



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

OLUMSUZ ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞANTILARININ ERİŞKİNLİK DÖNEMİNDEKİ KRONİK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. BARIŞ ŞAHİN

Antalya, 2021



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

OLUMSUZ ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞANTILARININ ERİŞKİNLİK DÖNEMİNDEKİ KRONİK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Barış ŞAHİN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Yaklaşık olarak dört yıldır devam etmekte olduğum Aile Hekimliği uzmanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Eğitim aldığım süre boyunca bıkmadan, usanmadan her konuda bana destek veren, yardımlarını esirgemeyen, sorduğum her soruyu sabırla dinleyip yanıt arayan, doktorluğun sadece hastalığı bulup tedavi etmekten ibaret olmadığını anlamamı sağlayan, her fırsatta deneyimlerinden faydalandığım tez danışmanım saygıdeğer hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Tecrübesi ve bilgi birikimiyle, uzmanlık eğitimim süresince bilgisini ve deneyimlerini paylaşan, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Birlikte çalıştığımız süre her ne kadar az olsa da bilgilerinden ve tecrübelerinden istifade etme fırsatı yakaladığım sayın hocam Doç. Dr. Ethem KAVUKCU'ya,

Aile hekimliğinde asistan olarak görev aldığım süre boyunca birlikte çalışma şansı yakaladığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Verilerin analizinde bana yardımcı olan Uzman İstatistikçi Deniz HİZAY'a,

Aile hekimliği anabilim dalının vazgeçilmezleri, çalışkanlık abideleri çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR'e,

Doktor olmam için en büyük desteği veren, hayat boyu desteklerini hep hissettiğim, bu günlere gelmemi sağlayan, sadece anne baba değil aynı zamanda ilk öğretmenlerim de olan canım annem Ayşe ŞAHİN'e ve saygıdeğer babam Mehmet ŞAHİN'e,

Ailemizin her daim dış hekimi, hayat boyu yanımda olup karşılaştığımız her zorluğu beraber aştığım, sevgili kardeşim Dt. Sercan ŞAHİN'e

Yeşil pırıltılarla uçsuz bucaksız bir uçurum, durup dinlenmeden değişen ebedi madde gibi gözleriyle yaşamıma anlam katan, sevgili eşim, hayat arkadaşım, yoldaşım Dr. Gizem SEÇKİN ŞAHİN'e

İçtenlikle teşekkürlerimi bir borç bilirim...

İÇİNDEKİLER

KISATMALAR DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları Tanımı ve Genel Özellikleri	6
2.1.1 İstismar ve İhmal Kavramları	8
2.1.2 Fiziksel İstismar Tanımı ve Özellikleri	10
2.1.3 Duygusal İstismar	12
2.1.4 Akran İstismarı	14
2.1.5 Ekonomik İstismar	16
2.1.6 Cinsel İstismar	16
2.1.6.1 Ensest ve Pedofili Kavramları.....	20
2.1.7 Çocuk İhmali	23
2.2 Çocuğa Kötü Muamelenin Tarihçesi	26
2.3. Kronik Hastalıklar	29
2.4. OÇY ve Kronik Hastalıklar İlişkisi.....	33
2.4.1 OÇY ve Solunum Yolu Hastalıkları.....	40
2.4.2 OÇY ve Kardiyak Problemler.....	41
2.4.3 OÇY ve Kanser İlişkisi	44
2.4.4 OÇY ve Diyabet İlişkisi	47
2.4.5 OÇY ve Riskli Sağlık Davranışları İlişkisi.....	50
2.4.6 OÇY ve Psikopatoloji	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3.1. Etik Kurul ve İzinler.....	57
3.2. Araştırmanın Tipi	57
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi.....	57
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	57
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	58
3.6. Veri Toplama Araçları.....	58
3.7. İstatistiksel İncelemeler	58
4. BULGULAR.....	59

5. TARTIŞMA.....	81
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	118
7.ÖZET.....	123
8. ABSTRACT.....	126
9. KAYNAKLAR	129
10. EKLER	153
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı ...	153
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	154
Ek 3. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları Uluslararası Anketi (ACE-IQ).....	157
Ek 4. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının (OÇY) Erişkinlik Dönemindeki Kronik Hastalıklarla İlişkisinin Araştırılması Anketi.....	164
Ek 5. Guidance for Analysing ACE-IQ	165

KISATMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEs	Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları
ACE-IQ	Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları Uluslararası Anketi
BRFSS	Davranışsal Risk Faktörü Sörveyans Sistemi
CDC	Hastalık Kontrol Merkezi
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CRP	C-Reaktif Protein
ÇHS	Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇİİÖD	Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği
ÇİKORED	Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
DM	Diabetes Mellitus
DNA	Deoksiribonükleik Asit
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ET-1	Endotelin-1
GR	Glukokortikoid Reseptörü
HbA1c	Hemoglobin A1c
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPA	Hipotalamohipofizer Adrenal Aks
HPV	Human Papilloma Virüs
IL-6	İnterlökin-6

ILO	International Labour Organization
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
NIS	Ulusal İnsidans Çalışması
OÇY	Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları
PHS	United States Public Health Service
SAM	Sempatik Adrenal-Medulla Sistemi
SES	Sosyoekonomik Statü
TNF- α	Tümör Nekroz Faktörü Alfa
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNCRC	The United Nations Convention on the Rights of the Child
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Kontrol Grubu ve Kronik Hastalık Grubunda Hasta Özelliklerinin İncelenmesi	59
4.2. Kontrol ve Kronik Hastalık Grubunda Hasta Özelliklerinin İncelenmesi	61
4.3. ACE Puanlarına Göre Kontrol ve Hasta Grubunun İncelenmesi	62
4.4. ACE Gruplarına Göre Kontrol ve Hasta Grubunun İncelenmesi	63
4.5. Hastalıkların Dağılımı	64
4.6. Hastalık Grupları	66
4.7. Kardiyovasküler Hastalıklar ve ACE Travma Durumu	67
4.8. Endokrin Hastalıklar ve ACE Travma Durumu	68
4.9. Romatizmal Hastalıklar ve ACE Travma Durumu	69
4.10. Kanser ve ACE Travma Durumu	70
4.11. Solunum Yolu Hastalıkları ve ACE Travma Durumu	71
4.12. Nörolojik Hastalıklar ve ACE Travma Durumu	72
4.13. Üriner Sistem Hastalıkları ve ACE Travma Durumu	73
4.14. Gastrointestinal Hastalıklar ve ACE Travma Durumu	73
4.15. Psikiyatrik Hastalıklar ve ACE Travma Durumu	74
4.16. Kardiyovasküler Hastalıklar ve ACE Travma Puanları	75
4.17. Endokrin Hastalıklar ve ACE Travma Puanları	76
4.18. Romatizmal Hastalıklar ve ACE Travma Puanları	76
4.19. Kanser ve ACE Travma Puanları	77
4.20. Solunum Yolu Hastalıkları ve ACE Travma Puanları	77
4.21. Nörolojik Hastalıklar ve ACE Travma Puanları	78
4.22. Üriner Sistem Hastalıkları ve ACE Travma puanları	79
4.23. Gastrointestinal Hastalıklar ve ACE Travma Puanları	79
4.24. Psikiyatrik Hastalıklar ve ACE Travma Puanları	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Olumsuz Çocukluk Deneyimlerinin Yaşam Boyu Sağlık ve Refahı Etkilediği Mekanizma	38
2.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının sistemler üzerine etkisi	39
5.1. Kronik stres ve sonuçları	81



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının (OÇY) erişkin morbidite ve mortalitesinin önde gelen nedenleriyle ilişkili olduğu, hastaların duygusal ve fiziksel sağlığını uzun yıllar etkilediği bildirilmektedir (1,2). OÇY, çocukların yaşamın erken dönemlerinde maruz kalabilecekleri en yoğun ve sık görülen stres kaynaklarından bazılarını ifade etmektedir. Bu tür deneyimler arasında çok çeşitli istismar türleri, ihmal, ebeveynler veya bakıcılarca uygulanan şiddet, ailede alkol ve madde bağımlılığı gibi diğer ciddi ev içi işlev bozuklukları ve akran, toplum ve kolektif şiddet vardır (3). Olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının en önemlileri şiddete maruz kalma ve eş şiddetine tanıklık etme gibi şiddetle ilgili olanlardır.

Şiddet, günümüzde tüm yaş gruplarını etkileyen sosyal bir sorun haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre her yıl 1,4 milyon kişi şiddet nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Şiddet sonucu olarak ölen her bir kişi için çok daha fazla kişi yaralanmakta ve fiziksel, cinsel, üreme sağlığı ve mental sağlık sorunlarından acı çekmektedir (4,5). Yine DSÖ'ye göre her yıl 2-17 yaş arası bir milyar çocuk fiziksel, cinsel veya psikolojik şiddet ya da ihmale uğramaktadır (4). Çocukluk çağında şiddet yaşanmasının etkileri tüm yaşam boyu sağlığı ve esenliği etkilemektedir (4).

DSÖ şiddeti “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde, kendisine, bir başka kişiye, bir gruba ya da topluluğa karşı uygulanması sonucunda maruz kalan kişide/kişilerde yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlamıştır (6). Bu tanım, şiddet eylemini gerçekleştirme niyeti ile sonuçları ne olursa olsun gerçek şiddet belirtileri arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Şiddet içeren davranışlar kategorisi kişilerarası şiddet, intihar davranışları ve silahlı çatışmaları içermektedir. Şiddetin tezahürü, fiziksel şiddetin ötesine geçmekte ve tehditler, tacizler, psikolojik istismar ve ihmalî içermektedir. Bu tanıma göre, kendiliğinden olan yaralanma veya yanıklar gibi istenmeyen olaylar, şiddet içeren davranışlar kategorisine dahil değildir (7).

Çocuklara kötü muamele de dahil olmak üzere şiddetin büyüklüğünü tahmin etmek çok zordur. Suistimal edilen çocuklar genellikle deneyimlerini dile

getirmedikleri ve bu durum nadiren yetkililere bildirildiği için resmi rakamlar buzdağının sadece görünen bir kısmı olarak kabul edilir. Çocuklara yönelik kötü davranışlar, her türlü fiziksel ve duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış ve farklı sömürü biçimlerini kapsayan geniş bir şekilde düşünülmektedir. Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, çocuk istismarının evrensel bir sorun olduğunu göstermektedir (8-10).

Çocuk istismarı genel olarak, çocuğun yaşamı, sağlığı ve gelişimini olumsuz etkileyen (zarar veren ya da zarar verme olasılığı olan) her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ticari ya da başka bakımlardan sömürü olarak tanımlanmaktadır (8,9). Bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış ya da ticari amaçlı veya başka tür sömürü, çocuklara kötü muamele olarak tanımlanır (7).

Son yıllarda çocuk istismarı ve kötü muameleye yönelik gösterilen ilgi önemli ölçüde artmıştır. Birleşmiş Milletler 2006 yılındaki çocuklara yönelik şiddetle ilgili raporunda, hiçbir ülkenin bu fenomene karşı bağımsızlığı olmadığını, coğrafya, ırk, sınıf, din ve kültür sınırlarını aşan bir durum olduğunu vurgulamıştır (11).

DSÖ çocuklara karşı şiddeti 6 kategoride sınıflamaktadır:

1. **Şiddetle cezalandırma dahil kötü davranış:** Ebeveynler, bakıcılar ve diğer otorite figürleri tarafından yapılan fiziksel, duygusal, cinsel ve ruhsal/duygusal şiddet, bebeklerin, çocukların ve ergenlerin ihmal edilmesini içerir. Bu durum sıklıkla ev içinde olsa da okul ve çocuk bakımevleri gibi ortamlarda da ortaya çıkmaktadır.

2. **Zorbalık** (siber zorbalık dahil), ne kardeş olan ne de mağdurla romantik bir ilişki içinde olan başka bir çocuk veya çocuk grubu tarafından istenmeyen saldırgan davranışlardır. Tekrarlanan fiziksel, psikolojik veya sosyal zararları içerir ve genellikle okullarda ve çocukların toplandığı ve çevrimiçi olduğu diğer ortamlarda gerçekleşir.

3. **Gençlik şiddeti**, çocuklar ve 10-29 yaş arası genç yetişkinler arasında yoğunlaşır, çoğunlukla tanıdıklar ve yabancılar arasındaki topluluk ortamlarında

görülür; silahlı veya silahsız (silahlar ve bıçaklar gibi) zorbalık ve fiziksel saldırı içerir. Ayrıca çete şiddeti de bu grupta değerlendirilir.

4. **Yakın eş şiddeti** (veya aile içi şiddet), yakın bir eş veya eski eş tarafından fiziksel, cinsel ve duygusal şiddeti içerir. Erkekler de mağdur olabilseler de yakın eş şiddeti kadınları daha çok etkilemektedir. Genellikle çocuk evlilikleri ve erken / zorla evlendirilen kızlarda görülür. Romantik ve evli olan ergenler arasında bazen “flört şiddeti” olarak adlandırılan şiddet görülmektedir.

5. **Cinsel şiddet**, rıza dışı tamamlanmış veya cinsel ilişkiye girmeye teşebbüs ve temas içermeyen cinsel nitelikteki eylemleri (röntgencilik veya cinsel taciz gibi); rıza gösteremeyen veya reddedemeyen birine karşı işlenen cinsel ticaret eylemleri ve çevrimiçi sömürüyü içermektedir.

6. **Duygusal veya psikolojik şiddet**, bir çocuğun hareketlerini kötüleme, alay etme, tehdit ve korkutma, ayrımcılık, yok sayma ve diğer fiziksel olmayan düşmanca davranış biçimlerini içerir.

Biyolojik cinsiyetleri veya cinsiyet kimlikleri nedeniyle kızlara veya erkek çocuklara yöneltildiğinde, bu tür şiddetlerden herhangi biri de “**cinsiyete dayalı şiddet**” olarak adlandırılmaktadır.

Çocuklara yönelik şiddetin çocukların, ailelerin, toplumların ve ulusların sağlığı ve refahı üzerinde yaşam boyu etkileri vardır. Bu etkiler:

1. **Ölümlerle sonuçlanma:** Genellikle bıçaklar ve ateşli silahlar gibi silahları içeren cinayet, ergenlerde ilk üç ölüm nedeni arasındadır ve erkekler kurbanların ve faillerin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır.

2. **Ciddi yaralanmalara yol açma:** Her cinayet için, fiziksel kavga ve saldırı nedeniyle yaralanan yüzlerce genç erkek şiddet mağduru vardır.

3. **Beyin ve sinir sistemi gelişimini bozma:** Erken yaşta şiddete maruz kalmak beyin gelişimini bozabilir ve sinir sisteminin diğer bölümlerinin yanı sıra endokrin, dolaşım, kas-iskelet, üreme, solunum ve bağışıklık sistemleri üzerinde yaşam boyu etkileri olmaktadır. Bu nedenle, çocuklara yönelik şiddet bilişsel

gelişimi olumsuz etkileyebilmekte ve eğitim ve mesleki açıdan yetersiz başarı ile sonuçlanabilmektedir.

4. **Olumsuz başa çıkma davranışları ve sağlık riski yaratan davranışlara neden olma:** Şiddete ve diğer olumsuzluklara maruz kalan çocukların sigara içme, alkol ve uyuşturucu madde kullanma ve yüksek riskli cinsel davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca yüksek anksiyete, depresyon, diğer ruhsal sağlık sorunları ve özkıyım riskleri de artmaktadır.

5. **Jinekolojik sorunlara yol açma:** Özellikle cinsel şiddete uğrayan kızlarda istenmeyen gebelikler, istemli düşükler, human immunodeficiency virus (HIV) dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi jinekolojik sorunlar daha sık görülmektedir.

6. **Fırsatlar ve gelecek nesiller üzerine etki:** Şiddete ve diğer olumsuzluklara maruz kalan çocukların okulu bırakma, iş bulma ve işte zorlanma olasılığı daha yüksektir. Bu çocukların daha sonra da şiddet mağduru olma ya da şiddet uygulayan olma olasılıkları artmaktadır.

7. **Bulaşıcı olmayan hastalıklara katkıda bulunma:** Şiddete uğrayan çocuklar yaşlandıkça, bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanma olasılıkları artmaktadır. Kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve diğer sağlık koşulları için artan risk, büyük ölçüde şiddet ile ilişkili olumsuz başa çıkma ve sağlık riski davranışlarından kaynaklanmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, çocuklukta kötü muamelenin sağlık ve duygusal esenlik üzerindeki etkisini belgelemiştir (12).

Genlerin karmaşık bir etkileşimi ve çocuklukta ağır stresli olaylar, daha sonraki psikiyatrik ve kronik hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Erken yaşamdaki olumsuz olayların diyabet, inme ve erken mortalite ile daha kötü finansal ve eğitimsel sonuçlar için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (12,13).

DSÖ, OÇY'nin erişkinlik döneminde kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediğine dikkat çekmiş ve erişkin kişilerin bu bağlamda sorgulanmalarının önemini belirtmiştir (3). Bu amaçla kullanılması için “Olumsuz Çocukluk çağı Yaşantıları Uluslararası Anketi” (ACE-IQ) adı verilen bir anket geliştirilmiştir.

