



**T.C
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANA BİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE MİZOFONİ ARASINDAKİ
İLİŞKİDE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACILIK
ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

Mert İLGAR

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Deniz ÖZDEMİR**

Temmuz, 2024



**T.C
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANA BİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE MİZOFONİ ARASINDAKİ
İLİŞKİDE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACILIK
ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

Mert İLGAR

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Deniz ÖZDEMİR**

Temmuz, 2024

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Mert İLGAR

İmza



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde, katkı sağlayan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hatice Deniz Özdemir'e, tezin her aşamasında destek sağlayan kıymetli hocam Prof. Dr. Cem Oktay Güzeller'e, her daim yardımını esirgemen kıymetli dostum Araş. Gör. Dilruba Şahin'e, beni her koşulda destekleyen annem Prof. Dr. Şengül İlgar'a ve babam Prof. Dr. Lütfü İlgar'a, sürecin başından sonuna kadar hep yanımda olan, teknik destek sağlayan ikizim Burak İlgar'a, bu süreçte kahrımı çeken ve anlayışıyla yanımda olan Betül Özbey'e, manevi desteğiyle hep yanımda hissettiğim anneannem Ferhunde Mertol'a ve anketimize katılarak çalışmamıza katkıda bulunan değerli katılımcılara teşekkür ederim.



İçindekiler

Sayfa No

İç Kapak

Tez Onay Sayfası -

Beyan iii

Teşekkür..... iv

İçindekiler v

Simge/Sembol ve Kısaltmalar Listesi vii

Tablo Listesi..... ix

Şekil Listesi..... vii

Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler x

İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler..... xi

Tez Metni

1. Giriş Ve Amaç..... 1

1.1. Problem 3

1.2. Amaç 3

1.3. Önem 3

1.4. Sayıtlar 4

1.5. Sınırlılıklar 4

1.6. Tanımlar 4

2. Genel Bilgiler 5

2.1. Travma 5

2.1.1. Travmanın Tanımı..... 5

2.1.2 Travmanın Tarihçesi 5

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları..... 10

2.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları Kategorileri 11

2.2. Mizofoni..... 18

2.2.1. Epidemiyoloji..... 20

2.2.2. Etiyoloji.....	21
2.2.3. Mizofoni Eş Tanısı.....	22
2.2.4. Klinik Görünüm	23
2.2.5. Tedavi.....	23
2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü	24
3. Yöntem.....	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Çalışma Grubu	29
3.3. Veri Toplama Araçları	30
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	30
3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	30
3.3.3. Mizofoni Ölçeği	31
3.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	31
3.4. Verilerin Analizi.....	32
4. Bulgular.....	39
5. Sonuç, Tartışma Ve Öneriler.....	50
I. Kaynaklar.....	59
II. Ekler	72
Ek-1: Demografik Bilgi Formu	72
Ek-2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	73
Ek-3: Mizofoni Ölçeği	74
Ek-4: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form	76
Ek-5: Etik Kurul İzni.....	79
Ek-6: Ölçek Kullanım İzinleri.....	80
Ek-7: Ölçek Kullanım İzinleri.....	81
Ek-8: Ölçek Kullanım İzinleri.....	82
III. İntihal Raporu.....	83

Simge/Sembol ve Kısaltmalar Listesi

DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
SES	Ses Tetikleyicileri,
KACINMA	Kaçınma Davranışları,
SALDIR	Saldırganlık,
DUYGUIST	Duygusal İstismar,
FIZIKIST	Fiziksel İstismar,
CINSELIST	Cinsel İstismar,
FIZIHMAL	Fiziksel İhmal,
DUYGUIHMAL	Duygusal İhmal,
ACIKLIK	Duygusal Açıklık/Netlik,
AMAC	Amaçlar,
DURTU	Dürtü Kontrolü,
KABUL	Duyguların Kabulü,
STRATEJİ	Duygu Düzenleme Stratejileri

Tablolar Listesi

Tablo 3.2.1 Katılımcılara Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablosu.....	29
Tablo 3.4.1 Veri Setine Ait Gözlenen Değişkenlere İlişkin Betimsel Bulgular	33
Tablo 3.4.3 Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolü Ölçme Modeline Ait Uyum İyiliği Değerleri 37	
Tablo 4.1 Revize Edilmiş Ölçme Modeli İçin Uyum İyiliği Değerleri	41
Tablo 4.2. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Cinsiyeti Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan “Mann Whitney-U” Sonuçları	42
Tablo 4.3. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Ebeveynlerinin Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	43
Tablo 4.4. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Deneyimledikleri İşitme Rahatsızlığı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları.....	44
Tablo 4.5. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Profesyonel Ruhsal Yardım Almaları Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları	45
Tablo 4.6. Mizofoninin Bireylerin Cinsiyeti Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları	46
Tablo 4.7. Mizofoninin Bireylerin Ebeveynlerinin Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans	47
Tablo 4.8. Mizofoninin Bireylerin Deneyimledikleri İşitme Rahatsızlığı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları	48

Şekil Listesi

Şekil 1 Araştırmanın Modeli.....	28
Şekil 2. <i>Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolü Ölçme Modeline Ait t Değerleri</i>	35
Şekil 3. <i>Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolü Ölçme modeli</i>	36
Şekil 4. <i>Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolü Yapısal Model</i>	40



TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELELER

İlgar, M. (2024). Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolünün İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmaları ve mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracılık rolünün incelenmesidir. Araştırmanın çalışma grubunu, ortaya çıkan seslerden rahatsız olan 18 yaş ve üstü 486 birey oluşturmaktadır. Betimleyici bir çalışma olan bu çalışmada çocukluk çağı travması ile mizofoni ve duygu düzenleme güçlüğünün bu ilişkideki etkisini ortaya koymak adına ilişkisel tarama yöntemine uygun şekilde düzenleme yapılmıştır. Çalışmanın modeli ise teorik yapıları test etmek için kullanılan yapısal eşitlik modelidir. Araştırmaya katılan bireylerin seçimi, olasılıksız örnekleme yönteminden olan amaçlı örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama araçları olarak; Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Mizofoni Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılmıştır. Veriler sosyal medya aracılığıyla Google Forms üzerinden toplanmış, elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında; katılımcıların Çocukluk Çağı Travması Ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından, kadınlar lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Benzer şekilde mizofoni açısından yapılan karşılaştırmada da kadınlar lehine anlamlı farklılık bulunmuştur. Profesyonel ruhsal yardım alma açısından bakıldığında; çocukluk çağı travması ve mizofoni açısından profesyonel ruhsal yardım alanlar lehine anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan yapısal Eşitlik Modelin analizde, duygu düzenleme güçlüklerinin çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolü oynadığını bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler:Çocukluk çağı travmaları, Duygu düzenleme güçlüğü, Mizofoni

İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

İlgar, M. (2024). Examination of the Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties on the Relationship Between Childhood Trauma and Misophonia. Master's Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

The aim of this study is to examine the mediating role of emotion regulation difficulties on the relationship between childhood trauma and misophonia. The participants of this study consists of 486 individuals aged 18 and over who are disturbed by specific sounds. This descriptive study is designed in accordance with the relational screening model to reveal the impact of childhood trauma on misophonia and the effect of emotion regulation difficulties on this relationship. The model used in the study is the structural equation model, which is employed to test theoretical constructs. Participants are selected using purposive sampling, a type of non-probability sampling. Data collection tools include the Demographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, Misophonia Questionnaire, and Difficulties in Emotion Regulation Scale. Data were collected via Google Forms through social media and obtained data is analyzed subsequently. The analysis revealed a significant relationship between Childhood Trauma Questionnaire scores and Misophonia Questionnaire scores. From a gender perspective, there was a higher rate in the Childhood Trauma Questionnaire scores of women participants in comparison to men, indicating that women are more affected by childhood traumas. Similarly, comparisons in terms of misophonia also showed a significant difference in women. In terms of professional psychological support, those who received such support showed significant differences in childhood trauma and misophonia compared to those who did not. The analysis using the Structural Equation Model found that emotion regulation difficulties play a partial mediating role in the relationship between childhood trauma and misophonia.

Keywords: Childhood traumas, Emotion dysregulation, Mizophonia

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk çağı travmaları; çocukluk döneminde meydana gelen, çocuğun fiziksel, duygusal veya psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen travmatik olaylar veya durumlar olarak tanımlanır. Çocukluk döneminde karşılaşılan bu deneyimler bireyin; bilişlerinde, inançlarında ve duygularında değişimlere yol açan olaylar olarak tanımlanmaktadır (Briere & Elliott, 2003). Travmatik deneyimlerin etkileri özellikle sosyal ve toplumsal işlevsellik alanında görülebilmektedir (Zara, 2018). Yaşanılan travmanın niteliği ve bununla karşılaşmanın yoğunluğu ile bu sırada bireyde ortaya çıkan stres yanıtı “travmatik stres” olarak adlandırılmakta olup, bununla birlikte ortaya çıkan belirtiler bireyin yaşamında önemli derecede etkilere yol açabilmektedir (Hermann, 2007).

Travmatik stres, çocuklarda travmanın belirtileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Travmatik stres; tehdit algısının artması durumunda ortaya çıkmakta olup, değişim yaratma ihtimali yüksek ve keskin olarak görülmektedir. Travmatik stres göz önünde bulundurulduğunda bireyde; şok, çaresizlik, korku gibi duyguların yoğun şekilde olduğu görülmektedir (Okcu, 2016).

Karşı karşıya kaldığı travmatik deneyimlere karşı korumasız olan çocuklar, baş etme yeteneklerinin yetişkinlere oranla daha az gelişmiş olmasından dolayı yetişkinlere oranla daha fazla olumsuz şekilde etkilenmektedirler. Çocuklarda travmatik deneyim sonrası güven duygusunun yoksunluğu, çaresizlik, korumasızlık düşüncesinin ortaya çıkması travmanın muhtemel sonuçları arasında yer almaktadır (Erden & Gürdil, 2009).

Çocukluk çağı travmaları ele alındığında, çocukta deneyimlediği olayın sonraki etkilerinin izlenmesi tanı koymak için önem arz etmektedir (Aktan, 2021). Çocukluk çağlarında deneyimlenmiş olan travmatik olayların etkilerini değerlendirirken bireyin yaşı ayırt edici önemli bir faktör olarak klinikte rol oynamaktadır (Ofıaz, 2015). Her yaştaki çocuğun travma deneyimi sonucunda göstereceği belirtiler farklıdır ve ayırımının iyi yapılması gerekmektedir. İlk altı aylık süreçteki travmatik stres tepkileri bebeklerin davranışlarında gözlemlenebilir. Sinirlilik, artmış ağlama, huzursuzluk gibi belirtiler bebekte yaşanan stresin boyutu ve türü hakkında bilgi sağlayabilmektedir (Simonelli, 2013).

Çocukluk çağı travmalarının aynı zamanda bireyin gelişim süreçlerinde ortaya çıkabilecek olan ruhsal bozukluklarda etkili olabileceği düşünülmektedir (Torjesen,

2019). Bu ruhsal bozukluklar arasında mizofoninin de yer aldığı alanyazında görülmektedir (Erfanian ve ark., 2017).

Mizofoni Yunanca kökenli ses ve nefret kelimelerinden türetilmiştir. Mizofoni; insanın ortaya çıkardığı sesler, hayvan sesleri ve tekrarlayan seslere orantısız ve yüksek seviyede tepki verilmesini tanımlamaktadır (Yılmaz & Hocaoglu, 2021). Mizofoniye sahip kişilerde yapılan araştırmalar, çıkan sesler sonucunda mizofonili bireylerde tikslenme yanıtı, huzursuzluk, bunaltı, deri iletkenliği ve cilt tepkimesi ortaya çıktığını göstermektedir (Edelstein ve ark., 2013a). Mizofoni bir takım ruhsal bozukluklarla benzerlik göstermekte olup, ancak tam anlamıyla bu bozuklukların tanı kriterlerini de karşılayamamaktadır (Schröder ve ark., 2013). Mizofoninin altında yatan nedenler halen tam olarak bilinmemekle beraber bazı araştırmacılar nörolojik nedenlerden kaynaklandığını ifade etmektedirler (Kumar ve ark., 2017). Alanyazında mizofoninin gelişiminde rol oynayan risk faktörleri incelendiğinde duygu düzenleme güçlüğü ve nevrozizm düzeyinin mizofoninin gelişimde etkili olabileceği görüşü göze çarpmaktadır (Robbins ve ark., 2020). Fakat risk faktörleri ve gelişim sebepleri tam anlamıyla belirlenememiş olup, daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Mizofoniye sahip olan kişilerde bu seslerin varlığında kaygı tepkileri verdikleri, bulundukları veya bulunacakları ortamdan kaçınma davranışlarının olduğu gözlemlenmiştir (Edelstein ve ark., 2013a). Bazı olgularda ise işitilen ses sonucunda bireyin şiddet davranışına başvurduğu bulgusu alanyazında mevcuttur (Schröder ve ark., 2013).

Bu çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğüne aracılık rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın sonucunda elde edilecek bulgularla, araştırmacılar ile ruh sağlığı profesyonellerinin yapacakları çalışmalara ve alanyazına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

1.1. Problem

1. Çocukluk çağı travması, mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisi var mıdır?
2. Çocukluk çağı travması ve mizofoni puanlarının çeşitli demografik değişkenler açısından manidar farklılık var mıdır?

2.1. Bireylerin cinsiyetine göre çocukluk çağı travması puanları arasında bir fark var mıdır?

2.2. Bireylerin ebeveynlerinin durumuna göre çocukluk çağı travması puanları arasında bir fark var mıdır?

2.3. Bireylerin işitme rahatsızlığına göre çocukluk çağı travması puanları açısından bir fark var mıdır?

2.4. Bireylerin profesyonel ruhsal yardım almalarına göre çocukluk çağı travması puanları arasında bir fark var mıdır?

2.5. Bireylerin cinsiyetine göre mizofoni puanları arasında bir fark var mıdır?

2.6. Bireylerin ebeveynlerinin durumuna göre mizofoni puanları arasında bir fark var mıdır?

2.7. Bireylerin deneyimledikleri işitme rahatsızlığına göre mizofoni puanları arasında bir fark var mıdır?

2.8. Bireylerin profesyonel ruhsal yardım almaları ile mizofoni puanları arasında bir fark var mıdır?

1.2. Amaç

Bu çalışmada, çocukluk çağı travmaları, mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolü ve çocukluk çağı travmaları ile mizofoninin çeşitli demografik değişkenler açısından farklılaşmasının incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Önem

Alanyazın incelendiğinde, çocukluk çağı travmaları ile mizofoni arasındaki duygu düzenleme güçlüğü aracılık rolünün incelendiği ve bu kavramın birlikte ele alındığı az sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Mizofoni'nin açıklanmasında ve hangi faktörlerin etkili olduğuna ilişkin alanyazındaki veriler kısıtlıdır. Bu

araştırmanın, yapılmakta olan ruh sağlığı çalışmaları ve araştırmalar için temel oluşturarak alanyazındaki boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Ayrıca, bu araştırma, çocukluk çağı travmalarının sonuçları arasında olduğu düşünülen mizofoninin gelişimindeki etkenlere yönelik öneriler sunularak, ruh sağlığı profesyonellerine ve araştırmacılara, mizofoninin tedavisi ve önlenmesi konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Sayıtlılar

- Araştırmada örneklem grubunun evreni temsil ettiği ve genellenebileceği varsayılmıştır.
- Araştırma katılımcılarının, uygulanan Demografik Bilgi Formuna, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine, Mizofoni Ölçeğine, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğine samimi ve doğru cevap verdikleri varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

- Çalışma, araştırmada kullanılan Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Mizofoni Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ile sınırlıdır.
- Araştırmada ulaşılan bulgular Demografik Bilgi Formu ve uygulanan ölçeklerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Çocukluk Çağı Travmaları: Bireyin çocukluk döneminde yaşadığı, değiştirilmesi güç olan bilişlere ve davranışlara sebep olan olumsuz yaşam olayları olarak tanımlanmaktadır (Yöyen, 2017).

Mizofoni Yunanca kökenli ses ve nefret kelimelerinden türetilmiştir. Mizofoni; insanın ortaya çıkardığı sesler, hayvan sesleri ve tekrarlayan sesler gibi orantısız ve yüksek seviyede tepki verilmesini tanımlamaktadır (Yılmaz & Hocaoglu, 2021).

Duygu Düzenleme Güçlüğü: Bireyin doğumundan ölümüne kadar olan süreçte aktif bir biçimde rol alan duyguların düzenlenmesinde oluşan güçluktur (Keith,2013).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

2.1.1. Travmanın Tanımı

Travma, bireyin fiziksel ve/veya psikolojik bütünlüğünü tehdit eden, aşırı korku, çaresizlik veya dehşet duyguları yaratan olağanüstü olaylar veya durumlar olarak tanımlanır. Travmanın kelime anlamı Yunancada “yara, delik, hasar” şeklindedir (Briere & Scott, 2015). Travma tanım olarak, dayanılması zor ve katlanması güç olan durumları ifade etmektedir. Travmatik deneyimlerin yaşanılması bireylerde ve toplumlarda derin izler bırakabilmektedir (Van Der Kolk, 2015). Travmatik deneyimler, kişileri ummadıkları ve hazırlıklı olmadıkları dönemdeyken meydana gelen deneyimler olarak nitelendirilmektedir (Jones,2004). Bu deneyimler; insan eliyle yapılmış felaketler, terör, son derece gaddarca olan savaşlar, doğal afetler, bireye yönelik şiddet, istismar, taciz ve tecavüzler, ihmal gibi çok geniş yelpazeye sahip bir olgu olarak (Lasiuk & Hegadoren, 2006), kişilerin duygularında, düşüncelerinde, algılarında, davranışlarında değişiklikler şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Shalev,2009). Travmatik deneyimler sadece yaşayan kişiyi etkilemekle sınırlı kalmaz. Yaşanan deneyimin etkilediği kişiden kaynaklı olarak yakın çevresindeki kişiler de bir takım ruhsal bozukluklara karşı daha güçsüz hale gelebilir. Travmatik deneyimin kişi üzerindeki etki ve sonuçlarının, bu olumsuz deneyimi yaşayan kişiden başlayarak dalgalar halinde yakın çevresine yayıldığı bilinmektedir (Sudano ve ark., 2017). Farklı bir görüşe göre travmalar anne-babalar tarafından aktarılmaktadır. Anne-babaların yaşadıkları travmatik deneyimler çocuğa gen yoluyla aktarılarak, travmatik deneyimin kuşaklar boyunca sürmesine neden olmaktadır (Ruppert, 2021).

2.1.2 Travmanın Tarihçesi

İnsan, tarihin başlangıcından günümüze kadar geçen zamanda tür olarak travmatik deneyimlerle yan yana olarak tarihin sayfalarında yer almaktadır. Kişinin veya toplumun bu olumsuz deneyime karşı hazırlıksız olması ve ummadığı anda deneyimlemesi kişileri ve toplumları travmatize edebilmektedir (Van Der Kolk, 2015).

Psikolojik travmanın tarihi incelendiğinde bu kavram bazı dönemlerde öne çıkan ve bazı dönemlerde unutulmuş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedenlerinden biri, bireylerin ve toplumların yaşanan travmatik olayları unutma yönünde eğilim göstermeleridir. Bazı dönemlerde travma çalışmalarının artış göstermesi yaşanan travmatik olayın büyüklüğü ve etkisiyle orantılı olarak değişkenlik göstermektedir. Zaman zaman travma çalışma alanı olarak lanetlenmekte ve çalışmalarda belirgin düşüşler gözlemlenmektedir. Bunun sebebi toplumların ve bireylerin travmatik olaya verdikleri tepkilerden en açıklanabilir şekilde olanın “kaçınma” davranışı olmasıdır (Shay, 1991).

Travmatik olay gündemde iken bireyler ve toplumlar, yaşanan olay karşısında ne kadar hazırlıksız ve güçsüz olabilecekleriyle yüzleşirler. Bu yüzleşme kişilerde dehşet duygusunu açığa çıkartabilmektedir. Bu dehşet duygusu dayanılması oldukça güç olan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dehşet uyandıran olay ile yüzleşmek yerine çoğu birey, travmatik olayın anılarından kaçınarak unutma eğilimi gösterebilmektedir. Travmatik deneyimin kişilerce hatırlanması, anıların gündemde tutulması ve tekrar yaşantılaşma deneyimleri kişileri daha zorlu bir sürecin içine sokar. Bu durum özellikle travmatik deneyim yaşayan kişinin yanında, çevresini de olumsuz olarak etkileyebilir (Hermann, 2007).

Travma, tarihte bilinen en eski anlatısı olan Gılgamış destanında geçen Babil kralının en yakın arkadaşının ölümüne gösterdiği tepki olarak anlatılmaktadır. Babil kralının gösterdiği tepkiler günümüzdeki travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına oldukça yakındır (Birmes ve ark., 2003).

Bunun yanı sıra İlyada ve Odise destanlarında da travmatik stres tepkileri göze çarpmaktadır. Odysseus’un Truva Savaşında uğradığı ihanet ve kayıplara kaçınma şeklinde yanıt vermesi de kronik travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını düşündürmektedir (Shay, 1991).

Travma sonrası stres bozukluğu semptomları günümüze kadar olan süreçte çoğu sanat eserinde ve anlatıda gözükmese de 18. yüzyıla kadar net bir biçimde tanımlanmamıştır (Shalev, 2009). 19. yüzyılda, 1860’lı yıllarda tıp doktorları tarafından travma sonrası stres bozukluğu “travma” adı altında tanımlanmaya başlamıştır. Aynı yıllarda doktorların travma olarak tanımladığı ve kişinin hayatını tehdit edici olaylar karşısında verdikleri birtakım tepkileri gözlemlemişlerdir. Yaşanılan travmatik olay sonucunda hastalarda halsizlik, kasılmalar, titreme ve çökkün duygu durumu o yıllarda doktorlar tarafından raporlanmıştır. O yıllarda

travmanın yaşamı tehdit edici fiziksel yaralanmalar sebebiyle ortaya çıktığı, doktorlar tarafından gündeme getirilmiştir (Feliciano ve ark., 2004).

Zamanın ilerlemesi ve kavramların değişmesiyle travma tanımı yıllar içinde tekrardan ele alınarak tanımlanmıştır. 19. yüzyılın ilerleyen zamanlarında Alman nörolog Herrman Oppenheim travma tanısını yeniden düzenleyerek önceki tanımlamaların ardılı ve geliştirilmiş niteliğinde olan travma kavramını ileri sürmüştür. Oppenheim'a göre travmanın oluşumu için fiziksel bir hasar olması gerekli değildir ve travma fiziksel zarardan daha ziyade yaşamı tehdit eden olaylardan kaynaklanan bir durumdur. Oppenheim bu durumu "travmatik nevroz" olarak nitelendirmiştir (Lerner & Keltner, 2001).

