00±2,71	5,32±2,31	-0,387	0,701
İzlem testi	4,58±2,32	5,37±2,19	-1,079	0,288
F değeri / p değeri	0,547 / 0,589	0,112 / 0,895		
Akran sorunları				
Ön test	4,00±1,97	4,21±2,23	-0,309	0,759
Son test	3,42±1,77	3,79±2,02	-0,598	0,554
İzlem testi	4,16±2,03	3,84±2,01	0,482	0,633
F değeri / p değeri	1,769 / 0,200	0,609 / 0,555		
Sosyal davranış				
Ön test	8,21±1,51	8,53±1,31	-0,689	0,495
Son test	7,00±2,81 ^b	8,53±1,31	-2,148	0,041*
İzlem testi	8,21±1,69 ^a	8,47±1,26	-0,544	0,589
F değeri / p değeri	4,372 / 0,029*	0,472 / 0,632		
Toplam güçlük puanı				
Ön test	17,05±7,15	16,42±5,92	0,297	0,768
Son test	16,58±7,51	16,11±6,31	0,211	0,834
İzlem testi	15,58±6,18	16,11±6,21	-0,262	0,795
F değeri / p değeri	1,286 / 0,302	0,077 / 0,926		

^{a,b}Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F: Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

t:Bağımsız örneklem t testi * $p<0,05$

Çalışmada yer alan çocukların GGA-E toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamaları ön test-son test ve son test-izlem testi puanları arasındaki farklara göre karşılaştırılmıştır. Buna göre müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, GGA-E davranış sorunları ve sosyal davranış alt boyutlarının son test-izlem testi ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubu davranış sorunları alt boyutu puanındaki azalışın, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca müdahale grubu GGA-E sosyal davranış alt boyutu puanındaki son test-izlem testi puan ortalaması farkının kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığı bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubu GGA-E toplam güçlük ve diğer alt boyut ölçüm farklarının ortalamalarındaki farklılıklar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Güçler ve Güçlüler Anketi-Ergen Formu Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

GGA-E Alt Boyutları	Müdahale (n=19) Ort±SS	Kontrol (n=19) Ort±SS	t değeri	p değeri
Duygusal sorunlar				
Ön test – Son test	0,11±1,29	0,16±2,06	-0,094	0,925
Son test – İzlem testi	0,42±1,74	0,05±0,23	0,914	0,372
Davranış sorunları				
Ön test – Son test	-0,26±1,33	-0,16±1,77	-0,207	0,837
Son test – İzlem testi	0,89±1,49	0,05±0,52	2,328	0,029*
Hiperaktivite sorunları				
Ön test – Son test	0,05±2,37	-0,11±2,40	0,204	0,839
Son test – İzlem testi	0,42±2,39	-0,05±0,52	0,845	0,408
Akran sorunları				
Ön test – Son test	0,58±1,61	0,42±1,71	0,293	0,771
Son test – İzlem testi	-0,74±1,88	-0,05±0,85	-1,445	0,161
Sosyal davranış				
Ön test – Son test	1,21±2,57	0,00±1,11	1,884	0,071
Son test – İzlem testi	-1,21±1,78	0,05±0,23	-3,065	0,006*
Toplam güçlük puanı				
Ön test – Son test	0,47±3,94	0,32±4,04	0,122	0,904
Son test – İzlem testi	1,00±4,84	0,00±0,33	0,898	0,381

t:Bağımsız örneklem t testi

* $p<0,05$

4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDAKİ ÇOCUKLARA AİLE ÜYESİNİN BDE, BAÖ, GGA-AB İLE İLGİLİ BULGULARI

4.3.1. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol grupları BDE toplam puan ortalamaları zamana göre

karşılaştırılmıştır. Grupların ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, izlem sonuçlarına göre yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunun BDE toplam puan ortalaması, müdahale grubu puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca kontrol grubunda zamanlar arasında anlamlı derecede bir farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, müdahale grubunda anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Buna göre, BDE izlem testinin toplam puan ortalaması, son test toplam puan ortalamasına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Ebeveyn müdahale ve kontrol grupları BAÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; müdahale ve kontrol grupları arasında toplam puan ortalaması ve zamana göre ön test, son test ve izlem ölçümlerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Müdahale ve Kontrol Grubu Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Müdahale (n=19)	Kontrol (n=19)	t değeri	p değeri
BDE	Ort±SS	Ort±SS		
Ön test	12,53±9,10	14,95±8,68	-0,839	0,407
Son test	12,21±10,26 ^a	15,26±10,93	-0,888	0,381
İzlem testi	7,63±9,17 ^b	15,37±11,42	-2,303	0,027*
F değeri / p değeri	4,271/0,031*	0,052/0,950		
BAÖ				
Ön test	12,11±13,60	19,42±13,79	-1,647	0,108
Son test	13,68±15,29	17,37±14,34	-0,766	0,449
İzlem testi	9,32±9,23	16,74±14,53	-1,879	0,068
F değeri / p değeri	1,907/0,179	1,245/0,313		

^{a,b} Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F: Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

t:Bağımsız örneklem t testi * $p<0,05$

Çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin BDE ön test-son test ve son test-izlem testi puan ortalamaları arasındaki farklar bakımından karşılaştırılmış; ön test-son test arasında anlamlı bir farklılık görülmez iken; son test-izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki son test-izlem testi ölçümleri arasında BDE puanındaki azalış, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Müdahale ve kontrol grubundaki ailelerin BAÖ ön test, son test ve izlem ölçümleri farklılıklarındaki değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Müdahale (n=19)	Kontrol (n=19)	t değeri	p değeri
BDE	Ort±SS	Ort±SS		
Ön test – Son test	0,32±9,82	-0,32±8,84	0,208	0,836
Son test – İzlem testi	4,58±7,37	-0,11±1,70	2,699	0,014*
BAÖ				
Ön test – Son test	-1,58±7,18	2,05±12,38	-1,106	0,276
Son test – İzlem testi	4,37±9,49	0,63±2,09	1,676	0,110

t:Bağımsız örneklem t testi

*p<0,05

4.3.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu ile İlişkili Bulgular

Bakım veren müdahale ve kontrol grupları GGA-AB toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırılmıştır. Müdahale ve kontrol grubu GGA-AB toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamaları zamana göre karşılaştırıldığında ön test, son test ve izlem ölçüm puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Müdahale ve Kontrol Grubu Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu Puanlarının Gruplar-İçi ve Gruplar-Arası Karşılaştırılması

	Müdahale (n=19)	Kontrol (n=19)	t değeri	p değeri
GGA-AB Alt Boyutları	Ort±SS	Ort±SS		
Duygusal sorunlar				
Ön test	5,11±3,18	3,16±3,06	1,924	0,062
Son test	3,84±3,02	3,47±2,57	0,405	0,688
İzlem testi	4,32±2,71	3,53±3,03	0,847	0,402
F değeri / p değeri	1,664 / 0,219	0,342 / 0,715		
Davranış sorunları				
Ön test	2,37±1,38	2,21±2,27	0,259	0,797
Son test	2,21±1,47	2,37±1,83	-0,293	0,771
İzlem testi	2,26±1,69	2,26±1,76	-0,000	1,000
F değeri / p değeri	0,219 / 0,805	1,085 / 0,360		
Hiperaktivite sorunları				
Ön test	4,21±2,07	4,53±2,65	-0,409	0,685
Son test	4,21±2,37	4,16±2,39	0,068	0,946
İzlem testi	4,00±2,16	3,79±2,55	0,275	0,785
F değeri / p değeri	0,331 / 0,722	2,342 / 0,126		
Akran sorunları				
Ön test	2,95±1,13	3,47±1,84	-1,064	0,294
Son test	2,74±1,52	3,11±1,70	-0,705	0,486
İzlem testi	2,89±1,82	3,32±1,92	-0,694	0,492
F değeri / p değeri	0,236 / 0,792	1,036 / 0,376		
Sosyal davranış				
Ön test	7,84±1,77	7,68±2,08	0,252	0,803
Son test	7,95±2,09	7,58±1,61	0,608	0,547
İzlem testi	8,47±1,58	7,79±1,72	1,279	0,209
F değeri / p değeri	1,092 / 0,358	0,785 / 0,472		
Toplam güçlük puanı				
Ön test	14,63±5,95	13,37±7,81	0,561	0,578

Son test	13,00±5,81	13,11±6,31	-0,053	0,958
İzlem testi	13,47±6,62	12,89±7,10	0,260	0,796
F değeri / p değeri	1,148 / 0,341	0,177 / 0,839		

^{a,b} Grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F: Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

t:Bağımsız örneklem t testi *p<0,05

GGA-AB toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamalarındaki ön test-son test ve son test-izlem testi puan ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde,ön test-son test ve son test-izlem testi puanları arasındaki farkın anlamlı derecede değişmediği görülmüştür (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu Puan Farklarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

GGA-AB Alt Boyutları	Müdahale (n=19) Ort±SS	Kontrol (n=19) Ort±SS	t değeri	p değeri
Duygusal sorunlar				
Ön test – Son test	1,26±3,14	-0,32±1,86	1,886	0,069
Son test – İzlem testi	-0,47±2,50	-0,05±1,08	-0,673	0,507
Davranış sorunları				
Ön test – Son test	0,16±1,01	-0,16±1,21	0,870	0,390
Son test – İzlem testi	-0,05±1,08	0,11±0,32	-0,612	0,547
Hiperaktivite sorunları				
Ön test – Son test	0,00±1,97	0,37±1,64	-0,626	0,535
Son test – İzlem testi	0,21±1,51	0,37±0,83	-0,399	0,692
Akran sorunları				
Ön test – Son test	0,21±1,32	0,37±1,30	-0,372	0,712
Son test – İzlem testi	-0,16±1,74	-0,21±0,71	0,122	0,904
Sosyal davranış				
Ön test – Son test	-0,11±2,11	0,11±1,20	-0,379	0,707
Son test – İzlem testi	-0,53±1,98	-0,21±0,71	-0,653	0,520
Toplam güçlük puanı				
Ön test – Son test	1,63±4,60	0,26±4,03	0,976	0,336
Son test – İzlem testi	-0,47±4,15	0,21±2,07	-0,642	0,526

t:Bağımsız örneklem t testi *p<0,05

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen veriler üç bölümde tartışılmıştır.

Birinci Bölümde; müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinin,

İkinci Bölümde; Psikolojik Sağlamlık Programının, müdahale ve kontrol gruplarında yer alan çocuklar üzerinde PSTBÖ, KTGÖ, GGA-E ölçüm sonuçlarının,

Üçüncü Bölümde; Psikolojik Sağlamlık Programının, müdahale ve kontrol gruplarında yer alan çocukların aileleri üzerinde BDÖ, BAÖ, GGA-AB ölçüm sonuçlarının tartışılması.

5.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çocukluk çağı cinsel istismarı dünya genelinde her toplumda görülen yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu, cinsiyete bağlı olarak karşılaştırıldığında her dört çocuktan 3'ünün kız olduğu dikkat çekmektedir(WHO, 2020). Ülkemizde yapılan adli olguların incelendiği derleme çalışmasında kız cinsiyetine yönelik bulgular benzer orana vurgu yapmaktadır(Aslan 2020). Bu çalışmada cinsel istismar yaygınlığının kız cinsiyetinde yüksek olması ve çalışmanın çocuklarla grup etkileşimi şeklinde planlanması nedeniyle cinsiyet ayrımına gidilmiştir. Cinsel istismar çocuğun gelişim dönemine kısa ve uzun dönem psikososyal belirtilerin görülmesine yol açabilmektedir. Öfke, davranış bozuklukları, disosiasyon, travma sonrası stres bulguları, depresyon, kendine zarar verme davranışları, kişilerarası ilişkileri başlatma ve sürdürmede güçlükler görülebilmektedir(Taner ve Gökler 2004; Yüce ve ark 2015). Cinsel istismara uğrayan ergenler istismar sonrası ruhsal sorunlarla birlikte tekrarlı istismara karşı da savunmasız olabilirler. Benzer örneklerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %14'ünün tekrarlı istismara maruz kaldığı açıklanmaktadır(Clarke et al 2021). Adli olgulara yönelik çalışmaların değerlendirildiği bir incelemede ise bu oranın %40'larda olduğu belirtilmiştir(G. G. Aslan, 2020b). Tekrarlı mağduriyetleri önlemek için kapsamlı destek sağlanmalıdır (Khadr et al 2018). Ayrıca çalışmalarda ihtiyaç duyulan desteğin zamanında

verilmesinin de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Marriott, Hamilton-Giachritsis and Harrop 2014).