Uluslararası ACE Araştırma Ağı, tüm ülkelerdeki çocukluk çağı olumsuzluklarının ölçülmesini ve onların arasında bu tür olumsuzlukların karşılaştırılmasını; çocukluk çağı olumsuzlukları ve sağlık riski yaratan davranışları ve sonraki yaşamdaki sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin çizilmesini; çocukluk dönemindeki olumsuzlukları azaltmak için artan yatırımlar için savunuculuğu ve önleme programlarının tasarımını bilgilendirmek için bilimsel bilgiyi sağlayacak olan ACE-IQ'yu üretmiştir.

Yapılan literatür taramasında; çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve kronik hastalıklar ilişkisini inceleyen 18-65 yaş arası popülasyonda Türkiye’de yapılmış çalışma bulunamamıştır. Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği’ne başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren hastaların, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları prevalansını değerlendirmek ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına maruz kalma ile sağlık riski yaratan davranışları ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkileri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada DSÖ’nün uluslararası bir ekibin ortak çalışması ile geliştirdiği Olumsuz Çocukluk çağı Yaşantıları Uluslararası Anketi” (ACE-IQ) kullanılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları Tanımı ve Genel Özellikleri

OÇY gelecekteki şiddet mağduriyeti ve suç işleme ile yaşam boyu sağlık ve olanaklar üzerinde korkunç bir etkiye sahiptir. OÇY çocuklukta (0-17 yaş) meydana gelen potansiyel olarak travmatik olaylardır. Örneğin:

- Şiddet, istismar veya ihmal yaşamak
- Evde veya toplumda şiddete tanıklık etmek
- Bir aile üyesinin intihara teşebbüs etmesi veya ölmesi (14).

Ayrıca, çocuğun çevresinin güvenlik, istikrar ve bağlanma duygularını zayıflatabilecek yönleri olan madde kötüye kullanımı, zihinsel sağlık sorunları, ebeveynlerin ayrılması veya hane halkı üyelerinin hapisanede olması nedeniyle istikrarsızlık gibi durumlar da olumsuz yaşantı örnekleridir (14).

OÇY üç ana gruba ayrılmıştır: istismar, ihmal ve ev içi işlev bozuklukları. Her ana grup ayrıca birden çok alt kategoriye de içermektedir:

1. İstismar: Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar
2. Ev içi işlev bozuklukları: Anneye şiddet uygulanması, ailede madde bağımlılığı, ailede ruhsal hastalık, ebeveyn ayrılığı veya boşanması, hapse girmiş aile üyesi
3. İhmal: Duygusal ihmal, fiziksel ihmal (14).

OÇY tanımının yerine çocuğa uygulanan kötü muamele tanımı da sıklıkla kullanılmaktadır. Bu nedenle çocuğa uygulanan kötü muamele kavramına da değinilmesi gerekmektedir. Çocuğa yönelik kötü muamelenin ne olduğu ile ilgili birbirini destekler nitelikte olmakla birlikte farklı tanımlar ve kavramlar bulunmaktadır. Yanlış bir yaklaşımla bazen birbirlerinin yerine de bu kavramlar kullanılabilmektedir.

Çocuğa karşı yapılan davranışın ya da kötü muamelenin psiko-sosyal, duygusal, cinsel vb. amaçlarla kişisel ya da grup olarak haz alma amacıyla yapılması, çocuğun tatmin amacıyla kullanılması suiistimal anlamına gelmektedir. İkinci olarak ticari ve ekonomik bir takım maddi gelir elde etme amacıyla çocuk suistimalcilerine çocuğun servis edilmesini tüm yönleri ile içeren kavram

istismardır. Üçüncüsü de ne bir ticari kaygı ne de kişisel olarak haz alma durumu söz konusu olmayan fakat yapılan davranış sonunda çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel, psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen tutumların bütünü olarak tanımlanan ihmaldir (15).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocukların sağlığını etkileyen yaygın bir faktör olmasına rağmen çocuk istismarının evrensel bir tanımlaması bulunmamaktadır. Tanımlar, çocuğa zarar verip vermediği veya zarar görebilecek olan ama henüz zarar görmemiş çocukları da kapsayıp kapsamadığı, çocuğa zarar verme niyeti gerektirip gerektirmediği gibi bir davranışın ciddiyeti ve sıklığı gibi özellikler dahil olmak üzere çeşitli şekillerde farklılık göstermektedir (16).

OÇY yaygın olarak görülmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 25 eyalette ankete katılan yetişkinlerin yaklaşık %61'i en az bir OÇY türü yaşadıklarını ve yaklaşık altıda biri dört veya daha fazla OÇY türü yaşadıklarını bildirmiştir. OÇY ayrıca yüksek miktarda mali yük de oluşturmaktadır. Ailelere, topluluklara ve topluma ekonomik ve sosyal maliyetler her yıl yüz milyarlarca doları bulmaktadır (14).

OÇY'nin sağlık, esenlik ve fırsatlar üzerinde kalıcı, olumsuz etkileri olabilir. Bu deneyimler, yaralanma, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anne ve çocuk sağlığı sorunları, genç hamilelik, seks ticaretine dahil olma ve çok çeşitli kronik hastalıkları ve kanser, diyabet, kalp hastalığı ve intihar gibi önde gelen ölüm nedenlerini artırabilir. OÇY ile kaynakları yetersiz veya ırksal olarak ayrılmış mahallelerde yaşamak, sık taşınma ve gıda güvensizliği yaşamak gibi ilişkili koşullar toksik strese neden olabilir (14).

OÇY'den kaynaklanan toksik stres beyin gelişimini değiştirebilir ve dikkat, karar verme, öğrenme ve strese tepki gibi durumları etkileyebilir. Toksik stresle büyüyen çocuklar, sağlıklı ve istikrarlı ilişkiler kurmakta zorluk çekebilirler. Ayrıca yetişkinler olarak istikrarsız çalışma geçmişlerine sahip olabilirler ve yaşamları boyunca mali durum, iş ve depresyonla mücadele edebilirler. Bazı çocuklar, sistemik ırkçılık veya sınırlı eğitim ve ekonomik fırsatlardan kaynaklanan yoksulluğun etkileri nedeniyle tarihsel ve devam eden travmalardan kaynaklanan toksik strese daha fazla maruz kalabilirler (14).

2.1.1. İstismar ve İhmal Kavramları

Çocuğa karşı zarar verici şekilde uygulanan davranışlar temel olarak istismar ve ihmal şeklinde iki başlık altında incelenmektedir. Çocuklara uygulanan kötü muamelenin ana omurgasını oluşturan istismar ve ihmal kavramları genellikle birbirleri yerine kullanılmaktadırlar. Ancak aktif ve pasif durumlarına göre bu iki kavramı ayırmak gereklidir. İstismar aktif, ihmal ise pasif bir olgudur (17). Hem istismar hem de ihmal, çocuğun yaşam bütünlüğüne zarar verebileceğinden, çocuklara yönelik yapılacak hiçbir çalışmada ikisinden birinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Çocuk istismarını tanımlamak oldukça önemli ancak zordur. Çocuk istismarının yeterli bir tanımını yapmanın iki büyük zorluğu bulunmaktadır. Birinci zorluk, çocuk istismarının kökeninin multidisipliner doğasından kaynaklanmaktadır. Kuruluşlar ve farklı profesyoneller çocuk istismarının farklı yönlerini vurgulamaktadır. Örneğin hukuka dayalı tanımlar, gözlemlenebilir kriterleri vurgular. Öte yandan, sosyal ve psikolojik bilimler, istismarın çocuk gelişimi üzerindeki etkilerine odaklanmaktadır (18).

Çocuk istismarının uluslararası bir tanımını geliştirmedeki ikinci zorluk, çocuk yetiştirmedeki kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır (18). Örneğin gelişmemiş ülkelerin sünnet gibi geleneksel veya dini yetiştirme yöntemlerinden bazılarının diğer ülkeler tarafından çocuk istismarı olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir (19). Toplumun yapısını oluşturan bireylerin çocuk yetiştirme şekilleri, hukuksal mevzuatları, inançları, değerleri, çocuk istismarının evrensel bir tanımının oluşturulması açısından zorluk çıkartmaktadır (20). Kültürel farklılıklar nedeni ile davranışların ve inançlarının bilinmesi, bazen istismar gibi algılanan davranışın, çocuğun faydası için yapıldığını ortaya çıkarabilir. Bu nedenle bir olayın istismar olup olmadığına karar verilirken, kültürel değerlerin kabul edilebilirlik sınırları içinde olup olmadığı değerlendirilmelidir (21).

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı tarafından 1980, 1986 ve 1993 yıllarında yapılan üç Ulusal İnsidans Çalışmasının (NIS) bir sonucu olarak iki farklı tanımsal standart kabul edilmiştir. Zarar standardı, çocuk kötü muamelenin bir sonucu olarak kanıtlanabilir bir zarar gördüğünde kendini gösterir. İkinci standart tehlike olarak adlandırılır ve zararın yanı sıra şiddete tanık olmak gibi

zarar görme tehlikesini de vurgular (18). Bu iki standartla tutarlı olarak, 1985 yılında DSÖ, çocuk istismarını, “çocuğun sağlığına, gelişimine ve haysiyetine fiili veya potansiyel zararlar sonuçlanan her türlü fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal ve sömürü” olarak tanımlamıştır (22). DSÖ’ye göre, çocuk istismarı, “çocuğun sağlığını fiziksel ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek tüm davranışlar” olarak belirtilmektedir (23).

Mc Donald’a göre “Çocuk İstismarı ve ihmali” kavramı; çocukların ana-babaları gibi, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli, sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde oldukları kişiler ya da yabancılar tarafından, beden ve/veya psikolojik sağlıklarına zarar verecek, sosyal gelişimlerini engelleyecek biçimde uygulanan tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumları, ihmali, ticari amaçlı sömürüyü kapsamaktadır (8).

Çocuk istismarının bir diğer tanımı, çocuğa bakıp gözetmekten ve yetiştirmekten sorumlu olan anne ve babalar başta olmak üzere çocuğun yakınındaki kişiler tarafından ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, geçimlerinin desteklenmemesi ya da bunların yanında çocuğun fiziksel ya da psikolojik gelişimlerine zarar verici eylemlerde bulunulması şeklinde yapılmaktadır (24). Çocuk istismarı kavramı, çocuğa kötü davranma, çocuğu taciz etme, örseleme veya çocuk ezimi kavramları ile de kullanılabilmektedir (25).

Çocuk ihmal ve istismarı özetle çocuğun psiko-sosyal, fizyolojik ve cinsel gelişimini olumsuz yönde etkileyen fiziksel, duygusal ve cinsel içerikli davranışlar bütünüdür (15).

Çocuklarda görülen kötü muamelenin en yaygın şekli çocuk ihmalidir. İhmal aslında çocuğun esenliğı ve gelişimi için gerekenlerin yapılması mümkün olduğu halde yapılmamasıdır. Çocuğun ebeveynleri ya da ilgili kurumların çocuğa karşı olan temel sorumluluklarını yerine getirmemesi ihmal olarak tanımlanabilir. Çocuk ihmali ’başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi’ olarak tanımlanır (26).

İstismarı ve ihmali yalnızca aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak görmek gerekmektedir. Buna paralel olarak DSÖ de şiddeti ve şiddetin önlenmesini bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır (27).

Bu tanımlar ve incelemeler kapsamında, Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu ile 1999 DSÖ Çocuk İstismarını Önleme İstişare Toplantısı, çocuklara kötü muamelenin dört türünü tanımlamaktadır:

1. Fiziksel İstismar
2. Duygusal ve Psikolojik İstismar
3. Cinsel İstismar
4. İhmal

Bu şekilde ayrı ayrı inceleme yapmak hem birbirleriyle olan benzerliklerini hem de farklılıklarını görmek açısından son derece fayda sağlayacak ve konunun öneminin daha kolay anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Değinilmesi gereken bir başka konu, her ne kadar çocuk istismarı çeşitleri dört temel kategoriye ayrılrsa da farklı kaynaklarda farklı alt başlıklarla karşılaşılabilinmesidir. Bu nedenle çocuklara uygulanan kötü muamelenin bu dört başlığının yanı sıra çocuk üzerinde yarattıkları etkiler bakımından özellikle ekonomik istismar ve akran istismarı (akran zorbalığı) kavramlarına da değinilmesi gerekmektedir.

2.1.2. Fiziksel İstismar Tanımı ve Özellikleri

Fiziksel istismar, herhangi bir kaza durumu ile ilgisi olmayan yaralanma durumudur. Fiziksel yaralanma; çocuğu tekmelemek, yakmak, ısırarak gibi herhangi bir eylemle olabilir. Bu eylemin oluşması, çocuğun fiziksel bütünlüğünün bozulması sonucunu doğurmaktadır (28).

Yaralanmalar nedeniyle çocuğun hayati tehlikesi oluşabilir ve ölümcül sonuçlar ortaya çıkabilir. Fiziksel istismar, istismara yardımcı olacak bir araç veya cisim kullanılarak veya kullanılmadan gerçekleşebilir. Kemer, kayış, sopa, sigara vb. araçlar istismar amacıyla kullanılabilir. Araçla ya da araçsız olsun her iki tip saldırıda da çocukların bedeninde morluklar, yanıklar, kırıklar hatta iç organ hasarlanmaları da görülebilir. Fiziksel istismarı uygulayanlar genellikle çocuğun

bakımından sorumlu olan kişilerdir. Çocuk sıklıkla evde, okulda, kreşlerde, yuvalarda istismara uğrayabilmektedir (29).

Fiziksel istismar, çocuğun anne-baba, öğretmen, bakıcı gibi çocuğa bakmakla yükümlü kişiler tarafından çocuğa zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğratılması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasına neden olan kaza dışı her türlü zarar verici davranış biçimleridir (30). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi fiziksel istismarda istismarı yapan çocuğun yakınındaki bireylerdir.

Carr, fiziksel istismarı kasıtlı olarak yapılan yaralanma veya bir çocuğu zehirlemeye yönelik kasıtlı girişimler olarak tanımlamaktadır (31). Fiziksel istismar; acıya, kesiklere, kırık kemiklere ve hatta ölüme neden olabilen yumruk, dayak, tekmeleme, ısırma, yanma, sallama ve diğer davranışları içerir. Bir bakıcı tarafından bir çocuğu incitmek, kusurlu hale getirmek veya yaralamak için kasıtlı olarak fiziksel güç kullanımı anlamına da gelir (20).

Fiziksel istismar kaynaklı ölümcül sonuçlar sıklıkla; çocuğun başına darbe alması, boğulması, karın boşluğu veya karın içi yaralanmaları ve zehirlenme sonucu meydana gelmektedir. Fiziksel istismar sonucu en sık meydana gelen yaralanmalar; çocuğa elle veya bir alet kullanarak vurulması sonucu oluşan ezikler, ısırıklar, tutma-çekme sarsma, vurma, tekmeleme veya bir alet kullanarak dövme sonucu meydana gelen kırıklar, yanıklar, ağız ve göz yaralanmasıdır (32).

Fiziksel istismarın kısa vadede görülen sonuçları; yaralanmalar, morluklar ve kırıklardır. Uzun vadede görülen sonuçları ise; düşük benlik saygısı, yıkıcı ve saldırgan davranışlar, illegal davranışlar, öfke ve öç duygusu, depresyon belirtileri, okulda başarısızlık, içe kapanma, korku, endişe, madde bağımlılığıdır (33).

Çocukların hayatlarında en fazla karşılaştıkları istismar çeşidi olan fiziksel istismar, en fazla dikkat edilmesi gereken istismar türü olarak kabul edilmektedir. Fiziksel istismarın saptanması, diğer istismar türlerine göre fiziksel bulgular dolayısıyla çok daha kolay olmaktadır. Yasal olarak bakıldığında, kanıtlanabilmesi açısından da diğer türlerden ayrılmaktadır. United Nations International Children's Emergency Fund (UNİCEF) 2010 yılı verilerine göre ülkemizde 7-18 yaş grubu çocukların %43'ü fiziksel istismara uğramıştır (34).

Abant İzzet Baysal Üniversitesi öğrencileri arasında aile içi şiddetin yaygınlığı araştırılmış, öğrencilerin %29,7'sinin ailesinde şiddet olduğu ve %48,5'inin ebeveynlerinin kendi çocukluklarında fiziksel istismara uğradıkları saptanmıştır (35).

Fiziksel istismar sonuçları itibariyle sadece fiziksel bulgulardan ibaret olarak düşünülmemelidir. İstismara maruz kalan çocuklarda düşük akademik başarı, yasadışı madde kötüye kullanımı, alkolizm, çocuk ve yetişkin suçları, kişilik bozuklukları gibi psikolojik bozukluklar toplum ortalamasından çok daha sık görülmektedir. Mağdur çocuklar, hayatlarının geri kalanında kalp hastalığı, obezite, yüksek tansiyon ve kanser gibi kronik hastalıklar bakımından daha yüksek risk taşımaktadırlar (36, 37).

Bu istismar türündeki en önemli dikkati çeken nokta, çocuğun günlük oyunlarındaki yaralanmalar ile istismar dolayısıyla oluşan yaralanmalarının birbirinden ayrımının yapılmasıdır. Bu yüzden tespit edilirken gerekli olan duyarlılığının azami düzeyde gösterilmesi gereklidir.