Dünyada gerçekleşen savaşların sıklığı 19. yüzyılda gittikçe artış göstermiştir, bu savaşlardan dönen askerlerin yaşadığı rahatsızlıklar daha da çok ortaya çıkmaya başlamıştır. Amerikan İç Savaşında görev alan Silas Weir Mitchell sinir hastalıkları uzmanı olarak çalışmıştır. Mitchell'in çalışmalarında o yıllarda "yuva özlemi" adı verilen rahatsızlığın sıklığı belirlenmiştir. Mitchell'in bulgularına göre Amerikan İç Savaşının başlangıcında savaşan askerlerin % 1.8'inde bu rahatsızlık gözlemlenmiştir (Akt.,Crocq, 1999).

İçinde bulunulan dönemlerde cephelerde savaşan askerlerin sağ olarak geri döndüklerinde ve yaşadıkları savaş deneyimleri sonucunda kliniklere başvurmaları, travma sonrası stres tepkilerine dikkat çekilmesini sağlamıştır. Bu dönemler yaşanırken İngiliz kardiyolog Myers (1870) ve Amerikalı kardiyolog Dacosta, askerlerin yaşadıkları bu deneyimlere farklı isimler vermişlerdir (Micale & Lerner, 2001). Amerikalı kardiyolog Dacosta bu durumu "askerin huzursuz kalbi" olarak açıklamaya çalışmıştır (Akt.,Kuijpers, 2020). Bu şekilde nitelendirdiği askerlerde kaygı, çökkün duygu durum belirlenmiştir. Bu belirleme 1. Dünya Savaşı sonrasında nörolojik ve kas zayıflığının da eşlik ettiğinden dolayı "nörosiklutuar asteni" olarak Amerika'da kullanılmıştır. Nitelenen özelliklerin daha hafif düzeyde savaş deneyimlerine sahip olan ve vücut bütünlüğü zarar görmemiş askerlerde de görülmesi travma sonrası stres, histeri ve kişinin rol yapmasına benzediği düşünülmüştür (Paul, 1987).

İngiliz kardiyolog Myers ise 1. Dünya Savaşı'ndan dönen askerlerde belli başlı semptomlar gözlemlemiş ve bu semptomları tanımlamaya çalışmıştır. Myers askerlerde gözlemlediği bu semptomları "shell shock" yani "gülle şoku" olarak kavramsallaştırmıştır. Gülle şoku yaşayan askerlerde; savaşı hatırlatan eşyalardan

yoğun ve açıklanamayan korku duyma ve ajite olma davranışı ile birlikte, bellekte çözümler, kafa karışıklığı hali, gece kâbusları, motor ajitasyon, görme ve işitme bozukluğu, dengede bozulma görülmüştür (Schwartz, 2002).

Bunun yanı sıra 1. Dünya Savaşı'nın gerçekleştiği yıllarda Orta Avrupa'da 1915 yılı başından itibaren "savaş bunalımı" kavramının kullanımı yaygınlaşmıştır. Zamanın ilerlemesi ile birlikte devam eden savaş koşulları travma kavramının göz önünde olmasına sebep olmuştur. İlerleyen yıllarda 2. Dünya Savaşı'nın da patlak vermesiyle bu kavramın üzerinde daha fazla durulmaya başlanmış ve tedavi etmek için çabalar da bu ölçüde artmıştır. 2. Dünya Savaşı'ndan sonra cepheden dönen askerlerin kliniklere başvurması sonucunda "savaş bunalımı" kavramı üzerine yoğunlaşmıştır. O dönemlerde gözüken; uyumada güçlük, dikkatte artış, irkilme tepkileri, odaklanma güçlükleri, motor ajitasyon tepkileri 'savaş nevrozu' olarak tanımlanmıştır (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

2. Dünya Savaşı'ndan sonra travma alanına ilginin artmasıyla belli başlı çalışmalar ve bulgular ortaya çıkmıştır. Savaş bittikten ve sağ kalanlar evlerine, yurtlarına döndükten sonra Amerikalı iki psikiyatristin savaş konusunda yaptığı çalışma ve bu çalışmanın bulguları göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Amerikalı iki psikiyatrist Appel ve Beebe savaşın 200-240 gününün çok dayanıklı olan askerleri bile yıpratmaya yeteceği sonucuna ulaşmışlardır (Appel, 1946).

Dönemler boyunca artış gösteren ve daha görünür hale gelen travma konusu ilk DSM (1952) kitabında ayrı bir kategori olarak ele alınmamıştır onun yerine "büyük ölçekli stres tepkileri" kategorisinde yer almıştır. DSM-2 (1968)'de ise "büyük ölçekli stres tepkileri" kategorisi tamamen kitaptan dışlanmıştır. Bu kategori kaldırıldıktan sonra yerine herhangi bir kategori eklenmemesi ve herhangi bir alternatif sınıflandırmaya yer verilmemesi, bozukluğun sınıflandırılması ve tanılamasının mümkün olmamasına yol açmıştır (Radcliffe ve ark., 2007).

DSM-2'de travma konusunda bir tanılama ve sınıflandırmaya yer verilmemekle birlikte bu sırada Vietnam Savaşı patlak vermiştir. Travma kavramının tekrardan gündeme gelme sebebinin Vietnam Savaşı'nın patlak vermesi olduğu söylenebilir. Vietnam Savaşı'nın sona ermesiyle ülkesine dönen askerlerde travmatik stres tepkileri gözlemlenmiştir (Marmar ve ark., 2015). Ardından Amerikan Psikiyatri Derneği ile Vietnam gazilerinin eşzamanlı çalışmaları ile DSM-3'te travma kavramına yer verilmiştir. DSM-3 (1980) güncellemesi ile "travma sonrası stres bozukluğu" tanısı kitaba eklenmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısının

detayları DSM-3R (1987) kitabında tekrardan daha detaylı ele alınmıştır. DSM-3R sürümü ile tanılamada ilk defa travmatik stres kaynağı işlenmiştir ve tanımlanmıştır. Bunu takip eden DSM-4 (1994) güncellemesinde ise travma tanısında belli başlı eklemeler yapılmıştır. Bu eklemelerde travmanın tanımının insani yaşantıları da kapsar olması ve en az 1 aylık süredir gözükmesi gerekliliği ortaya konmuştur. Sonndan bir önceki güncelleme olan DSM-4TR (2000)'de travma tanısına, gündelik işlevlerde düşüş ve bozulmalar da eklenmiştir. David Lynch Vakfı'nın çalışmalarına göre; 2001 yılından beri Irak ve Afganistan'da savaşımaya gönderilen yaklaşık 500.000 askerde travma sonrası stres bozukluğu şikayetlerinin bulunduğu bulgusuna rastlanmaktadır. Şu anda aktif kullanılan ve güncel olan tanı ölçütleri DSM-5'te (2013) yer almaktadır. Son güncelleme ile bozukluğun tanılması daha somutlaştırılmıştır (Radcliffe ve ark., 2007).

Travma konusunda bir diğer öne çıkan isim ise Freud olmuştur. Freud'a göre travma konusu benliğin bütünlüğüne yönelik bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Freud'un ele aldığı travma nevrozunda benlik hem içerden hem de dışardan gelen tehdide karşı kendini savunma pozisyonuna alarak bu durumla baş etmeye çalışır ve bu durumda benliğin zarar görmesinden korku duyulur. Freud savaş nevrozlarını travma nevrozları kapsamında değerlendirmiştir. Travma nevrozlarından temel farkını benlik çatışmasının savaş nevrozlarında bulunmayışı olarak alanyazına eklemiştir. Savaş olgusunun psikoloji alanına olan tek katkısının, bozuklukları ve semptomları daha görünür kılması ve barış zamanında da etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine öncülük ettiği belirtilmiştir (Birmes ve ark., 2003).

Freud'un öğrencisi olan Otto Rank ise alanyazına katkıda bulunanlar arasındadır. Otto Rank (2001) doğum travmasını insanoğlunun ilk travması olarak tanımlamakta ve doğum olgusunu travmatik bir süreç olarak nitelendirmektedir. Rank doğum olayını birincil kaygı nedeni olarak bahsetmektedir. Rank'e göre doğum, insanın istese de kaçınmadığı ve insanın yaşamında en çok zorlandığı travmalardan en üst sırada olduğunu ve insanın hayatındaki sürekli kaygıya sebep olduğunu belirtmektedir. Rank bu travmayı şöyle açıklamaktadır; insan annesinin rahminde karanlık içinde huzurla yaşamını sürdürürken ani bir şekilde zorlanma ve basınç ile aydınlığa doğar. Sancılı olan bu sürecin sonunda insan dünyaya gelir ve sürekli olarak anne rahmindeki karanlıkta bulunan huzuru tekrardan elde etmek için sürekli bir şekilde çabalar. Doğum sırasında insanın yaşadığı bu sancılı ve zorlayıcı olan süreç ile tekrar karşılaşma ihtimali insanda kaygıya neden olmaktadır ve birincil

kaygı nedeni olarak insanoğlunun yaşamında yer etmektedir. Rank insanın ilk travması olarak doğumu işaret etmektedir. Anne rahmini karanlık, güvenli, huzurlu olarak tanımlamakta ve anne rahminin huzurundan, güveninden koparak hiç bilmediğimiz, alışık olmadığımız ve yalnız olduğumuz bir aydınlığa geçiş sürecinin insan için travmatik olduğundan söz etmektedir

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmalarının tarihsel süreci incelendiğinde, yüzyıllardır insanların karşılaştıkları bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Travmanın niteliği, özellikleri ve yoğunluğu travmatik olay esnasında ortaya çıkan stres yanıtı ve diğer semptomlar kişide büyük etkilere yol açmaktadır. Ruhsal travma kişinin yaşama yönelik uyumunu bozan ve yaşamında bıraktığı değişiklik ile baş etme kaynaklarının yetersizliğinin bir sonucu şeklinde tanımlanmaktadır (Herman, 2007).

Yaşanılan travmatik deneyim, bireysel olarak olabileceği gibi sosyal yaşam üzerinde de olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra yaşanan travmatik deneyimin kuşaklar arasında miras olarak aktarılması da olumsuz nitelikler arasında yer almaktadır (Zara, 2018).

Çocukluk çağı travmalarında travma tanımını daha fazla özenle yapmak gerekmektedir. Yapılacak olan tanımla birlikte tedavinin nasıl sağlanacağı konusundaki soru işaretlerinin azalması ve yaşanan travmatik deneyim özelinde formülasyonun yapılabilmesi için tanımlamadaki ayrım önemli bir yer arz etmektedir (Briere & Elliott, 2003).

Travmatik stres çocuklarda travmanın belirtileri arasında önemli bir yer almaktadır. Travmatik stres; tehdit algısının artması durumunda ortaya çıkmakta olup, değişim yaratma ihtimali yüksek ve kesin olarak görülmektedir. Travmatik stres göz önünde bulundurulduğunda kişide travma deneyimine ek olarak, şok, çaresizlik, korku gibi duyguların yoğun şekilde gözlemlendiği görülmektedir (Okcu, 2016).

Çocukların maruz kaldığı travmatik deneyimlere karşı korumasız oldukları ve stresle baş etme yeteneklerinin yetişkinlere oranla daha az gelişmiş olduğu bilinmektedir. Bunların sonucu olarak ise tehlike ile karşılaşma durumunda çocuklar yetişkinliklere oranla daha çok etkilenmektedir (Miller ve ark., 1993). Çocuklarda travmatik deneyim sonrası güven duygusunun yoksunluğu, çaresizlik, korumasızlık düşüncesinin ortaya çıkması travmanın muhtemel sonuçları arasında yer almaktadır

(Erden & Gürdil, 2009). Özellikle ocukluk çağında bireyin deneyimlediği travmatik olay kişinin yaşamında önemli bir yere sahip olup kişinin yaşamını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Çocukluk ağı travmaları çocukta deneyimlediği olayın sonraki etkilerinin izlenmesi tanı koymak için önem arz etmektedir (Aktan, 2021). Çocukluk ağında çocuğun deneyimlediği travmatik olay sonucunda kimi zaman klinik bir düzeye gelmediği fakat hayatının ilerleyen süreçlerinde kişinin yaşamını olumsuz yönde etkilediği de bulgular arasında yer almaktadır (nver ve ark., 2016).

2.1.4. Çocukluk ağı Travmaları Kategorileri

Erken ocuklukta bireyi travmatize edebilecek birçok olumsuz faktör vardır ve birey bu faktörlere karşı oldukça korumasızdır (Erten ve ark., 2014). Çocukluk ağı travmaları çok geniş bir yelpazede yer aldığı için sıklıkla gözden kaçmaktadır. Ruh sağlığı alanında çalışanların bu konuda daha dikkatli davranmaları ve gerekli donanıma sahip olmaları kişinin tedavisi için önemlidir. Çocukluk ağında yaşanan olayların travmaya yol açma nedenleri çok geniş bir yelpazeye sahiptir ve bunlar travma sonrası stres bozukluğunun sebepleri ile örtüşmektedir. İnsan faktörüyle oluşan travmatik deneyimler olabileceği gibi insan faktörünün yer almadığı doğal afetler, hastalıklar, kazalar da bu yelpazede yer almaktadır. Bunlara; savaşlar, istismar, taciz, tecavüz, şiddet, terör, göç, terörizm, aile içi şiddet, cinsel yaşantıya tanık olma, zorlayıcı yaşantılara maruziyet, doğal afetler, hastalıklar, ameliyatlar, ölüm, kazalar örnek verilebilir (Güler & Yılmaz, 2021). Erken ocuklukta bireyde travma oluşturabilecek diğer nedenler ise, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal şeklinde sıralanabilir (Erten ve ark., 2014).

Yapılan araştırmalarda çocukluk çağındaki bir bireyin kötü muameleye maruz kalması bireyin yetişkinliğinde depresyon yaşama, uyum bozuklukları gösterme ihtimalini artırmaktadır (Van Der Vegt ve ark., 2009). Çocuğun maruz kaldığı kötü muamelenin ocuk üzerindeki etkileri sinsi ve fark edilemeyecek şekilde olabilmektedir. Yaşanan olumsuz deneyimler sonucunda çocukta tespit edilmesi zor olan; depresyon, düşük özgüven, duygu düzenleme güçlükleri, davranışları düzenleyememe ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gözlenebilmektedir (Cook ve ark., 2005). Bunun yanı sıra çocuğun maruz kaldığı fiziksel şiddet sonucunda çocuğun beyninde ve vücudunda hasar gelişebilmektedir (Lansdown ve ark., 2007).

Çocukluk dönemindeki bir bireyin maruz kaldığı olumsuz deneyimler çocuğun stres tepkisini nasıl göstereceğini etkilemektedir (Masten, 2001). Ölüm, çocukluk çağındaki bir bireyin kafasını karıştıran ve baş etme şekillerini etkileyen oldukça önemli bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yetişkinlikteki bir bireyin dahi anlamlandırmada zorlanabileceği bu durum çocuklarda kafa karışıklığına ve anlamlandırmada güçlük yaşamalarına sebep olabilir. Çocukların ölüm kavramını anlamlandırabilmeleri yaşları ve gelişim aşamaları ile orantılı olarak gelişim göstermektedir. Erken çocukluk döneminde ölüm olgusunu özellikle yakınlarında deneyimleyen çocuklarda ne olduğunu anlayamama, çaresizlik, güven duygusunu hissedememe gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Yalom, 2008). Çocuk bu olgu karşısında ne yapması gerektiğini bilememekte, çevresinin verdiği tepkiler çocukta kafa karışıklığına sebep olabilmektedir (Ginott ve ark., 2003).

Erken çocukluk ve çocukluk dönemindeki bir bireyin ölüm karşısında vereceği tepkiyi belirleyen unsurlar arasında çocuğun yaşı, psikolojik sağlamlığı, baş etme becerilerinin ne yönde ve nasıl olduğu, ev ortamının güvenliği, ölümün biçimi, yetişkinlerin davranışları ve tesellileri yer almaktadır (Volkan & Zintl, 2017).

Ölümü anlamlandırma ve verilen tepkiler yaşlara göre Dyregrov (2000) tarafından sınıflandırılmaya çalışılmaktadır. 0-5 yaş arasındaki çocuklarda; ölümün bir son olduğu konusunu anlayamama, ölümün nedenlerini anlayamama, tekrar geri döneceğine yönelik düşünce ve duygu gösterme gibi bilişsel ve duygusal süreçler görülebilmektedir. Ölüm olayı sonucunda çocuklar aşırı tepki verme gibi davranışlar gösterebilmektedir. 5-10 yaş arasındaki çocuklarda ölüm kavramı bir önceki döneme göre daha anlamlı hale gelmektedir. Bu dönemde çocuk, ölümün bir son olduğunu anlamaya başlayabilmekte fakat kendisinin de öleceğini kabul etmeye karşı tepkisel ve dirençli olabilmektedir. Bu dönemlerde çocuk ölüm kavramının somutlaştırılmasına (mezar, mezar taşı, defin) ihtiyaç duymakta ve ölüm sürecine, nedenine karşı merak duymaya başlamaktadır. Okul çağındaki çocuklar ölüm olgusu karşısında duygularını ifade etme konusunda isteksiz davranabilmektedir (Wray ve ark., 2022).

10 yaşından ergenliğin sonuna kadar olan gelişim sürecinde çocukta ölüm kavramı daha soyut bir hale gelir. Ölüm olgusunun nasıl bir süreci kapsadığını ve nedenlerini daha net şekilde anlayabilir. Bu gelişim döneminde ölümün getirdiği sarsıcılık daha net bir biçimde hissedilir ve daha sert şekillerde tepki verilmesi gözlenebilir. Bu dönemde ölümün anlamlandırılmasıyla birlikte kişinin ölümü kabul

etmesi ve onun da deneyimleyeceği bir olgu olduğunu kavraması gerçekleşir (Dyregrov ve ark., 2000).

Ölüm olgusu karşısında çocuklarda yas tepkisi iyi incelenmeli ve travmadan farkları ruh sağlığı çalışanı tarafından bilinmelidir. Ölüm sonrasında yas ve travma tepkilerinin ana hatlarıyla farkları şunlardır; yasta oluşan duygu üzüntüyken travmada dehşettir, konuşmak yas süreci yaşayan bireyi rahatlatırken travmada kişi için konuşmak zor veya imkansız olabilmektedir, yas sürecinde acı duygusu kaybedilen kişiden kaynaklanırken travmada acı, dehşet ve çaresizlikten kaynaklanır, yas sürecinde ortaya çıkan öfke duygusunda şiddet davranışı gözlemlenmez. Travmada ise öfke duygusunun şiddet davranışını tetiklediği görülebilmektedir ve kişi kendisine veya çevresine şiddeti yöneltebilir. Yas süreci zamanla kendiliğinden kaybolurken travma zaman içinde kötüleşip travma sonrası stres bozukluğu gelişebilmektedir (Levine & Kline, 2008).

Erken çocuklukta terörizme maruz kalma da travmatik bir tablo oluşturabilmektedir. Teröre şahit olan veya yakınlarının olumsuz deneyimlerine tanık olan çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu tanısı geliştirme ihtimali oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Terör, doğal afetler gibi hayatın normal akışına ters olan yaşantıların birey üzerindeki ilk etkisi; güvenli bölgenin kaybolması ve çaresizlik duygusudur (Dattilio & Freeman, 2007).

Doğal afetler sonucunda yapılan çalışmalarda çocuklarda güvenli bölgenin kaybı, kontrol edememe, çaresizlik, güçsüzlük gibi duyguları yetişkinlere göre daha fazla deneyimledikleri ve yaşanan olayı anlamlandırmada zorlandıkları tespit edilmiştir. Erken çocuklukta doğal afetlere maruz kalan bireylerde travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkabileceği ailelerinin ve içinde bulundukları çevrenin olaya karşı verecekleri tepki, birbirlerine bağlılıkları, korunaklı ortamın varlığı ile orantılı olarak ortaya çıktığı alanyazında karşımıza çıkmaktadır (Güler & Yılmaz, 2021).

Aile içi şiddet çocuğu aile evinde travmatize etme potansiyeli çok yüksek olan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çeşitli araştırmalarda aile içi şiddete maruz kalmış çocukların gelişimlerinde ve becerilerinde önemli kayıplar tespit edilmiştir. Aile içi şiddete dolaylı veya doğrudan şekilde maruz kalındığında çocuğun sosyal, duygusal, zihinsel, fiziksel gelişimi olumsuz etkilenmektedir (Holt ve ark., 2008).

Ev bireyin korunduğu, beslendiği, barındığı, sosyalleştiği bir yer olarak tanımlanmaktadır. Aile içi şiddet durumunda ev kavramı direkt olarak zarar görmekte ve bağlamının dışına çıkmaktadır. Bu kavramların olumsuz bir şekilde

tersine dönmesi aile içi şiddetin en çok öne çıkan sonuçları olarak yer almaktadır. Çocuk için ev bu kavramların da ötesindedir ve aile içi şiddet olayı sonucunda çocuk derinden sarsılmaktadır (Hermann, 2007).

Aile içi şiddet olgusu çocuğa her yönden zarar verdiği gibi topluma da zarar vermektedir. Aile içi şiddet mağduru olan çocuk eğitim sürecine başlayıp sosyal hayata katıldığında akranlarına kıyasla uyum sağlama açısından zorluk çekebilmektedir. Mağdur olan çocuğun sosyal ortamlarda zorbalık davranışının mağduru veya faili olma ihtimali aile içi şiddet olgusu ile artmaktadır (Brown ve ark., 2005).

Erken çocuklukta aile içi şiddete maruz kalan bireylerin evlendiklerinde ailelerine şiddet uygulama ihtimallerinin arttığı düşünülmektedir (Radcliffe ve ark., 2007). Geçirilen hastalıklar, hastaneler ve ameliyatlar da erken çocukluk döneminde çocuğun travmatize olmasına neden olmaktadır. Çocuk kimi zaman hastaneye hastalık sebebi ile başvururken kimi zaman geçirdiği kaza sonucu yatışı gerekebilmektedir. İki türlü incelendiğinde de çocuğun travmatize olmasını sağlayabilecek koşullar oluşmaktadır. Çocuklarda sıklıkla kazaya verilen tepkiler ağlamak şeklindedir. Kazanın oluşturduğu fiziksel acı geçse de yaşanan kazaların duygusal travmalara da sebep olabileceğinin bilinmesi ve bu konuda dikkatli olunması gerekmektedir (Solter, 2013). Yaşanılan ani bir travmatik deneyim niteliğindeki bir olay karşısında çocuklarda duyguları ve davranışları hakkında olağanüstü bir dehşet duygusu ve kafa karışıklığı yaşanabilmektedir (Herbert, 2017).