Çalışmada öncelikle çocukların tanımlayıcı istatistikleri incelenmiş; kontrol ve müdahale grubunun %57,9'unun ekonomik durumlarını orta düzey olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Çocukların aile yapısına bakıldığında en yüksek oranın %47 ile çekirdek aile, %39,5'unun parçalanmış aile yapısından oluştuğu, önemli bir bölümünün (%47,4) anne babasının boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında parçalanmış aile ya da tek ebeveynle yaşıyor olmak cinsel istismar ve psikolojik sağlamlık açısından uyumu olumsuz etkileyen risk faktörleri olarak belirtilmiştir(Kararırmak 2006; Öz ve Bahadır Yılmaz 2009; Akar 2018; Akar and Aktan, 2020). Katılımcıların %31,6'sının kendilerini etkileyen olumsuz yaşam deneyimi olarak ikinci sırada anne babalarının ayrılmasını bildirmeleri bu durumu açıklamaktadır.

Katılımcıların önemli bir kısmı kişiliklerini içe dönük ya da hem içe-hem dışa dönük olarak değerlendirmişlerdir. Kötü muamele gören çocuklarla çalışan uzmanlarla yapılan niteliksel bir çalışmada iç faktörler (mizaç ve kişilik özelliği) ve dış faktörlerin (kişi dışında aile, arkadaş ve toplumsal desteğin) psikolojik sağlamlık üzerinde koruyucu faktörler olarak etkili olduğu açıklanmaktadır(Dillard et al 2021). Geçmiş deneyimlerle aktif olarak başa çıkabilmek için, duyguları ifade etmenin psikolojik sağlamlığa olumlu katkısının olduğu belirtilmektedir (Marriott et al 2014). Çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmış yetişkinlerle yapılan çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede; dışa dönük, uyumlu ve aile içi destekleyici ilişkilerin yeterli olduğunu bildirenlerin travmadan olumlu olarak kurtuldukları belirtilmektedir(Meng, Fleury, Xiang, Li and D'Arcy 2018). Çalışma grubumuzu oluşturan çocuklar, kişilik özellikleri bağlamında değerlendirildiklerinde avantajlı oldukları söylenebilir.

Çocuk cinsel istismarının sosyo ekonomik düzeyi yetersiz, ebeveynlerin eğitim seviyesinin düşük, çocuğun tek ebeveyn ile yaşadığı ve aile içerisinde şiddetin olduğu durumlarda daha yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir(Kaytez ve ark 2018; Assink et al 2019; Gundogdu and Eroglu 2021). Çalışmamızla benzer örnekleme yapılan bir çalışmada, parçalanmış ailenin istismar açısından risk

oluşturduğu belirlenmiştir(Gundogdu and Eroglu 2021). Yetişkinlerle yapılan retrospektif bir çalışmada çocukluğunda istismar bildiren olguların %41.5'inin ebeveynlerinin boşandığı ya da ayrı yaşadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının çocukluğunda ebeveyn bakımını yetersiz olarak değerlendirdikleri görülmektedir(Collishaw et al 2007). Khadr ve ark.'larının (2018) çalışmasında çocukların %72'sinin sosyo ekonomik durumunun yetersiz olduğu ve yarısının tek ebeveynle yaşadığı bildirilmiştir(Khadr et al 2018). İçerisinde cinsel istismarın da incelendiği kötü muamele gören çocuklar ile ilgili yapılan sistematik incelemede aile içi uyumun varlığı, bakım verenin aynı kişi olması ve olumlu ebeveyn ilişkilerinin dayanıklılığı koruyan faktörler olduğu ifade edilmiştir(Afifi and Mac Millan 2011). Aile ortamı stresli yaşam olaylarının azaltılmasında kilit rol oynayabilir ancak parçalanmış ailenin varlığı aile içi uyum sorunları yaşanmasına yol açarak mevcut duruma uyumu ve pozitif gelişimi engelleyebilir. Cinsel istismar sonrası çocuklarla yapılan boylamsal çalışmalarda her iki ebeveynin varlığının ve istikrarlı aile ortamında bireyin desteklenilip anlaşıldığını hissetmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır(Marriott et al 2014).

Katılımcıların %42,1'inin aile yapısını demokratik aile olarak değerlendirdiği görülmüştür. Cinsel istismar deneyimi olan yetişkinlerin ebeveynle kurulan sıcakilişkiyi psikolojik sağlamlığın artışı ile ilişkilendirdikleri, otoriter tutum ve aşırı korumacılığın psikolojik sağlamlık üzerinde olumsuz etkisinin olduğu vurgulanmıştır (Lind et al 2018). İstismar sonrası çocuğun ailesi ve içinde bulunduğu çevre tarafından desteklenmesi ve uygun yaklaşım sergilenmesi, olası psikolojik sorunların yaşanmasını azaltarak uyumuna destek sağlayabilir(Öztürk 2009). Ayrıca aile çocuk etkileşiminde olumlu ebeveyn ilişkilerinin tekrarlı istismar riskini de azalttığı bildirilmektedir(Sarı ve ark 2016). Yetişkin kadınlarla yapılan farklı bir çalışmada aile içi uyumun cinsel istismarın olumsuz etkilerini azalttığı ve uyumu kolaylaştırdığı bulunmuştur. Çatışma olmayan ailelerde yaşayan çocukların da başkalarıyla daha olumlu ilişkiler geliştirebildikleri görülmektedir(McClure, Chavez, Agars, Peacock and Matosian 2008). Sarı ve ark. (2016) belirttiğine göre Lereya ark. çalışmasında otoriter ebeveynlerin çocuklarının çoğunlukla ihmal ve istismara maruz kaldıkları, bu çocukların daha sonra zorbalık yaptıkları veya zorbalık mağduru oldukları ifade edilmiştir(Sarı ve ark 2016). Görülen o ki ebeveyn tutumları çocuğun çevreye karşı

tutum ve davranışını etkilemektedir. Çalışmamıza katılan çocukların önemli bir kısmının aileleri ile birlikte yaşadıkları ve aile yapısını demokratik olarak tanımladıkları göz önüne alındığında, bu durum istismar sonrası sürecin sağlıklı yönetilebilmesine olumlu katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda psikiyatrik tedavi gören anne baba oranının düşük olduğu görülmektedir. Ailesel faktörler arasında ebeveynin ruhsal hastalığının olması, madde kullanım sorunu yaşaması ve ekonomik güçlükler gibi sorunların olmasının çocuklarını korumalarını ve desteklemelerini engellediği bildirilmektedir(Meng et al 2018; Austin, Lesak and Shanahan 2020; Gundogdu and Eroglu 2021). Ebeveyndeki sorunlar çocukluktan yetişkinliğe kadar bireysel işlevselliği de olumsuz olarak etkileyebilmektedir(Meng et al., 2018).

5.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMININ, MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN ÇOCUKLAR ÜZERİNDE PSTBÖ, KTGÖ VE GGA-EFORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.2.1. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'ne (PSTBÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Müdahale ve kontrol grupları PSTBÖ puan ortalamaları açısından incelenmiştir. PSTBÖ toplam puan ortalamalarına göre ön test, son test ve izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Müdahale ve kontrol grupları alt boyut puan ortalamaları zamana göre karşılaştırıldığında ortalamaların kendi içerisinde farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre müdahale grubunda son test ölçümleri ile izlem ölçümlerinde ilişkiler, değerler alt boyutunun anlamlı derecede arttığı gözlenirken, kontrol grubunda mizah boyutunun son test ölçümlerinin ön test ölçümlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Ölçüm sonuçları grup eğitime katılan çocukların kişiler arası ilişkilerinin ve değerlerinin arttığını göstermektedir.

Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ); çocuk ve ergenlerde psikolojik sağlamlığı ölçmek için kullanılmaktadır. Kendi içerisinde dinamik bir olgu olan psikolojik sağlamlık, önemli güçlüklerle yol açan yaşam olayları karşısında olumlu uyum sağlama olarak tanımlanır(Luthar et al 2000). Olumsuz yaşam deneyimlerinden birisi olan çocuklukta yaşanan cinsel istismar kişi üzerinde yaşam

boyu olumsuz bir yük oluşturabilir (Afifi and MacMillan 2011). Kendi içerisinde bireysel, ailesel ve toplumsal risk faktörlerinin etkili olduğu çocukluk dönemi cinsel istismarı heterojen bir yapıya sahiptir. Bu nedenle çocuk ve ergenler üzerinde farklı ruhsal belirtilerin gözlenmesine yol açar. Göreceli olarak davranışsal, duygusal ve sosyal düzeydeki işlevlerin ölçümlerinin klinik olarak varlığı ya da yokluğu psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilmektedir (Daigneault, Hébert and Tourigny 2007; Domhardt et al 2015b). Kötü muamele görmüş bazı çocukların olumsuz belirti göstermemesi psikolojik olarak dayanıklı olmaları ile açıklanmaktadır (Afifi and MacMillan 2011).

Ergenlik döneminde deneyimlenen olayların şekli, bireyin çevresindeki insanlarla ilişki kurma biçimini etkilemektedir. Dayanıklılığı etkileyen koruyucu faktörler ve risk faktörleri kişiyi geliştirecek davranışlara olanak tanıdığı gibi, gelişimi engelleyen faktörler olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Kişilerarası iletişim, ergenlerin içinde bulundukları sosyo kültürel çevrenin farkına varmaları ve değişime ayak uydurmaları için zemin oluşturur (Dos Santos, Santana and de Souza 2020). Kişilerarası ilişkiler öncelikle ailede karşılanır. Ailede doyurucu ve rehberlik sağlayan yakın ilişkiler karşılanamadığında, aile dışından yardımsever ve güvenilir kişilerin belirlenmesi (arkadaş, öğretmen, yabancı vb) onlarla yakın, karşılıklı ve tatmin edici bağların kurulması şeklinde karşılanabilmektedir. Değerler ise aile içinde ve dışında iyiyi kötüden ayırt etme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik olarak esnek olan çocuğun kendi çabası ile başkalarıyla yardımsever ve güvenilir bir bağ kurması olarak açıklanmaktadır (Wolin and Wolin 1996; Waibel-Duncan and Yarnell 2011; Akar ve Aktan 2020). Literatürde destekleyici aile ortamı ve istikrarlı ilişkilerin varlığının dayanıklılıkla ilişkili olduğu belirtilmektedir (McClure et al 2008; Afifi and MacMillan 2011). Aile içindeki koruyucu faktörler; aile uyumu, istikrarlı bakım, ebeveyn ilişkileri, eş desteği, toplumsal düzeyde koruyucu faktörler ise; akran ilişkileri, aile dışı sosyal destek ve din olarak açıklanmaktadır (Afifi and MacMillan 2011). İstismar sonrası çocuklarla yapılan bir çalışmada algılanan anne desteğinin TSSB belirtilerini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır. Ayrıca akran desteğine sahip olmanın TSSB belirtilerini azalttığı bildirilmektedir (Hébert, Lavoie and Blais 2014).

Cinsel istismar bildirimi sonrası mağdurlar damgalanma, utanç, kendini suçlama,

kişilere karşı güven duygusunun zedelenmesi gibi nedenlerle kişilerarası ilişkilerin sürdürülmesinde sorun yaşayabilmektedirler (Çeçen 2007). Cinsel istismara uğramış kız çocukları ile yapılan 6 aylık bir izlem çalışmasında kişisel olarak güçlendirme ve güvene dayalı kişilerarası ilişkilerin psikolojik sağlamlığa katkısı olduğu belirtilmiştir. Öz yeterlilik, iyimser düşünebilme, haklı durumlarda kendini savunabilme, zorluklar karşısında güçlü hissetme ve insanlara güvenebilmenin psikolojik sağlamlığı artıran faktörler olduğu bildirilmiştir. Geliştirilen kişiler arası ilişkilerin yardım alma ve bu yardımı yararlı bir şekilde kullanmaya olanak sağlayacağı, dolayısı ile psikolojik sağlamlıkta koruyucu bir faktör olarak etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Daigneault et al 2007). Aile ve arkadaşlarla sorunları konuşabilmenin psikolojik sağlamlığı neredeyse 1,5 kat artırdığı bulunmuştur. Benzer gruplarla yapılan boylamsal çalışmalarda güvene dayalı ilişkilerin istismar nedeniyle yaşanan duygusal acıyı azalttığı ve kişilerarası güveni geliştirdiği saptanmıştır (Daigneault et al 2007; Marriott et al 2014). Aile ile birlikte akranlardan alınan sosyal desteğin işlevselliğe katkı sağladığı açıklanmaktadır (Meng et al 2018; Sanjeevi et al 2018). Cinsel istismar öyküsü olan ergenlerde, bakıcı desteği ve eğitim düzeyi arttıkça, dayanıklılık da olumlu yönde etkilenmektedir. Bakıcıyla sıcak ilişkilerin ve geçirilen zamanın artmasının bu popülasyonda dayanıklılık ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Williams and Nelson-Gardell 2012; Sanjeevi et al 2018). Aile ve toplumsal düzeyde alınan sosyal desteğin istismara uğrayan çocuklar için koruyucu faktör olduğu söylenebilir (Sanjeevi et al 2018). Çocuklara yönelik kötü muamele ile ilgili yapılan bir meta analizde etkili öz düzenleme becerileri geliştiren çocukların sosyal, duygusal ve akademik alanda işlevselliklerini düzenlemede daha etkili olacakları ve başarı gösterecekleri belirtilmiştir. Öz düzenleme, aile desteği ,okul ve akran desteğinin koruyucu faktör olduğu açıklanmaktadır (Yule, Houston and Grych 2019). Çalışmanın sonucunda müdahale grubunda PSTBÖ ilişkiler ve değerler alt boyutunun son test ve izlem ölçüm farklılıklarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede artış olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Müdahale grubunda kullanılan öz düzenleme egzersizleri, stresli durumların üstesinden gelme ve olumlu düşünme becerilerine yönelik müdahalelerin katılımcılar üzerinde kişiler arası ilişkileri geliştirdiği ve iyi-kötüyü ayırt etme becerilerinin artmasına katkı sağladığı söylenebilir.