2.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun duygusal bütünlüğünü ve iç görüşünü bozan, kişilik gelişimini zedeleyen her türlü süregelen eylem ya da eylemsizlik olarak tanımlanmaktadır. Diğer istismar türlerinin de nedeni olabilen önemli bir istismar çeşididir. Tanımlanması, fark edilmesi ve önlem alınması oldukça zor bir istismar türü olan duygusal istismar, hukuken kanıtlanmasında yaşanan zorluklar nedeniyle de en az anlaşılmış olan ve üzerinde en az çalışma yapılmış olan istismar türüdür. Çocuğun duygusal istismarı tek başına da olabilir ya da fiziksel veya cinsel istismar ile birlikte de görülebilir. Bu nedenle en sık yaşanan istismar türü olabileceği düşünülmektedir. Ancak duygusal ihmal ve duygusal istismar çok kolay fark edilebilen bir sorun olmadığından görülme oranı hakkında kesin bir sonuç verilememektedir (38).

Duygusal istismar; çocuğun ruhsal sağlığını ve gelişimini bozan, reddetme, aşağılama, tehdit etme, suçlama gibi söz ve davranışlara uzun dönemler boyu maruz kalmasıdır. Genellikle diğer istismar türleriyle birlikte ortaya çıkan bir istismar olgusu olarak karşımıza çıkar (39).

Duygusal istismar zor tanınması, diğer istismar türleriyle beraber görülüp gizlenmesi veya gözden kaçırılması, üzerinde az çalışma yapılması gibi özellikleri nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir istismar çeşididir. Çoğunlukla diğer istismar türlerine eşlik etmesi nedeniyle tespit edilemediğine yönelik genel bir yargıya varılabilir. Aile içi şiddetin var olduğu ortamlarda çocukların istismara ve özellikle de duygusal istismara maruz kalma durumlarının yüksek olacağı söylenebilir (40).

Carr' a göre duygusal istismar, bakım verenin küçük kabahatler için sık sık cezalandırma, sık eleştiri, alay, aşağılama ve tehditler, uygun akran ilişkilerinin gelişiminin sık sık engellenmesi ve çocuğu uyuşturucu kullanımına, fuhuşa, hırsızlığa veya yolsuzluğa dahil etmesi gibi bakım verenin kasıtlı davranışlarını içermektedir (31).

Duygusal istismar olarak kabul edilen davranışlar şu şekilde sıralanabilir; aşağılama, kendi çıkarına göre kullanma, reddetme, tek başına bırakma, suça itme, kendi çıkarlarına alet etme, yaşından erken yetişkin rolüne sokma (41).

Duygusal istismar çocuğun duygusal hasar yaşamasıyla oluşur. Duygusal hasarı oluşturan nedenlerden biri, çocukların kendilerine bakım veren ebeveynleri tarafından olumsuz davranış ve tutumlara maruz kalmasıdır. Diğer bir neden ise; ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve şefkatten mahrum kalmalarıdır (42).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda, aileden ve çevreden uzaklaşıp kendi içine çekilme, uyum bozukluğu, saldırgan davranışlar, bağımlı kişilik, değersizlik duygusu, gerginlik, antisosyal davranışlar, uyku bozuklukları, korku, pasiflik çoğunlukla görülmektedir (43).

İstanbul Üniversitesi öğrencileri arasında 2006 yılında yürütülen bir araştırmada, Türkiye'nin doğu illerinde doğan öğrencilerin diğerlerinden daha fazla duygusal istismar riski taşıdığı belirtilmiştir. Buna ek olarak geniş veya ayrı ailelerin fiziksel ve duygusal istismarla ilişkili olduğu, istismar ve depresyon arasında da yakın bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (44).

Türkiye' de çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmalarda, %78 gibi bir oranla duygusal istismarın ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir. Bunu %24 ile fiziksel istismar, %9 ile cinsel istismar takip etmektedir (45).

Güler ve ark. çocukların %93'ünün anneleri tarafından istismara maruz kaldığını, annelerin %81,1'inin sevgisini göstermediğini, %77,6'sının bağırıldığını, %8,4'ünün odasına kapattığı ve kapıyı kilitletiğini ve %2,1'inin el ve ayaklarını bağladığını bildirmektedir (46).

Duygusal istismarın en önemli dezavantajı ailelerin geleneksel olarak çocuk yetiştirirken, istismara yol açan uygulamaları benimsemeleridir. Toplum olarak benimsenmiş olan ritüeller nedeniyle çocuğun bakımını üstlenenlere, yapılanların yanlış olduğunu anlatmanın zorluğu duygusal istismarla mücadelede karşılaşılan büyük bir engeldir. Bu engelin aşılması için, toplumun duygusal istismar konusunda bilinç düzeyinin artırılması gerekmektedir.

2.1.4. Akran İstismarı

Çocuk, sadece ailesi veya yakın akrabaları ile olan temas içerisinde değildir. Sosyal çevresi içerisinde özellikle ergenlik döneminde sosyal değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişiklikler değişime katkıda bulunmaktadır. Ergenlik dönemindeki genç, kimliğini tanımaya çalışırken büyük oranda akranlarından ve arkadaş grubundan etkilenir. Özellikle bu dönemde saygınlık kazanmak, başkaları tarafından kabul görmek için daha önce gerçekleştirmediği riskli davranışlarda bulunabilir ve bu davranışların mağduru olabilir. İşte bu riskli davranışlardan birisi de akran istismarıdır (47).

Akran zorbalığı, sözel davranışları içeren ad takma, alay etme, kızdırma, eziyet etme, dedikodu çıkartma ile, fiziksel davranışları içeren tekmeleme, itme, eşyaları çalma ve zarar verme ile fiziksel ancak sözel olmayan davranışları içeren tehdit etme, müstehcen hareketler yapma gibi davranışları kapsayan ve çocuğun canını yakıp ona zarar veren, rencide edici saldırgan davranışlar olarak tanımlamaktadırlar. Bu da bir istismar çeşidi olarak kabul edilir (47).

Akran istismarı; daha büyük yaşta ya da fiziksel olarak daha güçlü olan çocukların kendilerinden daha güçsüz olan çocukları sürekli olarak hırpalaması, eziyet etmesi ve rahatsız etmesi şeklinde de tanımlanır (48). Başka bir tanıma göre ise akran istismarı; saldırgan pozisyonda olan bir birey ile bir kurban arasında geçen ve saldırganın kurbanı bilinçli bir biçimde baskı altına alması, acı ve sıkıntı

vermesiyle sonuçlanan, istismarcının kurbanı yaptıklarından haz aldığı ve dikkat edilmediği takdirde etkileri uzun süreli olabilen bir saldırganlıktır (49).

Sullivan ve ark. yaşanan olayın zorbalık şeklinde tanımlanması için gerekli olan 6 koşul öne sürerler:

1. Zorba olan kurban olandan daha güçlüdür
2. Bütün zorbalık davranışlarının duygusal ya da ruhsal boyutu bulunmaktadır.
3. Zorbalık; sistematik, planlı ve gizlidir.
4. Zorbalık belirli bir zaman diliminde gerçekleşir.
5. Zorbalık fırsatçılık için yapılır. Bir kere yapıldığında devamı gelir.
6. Zorbalık mağduru olan kişiler duygusal, fiziksel ve ruhsal olarak zarar görür (50).

İskandinavya’da yapılmış olan çok kapsamlı bir araştırmanın sonuçları, 7–16 yaşlarındaki 130.000 öğrencinin %5-9’unun düzenli olarak zorbalığa uğradığını raporlamıştır (51). İngiltere’de yapılan bir yüzey araştırmasının sonuçları 11-16 yaşlarındaki 4700 çocuğun %75’inin fiziksel olarak zorbalığa uğradığını ortaya koymuştur (52).

Bununla birlikte akran istismarı, uyku sorunları, huzursuzluk, panik ve gerginlik hissi, konsantrasyon bozukluğu, depresyon, okul içi uyumsuzluk, utangaçlık, içe kapanma gibi bazı sorunlara yol açabilmektedir. Uzun süre akran istismarına uğramak önceden var olan ruhsal sorunun ya da çatışmanın artmasına, genel kaygı düzeyinin yükselmesine de neden olabilmektedir (53).

Yapılan çalışmalarda saldırganlık, itaatkarlık, içine kapanıklık ve yalnızlık ile akran istismarına maruz kalma arasında pozitif ilişki olduğu, akran istismarına uğrayan çocukların depresif duygu durumu, kaygı, yatak ıslatma, iyi uyuyamama, mide ve baş ağrılarından yakındıkları, yalnızlık hissi duydukları, çeşitli sosyal ve davranışsal problemler yaşama risklerinde ciddi bir artış olduğu vurgulanmıştır (54).

Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada, 692 ortaöğretim öğrencisinin sözel, fiziksel, ruhsal ve cinsel zorbalığa uğradığı belirtilmektedir. Bununla birlikte araştırmaya göre, erkekler kızlardan daha fazla fiziksel zorbalık ve kaba hareketler, argo konuşmalar yapmışlardır (55).

Akran istismarı, çocuğun gelişim döneminde karşılaştığı önemli bir zorluktur. Özellikle yarattığı psikolojik sonuçlar nedeniyle etkisi yaşam boyu sürmektedir. Ülkemizde bu konuda yapılmış çok fazla çalışma yoktur. Bu konudaki çalışmalara daha çok yer verilmesi; akran istismarını önleme konusunda özellikle eğitim kurumlarında çalışmalar yapılması gerekmektedir.

2.1.5. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar durumunda çocuğun gereksinimleri yeteri kadar karşılanmamak; çocuk, para getirecek bir işte çalıştırılmaktadır. Yapılan tanımlarda, ekonomik istismarın çocuğun sadece para getiren bir işte veya sokakta çalıştırılması değil aynı zamanda ev işlerinde çalıştırılması şeklinde bir görüş de vardır (24). Diğer bir tanıma göre ekonomik istismar, çocuğun gelişimini engelleyici ve haklarını da ihlal edici işlerde çalıştırılması ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalıştırılması olarak tanımlanmaktadır (46).

International Labour Organization (ILO) verilerine göre, dünyada 64 milyonu kız, 88 milyonu erkek çocuğu olmak üzere toplam 152 milyon çocuk, diğer bir deyişle her 10 çocuktan biri, çocuk işçi olarak çalışmaktadır. Bu çocukların yaklaşık yarısı ise sağlıklarını ve gelişimlerini etkileyen tehlikeli işlerde çalışmakta ve sayıları 73 milyonu bulmaktadır (56). Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre Türkiye'de, 6-14 yaş grubunda ekonomik işlerde yaklaşık 1 milyon çocuk çalıştırılmaktadır (57).

Çocukların çalışma nedenleri, ülkemizin sosyal, ekonomik ve kültürel sorunları ile ilgili bulunmaktadır. Yoksulluk, köyden kente göç ve bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ve ekonomik sorunlar gibi nedenlere bağlı olarak çocuğun ucuz iş gücü olarak çalıştırılması sorunu ortaya çıkmaktadır. Henüz gelişim çağındaki olan çocuklar, eğitim çağındaki bu haklarından yoksun kalmakta, ekonomik istismar ve sağlıksız çalışma şartları nedeniyle sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (27).

2.1.6. Cinsel İstismar

Çocukluk çağı cinsel istismarı, tarih boyunca var olduğu bilinen, ancak sanki hiç karşılaşılmamış gibi davranılan, yok varsayılan çok büyük bir sorundur.

Günümüzde 21. yüzyıl koşullarında kitle iletişim araçlarının artması, konuya yönelik toplum bilincinin yükselmesi ve hukuki düzenlemeler sayesinde cinsel istismar sorunu üzerinde çok daha fazla durulmaya başlanmıştır. Çocukluk çağı cinsel istismarına verilen önem sayesinde istismarla ilgili araştırmaların çoğunun cinsel istismar konusu üzerinde olduğu görülmektedir (58,59).

Cinsel istismar ile ilgili önemli bir sorun, doğru bir tanımlama yapılmaz ise, cinsel istismar durumunu kanıtlamada veya tanısını koymada yanlışlıklar yapılabileceği için tanımlamanın doğru yapılmasıdır. Farklı kaynaklarda çok farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Cinsel davranışın nasıl tanımlandığına, cinsel deneyimin olup olmadığına, suçlu ile kurban arasındaki yaş farkına göre de cinsel istismarı farklı tanımlayanlar bulunmaktadır. Glaser’a göre cinsel istismar: “Gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve erişkinin tam olarak anlayamadıkları, bilgilendirilerek rıza gösterme yetisine sahip olmadıkları veya sosyal tabu ve aile rollerini çiğneyen cinsel aktivitelerde yer almalarıdır” (58). Başka bir tanım ise, çocuğun cinsel istismarı; yetişkinlerin cinsel doyum için çocukla ilişki kurması, para için fuhuş ve pornografiye yöneltmesi şeklindedir. Baysal’ın tanımı ise; çocuğun erişkin tarafından cinsel uyarım, cinsel doyum için kullanılmasıdır. Irza geçme, ırza geçmeye kalkışma, sarkıntılık, teşhircilik, laf atma ve enstest eylemlerini içermektedir (59).

Bugüne kadar yapılmış olan en geniş tanımlama Çocuk İstismarı ve İhmali Ulusal Merkezi’nce yapılan tanımlamadır. Bu tanıma göre cinsel istismar “Bir çocuk ve erişkin arasında, erişkinin çocuğu cinsel uyarılma amacıyla kullanması ile gerçekleşen temas ya da etkileşim”dir. Bu tanımlama, yaşı erişkin olmasa da suçu işleyen istismara uğrayandan en az 5 yaş daha büyük olması ya da çocuk üzerinde güç ve kontrolünün bulunması durumlarını da içerir. En basit ifadeyle cinsel istismar çocukların, yetişkinlerin cinsel doyumunu için kullanılmalarıdır (60).

Çocukluk çağı cinsel istismarı oldukça kapsamlı bir sorundur. Kapsadığı geniş alan nedeniyle sadece çocuk veya istismarcı açısından konuyu değerlendirmenin doğru olmadığı kabul edilmektedir. Bu nedenle Kara ve ark. geniş bir tanımlama yapmayı tercih etmişlerdir. Onlar çocuk istismarını, karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal olarak çok kapsamlı bir sorun olarak tanımlamaktadırlar (61). Bu yaklaşımın önemi

OÇY'nin temel bir içeriği olan cinsel istismarın basit bir olay olmadığına ve sadece bir tanımlamayla anlatılamayacağına vurgu yapmasıdır. Olay gerçekleşir gerçekleşmez ele alınması gereken birçok parametre bulunmakta, toplumsal bir olgu olması nedeniyle acil müdahale gerekmektedir.

Güncel bir tartışma konusu olması nedeniyle özellikle değinilmesi gereken konu da çocuğun bu eylem için rızasının aranıp aranmayacağı konusudur. Ancak çocuk, gelişimsel olarak bakıldığında yaşadığı eylemin ne olduğunu kavrayabilecek bilişsel olgunluğa henüz ulaşmadığından, yetişkin bir insanda olduğu gibi rıza olup olmadığını sorgulamak kesinlikle yanlış bir yaklaşım olacaktır ve uygun görülmeceği kabul edilmektedir.

Cinsel istismar; temas içermeyen, cinsel dokunma, oral-genital seks, interfemoral ilişki, seksüel penetrasyon, cinsel sömürü, başka istismar türlerini de içeren cinsel istismarlar şeklinde 7 kısımda değerlendirilmektedir:

1. Seksi konuşma: İstismarcının, çocuğun cinsel özelliklerine yönelik veya çocuk üzerinde gerçekleştirmeyi istediği cinsel faaliyetleri anlattığı ve başka cinsel öneri ve yorumlarda bulunduğu konuşma türüdür.
2. Teşhir: İstismarcının kurbanı göğüs, penis, vajina, anüs gibi özel bölgelerini gösterdiği ve/veya mağdurun önünde mastürbasyon yaptığı istismar türüdür.
3. Röntgencilik: İstismarcının açıkça veya gizli olarak kurbanı soyunurken veya istismarcıyı cinsel olarak tatmin eden aktivitelerde bulunurken gözlemesidir.
4. Cinsel Dokunma: Vücudun özel bölgelerine yapılan herhangi bir dokunmadır.
5. Oral-Genital Seks: İstismarcının çocuğun genital organlarını yalaması, öpmesi, emmesi veya ısırması veya çocuğun oral yoldan kendisiyle birleşmesini sağlamasıdır.
6. Interfemoral İlişki: İstismarcının penisini çocuk mağdurun bacakları arasına yerleştirdiği ilişki türüdür.
7. Seksüel Penetrasyon: İstismarcının kurbanın bir vücut deliği açıklığına girişi ile gerçekleşir (62).

Kadın ve erkek cinsiyetler cinsel istismar açısından ayrı ayrı incelendiğinde genellikle suçlu olan kişinin erkek, mağdur ise kadın olduğu durumla

karşılaşılmaktadır. Ama farklı ülkelerde tutarsız sonuçlar da gözlenmektedir. Dünya genelindeki 22 ülke ve 65 araştırmanın sonuçları ile oluşturulan bir meta analiz çalışmasında (63) cinsel istismar prevalansı kadınlarda %19,7; erkeklerde %7,9 olarak bildirilmiştir. Afrika'da yüksek prevalans oranları bildirilirken Avrupa'da oranlar en düşüktür. Dünya genelinden farklı olarak Afrika kıtasında en yüksek oranlar kadınlar için %43,7; erkekler için %60,9 ile Güney Afrika'da; en düşük oranlar ise her iki cinsiyet için de %0,6 olarak Fransa'da saptanmıştır.