Hastalık durumu çocuk üzerinde bazen baş edemeyeceği kadar yoğun ruhsal baskı doğurabilmektedir. Hastalık sonucunda hastaneye yatan çocuklarda kaygı ve ayrılık anksiyetesi sıklıkla görülmektedir. Baş etme becerilerinin daha fazla gelişim gösterdiği çocuklarda hastaneye yatış süresi daha az ruhsal hasarla atlatılır (Gordon ve ark., 2011). Çocuğun hastaneye yatışı hem kendisi için hem de ailesi için zorlu bir süreç olup bu sürecin zorlukları dikkate alınmadığında bu süreç çocuk için travmatik olabilmektedir (Vakili ve ark., 2015).

Erken çocukluk dönemindeki çocuklarda hastalığın anlamlandırılması oldukça güçtür. Bu dönemdeki çocuk için ciddi olan hastalık ve ciddi olmayan hastalık arasında bir ayrım yoktur ve hastaneye yatış deneyimi anlamlandıramaması ve başına geleceklerin ne olacağını bilmemesi çocuk açısından daha korkutucu olabilmektedir (In & McDermott, 1976).

Bu gelişim aşamasındaki bir çocuk ameliyat durumunu anlamlandırmakta oldukça zorlanır ve yüksek seviyede kaygı yaşar. Ameliyat deneyimi çocuğu travmatize edebilecek bir olgu olarak yerini alır. Çocuk daha önce hiç bilmediği maskeli kişiler, ameliyathane ışıkları, aileden ayrılma gibi durumla karşılaştığında savunmasız ve kontrolü kaybetmiş şekilde hissedebilir. Çocuk için bilinmezlerin çok oluşu ve çaresizlik hissinin yoğunluğu önemli risk faktörleri arasındadır (Brewer ve ark., 2006). Ameliyat ortamının ve anının çocuğu travmatize etme riski oldukça yüksek olduğundan aileler bu konuda ruh sağlığı uzmanları tarafından bilgilendirilerek gerekli desteğin sağlanması çocuğun geçireceği zorlu süreci daha başa çıkılabilir hale getirecektir (Kazak ve ark., 2006).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımı çocuğun ilk bakım vereni tarafından veya başka kişilerce çocuğun fizyolojik, psikolojik ruhsal bütünlüğüne yöneltmiş ve çocuğun gelişimini olumsuz etkileyecek davranışlardır (Acehan ve ark., 2016). Erken çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal deneyimi kişinin hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenin nörobilişsel düzenlenmesini bozarak bağışıklık sistemini savunmasız hale getirebilmektedir ve bunun sonucunda birey ilerleyen süreçte gelişebilecek hastalıklara karşı daha güçsüz olabilmektedir (Lampe ve ark., 2003).

Çocuk istismarı ve ihmali sebebiyle çocukluk çağındaki bir bireyde çocuk istismarı genellikle kronik bir seyir göstererek çocuğun benliğini zaman içinde parçalamaktadır. İstismar sonucunda çocuk travmatize olup işlev ve becerilerinde belirgin düşüşler yaşayabilmektedir. İstismar edilen çocuğun yaratıcı ve yıkıcı bilişsel kapasitesi bu şartlar altında alışılmışın dışında gelişmeye zorlanır. Bu zorlanma sonucunda çocuğun; beden, zihin, soyut düşünme, gerçeklik algısı ve hafızasında anormal olan durumların sonucunda belirtilerin gelişmesine zemin hazırlar. İstismar edilen bireyin beyni zaman içinde kendini bu deneyime karşı korumak için birtakım semptomlar geliştirerek bireyi hayatta tutmaya çalışır. Beynin kendini korumak için geliştirdiği yöntemlerin temel amacı travmatik deneyimin birey üzerindeki etkisini minimize etmektir (Van Der Kolk, 2015).

İstismar durumunda uğranılan zarar çocuk için oldukça büyüktür. Birey çocukluk süresinde korunma, anlaşılma, temel ihtiyaçlarının karşılanması gibi hayati beklentilerin en üst düzeyde olduğu bu dönemde istismara uğradığında yabancı olduğu bu dünya onun için tersine döner. Hayatta kalmak ve daha az zarar görmek için kişinin beyni iç güdüselle olarak çabalar (Glaser, 2000).

Çocuk istismarında çocuğa yönelik bakımın azaldığı, aile içinde kaotik bir durumun hakim olduğu, totaliter dayatmalarının olduğu bir süreç ile karakterizedir. Mağdur olan çocuk şiddet yolu, şiddet tehdidi, ölüm tehdidi ile bu süreçte yüz yüze gelmektedir. Mağdurun deneyimlediği, aralıklı ödüllerin verildiği, şiddet ve ölüm korkusunun çaresizlik ile karakterize olduğu, sosyal izolasyonun fail tarafından mağdur üzerinde uygulandığı bu sürecin sonunda mağdur olan çocuk faile karşı patolojik bir bağlılık gösterebilmektedir (Hermann, 2007).

Çocuk istismarının gelişimi için birtakım risk faktörleri bulunmaktadır. Araştırmalar istismarcı bir çevrede büyümüş çocuklarda çocukların sürekli tehdit aradığı ve kendilerini savunmak için bu yönde beceriler geliştirdiklerini göstermektedir. Bu becerileri de yaşadıkları olumsuz deneyimlerden edindikleri bilgi ve tecrübeler sayesinde geliştirmişlerdir (Hermann, 2007).

Fiziksel istismar davranışı çocuğa uygulanan ve kişinin beden ve ruh bütünlüğünde olumsuz değişimlere sebep olan fiziksel müdahale ve davranışlar ile karakterizedir. Çocuğa vurmak, sarsmak, zarar göreceği şekilde sallamak, zehirlmek, boğmak gibi çocuğun ruh ve beden bütünlüğüne zarar veren tüm davranışlar fiziksel istismar kategorisinde değerlendirilmektedir (Öztürk, 2017).

Cinsel istismar davranışı, çocuğun bir başkası tarafından cinsel istek ve dürtüleri doğrultusunda tatmin nesnesi olarak kullanılmasıdır. Çocuğa fiziksel temasla olabileceği gibi iletişim araçları vasıtası ile de olabilmektedir. Failin kendi cinsel isteğini ve dürtüsünü doyurmak amacıyla çocuğu cinsel nesne olarak kullandığı her davranış çocuğun cinsel istismarı kapsamında değerlendirilmektedir (Öztürk, 2017). Çocuklukta cinsel istismar mağduru olmuş çocuklarda deneyimlenen travmatik olay sonucunda, travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riski oldukça artmaktadır (Levenkron & Levenkron, 2007).

Erken çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış bireylerin, yaşanan olumsuz deneyimi anlamlandırmakta ve bu deneyim ile ilgili duygularında başa çıkmakta zorlandıkları bildirilmektedir. Bunun sebepleri arasında çocuğun baş etme becerisinin tam anlamıyla gelişmemiş olması ve başa çıkma becerilerinde çocuğun kullanabileceği daha az kaynağın oluşudur (Van Der Kolk, 2015).

Bu travmatik deneyime maruz kalan çocukların çoğunda bilinçli veya bilinçsiz şekilde kendilerini güvende hissetmek için diğerlerini kendilerinden uzak tutma davranışı ile karakterize olan travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülmektedir. Yapılan alanyazın taramasına göre çocukluk çağında cinsel istismara

uğramış kadınların ilerleyen yaşlarda depresyon, anksiyete, konversiyon bozuklukları ve panik bozukluk rahatsızlıkları yaşama ihtimalleri artmaktadır (Aspelmeier ve ark., 2007).

Duygusal istismar çocuğun duygusal becerilerini ve gelişimini bozacak her türlü olumsuz davranışı kapsamaktadır. Bunlara örnek olarak çocuğu değersiz hissettirme, çocuğu koşullu kabul, isteklerini yapmadığında yetersiz hissettirme, eğitime katılımını engelleme, sosyal tecrit, başkasına uygulanan olumsuz davranışları izlettirme gösterilebilir. Duygusal istismar çocuğun normal duygusal gelişimini bozacak ve olumsuz yönde etkileyecek her türlü davranış ile karakterize tutumları tanım içinde barındırmaktadır (Uluşahin & Öztürk, 2018).

Fiziksel ihmal kavramıyla çocuğun fiziksel gerekliliklerinin karşılanmadığı durumlar tanımlanmaktadır. Birey çocukluk döneminde kendi fizyolojik ihtiyaçlarını karşılama becerisine sahip değildir ve bir bakım verene muhtaç olarak bu gelişim döneminden geçmektedir (Uluşahin & Öztürk, 2018). Bu gelişim döneminde çocuğu fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması çocuğun ruh ve beden sağlığı üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir. Temel fizyolojik gereksinimleri karşılanmayan çocukta ruhsal bozuklukların görülebilme oranı oldukça yüksektir (Dube ve ark., 2001).

Duygusal ihmal çocuğun duygularını ve ihtiyaçlarını görmezden gelmeyi tanımlamaktadır ve kişinin ilerleyen gelişim aşamalarında duygularını anlamlandırma ve işleme konusunda sorunlara yol açacağı bilinmektedir. Çocuğun yaşantıladığı duygulara karşı tepkisiz kalmak ve bunları deneyimlemesi için çocuğa alan tanımamak duygusal ihmal statüsünde incelenmektedir. Erken çocuklukta kişinin temel yaşamsal ihtiyaçlarının yanında önemli olarak duygusal ihtiyaçları yer almaktadır. Duygusal ihtiyaçlarının görmezden gelindiği çocuklarda ilerleyen yaşlarda uyum bozuklukları, olumsuz nitelikteki bağlanma biçimlerinin görülme ihtimali oldukça artmaktadır (Uluşahin & Öztürk, 2018).

Çocukluk çağı travmaları pek çok farklı şekilde bireyleri etkileyebilmektedir. Yaşanan deneyim sonucunda bireylerde ruhsal bozukluklar geliştiği gözlemlenmiştir. Alanyazın incelendiğinde çocukluk çağı travma deneyimine sahip yetişkin bireylerde depresyon gözlemlendiği ve bunun sebebinin de travmatik deneyimin beyinde yol açtığı kimyasal değişiklikler olduğu yorumu yapılmıştır (Teicher & Samson, 2016). Yapılan bir başka çalışmada çocukluk çağı travmaları yaşayan yetişkinlerde duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarının ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (McLaughlin ve ark., 2010). Bununla birlikte çocukluk çağı travmaları

yaşayanların yetişkinlik dönemlerinde travma sonrası stres bozukluğuna ve intihar davranışına yatkınlıklarının arttığı bulgusuna ulaşılmıştır (Dube ve ark., 2001). Çocukluk çağı travmalarının alanyazında gözlemlenen bir diğer sonucu ise mizofoni şeklindedir (Webber & Storch, 2015).

2.2. Mizofoni

Mizofoni kavramının alanyazına yeni kazandırıldığı ve gelişim aşamasında olduğundan söylenebilir. Yunanca'da "misos" kelimesi nefret anlamına gelmesinin yanı sıra "fone" ses anlamına gelmektedir. Bu iki kelimenin birleşimi Türkçe anlamıyla "ses nefreti" olan bu kavram alanyazına "mizofoni" olarak eklenmiş bulunmaktadır (Yılmaz & Hocaoglu, 2021).

Mizofoni kavramının gelişimi tarihsel bağlamda incelendiğinde bu kavrama yakın olan ilk tanımının "Seçici Ses Hassasiyeti Sendromu" olarak odyolog Marsha Johnson tarafından yapıldığı alanyazında göze çarpmaktadır (Bernstein ve ark., 2013). Bu kavramın kendi ismiyle alanyazına eklenmesi ise 2002 yılında Jastreboff tarafından "sesten rahatsızlık duyma" şeklinde yapılmıştır. (Jastreboff & Jastreboff, 2023). Bu terimin ruh sağlığı alanında yeterince tanımlanmadığı ve araştırılarak tanı kitaplarına eklenilmesi gerektiği de bu terim hakkında savunulan görüşler arasında yer almaktadır (Potgieter ve ark., 2019).

Bir diğer savunulan görüş ise obsesif kompulsif bozukluğun tanısı ile paralellik gösterdiği ve bu tanı altında kategorize edilmesinin uygun olduğudur (Schröder ve ark., 2013). Alanyazında yer alan ve bu bozukluğun tanı kategorilerine konulması yönündeki görüş baskın bir görüş olmasına rağmen tanı kitaplarına konulmamıştır, fakat alanyazında "bozukluk" veya "hastalık" olarak tanımlanmakta ve ölçülmektedir (Taylor, 2017).

Mizofoni ortaya çıkan seslere karşı toleransın azalması olarak nitelendirilmesinin yanı sıra sesler ortaya çıktığında verilen artmış duygusal ve fiziksel tepkiler ile karakterize olabilmektedir. Kavram sadece insanlardan çıkan sesleri barındırmamaktadır. İnsan seslerinin yanı sıra hayvan sesleri ve cansız nesnelerden çıkan seslerden de rahatsız olmayı kapsamaktadır (Schröder ve ark., 2013).

Mizofoni hastalığına sahip bireylerde günlük yaşamda sıklıkla rastlanan solunum, hırıltı, çiğneme, sakız çiğneme, horlama, diş fırçalama, tırnak kesme, koklama, yutma, hüpürdetme, şapırdatma, öksürme, ayak sesi, burun çekme, yazı

yazma, parmak vurma, bacak sallanması, eklem sesleri gibi insan kaynaklı seslerden yüksek derecede rahatsızlık duyma gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra tekrarlayan havlama, kuş ötüşü, kalem tıkırtısı, klavye sesi, ayağın yere ritmik şekilde vurulması, kağıt hışırtısı, plastik hışırtısı ve ritmik olan saat sesi, buzdolabı uğultusu gibi seslerden de rahatsızlık duydukları gözlemlenmiştir (Edelstein ve ark., 2013b).

Bireylerin sıklıkla karşılaşabilecekleri bu seslerden yoğun rahatsızlık duymaları mizofoniye sahip kişiler için oldukça zorlayıcı olabilmektedir (Cavanna & Seri, 2015). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda kişilerde ortaya çıkan seslerden dolayı artmış anksiyete, huzursuzluk, bunaltı gibi duygusal tepkilerin ortaya çıktığı ve ortaya çıkan artmış duygusal tepkilerin de kimi zaman kaçınma kimi zaman artmış fiziksel tepkilere ve hatta şiddet davranışına yol açabileceği alanyazında yer almaktadır (Dozier, 2015). Bozukluğa sahip kişilerde bazı sesler ile karşılaştıklarında öfke patlaması gibi durumlar da gözlenebilmektedir (Wu ve ark., 2014). Bu duygusal tepkilerin yanı sıra mizofoniye sahip kişilerde kalp çarpıntısı, ağız kuruluğu, uyuşma ve baskı hissi, kaslarda gerilim gibi fiziksel belirtilerden bazıları da eşlik edebilmektedir (Jastreboff & Hazell, 2004).

Mizofonide verilen artmış tepkilerin ve rahatsızlıkların ortaya çıkan sesin yüksekliği ile ilgili olmadığı, ortaya çıkan ses ile ilgili olduğu ve kişinin yaşamını sosyal, mesleki ve aktiflik yönünden olumsuz şekilde etkileyerek kişide rahatsızlığa yol açtığı bulgulanmıştır (Öz, 2016).

Bu bozuklukta sıklıkla görülen tepkiler; duygusal, fiziksel ve davranışsal olarak üç kategoride incelenmektedir. Duygusal tepkiler arasında; öfke, kızgınlık, sıkıntı, huzursuzluk, kaygı, iğrenme ve korku duyguları öne çıkmaktadır. Fiziksel tepkilerde ise; kalp çarpıntısı, vücutta baskı hissi, bölgesel uyuşmalar, kaslarda gerilim sebebiyle oluşan ağrılar, tüylerin diken diken olması, terleme gibi belirtiler öne çıkan belirtiler olarak görülmektedir. Davranışsal tepkiler ise; kişinin rahatsız edici bulduğu sesin mevcut olduğu ortamlardan kaçınması, ses ortaya çıktığında bulunduğu ortamı terk etmesi, sesin kaynağına yönelik sözlü tepkiler verilmesi, sesi durdurma amaçlı davranışlarda bulunulması, sesin kaynağına yönelik şiddet uygulanması şeklinde olduğu belirti ve bulgular arasında alanyazında yer almaktadır (Schröder ve ark., 2013).

Mizofoniye sahip bazı kişiler duydukları rahatsızlığı engellemek için birtakım yollara başvurumaktadırlar. Kulaklarına pamuk tıkama veya yabancı bir cisim sokma, kulak burun boğaz doktorlarından kendilerini sağır etmeleri için ameliyat talebinde

bulunma mizofoni bozukluğuna sahip bireylerin başvurdukları çözüm yollarından bazılarıdır (Brout ve ark., 2018). Bu davranışlar kişiyi olumsuz etkilemekte ve aynı zamanda sağlığını da riske atmaktadır (Veale, 2006).

Kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen durumlar arasında kişini durumla başa çıkma stratejisi sadece bunlarla sınırlı olmamaktadır. Durumla ilgili olumsuz başa çıkma biçimleri arasında sesleri duymamak için kulaklık takma, kişinin kendi dikkatini dağıtması ve hatta rahatsız edici sesi taklit etme gibi işlevselliği olumsuz etkileyen davranışların varlığı da olgu sunumlarında gözükmemektedir (Potgieter ve ark., 2019).

Mizofoni hakkında yapılan araştırmalar sıklıkla olgu/vaka sunumları şeklindedir (Yılmaz & Hocaoglu, 2021). Mizofoniye sahip bireylerin günlük yaşantılarında gerçekleştirmeleri gereken işlevlerin aksadığı, ertelendiği ve bu sebeple olumsuz etkilendikleri bu olumsuzluklarla beraber sesin ortaya çıkmasına yönelik beklenti kaygısının da kişilerde oluşabileceği alanyazında var olan olgu sunumlarında görülebilmektedir (Öz, 2016). Bozukluğa sahip bireylerin sosyal ve ilişkisel yaşamlarında da önemli sayılabilecek olumsuzlukların olduğu, bu bozukluk sebebiyle sevdikleri kişiler ile sorunlar yaşadıkları, ilişkilerine istemeden de olsa zarar verebildikleri gözlemlenen diğer bulgularda yer almaktadır (Öz, 2016).

Bozukluğun başlangıç yaşı tespit edilememekte, kişinin içinde bulunduğu yaşam koşullarının ve rahatsız edici sese maruz kaldığı zaman dilimi ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (Cavanna & Seri, 2015). Farklı araştırmalar farklı başlangıç yaşlarını işaret ettiğinden dolayı başlangıç yaşı kesin olarak bilinmesi oldukça zordur fakat araştırmaya katılanların %80'i bozukluğun ergenlik öncesi dönemde başladığını bildirmişlerdir (Edelstein ve ark., 2013b). Bazı çalışmalarda mizofoni bozukluğuna sahip bireylerin sadece işitsel uyaranlara değil aynı zamanda görsel uyaranlara da benzer uyumsuz tepkiler verdikleri bulgulanmıştır (Edelstein ve ark., 2013b). İşitsel uyaranların yanı sıra görsel uyaranlara maruz kalma sonucunda da mizofoni sahibi kişilerin duygusal, fiziki ve davranışsal tepkileri olduğu alanyazında görölmektedir (Schröder ve ark., 2013).

2.2.1. Epidemiyoloji

Mizofoni bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı araştırmaların kısıtlı oluşu ve genellikle olgu sunumlarından oluştuğundan dolayı tam olarak bilinmemektedir. Tam olarak bilinmemekle birlikte yaygınlığın yüksek olduğu tahmin edilmektedir

(Siepsiak & Dragan, 2019). Yapılan araştırmada ses hassasiyeti olanların çoğunda mizofoni olabileceği ve mizofoni bozukluğunun toplumda yaygınlığının %3 olduğu düşünülmektedir (Jastreboff & Jastreboff, 2014). İşitsel uyaranlara yönelik toleransın azalması da dahil edildiğinde toplumdaki yaygınlığın %15 seviyesine çıkacağı varsayımı mevcuttur (Skarżyński & Rogowski, 2000).

Başvuru dahilinde olmayan çalışmalarda mizofoni bozukluğunun yaygınlığı kısıtlı da olsa araştırılmıştır. 483 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada katılımcıların %19,9'unda mizofoni belirtileri olduğu ve bununla beraber katılımcıların %23,4'ünde ise belli seslere yönelik duyarlılık ve hassasiyet varlığı bulgulanmıştır. Mizofoni bozukluğunun yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim düzeyi ile farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Yapılan çalışmada bu değişkenlerin mizofoni ile bir ilişkisi olmadığı görülmüştür (Wu ve ark., 2014). Çin'de 415 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, araştırmaya katılanların %20'sinin seslere karşı hassasiyet bildirdikleri ve %66'sının ise mizofoni belirtileri gösterdiği şeklindedir (Zhou ve ark., 2017).

2.2.2. Etiyoloji

Mizofoni bozukluğunun etiyojisine yönelik tam anlamıyla kesinleşmiş klinik bir bulgu bulunmamaktadır. Bu sebeple etiyojisi karışık olarak nitelendirilmekte ve tam olarak bilinmemektedir. Klinik bulguların çoğunda rahatsızlığın çocukluk çağında başladığı ve güncel olarak devam ettiği bildirilmiştir (Öz, 2016).

Mizofoninin etiyojisi hakkında alanyazında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bu bozukluğun etiyojisinde beyin görüntüleme çalışmalarının bir sonucu olarak nörolojik bozukluğun olabileceği görüşler arasındadır, bunun sebebi ise beyin görüntülemesinde anormal aktivasyonlar görülmesidir (Kumar ve ark., 2017).

Aynı şekilde yapılan bir diğer çalışmada ise tetikleyici seslere maruz kalma esnasında beynin bilateral işitsel bölgesinde ve amigdala bölgesinde artmış aktivasyon gözlemlenmiştir (Neacsiu ve ark., 2022). Yapılan bir araştırmada ise mizofoni bozukluğuna sahip olanlara deri iletkenlik testi yapılmıştır. Mizofoni belirtileri gösterenler ve göstermeyen sağlıklı gönüllülere uygulanan bu test sonucunda mizofoni bozukluğuna sahip bireylerin daha çok deri iletkenliği ve cilt tepkimesi gösterdiği bulunmuştur (Edelstein ve ark., 2013b).

Bozukluğun etiyolojisine yönelik bir diğer açıklama ise mizofoni bozukluğunun iştme yolları, otonom sinir sistemi ve limbik sistem arasındaki bağlantının artmış aktivasyon sonucu geliştiği, bu artmış aktivasyon sonucunda duygusal, fiziksel ve davranışsal tepkilerin ortaya çıktığı şeklindedir (Jastreboff & Hazell, 2004). Bozukluğun genetik geçişli olup olmadığı hakkında iki farklı görüş mevcuttur. Bir görüşe göre mizofoni bildiren vakaların aile bireylerinde de bu rahatsızlık olmasının bozukluğun geçişi ile alakalı olduğu yönündedir (Rouw & Erfanian, 2018).