Cİ gibi stres içeren zorlukların üstesinden gelebilmek ve destek alabilmek için ilk adım yaşananları anlatabilmektir. Anlatmada gecikme iyileşmenin de gecikmesine yol açabilmektedir. Cinsel istismardan kurtulanlar paylaşım önceliklerinin kendilerine yakın hissettikleri ve empati kurabildikleri akranları olduğunu açıklamışlardır (Jeong and Cha 2019). Etkili ve uygun maliyetli olması nedeniyle ergenlerde grup çalışmalarının etkinliğine dikkat çekilmektedir. Grup etkinlikleri, benzer deneyimler yaşayanların karşılıklı kendini anlatabilmelerine, akranlarından destek almalarına, sosyalleşmelerine ve yeni başa çıkma yöntemleri edinmelerine olanak tanımaktadır (Hickle and Roe-Sepowitz 2014). Cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenler için travma odaklı BDT'nin stres semptomlarını azaltabileceği ve bir müdahale yöntemi olarak uygulanabileceği belirtilmektedir. Katılımcı sayısının az olmasının ise bazen paylaşım ile ilgili endişeleri arttırabileceği ifade edilmektedir (McTavish et al 2021).

Çocuk ve ergenlerle yapılan bir grup çalışmada katılımcıların iyileşmeyi, şimdiki ve gelecek zamanda büyümeyi ve güçlenmeyi içeren olumlu bir değişim süreci olarak tanımladıklarını belirtmektedir. Bunda ailesel ve psikoterapötik desteğin, deneyimlerin üstesinden gelmek için kilit rol üstlendiğini açıklamışlardır. Ergenlerin terapi sonrası iyileşmeyi yaşam boyu devam edecek süreç olarak tanımladıkları bildirilmiştir (Capella et al 2016). Cinsel istismarla ilgili çoğunluğunu yetişkinlerin oluşturduğu niteliksel çalışmaların incelendiği bir araştırmada katılımcılar cinsel istismar deneyiminden kendilerini ayırmak ve iyileşmek için ilk adımın deneyimlerini paylaşarak olayı yaşamının bir parçası olarak kabullenebilmek olarak açıklamışlardır. Mağdurlar kendileri gibi istismar deneyimi yaşayanlarla iletişim kurmanın, rahat hissetmelerine olanak tanıdığını ifade etmektedirler (Jeong and Cha 2019). Güçlü yönlerin desteklenmesine yönelik grup müdahalelerinin katılımcılar üzerinde sağlıklı davranışlar geliştirmede ve riskli davranışları azaltmada rol oynadığı belirtilmektedir. Güçlü yönlere odaklanmanın bir diğer yararının ise problemlerin arka plana çekilerek, potansiyelin keşfedilmesine olanak sağlamasıdır (Chandler, Roberts and Chiodo 2015). Akranlarla grup etkinliği şeklinde düzenlenen bu çalışmanın içeriğinde BDT tekniği kullanılan yöntemler arasındadır. Bulgularımızda müdahale grubunda PSTBÖ toplam puan artışındaki farklılığın kontrol grubuna göre yüksek olması ($p<0,05$), verilen eğitimin müdahale grubunun psikolojik sağlık düzeyinin

kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5).

Bir diğer sonucumuz ise PSTBÖ'nin alt boyutu olan bağımsızlık-gişimciliğin son test ve izlem ölçümlerindeki farklılıkların müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede artmasıdır ($p<0,05$). Bağımsızlık, çocuğun kendini etkileyecek aileden kaynaklı istenmeyen zorlu koşullar içerisinde kendine sınırlar oluşturarak korumasıdır. Bağımsızlık başta fiziksel olarak uzaklaşmayla başlar, duygusal ve bilişsel ayrılıklarla devam eder. Sorunlu bir aile ortamından uzaklaşarak okul ya da sosyal beceriler gibi tercih edilen tarafa yönelmeyi ifade eder. Bu uzaklaşma sonrası sorumluluk alma ya da bir amaç doğrultusunda hareket etme gerçekleşiyorsa girişimcilikten söz edilir. Girişimcilik kendini güçsüz hisseden çocuğun kendini etkili görmesine ve bir şeyleri deneyimlemesine fırsat verir. Bu durum çocukların başta kendilerini keşfetmelerine olanak sağlar. Bir şeyler yaptığını ve bunu sürdürebildiğini gördükçe, kendine güven ve yeterlilik kazandıkça kendilerini geliştirmeye başlarlar. Keşifle başlayan bu süreç üretime kadar gider (Wolin and Wolin1996; Waibel-Duncan and Yarnell 2011; Akar 2018). Yapılan çalışmalar, çocuk cinsel istismarı görülen ailelerin işlevinde bozukluk olduğuna dikkat çekmektedir. Özellikle aile içi şiddet olan, duygusal bağların zayıf, iletişim sorunları ve aile içi olumsuz duyguların yaygın olduğu, sıcak ilişkilerin kurulamadığı ve sosyal ilişkilerin yeterince gelişmediği ailelerde istismarın görülebildiği ifade edilmektedir (Keskin ve Çam 2005; Öztürk 2009). Aile ile ilgili özelliklerin yanı sıra cinsel istismar olayı da çocukta pek çok soruna yol açabilmektedir (Hailes, Yu, Danese and Fazel 2019). Cinsel istismara uğramış ergenlerle yapılan boylamsal bir çalışmada ilerleyen zamanla katılımcılarda anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozuklukları belirtilerinin arttığına dikkat çekilmiştir. Psikolojik belirtilerin cinsel istismarın özelliklerinden ziyade psikososyal sorunlarla ilişkili olduğu, istismarı takiben özellikle ilk yıllarda sosyal dışlanmayı önlemek, eğitim hayatının devam etmesi ve akademik başarının sağlanabilmesi için çocukların desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır (Clarke et al 2021). Aileler ile yapılan bir çalışmada da; aileler çocuğu destekleyici, koruyucu ve olumlu başa çıkma stratejisine sahip ise çocukların ruhsal belirti gösterme olasılıklarının daha düşük olduğu açıklanmaktadır. Ebeveynler sosyal desteğe sahip değil ise, depresyon, anksiyete gibi

ruhsal sorunlar yaşıyorlarsa mevcut durumla olumlu olarak başa çıkma kapasitelerinin düşük olduğu vurgulanmaktadır (Vilvens, Jones and Vaughn 2021). Çalışmalar, kendi içerisinde kaotik bir deneyim olan cinsel istismarın bireyden aileye ve topluma uzanan sorunlar teşkil ettiğini göstermekte ancak çocuk, aile geliştirildiğinde ve desteklendiğinde olumlu sonuçlar görülebilmektedir. Çalışmada uygulanan psikolojik sağlık eğitiminin müdahale grubundaki katılımcıların bağımsızlık-girişimcilik puanının artmasına yol açması, bu girişimin dayanıklılıklarına katkı sağladığını göstermektedir (Tablo 4.5).

Müdahale grubunda ön test, son test ve izlem ölçümlerinde anlamlı bir artış olmaz iken; kontrol grubundaki çocukların PSTBÖ mizah alt boyutunun son test ölçümünün müdahale grubuna göre anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (Tablo 4.4). Çocukların kendilerini rahatsız eden travmaları ve stres yaratan durumları katlanabilir duruma getirme ve hatta bundan hoş giden durumlar yaratma biçimine mizah denir. Bir oyun şeklinde başlanan mizah gerçek hayattaki zorlukları anlamlandırma ve yeniden yorumlama fırsatı verir. Sorunların azalması ve baş etme yöntemi geliştirilmesinde bir yöntemdir (Wolin and Wolin 1996; Waibel-Duncan and Yarnell 2011; Akar 2018). Mizah yaratıcı düşünciyi ve kişiler arası ilişkiyi geliştirmek için kullanıldığı gibi, kişileri aşağılayıcı, küçük düşürücü ya da kendini hedef alarak sosyal çevreye kabul ettirmeye yönelik davranışlar sergilenmesine de yol açabilir. Yakın birinin kaybı, kaza geçirme ya da cinsel istismar gibi travmatik yaşam deneyimi olan 132 yetişkin katılımcının kendini geliştiren mizahı psikolojik zorlukların üstesinden gelmek için kullanmalarının anlamlı olduğu bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü ve olumsuzluklardan kaçınmada ise olumsuz mizahı kullandıkları görülmüştür (Boerner, Joseph and Murphy 2017). Çalışma sonuçlarımızda kontrol grubundaki çocukların mizah puanındaki artışın dayanıklılıklarına katkısı olduğu söylenebilir.

5.2.2 Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'ne (KTGÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Müdahale ve kontrol gruplarında Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'nin sonuçları incelenmiştir. Gruplar arasında son test ve izlem ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaz iken ön test ölçümlerinde anlamlı bir farklılık

gözlenmiştir. Müdahale grubunun ön test ölçümlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Grup-içi ölçüm ortalamalarına bakıldığında ise; müdahale grubunun son test puan ortalamalarında düşüş olduğu ancak izlem ölçüm puanlarında anlamlı yükselme olduğu tespit edilmiştir(Tablo 4.6). Yani eğitim gruplarına katılan bireylerin eğitim sonrası kendini toparlama gücünde artış olduğu söylenebilir.

Kendini toparlama gücü Türkiye’de yapılan bilimsel çalışmalarda; psikolojik sağlamlık, dayanıklılık, yılmazlık gibi kavramlarla tanımlanmış olup, aynı anlama gelmektedir. İnsanın hayatta var olduğu sürece karşılaştığı olumsuz yaşam olayları karşısında incinme ve kırılmalardan sonra çabucak iyileşerek kendini toparlaması olarak tanımlanmaktadır. Kısaca güç durumlar karşısında güçlenme ve başarı elde edebilmektir(Işık 2016).

Ergenlik döneminde ortaya çıkan zorlukların üstesinden gelebilmek, sağlıklı ve üretken bir yetişkin olabilmek için önemlidir (Fratto 2016). Çocuk cinsel istismarı çocuk ve ergenlerin karşılaşılabilecekleri en zorlu yaşam olaylarından birisidir. Travmatik bir deneyim olan cinsel istismar, yaşamın ilerleyen sürecinde kısa ve uzun dönemde fiziksel, psikolojik ve psikososyal sorunlar açısından yüksek risk oluşturmaktadır(Hailes et al2019; Aktay 2020; Cui, Oshri, Liu, Smith and Kogan 2020; Gundogdu and Eroglu 2021). Kişinin hayatında risk teşkil eden cinsel istismar psikolojik sağlamlığı etkiler. Etkileme düzeyi çocuğun yaşına, gelişim durumuna, istismarın türüne, çocuk ve istismarcı arasındaki ilişkiye, süresine ve sıklığına göre değişebilmektedir. Ayrıca yoksulluk, kronik travmanın varlığı, çocukta psikiyatrik hastalığın varlığı ve sosyal desteğin eksikliği olumlu uyumu etkilemektedir (Fratto 2016). Nitelikli cinsel istismarın, yetişkinlikte dahi psikolojik sağlamlığı olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Boylamsal bir çalışmada da mağdurların 27 yıl sonraki izlemlerinde nitelikli olmayanlarla karşılaştırıldığında daha düşük sağlamlık gösterdikleri bulunmuştur (Lind et al 2018). İstismara uğrayanlardan oluşan bir yetişkin örnekleminde yapılmış geriye dönük çalışmada, çocukluk istismarı öyküsü olanların depresyon, intihar, TSSB, madde kötüye kullanımının birkaç kat arttığı bulunmuştur(Collishaw et al 2007).