Dünya çapında 1980-2008 yılları arasında yayınlanmış toplam 217 yayının değerlendirildiği kapsamlı bir meta analiz çalışmasında (64), 331 bağımsız örneklemden 9.911.748 katılımcı dâhil edilmiş ve küresel cinsel istismar prevalansı %11,8 bulunmuştur. Kadınlarda bu oran %18,0, erkeklerde ise %7,6 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ayrıca ülkelerin sosyoekonomik durumları ile cinsel istismar prevalansları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ekonomik iyiliğin, erkekler için prevalans oranlarını düşürdüğü, kadınlar için herhangi bir etkide bulunmadığı saptanmıştır.

Dünya genelinde 24 ülkeden sadece çocuk ve/veya ergenleri içeren, böylece hatırlama yanlılığını azaltan, 55 araştırmanın gözden geçirildiği bir derlemede (65) çocukluk çağı cinsel istismar prevalansının kızlarda %8-31, erkeklerde ise %3-17 arasında değiştiği gösterilmiştir. Cinsel istismar türleri açısından; 18 yaşın altında temas içermeyen cinsel istismar kızlarda %31, erkeklerde %17, temas içeren cinsel istismar kızlarda %13, erkeklerde %6 ve penetrasyon kızlarda %9, erkeklerde %3 oranında saptanmıştır. Birden fazla tür cinsel istismara uğrama yaygınlığı ise kızlarda %15, erkeklerde ise %8'e ulaşmıştır.

Türkiye'de son dönemlerde yapılan kapsamlı araştırmalardan biri olan "Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması" 7-18 yaş grubundan çocukların en az %10'unun bir tür cinsel istismara tanık olduğunu, en az %1'inin pornografik materyallere bakmaya zorlandığını, en az %0,5'inin de dokunma veya dokunulma gibi cinsel davranışlara zorlandığını ortaya koymaktadır. Son yıllarda çocuk istismarı vakaları artış göstermekte, istismarı yapanların kimliğine bakıldığında çoğunlukla babalar veya yaşça çocuktan daha büyük ve üstünde otorite kurabilecek tanıdık kişiler veya akrabalar olduğu anlaşılmaktadır (66).

Soylu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çok merkezli ve 1250 cinsel istismar olgusunun değerlendirildiği çalışmada (67), olguların %80,2'sini kız, %19,8'inin erkek çocuklar oluşturmaktadır. Çalışmada kızların yaş ortalaması 13.65 ± 3.03 (3-18), erkeklerin yaş ortalaması 11.13 ± 3.28 (2,5-17,70) olarak belirlenmiştir.

Çocukluk çağı cinsel istismarı konusunda Türkiye'nin karnesi durumun ülkemizdeki ciddiyetini ortaya koymaktadır. Türkiye dünyada çocuk istismarı sıklığı açısından üçüncü sırada yer almaktadır. Moritanya birinci sıradadır. Türkiye'de çocuklara yönelik cinsel istismar vakaları son 10 yılda %125 artış göstermiştir (68).

DSÖ ve Ankara Üniversitesi tarafından hazırlanan "Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması Raporu" (2016) verilerine göre kadınların %7,2'si, erkeklerin %8,7'sinin çocukluk dönemlerinde cinsel tacize uğradığı, ancak cinsel istismar ve ensest vakalarında doğru veriye ulaşılamadığı bildirilmiştir (69). Bu gizlenme durumunun nedenleri olarak toplumsal olarak yüz kızartıcı gibi kabul edilen bu gibi eylemlerin aile içinde çözüme kavuşturmaya çalışılması ve zorunda kalınmadığı sürece adli mercilere başvurulmaması gösterilmektedir.

2.1.6.1. Ensest ve Pedofili Kavramları

Aile içinde çocuğa yönelebilecek her türlü cinsel istismar davranışı "ensest", aile dışından ya da tanınmayan kişiler tarafından gerçekleştirilir ise, "pedofili" olarak tanımlanmaktadır (70).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) içindeki pedofili, pedofilik bozukluk adı ile parafilik bozukluklar başlığı altında değerlendirilmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofilik bozukluk, en az 6 aylık bir süre boyunca, ergenlik öncesi çocuk ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili, yineleyen, cinsel yönden uyarıcı yoğun düşlemler (fantezi), cinsel dürtüler ya da davranışlar olarak tanımlanır. Aynı zamanda kişinin, bu cinsel dürtülere göre davranmakta olması ya da bu kişinin cinsel dürtüleri ya da düşlemlerinin belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası sorunlara neden olması tanı için gerekli bulunmaktadır. Pedofilik bozukluk tanısı konabilmesi için kişinin en

az 16 yaşında olması ve cinsel etkinlikte bulunduğu çocuklardan en az beş yaş daha büyük olması gerekmektedir (71).

Çocuğun cinsel istismarı, çocuğun tüm yaşamı boyunca etkilerini taşıdığı ve hayata tam olarak katılmasının önünde set oluşturan sosyal ve psikolojik açıdan çok ciddi hasarlarla kendini gösteren travmatik bir olaydır. Çocuk pornografisi, encest, çocuğa tecavüz, en yaygın görülen çocuk istismarlarıdır (59). Çocuğa yönelik cinsel istismarın, çocuk üzerinde en fazla etki bırakanı şüphesiz istismarın aile bireyleri tarafından yapılmasıdır (59). Bilindiği üzere cinsel istismar olaylarının %60 veya %70'i ebeveynler, akrabalar, öğretmenler, komşular ya da çocuk açısından otoriteye sahip olan çocuğun tanıdığı ve güven duyduğu kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (72). Encest, evlenmeleri hukuksal, ahlaki ve dini açılardan yasaklanmış yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları anlamında kullanılmaktadır. Cinsel sapkınlık olan encest “akraba aşkı” olarak da tanımlanmaktadır (61). Diğer bir tanıma göre, çocuğun yetişkin bir aile üyesi tarafından ya da çocukla aynı evde yaşayan başka biri tarafından cinsel yönden istismar edilmesidir (73).

Tarih sayfalarını bir göz gezdirdiğimizde, enceste izin verdiği bilinen toplumların sayısının son derece az olduğu anlaşılmaktadır. Eski Mısırda, firavunların eşleri olduğu halde, kız kardeşleri ile de ilişkiye girdikleri görülmekte hatta kız kardeşleri ile evlenmeleri bile normal bir uygulama olarak görülmektedir. Bunun nedeni olarak Mısır Firavunlarının tanrıların soyundan gelmesi ve yarı tanrı sayılmaları gösterilmektedir. Fakat kız kardeş ve erkek kardeş dışındaki encestin diğer çeşitlerine asla izin verilmemektedir. Ayrıca Roma imparatorluğu döneminde Kral Guarthigirmus'un kızı ile evlenerek bir oğul sahibi olduğu tarih kitaplarında belirtilmektedir (73). Yunan Mitolojisinde yer alan Zeus'un kardeşi Hera ile evlenmek için babası Uranus'u öldürmesinin hikâyesi vardır. Ayrıca, Tevrat'ta Kabil ile Habil kendi kız kardeşleri ile evlenmişlerdir. Eski çağda özellikle totemlerin ana soyuna dayalı toplumsal yapılarında çocuk anneye aittir. Baba ile çocuklar arasında kan bağı bulunmamaktadır. Bu nedenle baba kız arasında cinsel ilişki ya da evlilik totem tabusu veya eksogami kuralını bozmamaktadır. Sadece kavimde, adam kızı ile yaşadığı için kınanmakta veya onay görmemektedir (74).

Ensest, İngilizce bir kelime olan “incest” sözcüğünden dilimize geçmiştir. Ensest ile ilgili olarak tüm ülkelerde yasaklar mevcuttur. Ancak şu konuyu iyi anlamakta fayda vardır; bazı toplumlar için ensest sayılabilecek ilişkiler başka toplumlarda normal karşılanabilir; hatta evlilikler yasal statü kazanabilir. Ülkemizde özellikle Doğu illerimizde ve bu illerin kültürü ile yaşayan birçok ailede kuzenler, yeğenler arası ilişkiler tepki görmemekte ve evlilikler doğal karşılanmaktadır. Akraba evliliği olarak adlandırdığımız bu durum aslında batı ülkelerinde ensest olarak adlandırılmaktadır (23).

Cinsel istismar kavramında anlatıldığı gibi, bir alt başlık olarak ensest de aile içi cinsel birliktelik şeklinde meydana gelmesi ve birçok kültürde ailenin kutsallaştırılması nedeniyle saklanan ve görmezden gelinen bir durumdur. Bundan dolayı ensest olgusunun fark edilmesinde önemli bir konu, risk faktörlerinin iyi bilinmesidir (61). Ensest için risk faktörleri:

1. Alkol veya uyuşturucu bağımlılığı olan baba
2. Annenin sağlık durumun kötü olması ya da evden ayrılmış olması
3. Evdeki çocukla yetişkinlerin aynı oda ya da yatağı paylaşmaları
4. Kız çocuklarında babanın ayrı yaşamaması
5. Aile üyelerindeki psikolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıkların bulunması
6. Annenin gece geç saatlere kadar çalışıp çocukları yalnız bırakması ya da çocuklara baba veya üvey babanın bakması
7. Çocuğun yaşının küçük olması (6 – 8) ve çocuğun cinsiyetinin kız olması
8. Küçük çocuklarda aniden gelişen fiziksel ve davranışsal değişimler
9. Ailenin geçmişinde daha önce ensest ilişkinin varlığı
10. Ebeveynlerde iktidarsızlık ve psikopati.

Çocuğun cinsel istismarı, kısa ve uzun vadede ortaya çıkabilecek sonuçlar göz önüne alındığında çocuk üzerinde oluşturduğu tahribat nedeniyle dikkati çekmektedir. Çocuğun cinsel istismarı çeşitli tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıkların oluşuma neden olabilmektedir. Cinsel istismarın birçok kez tekrar etmesi, fiziksel istismarın eşlik etmesi, istismar öncesinde psikiyatrik tanının olması, istismarın penetrasyon içermesi ve istismarcının tanıdık, özellikle aile içinde olması gibi faktörler, mağdur bireylerde istismar sonrası ruhsal sorunların gelişmesi ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle cinsel istismar konusunda en doğru yaklaşım, ortaya

çıkmasını önlemektir. Bu bağlamda cinsel istismar ve ensestın önlenebilmesi için toplumsal hassasiyet ve farkındalığın artırılması, toplumsal koruma programlarının geliştirilmesi, ailelerin yaşam kaliteleri ile eğitim düzeylerinin artırılması, ayrıca olası tüm risk faktörlerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir (75).

2.1.7. Çocuk İhmali

Çocuk ihmali, çocuk açısından ihtiyaç duyulan yiyecek, giyecek, barınak, tıbbi bakım veya çocuğun sağlığı, emniyeti ve refahı için gerekli olan şeylerin karşılanmamasıdır (28). Bir başka tanımı ise, başta anne ve baba olmak üzere, çocuğa bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesidir (27).

Dikkatli bir şekilde incelendiğinde, sadece ihmal kavramını tanımlamanın yeterli olmayacağı, ihmali alt başlıklar altında değerlendirmenin gerekeceği açık bir gerçektir. Bu nedenle ihmal davranışıyla ilgili bazı ayrımlara gidilmiş ve çocuğa yönelik yapılan ihmal davranışının temel türlerinin belirlenmesi için çalışmalar yapılmıştır.

İhmal, fiziksel, eğitimsel ve duygusal ihmal olmak üzere üç ana başlık altında değerlendirilmektedir (76). Fiziksel ihmal; çocuğa bakım vermekle yükümlü olan kişinin özellikle sağlık konusunda gerekeni yapmaması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun ihtiyacı olan gıda, giysi, korunma ve güvenliğinin sağlanmaması fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (77). Çocuğun yeteri kadar beslenmemesi nedeniyle çocuk gelişimsel olarak gerilemektedir ve bu durum çocukların sıklıkla hastalanmalarına neden olabilmektedir. Çocuklar ihmalde de istismarda da zarar görmelerine rağmen fiziksel ihmal sonrası ölümler çok daha fazladır. Duygusal ihmal, çocuğun ihtiyacı olan sevgi ve ilginin çocuktan esirgenmesidir. Eğitimsel ihmal ise çocuğun eğitimsel ihtiyaçlarını görmezden gelmek, çocuğun eğitim olanaklarından faydalanmasını engellemek, eğitim ve okul sorunlarıyla ilgilenmemek olarak değerlendirilmektedir (78).

Çocukluk çağı ihmal davranışı derinlemesine incelendiğinde, 3 ana başlıktan başka değinilmesi gereken bir tür daha bulunmaktadır. Cinsel ihmal, çocukların cinsel gelişimine gerekli özenin gösterilmemesi ve önemin verilmemesidir (79). Çocuğun cinsiyetine uygun davranılmaması ve cinsiyetine uygun kıyafetlerinin olmaması, cinsellikle ilgili sorularının yanıtsız bırakılması ya da sert tepkiler verilmesi de cinsel ihmal olarak değerlendirilmektedir (80).

İhmal davranışı çocuğun sağlığı ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkilediği için, özellikle büyüme geriliği olan, psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla daha sık gelmesi gerekir (27). İhmal sıklıkla somut bir zarar oluşturur ama her zaman zarar olasılığı taşıdığı da önemli bir gerçektir. İhmal, hafiften (belki bir kez) çok ciddi düzeylere (sürekli biçimde ihmal edilme) kadar değişebilmektedir (30). Çocuk ihmali aslında istismardan daha sık ortaya çıkan bir durum olmasına rağmen istismar kadar etkileyici ve zarar verici görülmediği için onun kadar üzerinde durulmamaktadır. Ölüm ya da ciddi bir yaralanmayla sonuçlanmamışsa göz ardı edilebilmektedir. Oysa daha detaylı yapılan incelemelerde çocuk ölümlerinin temel nedenlerinde çocuk ihmalinin önemli bir yeri olduğu ve yıllar içinde de artış gösterdiği gözlenmektedir (30).

Kanada'da Child Welfare Service tarafından yapılan bir çalışmaya göre doğrulanmış ihmal vakaları arasında %19 fiziksel ihmal, %12 terketme, %11 eğitim ihmali, %48 ebeveynin yeterli destek sağlamaması sonucu oluşmuş fiziksel zarar olarak göze çarpmaktadır (11).

Türkiye'de İzmir, Denizli ve Zonguldak'ta 11, 13, 16 yaş grubunda 7.540 çocuk üzerinde yaşam boyu yaşanan psikolojik ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve ihmal sıklığı sırasıyla %70,5; %58,3; %42,6, son bir yıldaki sıklıklar ise sırasıyla %62,7; %46,0; %37,5 olarak saptanmıştır. Psikolojik olumsuz çocukluk çağı deneyimleri, kırsala göre şehirde yaşayanlarda daha yüksek, ihmal kızlarda daha yüksek ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri erkeklerde daha yüksek oranda saptanmıştır. Olumsuz çocukluk çağı deneyimleri sıklığı, deneyim türü fark etmeksizin, çocuğun yaşına bağlı doğru orantılı olarak artmıştır (81).

Çocuğun ihmal ve istismar edilme nedenlerine baktığımızda bunları iki farklı grupta toplamak mümkündür. Bunlar temel olarak iç ve dış stres faktörleri olarak gruplandırılmaktadır. Dış stres faktörleri; bazı ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede sıkıntı yaratarak çocuğun ihmal edilmesine yol açabilmektedir. Ekonomik yetersizlik aile için en önemli stres kaynaklarından biri olup yoksulluk, işsizlik, borçlanma şeklinde kendini gösterebilmektedir. Aynı zamanda iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, sağlıksızlık gibi sorunları da beraberinde getirebilmektedir. İç stres faktörleri ise anne-babanın kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan gereğinden fazla istekte bulunulması şeklinde gruplandırılmaktadır (27).

Çocuk ihmalinin nedenlerini incelediğimizde, en sık olarak karşılaşılan durum ailenin yoksulluğudur. UNICEF'in "Dünya Çocuklarının Durumu 2001" raporuna göre gelişmekte olan ülkelerde doğan her on çocuktan dördü aşırı yoksulluk içindeki bir dünyaya gelmektedir. Yoksulluk birçok boyutta ele alınması gereken bir kavramdır. Çocuk yoksulluğunu sadece ailenin gelir düzeyine indirmek, yetersiz bir yaklaşımdır ve bu yetersizlik nedeniyle UNICEF, çocuk yoksulluğunun göstergelerini altı başlık altında tanımlamıştır (82):

1. Bebek ve çocuk ölüm oranları,
2. Beş yaş altında düşük ağırlık,
3. Beş yaşın altında düşük boy uzunluğu,
4. Temiz içme suyuna ulaşan nüfus oranı,
5. Tam aşıli çocuk oranı,
6. İlköğretime başlayan çocuk oranı.

İhmal konusunda dikkat edilmesi gereken diğer bir önemli ayrıntı, ihmal davranışını yapan kişinin bu davranışın ihmal olduğunun farkına varıp varmamasıdır. Birçok toplumda ihmal davranışı normal karşılanmakta, önlem alınmasında gecikme meydana gelmektedir. Eğer kişi bu davranışın ihmal olduğunu anlamaz, çocuk yetiştirmede uygulanan normal bir davranış olduğunu düşünürse, tekrarlayan eylemler şeklinde çocuğa karşı kötü muamele devam edebilmekte; bu da çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

Toplumsal kökleri ve ailenin iç dinamikleri nedeniyle ihmal konusunda tüm etmenler göz önüne alınmalıdır. Çünkü çoğu zaman ihmal davranışının nedeni ailenin içinde bulunduğu ekonomik, sosyal veya psikolojik durumlardır. Çözüm konusunda yapılacak olan çalışmalarda ailenin güçlendirilmesi gibi bir uygulamaya gitmek yerinde bir yaklaşım olarak düşünülebilir.