Bu görüşün zıddı olarak sayılabilecek bir diğer görüş ise mizofoni bildiren vakaların ailesinde mizofoni olmasının genetik bir yatkınlık oluşturmayaacağı ve bunun hakkında kesin bir bilgi olmadığı yönündedir (Cavanna, 2014). Etiyolojisinin karışık olması sebebiyle tam anlamıyla görüş birliğine varılamamıştır.

2.2.3. Mizofoni Eş Tanısı

Mizofoni kişilerde tek başına bulunabileceği gibi, farklı ruhsal bozukluklarla beraber de görülebilmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde bir çok ruhsal bozukluk ile komorbiditesi olduğu bulgulanmıştır ve özellikle obsesif kompulsif bozukluk tanısının çatısı altında mizofoni ölçeği geliştirilmiştir (Schröder ve ark., 2013).

Bunun yanı sıra çoğu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk ile belirti ve bulgu bazında paralellik gösterdiği sebebiyle bu tanı spektrumu altında değerlendirilmesinin gerektiği savunulmaktadır (Johnson ve ark., 2013).

2017 yılında mizofoni bozukluğuna sahip 50 kişi ile yapılan çalışmada %28 oranında obsesif kompulsif bozukluk eş tanısı gözlemlenmiştir (Erfanian ve ark., 2017). Mizofoniye sahip bazı bireylerde depresyon da görülebilmektedir (Siepsiak ve ark., 2020). Bunun sebebinin hipofiz, adrenal, hipotalamik sistemin aşırı çalışmasından dolayı olabileceği beyin görüntüleme araştırmaları vasıtasıyla ulaşılan bulgular ışığında düşünülmektedir (Pompili ve ark., 2010).

Bunun yanı sıra kaygı bozukluğu ve duygu düzenleme güçlüğü de bu bozuklukla birlikte gözükebileceği bulgusuna erişilmiştir (Vidal ve ark., 2017). Mizofoni ile birlikte sık görülebilen bir diğer ruhsal bozukluk ise travma sonrası stres bozukluğudur (Erfanian ve ark., 2019). Bunların yanı sıra dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, tik bozuklukları, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları da mizofoniye eşlik edebilmektedir (Erfanian ve ark., 2019).

2.2.4. Klinik Görünüm

Mizofoni bozukluğunun klinik görünümü çeşitli olmakla birlikte bu bozukluğun tanı ölçütü bulunmamaktadır. Bozukluğa sahip bireylerde tetikleyici seslerden veya belli görsellerden artmış biçimde rahatsızlık duyma klinik olarak anlamlı bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır (Naylor ve ark., 2021). Kişiler tetikleyici ses veya görsel uyaranlarla karşılaştıklarında; terleme, kaygı, basınç hissi, iğrenme, rahatsız olma, nefes darlığı, çarpıntı, irritabilite, agresyon gibi reaksiyon gösterebilmekte olup kaçınma davranışı ve öfke ve saldırganlık gibi davranışsal tepkiler de verebilmektedirler (Schröder ve ark., 2013).

2.2.5. Tedavi

Mizofoni her ne kadar tanı kitaplarında yer almasa da geliştirilmiş ve uygulanan tedavi biçimleri mevcuttur fakat herhangi bir biçimde görüş birliği sağlanamamaktadır. Bu bozukluğun farmakolojik tedavisi hakkında pek bir bilgi bulunmamaktadır fakat yapılan bir olgu sunumunda 14 yaşındaki bireyin fluoksetin kullanımı sonucunda şikayetlerinin azaldığı saptanmıştır (Sarigedik & Yurteri, 2021).

Mizofoniye sahip bireyler yaşam tarzında değişiklikleri barındıran odyolojik tedavi şekillerini oldukça faydalı olarak nitelendirmektedir (Smith ve ark., 2022). Tedavide kullanılan başlıca yöntemler; bilişsel davranışçı terapi, tinnitus yeniden eğitim terapisi ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme yöntemi olarak alanyazında görülmektedir (Reid ve ark., 2016).

Tinnitus yeniden eğitim terapisinde başlıca amaç kişinin sese karşı duyarsızlaştırılmasıdır. Mizofoniye sahip bireyin ilk başta olumlu etkiler uyandıran sesler ile karşı karşıya gelmesi sağlanır ve ardından uyarıcı nitelikte olan sesler eşzamanlı olarak dinletilerek koşullu uyaran oluşturulur (Jastreboff & Jastreboff, 2014). Birey ses ile karşı karşıya getirilir ve mizofonik hastanın negatif duygulara sebep olan uyaranlara karşı verdiği tepkilerin sönümlenmesi amaçlanır (Jastreboff & Jastreboff, 2002).

Bilişsel davranışçı terapinin de mizofoni tedavisinde etkili olduğu ve mizofoni tedavisinde uygulanabilir olduğu bulunmuştur (Schröder ve ark., 2017). Bilişsel davranışçı terapide kullanılan maruz bırakma ve tepki önlemenin mizofoni

bozukluğuna sahip bireylerde etkili olduğu ve bunun yanı sıra tedaviye yanıtın artmasında imkan sağladığı bulgulanmıştır (Reid ve ark., 2016).

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve işleme yöntemi mizofoni bozukluğuna sahip bireylerin tedavisinde denenmiş olan farklı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntem travma sonrası stres bozukluğuna yönelik geliştirilmiş olmasının yanı sıra pek çok farklı bozuklukta da etkili olduğunun tespit edilmesi sebebiyle kullanılmaktadır. Mizofoni bozukluğunun tedavisinde kullanıldığı ve etkili olduğu alanyazındaki olgu sunumlarında da yer almaktadır (Jager ve ark., 2021). Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve işleme yönteminin, mizofoni belirtilerinin sayısını düşürmede etkili olduğu ve şikayetleri azaltabileceği yönünde görüşler mevcuttur (Jongh ve ark., 2019).

2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü

İnsan türünün ilk var olduğu zamanlardan günümüze; duygularımız yaşamımızı kolaylaştıran ve sürekliliği sağlayan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsan türü ile birlikte var olan ve hayatımızı doğrudan etkileyen bu olgu hakkında günümüze kadar tam anlamıyla ortak bir kanıya varılamamıştır, bu yüzden de öznel olduğu söylenebilmektedir. Duyguların deneyimlenme sürecinin de genellikle bireysel oluşu bu olguyu öznel bir kalıba sokmamızı sağlamaktadır ve bu sebeple ortaya pek çok görüş çıkmaktadır. Duygu kavramı Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğünde “belirli nesne, olay ya da bireylerin kişinin iç dünyasında oluşturduğu izlenim” şeklinde tanımlanmaktadır.

Geçerli kabul edilen bir diğer tanımı ise “olaylara verilen biyopsikososyal tepkilerdir” şeklindedir (Keith, 2013). Başka bir tanımı ise; fizyolojik, nörolojik, dikkat ve algı süreçleri, bilişsel süreçler gibi faktörlere değişkenlik gösteren ve tam anlamıyla ortak bir kanıya varılamamış süreçler şeklindedir (Thompson, 1994).

Farklı türde kaynaklar, duyguları; tanımlaması ve anlaşılması oldukça zor olan ve bireyler bazında farklılıklar gösteren tepkiler olarak ele alınmaktadır. Bu tepkilerin çeşitliliğinin çok olması ve anlamlandırma süreçlerinin de kişiye özgü olması anlaşılmasını zorlaştıran faktörler arasında yer almaktadır (Gross & Jazaieri, 2014).

Duygular hakkında düşünceler insanlık tarihi kadar eski olup insanlar tarafından bütün devirlerde tartışılmıştır. Tartışmalar sonucunda duygular hakkında

kuramlar şekillenmiştir. Bu kuramların temeli antik Yunan Stoacılarına kadar uzanmaktadır (Sanei, 2013).

Modern duygu teorilerine göre duygular diğerleri ile daha kolay etkileşime geçmemizi, diğerlerinin davranış ve değişikliklerini fark etmemizi, sosyalleşmemiz sağlamaktadır (Gross, 2014). Duygular farklı perspektiflerden ve ideolojik görüşlerden anlaşılmalı ve anlamlandırılmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan bu kavramlardan en sık rastlanılan ve kullanılan “duygudurum” kavramıdır. Duygudurum kavramı duygulardan daha uzun süre kalıcıdır ve daha geniş sürede yaşanan durumu kapsar. Duygu anlık olarak artıp azalabilirken, duygudurum genellikle daha stabil ve süregendir (Sanei, 2013).

Duyguları sınıflandırmanın ve ayırt etmenin zorluğu sebebiyle uzun bir süre boyunca net ayrımları yapılamamıştır. Ekman ve arkadaşlarının (1972) yaptıkları çalışmalar sonucunda altı temel duygu sınıflandırmışlardır. Bunlar; kızgınlık, mutluluk, korku, üzüntü, şaşkınlık, tikslenme şeklindedir.

Duygular bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olup davranış ve düşüncelere de yön vermektedirler. Sosyal uyum ve işlevsellik alanlarında doğrudan etkileri bulunmakta olup aynı zamanda bireyi amaçlarına ulaşması yönünde itici güç de sağlamaktadırlar. Bireyin hedefine odaklanmasını ve bu hedefe ulaşmasındaki motivasyonda önemli bir etkiye sahiptirler (Gross, 2014).

Alanyazında yapılan çalışmalar sonucunda duyguların birey tarafından kontrol edilebileceği kanaatine ulaşılmıştır. Duyguların düzenlenme sürecinin bireyin çocukluğundan itibaren gelişimini sürdürdüğü, uygun koşullar altında gelişerek zamanla bireyin duygularını kontrol etme ve düzenleme becerisi kazandığı düşünülmektedir (Gratz & Tull, 2010).

Duygu düzenleme süreci bireyin doğumundan itibaren gelişim gösteren, neticeleri itibariyle sosyal ve duygusal olarak hayatımızın akışını doğrudan etkileyen bir süreçtir (Cole ve ark., 2004). Bu sebeple duygu düzenleme becerisi bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bu becerinin temel amacı deneyimlenen duygunun değişen çevre koşullarına göre şekillenmesi ve uyum sağlamasıdır. Aynı zamanda bireyin dış dünya ile uyum sürecinde olumlu bir etkiye sahiptir (Hammen ve ark., 2014).

Bu beceriye sahip olan bir birey duygularını amaçları doğrultusunda değiştirme ve geliştirme konusunda başarılı olup değişen koşullara hızlıca uyum sağlayabilmektedir. Bu beceri aynı zamanda otomatik ve istemsiz bir şekilde ortaya

çıkabilmekte ve deneyimlenen duyguyu dış dünyaya adapte edip bireyin davranışlarını ve düşüncelerini olumlu yönde etkilemektedir. Duygu düzenleme sürecinde duygular derinleşebilmekte veya bastırılabilir. Bireyin amaçları doğrultusunda olumlu veya olumsuz niteliğe sahip duygular süreç içinde sınırlandırılabilir ya da değiştirilebilir (Gross, 2014).

Bireylerin duygu düzenleme becerilerinin gelişmemesi bireyin hayatını duygu düzenleme becerisi gelişmiş bireylerden daha fazla etkilemektedir. Bu becerinin geliştiği kişilerde olumsuz duygularla baş etme ve yönetme süreci daha kolay olmaktadır (Gratz ve ark., 2006).

Duygu düzenleme güçlükleri belli becerilerin yoksunluğunda veya gelişim gösterememesi sonucunda karşımıza çıkabilmektedir. Bu beceriler; duygunun tespit edilmesi ve anlamlandırılması, duygunun kabul edilerek düzenlenmesi, dürtüsellik barındıran davranışlardan kaçınılması hedefe yönelik davranışlar gösterilmesi şeklindedir (Gratz & Roemer, 2004). Bu becerilerin eksikliği sonucu meydana gelebilecek zorlukların kişinin duygu düzenleme becerisini olumsuz yönde etkileyeceği ve kişinin yaşamında olumsuz etkilere sebep olabileceği ve hatta ruhsal sağlığını da etkileyebileceği düşünülmektedir (Gross & Muñoz, 1995).

Duygu düzenleme güçlüğüne meydana gelmesi kişilerin yaşamında zorluk yaşamalarına ve yönetilmesi gereken süreçleri yönetme konusunda başarısız olmalarına neden olabilmektedir. Duygu düzenleme güçlüğüne sahip kişilerde olumsuz duygularla başa çıkma konusunda zorlanmalar, duyguların işlevlerinde azalmalar ve işlevsiz duyguların yoğunluğunda artış olduğu bulgular arasında yer almaktadır (Gratz & Roemer, 2004). Duygu düzenleme becerisinde yaşanan bu güçlüklerle beraber kişinin deneyimlemekten kaçındığı duyguların yoğunluğunun artması ile kişide bu duyguya yönelik duyarsızlaşma hali oluşabilmekte ve gerektiği zaman kullanılmamak üzere etkisiz hale gelebilmektedir (Leahy ve ark., 2011).

Yaşanan bu durumla beraber kişi duygusal yaşantısına yönelik farkındalığını kaybederek duygularını anlamlandırma sürecine sorunlar yaşayabilir ve duygularını anlamlandıramadığından dolayı kabullenmekte zorluk çekebilir. Bunun sonucunda ise duygular ortaya çıktığında diğer kişilere oranla daha dürtüsel davranışlar gösterebilirler (Gratz & Roemer, 2004).

Duygu düzenleme becerisinde güçlük yaşayan bireyler yaşadıkları olumsuz durumla başa çıkma konusunda yetersiz olabilecekleri gibi işlevsiz başa çıkma yöntemlerine de başvurabilmektedirler (Gratz ve ark., 2006). Duygu düzenleme

sürecinde gerçekleşebilecek güçlükler kişilerin ruhsal sağlıklarını ve bununla bağlantılı olarak doğrudan yaşamlarını etkileyebilecek önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.



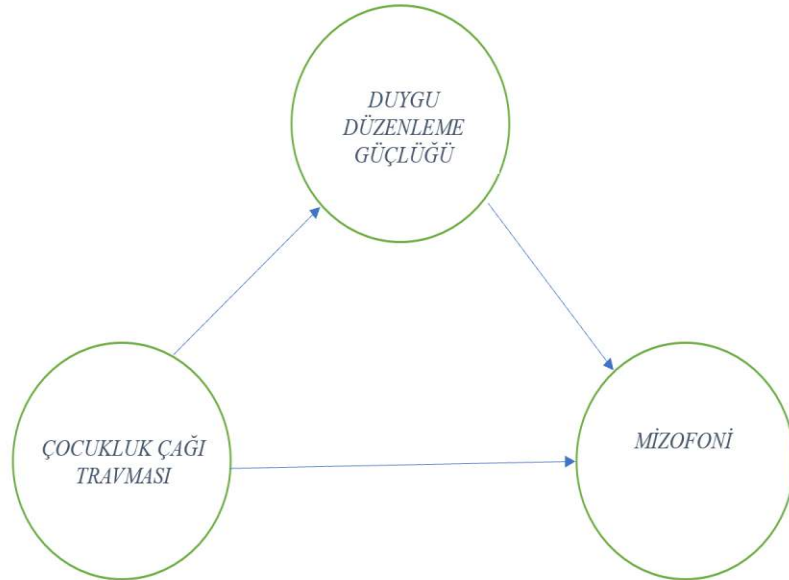
3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu ve seçimi, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bireylerin çocukluk çağı travmaları ile mizofoni arasında duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolünü ve çocukluk çağı travmaları ile mizofoni değişkenlerini demografik değişkenlere göre incelemeyi amaçlayan bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımına denir. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011).



Şekil 1 Araştırmanın Modeli

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu 18 ve üstü yaşa sahip, ortaya çıkan seslerden rahatsız olan (mizofonik) 486 birey oluşturmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin seçimi, olasılıksız örnekleme yönteminden olan amaçlı örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

Veriler sosyal medya üzerinden Google Forms yardımıyla çevrimiçi olarak Şubat - Nisan 2024 tarihlerinde toplanmıştır.

Tablo 3.2.1’de katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili bilgiler yer almaktadır.

Tablo 3.2.1 Katılımcılara Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablosu

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	379	78,0
	Erkek	107	22,0
Ebeveynlerin durumu	Sağ birlikte	332	68,3
	Sağ ve ayrı	41	8,4
	Biri ya da her ikisi vefat etmiş	113	23,3
İşitme ile ilgili bir rahatsızlığın olması	Evet	25	5,1
	Hayır	461	94,9
Profesyonel ruhsal yardım	Evet	81	16,7
	Hayır	405	83,3

Tablo 3.2.1.’e göre katılımcıların cinsiyetine bakıldığında, 379’unun (%78) kadın, 107’sinin (%22) erkek olduğu, katılımcıların ebeveynlerin durumuna bakıldığında, 332’sinin (% 68.3) sağ birlikte, 41’inin (%8,4) sağ ve ayrı, 113’ünün (%23,3) biri ya da her ikisi vefat etmiş olduğu, İşitme ile ilgili bir rahatsızlığın olması durumuna bakıldığında; 25’inin (%5,1) işitme ile ilgili bir rahatsızlığı varken, 461’inin (% 94,9) işitme ile ilgili bir rahatsızlığının olmadığı, profesyonel ruhsal yardım alma durumuna bakıldığında ise 81’inin (%16,7) yardım aldığı, 405’inin ise (%83,3)profesyonel ruhsal yardım almadığı görülmektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama araçları olarak; Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Mizofoni Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılmıştır. Demografik Bilgi Formu ve ölçekler Google Forms kullanılarak araştırmaya katılan bireyler tarafından doldurulmuştur. Uygulamada katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş, katılım için, çalışmaya katılmayı “onaylama yoluyla” gönüllülük şartını sağlaması istenmiştir.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu ile çalışma grubunda yer alan bireylerin demografik özellikleri hakkında bilgi toplanmıştır. Form; bireylerin cinsiyeti, ebeveynlerin medeni durumu, deneyimledikleri işitme rahatsızlığı, profesyonel ruhsal yardım alıp - almadıklarına yönelik bilgiler içermektedir. Demografik Bilgi Formu ve ölçekler sosyal medya (WhatsApp ve Instagram) kanalıyla Google Forms kullanılarak gönderilmiş ve araştırmaya katılan bireyler tarafından doldurulmuştur.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Yirmi sekiz maddeden oluşan ölçek çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olarak cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyutu kapsamaktadır. Çocukluk çağı travması ölçeğindeki tüm maddeler 5’li likert tipi ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmali konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri .93; Guttman yarım test katsayısı ise .97’dir (Şar ve ark., 2012). Bu ölçek son yıllarda birçok çalışmada kullanılmıştır. Örneğin; Türkgil (2021)’in “Çocukluk çağı travmaları olan yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları, ruminatif düşünce biçimi ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi” isimli yüksek lisans tezinde, Köksal (2022)’in “Ebeveynlerin çocukluk çağı ruhsal travmalarının cinsiyet ve kronik

hastalığa sahip olma açısından incelenmesi” isimli makalesinde, Karal (2023)’ın “Ergenlik dönemindeki bireylerin çocukluk çağı travmaları ile öznel iyi oluşları arasındaki ilişkisi”ni ele alan makalesinde kullanılmıştır.

3.3.3. Mizofoni Ölçeği

Araştırmada kullanılan Mizofoni Ölçeği Wu ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiş, Sakarya ve Çakmak (2022) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. 17 maddeden oluşan ölçeğin üç faktörlü yapısı vardır. Mizofoni ölçeğinde 3 alt boyut bulunmaktadır. Bunlar; ses tetikleyicileri, kaçınma davranışları, saldırganlık şeklindedir. Maddelere verilen puanların yüksekliği mizofoni düzeyin yüksekliğini gösterir (Sakarya & Çakmak, 2022). Sakarya ve arkadaşları (2023), Üniversite öğrencilerinde mizofoninin yaygınlığı ve durumluk-sürekli kaygı ile ilişkisi: kesitsel bir araştırma isimli makalelerinde, Yektatalap ve arkadaşları (2022) The prevalence of misophonia and its relationship with obsessive-compulsive disorder, anxiety, and depression in undergraduate students of shiraz university of medical sciences: a cross-sectional study isimli çalışmalarında bu ölçeği kullanmışlardır.

3.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Yiğit ve Güzey Yiğit (2019) tarafından yapılmıştır. 5’li likert tipinden oluşan ölçek 16 maddeden oluşmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği açıklık, amaçlar, dürtü kontrolü, duyguların kabulü, duygu düzenleme stratejileri olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Açıklık alt boyutu duygusal tepkilerin anlaşılabilmesi, amaçlar alt boyutu olumsuz duyguları yaşarken amaca yönelik davranışlarda bulunmada zorlanma, dürtü kontrolü alt boyutu olumsuz duyguları deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama, kabul alt boyutu duyguların kabul edilmemesi, strateji alt boyutu duygu düzenleme stratejilerinde güçlük olarak açıklanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .88 olarak saptanmıştır. Ölçeğin maddelerinden alınan puanların yüksekliği duygu düzenleme güçlüğüne yüksekliğini gösterir (Yiğit & Güzey Yiğit, 2019). Soysal (2021) “Uzamış yas: ayrılma-bireyleşme süreçleri ve duygu düzenleme güçlüğü temelinde bir inceleme” isimli makalesinde, Çobanoğlu (2021) “Duygu düzenleme güçlüğü, çocukluk çağı travmaları, empati ve bağlanma

stilllerinin, sosyal kaygı düzeyleriyle ilişkilerinin incelenmesi” isimli yüksek lisans tezinde bu ölçeği kullanmışlardır.

3.4. Verilerin Analizi

Veriler sosyal medya üzerinden Google Forms yardımıyla çevrimiçi olarak Şubat - Nisan 2024 tarihlerinde toplanmıştır. Katılımcılardan ölçekleri doldurmadan önce onamları alınmıştır.

Çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğüünün aracılık etkisi var mıdır? sorusuna yanıt aramak için Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) kullanılmıştır. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM), teorik yapıların ve bu yapıların ilişkilerinin test edilmesi ve doğrulanması için kullanılan kapsamlı bir istatistiksel yöntemdir. YEM, hem doğrudan hem de dolaylı etkileri aynı anda analiz edebilme kapasitesi ile karmaşık modellerin değerlendirilmesine olanak tanır (Kline, 2016).

Bu modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin bir kısmının aracılık yapan bir değişken üzerinden geçmesi durumuna kısmi aracılık denir. Kısmi aracılık, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin tamamen değil, kısmen aracılık değişkeni tarafından açıklanabileceğini gösterir. Bu durum, araştırmalarda değişkenler arasındaki ilişkilerin daha detaylı ve bütüncül bir şekilde anlaşılmasına olanak tanır (Baron & Kenny, 1986; Preacher & Hayes, 2008). Yapısal eşitlik modeli, sosyal bilimler, sağlık bilimleri, fen bilimleri, eğitim bilimleri gibi çeşitli disiplinlerde kullanılabilen güçlü bir istatistiksel tekniktir. Model, doğrusal regresyon analizi, faktör analizi ve yol analizi gibi geleneksel analiz yöntemlerini bir araya getirmektedir. Bu modelleme yaklaşımı, karmaşık ilişkileri ve teorik yapıları test etmek ve doğrulamak için kullanılmaktadır (Byrne, 2016; Kline, 2016; Schumacker & Lomax, 2016).