Cinsel istismara maruz kalan çocuğun mevcut duruma olumlu uyum göstermesi dayanıklılıkla ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalar olumlu uyumu; psikolojik olarak patolojinin gözlenmemesi, bireysel işlevselliği sürdürebilme ve dayanıklılığı ölçen araçlarla belirleyebilme olarak vurgulamaktadır(Yoon et al 2021). Psikolojik sağlamlık zaman içerisinde değişebilen bir durumdur. Hayatının bir döneminde dayanıklı olan bir kimse bir başka zamanda daha az dayanıklı olabilir (Marriott et al 2014). İstismar ile ilgili boylamsal bir çalışmada da 30 yıllık izlem sonrası %44,5'inin hiçbir psikiyatrik belirti göstermediği bulunmuştur. Bu kişilerde devam eden akran ilişkilerinin varlığı ve algılanan ebeveyn desteğinin psikolojik sağlamlığa katkı sağladığı belirtilmiştir(Collishaw et al 2007). Çocukluk cinsel istismarını bildiren gençlerde anne ve arkadaş desteği bildirenlerin TSSB düzeylerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır(Hébert, Lavoie and Blais 2014). Buna rağmen kötü muameleyle maruz kalan ve kalmayan ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kötü muameleyle maruz kalanlarda öz güvenin azaldığı ve suç işleme davranışlarının arttığı gözlenmiştir. Geleceğe yönelik eğitim ve kariyer planları olanların, arkadaş sayısı, arkadaşlarla yapılan etkinlikler, sosyal kuruluşlara katılım gibi davranışlar sergileyenlerin riskli davranışlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir(Cui et al 2020). Çalışmamızla benzer örnekleme yapılan bir araştırmada kızların %63'ünün dayanıklı olduğu tespit edilmiştir. Dayanıklı olanların geleceğe yönelik tutarlı eğitim planlarının olduğu, mevcut şartlara karşı iyimser tutum sergiledikleri ve akran desteğine sahip oldukları bulunmuştur(Edmond, Auslander, Elze and Bowland 2006). Hebert ve ark. (2021) 8.230 lise öğrencisi içerisinde cinsel istismara uğrayanları belirlemişler ve bunlardan 3 te 1'inin dayanıklı olduklarını saptamışlardır. Dayanıklı olanların iyimser, stresin üstesinden gelen ve anne baba desteği bildiren kişiler olduğunu açıklamışlardır. Dayanıklı olmayan çocuklar dikkate alındığında, cinsel istismarın sonuçlarının bireyselliğine vurgu yaparak, bireye özel yaklaşımın ele alınması gerektiğini bildirmişlerdir(Hébert, Amédée, Théorêt and Petit 2021). Yine cinsel istismar ve sağlamlık üzerine yapılan 37 makalenin incelendiği bir çalışmada olumlu adaptasyonu kolaylaştıran koruyucu faktörlere değinilmiştir. Bunların, eğitim faaliyetlerine katılabilme kapasitesi ve aktif katılımın olması, akademik eğitimin devamlılığı, duygusal yeterlilik, başa çıkabilmede aktif girişim, geleceğe yönelik iyimser tutum, suçlamanın dışsallaştırılması, aile, akran ve

sosyal çevre tarafından sağlanan destekleyici ilişkileri olduğunu açıklanmıştır (Domhardt et al 2015b). Benzer bir çalışmada eğitime devam etmeyen, eğitim düzeyi düşük ebeveyne sahip ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan çocukların daha düşük sağlamlığa sahip olduğu belirtilmiştir. Buna rağmen istismar nedeniyle strese maruz kalmayan, desteğe ihtiyaç duymayan çocukların varlığına da dikkat çekilmektedir(Williams and Nelson-Gardell 2012). Yapılan çalışmalar psikolojik sağlamlığın yaşam boyu değişen döngüde olduğunu vurgulamaktadır. Bireylerin zorlukların üstesinden gelme biçimlerine veya koruyucu faktörlerine göre değişiklik gösterebileceği bildirilmektedir. Çalışmada hiçbir müdahale yapılmadığı halde müdahale grubunun ön test puanının kontrol grubuna göre yüksek olması ve kontrol grubunun son test puan ortalamasının müdahale grubuna göre yüksek olması bunu düşündürmektedir(Tablo 4.6). Yine gruplar arasında farklılıkların farkı karşılaştırıldığında kontrol grubunun ön test ve son test ölçümlerinin müdahale grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması da bu görüşü desteklemektedir(Tablo 4.7).

5.2.3. Güçler Güçlükler Anketi ErgenFormu'na (GGA-E) İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada müdahale ve kontrol gruplarının GGA-E puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizlerde müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin zamana göre GGA-E puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaz iken, müdahale grubundaki bireylerin GGA-E sosyal davranış alt boyutu izlem testi ölçümlerinin puan ortalaması, son test ölçümleri puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur(Tablo 4.8). Grup eğitime katılan müdahale grubunun gücünü temsil eden sosyal davranış puanının eğitim sonrası arttığı söylenebilir.

Güçler Güçlükler Anketi (GGA-E) ; Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunları ölçmek için geliştirilmiştir (Güvenir ve ark 2008). Ölçeğin alt boyutları olan aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik, davranış sorunları, duygusal belirtiler ve akran sorunları, güçlükleri oluştururken, olumlu sosyal davranış, gücü oluşturmaktadır(Khadr et al2018). Güçler ve güçlükler anketi geriye dönük 6 ayın değerlendirildiği bir ölçüm aracıdır. Çocuklarla istismar sonrası yapılan boylamsal bir çalışmada ilk ölçümle 6 ay sonrası

ölçüm arasında fark olduğu tespit edilmiştir. İkinci ölçümde toplam güçlük puanının arttığı; katılımcıların %65'inin anksiyete bozukluğu, %48'inin TSBB bozukluğu ve %40'ının majör depresyon tanı ölçütünü karşıladığı tespit edilmiştir (Khadr et al 2018). Aynı grubun 13-15 ay sonrası ölçümlerinde ise ruhsal sıkıntıların artan şiddette devam ettiği görülmüştür. Katılımcılarla yapılan niteliksel görüşmelerde kendini değersiz görme, öfke, stres, hayattan zevk almama, toplumdan geri çekilme, uyku problemi yaşama gibi ifadelerin olduğu belirtilmiştir (Clarke et al 2021). Çocukluğunda cinsel istismar gibi kötü muamele gören üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada kötü muamelenin depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik açıdan dayanıklı olanlarda ise depresyon puanlarının düşük ve dayanıklılığı destekleyici müdahalelerin önemli olduğuna vurgu yapılmıştır (Kelifa, Yang, Carly, Bo and Wang 2020). Cinsel istismar sonrası kız çocukları ile yapılan çalışmada, GGA sosyal davranış puanının; dikkat eksikliği, obsesif kompulsif bozukluk ve davranış bozukluğu olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gundogdu and Eroglu 2021). Cinsel istismara uğramış gençlere bir yetişkinin rehberlik etmesinin, teşvik edici ve duygusal destek sağlamanın olumsuz sonuçlar için tampon görevi gördüğü, sosyal ve duygusal iyi oluşlarına katkı sağladığı vurgulanmaktadır. Özellikle erken yaşta ve düzenli verilen desteğin olumlu katkısının olduğu belirtilmektedir (Prowell and Williams 2021). Görülen o ki çocuklukta yaşanan cinsel istismar ilerleyen süreçte ruhsal sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bu çalışmada müdahale grubundaki çocukların son test ve izlem ölçümlerindeki puan ortalamalarının kontrol grubuna göre farklılıklarına bakıldığında; davranış sorunları puanındaki düşüş ve gücü temsil eden sosyal davranış puanındaki artışın kontrol grubuna göre anlamlı derecede ($p<0,05$) yüksek olması grup eğitimin etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.9). Ayrıca çocuklara verilecek destekleyici eğitimin sorunları gidermede ve dışarıya yansıyan davranış sorunlarını azaltmada yardımcı olabileceği söylenebilir.

5.3. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMININ, MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINDA YER ALAN ÇOCUKLARIN AİLELERİ ÜZERİNDE BDE, BAÖ VE GGA-AB FORMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.3.1. Ailelerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği'ne (BAÖ) İlişkin Bulgularının Tartışılması

Ailelerin müdahale ve kontrol grupları BDE toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılmıştır. Müdahale ve kontrol grubu BDE toplam puan ortalamaları zamana göre karşılaştırıldığında ön test ve son test ölçüm zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaz ($p>0,05$) iken, izlem puanı ortalamasında anlamlı farklılık vardır($p<0,05$). BDE toplam puan ortalaması izlem ölçümleri müdahale grubunda anlamlı derecede daha düşüktür(Tablo 4.10). Bu durum eğitime katılan müdahale grubundaki çocukların ailelerinin, çocuklara verilen eğitimden olumlu olarak etkilendiğini ve etkinliğin izlem sonrasına kadar devam ettiğini, dolayısı ile depresyon puanlarının düşmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Cinsel istismar çocuklarda davranış sorunlarına, akademik güçlüklerle, beraberinde sosyal zorluklara yol açabilmektedir. Bu süreçte çocuklar en fazla ebeveyn desteğine ihtiyaç duyarlar(Van Toledo and Seymour 2013). Çocuğa bakım veren kişilerin yaklaşımlarının istismarın çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığı bilinmektedir. Bununla birlikte aile çocuğun cinsel istismara maruz kaldığını öğrendikten sonra bir takım güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %41,7'si duygusal güçlükler yaşadığını, toplumdan kendilerini çektiklerini ve ilişkilerinde gerginlik yaşadıklarını bildirmişlerdir(van Toledo and Seymour 2016). Annelere yönelik ihtiyaçların araştırıldığı başka bir çalışmada annelerin kendi ihtiyaçlarından ziyade çocukların karşılaştığı sorunlarla nasıl baş edebilecekleri ile ilgilendikleri belirlenmiştir. Ayrıca istismarı fark edememe, durduramama gibi nedenlerden dolayı kendini suçlama, başkaları tarafından suçlanma ve utanma eğiliminde oldukları saptanmıştır(Ovayolu ve ark 2007; van Toledo and Seymour 2016; Serin 2018). Yoğun yaşanan bu duygular ruhsal sorunları da beraberinde getirebilir. Ebeveynlerle yapılan boylamsal bir çalışmada istismarın ortaya çıkmasından bir yıl sonra ebeveynlerin psikolojik ve fiziksel semptomlar gösterdiği 18. ayda yapılan ölçümlerde düşüş görülmesine rağmen semptomların devam ettiği belirtilmiştir(Cyr et al 2018). Ruhsal sorun yaşayan bakım verenin ebeveynlik rolü de olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Çocukla birlikte yaşayan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %24'ünün depresyon ve travma sonrası stres bulgularından birini gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca travma sonrası

stres yaşıyan ebeveynlerin tutarsız ebeveynlik davranışları sergiledikleri çocuklar tarafından bildirilmiştir(Jobe-Shields, Swiecicki, Fritz, Stinnette and Hanson 2016). Deblinger ve ark.'ları (1999) benzer örnekleme yaptıkları çalışmada anneleri depresyonda olan çocukların, annelerinin ebeveynlik davranışlarını reddedici, annesi depresyonda olmayan çocukların ise annelerinin ebeveynlik davranışlarını kabul edici olarak nitelendirdiklerini bulmuşlardır. Ayrıca çocuğun annesinin ebeveynlik davranışını, kontrolden çok özerkliği teşvik edici olarak algılamasının, TSSB semptomların azalmasına yol açtığı ya da çocuktaki davranış sorunları ile ilişkili olduğubulunmuştur(Deblinger, Steer and Lippmann 1999). Çocuğun cinsel istismarını açıklamasının ardından ebeveynin çocuğa sağlayacağı desteği etkileyebilecek birçok faktörün olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle ebeveynin hissettiği sıkıntı, ruhsal sağlık durumu ve başa çıkma yeteneği çocuğa vereceği desteği etkileyebilmektedir(Yancey and Hansen 2010). Depresyon düzeyi yüksek olan annelerin çocukları ile daha az ilgilendikleri ve olumlu ebeveynlik davranışı sergileyemedikleri bildirilmektedir. Ayrıca çocukların davranışları ile daha az ilgilendikleri ve tutarsız ebeveynlik davranışı sergilediklerine vurgu yapılmaktadır (Santa-Sosa, Steer, Deblinger and Runyon 2013). Depresyonu olan bir ebeveyne sahip olmak çocuğun güçlük yaşamasına neden olabilir. Depresyon cinsel istismar sonrası yaşanan güçlüğü karşı uyumu ya da pozitif gelişimi etkileyebilir(Santa-Sosa et al., 2013). Çalışmaların sonuçları çocuk ve ailelerin birbirleri ile etkileşim halinde olduklarını ve iyilik durumlarının birbirini etkilediklerini göstermektedir. Bizim çalışmamızda müdahale grubunda BDE son test ve izlem ölçümleri arasındaki farklılığın kontrol grubuna göre anlamlı olması çocuklara verilen eğitimin ebeveynlerin ruhsal durumlarında olumlu sonuçlara yol açtığını düşündürmektedir(Tablo 4.11).