2.2. Çocuğa Kötü Muamelenin Tarihçesi

Çocuğa yönelik kötü muamelenin tarihsel süreci hakkında bilgi sahibi olmak, bu konuyla ilgili kavramları daha iyi anlamada bize yardımcı olacaktır. Çocuk suistimali tarih boyunca varlığını sürdüren bir sorun olmasına rağmen yıllarca insanlar tarafından görmezden gelinmiş ve üzerinde konuşulmamıştır. Çocuk istismarı ve ihmalinin tarihi insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen, bu konunun öneminin bilim adamları tarafından tanınması oldukça yenidir (83).

Çocuk istismarı yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda göze çarpmaktadır. Hammurabi yazıtlarında babasından hamile kalan bir kız çocuğundan bahsedilmektedir. Mısır'da yapılan kazılarda 2013 yılında ortaya çıkarılan, yaklaşık iki bin yıl önce yaşamış olduğu tahmin edilen çocuk naaşı, çocuk istismarının arkeologlar tarafından kaydedilmiş ilk kanıtı olma özelliğindedir. Radyoaktif karbon testleri ile milattan sonra 50'li yıllara tarihlenen bir cesede yapılan çeşitli test ve analizlerle vücuttaki metabolik değişimleri gözlenmiş, vücudun kendi kendini onarma sürecine girdiği anlaşılmıştır. Aynı zamanda çocuğun humerus, kaburga, pelvis ve vertebraında da kırıklara rastlanmıştır. Yaraların farklı iyileşme evrelerinde olması, tekrarlanmış kasıtlı travmanın olduğunu ortaya koymaktadır (84).

Eski Yunan ve Roma'da babanın çocuk üzerinde hakları sınırsız düzeydedir. Roma Hukukunda babanın çocuğunu öldürme, sokağa bırakma, başkalarına devretme ve reddetme yetkileri vardır. Suç işleyenleri yargılayıp cezalandırabilir, hatta dilerse ölüm cezasına bile çarptırabilir. Üstelik bu yetkiler çocuğun belirli bir yaşa ulaşmasıyla da sona ermemekte; ancak babanın ölümüyle ya da azat etmesi ile son bulmaktadır (85).

Cermen hukukunda da durum Roma hukukundan pek farklı değildir. Baba, çocuk üzerinde her türlü tasarruf yetkisine sahiptir. Baba hâkimiyet hakkına

dayanarak çocuğu satmak, para karşılığında köle olarak vermek, hatta öldürmek haklarına sahiptir. Roma hukukundan farklı olarak çocuk üzerindeki bu yetki onun yaşam üzerinde hak kazandığında sona ermektedir. Bu andan itibaren çocuğun öldürülmesi kasten adam öldürme olarak cezalandırılmaktadır (85).

Protestan çocuk anlayışını, düşünce özgürlüğünü, insan eylemlerini akla göre düzenleme anlayışını geniş ölçüde yayan ilk düşünür olan, Avrupa'daki aydınlanma ve akıl çağı'nın kurucusu kabul edilen J. Locke; çocuğu geleceğin yurttaşı, büyük olasılıkla iş adamı olarak görmektedir. Aletçilik olarak bilinen felsefe akımının kurucusu ünlü ABD'li filozof ve eğitim kuramcısı J. Dewey de felsefi çerçevede, çocuğun ruhsal gereksinmelerinin, gelecek açısından değil, “şimdi ne olduğu” açısından ele alınması gerektiğini vurgulamıştır (85).

Çocuk istismarı kavramı ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın hapis cezası alan suçlulardan kaçının çocuklara karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ceza aldığını araştırması ile ortaya atılmıştır (10). Çocuk istismarı ile ilgili ilk medikal tanımlama Fransız Adli tıp uzmanı Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır. Tardieu, 1860 yılında, cinsel veya fiziksel istismar nedeniyle ölen 32 çocuğun otopsi bulgularından bahsetmiştir (86). Aslında daha önceki dönemlerde Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değinildiği de görülmektedir.

Kızına uyguladığı fiziksel şiddet nedeniyle bir üvey anne, 1874 yılında bir yıl hapis cezası almıştır. Bu karar, çocuk istismarı ile ilgili yapılan ilk hukuksal işlem olarak kabul edilmektedir. Bu karardan 8 ay sonra, ilk “Çocuk Koruma Derneği” kızın avukatlığını yapan E. Gerry tarafından kurulmuştur (87). İngiltere’de “Çocuklara Kalabalığın Önlenmesi Derneği” 1883 yılında kurulmuştur.

Çocuk hakları ile ilgili faaliyetler I. Dünya Savaşıyla kesintiye uğramıştır. Ama I. Dünya Savaşı sonrası yetim kalan çocuk sayısında patlama yaşanması, çocuk hakları konusunda adım atılmasını zorunlu hale getirmiştir. Çocuk haklarını korumaya yönelik ilk somut gelişme, Milletler Cemiyetinde görüşülen “Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi”nin kabulüyle 26.09.1924 tarihinde gerçekleşmiştir. Çocukların yaşama, gelişme, korunma ve katılım hakları konusunda 5 madde içeren bildirgeyi Gazi Mustafa Kemal Atatürk de imzalamıştır. Bildirge uyarınca

dünya çocuklarının sağlık ve refahı üzerinde çeşitli çalışmalar sürdürülmekte iken II. Dünya Savaşının çıkmasıyla bu bildiri ne yazıkki uygulanamamıştır (88).

Edebi ürünlerde çocuk istismarı örnekleri olmasına rağmen, John Caffey ilk tıp kitabını 1946 yılında yazmıştır. John Caffey pediatrik radyolog olarak görev yapmış, subdural kanama ve kemik kırılması komorbiditesini araştırmıştır (88).

Çocuk istismarı literatüründe önemli bir yer tutan diğer bir teorisyen de Rene Spitz'dir. Rene Spitz, II. Dünya Savaşı sırasında psikolojik travma geçiren ve yoksun bırakılan çocuklarla ilgili yaptığı gözlem ve değerlendirmeler sonucunda “hospitalizm sendromu” ve “anaklitik depresyon” kavramlarını geliştirmiştir (89). Daha sonra 1962'de Kempe, fiziksel olarak istismara uğramış 300'den fazla çocuk üzerinde bir araştırma yapmış ve “hırpalanmış çocuk sendromu”nu tanımlamıştır (88). Bu çalışma sayesinde çocuk istismarının ciddiyeti daha iyi anlaşılmış ve istismarın tanınmasında çalışmanın önemli bir etkisi olmuştur. Kempe'den on yıl sonra, 1972'de Caffey ve ark. kemik kırıkları ve intrakranial kanaması olan olguyu bildirmişler ve “hırpalanmış bebek” sendromunu tanımlamışlardır. Bu sendromlarla birlikte çocuk istismarı tanımı ortaya çıkmıştır (90).

Yirminci yüzyıla kadar Amerika Birleşik Devletlerindeki yasalara göre, çocuğa anne ve babasından başka kimse karışmamakta, anne ve babasına karşı gelen çocuk uslanıncaya kadar hapiste kalabilmekteymiş. Birleşik Krallık parlamentosunda 1880 yılında, kendi evinde işkence gören, aç bırakılan ve sokağa atılan çocuklar konusu görüşülmüş ve önlem alınması istenmiştir. Ancak “aile içinde olup bitenler sadece aileyi ilgilendirir” şeklinde bir gerekçe öne sürülmesi üzerine öneri kabul edilmemiştir. Maden ve fabrikalarda çalışmak zorunda olan çocuklar gündeme geldiğinde “anne baba haklarına ters düşeceği” için önlem alınmamıştır (85).

Çocuk istismarında kültürel görüşlerdeki değişimlerin başlangıcı Amerika'daki “Çocuk Refahı Hareketleri”ne kadar dayanmaktadır. New York'da, 1828 yılında, ilk olarak çocuk suçlular için bir ev kurulmuş, bu ev aynı zamanda istismara ve ihmale uğramış çocukları barındırmada da kullanılmıştır (37). Çocuklara yapılan haksız muameleyi önlemek amacıyla, 1871 yılında, New

York'ta başka bir topluluk kurulmuş ve bunun örnekleri Amerika ve İngiltere'de devam etmiştir. Beyaz Saray'da bebek ölümlerinin önlenmesine yönelik ilk adım 1909 yılında atılmıştır (37).

Yetmişli yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde çocuk istismarı konusundaki duyarlılık artmaya başlamış, bu gelişmiş ülkelerin hükümetleri çocuk istismarı ile ilgili kuruluşlar ve projeler için fonlar sağlamışlardır (89). Önce Amerika'da ve İngiltere'de, sonra da tüm Avrupa'da bu konu yaygın olarak çalışılmaya başlanmış ve toplum tarafından da konuşulmaya başlanmıştır (90).

Bir diğer önemli katkı, 1989'da Birleşmiş Milletler'den gelmiştir. The United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC) ile ilgili ülkeler çocuk haklarını korumayı garanti altına almıştır (83). Bu konudaki bir diğer önemli gelişme ise 1991 yılında Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) ve Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği (ÇİİÖD) gibi sosyal kuruluşların kurulması olmuştur (83).

Gelişmiş ülkelerdeki çocuk istismarı konusunda 20. yüzyılın ikinci yarısında edinilen kapsamlı bilgilere rağmen, az gelişmiş ülkelerde çocuk istismarı literatürü oldukça sınırlı görünmektedir (83). Konuyla ilgilenen uzmanlar, Türkiye gibi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çocuk istismarını yalnızca son yıllarda sosyal, tıbbi ve yasal bir sorun olarak tanımlamaya başladığını belirtmektedirler. Ayrıca, Türkiye'de çocuk istismarı ile ilgili klinik araştırmaların da ancak 1990'lardan beri yapıldığını bildirmişlerdir (7). Yapılmış olan çalışmaların da daha çok adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının öncülüğünde yürütüldükleri görülmektedir (15).

Türkiye 1995 yılında Çocuk Hakları Sözleşmesini (ÇHS) kabul etmiş olsa da, çocuk korumaya ilişkin mevzuatın güncellenmesi gecikmiştir (84). Öte yandan psikiyatristler, psikologlar ve hukukçular bu konunun önemini vurgulamaya çalışmışlardır (91).

2.3. Kronik Hastalıklar

Karmaşık ve çeşitli yapıları nedeniyle kronik hastalıkları tanımlamak kolay değildir. Kronik hastalıklar genellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar veya yaşam tarzıyla ilgili hastalıklar olarak adlandırılır. Bu yanlış adlandırmalar, bulaşıcı hastalıklardan ayırt etmek için kullanılmaktadır, ancak serviks ve hepatik

kanser gibi bazı kronik hastalıkların etiyolojileri arasında bulaşıcı bir bileşen de bulunmaktadır (92). Ayrıca hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklar kronikleşebilmektedir.

Kronik hastalıklar olarak adlandırılan hastalıklar dizisi hakkında şu anda net bir fikir birliği veya net bir tanımlama yoktur (93). Profesyonel çevrelerde (tıp, halk sağlığı, akademi, politika vb.) kronik hastalık teriminin kullanımı ile ilgili büyük ölçüde farklılıklar mevcuttur. Örneğin Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), kronik hastalıkları şu şekilde sınıflandırır; kalp hastalıkları, inme, kanser, tip-2 diabetes mellitus (DM), obezite ve artrit (94). ABD’de Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) daha geniş bir tanımlama yapmaktadır. CMS’nin tanımlaması Alzheimer hastalığı, depresyon ve HIV’in de dahil olduğu 19 adet hastalığı içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre kronik hastalıklar, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşsüz değişikliklere sebep olan, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyaç duyulan durumlardır (95).

Akut hastalıklar kısa süreli olan ve iyileşme ile sonuçlanan hastalıklardır. Kronik veya süregelen hastalıklar ise vücudun herhangi bir parçasında var olan, uzun süreli devam eden, kimi zaman hayat boyu düzelme gözlemlenmeyen ve tedavi olanakları daha sınırlı kabul edilen hastalık türlerinden oluşmaktadır. Kronik hastalıklar, akut hastalıklara göre daha uzun süre devam eden (en az 3 ay) ve daha yavaş ilerleme gösteren, tam olarak tedavisi mümkün olmayan, semptomlarına yönelik tedavi uygulanabilen, hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesini arttırmak için destek gerektiren durumlar olarak ifade edilmektedir (96).

Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu kronik hastalıkların özelliklerini şu maddelerle tanımlamaktadır (97,98):

1. Hastalık ilerleyicidir
2. Bazı kalıcı yetersizlikler vardır
3. Hastalığa geri dönüşsüz patolojik bir süreç neden olmaktadır
4. Özel bir rehabilitasyon eğitimi gerektirmektedir
5. Uzun süreli bakım ve gözlem süreci gerektirmektedir.

Kronik hastalık teriminin kullanımında farklılıklar oluşmasının önemli bir nedeni, araştırmada kullanılan veri ve araştırma yöneticilerinin branşıdır. Mesela Harvard Tıp Fakültesi'nden araştırmacıların yürüttüğü bir çalışma, kronik hastalıkların prevalansını belirlemek için ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (1999-2004) verilerini kullanmıştır. Bu çalışma kronik hastalıkları; kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, DM, hiperkolesterolemi, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve kanser olarak sınıflandırmıştır (99).

Geriatristlerin yürüttüğü, kronik hastalıklar ile ilgili başka bir akademik çalışmada ise kronik hastalıklar “bir yıl veya daha uzun süren ve devamlı medikal takip gerektiren ve/veya günlük yaşamı sınırlandıran durumlar şeklinde sınıflandırılmıştır (100).

Kronik hastalıkların örnekleri şunları içermektedir: iskemik kalp hastalığı, inme, tip 2 diyabet, böbrek hastalığı, artrit, osteoporoz, kanserler, KOA, astım, demans ve depresyon (101).

Kronik hastalık prevalansındaki artış nispeten yeni bir olgudur, çünkü yalnızca 20. yüzyılda kronik hastalıklar, baskın sağlık sorunu olarak bulaşıcı hastalıkları ve yaralanmaları geride bırakmıştır. Bunun nedeni tıp ve eczacılık alanlarındaki gelişmelerdir. Daha iyi su kaynakları, kanalizasyon sistemleri, gıda kalitesi ve sağlık eğitimi gibi yaşam koşullarındaki iyileştirmeler bu sürece yol açmıştır. Böylece her yaşta genel olarak daha düşük ölüm oranları ve daha uzun yaşam beklentisi ortaya çıkmıştır (102).

United States Public Health Service (PHS) 1935-1936 yılları arasında, oldukça geniş ölçekli bir araştırma olan Ulusal Sağlık Araştırmasını yapmıştır. Journal of Chronic Disease dergisi 1955 yılında ilk kez ortaya çıkmıştır. Kronik hastalık terimine kronik rahatsızlık gibi popülerliği gitgide artan diğer başka terimler de katılmıştır. Bu terim, kronik hastalıkla eş anlamlı olmasına rağmen daha hafif hastalıklar, daha çok umut vaad eden ve çaresizlikle daha az ilişkili durumlarda kullanılmıştır (94).

Yakın zamana kadar, koroner arter hastalığı, iskemik inme, diyabet ve bazı spesifik kanserler gibi kronik hastalıklar yüksek bir olasılıkla gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde görülmekteyken günümüzde bu hastalıklar dünya çapında giderek baskın bir morbidite ve mortalite kaynağı haline gelmiştir (95). Örneğin,

kardiyovasküler hastalık, Çin'deki tüm ölümlerin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır ve bu rakamın önümüzdeki 20 yıl içinde önemli ölçüde artması beklenmektedir (103). Çin'de 2018 yılında yapılan çalışma (104) ile bu artış gösterilmiştir. Çalışmada kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölümlerin kırsal kesimde %45,5 kentsel kesimde %43,16 seviyesine ulaştığı saptanmıştır.

Kronik hastalıkların Avrupa kıtasında görülme sıklığı oldukça fazladır. Onbeş yaş üzeri Avrupalı nüfusun %40'ında en az bir kronik hastalık görülürken, yaş arttıkça risk de artmaktadır (105). DSÖ'nün araştırmalarına göre emeklilik yaşı gelen Avrupalıların üçte ikisinde en az iki kronik hastalık görülmektedir (105).

Bu bilgilere paralel olacak şekilde, DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporunda, 2008 yılında dünya genelinde gerçekleşen 57 milyon ölümün yaklaşık üçte ikisinin (36 milyon) kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve kanserler gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir (92).

Ülkemizdeki duruma baktığımızda, Türkiye İstatistik Kurumunun 2014 verilerine göre meydana gelen ölümlerin %40,4'ü dolaşım sistemi, %20,7'si iyi ve kötü huylu tümörler, %10,7'si solunum sistemi, %5,1'i endokrin, beslenme ve metabolizma, %4,4'ü sinir sistemi ve duyu organları, %4,3'ü dışsal yaralanma ve zehirlenme kaynaklıdır. Dolaşım sistemi nedeni meydana gelen ölümlerin %11,6'sını hipertansif hastalıklar oluşturmaktadır (106).