Gözlemlenen ve gizil değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek için kullanılan bu tekniğin varsayımları arasında, çok değişkenli normallik, örneklem büyüklüğünün yeterliliği, ölçüm hatalarının bağımsızlığı ve doğrusal ilişkiler yer alır (Kline, 2016). Çok değişkenli normallik, verilerin normal dağılıma uymasını gerektirir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği, modelin karmaşıklığına bağlı olarak değişir ve genellikle daha büyük örneklem tercih edilir (Hair ve ark., 2010). Ölçüm hatalarının bağımsızlığı, her bir değişkenin ölçüm hatasının diğerlerinden bağımsız olmasını ifade eder. Doğrusal ilişkiler, modeldeki değişkenler arasındaki

ilişkilerin doğrusal olmasını gerektirir. Bu varsayımlar, YEM'in geçerliliği ve güvenilirliği için kritik öneme sahiptir (Byrne, 2016). Çalışmada, aracılık öncesi veri setine ait değişkenlere ilişkin betimsel bulgular değerlendirilmiş olup farklı değişkenlerin nasıl dağıldığı ve birbirleriyle ilişkileri ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Gözlenen değişkenlere ait bulgular tablo 3.4.1'de verilmiştir.

Tablo 3.4.1 Veri Setine Ait Gözlenen Değişkenlere İlişkin Betimsel Bulgular

Örtük Değişken	Gözlenen Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Skewness / Z-skoru	Kurtosis / Z-skoru	Gözlenen Değişkenlerin Tanımlanması
MİZOFONİ	SES TETİKLEYİCİLERİ	486	5.96	1.47	1.47/.154	1.90/.307	1, 2, 3 4, 5, 6, 7
	KAÇINMA	486	5.28	1.36	1.36/.154	-.10/.307	1, 2, 3, 4, 5, 6
	SALDIRGANLIK DAVR.	486	4.25	4.09	1.02/.111	.336/.221	1, 2, 3, 4
TRAVMA	DUYGUSAL İSTİSMAR	486	7.81	3.66	1.62/.111	2.37/.221	3, 8, 14, 18, 25
	FİZİKSEL İSTİSMAR	486	6.00	2.45	3.20/.111	.10.53/.221	9, 11, 12, 15, 17
	CİNSEL İSTİSMAR	486	5.86	2.14	3.10/.111	.10.09/.221	20, 21, 23, 24, 27
	FİZİKSEL İHMAL	486	6.80	2.25	1.54/.111	.241/.221	1, 2, 4, 6, 26
	DUYGUSAL İHMAL	486	10.91	4.70	.760/.111	-.037/.221	5, 7, 13, 19, 28
DUYGU	AÇIKLIK	486	2.17	1.68	.998/.111	-.945/.221	1, 2
	AMAÇLAR	486	5.11	.3.02	.573/.111	-.493/.221	3, 7 15
	DÜRT KONTROLÜ	486	2.44	2.63	1.38/.111	-1.54/.221	4, 8 11
	DUYGULARIN KABULÜ	486	2.96	2.96	1.12 / .111	.684/.221	9, 10, 13
	DUYGU DÜZ. STRATEJİ	486	5.28	4.73	1.28/ .111	.512/.221	5, 6, 12, 14, 16

Tablo 3.4.1 incelendiğinde Mizofoni örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri arasında en yüksek ortalama 5.96 ± 1.47 ile SES TETİKLEYİCİLERİ'nde, en düşük ortalama 5.28 ± 1.36 ile KAÇINMA'da gözlemlenmiştir. Travma örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri arasında en yüksek ortalama 10.91 ± 4.70 ile DUYGUSAL İHMAL'de, en düşük ortalama 4.25 ± 4.09 ile SALDIRGANLIK DAVRANIŞLARIN'da elde edilmiştir. Duygu örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri arasında ise en yüksek ortalama 5.28 ± 4.73 ile DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ'nde, en düşük ortalama 2.17 ± 1.68 ile AÇIKLIK'ta gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, değişkenlerin ortalamaları ve standart sapmaları ile ilgili kapsamlı bir bakış sunmakta olup, farklı değişkenlerin nasıl dağıldığını ve

birbirleriyle ilişkilerini ortaya koymaktadır. Test edilen ölçme ve yapısal modelde yer alan gözlenen değişkenler arası ilişkiler tablo 3.4.2’de verilmiştir.

Tablo 3.4.2. Test Edilen Ölçme ve Yapısal Modelde Yer Alan Gözlenen Değişkenler Arası İlişkiler

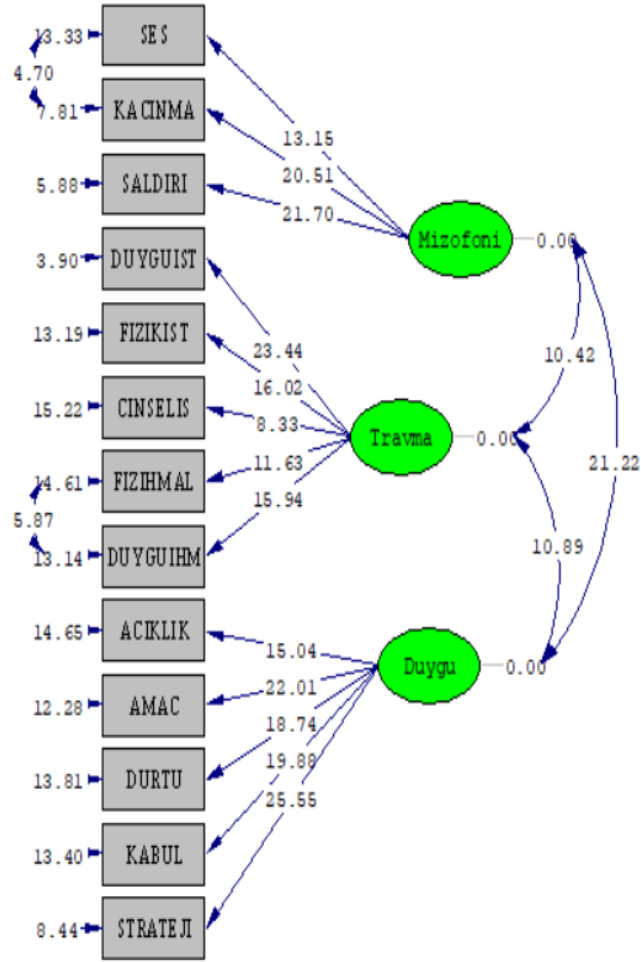
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.SES		,652**	,499**	,260**	,206**	,125**	,192**	,204**	,284**	,374**	,391**	,308**	,385**
2. KAÇINMA			,742**	,355**	,297**	,148**	,284**	,272**	,356**	,474**	,475**	,427**	,541**
3. SALDIRGANLIK				,399**	,355**	,199**	,262**	,264**	,362**	,490**	,595**	,416**	,542**
4.DUYGUSAL İSTİSMAR					,689**	,387**	,517**	,661**	,349**	,341**	,396**	,321**	,375**
5.FİZİKSEL İSTİSMAR						,304**	,431**	,453**	,171**	,231**	,302**	,166**	,256**
6.CİNSEL İSTİSMAR							,225**	,323**	,298**	,275**	,281**	,260**	,288**
7.FİZİKSEL İHMAL								,576**	,186**	,140**	,262**	,175**	,220**
8.DUYGUSAL İHMAL									,289**	,269**	,272**	,265**	,291**
9. AÇIKLIK										,547**	,505**	,547**	,586**
10. AMAÇ											,652**	,646**	,800**
11. DÜRTÜ												,644**	,723**
12. KABUL													,754**
13 STRATEJİ													

*: $p < 0,01$.

Tablo 3.4.2’de Çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü’nün aracılık rolünün incelenmesinde aracılık öncesi ölçme modelleri test edilmiştir ve ilişki sağlandığı gözlenmiştir. Böylece YEM analizleri için gerekli olan veri yapısının mevcut olduğu, gözlenen değişkenler arasındaki anlamlı ilişkilerin olması çalışmada bu modelin geçerliliği ve güvenilirliği için kritik öneme sahip olduğu söylenebilir.

İyi bir YEM analizinin ölçüm modeliyle başlaması gerekir (Sümer, 2000; Şimşek, 2007). Ölçüm modelinde gizil değişkenler tanımlanarak bütün değişkenler arasındaki yönü tanımlanmamış ilişkiler (korelasyonlar) hesaplanır. Yapısal modelde ise, gizil değişkenler ve bir gizil değişkenin göstergesi olamayan değişkenler arasındaki ilişkilerin yönü belirlenir ve bazı parametreler sabitlenir. YEM modelinin belirlenmesinde gizil değişkenler arasındaki ilişkilere ait parametrelerin yanı sıra

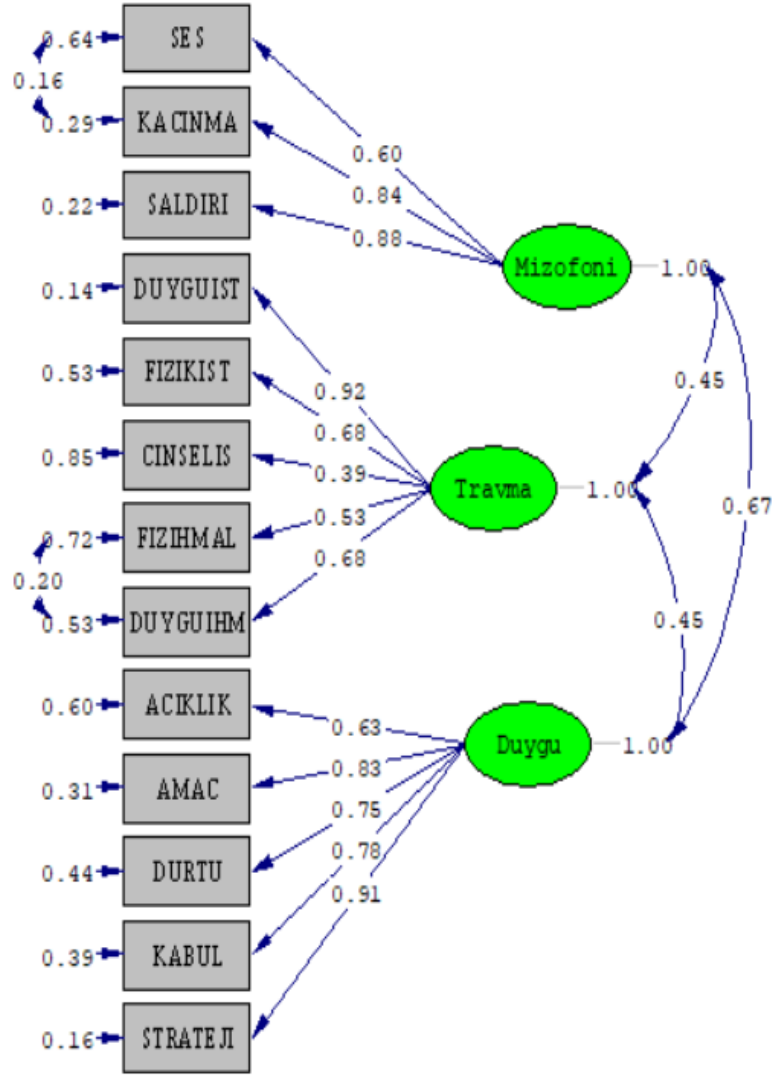
modelde yer alan bütün gösterge değişkenlerin ve hata varyanslarının belirlenmesi gerekir (Eroğlu, 2003). Verilerle ne ölçüde tutarlı olduğunu belirlemek için tüm değişkenler sisteminin eşzamanlı analizinde istatistiksel olarak test edilebilmektedir. Uyum iyiliği yeterliyse, model değişkenler arasında varsayılan ilişkileri savunmakta; yetersizse, bu tür ilişkiler reddedilmektedir (Byrne, 2016). Çalışmada bu alanyazın doğrultusunda analizler yapılmıştır. Çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolü ölçme modeline ait t değerleri şekil 2.'de verilmiştir.



Chi-Square=152.49, df=60, P-value=0.00000, RMSEA=0.056

Şekil 2. Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolü Ölçme Modeline Ait t Değerleri

Ölçme modelinin data'lara uyumunu arttırmak için FİZİKSEL İHMAL arasında DUYGUSAL İHMAL ve SES ve KAÇINMA arasında 2 (iki) adet modifikasyon yapılmıştır. Ölçme modeline ait DFA'daki t değerleri incelendiğinde değerlerin t 8.33 ile 25.56 arasında değiştiği görülmektedir. Bu değerlerin hepsinin anlamlı olduğu görülmektedir. Modele ait standardize edilmiş yol katsayıları şekil 3'te verilmiştir.



Chi-Square=152.49, df=60, P-value=0.00000, RMSEA=0.056

Şekil 3. Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracılık Rolü Ölçme modeli

Çocukluk çağı travması ile mizofoni ve duygu düzenleme güçlüğü'nün ölçme modeline ait standardize edilmiş yol katsayıları .39 ile .91 arasında değişmektedir.

Ayrıca çocukluk çağı travmaları, mizofoni ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkileri incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile mizofoni arasında ($r=.45$; $P<.001$) ve duygu düzenleme güçlüğü arasında ($r=.46$; $P<.001$) olduğu görülürken duygu düzenleme güçlüğü ile mizofoni arasında ($r=.67$; $P<.001$) dir. Ölçme modeline ait uyum iyiliği değerleri tablo 3.4.3’de verilmiştir.

Tablo 3.4.3 Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Aracılık Rolü Ölçme Modeline Ait Uyum İyiliği Değerleri

Ölçme Modeli İçin Uyum İyiliği Değerleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Gözlenen Değer	
X^2	6		152.49	
Sd			60	
X^2/sd	2	5	2.50	İyi Uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < .05$	$.05 < RMSEA < .10$	0.056	İyi Uyum
SRMR	$0 < SRMR < .05$	$.05 < SRMR < .08$	0.045	İyi Uyum
NFI	$.95 < NFI < 1$	$.90 < NFI < .95$	0.99	İyi Uyum
NNFI	$.95 < NNFI < 1$	$.90 < NNFI < .95$	0.98	İyi Uyum
CFI	$.95 < CFI < 1$	$.90 < CFI < .95$	0.99	İyi Uyum
IFI	$.95 < IFI < 1$	$.90 < IFI < .95$	0.99	İyi Uyum
RFI	$.95 < RFI < 1$	$.90 < RFI < .95$	0.97	İyi Uyum
GFI	$.95 < GFI < 1$	$.90 < GFI < .95$	0.95	İyi Uyum

Tablo 3.4.3.’te ölçme modelinin uyum iyiliği değerleri incelendiğinde, modelin genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir. Chi-square (X^2) değeri 152.49 ve serbestlik derecesi (Sd) 60 olarak verilmiştir. X^2/Sd oranı 2.50 olup, iyi uyum kriteri olan 2’nin biraz üzerine olmasına rağmen kabul edilebilir düzeydedir. RMSEA değeri 0.056, SRMR değeri ise 0.045 olarak bulunmuş olup, her ikisi de iyi uyum sınırları içinde kalmaktadır. Diğer uyum indekslerine bakıldığında, NFI (0.99), NNFI (0.98), CFI (0.99), IFI (0.99), RFI (0.97) ve GFI (0.95) değerlerinin tamamı 0.95’in üzerinde olup, bu da modelin iyi uyum sağladığını göstermektedir. Bu değerler, modelin veriye ne kadar iyi uyum sağladığını ve teorik yapının doğruluğunu desteklemektedir. Bu, modelin teorik yapısını destekleyen ve veriye iyi uyum sağladığını gösteren önemli bir bulgudur. Ölçme modelinin uyum iyiliği değerleri incelendikten sonra uyum iyilik değerler iyi uyum değer olduğu bulunduktan sonra yapısal modelin analizine geçilmiştir.

Örtük değişkenlerden mizofoni ile çocukluk çağı travması arasında. 45, mizofoni ile duygu düzenleme güçlüğü arasında. 67 ve çocukluk çağı travması ile

duygu düzenleme güçlüğü arasında. 45 ilişki bulunmuştur. Değişkenler arasında elde edilen tüm korelasyonların istatistiksel olarak anlamlı olması nedeniyle yem ve aracılık yapılmasına karar verilmiştir.

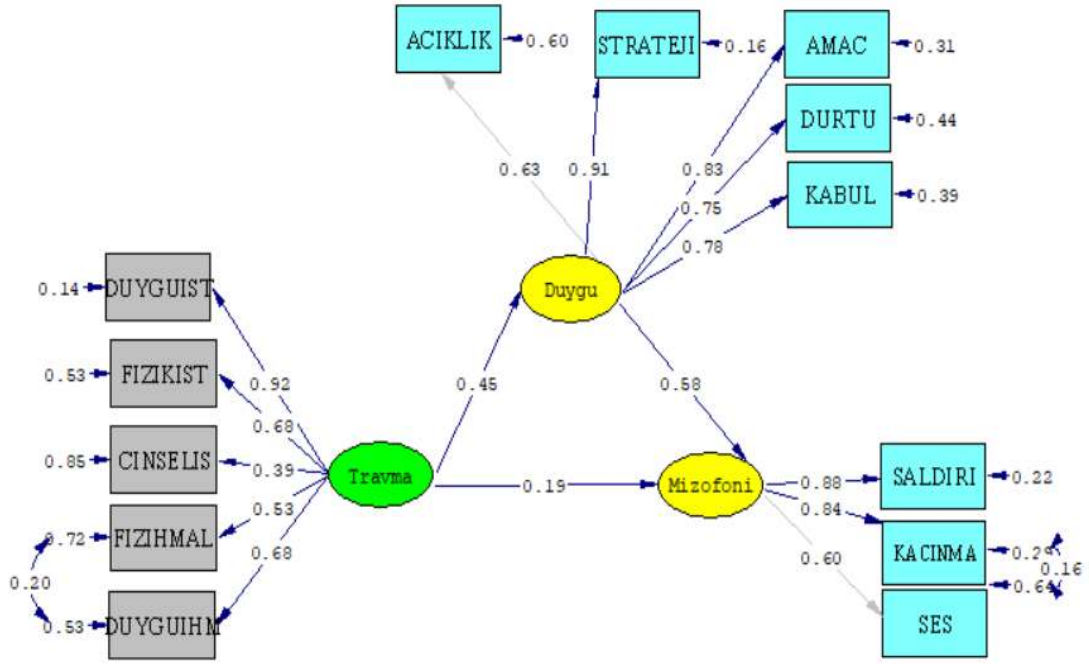
Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile veri setine ait gözlenen değişkenlere ilişkin yapılan değerlendirmelerde; datanın çarpıklığı ve basıklığı için elde edilen z-skoru değerlerinin en az birinde ± 2 değerini aştığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, verilerin normal dağılıma uygun olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar, her bir değişkenin ortalamalarını ve standart sapmalarını göstermekte olup, değişkenlerin dağılımlarını ve birbirleriyle ilişkilerini kapsamlı bir şekilde sunmaktadır.

Çocukluk çağı travması ve mizofoni değişkenlerinin çeşitli demografik değişkenler açısından manidar farklılık var mıdır? şeklindeki ikinci temel probleminin alt problemi olan “çocukluk çağı travmasının bireylerin cinsiyeti açısından bir fark var mıdır?” sorusuna yanıt aramak için frekans ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Normallik sağlanmadığından non-parametrik testlerden Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Ayrıca “bireylerin çocukluk çağı travması ile ebeveynin durumu ve bireylerin deneyimledikleri işitme rahatsızlığı arasındaki farkı” incelemek için frekans ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Burada normallik sağlandığı için ANOVA ve t-testi uygulanmıştır. “Bireylerin profesyonel ruhsal yardım almaları ile çocukluk çağı travması arasında bir fark var mıdır?” alt problemi normallığı sağlamamasına rağmen örneklem grubunun büyüklüğünden dolayı eşleştirilmiş gruplar t- testi uygulanmıştır. Bir diğer değişken olan “mizofoni ile bireylerin cinsiyeti ve profesyonel ruhsal yardım almaları arasındaki fark” incelenirken de eşleştirilmiş gruplar t- testi uygulanmıştır. “Bireylerin ebeveynlerinin durumu ve deneyimledikleri işitme rahatsızlığı ile mizofoni arasındaki farkı” incelemek için frekans ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Normallik sağlandığı için ANOVA ve t-testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmanın birinci temel problemi olan, bireylerin yaşadığı çocukluk çağı travmaları ve mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün ne düzeyde aracılık rolünü üstlendiğine ilişkin bulgular yer almaktadır. Ayrıca çalışmanın ikinci temel problemi olan bireylerin deneyimlediği çocukluk çağı travmaları ve mizofoninin cinsiyete, ebeveynlerin durumuna, bireylerin işitme rahatsızlıklarına ve profesyonel ruhsal yardım almalarına göre değişip değişmediğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracılık rolü konulduğunda yapısal model şekil 4.'te verilmiştir.