5.3.2. Ailelerin Güçler Güçlükler Anne Baba Anketi'ne (GGA-AB) İlişkin Bulgularının Tartışılması

Ebeveyn kontrol ve müdahale grupları GGA-AB toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırılmıştır. Uygulanan bağımsız iki grup t testi sonucuna göre; müdahale ve kontrol grubu arasında zamana göre GGA-AB toplam güçlük ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmış;ön test, son test ve izlem ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır(Tablo 4.12).

Ergenlere yönelik travma odaklı bir müdahale çalışmasında hafif düzey ve orta düzey stres belirtisi gösteren ocukların GGA-AB lmleri karşılaştırılmış ve farklılık gözlenmediği bildirilmiştir(elik 2021). Üstün yetenekli çocuklar ve aileleri ile yapılan çalışmada çocukların kendilerini dikkatsiz ve hiperaktif oldukları yönünde değerlendirdikleri ancak ailelerin böyle bir değerlendirmelerinin olmadığı bulunmuştur(Eren, merelli ete, Avcil ve Baykara 2018). Oyun bağımlılığı ile ilgili bir müdahale çalışmasında katılımcıların %50'sinde olumlu bir değişim gözlenirken, diğer kısmında güçlük puanının arttığı yada değişim gözlenmediği bildirilmiştir. Aynı çalışmadaki ebeveynlerin değerlendirmelerinde çocuğunda değişim görülmeme oranı çocukların bildirdiklerine göre daha düşük düzeyde bulunmuştur(Keskin 2019). Çalışma sonuçları ergenler ve ebeveynlerin değerlendirmelerinin farklı olabileceğini göstermektedir. Bu vb. durumlarda çalışmanın farklı ölçüm araçları ile desteklenmesi önerilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Cinsel istismar sonrası ergen kız çocuklarına yönelik psikolojik sağlamlık programını etkinliğini değerlendirmeye yönelik (randomize kontrollü deneysel) araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çalışmaya katılan çocuklar Kendini Toparlama Gücü, Psikolojik Sağlamlık Beceri Geliştirme Ölçeği ve Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formu ile değerlendirilmiştir. Çocuğa eşlik eden aile üyesine ise Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve çocukları değerlendirmeleri için Güçler Güçlükler Anne Baba Formu uygulanmıştır. Daha sonra müdahale ve kontrol grubu oluşturularak müdahale grubu ile 5 haftalık Psikolojik Sağlamlık Programı yürütülmüştür. Kontrol grubuna ve ailelere yönelik herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Değerlendirmeler ön test, son test ve izlem testi şeklinde gerçekleştirilmiş olup analizler sonrasında;

- Psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi amacıyla çocuklara PSTBÖ uygulanmış, müdahale grubundaki PSTB ilişkiler-değerler, bağımsızlık-girişimcilik alt boyutları ve toplam puan ortalaması ön test -son test ve son test-izlem testi ölçümlerindeki artışın, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.
- Çocukların KTGÖ göre değerlendirildiklerinde, psikolojik sağlamlık beceri eğitimine katılan çocuklarda eğitim sonrası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kontrol grubundaki çocukların ön test ve son test puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çocukların güç ve güçlükleri GGA -E formu ile değerlendirilmiş, müdahale grubunda güçlükleri ifade eden davranış sorunları alt boyutunda ön test- son test ve son test- izlem testi arasındaki ve gücü temsil eden sosyal davranış alt boyutundaki ön test-son test ve son test-izlem testi puanındaki farkların, kontrol grubuna göre anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılan ebeveynlerin depresyon düzeyleri BDE ile değerlendirilmiş, müdahale grubundaki çocukların ebeveynlerinin depresyon

puanındaki azalışın kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Ailelerin anksiyete düzeyi BAÖ ile incelenmiş, müdahale ve kontrol grubunda anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$).
- Ailelere çocukları değerlendirmeleri için GGA-AB uygulanmış, müdahale ve kontrol grubunda anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$).

6.2. ÖNERİLER

- Psikolojik sağlık geliştirme programının etkinliğini arttırmak amacıyla çocukla birlikte yaşayan aile üyesinin de dahil edilmesi,
- Ayrıca benzer grupla yapılacak çalışmalarda eğitim içeriğine cinsel istismar sonrası yaşanan sorunların gereksinimler doğrultusunda tasarlanarak ek oturumların eklenmesi,
- Ülkemizde cinsel istismar sonrası çocukları desteklemeye yönelik müdahale çalışmalarının sınırlı olması nedeniyle psikolojik sağlamlığı geliştirmeye yönelik müdahale programlarının yapılması ve yaygınlaştırılması,
- Bu çalışmanın cinsel istismar mağduru çocuklarda psikolojik sağlamlığın geliştirilmesine yönelik ilk çalışma olması nedeniyle, programın etkinliğinin daha fazla sayıda örnekleme ve uzun vadeli incelenmesi,
- Programın etkinliği sadece kız cinsiyetinde değerlendirildiğinden, ayrı bir grup olarak erkek çocuklar üzerinde de incelenmesi,
- Örneklem seçiminde cinsel istismarın; türü, istismarcının yakınlık düzeyi, süresi, şiddetin varlığı gibi değişkenler dikkate alınarak ve homojen özelliğe sahip katılımcılarla yapılarak programın etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Psikiyatri hemşireleri çocuğa yönelik ihmal ve istismar durumlarında etik kurallara bağlı olmaları ve aktif roller almaları nedeniyle, Çocuk İzlem Merkezlerine başvuran çocukları ve aileleri desteklemeye yönelik eğitimlerinin arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avcı, A., & Ferhat, İ. (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591–614.
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Can J Psychiatry*, 56(5), 266–272.
- Ahern, N. R. (2006). Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175–185.
- Akar, A. (2018). *Psikolojik Sağlamlık Programının Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi*. M. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Doç. Dr. Ş. Işık
- Akar, A., & Aktan, T. (2020). Psikolojik Sağlamlık Tutum Beceri Ölçeğinin (PSTBÖ) Uyarlaması: Geçerlik Güvenirlilik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(74), 665–679.
- Akça Özakar, S., & Söngüt, S. (2019). Çocuk İstismarı ve Pediatri Hemşiresinin Rolü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(4), 241–250.
- Akçe, İ., & Doğan, H. (2020). *Cinsel İstismara Maruz Kalmış Çocuklar Üzerine Bir Değerlendirme*. Sosyal Çalışma Dergisi.
- Aktay, M. (2020). İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169–184.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Current Approaches in Psychiatry*, 1(2), 95–119.
- Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Albayrak-Kaymak, D., Uysal, O., & Ilter, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 247–255.
- Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*, 15(2), 194–201.

- Alwan, R. M., & Atigapramoj, N. S. (2021). Child Maltreatment and Neglect. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 39(3), 589–603.
- Anderson, K., & Priebe, S. (2021). Concepts of Resilience in Adolescent Mental Health Research. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 689–695.
- Aslan, F., & Erkol, Z. (2021). Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri ve Üniversite Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezleri. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp -Çocuk İstismarı ve İhmali*, 85–92.
- Aslan, G. G. (2020a). Türkiye’de Adli Değerlendirmeden Geçen Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar Vakaları Hakkında Bir Değerlendirme. *Electronic Journal of Social Sciences*, 19(73), 48–68.
- Aslan, G. G. (2020b). Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarın Yetişkinlik Dönemindeki Etkileri Hakkında Bir Derleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 647–676. <https://doi.org/10.33417/TSH.727426>
- Assink, M., van der Put, C. E., Meeuwssen, M. W. C. M., de Jong, N. M., Oort, F. J., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 145(5), 459–489.
- Ata, Z. (2019). Geçmişten Günümüze Çocuk Mağduriyetleri. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 3(1), 47–60.
- Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current Epidemiology Reports*, 7(4), 334. <https://doi.org/10.1007/S40471-020-00252-3>
- Avdibegoviü, E., & Brkiü, M. (2020). Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 337–342.
- Aydoğdu Mavi, G. S., & Özsoy, Ü. (2017). Çocuk Hakları İhlali: Cinsel İstismar. *JAREN*, 3(ek sayı), 57–60.
- Ayraller Taner, H., Hilmi Çetin, F., Işık, Y., & İşeri, E. (2015). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(4), 294–300.
- Erdogan, A., Tufan, E., Karaman, M. G., Atabek, M. S., Koparan, C., Ozdemir, E.,

- Baranova, Çetiner A., Yurteri, N., Öztürk Ü., Kurçer, M.A., Ankaralı, H. (2011). Characteristic features of perpetrators of sexual abuse on children and adolescents in four different regions of Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi- Anatolian Journal of Psychiatry*, cilt.12, sa.1, ss.55-61.
- Baccino, E., & Martrille, L. (2015). Children: Sexual Abuse - Epidemiology. In *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine: Second Edition* (pp. 528–530). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800034-2.00072-0>
- Bağ, Ö., & Alşen, S. (2016). The new model in evaluating Child Sexual Abuse: Child Advocacy Centers. *Journal of Dr Behcet Uz Children s Hospital*, 6(1), 9–14.
- Bakır, E., & Kapucu, S. (2017). Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansıması: Bir Literatür İncelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13–24.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483.
- Bayraktar, S. (2015). *İnsanlığı Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali*. Nobel Tıp Kitabevleri
- Boerner, M., Joseph, S., & Murphy, D. (2017). The Association Between Sense of Humor and Trauma-Related Mental Health Outcomes: Two Exploratory Studies. *Journal of Loss and Trauma*, 22(5), 440–452. hBrown, C. L., Yılanlı, M., & Rabbitt, A. L. (2021). Child Physical Abuse And Neglect. *Handbook of Behavioral Criminology*, 365–379. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470337/>
- Bulut, S. (2016). Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 139–156.
- Bulut Şahin, D. (2020). *Üniversite Öğrencileri Arasında Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Bildirim Sıklığı ve Bildirim ile İlişkili Faktörler*. K.T.Ü. Tıp Fakültesi .Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi
- Burgi Radmanovi, M. (2020). Mental Disorders in Sexually Abused Children.

Psychiatria Danubina, 32(3), 349–352.

Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., & Gutierrez, C. (2016). Winning a Race: Narratives of Healing and Psychotherapy in Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 73–92.

Çeçen, A. R. (2007). Çocuk Cinsel İstismarı : Sıklığı, Etkileri ve Okul Temelli Önleme Yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(1).

Çelik, E. (2021). Çocuklar İçin Travma Odaklı Psikososyal Destek Müdahale Programının Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkisi. İstanbul B.Ü. Ruhsal Travma Ana Bilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi.

Chandler, G. E., Roberts, S. J., & Chiodo, L. (2015). Resilience Intervention for Young Adults With Adverse Childhood Experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(6), 406–416.

Choudhry, V., Dayal, R., Pillai, D., Kalokhe, A. S., Beier, K., & Patel, V. (2018). Child sexual abuse in India: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(10), e0205086.

Clarke, V., Goddard, A., Wellings, K., Hirve, R., Casanovas, M., Bewley, S., Viner, R., Kramer, T., & Khadr, S. (2021). Medium-term health and social outcomes in adolescents following sexual assault: a prospective mixed-methods cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1, 1–17.

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013 7:1, 7(1), 1–9.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211–229.

Cruz, M. A. da, Gomes, N. P., Campos, L. M., Estrela, F. M., Whitaker, M. C. O., & Lírio, J. G. dos S. (2021). Impacts of sexual abuse in childhood and adolescence: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1369–1380.

- Cui, Z., Oshri, A., Liu, S., Smith, E. P., & Kogan, S. M. (2020). Child Maltreatment and Resilience: The Promotive and Protective Role of Future Orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(10), 2075–2089.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813–822.
- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*, 15(2), 147–167.
- Dağlı, E. T. (2016). *Çocuk Koruma Sistemleri*. Altan Matbaası, 1. Baskı: Mayıs 2016, İstanbul.
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2007). Personal and Interpersonal Characteristics Related to Resilient Developmental Pathways of Sexually Abused Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 415–434.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal Factors Associated with Sexually Abused Children's Psychosocial Adjustment: *Child Maltreatment*, 4(1), 13–20.
- Demir, P., & Çakın Memik, N. (2020). Kendine Zarar Verme Davranışı ve Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları: Bir Gözden Geçirme. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 129–155. h
- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8, 132–139.
- Dilillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: the mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 767–779.
- Dillard, R., Beaujolais, B., Yoon, S., Wang, X., Shockley McCarthy, K., & Pei, F. (2021). Factors that inhibit and promote resilience following childhood maltreatment: A qualitative exploration of practitioner perspectives. *Children and Youth Services Review*, 122, 105895.