Ölüm nedenlerinin istatistiksel dağılımı incelediğinde dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler, endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıklarının ilk beş neden içerisinde yer aldığı görülmektedir (107,108).

Yaşam süresinin uzaması ve buna paralel olarak dünyadaki yaşlı nüfusunun çoğalmasıyla birlikte artan kronik hastalıklar hem DSÖ hem de Birleşmiş Milletler tarafından 21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak gösterilmektedir (109).

Bu hastalıklar sadece fiziksel yönden değil aynı zamanda sosyolojik ve psikolojik olarak da birey sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (110). Bu nedenle, bu hastalıkların etiyojisini tam olarak anlamak ve risk faktörlerini daha

iyi tanımak önemlidir. Bu sayede kronik hastalıkları önleme çalışmaları çok daha etkili bir biçimde gerçekleştirilebilir.

2.4. OÇY ve Kronik Hastalıklar İlişkisi

OÇY, sağlık üzerinde derin etkiler bırakmakta ve bu durum halk sağlığı açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık üzerinde bıraktığı etkiyi anlayabilmek, bu etkiyi azaltabilmek ve hatta önleyebilmek amacıyla yapılabilecek girişimler geliştirmenin en önemli koşulu yapılması gerekli olan araştırma sayısını arttırmaktır. OÇY'nin ağırlığını ve yarattığı etkiyi görebilmek amacına odaklanan çabaların bilgiyi iletmenin etkili bir yolu olacağı kabul edilmektedir (111).

OÇY'nin etkisi altı alana ayrılmaktadır: yaygınlık, maliyet, fiziksel sonuçlar, psikolojik sonuçlar, davranışsal sonuçlar ve ekonomik sonuçlar. Çocuklukta kötü muameleden kaynaklanan fiziksel sonuçlar arasında ölüm, uygunsuz işleyiş ve / veya beyin gelişimi, şiddetli veya ölümcül kafa travması, yetişkinlerde olumsuz sağlık etkileri ve belirli kronik hastalıklar için artan risk bulunmaktadır (111).

Fang ve arkadaşları, ABD'de 2010 yılında ölümcül olmayan ve yeni çocukluk travması vakalarının yaşam boyu toplam ekonomik yükünün yaklaşık 124 milyar dolar olduğunu hesaplamışlardır. Sonuç olarak, bu parasal sorumluluk, inme ve Tip 2 DM gibi diğer yüksek profilli halk sağlığı sorunlarının maliyetiyle rekabet etmektedir (112). Müdahale stratejilerini desteklemek amacıyla yapılan araştırmalar, bu araştırmaların maliyeti kötü muamelenin sonuçlarından ve sağlık sistemi üzerindeki yükten çok daha az olacağı için, büyük ölçüde teşvik edilmektedir.

Olumsuz çocukluk deneyimlerine maruz kalan kişiler, bu maruziyetler nedeniyle önemli ölçüde stres yaşamaktadır. Vücudun strese karşı hormonal tepkisi, vücut tarafından tehdit olarak algılanan şeye adapte olmak ve tepki vermek için kullanılan koruyucu bir mekanizmadır. Bazen toksik stres olarak adlandırılan kronik stres, vücudun savunma sistemini aşırı yüklediği ve işlevsiz süreçlere yol açabileceği için kronik hastalıklara katkıda bulunduğu bilinen bir faktördür (114).

Sadece stres değil aynı zamanda inflamasyon durumu da OÇY sonuçları açısından önemlidir. OÇY'ye tekrar tekrar maruz kalanlar, kronik strese aşırı maruz kaldığından enflamasyon durumu da daha kolaylaştırılmış olur (116). Araştırmalara göre artan inflamasyonun, sempatik sinir sisteminin ve hipotalamohipofizer adrenal aksın (HPA) stres kaynaklı aktivasyonu sonucu olabileceğini düşündürmektedir (113).

Dünyanın dört bir yanında birçok ülkede, OÇY ile ilgili yapılan birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların büyük kısmı sadece OÇY sıklığını incelemişken bir kısmı da OÇY'nin, mevcut olan kronik hastalıklar ile ilişkisini incelemiştir. Özellikle Felitti ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma (114), OÇY ve kronik hastalıklarla ilişkisi bakımından öne çıkmaktadır. Felitti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya kadar, çocukluk çağı istismarı ile ilgili çalışmalar belirli istismar türleri ve bunların sonuçları üzerine odaklanmıştır. Felitti ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptığı OÇY çalışmasından günümüze kadar yapılmış olan birçok araştırmayla, OÇY ile artmış kronik hastalık riski arasındaki ilişki doğrulanmaya çalışılmıştır.

Vincent Felitti Obezite Kliniğinde 1985 yılında gerçekleştirilen OÇY araştırması, "hiç duyulmamış en büyük halk sağlığı çalışması" olarak kabul edilmiştir. Felitti, kilo vermekte olan ve bu konuda büyük ilerleme kat eden hastaların aniden çalışmayı bıraktıklarını gördüğünde çok şaşırmıştır. Röportajlar gerçekleştirmiş ve bu hastaların çocukken cinsel istismar mağduru olduklarını keşfetmiştir. Bu durumu Felitti'yi, olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin önemli tıbbi sorunlar ve halk sağlığı üzerindeki uzun vadeli ilişkileri üzerine daha fazla çalışma yapmaya teşvik etmiştir (114).

Felitti ve Anda birlikte ilk OÇY çalışmasını Kaiser Permanente San Diego Tıp Merkezinde gerçekleştirmiştir. Ağustos-Kasım 1995 ve Ocak-Mart 1996 arasında 13.494 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada; istismar (duygusal, fiziksel ve cinsel), ihmal (duygusal ve fiziksel) ve hanehalkı işlev bozukluğu (annenin uğradığı şiddet, ev içi madde kullanımı, ev içi akıl hastalığı, ebeveynlerin ayrılması / boşanması ve hapsedilmiş aile üyesi) şeklinde 3 temel başlık incelenmiştir. Sorulara yanıt oranı %70,5 (9,508 / 13,494) olarak saptanmıştır (114).

Araştırmacılar, ABD’de morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerine katkıda bulunan 10 risk faktörü olarak: sigara içme, morbid obezite, fiziksel hareketsizlik, depresif ruh hali, intihar girişimleri, alkolizm, uyuşturucu kullanımı, ebeveynlerde uyuşturucu kullanımı, yaşam boyu çok sayıda cinsel partner sayısı ve cinsel yolla bulaşan bir hastalık öyküsü belirlemişlerdir. Ayrıca iskemik kalp hastalığı, kanser, inme, kronik bronşit, amfizem, diyabet, hepatit ve kemik kırığına odaklanmışlardır (114).

Sonuçlar incelendiğinde, yanıt verenlerin yarısından fazlasının (%52) en az bir OÇY maruziyeti yaşadığını ve %6,2’sinin en az dört OÇY maruziyeti bildirdiğini görmüşlerdir. En yaygın çocukluk dönemi maruziyeti hanehalkında madde kötüye kullanımı (%25,6), en az görülen maruziyet ise hanehalkında suç işleme (%3,4) şeklinde belirlenmiştir. Spesifik olarak bakıldığında çocukluk çağı maruziyetlerinin sayısı arttıkça sigara içme, morbid obezite, fiziksel hareketsizlik, depresif ruh hali ve intihar girişimleri için hem prevalans hem de risk artışı görülmüştür. Dört veya daha fazla kategoride çocukluk çağı maruziyetini bildiren bireyler, hiç yaşamayanlara kıyasla alkolizm, uyuşturucu kullanımı, depresyon ve intihar girişimi için 4 ila 12 kat daha fazla sağlık riskine sahip bulunmuştur. Belirgin bir şekilde, çocukluktaki maruz kalma sayısı ile iskemik kalp hastalığı, kanser, amfizem, hepatit ve iskelet kırıkları arasındaki doz-yanıt ilişkileri tanımlanmıştır (114).

Davranışsal Risk Faktörü Sörveyans Sisteminin (BRFSS) 2011-2012 verileri kullanılarak OÇY’nin erken başlangıçlı kronik hastalık durumları ile ilişkisini inceleyen bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya 18 ve üzeri 86.968 kişiler dahil edilmiş, 4 veya daha fazla OÇY bildirenlerin OÇY maruziyeti olmayanlara kıyasla kronik hastalık riski 2-4 kat artmış olarak saptanmıştır (115).

Hughes ve ark. ABD’den 18 örneklem, İngiltere’den 7 örneklem, Finlandiya’dan 2 örneklem ve Kanada, Çin, Yeni Zelanda’dan 1’er örneklem ayrıca Arnavutluk, Letonya, Litvanya, Makedonya, Karadağ, Romanya, Rusya ve Türkiye’de yapılan çalışmalardan elde edilen verileri içeren bir meta analiz yapmıştır (116). Araştırmaya katılan 252.467 katılımcının 144.725’i (%57) en az bir OÇY bildirmiş ve 31.795’i (%13) en az dört OÇY bildirmiştir. Sonuç olarak hiçbir OÇY bildirmeyene kıyasla en az 4 OÇY olan bireylerde artmış risk olduğu

gösterilmiştir. OÇY ve risk ilişkileri incelendiğinde; fiziksel hareketsizlik için zayıf, aşırı kilo veya obezite ve diyabet için ılımlı ilişki bulunmuştur. Sigara içme, ağır alkol kullanımı, kötü öz bakım değerlendirmesi, kanser, kalp hastalığı ve solunum hastalığı için güçlü; cinsel risk alma, akıl hastalığı ve aşırı alkol kullanımı ve uyuşturucu kullanımı ile kişilerarası ve kendine yönelik şiddet açısından en güçlü ilişki saptanmıştır (116).

Merrick ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada koroner kalp hastalığı, inme, astım, KOAH, kanser (cilt kanseri hariç), böbrek hastalığı, DM, depresyon, aşırı kilolu olma veya obezite, sigara içiyor olma durumu veya içki alışkanlığı olma gibi durumlar hastanın kendisi tarafından beyan edilmiştir. Çalışmadaki popülasyonda her altı yetişkinden biri (%15,6), dört veya daha fazla tür OÇY bildirmiştir. OÇY'nın daha kötü sağlık sonuçları, sağlık riski yaratan davranışlar ve sosyoekonomik zorluklar ile anlamlı şekilde ilişkili olarak saptanmıştır (117).

Ülkemizde Sofuoğlu ve arkadaşlarının İzmir, Denizli ve Zonguldak'ta 11, 13 ve 16 yaş gruplarında olan 7.540 çocuğu içeren OÇY araştırmalarında, çocuğun yaşına bağlı olarak OÇY sıklığının arttığı; tarama yapılan çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili OÇY sıklığı %42 ile %70 arasında saptanmıştır (81).

Suudi Arabistan'da yaşayan yetişkinlerde 2012 yılında OÇY ile kronik hastalıklar ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiler ACE-IQ kullanılarak incelenmiştir. Kesitsel bir çalışma yapılmış ve en az 18 yaşında olan yetişkinler çalışmaya dahil edilmiştir. OÇY puanları ihmal, hane halkı işlev bozukluğu, istismar (fiziksel, cinsel ve duygusal), akran şiddeti ve toplumsal şiddet açısından ölçülmüştür. ACE-IQ riskli sağlık davranışları, kronik hastalıklar ve ruhsal durum ile ilgili sorularla desteklenmiştir. Anketi tamamlayan toplam 931 kişinin üçte biri 4 veya daha fazla OÇY bildirmiştir. Bir OÇY, iki OÇY ve üç OÇY bildirenlerin oranı sırasıyla %23, %17 ve %10 olarak saptanmıştır. Sadece %18'i OÇY bildirmemiştir. Riskli sağlık davranışlarının yaygınlığı %4 ile %22, kronik hastalıkların görülme sıklığı %6 ile %17 arasında değişim göstermiştir. Dört veya daha fazla OÇY'ye maruz kalmanın kronik hastalıklara yakalanma riskini 2-11 kat ve riskli sağlık davranışlarını 8-21 kat arttırdığı saptanmıştır (118).

Çin'in Macheng kentinde 1501 kişi ile yapılan kesitsel bir çalışmada (119) 18-59 yaş arası yetişkinlerde olumsuz çocukluk deneyimleri ve sağlık sonuçları

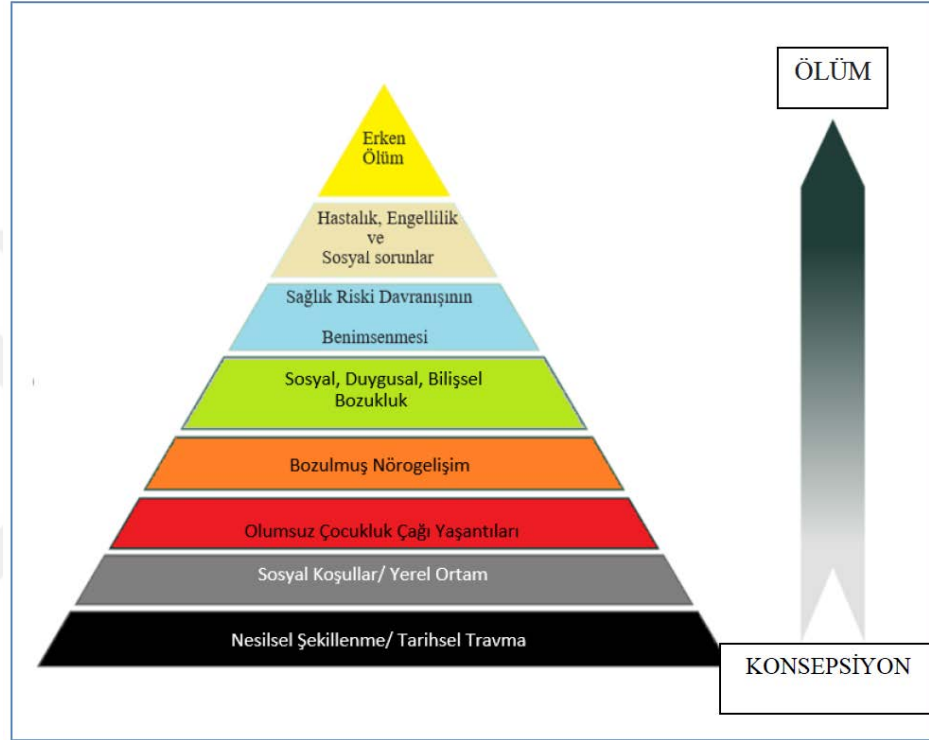
arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Katılımcıların toplam %66,2'si en az bir OÇY ve %5,93'ü dört veya daha fazla OÇY bildirmiştir. Tütün kullanımı, alkol bağımlılığı, kronik hastalıklar, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olanlarda OÇY skorları yüksek olarak saptanmıştır. OÇY skorları arttıkça doz-yanıt etkisi daha fazla riskli davranış, depresyon ve TSSB ile ilişkilendirilmiştir. Yüksek OÇY skorunun yetişkin dönemde alkol kullanımı, kronik hastalık, depresyon ve TSSB açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir. Alkol kullanımı olanların, olmayanlara göre çocukluk döneminde daha fazla aile içi şiddete maruz kaldığının saptandığı çalışmada, kronik hastalık varlığı, çocukluk dönemindeki duygusal istismar, fiziksel istismar, zorbalık ve aile içi madde bağımlılığı ile bağlantılı bulunmuştur. Ayrıca yetişkinlikteki TSSB, çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismar, aile içi şiddet, toplumsal şiddet, duygusal istismar ve fiziksel istismar ile ilişkili bulunmuştur.

OÇY, yüksek riskli davranışlar ve yetişkinlikte morbidite arasındaki ilişkileri inceleyen bir başka çalışma 48,526 Amerikan vatandaşı üzerinde 2011 yılında gerçekleştirilmiştir (120). Katılımcıların toplam %55,4'ü en az bir OÇY ve %13,7'si dört veya daha fazla OÇY bildirmiştir. Sigara içme olasılığının artması cinsel istismar, sözlü istismar, madde bağımlılığı, ayrı yaşama veya boşanma ile ilişkilendirilmiştir. Riskli HIV davranışı için artan oranlar, cinsel istismar ve yetişkinlerin hapsedilmesi durumu ile ilişkili bulunmuştur. Kötü sağlık nedeniyle artan yeti yitimi oranları ile fiziksel istismar, cinsel istismar, sözlü istismar, yetişkinlerde ruhsal hastalık ve madde kötüye kullanımı arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Özel ekipman kullanım oranının artması, fiziksel istismar ile ilişkilendirilmiştir. OÇY skoru ≥ 4 olma durumu ile içki alışkanlığı, aşırı içki tüketimi, sigara içme, riskli cinsel davranışı, DM, miyokard enfarktüsü, koroner kalp hastalığı, inme, depresyon, sağlık nedenli yeti yitimi ve yeti yitimi nedenli özel ekipman kullanımı için artan oranlarla ilişkilendirilmiştir.

BRFSS kullanılarak yapılan ve 2010 yılında toplanan verileri kullanan bir başka araştırmada ankete katılanların yaklaşık %60'ı OÇY yaşadığını bildirmiştir. OÇY yaşamış olanların hiç OÇY ile karşılaşmamış olanlara kıyasla miyokard enfarktüsü ve astım oranlarında artma, bildirilen sağlık koşullarında kötüleşme, zihinsel sıkıntılarda artma ve sakatlık bildirme olasılığının artışı belirlenmiştir.