Chi-Square=152.49, df=60, P-value=0.00000, RMSEA=0.056

Şekil 4. Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Rolü Yapısal Model

Şekil 4 incelendiğinde çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ölçme modelindeki ($r: 0.45: p<0.001$) olan ilişki ($\beta: 0.19 p<0.001$)'e düşmüş olmasına rağmen yol anlamlığını yitirmemiştir. Çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün kısmi aracılık rolü olduğuna dair bulguya ulaşılmıştır. Ayrıca bu kısmi aracılık etkisinin anlamlığı incelendiğinde çocukluk çağı travmasının mizofoni üzerindeki dolaylı etkisinin .26 olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre, istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($t= 6.78; <.001$). Yapısal modele ait uyum iyiliği incelemiş ve modelin ait uyum iyiliği değerleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Revize Edilmiş Ölçme Modeli İçin Uyum İyiliği Değerleri

	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer	Yorum
X^2			152.49	
Sd			60	
X^2/sd	2	5	2.50	İyi Uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < .05$	$.05 < RMSEA < .10$	0.056	İyi Uyum
SRMR	$0 < SRMR < .05$	$.05 < SRMR < .08$	0.045	İyi Uyum
NFI	$.95 < NFI < 1$	$.90 < NFI < .95$	0.98	İyi Uyum
NNFI	$.95 < NNFI < 1$	$.90 < NNFI < .95$	0.98	İyi Uyum
CFI	$.95 < CFI < 1$	$.90 < CFI < .95$	0.99	İyi Uyum
IFI	$.95 < IFI < 1$	$.90 < IFI < .95$	0.99	İyi Uyum
RFI	$.95 < RFI < 1$	$.90 < RFI < .95$	0.97	İyi Uyum
GFI	$.95 < GFI < 1$	$.90 < GFI < .95$	0.95	İyi Uyum

Tablo 4.1.'de verilen revize edilmiş ölçme modeline göre yapılan uyum iyiliği değerlendirmeleri, modelin genel olarak iyi uyum sağladığını göstermektedir. X^2 değeri 152.49 ve serbestlik derecesi (Sd) 60 olarak belirtilmiş olup, X^2/Sd oranı 2.50 olarak hesaplanmıştır, bu da iyi uyuma işaret etmektedir. RMSEA değeri 0.056 ve SRMR değeri 0.045 olarak bulunmuş olup, her ikisi de kabul edilebilir uyum sınırları içinde kalmaktadır, bu da modelin iyi uyum sağladığını göstermektedir. Modelin diğer uyum indeksleri de incelendiğinde, NFI, NNFI, CFI, IFI ve RFI değerlerinin sırasıyla 0.98, 0.98, 0.99, 0.99 ve 0.97 olduğu görülmektedir, bu değerler 0.95'in üzerinde olduğu için iyi uyum sağlandığına işaret etmektedir. GFI değeri ise 0.95 olarak belirtilmiştir ve bu da iyi uyum sınırları içindedir. Bu sonuçlar, revize edilmiş ölçme modelinin yapısal eşitlik modellemesi açısından genel olarak iyi bir uyum sağladığını ve modelin veriye uygun olduğunu göstermektedir. Tüm uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir düzeylerde olması, modelin güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemektedir.

Çalışmanın bu bölümünde 2. temel problem olan, çocukluk çağı travması ve mizofoni değişkenlerinin çeşitli demografik değişkenler açısından anlamlı farklılık var mıdır? sorusu cinsiyete, ebeveynlerin durumuna, bireylerin işitme rahatsızlıklarına ve profesyonel ruhsal yardım almalarına ilişkin alt problemlere ait bulgulara yer verilerek değerlendirilmiştir.

Çocukluk çağı travması, demografik bilgi formunda yer alan çeşitli değişkenler açısından ele alınmış ve aşağıda buna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çocukluk çağı travmasının bireylerin cinsiyeti açısından anlamlı farklılık olup olmadığı non parametrik testlerden “*Mann Whitney-U*” ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular tablo 4.2.’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Cinsiyeti Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan “Mann Whitney-U” Sonuçları

	N	S.T.	S.O.	U	z	p
Kadın	379	250,11	94791,50	17771,500	-1,956	,051
Erkek	107	220,09	23549,50			
Toplam	486					

Tablo 4.2.’den anlaşılaçağı üzere, katılımcıların Çocukluk Çağı Travması Ölçeğinden almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucunda, gruplar arasında kadınlar lehine istatistiksel açıdan $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Değişkenler açısından yapılan ve 2. alt problem olan, bireylerin çocukluk çağı travmasının ebeveynin durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 4.3 te verilmiştir.

Tablo 4.3. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Ebeveynlerinin Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Puan	Grup	N	$\bar{x}$	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p
Ebeveyn durumu	Sağ ve Birlikte	332	1,751	,291	G.arası	,500	2	,250		
	Sağ ve Ayrı	41	1,851	,339	G.İçİ	45,956	483	,095		
	Biri ya da Her İkisi	113	1,800	,343	Toplam	46,456	485		2,626	,073
	Vefat Etmiş									
	Toplam	486								

Tablo 4.3.'te görüldüğü gibi, Çocukluk Çağı Travması Ölçeği aritmetik ortalamalarının ebeveynin durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda “ebeveynin durumu” gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2,626$; $p>.05$). Sağ ve birlikte, sağ ve ayrı, biri ya da her ikisi vefat etmiş olmak çocukluk çağı travması açısından fark yaratmamıştır.

3. alt problem olan, çocukluk çağı travması ile bireylerin deneyimledikleri işitme rahatsızlığı açısından farkı incelemek için frekans ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Burada normallik sağlandığı için t-testi uygulanmış ve Tablo 4.4.'de buna ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.4. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Deneyimledikleri İşitme Rahatsızlığı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

İşitme Rahatsızlığı	N	X	SS	Sd	t	p
Var	25	1,711	,179	484	-,992	,322
Yok	461	1,774	,314			

Tablo 4.4.'te görülebileceği üzere, Çocukluk Çağı Travması ölçeği puanlarının işitme rahatsızlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, işitme rahatsızlığı puanlarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.992$; $p>0.05$)

Çocukluk çağı travmasının bireylerin profesyonel ruhsal yardım almalarına göre bir fark var mıdır?" alt problemine ait bulgulara tablo 4.5'te yer verilmiştir.

Tablo 4.5. Çocukluk Çağı Travmasının Bireylerin Profesyonel Ruhsal Yardım Almaları Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Profesyonel Ruhsal Yardım	N	X	SS	Sd	t	p
Alan	81	1,880	,361	484	3,522	,000
Almayan	405	1,749	,293			

Tablo 4.5.'te görülebileceği üzere, Çocukluk Çağı Travması ölçeği puanlarının profesyonel ruhsal yardım alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,522$; $p<.05$)

Araştırmanın 2. temel probleminde yer alan mizofoninin çeşitli değişkenler açısından ele alınarak buna ilişkin değerlendirmelere aşağıda yer verilmiştir. Mizofoninin cinsiyet değişkeni açısından farklılığı incelenirken eşleştirilmiş gruplar t-testi uygulanmıştır ve buna ait bulgular tablo 4.6'da verilmiştir

Tablo 4.6. Mizofoninin Bireylerin Cinsiyeti Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Cinsiyet	N	X	SS	Sd	t	p
<u>Kadın</u>	379	1,565	,886	484	2,677	,008
<u>Erkek</u>	107	1,316	,716			

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi, Mizofoni ölçeği puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,677$; $p<.05$).

Mizofoninin, bireylerin ebeveynlerinin durumu değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığına ait verileri incelemek için ANOVA uygulanmış ve buna ait sonuçlar tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Mizofoninin Bireylerin Ebeveynlerinin Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans

Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ebeveyn Durumu										
	Sağ ve Birlikte	332	1,511	,848	G.arası	1,620	2	,810		
	Sağ ve Ayrı	41	1,678	,909	G.içi	354,716	483	,734		
	Biri ya da Her İkisi Vefat Etmiş	13	1,446	,861	Toplam	356,336	485		1,103	
	Toplam	486								,333

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, Mizofoni Ölçeği aritmetik ortalamalarının “ebeveynin durumu” değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda ebeveynin durumu gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1,103$; $p>0.05$).

Tablo 4.8.’de ise alt problemlerden olan mizofoninin, bireylerin deneyimledikleri işitme rahatsızlığı açısından farklılaşıp farklılaşmadığına ait verileri incelemek için t-testi uygulanmıştır.

Tablo 4.8. Mizofoninin Bireylerin Deneyimledikleri İşitme Rahatsızlığı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

İşitme Rahatsızlığı	N	X	SS	Sd	t	p
Var	25	1,656	,906	484	3,913	,000
Yok	461	1,502	,851			

Tablo 4.8.'de görülebileceği üzere, Mizofoni ölçeği puanları deneyimledikleri işitme rahatsızlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-3,913$; $p>.05$).

Araştırmanın son alt problemi olan mizofoninin bireylerin profesyonel ruhsal yardım almaları değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan t testi sonuçları tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Mizofoninin Bireylerin Profesyonel Ruhsal Yardım Almaları
Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi
Sonuçları

Profesyonel Ruhsal Yardım	N	X	SS	Sd	t	p
Alan	81	1,846	,933	484	3,913	,000
Almayan	405	1,443	,826			

Tablo 4. 9.'da görüldüğü gibi, Mizofoni ölçeği puanlarının profesyonel ruhsal yardım alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan eşleştirilmiş grup t testi sonucunda, aritmetik ortalamaları arasındaki fark ruhsal yardım alanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,913$; $p<.05$).

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Çocukluk çağı travmaları ve mizofoni olgusu arasındaki duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolünün incelendiği bu çalışmada; çocukluk çağında deneyimlenen travmaların mizofoni ile ilişkisinin olduğu ve bu olumsuz deneyimde duygu düzenleme güçlüğü'nün kısmi aracılık rolü üstlendiği ortaya konmuştur.

Bu çalışmanın birinci temel problemi olan “çocukluk çağı travmaları ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolü”ne ait sonuçlar ele alındığında bu ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün kısmi aracılık rolü üstlendiği bulgulanmıştır. Çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerde duygusal hassasiyetin fazla olmasının mizofoni sebebi olabileceği düşünülmektedir. Bu ilişkinin varlığı alanyazındaki diğer araştırmalarda da görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Hollanda, İtalya ve Kanada’da yürütülmüş olan ortak bir araştırmada çocukluk çağı travmaları ve mizofoni arasındaki ilişki de incelenmiştir. Bu geniş kapsamlı çalışmalar ile mizofoni ile diğer bozuklukların ilişkilerini incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda çocukluk çağı travması yaşayan bireylerde mizofoni görülme oranının arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgu alanyazın ile uyumludur. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile benzerlik gösteren araştırma bulguları alanyazında mevcuttur. Yapılan çalışmalar çocukluk çağı travmaları ile mizofoni ile ilişkili olabileceği ortaya koymuştur (Swedo ve ark., 2022). Mizofoni fenotipinin ve diğer bozukluklarla görülmesinin incelendiği başka bir araştırmada çocukluk çağında travmatik deneyim yaşamış olan bireylerde görüldüğü bulgusuna ulaşılmıştır (Rosenthal ve ark., 2022). Villalta ve arkadaşları (2018)’nın yaptığı farklı bir araştırmada çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme becerisini etkilediği ve bunun sonucunda ortaya mizofoni’nin de dahil olduğu bozuklukların çıkabildiği bulgusuna erişilmiştir.

Yapısal eşitlik modelinde birbirleriyle ilişkili olan değişkenler incelenerek elde edilen sonuçlara bakıldığında ortaya çıkan sonuç; çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimin duygu düzenleme becerisini etkilediği ve bu etkilenme sonucunda bireyde bir takım davranışsal veya duygusal tepkilerin ortaya çıktığıdır. söylenebilir. Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme güçlülüğün düzeyini arttırabileceği araştırmanın sonuçlarına yapılabilecek bir diğer yorum olabilir. Geçmiş yıllarda Amerika’da bir tıp fakültesinde yapılan, çocukluk çağında travmatik deneyim yaşamış olan kişilerin katıldığı araştırmada kadınların çocukluk çağında

yaşamış oldukları travmatik deneyimlerin duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkilediğini ve güçlükler yol açtığı bulgulanmıştır (Cloitre ve ark., 2005). İncelenen bir diğer çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme güçlüğüne yol açtığı ve bireyin hayatını olumsuz yönde etkileyerek kişiyi erişkinliğinde ruhsal bozukluklara daha yatkın hale getirdiği yorumu yapılmıştır (Dunn ve ark., 2018). Alanyazında incelenen araştırmalardaki bulgular elde ettiğimiz bulgular ile paralellik göstermektedir.

Yapısal eşitlik modelinde birbirleriyle ilişkili olan değişkenler incelenerek elde edilen sonuçlara bakıldığında; ortaya çıkan bir diğer sonuç ise duygu düzenleme güçlüklerinin mizofoni üzerinde etkili olduğudur. Duygu düzenleme güçlüklerinin mizofonide ortaya çıkan tepkileri etkileyebileceği ve şiddet düzeyini belirleyebileceği söylenebilir. Robbins ve arkadaşları (2020)'nın Amerika'da yaptığı araştırma da bu araştırmada elde edilen bulguyu desteklemekte olup, duygu düzenleme güçlüklerinin mizofonide ortaya çıkan tepkilerin niteliğini arttırdığı ve duygu düzenleme becerisi tam anlamıyla gelişim göstermemiş bireylerin ortaya çıkan seslere mizofoni tepkilerine benzer tepkiler verdiklerini ortaya koymuştur.

Elde edilen bulgulara göre çocukluk çağı travmalarının mizofoni üzerindeki etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisi olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmanın demografik değişkenleri ile bağımsız değişkenleri değerlendirilmiş olup; bireylerin cinsiyetinin çocukluk çağı travmaları açısından farklılaşması ele alındığında kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çocukluk çağı travmalarına kadınların daha çok maruz kaldığı söylenebilir. Bu bulgular ile alanyazındaki araştırmalarda gözlemlenen bulgular uyumludur. Avusturalya'da belirli bir ruhsal bozukluğu olmayan kişilerle yapılan araştırmada daha çok kadınların çocukluk çağı travmaları yaşadıkları verisine ulaşılmış olup araştırmacılar tarafından kadınların çocukluk çağı travma yaşama ihtimalinin erkeklere göre daha fazla olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Thomas ve ark., 2022). Pereda ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada kız çocuklarının daha fazla cinsel ve duygusal istismar, erkek çocukların ise daha fazla fiziksel istismar yaşadığını bulgulanmıştır. Finkelhor (1994) tarafından yapılan araştırmada, kız çocuklarının daha fazla cinsel ve duygusal istismar yaşama riskini arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Kız çocuklarının itaatkar ve korumasız olduğu fikri istismarcılar tarafından hedef haline getirilmelerinde önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Miller-Perrin & Perrin, 2007). Amerika'da yapılan bir

araştırmaya göre ise çocukluk çağı travmalarının cinsiyetler üzerindeki etkilerinde farklılık bulunmuştur. Erkeklerin yaşadıkları çocukluk çağı travmaları sonucunda alkol-madde bağımlılığına yatkınlaştıkları, kadınların ise daha çok ruhsal bozukluk geliştirdiği verisine ulaşılmıştır. Başka bir araştırmada ise çocukluk çağı travmalarının cinsiyet ile farklılaşmadığı, kadınların daha sık bildirdikleri şeklindedir (Meng & D'Arcy, 2016).

Bireylerin ebeveyn durumunun çocukluk çağı travmaları açısından farklılaşması ele alındığında; çocukluk çağı travmalarının ebeveynlerin durumlarından dolayı gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır. Ebeveynlerin birlikte veya ayrı olması, sağ veya vefat etmiş olmasının çocukluk çağı travmaları bağlamında bir farklılık oluşturmadığı şeklinde yorumlanabilir. Buna karşın, çocukluk çağı travmaları ve ebeveynlerin durumu arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaların sonuçları yapılan bu çalışmanın bulgularını desteklememektedir. Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada ebeveynlerin boşanmış olmalarının çocukluk çağı travmaları ile ilgili bağlantılı veriler olduğu gözlemlenmiştir ve araştırmanın yazarı tarafından ebeveynlerin boşanmış olup olmamasının çocukluk çağı travmaları ile bağlantılı olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Nelson ve ark., 2020). Amato (2000) tarafından yapılan farklı bir çalışmada, ebeveynlerin boşanma sürecinde çocuğa destek sağlayamadıkları, ihtiyaçlarını gideremedikleri ve bu sebeplerden ötürü çocukta travmatik etki gelişebileceği bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ebeveyn kaybının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi gözlemlenmiş ve bunların birbirini pekiştirdiği şeklinde yorumlanmıştır (Wray ve ark., 2022). Ebeveyn kaybının çocukta travmatik deneyim oluşturduğunu belirten çalışmalar alanyazında görülmektedir. Worden (1996) tarafından yapılan çalışmada, yaşanan kayıp sonrası çocuğun hayata uyumlanma sürecinde bozulmaların ortaya çıkması bu deneyimin travmatik bir deneyim olduğu yönünde yorumlanmıştır. Ebeveynlerin durumu değişkeninin incelendiği bir diğer çalışmada ise ebeveyn kaybının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi gözlemlenmiş ve bunların birbirini pekiştirdiği şeklinde yorumlanmıştır (Wray ve ark., 2022). Araştırmamızdan elde edilen bulguların alanyazındaki diğer araştırmaların bulguları ile tam anlamıyla paralellik göstermemesinde kültürel normların ve dini destek kaynaklarının etkili olduğu yorumu getirilebilir.

Bireylerin işitme rahatsızlıklarının çocukluk çağı travmaları açısından farklılaşması ele alındığında; çocukluk çağı travması puanları açısından işitme

rahatsızlığı olan ve işitme rahatsızlığı olmayan bireylerde anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur. Çocukluk çağı travmasının işitme rahatsızlığı olan ve işitme rahatsızlığı olmayan bireylerde anlamlı bir fark bulunmaması çocukluk çağı travmaları ile bir bağlantısı olmadığı şeklinde düşünülebilir. Çocukluk çağı travmatik deneyimler yaşayan kişilerin işitme ile ilgili rahatsızlıklarının olması sadece çocukluklarında yaşadıkları travmatik deneyimlerle açıklanamayacağı şeklinde yorumlanabilir. Alanyazında incelenen bulgular arasında görüş farklılıkları mevcuttur ve baskın bir görüşün varlığı gözlemlenememiştir. Hall ve arkadaşları (2023) tarafından Norveç'te yapılan araştırmaya göre işitme ile ilgili rahatsızlığı olan bireylerin çocukluk çağlarında travmatik deneyim yaşama olasılıklarının arttığı bulgulanmıştır. Araştırmaya katılan ve işitme ile ilgili rahatsızlığı bulunan bireylerin çoğunun çocukluk yıllarında fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldığı verisi alanyazında gözlemlenmektedir.

Li ve arkadaşları (2023) tarafından çocukluk çağı travma puanları yüksek olan bireylerle yapılan çalışmada ise çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyim işitme rahatsızlıkları ile ilişkilendirilememiştir. Travmatik deneyimlerin vücuda etkisinin de incelendiği bir çalışmada; çocukluk çağı travmaları yaşayan bireylerin beyinlerindeki işitme bölümlerinde değişiklikler saptanmış olup bu değişikliklerin sebebi travmatik deneyim ile ilişkilendirilmiştir (Teicher ve ark., 2003). Meltzer ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travmalarının bireyde depresyon, kaygı, sosyal geri çekilme gibi etkilerinin olabileceği ve işitme algısının olumsuz etkilendiği bulgulanmıştır.

Bireylerin profesyonel ruhsal yardım almalarının çocukluk çağı travmaları açısından farklılaşması ele alındığında; profesyonel ruhsal yardım alanlar lehine anlamlı farklılık saptanmıştır. Çocukluk çağı travmasının profesyonel ruhsal yardım alanlar lehine anlamlı fark göstermiş olması beklenen bir sonuçtur. Profesyonel ruhsal yardım almanın bireylerin iyi oluşlarında ve bireylerin çocukluk çağı travmaları dahil olmak üzere bir çok ruhsal sorunun azaltılmasında ve giderilmesinde önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Sonuçlar çocukluk çağı travmaları ile profesyonel ruhsal yardım alma arasında anlamlı bir ilişki olduğu şeklinde yorumlanabilir. Elde edilen bulgular yoğunlukla alanyazında desteklenmektedir. İngiltere ve Galler'de genç bireylerle yapılan araştırmada çocukluk döneminde travmatik yaşantıları olanların profesyonel ruhsal yardıma daha sık başvuru yaptıkları ve yardım arayışı içinde oldukları verisine

ulaşılmıştır (Torjesen, 2019). Craig ve arkadaşları (2023) üniversitede okuyan gençler ile yaptıkları çalışmada ise çocukluk çağı travmatik deneyimi yaşayan gençlerin akademik olarak başarılarının düştüğü ve üniversitelerinde bulunan danışmanlık merkezlerine daha fazla başvuru yaptıkları bulunmuştur. Elliot & Carnes (2001) tarafından yapılan çalışmada çocukluk çağı travmaları yaşayan kişilerin ruhsal yardım alma konusuna daha sıcak baktıkları ve bu konuda daha fazla girişim içinde oldukları bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar çocukluk çağı travmalarının bireylerde depresyon, kaygı, sosyal geri çekilme vb. etkilerinin ortaya çıkmasına sebep olduğu için (Meltzer ve ark., 2008) kişilerin çare arayışı davranışında daha çok bulunması ile açıklanabilir.

Mizofoni açısından yapılan karşılaştırmada; bireylerin mizofoninin cinsiyet açısından farklılaşması ele alındığında; kadınlar lehine anlamlı farklılık saptanmıştır. Mizofoni açısından yapılan karşılaştırmada kadınlar lehine anlamlı farklılığın ortaya konması biyolojik ve fizyolojik farklılıkların rol oynadığı ve kadınlardaki yaygınlığın erkeklere oranla daha fazla olmasında hormonal yapıların bu bozuklukta rol alabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bulgular alanyazında bulunan diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir. Mizofoninin ve semptomlarının incelendiği bir araştırmada kadınlarda mizofoninin daha fazla olduğunu ve semptomlarından olan ses tetiklenmesine daha fazla sahip olduklarının göstermiştir (Wu ve ark., 2014). Kumar ve arkadaşları (2017) tarafından mizofoninin nörolojik ve fizyolojik bağlamda incelendiği çalışmada kadınlarda seslere erkeklere oranla daha fazla fizyolojik tepki verdikleri görülmüştür. Bu bağlamda yapılan bir diğer çalışmada ise verilen duygusal tepkiler incelenmiştir. İnceleme sonucunda kadınların erkeklere oranla mizofoni tetikleyicilerine daha fazla duygusal tepkiler verdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Rouw & Erfanian, 2018). Taylor (2017) yaptığı araştırmada kadınların erkeklere göre mizofoniye daha yatkın olduğunu ve daha fazla bu bozukluğa sahip olduklarını bulgulamıştır. Edelstein ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada ise erkeklerin mizofoniye daha az rapor ettiklerini bulmuştur, bunun sebebinin ise cinsiyet rollerinin olduğu şeklinde yorumlamıştır. Brout ve arkadaşları (2018) kadınlarda daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır ve bunun sebebinin başa çıkma yöntemleri arasındaki farklar olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

Bireylerin ebeveyn durumunun mizofoni açısından farklılaşması ele alındığında; mizofoni açısından ebeveynlerin durumlarından dolayı gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır. Mizofoni açısından yapılan karşılaştırmada, ebeveynin sağ ve

birlikte olması, sağ ve ayrı olması, biri ya da her ikisinin vefat etmiş olması anlamlı farklılık yaratmamasını sebeplerinin; boşanma ve vefat konularındaki kültürel öğeler olduğu söylenebilir. Elde edilen bu veriler alanyazındaki diğer araştırma verileri ile tam anlamıyla bir paralellik göstermemektedir. Alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde aile içinde yaşanan stresin ve bununla ebeveynlerin durumunun mizofoni ile ilişkili olduğu ve hatta semptomların şiddetini de etkilediği bulgular arasında yer almaktadır (Rouw & Erfanian, 2018). Boşanmış ebeveynlere sahip bireylerde mizofoni gelişiminin daha kolay olabileceği ve içinde bulunulan sürecin doğrudan etki gösterebileceği şeklinde yorumlanmıştır (Erfanian ve ark., 2019). Schröder ve arkadaşları (2013) tarafından ebeveyn kaybının bir birey için atlatılması zor bir süreç olduğu ve bu sürecin birtakım bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabileceği, bununla birlikte mizofoni semptomlarının şiddetini etkileyebileceği ve bireyde şiddet tepkisinin ortaya çıkmasında bir etken olabileceği düşünülmüştür.