- Dokgöz, H., & Kar, H. (2018). Çocukta Cinsel İstismar. *Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics*, 4(1), 8–16.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015a). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(4), 476–493.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015b). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(4), 476–493.
- Dos Santos, L. K. da P., Santana, C. de C., & de Souza, M. V. O. (2020). Actions for enhancing resilience among adolescents. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25(10), 3933–3943. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.22312018>
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 781–797.
- Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 1–28.
- Eren, F., Ömerelli Çete, A., Avcil, S., Baykara, B. (2018). Üstün Yetenekli Çocuklarda ve Ailelerinde Duygusal ve Davranışsal Özellikler. *Arch Neuropsychiatry*, 55, 105–112.
- Fratto, C. M. (2016). Trauma-Informed Care for Youth in Foster Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), 439–446.
- Gizir, AC., & Aydın, G. (2006). Psikolojik Sağlamlık ve Ergen Gelişim Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 87–99.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28).
- Gonzalez, D., Mirabal, A. B., McCall, J. D., & Doerr, C. (2021). Child Abuse and

Neglect (Nursing). *StatPearls*.

Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(5), 525–540.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.

Gundogdu, U., & Eroglu, M. (2021). Executive Functions and Theory of Mind Skills of Sexually Abused Female Adolescents and Their Externalizing and the Internalizing Behavioral Problems. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(4), 427–441.

Gürgen, U. (2006). Resiliency Scale (RS): Scale Development, Reliability and Validity Study. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 39(2), 45–74.

Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). Güçler ve güçlükler anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(2), 65–74. www.sdqinfo.com

Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet. Psychiatry*, 6(10), 830.

Hancı, İ. H., Yurdagül, E., & Polat, S. (2020). Adli Hemşirelik, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık

Hébert, M., Amédée, L. M., Théorêt, V., & Petit, M.-P. (2021). Diversity of adaptation profiles in youth victims of child sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 685–694.

Henson, M., Sabo, S., Trujillo, A., & Teufel-Shone, N. (2017). Identifying Protective Factors to Promote Health in American Indian and Alaska Native Adolescents: A Literature Review. *The Journal of Primary Prevention*, 38(1–2), 5.

- Hickle, K. E., & Roe-Sepowitz, D. E. (2014). Putting the Pieces Back Together: A Group Intervention for Sexually Exploited Adolescent Girls. *Social Work With Groups*, 37(2), 99–113.
- Hıdır, M., & Kılınç, F. E. (2020). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar Üzerine Yapılan Çalışmaların İçerik Analizi. *Turkish Journal of Health Research*, 1(1), 23–40.
- İbiloğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 84–98.
- Işık, Ş. (2016). Türkiye’de Kendini Toparlama Gücü Konusunda Yapılmış Araştırmaların İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 6(45), 65–76.
- Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C. (2015). Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 58–70.
- Jeong, S., & Cha, C. (2019). Healing from Childhood Sexual Abuse: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(4), 383–
- Jobe-Shields, L., Swiecicki, C. C., Fritz, D. R., Stinnette, J. S., & Hanson, R. F. (2016). Posttraumatic Stress and Depression in the Nonoffending Caregivers of Sexually Abused Children: Associations With Parenting Practices. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 110–125.
- Kadan, G. (2018). Çocuk ve Cinsellik. In *Çocuk ve Aile* (pp. 165–188). <https://ws1.turcademy.com/ww/webviewer.php?doc=74383>
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140–151.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129–142.
- Kaytez, N., Yüceliği, S., & Kadan, G. (2018). Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 18–24.

- Kelifa, M. O., Yang, Y., Carly, H., Bo, W., & Wang, P. (2020). How Adverse Childhood Experiences Relate to Subjective Wellbeing in College Students: The Role of Resilience and Depression. *Journal of Happiness Studies* 2020 22:5, 22(5), 2103–2123. h
- Kellogg, N. D., Koek, W., & Nienow, S. M. (2020). Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104360.
- Keskin, A. D. (2019). *Oyun Bağımlılığı Müdahale Programının Ergenlerin Oyun Bağımlılığı ve Oyun Motivasyonu ile Duygusal Davranışsal Sorunlarına ve Annelerinin Düşüncelerine Etkisinin İncelenmesi*. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Çocuk Gelişimi Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi.
- Keskin, G., & Çam, O. (2005). Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Bakış Açısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Ege University Nursing Faculty*, 21(2), 191–208.
- Khadr, S., Clarke, V., Wellings, K., Villalta, L., Goddard, A., Welch, J., Bewley, S., Kramer, T., & Viner, R. (2018). Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(9), 654–665.
- Kimmel, M. S. (2012). Masculinity as Homophobia: Fear, Shame, and Silence in the Construction of Gender Identity. *Theorizing Masculinities*, 119–141.
- Kurtoğlu., M. (2016). *Çocuk Bu İhmale Gelmez*. Nesil Basım Yayın Gıda Ticaret ve Sanayi A. Ş.
- Kütük, M. Ö., & Bilaç, Ö. (2017). Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(3), 181–187.
- Lee, C., Tsenkova, V., & Carr, D. (2014). Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women. *Social Science & Medicine* (1982), 105, 122.
- Lemaigre, C., Taylor, E. P., & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 70, 39–52.

- Lind, M. J., Brown, R. C., Sheerin, C. M., York, T. P., Myers, J. M., Kendler, K. S., & Amstadter, A. B. (2018). Does parenting influence the enduring impact of severe childhood sexual abuse on psychiatric resilience in adulthood? *Child Psychiatry and Human Development*, 49(1), 33.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543.
- Manay, N., & Collin-Vézina, D. (2021). Recipients of children's and adolescents' disclosures of childhood sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse and Neglect*, 116.
- Mandleco, B. L., & Peery, J. C. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), 99–112.
- Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors Promoting Resilience Following Childhood Sexual Abuse: A Structured, Narrative Review of the Literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17–34.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- McClure, F. H., Chavez, D. V., Agars, M. D., Peacock, M. J., & Matosian, A. (2008). Resilience in sexually abused women: Risk and protective factors. *Journal of Family Violence*, 23(2), 81–88.
- McTavish, J. R., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M. U., Fitzpatrick-Lewis, D., & MacMillan, H. L. (2021). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 116, 104203.
- Melmer, M. N., & Gutovitz, S. (2021). Child Sexual Abuse And Neglect. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470563/>
- Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 453–

- Mesman, G. R., Harper, S. L., Edge, N. A., Brandt, T. W., & Pemberton, J. L. (2019). Problematic Sexual Behavior in Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(3), 323–331.
- Miffitt, L. A. (2014). State of the Science: Group Therapy Interventions for Sexually Abused Children. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 174–179.
- MN, M., & S, G. (2017). Child Sexual Abuse And Neglect. *StatPearls*. <http://europepmc.org/books/NBK470563>
- Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., Hazizaj, A., Cenko, E., Brkic-Smigoc, J., Vajzovic, E., Stancheva, V., Chincheva, S., Ajdukovic, M., Rajter, M., Raleva, M., Trpcevska, L., Roth, M., Antal, I., Ispanovic, V., Hanak, N., Olmezoglu-Sofuoglu, Z., ... Browne, K. (2018). Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2017 12:1, 12(1), 1–15.
- Obong'o, C. O., Patel, S. N., Cain, M., Kasese, C., Mupambireyi, Z., Bangani, Z., Pichon, L. C., & Miller, K. S. (2020). Suffering whether You Tell or Don't Tell: Perceived Re-Victimization as a Barrier to Disclosing Child Sexual Abuse in Zimbabwe. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1832176>, 29(8), 944–964.
- Olafson, E. (2011). Child Sexual Abuse: Demography, Impact, and Interventions. *Journal Of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 8–21.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö., & Serindağ, S. (2007). Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 13–22.
- Öz, F., & Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 82–89.
- Öztürk, A. B. (2009). Çocuğun Cinsel İstismarı ve Aileyle Çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2).
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. NobelTıp

Kİtabevi, 12. Baskı.

- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2010). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17–36.
- Pekşen, T. F. (2019). Cinsel İstismar Olgularına Yaklaşım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 11(1).
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 331–342.
- Polat, O. (2017). *Tüm Boyutları İle Çocuk İstismarı Tanımlar-I*. 4. Baskı, Seçkin Yayıncılık
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.
- Sağlam, M., & Aral, N. (2016). Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları. *Çocuk ve Medeniyet*, 1(2), 43–56.
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K. A., Langley, M. M., & Judkins, J. (2018). A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(6), 622–641.
- Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2013). Depression and Parenting by Nonoffending Mothers of Children Who Experienced Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(8), 915–930.
- Sarı, H. Y., Ardahan, E., & Öztornacı, B. Ö. (2016). Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan SistematiK Derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 501–511.
- Serin, H. (2018). Non-abusing mothers' support needs after child sexual abuse disclosure: A narrative review. *Child & Family Social Work*, 23(3), 539–548.
- Şimşek, Ş., Uysal, C., Gençoğlu, S., & Bez, Y. (2013). Türkiye'de Çocuk Cinsel İstismarı: Gözden Geçirme Çalışması. *Cilt*, 4(14).
- Singh, M. M., Parsekar, S. S., & Nair, S. N. (2014). An Epidemiological Overview

- of Child Sexual Abuse. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 430.
- Soyer, M. K., Şenol, A., & Tümerdem, B. Ç. (2021). Bir Grup Yetişkinde Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Humanistic Perspective*, 3(2), 324–343.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785–801.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101.
- Tanaka, M., Suzuki, Y. E., Aoyama, I., Takaoka, K., & MacMillan, H. L. (2017). Child sexual abuse in Japan: A systematic review and future directions. *Child Abuse & Neglect*, 66, 31–40.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82–86.
- Terzi, Ş. (2016). Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 77–86.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70–74.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı:Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76–80.
- Tuncay, B. (2020). Okul Öncesi Çocukları Cinsel İstismardan Koruma Eğitim Programının Annelerin Cinsel İstismara İlişkin İnançları Üzerine Etkisi. E.Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Ana Bilim Dalı,Doktora Tezi.
- Türkmen, S. N., Sevinç, İ., Kırılı, Ö., Erkul, I., & Kandemir, T. (2017). Profile Of Sexually Abused Girls. *Journal of Dr Behcet Uz Children s Hospital*, 7(3), 197–202.

- Ulukol, B., Kahiloğulları K, A., & Sethi, D. (2014). *Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey*. www.euro.who.int/
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163–172.
- van Toledo, A., & Seymour, F. (2016). Caregiver Needs Following Disclosure of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 403–414.
- Van Toledo, A., & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772–781.
- Veenema, T. G., Thornton, C. P., & Corley, A. (2015). The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 864–881.
- Vilvens, H. L., Jones, D. E., & Vaughn, L. M. (2021). Exploring the Recovery of Non-offending Parents after a Child’s Sexual Abuse Event. *Journal of Child and Family Studies*, 30(11), 2690–2704.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Pshycometric evaluation of a Recilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Waibel-Duncan, M. K., & Yarnell, J. W. (2011). The Challenge Model: Examining Resilience in Pelzer’s A Child Called “It.” *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(3), 168–174.
- Wallis, C. R. D., & Woodworth, M. D. (2020). Child sexual abuse: An examination of individual and abuse characteristics that may impact delays of disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104604.
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 36(1), 53–63.
- Wolin, S., & Wolin, S. J. (1996). The Challenge Model: Working With Strengths in Children of Substance-Abusing Parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 243–256.
- Wright, M. O. D., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional

- assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1173–1193.
- Yakut, H. İ., & Korkmaz, E. (2013). Çocuklarda Cinsel İstismar. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 10, 10(39), 1630–1632.
- Yam, F. C. (2020). Çocuk Cinsel İstismarına Yönelik Müdahale Basamakları ve İşlevlerinin Kuramsal Olarak İncelenmesi. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 3(5), 61–77.
- Yarar, F., & Yarış, F. (2011). Primary care approach in child abuse and neglect. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(4), 178–183.
- Yelboğa, N. (2019). Çocuk Hakları Bağlamında Cinsel İstismarın İncelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 3(2), 202–221.
- Yiğit, R. (2010). Çocukların Cinsel İstismarı ve Ensest. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(3), 90–100.
- Yılmaz., A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Risk faktörleri ve çocukların psiko-sosyal gelişimi üzerindeki etkileri. *Civilacademy Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 63–79.
- Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., Shockley McCarthy, K., Rae Napier, T., & Pei, F. (2021). Resilience Following Child Maltreatment: Definitional Considerations and Developmental Variations. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(3), 541–559.
- Yüce, M., Karabekiroğlu, K., Yildirim, Z., Şahin, S., Sapmaz, D., Babadağı, Z., Turla, A., & Aydın, B. (2015). The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(4), 393–399.
- Yücel, Beyaztaş, F., Bahadır, Ö., & Bütün, C. (2014). Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi. *Medicine Science*, 3(2), 1315–1346.
- Yule, K., Houston, J., & Grych, J. (2019). Resilience in Children Exposed to Violence: A Meta-analysis of Protective Factors Across Ecological Contexts. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 406–431.
- Ziyalar, N. (2020). *Çocuk İstismarı ve Çocukla Adli Görüşme*. 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık

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



EKLER

Ek 1. Görüşme Formu

EK-1.Kişisel Bilgiler Formu

Demografik Bilgiler

1-Yaşınız:

2-Siz dahil kaç kardeşsiniz:

3-Ailenin ekonomik düzeyi:

4-Ailenize ait bir ev var mı? Evet () Hayır ()

5-Ayrı bir odanız var mı? Evet () Hayır ()

6-Aile yapınızı belirtiniz :

Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile () Diğer (Lütfen belirtiniz)

7.Aile yapınız hangisine uymaktadır?