OÇY maruziyeti, hiç maruz kalmamış olanlara göre daha yüksek bir koroner kalp hastalığı ve felç olasılığı ile ilişkili bulunmuştur (36).

OÇY Piramidi, OÇY Çalışması için kavramsal çerçeveyi temsil etmektedir. OÇY Çalışması, OÇY'nin hastalık için risk faktörlerinin gelişimi ve bireyin yaşam boyu refahı ile nasıl güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (121). Şekil 1'de OÇY piramidi verilmiştir.



Şekil 2.1. Olumsuz Çocukluk Deneyimlerinin Yaşam Boyu Sağlık ve Refahı Etkilediği Mekanizma (121).

Çocukluk çağı travması öyküsü olan bireylerde inflamatuvar belirteçler giderek daha fazla bildirilmektedir. Baumeister ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir meta-analiz (122), erken yaşlardaki sıkıntıların "yetişkin bireylerde potansiyel olarak patojenik pro inflamatuvar fenotiplere" katkıda bulunup bulunmadığını araştırmak için yapılmıştır. Artmış inflamasyonla ilişkili olduğu düşünülen üç spesifik inflamatuvar belirteç olarak tümör nekroz faktörü- α (TNF- α), interlökin-6 (IL-6) ve C-reaktif protein (CRP) odaklanan yirmi beş makale incelenmiş ve çocukluk çağı travmasıyla ilişkili sürekli olarak yüksek inflamasyon seviyeleri saptanmıştır. Araştırmacılar, çocukluk çağı travması ile bu üç inflamatuvar belirteç arasında önemli bir bağlantı saptamışlar; en yüksek

düzeyde ilişki $TNF-\alpha$, ardından IL-6 ve CRP için bulunmuştur. Cinsel istismar ve fiziksel istismar için önemli ilişkiler gözlemlendiği halde veri eksiklikleri nedeniyle ilişkiler sınırlı bulunmuş, duygusal istismar ile inflamasyon ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Erken gelişim yıllarında ebeveyn yokluğu ile CRP arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılara göre çocukluk çağı travması aşağıdaki bazı durumlara yol açmaktadır:

1. HPA ve nöroplastisite ilişkili metilasyon modellerinin modifikasyonları
2. Glukokortikoid reseptörünün (GR) daha fazla metilasyonu (GR, enflamatuar aktivitenin önemli bir düzenleyicisidir, işlevi azalır ve inflammatuar aktiviteye neden olur)
3. FKBP5'in daha fazla demetilasyonu (sitozolik GR'yi bağlayan ve sonra inhibe eden bir ısı şok proteinidir)

Bu analizlerin sonucuna dayanarak, çocukluk çağı travmatik olaylarının erişkinliğe kadar kalıcı etkilerle inflammatuar bağışıklık sistemi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğuna dair kanıtlar olduğu sonucuna varılmaktadır (122). Şekil 2'de olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının sistemler üzerine etkisi şematize edilmiştir.



Şekil 2.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının sistemler üzerine etkisi (123)

Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet çocukluk çağı istismarının kurbanları arasında sık görülen fiziksel sağlık sorunlarından bazılarıdır. Öte yandan çocuk istismarı ile davranış sorunları, kişilik bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı, cinsel kimlik karmaşası, gelecekte şiddet uygulanması, kendine zarar verme, intihar davranışları, kişilerarası sorunlar ve yeme bozuklukları riski de artmaktadır (123).

2.4.1. OÇY ve Solunum Yolu Hastalıkları

Akciğer hastalıkları artan yaygınlık oranları, etkilenen kişilerde yaratabilecekleri sonuçlar ve önemli sosyoekonomik durumlar ortaya çıkarma potansiyeli nedeniyle günümüzde en yaygın görülen kronik hastalıklar arasında öne çıkmaktadır (124). KOAH ve astım, diğer akciğer hastalıklarına göre çok daha fazla görülmektedir. Prevalans verilerine göre astım, dünya çapında 334 milyon insanı etkilerken KOAH ise dünya çapında 200 milyon kişiyi etkilemektedir. KOAH hastaları sayıca daha az olsa da bu kişilerin 65 milyonu hastalığın orta veya şiddetli belirtilerine sahiptirler. Ayrıca dünya çapında ölüm nedenleri içerisinde üçüncü sırada KOAH gelmektedir. Ölüm oranları kademeli olarak her yıl artmaktadır ve yaklaşık yıllık ölüm sayısı üç milyon olarak tahmin edilmektedir (125).

Wing ve ark. OÇY ile astım arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla 2011-2012 Ulusal Çocuk Sağlığı Araştırmasının verilerini kullanmışlardır. Araştırma 92.427 çocuğu kapsamaktadır. Astım prevalansı %14,6 olarak bulunmuştur. Araştırmada bir OÇY bildiren çocukların astım bildirme olasılığı, OÇY bildirmeyenlere kıyasla 1,58 kat fazla saptanmıştır. En az beş OÇY bildirenlerde astım olasılığı, OÇY maruziyeti tanımlamayanlara göre 2,42 kat yüksek bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında, OÇY maruziyeti arttıkça, astım bildirme olasılığının arttığı gözlenmiştir (126).

Yapılan sistematik bir inceleme, OÇY maruziyeti ile astım ilişkisini değerlendiren 12 araştırmayı gözden geçirmiştir. Toplam 31.524 kişi içeren bu araştırmaların 10 tanesinde OÇY maruziyeti ve astım arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (127).

Astım ve KOAH açısından yakın dönemde yapılan sistematik bir meta analiz için toplam 19 çalışma seçilmiştir. Analizler, astım ve KOAH ile spesifik

ilişkilerin yanı sıra, OÇY ve genel olarak akciğer hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Sigara içmenin aracılık etkisi değerlendirildiğinde, tam anlamıyla ifade edici olmasa da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum çocukluk çağı travmaları ile akciğer hastalıklarının ortaya çıkışı arasında doğrudan bir ilişki olduğu hipotezini zayıflatmaktadır. Araştırmacılar elde ettikleri bilgiler ışığında OÇY'nin doğrudan veya dolaylı katkı yoluyla erişkinlikte akciğer hastalıklarının gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (128).

OÇY ile solunum yolu arasındaki bağlantıyı araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. İncelenen çalışmalarda dikkati çeken nokta, diğer çalışmalarla tutarlı ve kesin sonuçlar elde edilememiş olmasıdır. Bu durum, solunum yolu hastalıklarının ortaya çıkmasında çok çeşitli nedenler olması ile açıklanmaktadır.

2.4.2. OÇY ve Kardiyak Problemler

Kardiyovasküler hastalık (KVH) ve OÇY arasındaki mekanizmayı açıklayan birkaç olası yolak bulunmaktadır. Bunlar 5 başlık altında sınıflandırılabilir:

1. Davranışsal Faktörler
2. Emosyonel Faktörler
3. Biyolojik Yolaklar
4. Sinir Sistemi, Nöroendokrin Sistem ve Bağışıklık Sistemi
5. Endotelyal Fonksiyon (129).

A) Davranışsal Faktörler:

OÇY'nin davranışsal sonuçlarından birisi sigara içmedir. OÇY ile sigara içme arasında tutarlı bir ilişki bulunmaktadır. Yetişkinlikte sigara içme ile istismar, sık taşınma öyküsü, aile içi fonksiyon bozukluğu ve ebeveynlerin boşanması arasında ilişki olduğu öne sürülmektedir. Olası mekanizma, nikotin stres regülasyonuna yol açan psikoaktif etkilere neden olmasıdır. Sigara içmek, kardiyovasküler riski arttırmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, akut miyokard enfarktüsü ile OÇY sonucu sigara içme arasındaki bağlantıyı ortaya koymuştur (129,130).

Fiziksel inaktivite de OÇY'nin davranışsal bir sonucu olarak görülmektedir. Bir araştırmada, 4 veya daha fazla OÇY maruziyeti olanların, maruziyeti olmayanlara göre 1,4 kat daha fazla olasılıkla fiziksel inaktivite yaşadıkları belirlenmiştir (114,129).

Diğer bir davranışsal sonuç uyku davranışdır. Kötü uyku kalitesi, kısa uyku süresi ve uyku apne sendromu hem erişkinlerde hem de ergenlerde KVH ile ilişkilendirilmiştir. Chapman ve ark. 25.810 kişi ile telefon anketi yapmışlar, yetersiz uyku ile OÇY maruziyeti arasında kademeli bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (130,131).

B) Emosyonel Faktörler:

Ebeveyn istismarı ve / veya ihmali yaşayan çocuklarda, ergenlik ve yetişkinlikte emosyonel regülasyon ile ilgili sorunlar görölme ve zihinsel bozukluklar gelişme olasılığı daha yüksektir. Bir araştırmaya göre, 18 yaşından önce istismar yaşayanların %80'i 21 yaşına kadar en az bir psikiyatrik tanı almıştır. İstismara uğramayanlar ile kıyaslandığında istismar yaşamış olanların daha depresif oldukları, anksiyete geliştirdikleri, psikiyatrik bozukluklar ve duygusal davranışlar da dahil olmak üzere önemli işlevsel sorunlarını bulunduğu belirtilmektedir (129,132).

Depresyon uzun süredir KVH açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Depresyona karşı müdahaleci yaklaşım içeren bir araştırmaya göre, depresyonu önleyerek KVH riski önemli ölçüde düşürülebilmıştır. Bu durum, depresyonun kardiyolojik açıdan önemli bir nedensel yol olabileceğini düşündürmektedir (133).

Bir dizi araştırma incelendiğinde, TSSB ile KVH ve mortalite arasında ilişki olduğu görülmektedir. Son dönemde TSSB ile ateroskleroz arasında da ilişki olduğuna dair veriler ortaya çıkmaktadır. Bir araştırmada koroner arter kalsifikasyonu ile TSSB bağlantısı incelenmiş, TSSB olan hastaların olmayan hastalara göre iki kat daha fazla koroner arter kalsifikasyonu olduğu görülmüştür (129,134). Çocukluk çağı sorunları yaşayan genç yetişkinlerde depresyon ve TSSB' nin belirlenmesinin ve önlenmesinin, daha sonraki yetişkin yaşamında KVH'nin önlenmesi açısından önemli bir yol olabileceği belirtilmektedir.

C) Biyolojik Yolaklar:

Epidemiyolojik çalışmalar, OÇY ile hipertansiyon ve diyabet gibi kardiyovasküler risk faktörleri arasındaki ilişkileri göstermiştir. On ülkedeki 18.630 katılımcıyı içeren DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Araştırmalarında, üç veya daha fazla OÇY bildirenlerin yetişkin başlangıçlı hipertansiyon ile ilişkisi olduğu bulunmuştur (135).

D) Sinir Sistemi, Nöroendokrin Sistem ve Bağışıklık Sistemi:

Yaşamın erken döneminde yaşanan travmatik deneyimler, beynin yapısını ve gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Uzun süreli stres, beyin de dahil olmak üzere birçok sisteme zarar verebilmektedir. Ek olarak travma ile stres yanıtın kronik aktivasyonu, bağışıklık sistemi üzerinde de geniş kapsamlı etkiler yaratmaktadır. OÇY maruziyeti olan çocuklardaki endokrin ve bağışıklık sistemi sorunları, kardiyovasküler hastalığı tetikleyebilmektedir (129).

E) Endotelial Fonksiyon:

Sıçanlarda yapılmış olan bir araştırma, erken yaşam stresi olarak anneden ayrılma üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmada, anneden ayrılan kemirgenin endotelin-1 (ET-1) seviyesinin ve kan basıncı reaktivitesinin arttığı gözlenmiştir (95). Ayrıca Su ve arkadaşlarının yaptığı 225 katılımcı içeren çalışmada, OÇY maruziyeti olmayanlara kıyasla bir OÇY bildirenler ile iki ve üzeri OÇY bildirenlerin sırasıyla %18 ve %24 daha yüksek ET-1 seviyeleri olduğu gözlenmiştir (136). ET-1, inotropik ve proinflatuar özellikleri olan güçlü bir vazokonstriktördür. Endotel yolağındaki disregülasyonun, aterosklerotik ve vasküler komplikasyonlara yol açtığı düşünülmektedir. Kronik kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve pulmoner arteriyel hipertansiyonu olanlarda yüksek plazma ET-1 seviyeleri bulunmuştur (137).

ABD’li yetişkinler arasında Ulusal Komorbidite Araştırması verileri kullanılarak yapılan OÇY ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (138), 15-54 yaşları arasındaki 5.877 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kişilerin %10,6’sı fiziksel istismar, %10,4’ü cinsel istismar ve %2,9’u ihmal bildirmiştir. Demografik düzenlemeler yapıldıktan sonra elde edilen sonuçlarda,

çocukluk dönemindeki fiziksel istismarın kalp hastalığı riskini 2,1 kat arttırdığı bulunmuştur. İhmal ile anlamlı bir bağlantı saptanamamıştır. Cinsel istismar yaşayan bireylerin, yaşamayanlara kıyasla kalp hastalığı bildirme riski 8,5 kat daha yüksek bulunmuştur.

Dong ve ark. iskemik kalp hastalığı ile OÇY ilişkisini incelemiştir. Toplam 17.337 yetişkin çalışmaya dahil edilmiştir. On kategoriden sadece ebeveyn anlaşılmazlığı dışındaki tüm kategorilerde, iskemik kalp hastalığı riski ile OÇY ilişkisi bulunmuştur. Yedi veya daha fazla OÇY maruziyeti bildirenlerin, hiç bildirmeyenlere kıyasla iskemik kalp hastalığı riski 3,6 kat daha yüksek saptanmıştır (139).

Su ve ark. tarafından Georgia Stress and Heart araştırması verileri kullanılarak yetişkinlerdeki kardiyovasküler risk faktörlerinin gelişimini değerlendirmek amacıyla 23 yıllık veri gözden geçirilmiştir (140). Örneklemin %69'unun OÇY maruziyeti bulunmaktaymış. Çocukluk döneminde travma yaşayanların, hiç maruz kalmayanlara kıyasla sistolik ve diyastolik kan basınçlarında yükseklik olduğunu belirtmişlerdir. Anlamlı fark 30 yaşından sonra gözlenmekteymiş.

ABD'de beş eyaleti içeren 48.526 bireyin katıldığı araştırmada, iki OÇY bildirenlerin, OÇY bildirmeyenlere göre 1,39 kat daha fazla koroner kalp hastalığı tanısı koyulma riski olduğu belirtilmiştir. Dört veya daha yüksek OÇY puanı olan bireyin olmayana göre koroner kalp hastalığı tanısı alma olasılığı 1,63 kat artmış ve kalp krizi geçirme olasılığı 1,86 kat daha yüksek bulunmuş (141).

2.4.3. OÇY ve Kanseri İlişkisi

Irving ve ark. Büyük Britanya'da 50 yıllık bir kohort çalışması olan Ulusal Çocuk Gelişimi Çalışması'nın katılımcıları arasında kanser ve OÇY arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Erkek katılımcılar arasında anlamlı fark bulunamamış ancak kadın katılımcılar için önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. OÇY bildirmeyen kadınlarda kanser %9,1 iken bir OÇY ve iki veya üstü OÇY bildirenlerde kanser prevalansı sırasıyla %13 ve %23 olarak saptanmıştır. Analizler, OÇY olmayan kadınlara kıyasla bir OÇY'si olan kadınların kanser riskinin %40, iki veya daha

fazla OÇY'si olan kadınların kanser riskinin yaklaşık %150 arttığını göstermiştir (142).

Irving ve arkadaşlarının stres üzerine yaptıkları araştırmalar baz alınarak, OÇY'nin iki farklı yolak ile kanser başlangıcına ve kanserin ilerlemesine fırsat verdiği düşünülmektedir. Öne sürdükleri birinci yolak, dolaylı olarak işlev görmektedir. Bu yolak başa çıkma mekanizmaları şeklinde riskli sağlık davranışlarından oluşmaktadır. İkinci yolak ise doğrudan gelişen yoldur. Zamanla meydana gelen bir dizi biyolojik değişikliği kapsamaktadır. Bu değişikliklerden biri de HPA kronik aktivasyonu ve stres hormonlarının değişmiş seviyelerine yol açan sempatik adrenal-medulla sistemi (SAM) yoluyla meydana gelmektedir. Araştırmacıların bu mekanizmada iddia ettikleri nokta, deoksiribonükleik asitin (DNA) onarımı veya kanserli hücrelerin ortadan kaldırılma yeteneğinin tehlikeye atıldığı, baskılanmış bağışıklık fonksiyonu ve abartılı inflamatuvar yanıtlar da dahil olmak üzere bir dizi zararlı olayın meydana geldiğidir (142).

Ek olarak kronik stresin, epigenetik değişiklikler yoluyla gen ifadesinde değişiklik yaratacağını savunmaktadırlar. Görüşlerine göre bu değişiklikler, biyolojik olarak savunmasızlık yaratacak ve kanser riskini arttıracaktır. Ayrıca epigenetik değişiklikler ile tümör supresör gen ekspresyonu azalırken proto-onkogen ekspresyonu artabilir. Ayrıca biyolojik sistemler sağlık davranışlarından da etkilenmektedir. Kanser oryantasyonu açısından bu çerçeve oldukça açıklayıcı olsa da çalışmaların çoğu, hayvanlar üzerindeki kanıtlara dayanmaktadır (142).