Bireylerin işitme rahatsızlıklarının mizofoni açısından farklılaşması ele alındığında; mizofoni açısından işitme rahatsızlıklarından dolayı gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır. İşitme rahatsızlığı olan ve işitme rahatsızlığı olmayan bireylerde anlamlı bir fark bulunmamasının mizofoninin işitme sürecindeki rahatsızlıkla bir ilişkide olmadığı şeklinde düşünülebilir. Alanyazında incelenen çalışmalar mizofoni ve işitme rahatsızlıklarının bağlantılarını da pek çok farklı perspektiften ele almaktadır. Mizofoni ve işitme hassasiyetinin ilişkisinin incelendiği çalışmada bu iki kavramın ilişkili olduğu ve işitme rahatsızlığı olanlarda mizofoninin ve bununla ilişkili diğer semptomların daha fazla görüldüğü bulgusuna ulaşılmıştır (Jastreboff & Jastreboff, 2002). Edelstein ve arkadaşları (2013), tarafından yapılan araştırma mizofoni belirtisi gösteren bireylerde normal duyma yetilerinin olduğunu fakat beyinlerindeki işitsel alanın daha fazla uyarıldığından dolayı bu tepkileri gösterdikleri sonucuna ulaşmıştır. Kumar ve arkadaşları (2021), mizofoni ve kulak çınlaması ilişkisini araştırmıştır. İki kavram arasında bağlantı bulunmuştur. Mizofoni ve kulak çınlaması arasındaki ilişkinin nedeninin beyine giden işitme yollarının aynı olması ve aynı beyin bölgesinde yer alması şeklinde bir yorum getirilmiştir. Sheldrake ve arkadaşları (2015) mizofoninin yaygınlık oranını incelemişlerdir. Yaptıkları bu inceleme sonucunda işitme kaybı yaşayanlarda ve işitme cihazı kullananlarda mizofoni benzeri belirtilerin ortaya çıktığını bulmuşlardır.

Bireylerin profesyonel ruhsal yardım almasının mizofoni açısından farklılaşması ele alındığında; mizofoni açısından profesyonel ruhsal yardım alma lehine gruplar arası anlamlı fark saptanmıştır. Mizofoni açısından yapılan karşılaştırmada, profesyonel ruhsal yardım alma açısından ruhsal yardım alanlar lehine anlamlı fark göstermiş olması beklenen bir sonuçtur. Bireylerin onları rahatsız eden seslere verdikleri fizyolojik, duygusal, davranışsal tepkilerin bireylerde belirgin sıkıntıya yol açtığı, bu sebeple bireylerin aldıkları profesyonel ruhsal yardımın onların iyi oluşlarına katkı sağlayabildiği söylenebilir. Alanyazında yer alan diğer araştırmaların da elde ettiğimiz bulgular ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Bernstein ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada mizofoninin yaşam kalitesini düşürdüğü ve bu sebepten dolayı bireyleri profesyonel ruhsal yardım alma yönünde harekete geçirdiği bulgulanmıştır. Rosenthal ve arkadaşları (2023) mizofoni ile ilgili yapılan araştırmada profesyonel ruhsal yardım alma oranının diğer bozukluklar ile benzer olduğu verisine erişmiştir. İleriye dönük olarak yapılan bir diğer araştırmada ise mizofoni sebebiyle profesyonel ruhsal yardım alma davranışının artabileceği yorumu yapılmıştır (Doll ve ark., 2021).

Yapılan çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulayıcılara aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin minimize edilmesi için anne - babaları ve anne- baba adaylarını bilgilendirici çalışmalar yapılması önerilebilir.
- Çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yıkıcı etkilerini engellemek için okul çağındaki bireylere yönelik travma taraması ve ortaya çıkan sonuçlara göre bireyin rehberlik servisleri tarafından profesyonel ruhsal yardıma yönlendirilmesi önerilebilir.
- Çocukluk çağındaki bireylere duygu düzenleme becerilerini geliştiren eğitim programlarının okullarda ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanması önerilebilir.
- Çocukluk çağı travmaları hakkında anne - babaları ve anne - baba adaylarını, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin ve toplumun bilinçlendirilmesi için uzmanlar tarafından eğitimler ile programların uygulanması önerilebilir. Bu konuda halk eğitim merkezlerinden destek alınabilir.

- Erken çocukluk dönemindeki çocukların duygu düzenleme becerilerini destekleyici drama çalışmalarının okul öncesi öğretmenleri ve drama eğitmenleri tarafından düzenlenmesi önerilebilir.
- Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin erken tespit edilerek profesyonel ruhsal yardım almaya yönlendirilmesi önerilebilir. Bu tespit çalışmaları Milli Eğitim Bakanlığı tarafından okullarda uzmanlar eşliğinde yapılması önerilebilir.
- Mizofoninin etkisinin azaltılmasına yönelik ruhsal yardım programlarının araştırmalar ışığında geliştirilmesi önerilebilir.
- Mizofoniye sahip bireylerle baş etme becerisini geliştirmeye yönelik atölye çalışmalarının düzenlenmesi önerilebilir.
- Çocukluk çağı travması, mizofoni, duygu düzenleme güçlüğü konusunda eğitim fakültelerinin RPD Programlarında derslerde yer verilebilir. Böylece okullarda görev alacak rehber öğretmenlerin/psikolojik danışmanların bu tür konularda sorun yaşayan öğrencileri erken yaşlarda fark etmesi ve yardım etmesi sağlanabilir.

Yapılan çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacılara aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Çocukluk çağı travmaları ile mizofoni konusunda diğer aracı faktörlerin belirlenmesi için araştırmalar yapılması önerilebilir.
- Çocukluk çağı travmaları, mizofoni ve duygu düzenleme güçlüğü konularında çalışmaların ve projelerin artırılması önerilebilir.
- Erkek katılımcıların az olmasından dolayı elde edilen sonuçların temsil gücünün yükseltilebilmesi için erkek katılımcılar üzerinde bu konudaki çalışmaların yapılması önerilebilir.
- Çocukluk çağı travmaları ile mizofoni arasındaki ilişkinin diğer aracı faktörler ile daha belirgin olarak görülmesi adına derinlemesine nitel ve/veya karma çalışmaların yapılması önerilebilir.
- Mizofoni üzerinde etkili olan diğer faktörlerin belirlenmesi için farklı yaş gruplarında yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

- Çocukluk çağı travmaları ve mizofoni açısından yaş, anne - babaların mesleği, anne - babaların eğitim durumu, anne - babaların çocuk yetiştirme tutumu vb. ile ilişkili araştırmaların yapılması önerilebilir.



I. KAYNAKÇA

Acehan, S., Avci, A., Gulen, M., Segmen, M. S., Akoglu, H., Kozaci, N., Icme, F., & Satar, S. (2016). Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 16(3), 102-106. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2016.06.001>

Aktan, D. (Ed.). (2021). *Çocukluk Çağı Travmalarının Yansıması* (2. bs). Nobel Yayınevi.

Amato, P. R. (2000). The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-1287. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x>

Appel, J. W. (1946). PREVENTIVE PSYCHIATRY: An Epidemiologic Approach. *Journal of the American Medical Association*, 131(18), 1469. <https://doi.org/10.1001/jama.1946.02870350001001>

Aspelmeier, J. E., Elliott, A. N., & Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 549-566. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.002>

Beebe, B. (2006). Co-constructing mother–infant distress in face-to-face interactions: Contributions of microanalysis. *Infant Observation*, 9(2), 151-164. <https://doi.org/10.1080/13698030600810409>

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (2011). *Childhood Trauma Questionnaire* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t02080-000>

Bernstein, R. E., Angell, K. L., & Dehle, C. M. (2013). A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: A case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6, e10. <https://doi.org/10.1017/S1754470X13000172>

Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A., & Schmitt, L. (2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 19(1), 17-26. <https://doi.org/10.1002/smi.952>

Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W. (2006). Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(1), 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.06.004>

Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>

Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2. ed., DSM-5 update [rev. and expanded ed.]). Sage.

Brout, J. J., Edelstein, M., Erfanian, M., Mannino, M., Miller, L. J., Rouw, R., Kumar, S., & Rosenthal, M. Z. (2018). Investigating Misophonia: A Review of the Empirical Literature, Clinical Implications, and a Research Agenda. *Frontiers in Neuroscience*, 12, 36. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00036>

Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S., & Williford, W. O. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: A replication study in U.S. veterans. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 57-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.012>

Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming* (Third edition). Routledge, Taylor & Francis Group.

Cavanna, A. E. (2014). What is misophonia and how can we treat it? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(4), 357-359. <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.892418>

Cavanna, A. E., & Seri, S. (2015). Misophonia: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2117. <https://doi.org/10.2147/NDT.S81438>

Cesur Soysal, G. (2021). Uzamış Yas: Ayrılma-Bireyleşme Süreçleri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Temelinde Bir İnceleme. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(2), 221-240. <https://doi.org/10.31682/ayna.716004>

Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7)

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75(2), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & Van Der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>

Craig, F., Servidio, R., Calomino, M. L., Candreva, F., Nardi, L., Palermo, A., Polito, A., Spina, M. F., Tenuta, F., & Costabile, A. (2023). Adverse Childhood Experiences and Mental Health among Students Seeking Psychological Counseling Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10), 5906. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105906>

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. O. Jacob.

Çobanoğlu, S. (2021). Duygu Düzenleme Güçlüğü, Çocukluk Çağı Travmaları, Empati Ve Bağlanma Stillerinin Sosyal Kaygı Düzeyleriyle İlişkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2007). Crisis Intervention. İçinde *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*, 3rd ed. (ss. 1-22). The Guilford Press.

Doll, C. M., Michel, C., Rosen, M., Osman, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2021). Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: A 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 432. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03435-4>

Dozier, T. H. (2015). *Etiology, composition, development and maintenance of misophonia: A conditioned aversive reflex disorder*. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.1966>

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

Dunn, E. C., Nishimi, K., Gomez, S. H., Powers, A., & Bradley, B. (2018). Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful? *Journal of Affective Disorders*, 227, 869-877. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>

Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Raundalen, M. (2000). Refugee families' experience of research participation. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 413-426. <https://doi.org/10.1023/A:1007777006605>

Edelstein, M., Brang, D., Rouw, R., & Ramachandran, V. S. (2013). Misophonia: Physiological investigations and case descriptions. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00296>

Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guide-lines for research and an integration of findings*. Pergamon Press.

Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of Nonoffending Parents to the Sexual Abuse of their Child: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>

Erfanian, M., Brout, J. J., & Keshavarz, A. (2017). Misophonia and affective disorders: The relationship and clinical perspective. *European Psychiatry*, 41(S1), S471-S471. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.539>

Erfanian, M., Kartsonaki, C., & Keshavarz, A. (2019). Misophonia and comorbid psychiatric symptoms: A preliminary study of clinical findings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(4-5), 219-228. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1609086>

Eroglu, S.A., Machleit, K.A. and Davis, L.M. (2003), Empirical testing of a model of online store atmospherics and shopper responses. *Psychology & Marketing*, 20: 139-150. <https://doi.org/10.1002/mar.10064>

Erten, E., Uney, A., & Fistikci, N. (2014). The relation between childhood trauma and bipolar disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.5455/cap.20140719110459>

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90026-4)

Ginott, H. G., Ginott, A., & Goddard, H. W. (2003). *Between parent and child: The bestselling classic that revolutionized parent-child communication* (Rev. and updated). Three Rivers Press.

Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain—A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00551>

Gordon, B. K., Jaaniste, T., Bartlett, K., Perrin, M., Jackson, A., Sandstrom, A., Charleston, R., & Sheehan, S. (2011). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision: Child/parental surveys pre-hospitalization information. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 727-733. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01190.x>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. İçinde *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. (ss. 107-133). Context Press/New Harbinger Publications.

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2014a). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. İçinde *Handbook of emotion regulation*, 2nd ed. (ss. 3-20). The Guilford Press.

Gross, J. J. (Ed.). (2014b). *Handbook of emotion regulation* (Second Edition). The Guilford Press.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>

Güler, K., & Yılmaz, M. (2021). *Çocuk Ve Ergenlerde Travma* (1. bs). Nobel Akademik Yayıncılık.

Hall, W. C., Dye, T. D. V., & Siddiqi, S. (2023). Associations of childhood hearing loss and adverse childhood experiences in deaf adults. *PLOS ONE*, 18(6), e0287024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287024>

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York.

Hammen, C. L., Rudolph, K. D., & Abaied, J. L. (2014). Child and adolescent depression. İçinde *Child psychopathology*, 3rd ed. (ss. 225-263). The Guilford Press. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.32.020181.001331>

Herbert, C. (2017). *Overcoming traumatic stress: A self-help guide using cognitive behavioral techniques* (2nd edition). Robinson.

Hermann, J. (2007). *Travma ve İyileşme: Şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre*. (11. bs). Literatür Yayınları.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>

In, P. A., & McDermott, J. F. (1976). The Treatment of Child Abuse: Play Therapy with a 4-Year-Old Child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 15(3), 430-440. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61618-6](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61618-6)

Jager, I., Vulink, N., De Roos, C., & Denys, D. (2021). EMDR therapy for misophonia: A pilot study of case series. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1968613. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1968613>

Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J. (2002). Decreased Sound Tolerance and Tinnitus Retraining Therapy (TRT). *Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 24(2), 74-84. <https://doi.org/10.1375/audi.24.2.74.31105>

Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model* (1. bs). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544989>

Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. (2023). The neurophysiological approach to misophonia: Theory and treatment. *Frontiers in Neuroscience*, 17, 895574. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.895574>

Jastreboff, P., & Jastreboff, M. (2014). Treatments for Decreased Sound Tolerance (Hyperacusis and Misophonia). *Seminars in Hearing*, 35(02), 105-120. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1372527>

Johnson, P. L., Webber, T. A., Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2013). When selective audiovisual stimuli become unbearable: A case series on pediatric misophonia. *Neuropsychiatry*, 3(6), 569-575. <https://doi.org/10.2217/npv.13.70>

Jones, E. (2004). War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939–1960. *Medical History*, 48(4), 493-510. <https://doi.org/10.1017/S0025727300007985>

Karal, E. (2023). Ergenlik Dönemindeki Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları İle Öznel İyi Oluşları Arasındaki İlişki. *International Journal of New Approaches in Social Studies*, 7(1), 48-63. <https://doi.org/10.38015/sbyy.1287792>

Karasar, N. (2017). *Bilimsel araştırma yöntemi* (32. basım). Nobel Yayın Dağıtım.

Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343-355. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj054>

Keith, K. D. (Ed.). (2013). *The encyclopedia of cross-cultural psychology*. Wiley-Blackwell, an imprint of John Wiley & Sons.

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*, 4th ed. (ss. xvii, 534). Guilford Press.

Kuijpers, P. M. J. C. (2020). Soldiers' Heart Revisited. *European Heart Journal*, 41(11), 1152-1156. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa101>

Kumar, S., Dheerendra, P., Erfanian, M., Benzaquén, E., Sedley, W., Gander, P. E., Lad, M., Bamiou, D. E., & Griffiths, T. D. (2021). The Motor Basis for Misophonia. *The Journal of Neuroscience*, 41(26), 5762-5770. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0261-21.2021>

Kumar, S., Tansley-Hancock, O., Sedley, W., Winston, J. S., Callaghan, M. F., Allen, M., Cope, T. E., Gander, P. E., Bamiou, D.-E., & Griffiths, T. D. (2017a). The Brain Basis for Misophonia. *Current Biology*, 27(4), 527-533. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2016.12.048>

Kumar, S., Tansley-Hancock, O., Sedley, W., Winston, J. S., Callaghan, M. F., Allen, M., Cope, T. E., Gander, P. E., Bamiou, D.-E., & Griffiths, T. D. (2017b). The Brain Basis for Misophonia. *Current Biology*, 27(4), 527-533. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2016.12.048>

Lampe, A., Doering, S., Rumpold, G., Sölder, E., Krismer, M., Kantner-Rumplmair, W., Schubert, C., & Söllner, W. (2003). Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 361-367. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00399-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00399-9)

Lansdown, R., Burnell, A., & Allen, M. (2007). Is it That They Won't Do it, or is it That They Can't?: Executive Functioning and Children Who Have been Fostered and Adopted. *Adoption & Fostering*, 31(2), 44-53. <https://doi.org/10.1177/030857590703100208>

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Concept. *Perspectives In Psychiatric Care*, 42(1), 13-20. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00045.x>

Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Lerner, J. S., & Keltner, D. (2001). Fear, anger, and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 146-159. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.1.146>

Levenkron, S., & Levenkron, A. (2007). *Stolen tomorrows: Understanding and treating women's childhood sexual abuse*. (s. 288). W W Norton & Co.

Levine, P. A., & Kline, M. (2008). *Trauma-proofing your kids: A parents' guide for instilling confidence, joy and resilience*. North Atlantic Books.

Li, C., Fu, P., Wang, M., Xia, Y., Hu, C., Liu, M., Zhang, H., Sheng, X., & Yang, Y. (2023). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: A moderated mediation model. *BMC Psychiatry*, 23(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04719-7>

Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Ho, C.-L., Horesh, D., Karstoft, K.-I., Shalev, A., & Kulka, R. A. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72(9), 875. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0803>

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II: Associations With Persistence of *DSM-IV* Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 124. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.187>

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-187. <https://doi.org/10.1080/0954026021000046155>

Meng, X., & D'Arcy, C. (2016). Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: A cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1), 401. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1071-7>

Micale, M. S., & Lerner, P. (Ed.). (2001). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930* (1. bs). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529252>

Miller, T. W., Kraus, R. F., Tatevosyan, A. S., & Kamenchenko, P. (1993). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents of the Armenian earthquake. *Child Psychiatry and Human Development*, 24(2), 115-123. <https://doi.org/10.1007/BF02367264>

Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2007). *Child maltreatment: An introduction* (2nd. ed). Sage Publications.

Naylor, J., Caimino, C., Scutt, P., Hoare, D. J., & Baguley, D. M. (2021). The Prevalence and Severity of Misophonia in a UK Undergraduate Medical Student Population and Validation of the Amsterdam Misophonia Scale. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 609-619. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09825-3>

Neacsu, A. D., Szymkiewicz, V., Galla, J. T., Li, B., Kulkarni, Y., & Spector, C. W. (2022). The neurobiology of misophonia and implications for novel, neuroscience-driven interventions. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 893903. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.893903>

Nelson, C. A., Bhutta, Z. A., Burke Harris, N., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*, m3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>

Oflaz, F. (2015). Travma Yaşamış Çocuk ve Gençlerin Ele Alınmasında Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 1(2), 46-51.

Okcu, E. (2016). Travmaya Maruz Kalan Çocuklarda Tssb Gelişimi Ve Şiddetiyle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri* (1. bs). Nobel Tıp Kitabevleri.

Paul, O. (1987). Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. *Heart*, 58(4), 306-315. <https://doi.org/10.1136/hrt.58.4.306>

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Möller-Leimkühler, A. M., Giupponi, G., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2010). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: A selective overview for the implications of suicide prevention. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(8), 583-600. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0108-z>

Potgieter, I., MacDonald, C., Partridge, L., Cima, R., Sheldrake, J., & Hoare, D. J. (2019). Misophonia: A scoping review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1203-1218. <https://doi.org/10.1002/jclp.22771>

Radcliffe, J., Fleisher, C. L., Hawkins, L. A., Tanney, M., Kassam-Adams, N., Ambrose, C., & Rudy, B. J. (2007). Posttraumatic Stress and Trauma History in Adolescents and Young Adults with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(7), 501-508. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0144>

Rank, O. (2001). *Doğum travması ve psikanalizdeki anlamı = Das trauma der geburt und seine bedeutung für die psychoanalyse* (S. Yücesoy, Çev.). Metis.

Reid, A. M., Guzik, A. G., Gernand, A., & Olsen, B. (2016). Intensive cognitive-behavioral therapy for comorbid misophonic and obsessive-compulsive

symptoms: A systematic case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.04.009>

Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Guetta, R., Trumbull, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2020a). The Mediating Role of Emotion Regulation Within the Relationship Between Neuroticism and Misophonia: A Preliminary Investigation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 847. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00847>

Rosenthal, M. Z., McMahon, K., Greenleaf, A. S., Cassiello-Robbins, C., Guetta, R., Trumbull, J., Anand, D., Frazer-Abel, E. S., & Kelley, L. (2022). Phenotyping misophonia: Psychiatric disorders and medical health correlates. *Frontiers in Psychology*, 13, 941898. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.941898>

Rosenthal, M. Z., Shan, Y., & Trumbull, J. (2023). Treatment of Misophonia. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 3(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2023.03.009>

Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A Large-Scale Study of Misophonia. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 453-479. <https://doi.org/10.1002/jclp.22500>

Ruppert, F. (2021). *Travma Sevgi Korku* (N. Yüce, Çev.; 1. bs). Sola Koç. Eğ. Dan. Hiz. A.Ş.

Sakarya, M., & Çakmak, E. (2022). Mizofoni Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Sınama Çalışması. *Psikoloji Çalışmaları / Studies in Psychology*, 42(1), 231-255. <https://doi.org/10.26650/SP2020-845239>

Sanei, S. (2013). *Adaptive processing of brain signals*. Wiley.

Sarigedik, E., & Yurteri, N. (2021). Misophonia Successfully Treated of With Fluoxetine: A Case Report. *Clinical Neuropharmacology*, 44(5), 191-192. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000465>

Schröder, A. E., Vulink, N. C., Van Loon, A. J., & Denys, D. A. (2017). Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *Journal of Affective Disorders*, 217, 289-294. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.017>

Schröder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2013). Misophonia: Diagnostic Criteria for a New Psychiatric Disorder. *PLoS ONE*, 8(1), e54706. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054706>

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2015). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Fourth Edition* (0 bs). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315749105>

Schwartz, M. M. (2002). Locating Trauma: A Commentary on Ruth Leys's Trauma: A Genealogy. *American Imago*, 59(3), 367-384. <https://doi.org/10.1353/aim.2002.0020>

Shalev, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, history and longitudinal course. İçinde D. Nutt, M. Stein, & J. Zohar (Ed.), *Post Traumatic Stress Disorder* (ss. 1-11). CRC Press. <https://doi.org/10.3109/9781841847207-2>

Shay, J. (1991). Learning about combat stress from Homer's *Iliad*. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 561-579. <https://doi.org/10.1002/jts.2490040409>

Sheldrake, J., Diehl, P. U., & Schaette, R. (2015). Audiometric Characteristics of Hyperacusis Patients. *Frontiers in Neurology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00105>

Siepsiak, M., & Dragan, W. (2019). Misophonia – a review of research results and theoretical concepts. *Psychiatria Polska*, 53(2), 447-458. <https://doi.org/10.12740/PP/92023>

Siepsiak, M., Sobczak, A. M., Bohaterewicz, B., Cichocki, Ł., & Dragan, W. Ł. (2020). Prevalence of Misophonia and Correlates of Its Symptoms among Inpatients with Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5464. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155464>

Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: Classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21357. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21357>

Smith, E. E. A., Guzik, A. G., Draper, I. A., Clinger, J., Schneider, S. C., Goodman, W. K., Brout, J. J., Lijffijt, M., & Storch, E. A. (2022). Perceptions of various treatment approaches for adults and children with misophonia. *Journal of Affective Disorders*, 316, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.020>

Solter, A. J. (2013). *Attachment play: How to solve children's behavior problems with play, laughter, and connection*. Shining Star Press.