Otoriter () Demokratik () Serbest aile () Tutarsız aile ()

8.Aile durumunuzu işaretleyiniz?

Anne-baba birlikte () Boşanmış () Ayrı yaşayan anne-baba () Anne vefat etmiş () Baba vefat etmiş ()

9-Annenizin mesleği:

10-Babanızın mesleği:

11-Anne eğitim düzeyi: okur- yazar değil() okur-yazar() ilkokul () Ortaokul () Lise () ön lisans () yüksek lisans ()

12-Babanızın eğitim düzeyi: okur- yazar değil() okur-yazar() ilkokul () Ortaokul () Lise () ön lisans () yüksek lisans ()

13- Annenin sağlık durumuna uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

Hastalık yok () Kronik hastalığı var () Zihinsel engeli var () Fiziksel engeli var ()

Psikiyatrik tedavi aldı/alıyor (tanısı nedir) Alkol bağımlılığı var ()

Uyuşturucu madde bağımlılığı var ()

14- Babanın sağlık durumuna uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

Hastalık yok () Kronik hastalığı var () Zihinsel engeli var () Fiziksel engeli var ()

Psikiyatrik tedavi aldı/alıyor (tanısı nedir) Alkol bağımlılığı var ()

Uyuşturucu madde bağımlılığı var ()

15- Anne- baba dışında şuan birlikte yaşadığınız kişi ya da kişilerde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

Evet (belirtiniz.....) Hayır ()

16-Olumsuz olarak değerlendirebileceğiniz yaşam olayları yaşadınız mı? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Yok () Ebeveynlerin boşanması () Ebeveynlerin yeniden evlenmesi () Trafik kazası ()
Ciddi hastalık veya ameliyat () Yakın birisinin kaybı () Geçmiş istismar yks () Darp ()
Okul değişikliği () Ev değişikliği () Yetiştirme yurdu geçmişi () Diğer
(açıklayın.....)

Çocuğa Eşlik Eden Aile yesine İlişkin Bilgiler

17- Yakınlık düzeyi.....

18- Yaş.....

19-Eğitim düzeyi.....

20- Sürekli tedavi gördüğü bir rahatsızlığı var mı?.....

21- Psikiyatrik bir tedavi görüyor mu? (varsa belirtiniz?).....



Ek 2. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)

Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	İleride yaşayacağım zorlukları kendim göğüsleyebilirim.				
2.	Bir hedef belirlediğim zaman hiçbir şeyin hedefime ulaşmamı engellemesine izin vermem				
3.	Hatalarımdan ders çıkarırım.				
4.	İnsanların yüz ifadelerindeki küçük değişiklikleri fark ederim.				
5.	Davranışlarımla sonuçlarını tahmin edebilirim/kestirebilirim.				
6.	Bir şey de iyi olduğum zaman bunu fark ederim.				
7.	İstemediğim şeylere hayır derim.				
8.	İçinde bulunduğum duruma uygun hareket edebilirim.				
9.	Mizah/espri anlayışım zor durumlarda sorunların üstesinden gelmemi kolaylaştırır.				
10.	Arkadaşlarım bana güvenebileceklerini bilirler.				
11.	İhtiyaç duyduğumda ailem yanımdadır.				
12.	Bir şeyler yanlış gittiğinde bunu benim hatam olup olmadığını söyleyebilirim.				
13.	Diğer insanlarla aynı bakış açısına sahip olmamak benim için bir sorun değil.				
14.	Yalan söylemek kabul edilebilecek bir şey değildir.				
15.	Başımı derde sokacak insanlardan uzak dururum.				
16.	Kendi kararlarımı verirken rahatım.				
17.	Biri bana doğruyu söylemediğinde bunu hissedebilirim.				
18.	Zor durumlarla karşılaştığımda problemimi çözmek için yeni yollar bulurum.				
19.	Duygularımı ifade etmek için farklı yollar bulabilirim.				
20.	Arkadaşlarımı dikkatli bir şekilde seçebilirim				
21.	Zor durumlarda pozitif/olumlu bir taraf ararım.				
22.	Kendi hayatımı kendim kontrol edebilirim.				
23.	Birine baktığımda onun hangi duyguyu yaşadığını söyleyebilirim.				
24.	İnsanlara yardımcı olmaya çalışırım.				
25.	Doğru olduğuna inandığım şeyleri savunurum.				
26.	Arkadaşlık ilişkilerimi sürdürme konusunda iyiyimdir.				
27.	Beni destekleyecek arkadaşlara sahibim.				
28.	Gülmek stresle baş etmeme yardımcı olur.				
29.	Arkadaş çevremde kendim gibi olabilirim.				
30.	Kötü hissettiğim zamanlarda kendimi neşelendirebilirim.				
31.	Başıma kötü bir şey geldiğinde pes etmem.				
32.	Diğer insanlarınkinden farklı olsa bile düşünce ve fikirlerimi paylaşabilirim.				
33.	Kendi kendimi eğlendirebilirim.				
34.	Arkadaşlık edinirken zorluk çekmem.				

Ek 3. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ)

Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ)		Kesinlikle Katılmıyorum (1) Kesinlikle Katılıyorum (7)						
1.	Yaptığım planlara uyarım.	1	2	3	4	5	6	7
2.	İşlerin bir şekilde üstesinden gelirim.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Bir başkasından çok kendine güvenirim.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Bir şeylere ilgili olmak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Gerektiğinde kendi başıma ayakta kalabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Hayatta başardıklarımın gurur duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Genellikle ileriye dönük düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Kendimle barışık biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Zaman içinde birçok şeyi yapabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Kararlı biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Olayların ayrıntılarını genellikle merak etmem.	1	2	3	4	5	6	7
12.	İşleri zamanında yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Disiplinli biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Birçok şeyle ilgili biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Çoğu zaman gülecek bir şey bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Zor durumlarda, kendime olan güvenim bana güç verir.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Zor durumlarda insanların genellikle güvenebileceği biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Genellikle bir duruma değişik açılardan bakabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19.	İstesem de istemesem de bazen yapmak istediğim/istemediğim şeylere kendimi ayarlarım.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Hayatımın bir anlamı vardır.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Hakkında bir şey yapamayacağım konulara takılıp kalmam.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Zor bir durumdaysam genellikle bir çıkış yolu bulabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Yapmak zorunda olduklarım için yeterli enerjiye sahibimdir.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Beni istemeyen insanların olması benim için problem değildir.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 4. Güçler ve Güçlükler Anketi Ergen Formu

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Ek 5. Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Yönerge: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içerisinde (şu an dahil), kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.	a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. b) Kendimi üzgün hissediyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	a) Gelecekte umutsuz değilim. b) Gelecek konusunda umutsuzum. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Benim için gelecek olmadığı için bu durum düzelmeyecek.
3.	a) Kendimi başarısız görmüyorum. b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum. d) Kendimi bir insan olarak tamamıyla başarısız görüyorum.
4.	a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum. d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5.	a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.	a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim. b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim. c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum. d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7.	a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım. b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım. c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d) Kendimden nefret ediyorum.
8.	a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum. b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum. d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam. c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterim. d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10.	a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum. b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum. c) Şimdilerde her an ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11.	a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam. b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim. c) çoğu zaman sinirli ve tedirginim. d) şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12.	a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim. b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim. c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim. d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13.	a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum. b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum. c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d) Artık hiç karar veremiyorum.
14.	a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum. b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmiş gibi düşünüyorum ve üzülüyorum. c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum. d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15.	a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum. c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum. d) Hiç çalışmıyorum.
16.	a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum. b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum. c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uymakta güçlük çekiyorum. d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17.	a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum. b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum. c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum. d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18.	a) İştahım eskisinden pek farklı değil. b) İştahım eskisi kadar iyi değil. c) Şimdilerde iştahım epey kötü. d) Artık hiç iştahım yok.
19.	a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum. b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim. c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim. d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20.	a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var. c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor. d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21.	a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok. b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum. c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim. d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 6. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 7. Güçler ve Güçlükler Anketi Anne Baba Formu

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB ⁴⁻¹

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncakını, kalemını v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Ek 9. Gönüllü Olur Formu

Katılımcının Beyanı

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca aldığım hizmete herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim veya istediğim zaman gerekçeli/gerekçesiz araştırmadan ayrılabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun aldığım hizmete herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün yasal temsilcisinin Adı-Soyadı

İmza:

Telefon no:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek 10. Psikolojik Sağlamlık Programı Oturum İçeriği

Her bir oturum süresi 90 dakikadır.

1. OTURUM

Konu: Gruba giriş ve tanışma

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Tanışma, anlatım, soru-cevap, beyin fırtınası, grup tartışması

Amaç:

1. Grup lideri ve katılımcıların tanışmaları,
2. Programın içeriği ile ilgili grubun bilgilendirilmesi,
3. Grup hakları bildirgesinin gruba sunulması
4. Psikolojik sağlamlık not defterinin kullanımının gruba öğretimi amaçlanmıştır.

Hedefler

1. Grup üyelerinin tanışması ve kaynaşması,
2. "Grup Hakları Bildirgesini " gruba sunma,
3. Psikolojik sağlamlık programı başarı günlüğü ve öz değerlendirme formlarının işlevini anlama,
4. Rahatlama ve öz düzenleme egzersizlerini uygulama.

İçerik:

Öncelikle grup yöneticisi kendini tanıtmıştır. Eğitimin amacı ve nasıl yapılacağına ilişkin bilgi (haftada iki kez olmak üzere 90’ar dakikalık süreyle 10 oturum olacağı) verildi. Daha sonra “Benim Partnerim” aktivitesi gruba uygulanmıştır. Ardından grup yöneticisi program boyunca kullanılacak olan “Psikolojik Sağlamlık Not Defterlerini” katılımcılara dağıtmış ve içeriğini oluşturan bölümleri gruba anlatmıştır. Not defterinin üç bölümden oluştuğunu, ilk bölümün oturumlarla ilgili not almaları için ayrılmış bölüm olduğu, ikinci bölümün kendilerini değerlendirdikleri ifadeleri içeren bölüm olduğu ve son kısmın ise kendileri ile ilgili kaydettikleri ilerlemeler olduğu anlatılmıştır. Grup lideri tarafından bu uygulamanın ardından ödül sisteminin olduğu ve bunda katılımcıların kendilerini değerlendirdikleri form üzerindeki puanların dikkate alınacağı ifade edilmiştir.

Ödüllerin eğitim sonrası yaklaşık bir ay sonra gerçekleştirilecek olan izlem testinden sonra verileceği belirtilmiştir. Daha sonra “Grup Hakları Bildirgesi” gruba sunulmuştur. Katılımcıların öneri ve onayları ile birlikte grup kuralları belirlenmiştir. Öz düzenleme egzersizi gruba uygulanmış, birinci oturumun ev ödevinin nasıl doldurulacağı anlatılarak gruba dağıtılmıştır. Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra oturum sonlandırılmıştır.

2. OTURUM

Konu: Psikolojik Sağlamlık

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Analoji yöntemi, metafor kullanımı ve öz düzenleme egzersizi.

Amaç:

1. Psikolojik sağlamlık kavramının gruba tanıtılması,
2. Öz düzenleme egzersizinin gruba uygulanması amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Psikolojik sağlamlık kavramını anlamak ve tartışmak,
2. Psikolojik sağlamlığımızı etkileyen tutum ve becerileri öğrenmek,
3. Rahatlama ve öz düzenleme egzersizlerini yapmak.

İçerik:

Gruba hikayeler üzerinden ve “Hacıyatmaz Metaforu” kullanılarak psikolojik sağlamlık kavramı anlatılmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyini etkileyebilecek durumlar ve koruyucu faktörler açıklanmıştır. Katılımcılara öz düzenleme egzersizi uygulanmıştır. Daha sonra ev ödevi gruba anlatılarak oturum sonlandırılmıştır.

3. OTURUM

Konu: Empati

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Psikodrama ve rol oynama, analoji yöntemi, soru cevap tekniği ve öz düzenleme egzersizi.

Amaç:

1. Empati kavramının tanıtılması,

2. Empatik yaklaşımın önemi,
3. İlişkiler üzerinde empatinin etkilerinin kavratılması amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Empati kavramını açıklama ve tartışma,
2. Empatik tepkiler verebilme konusunda katılımcılara rehberlik etme,
3. Empatik tepkilerin ilişkilere olumlu katkıları olduğu düşüncesini kazandırma,
4. Öz düzenleme ve gevşeme egzersizlerini yapabilme.

İçerik:

Katılımcılara psikodrama ve rol oynama etkinlikleri yaptırılarak empatini kişiler arası ilişkiler üzerindeki etkilerini kavratmak amaçlanmıştır. “Empati Basamakları Poster” kullanılarak empati kavramı anlatılmıştır. Katılımcılara öz düzenleme etkinliği uygulanmış ve grup içi öğrenilen empati becerilerinin pekiştirilmesi amacıyla ev ödevleri verilmiştir.

4. OTURUM

Konu: Stres Yönetimi

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Didaktik anlatım, soru cevap tekniği ve öz düzenleme egzersizi

Amaç:

1. Stres kavramını anlama ve stresin vücudumuz ile zihnimiz üzerindeki etkilerini fark edebilme
2. Grup üyelerinin kendi stres kaynaklarını anlamalarına yardımcı olma,
3. Strese karşı farklı tepkiler verilebileceğini fark edebilme,
4. Katılımcıların stres ile başa çıkmak için bir plan geliştirmelerini teşvik etme,
5. Rahatlama/öz düzenleme egzersizlerini uygulama,

Hedef:

1. Stres kavramının tanıtılması ve stresin vücudumuz ile zihnimiz üzerindeki etkilerinin fark ettirilmesi,
2. Grup üyelerinin kendi stres kaynaklarını ve strese karşı farklı tepkiler verebileceklerini fark edebilmeleri,

3. Katılımcıların stres ile başa çıkmak için bir plan geliştirmelerine yardımcı olunması,
4. Rahatlama/öz düzenleme egzersizlerinin gruba uygulanması amaçlanmıştır.

İçerik:

Bu oturumda katılımcılara “Stres Yüğü” aktivitesi uygulanmıştır. Stresin neden olduğu fiziksel etkiler gruba anlatılmıştır. Stresin etkilerini görebilmek ve stres seviyesini düşürebilmek için hazırlanmış olan “Deney Şişesi” metaforu aktivitesi katılımcılarla birlikte uygulanmıştır. Son olarak öz düzenleme egzersizi katılımcılara yaptırılmıştır. Stres yönetimine yönelik ev ödevleri grupla paylaşarak nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. Ardından oturum sonlandırılmıştır.

5. OTURUM

Konu: Esneklik

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Didaktik anlatım, metafor kullanımı, soru cevap tekniğı ve öz düzenleme egzersizi.

Amaç:

1. Bilişsel ve fiziksel esneklik kavramının tanıtılması ve tartışması,
2. Esnek olmanın ilişkilerimize etkisinin anlaşılması,
3. Problem çözme becerileri ve esneklik arasındaki ilişkinin anlaşılması,
4. Rahatlama/öz düzenleme egzersizinin gruba uygulanması amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Esneklik kavramını tanıtmak ve tartışmak,
2. Bilişsel ve fiziksel esneklik kavramını tanıma ve tartışma,
3. Esnek olmanın ilişkilerimize etkisini anlama,
4. Problem çözme becerileri ve esneklik arasındaki ilişkiyi anlama,
5. Rahatlama/kendini düzenleme tekniğini uygulama.

İçerik:

Bu oturumda öncelikle fiziksel esneklik kavramı metafor kullanılarak anlatılmıştır. Ardından bilişsel esneklik kavramı didaktik anlatım yöntemi kullanılarak gruba sunulmuştur. Bilişsel esneklikle problem çözmenin nasıl olacağı ifade edilmiştir.

Anlatımlar sonrası örneklendirilen zor durum kartlarını katılımcıların çekmesi istenmiştir. Bu durumlar karşısında esneklik becerilerini kullanarak cevap vermeleri istenmiştir. Daha sonra öz düzenleme egzersizi yaptırılmıştır. Son olarak katılımcılara esneklik ile ilgili olan ev ödevi nasıl doldurulacağı anlatılarak verilmiştir.

6. OTURUM

Konu: Gerçekçi/gerçekçi olmayan düşünce.

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Analogik anlatım, düşünce durdurma tekniği, soru cevap tekniği ve öz düzenleme egzersizi.

Amaç:

1. Gerçekçi ve gerçekçi olmayan düşüncelerin tanıtılması,
2. Bazı yaygın negatif otomatik düşünme biçimlerinin gruba kavratılması (ya hep ya hiç, filtreleme ve felaketleştirme),
3. Düşünce, duygu ve davranışlarımız arasındaki ilişkilerin kavratılması,
4. Negatif otomatik düşüncelerle başa çıkabilmek amacıyla stratejilerin geliştirilebilmesine yardımcı olunması amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Gerçekçi ve gerçekçi olmayan düşünceleri tanıma,
2. En yaygın üç negatif otomatik düşünme şekliyle ilgili bilgilenme (ya hep ya hiç şeklinde düşünmek, filtrelemek ve felaketleştirmek),
3. Düşünce, duygu ve davranışlarımız arasındaki ilişkileri kavrama,
4. Negatif otomatik düşüncelerle başa çıkmak için strateji geliştirme.

İçerik:

Bu oturumda katılımcılara negatif otomatik düşünme kavramı önceden hazırlanmış olan kartlarla anlatılmıştır. “Ya hep ya hiç” düşünce biçimi analogi yöntemi kullanılarak “Dart” aktivitesiyle gruba tanıtılmıştır. Araştırmacı katılımcıların düşünce hatalarını bulabilmesi için üç adet öykü anlatmıştır. Katılımcılara düşünce durdurma tekniği uygulanmıştır. Ardından öz düzenleme egzersizi yaptırılmıştır. Daha sonra gerçekçi/gerçekçi olmayan düşünce ile ilgili ev ödevi katılımcılara verilerek oturum sonlandırılmıştır.

7. OTURUM

Konu: İyimserlik ve Kötümserlik

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Analogik anlatım, düşünce durdurma tekniği, soru cevap tekniği ve öz düzenleme egzersizi.

Amaç:

1. İyimserlik ve kötümserlik kavramlarının tanıtılması,
2. Nasıl iyimser düşünülebileceğinin fark ettirilmesi,
3. Kötümser düşünceleri iyimser düşüncelerle değiştirmenin öneminin fark ettirilmesi,
4. Rahatlama/öz- düzenleme egzersizlerinin uygulanması amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. İyimserlik ve kötümserlik kavramlarını tanıyabilme,
2. Katılımcıların iyimser düşünmeyi öğrenmelerine yardımcı olma,
3. Kötümser düşünceleri iyimser düşüncelerle değiştirmenin öneminin farkına varma,
4. Rahatlama/öz-düzenleme egzersizlerini yapma.

İçerik:

Gruba hikayeler üzerinden iyimserlik ve kötümserlik kavramı anlatılmıştır. Kavramı pekiştirmek amaçlı boş/dolu bardak aktivitesi yapılmıştır. Grup lideri iyimser düşünmeye katkı sağlayacak üç faktörü gruba sunmuştur. Ardından iyimser ve kötümser düşüncenin etkisinin fark edilmesi amacıyla “Kanal Değiştirme” aktivitesi gruba yaptırılmıştır. Bu aktivitede düşünceleri ayırt edebilme, üzerinde kontrol kurabilme ve istek doğrultusunda değiştirebilme becerilerinin geliştirilmesi çalışılmıştır. Öz düzenleme egzersizi sonrası konuya ilişkin ev ödevleri verilerek eğitim sonlandırılmıştır.

8. OTURUM

Konu:Otonomi

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Analogik anlatım, soru cevap tekniği ve öz düzenleme egzersizi

Amaç:

1. Otonomi kavramının tanıtılması,
2. Otonom tepkiler verebilmeye yardımcı olunması,
3. Otonomi düzeyini etkileyebilecek faktörlerin kavratılması,
4. Otonomik tepkiler ile saldırgan ve pasif tepkiler arasındaki farkın kavranabilmesi amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Otonomi kavramını anlamak ve tartışmak,
2. Otonomik tepkiler verebilmek,
3. Otonomi düzeyini etkileyebilecek faktörleri anlamak,
4. Otonomik tepkiler ile saldırgan ve pasif tepkiler arasındaki farkı anlamak.

İçerik:

Grup lideri katılımcılara otonomi kavramını hikâyelerle gruba anlatmıştır. Katılımcılara kişiler arası ilişkilerde kullandığımız tepkiler olan proaktif (etkin) tepkiler, reaktif (tepkisel) tepkiler ve pasif tepkilerin neler olduğunu örnekler üzerinden ifade etmiştir. Anlatımlar sonrası kavramlar üç örnek vaka ile gruba sunulmuştur. Örnek üzerinden tepkilerin nasıl olabileceğini ifade etmeleri istenmiştir. Grup lideri katılımcılara karşılaşılabilecekleri olay ve durumlar karşısında etkin tepki verebilmeleri için gerekli becerileri anlatmıştır. Öz düzenleme egzersizi sonrası konuya ilişkin ev ödevleri verilerek oturum sonlandırılmıştır.

9. OTURUM

Konu: Mizah

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Anlatım, istasyon tekniği ve öz düzenleme egzersizi.

Amaç:

1. Mizah kavramını anlatılması ve tartışılması,
2. Olumlu mizah özellikleri ile problem çözme ve zorluklarla başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin kavratılması,

3. Olumsuz mizah özelliklerinin ilişkilere olan etkilerinin anlaşılması amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Mizah kavramını anlamak ve tartışmak,
2. Olumlu mizah özellikleri ile problem çözme ve zorluklarla başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi anlamak,
3. Olumsuz mizah özelliklerinin ilişkilerimize olan etkilerini anlamak.

İçerik:

Bu oturumda mizah kavramı gruba sözel olarak ifade edilmiştir. Ardından olumlu ve olumsuz mizah kavramı hazırlanmış olan posterle anlatılmıştır. Katılımcıların olumlu mizahın kişiler arası ilişkilerde problem çözme etkisini anlatabilmek için “Nasrettin Hoca” fıkrası örneklendirilmiştir. Gruba Hababam Sınıfı filminden bir sahne izlettirilerek olumsuz mizah örneklendirilmiştir. Olumlu ve olumsuz mizahı pekiştirmek amacıyla “İstasyon Tekniği” kullanarak grupla çalışılmıştır. Son olarak öz düzenleme egzersizi uygulanmış, ardından ev ödevi verilerek oturum sonlandırılmıştır.

10. OTURUM

Konu: Sonlandırma

Uygulanan Öğretim Yöntemleri: Anlatım, soru cevap tekniği ve öz düzenleme egzersizi

Amaç:

1. Tüm program sürecinde öğrenilen bilgi ve becerilerin özetlenmesi,
2. Psikolojik sağlamlık kavramının değerlendirilmesi ve günlük hayat ile ilişkisinin kurulabilmesi amaçlanmıştır.

Hedefler:

1. Program sürecinde öğrenilen bilgi, becerileri özetleyebilme,
2. Psikolojik sağlamlık kavramını değerlendirebilme ve günlük hayat ile ilişkisini ifade etme,
3. Psikolojik sağlamlık programını sonlandırma.

Son oturumda katılımcılara grup eğitimi boyunca neler öğrendikleri ve bu öğrendikleri bilgilerin günlük hayatlarına neler kattığı konuşulmuştur. Katılımcılara öğrenilen becerileri günlük hayatlarında ve geleceğe yönelik olası problemlerde nasıl kullanabilecekleri sorulmuştur. Öz düzenleme egzersizi sonrası grup eğitimi sonlandırılmıştır.