Sudano, L., Banker, J., Goren, N., & Zessin, C. E. (2017). Couple Therapy. İçinde J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Ed.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (ss. 1-8). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_573-1

Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar Structural Equation Modeling: Basic Concepts and Applications. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.

Swedo, S. E., Baguley, D. M., Denys, D., Dixon, L. J., Erfanian, M., Fioretti, A., Jastreboff, P. J., Kumar, S., Rosenthal, M. Z., Rouw, R., Schiller, D., Simner, J., Storch, E. A., Taylor, S., Werff, K. R. V., Altimus, C. M., & Raver, S. M. (2022). Consensus Definition of Misophonia: A Delphi Study. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 841816. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.841816>

Şar, V., Öztürk, Psk. E., & İKiKardeş, E. (2012). Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>

Şimşek, O.F. (2007) Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ekinoks, Ankara.

Taylor, S. (2017). Misophonia: A new mental disorder? *Medical Hypotheses*, 103, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.05.003>

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>

Thomas, E. H. X., Rossell, S. L., & Gurvich, C. (2022). Gender Differences in the Correlations between Childhood Trauma, Schizotypy and Negative Emotions in Non-Clinical Individuals. *Brain Sciences*, 12(2), 186. <https://doi.org/10.3390/brainsci12020186>

Thompson, R. A. (1994a). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25. <https://doi.org/10.2307/1166137>

Thompson, R. A. (1994b). EMOTION REGULATION: A THEME IN SEARCH OF DEFINITION. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

Torjesen, I. (2019). Childhood trauma doubles risk of mental health conditions. *BMJ*, 1854. <https://doi.org/10.1136/bmj.1854>

Türkçil, B. (2021). Çocukluk çağı travmaları olan yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları, ruminatif düşünce biçimi ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul

Uluşahin, A., & Öztürk, O. (2018). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları* (15. bs). Bayt.

Ünver, H., Şişmanlar, Ş., & Karakaya, I. (2016). The Factors Affect Traumatic Stress in Child and Adolescent: A Case Series. *Yeni Symposium*, 54(2), 30. <https://doi.org/10.5455/NYS.201607021>

Üstündağ Köksal, Z. (2022). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Cinsiyet ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Açısından İncelenmesi. Akademik Platform *Eğitim Ve Değişim Dergisi*, 5(2), 182-198. <https://doi.org/10.55150/apjec.1116683>

Vakili, R., Ajilian Abbasi, M., Ghazizadeh Hashemi, S. A., Khademi, G., & Saeidi, M. (2015). Preparation a Child for Surgery and Hospitalization. *International Journal of Pediatrics*, 3(3.1). <https://doi.org/10.22038/ijp.2015.4277>

Van Der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Books.

Van Der Vegt, E. J. M., Van Der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2009). Early Childhood Adversities and Trajectories of Psychiatric Problems in Adoptees: Evidence for Long Lasting Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2), 239-249. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9272-2>

Veale, D. (2006). A Compelling Desire for Deafness. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 369-372. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj043>

Vidal, C., Vidal, L. M., & Lage, M. J. A. (2017). Misophonia: Case Report. *European Psychiatry*, 41(S1), S644-S644. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.2259>

Villalta, L., Smith, P., Hickin, N., & Stringaris, A. (2018). Emotion regulation difficulties in traumatized youth: A meta-analysis and conceptual review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 527-544. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1105-4>

Volkan, V., & Zintl, E. (2017). *Kayıptan Sonra Yaşam: “Komplike Yas ve Tedavisi”* (1. bs). Pusula Yayıncılık.

Webber, T. A., & Storch, E. A. (2015). Toward a theoretical model of misophonia. *General Hospital Psychiatry*, 37(4), 369-370. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.03.019>

Worden, J. W. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. Guilford Press.

Wray, A., Pickwell-Smith, B., Greenley, S., Pask, S., Bamidele, O., Wright, B., Murtagh, F., & Boland, J. W. (2022). Parental death: A systematic review of support experiences and needs of children and parent survivors. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjpspcare-2022-003793. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003793>

Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Misophonia: Incidence, Phenomenology, and Clinical Correlates in an Undergraduate Student Sample: Misophonia. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 994-1007. <https://doi.org/10.1002/jclp.22098>

Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3-4), 283-297. <https://doi.org/10.1080/08873260802350006>

Yektatalab, S., Mohammadi, A., & Zarshenas, L. (2022). The Prevalence of Misophonia and Its Relationship with Obsessive-compulsive Disorder, Anxiety, and Depression in Undergraduate Students of Shiraz University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 10(4), 259–268. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2022.92902.1888>

Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6), 1503-1511. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7>

Yilmaz, Y., & Hocaoglu, C. (2021). Mizofoni: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 383-393. <https://doi.org/10.18863/pgy.857018>

Yöyen, E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-267. <https://doi.org/10.24289/ijsser.274033>

Zara, A. (2018). Collective trauma cycle: The healing role of reconciliation, forgiveness and restorative justice in collective traumas (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*, 21(3), 301-311. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.36449>

Zhou, X., Wu, M. S., & Storch, E. A. (2017). Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.05.001>



II. EKLER

Ek-1: Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

2- Ailenizin durumu hangisine uygun?

Ebeveynlerim sağ ve birlikte ()

Ebeveynlerim sağ ve ayrı ()

Ebeveynlerimden biri ya da her ikisi vefat etti ()

3- İşitme ilgili bir rahatsızlığınız veya hastalığınız var mı?

Evet ()

Hayır ()

4- Şu anda sizi profesyonel bir yardım almaya yönlendiren, ruh sağlığınızla ilgili bir sorunuz var mı?

Evet ()

Hayır ()

Ek-2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar).				
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.				
1. Hiç Bir Zaman	2. Nadiren	3. Kimi zaman	4. Sık olarak	5. Çok sık
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...				
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kaldım.				
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.				
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "fipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.				
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.				
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.				
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kaldım.				
7. Sevidiğimi hissediyordum.				
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.				
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.				
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.				
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morarı ya da sıyrıklar oluyordu.				
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.				
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.				
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.				
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme,tilip kakılma vb.) inanıyorum.				
16. Çocukluğum mükemmeldi.				
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.				
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.				
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hisse derlerdi.				
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.				
21. Kendisi ile cinsel temas kumadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.				
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.				
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.				
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.				
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.				
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.				
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.				
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.				

EK-3: Mizofoni Ölçeği

MİZOFONİ ÖLÇEĞİ

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadelerden size uyanı, 0 ile 4 arasında, 0 “Kesinlikle doğru değil” ve 4 “Her zaman doğru” olacak şekilde puanlayınız.

0	1	2	3	4
Kesinlikle doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru

1. Diğer insanlara kıyasla, aşağıdaki seslere karşı hassasiyetim var:

1	Yemek yeme sesleri (örneğin: çiğneme, yutma, ağız şapırdatma, höpürdetme gibi).	0	1	2	3	4
2	Tekrar eden tıkırtılar (örneğin: kalemle masaya vurulması, ayakla yere vurulması gibi).	0	1	2	3	4
3	Hışırtılar (örneğin: plastik ya da kağıt hışırtısı gibi).	0	1	2	3	4
4	İnsanların burundan çıkardığı sesler (örneğin: soluk alma, soluk verme, burun çekme gibi).	0	1	2	3	4
5	İnsanların boğazdan çıkardığı sesler (örneğin: boğazını temizleme, öksürme gibi).	0	1	2	3	4
6	Bazı sesli ve/veya sessizler (örneğin: “k” sesi gibi).	0	1	2	3	4
7	Ortam sesleri (örneğin: saatin tik tak etmesi, buzdolabı uğultusu gibi).	0	1	2	3	4
8	Diğer: _____					

Yönerge: Eğer yukarıdaki ifadelerden herhangi biri için “1-Nadiren doğru” veya daha yüksek bir puan verdiyseniz, lütfen aşağıdaki bölüme devam ediniz ve aşağıdaki ifadeleri, 0 “Hiçbir zaman”, 4 “Her zaman” arasında olacak şekilde puanlayınız.

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman

2. Rahatsızlık veren sesin farkına vardığınızda, o ses yüzünden, ne sıklıkla;

1	Rahatsızlık veren sesin/seslerin artık duyulamayacağı bir yere gitmek için bulunduğunuz yeri terk edersiniz?	0	1	2	3	4
2	Rahatsızlık veren ses/seslerin olabileceği düşüncesiyle o sesle bağlantılı belli durum, yer, nesne ve/veya kişilerden bilinçli olarak kaçınırsınız?	0	1	2	3	4
3	Kulaklarınızı kapatırsınız?	0	1	2	3	4
4	Endişeli veya sıkıntılı olursunuz?	0	1	2	3	4
5	Üzgün veya depresif olursunuz?	0	1	2	3	4
6	Sinir olursunuz?	0	1	2	3	4

3. Rahatsızlık veren sesin farkına vardığınızda, o ses yüzünden, ne sıklıkla;

1	Şiddet içeren düşünceleriniz olur?	0	1	2	3	4
2	Öfkelenirsiniz?	0	1	2	3	4
3	Fiziksel olarak saldırganlaşırsınız?	0	1	2	3	4
4	Sözlü olarak saldırganlaşırsınız?	0	1	2	3	4
5	Diğer: _____					

Yönerge: Lütfen ses hassasiyetinizin derecesini aşağıda 1 (en az) ile 15 (çok şiddetli) arasında verilen skaladan yalnızca birini işaretleyerek belirleyiniz. İşaretlerken lütfen hassasiyetinizin olduğu seslerin sayısını, derecesini ve günlük yaşamınızı ne kadar engellediğini düşünerek cevaplayınız.

4. Eğer herhangi bir ses hassasiyetiniz yoksa lütfen burayı işaretleyiniz.

1. Normal aralık içinde minimum veya çok hafif ses hassasiyeti. Ses hassasiyetimden etkilenmeye ve onunla baş etmeye az zaman harcarım. Günlük aktivitelerimi
2. hiç ya da neredeyse hiç etkilemez.

4. Hafif derece ses hassasiyeti. Ben ve bir başkası tarafından fark edilen, hayatımı hafif
5. düzeyde etkileyen, baş edebileceğim veya kısa bir süre için etkilenebileceğim ses
6. hassasiyetidir. Başkaları tarafından kolayca tolere edilir.

7. Orta derece ses hassasiyeti. Hayatımı ciddi derecede etkileyen ve bununla baş etmek
8. ya da bundan etkilenmemek için bilinçli olarak oldukça fazla enerji sarf ettiğim ses
9. hassasiyetidir. Günlük aktivitelerimde başkalarının biraz yardımı gerekir.

10. İleri derece ses hassasiyeti. Beni engelleyen, günlük aktivitelerimi "aktif bir
11. mücadele" ye çeviren ses hassasiyetidir. Tüm zamanımı ses hassasiyetiyle baş
12. ederek ya da ondan etkilenerek geçirebilirim. Günlük aktivitelerimde başkalarının çok fazla yardımı gerekir.

13. Çok ileri derece ses hassasiyeti. Beni tümüyle engelleyen ve yemek yeme,
14. uyuma gibi aktivitelerim için yakın gözetim gerektiren ses hassasiyetidir. Bu
15. yüzden günlük aktivitelerimi yerine getirmekte zorlanırım.

Ek-4: Duygu Düzenleme G  l    l   i Kıs a Form

1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

- 0. Hemen Hemen Hiç
- 1. Bazen
- 2. Yaklaşık Yarı Yarıya
- 3. Çoğu Zaman
- 4. Hemen Hemen Her Zaman

2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.

- 0. Hemen Hemen Hiç
- 1. Bazen
- 2. Yaklaşık Yarı Yarıya
- 3. Çoğu Zaman
- 4. Hemen Hemen Her Zaman

3. Kendimi kötü hissetti imde işlerimi bitirmekte zorlanırım.

- 0. Hemen Hemen Hiç
- 1. Bazen
- 2. Yaklaşık Yarı Yarıya
- 3. Çoğu Zaman
- 4. Hemen Hemen Her Zaman

4. Kendimi kötü hissetti imde kontrolden  ıkarım.

- 0. Hemen Hemen Hiç
- 1. Bazen
- 2. Yaklaşık Yarı Yarıya
- 3. Çoğu Zaman
- 4. Hemen Hemen Her Zaman

5. Kendimi kötü hissetti imde uzun süre böyle kalacağına inanırım.

- 0. Hemen Hemen Hiç
- 1. Bazen
- 2. Yaklaşık Yarı Yarıya
- 3. Çoğu Zaman
- 4. Hemen Hemen Her Zaman

6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonu lanaca ına inanırım.

- 0. Hemen Hemen Hiç
- 1. Bazen
- 2. Yaklaşık Yarı Yarıya
- 3. Çoğu Zaman
- 4. Hemen Hemen Her Zaman

7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

8.Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

9.Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

10.Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

11.Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

12.Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

13.Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

14.Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

15.Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman
- 5.

16.Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.

0. Hemen Hemen Hiç
1. Bazen
2. Yaklaşık Yarı Yarıya
3. Çoğu Zaman
4. Hemen Hemen Her Zaman

Ek-5: Etik Kurul İzni

**T. C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

Tarih: 24.01.2024 Toplantı Sayısı: 86	Karar No: 2024/86-95		
	Dr. Öğr. Üyesi Hatice Deniz Özdemir'in yürütmeyi planladığı "Çocukluk Çağı Travması ile Mizofoni Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Öz Anlayışın Aracılık Rolünün İncelenmesi" konulu araştırma projesi incelenmiş olup, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.		
ÜYELER			
Adı soyadı /Unvan	Alanı	Bölümü	İmza
Prof. Dr. Ahmet BELCE (Etik Kurul Başkanı)	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya AD.	
Prof. Dr. Cem Oktay GÜZELLER (Etik Kurul Başkan Yard.)	Eğitim Fakültesi	Eğitim Bilimleri Bölümü	
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	
Doç. Dr. Zeynep HOŞBAY (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Manolya SAĞLAM (Üye)	Eğitim Fakültesi	İngilizce Öğretmenliği Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Merve TOKPUNAR (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Münir DEMİREL (Üye)	Diş Hekimliği Fakültesi	Protetik Diş Tedavisi AD.	

Ek-6: Ölçek Kullanım İzinleri

Ölçek Kullanım izni HK. Gelen Kutusu x

 **Mert İlgar** 6 Şub Sal 15:35 ☆
Hocam merhaba nasılsınız? Ben Mert İlgar. Yüksek lisans kapsamında yapacağım "çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu dü...

 **V** Alıcı: ben 8 Şub Per 22:54 ☆ 😊 ↩ ⋮

Kullanabilirsiniz.
...

Yasal Uyarı: Bu elektronik posta, [buradan](#) ulaşabileceğiniz Koşul ve Şartlara tabidir.
Disclaimer: This email is subject to the Terms and Conditions available [here](#).

2 ek • Gmail tarafından tarandı 📎

Copyright © 2020 by
Kıbrıs Türk Psikolojik Danışmanlık ve Araştırma
Kurumu (Kıbrıs TDPK) ve Yazarları. Tüm hakları saklıdır.
Bu belge, K. 1059/2005 sayılı Kanunla kabul edilmiştir.
Ayrıca, bu belge, K. 1059/2005 sayılı Kanunla kabul edilmiştir.
Ayrıca, bu belge, K. 1059/2005 sayılı Kanunla kabul edilmiştir.

Journal of Trauma & Dissociation
A Revised And Expanded Version Of The Turkish
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-25)
Overprotection-Child-Care As Additional Factor
Nahit Güç, Şahin Akdoğan, Feriye Kılıç & Nigide Yılmaz

Ek-7: Ölçek Kullanım İzinleri

Ölçek Kullanım İzni HK. Gelen Kutusu x



Mert İlgar

15:43 (5 gün önce) ☆

Hocam merhaba nasılsınız? Ben Mert İlgar. Yüksek lisans kapsamında yapacağım "çocukluk çağı travması ile mizofoni arasındaki ilişkide duygu dü...



Melike Guzey

13:48 (1 saat önce) ☆ 😊 ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Ölçeği memnuniyetle kullanabilirsiniz. Ekte ölçek bilgilerini içeren dosyayı bulabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

...

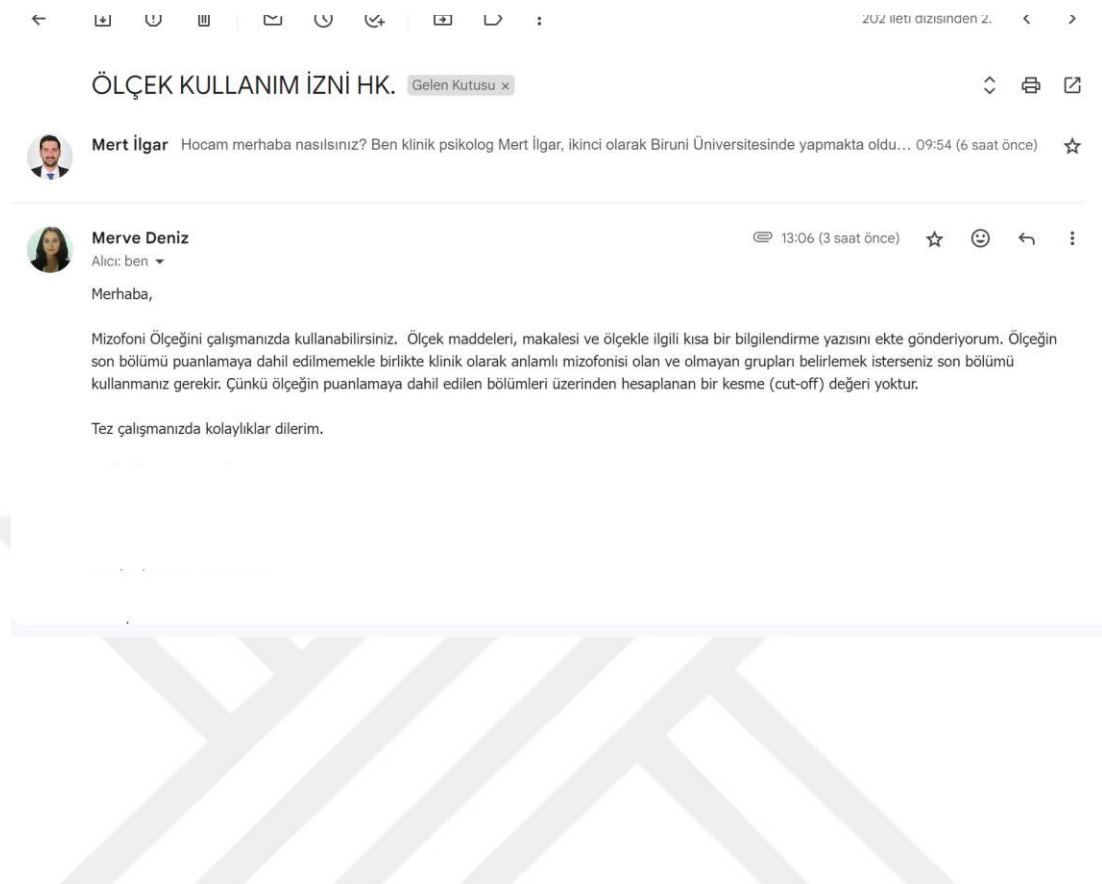
Melike Guzey, Ph.D.

Department of Psychology | Ankara University

Bir ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



Ek-8: Ölçek Kullanım İzinleri



III. İNTİHAL RAPORU

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE MİZOFONİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACILIK ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Yazar MERT İLGAR

Gönderim Tarihi: 03-Tem-2024 04:35PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2412051456

Dosya adı: MERT_I_LGAR.pdf (814.48K)

Kelime sayısı: 14301

Karakter sayısı: 98513

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE MİZOFONİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ARACILIK ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 9	% 8	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dokumen.tips İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Tezcan Hatipoglu, Zeynep. "Ergenlik Cagindaki ogrencilerin Benlik Tasarim Duzeyleri Ile Algılanan Anne Davranislari Arasindaki iliskinin Incelenmesi", Marmara Universitesi (Turkey), 2022 Yayın	<% 1

7	Erol, Fatma. "Genç Yetişkinlerde Psikosomatik Belirtilerin Karma Metodoloji İle İncelenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023 Yayın	<% 1
8	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
9	pdffox.com İnternet Kaynağı	<% 1
10	Sonmez, Asli sen. "Zihin Engelli çocukların Sosyal Becerileri İle artikulasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
11	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
12	Çetin, Dilek. "Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlıkları ile Çocukluk Çağı Travmaları ve Ototelik Kişilik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
13	isfaw2018.isfaw.org İnternet Kaynağı	<% 1
14	www.sssjournal.com İnternet Kaynağı	<% 1
	acikerisim.iku.edu.tr	

15	İnternet Kaynağı	<% 1
16	CEYLAN, Hasan Hüseyin, GENÇ, Erhan and EREM, Işıl. "Tüketicilerin internet bankacılığını benimsemesini etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile araştırılması", Anadolu Üniversitesi, 2013. Yayın	<% 1
17	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
18	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
19	www.isfaw2019.isfaw.org İnternet Kaynağı	<% 1
20	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
21	Kayışkan, Doğu. "Çevresel belirsizlik ortamında KOBİ'lerin girişimsel pazarlama faaliyetlerinin işletme performansına etkileri: İzmir ilinde bir araştırma", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
22	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
23	Submitted to Kocaeli Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

24	Submitted to Okan �niversitesi �ğrenci �devi	<% 1
25	Submitted to Eskisehir Osmangazi University �ğrenci �devi	<% 1
26	Karakus, Fatma Tosun. "Ergenlerde Algılanan Duygusal İstismar İle Sosyal Beceri Arasındaki İlişki", Marmara Üniversitesi (Turkey) Yayın	<% 1
27	earsiv.kastamonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
28	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
29	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntıları  ıkart

Kapat

Eşleşmeleri  ıkart

< 10 words

Bibliyografyayı  ıkart

Kapat