Fuller-Thomson ve Brennenstuhl, çocuklukta yaşanmış olan fiziksel istismar ile yetişkin sağlık davranışları ve sosyoekonomik durum arasında ilişki kurarak kanser bağlantısını dolaylı yoldan açıklamaktadırlar. Öne sürdükleri fikir, düşük yetişkin sosyoekonomik durumun daha yüksek kanser riski yarattığıdır (143).

Kanser bağlantısı açısından özellikle serviks kanseri dikkati çekmektedir. Kızlarda çocukluk çağı cinsel istismarının sigarayı arttırdığı ve kontraseptif kullanımını azalttığı varsayılmaktadır. Bu durum serviks kanseri için bilinen risk faktörü olan human papilloma virüsüne (HPV) maruz kalmaya yol açabilmektedir.

Bu nedenle çocukluk çağı cinsel istismarı, HPV'ye erken maruz kalmaya, kalıcı enfeksiyona ve dolayısıyla serviks kanser riskinde artışa yol açmaktadır (144).

Sigara içmeyenlerde önlenabilir kanserin en sık nedeni olarak obezite kabul edilmektedir (145). Bu durumu destekleyecek şekilde aşırı kilolu olmak meme, endometriyum, kolon, böbrek ve safra kesesi kanseri riskinde artışa neden olmaktadır (146). Cinsel, fiziksel ve duygusal istismar yüksek kilo ve obezite riskine yol açtığı için kanser oluşumu açısından önemli bir mekanizma da bu yoldur (147-149).

Alkol kullanımı farenks, gırtlak, özefagus, karaciğer, pankreas, akciğer, meme, kolon ve rektum kanseri riskini arttırmaktadır ve başka kanserlere de neden olabileceğini savunan araştırmalar bulunmaktadır (150-151).

Alkol ve kanser arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, mevcut kanıtlara göre günde 1 veya daha az içki içmenin kolorektal kanser riskini yükseltmek için yeterli olduğu, günde 2,5 birim veya altında içkinin ise birkaç farklı kanser riskini arttırdığı görülmektedir (151). Fiziksel istismara maruz kalmış olan ergenlerin, istismar yaşamamış akranlarına kıyasla daha yüksek alkol bağımlılığı riski yaşadığı gösterilmiştir (152). Araştırmalar cinsel, fiziksel ve duygusal istismar deneyimlerinin her birinin ağır içicilik ile ilişkili olduğunu iddia etmektedir (153-155). Ancak meta analizler, cinsel istismarın alkol kullanım artışıyla ilişkili olduğunu, fiziksel istismarın ise ilişkili olmadığını ortaya koymaktadır (156).

Belki de bilinen en güçlü kanser risk faktörü tütün kullanımıdır. Sigara içmenin kanser risk faktörü olarak araştırıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur. Sigara içenler akciğer kanseri, baş ve boyun kanserleri, böbrek kanseri, pankreas ve mesane kanseri için yüksek risk altındadırlar (157).

Genel olarak meta analizlerde cinsel istismar ile nikotin kullanımı arasında bir ilişki olmadığı belgelenmiştir. Ama bu karmaşık bir konudur. Çünkü fiziksel istismarın yüksek nikotin kullanımı açısından risk oluşturduğu ortaya konulmuştur (156). Bazı araştırmalar istismar ile sigara içme arasında bağlantı olduğunu gösterirken bazı araştırmalarda bu ilişki gösterilememiştir.

Sosyoekonomik statü (SES), sağlığın sağlam bir öngörücüsüdür (158). Bireyin gelir düzeyi ve eğitim durumu kullanılarak ölçülen SES, maddi

kaynaklara ulaşım yoluyla sağlığı etkilemekte, eğitim yoluyla da sağlık düşüncesini, bilgiyi, okuryazarlığı, prestiji, problem çözme becerisini etkilemektedir (159). Bireyin SES düzeyinin yüksek olması mamogram, kolorektal kanser taraması ve PAP smear dahil olmak üzere kanser tarama programlarını daha fazla yaptırabileceği görüşünü ortaya atmaktadır (160). Ek olarak SES düzeyinin düşük olması sigara içme, alkol kullanımı, kötü beslenme ve fiziksel inaktivite gibi kanserle ilişkili riskli davranışlarla bağlantılı bulunmuştur (161-163). Bununla birlikte SES ve kanser ilişkisinin çok açık bir şekilde belirlenemediği kabul edilmektedir.

Spesifik kanser türü olarak akciğer kanseri ve OÇY ilişkisini inceleyen bir araştırmada (164), OÇY skorları ile akciğer kanseri arasında önemli ve kademeli bir ilişki saptanmıştır. Dört veya beş OÇY olan bireylerin akciğer kanseri geliştirme olasılığı %88 daha yüksek olarak bulunmuştur. Altı veya daha fazla OÇY olanların ise olmayanlara kıyasla akciğer kanseri olma riski 2,7 kat daha olası bulunmuştur.

2.4.4. OÇY ve Diyabet İlişkisi

Diyabet zamanla kalpte, kan damarlarında, gözlerde, böbreklerde ve sinir sisteminde ciddi hasara yol açan yüksek kan şekeri seviyeleri ile karakterize kronik, metabolik bir hastalıktır. En yaygın olanı tip 2 DM'dir. Son otuz yılda tip 2 DM prevalansı, hem gelişmiş ülkelerde hem de az gelişmiş ülkelerde önemli ölçüde artmıştır (165). Dünya çapında yaklaşık 422 milyon insan diyabet hastasıdır. Bu diyabet hastalarının büyük kısmı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadırlar ve her yıl 1,6 milyon ölüm doğrudan diyabete atfedilmektedir. Hem vaka sayısı hem de diyabet prevalansı son birkaç on yılda giderek artmaktadır (165).

OÇY'nin yetişkinlikteki fiziksel sağlık üzerindeki etkileri üzerine artan ilgi nedeniyle son yıllarda konunun üzerine yapılan araştırma sayısı artmıştır. Bir dizi çalışma, OÇY ve tip 2 diyabetle yüksek oranda ilişkili olan bir dizi fiziksel durum arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir. İleriye dönük boylamsal bir araştırma, çocukluk çağında yaşanan sıkıntılı süreçlerin obezite riskini %20 ile 50 artırdığını göstermiştir (166). Bunun önemi ise obezitenin diyabet için iyi bilinen

bir risk kaynağı olmasıdır. Ek olarak, Kathleen ve ark. OÇY öyküsü olan katılımcıların, böyle bir öyküsü olmayanlara kıyasla, önemli ölçüde daha fazla diyabetle ilişkili klinik semptom bildirdiklerini belirtmişlerdir (167).

OÇY'nin iki olası mekanizma yoluyla etkilerini meydana getirdiği düşünülmektedir: doğrudan (biyolojik etki) veya dolaylı (zihinsel sağlık ve riskli davranışlar yoluyla dolaylı bir etki) veya her ikisinin kombinasyonu şeklinde (142).

Kanıtlar, çocukluk çağı olumsuzluklarının kronik stresör gibi davranarak, kanda yüksek seviyede trigliserid, serbest yağ asitleri, glikoz ve insülini tetikleyebildiğini göstermiştir. Ayrıca çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin, HPA eksenini kapsayan merkezi sinir sisteminde kalıcı değişikliklere yol açabileceği ve bu nedenle tip 2 diabetes mellitus gelişimini etkilediği de bildirilmiştir. Ek olarak, DNA metilasyonuna odaklanan bir çalışmada Suderman ve ark. erişkin DNA'sındaki genom üzerinde metilasyon profillerinin çocuklukta kötü muameleyle ilişkili olduğu ve uzun vadeli sağlık üzerinde daha fazla etkiye sahip olabileceği sonucuna varmışlardır (168).

Yang ve ark. kötü muameleyle maruz kalmış 96 çocuğun ve 96 kontrol çocuğunun tükürüğünden elde edilen DNA örneklerini analiz etmişlerdir (169). Analiz sonucunda kötü muamele gören çocukların, kontrol grubuna göre 2868 CpG bölgesinde metilasyon değerlerinde önemli farklılıklar olduğunu gözlemlemişlerdir. Coelhe ve diğer araştırmacılar tarafından yapılmış olan sistematik araştırmada çocukluk çağı olumsuzlukları ile tip 2 DM'nin gelişiminde de rol oynayan inflamatuvar belirteçler arasında anlamlı bir ilişki olduğu da doğrulanmıştır (170-172).

Öte yandan, OÇY kişisel yaşam tarzları ve alışkanlıkları açısından psiko sosyal gelişim üzerinde derin bir etkiye sahiptir ve tip 2 DM oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Örneğin, OÇY geçmişi olan kişilerin sigara içme ve alkol kötüye kullanımı gibi sağlık açısından riskli davranışlar sergileme olasılığı yapılmış olan araştırmalarda daha yüksek olarak bulunmuştur (173, 174). Ayrıca çocukluk çağı sıkıntılarını egzersiz eksikliği ve yüksek vücut kitle endeksi (VKİ) ile ilişkilendiren kanıtlar da bulunmaktadır (175).

Genel olarak incelendiğinde, tüm bu mental sağlık sorunları, sağlıksız davranışlar ve alışkanlıklar, OÇY geçmişi bulunan bireylerde tip 2 DM veya ilişkili fiziksel hastalık geliştirme riskinin artmasına önemli ölçüde katkıda bulunabilmektedir (168).

Araştırmalar, çocuklukta fiziksel istismar ile yüksek hemogloblin A1c (HbA1c), açlık glukozu veya tip 2 diyabet arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır. Kanıtlar, vücut kitle endeksinin fiziksel istismar ile tip 2 diyabet arasında gözlenen ilişkilerin yaklaşık yarısını açıkladığını ileri sürmektedir (166, 176, 177).

Araştırmacılar, çocukluk döneminde istenmeyen olaylara kümülatif maruz kalmanın, depresif semptomlar ve kardiyometabolik düzensizlikler yoluyla erişkin dönemde diyabet olasılığının artmasıyla dolaylı olarak ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca OÇY sayısındaki her artış için diyabet riskinin %11 arttığını belirtmişlerdir (178).

Diyabetli hastalarda OÇY prevalansı ve diyabetin ciddiyeti ile olası ilişkisini inceleyen bir araştırma, ABD'de McLaren Central Michigan' daki Endokrinoloji ve Diyabet Merkezinde diyabet (hem tip 1 hem de tip 2) veya obezite hastaları üzerinde yapılmıştır. OÇY sayısı, hastalık komorbiditeleri, komplikasyonları ile VKİ ve HbA1c gibi ölçülebilir sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Hem diyabet hem de obezite gruplarındaki OÇY skorlarının, Michigan'daki genel OÇY ortalamasına kıyasla daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu gösterilmiştir. OÇY skorları ayrıca diyabet grubunda VKİ ve HbA1c ile pozitif korelasyon göstermiştir. Diyabet grubunda daha yüksek OÇY puanına sahip olanlarda, depresyon ve anksiyeteye sahip olma olasılıkları daha yüksek olarak gözlenmiştir (179).

Diyabet ile OÇY arasındaki ilişkileri araştıran bir başka çalışmada, OÇY bildirmeyen bireylere kıyasla 1-3 arası OÇY bildirenlerin 1,2 kat, 4-6 arası OÇY bildirenlerin 1,4 kat daha fazla diyabet riski taşıdığı belirtilmektedir (36).

Campbell ve ark. OÇY sayısı ile diyabet oluşma riski arasında bir doz-yanıt ilişkisini ortaya çıkaran sonuçlar bildirmişlerdir. OÇY bildirmeyen bireylere kıyasla bir OÇY bildirenlerin diyabet geliştirme olasılığını 1,25 kat, iki OÇY bildirenlerin 1,32 kat, üç OÇY bildirenlerin 1,36 kat, dört veya daha fazla OÇY bildirenlerin 1,39 kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır (141).

Geçmişte duygusal istismara uğrayanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kortizol düzeylerinde artış saptanmıştır. Ayrıca literatürde duygusal istismarın tip II diyabet, obezite, migren ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olabileceğini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (180).

2.4.5. OÇY ve Riskli Sağlık Davranışları İlişkisi

Çocukluk döneminde yaşanan sıkıntılar sonucu bireyler riskli sağlık davranışlarına yönelebilmektedirler. Çocukluk döneminde istismar mağduru olan kişilerin özellikle sigara, madde bağımlılığı ve obezite gibi riskli sağlık davranışlarını benimseme olasılığı yüksektir. Bu gibi davranışlar başka kronik hastalıkları tetikleyebilmektedir ve yaşam koşullarında bozulmalara neden olabilmektedir (181).

İnsanların ölüm nedenleri incelendiğinde, ABD'deki tüm ölümlerin yarısından çoğunun fiziksel inaktivite, sigara içme, kötü beslenme, riskli cinsel davranış, ortak iğne kullanımı ve aşırı alkol tüketimi nedenli davranışsal risk faktörleri kaynaklı olduğu gösterilmiştir (14). Önlenebilir ölümlerin en yaygın nedeni ise tütün kullanımıdır. Tütün kullanımının arkasından kötü beslenme ve fiziksel inaktivite gelmektedir (182).

OÇY'nin ortaya çıkardığı duygusal, nörobiyolojik ve sosyal etkiler sonucu uzun süreli nikotin kullanımı görülmesi, bu negatif etkilerle bir tür başa çıkma mekanizmasıdır. Anda ve ark. OÇY ve sigara içme davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla 9.215 yetişkini içeren bir araştırma yapmışlardır (183). Yaptıkları araştırmada duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, anneye karşı şiddet, ebeveynlerin ayrılması veya boşanması, akıl hastalığı olan aile üyesiyle büyüme, madde bağımlısı aile üyesiyle büyüme ve hapse girmiş aile üyesiyle büyüme şeklinde 8 kategori belirlemişler. Katılımcıların %63'ü en az bir kategoriyi yaşamış olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hiçbir olumsuz yaşantı bildirmeyenlerle kıyaslandığında 5 veya daha fazla kategori bildirenlerin sigaraya erken başlama, sürekli sigara içme, şu an sigara içiyor olma ve yoğun sigara içme alışkanlıkları bakımından çok daha yüksek oranlara sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca sigara içenlerde depresif duygulanımla ilgili sorunlar da yüksek saptanmıştır.

Madde bağımlılığı da OÇY sonucunda gerçekleşebilecek bir durumdur. Alkol aşırı tüketimi sonucu hipertansiyon, inme, karaciğer hastalığı, kardiyovasküler sorunlar ve çeşitli kanser türleri görülebilmektedir. Ayrıca aşırı alkol, vücudun bağışıklık sistemini zayıflatarak hastalık gelişimini daha olası hale getirebilmektedir (184).

Strine ve ark. yaptıkları çalışma sonucu yetişkin kadınlarda duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal, uyuşturucu kullanan veya akıl sağlığı sorunları olan aile üyesiyle yaşamak, ebeveyn ayrılığı veya boşanması gibi OÇY sorunlarının alkol kullanımı sonucuna yol açtığını ileri sürmüşlerdir (185).

Felitti ve ark. intravenöz uyuşturucu veya yasadışı madde kullanımı ile OÇY ilişkisini araştırmıştır. Dört veya daha fazla OÇY bildirenlerin yasadışı madde kullanma olasılığının 4 katın üstünde olduğu, intravenöz uyuşturucu kullanımının OÇY olmayanlara göre 10 kattan fazla olduğunu belirtmişlerdir (114). Narkotikler veya yasadışı maddelerin kullanımı kanser, HIV, hepatit, inme, KHV ve akciğer hastalığı risklerini arttırmaktadır (186).

Bellis ve ark. OÇY skoru ile obezite arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (187). Morbid obezite, OÇY skorları ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. OÇY maruziyeti olmayan bireye göre 4 veya daha fazla OÇY'ye maruz kalan bireylerin 40 veya daha fazla vücut kitle endeksi bildirme olasılığı 3 kat daha yüksek bulunmuştur.

Çocuklukta şiddete maruz kalmanın obezite ile ilişkisi üzerine yapılmış olan sistematik bir derlemede, 36 çalışmadan 29'unda, çocuklukta kişilerarası şiddetin en az bir ölçütü ile obezite arasında pozitif ilişkiler olduğu bulunmuştur (188). Ayrıca 190.285 kişiyi içeren bir metaanalizde, OÇY'nin yaşam boyu obezite gelişimi için 1,36 (%95 CI 1.26, 1.47) olasılık oranı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (189).

Sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi, diyet ve fiziksel aktivitenin de kronik hastalığın önlenmesi ve prognozu için önemli etkileri olduğu bilinmektedir. İyi beslenme ve düzenli fiziksel aktivitenin yetişkin dönemde meydana gelebilecek kronik hastalıkların riskini azalttığı çalışmalarla ortaya konmuştur (14).

2.4.6. OÇY ve Psikopatoloji

Çocukluk döneminin olumsuz yaşantılarına maruz kalma ile yaşam boyu ortaya çıkabilecek kötü zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları arasındaki bağlantı, gelişimsel psikopatoloji çerçevesi tarafından ele alınmaktadır. Genel olarak, gelişimsel psikopatolog, gelişimin biriken büyüme kaynaklı olduğunu vurgulamaktadır. Bir gelişim noktasında kazanılan yetenekler, daha gelişmiş yetenekler inşa edilmesi açısından yapı görevi görmektedir. Bu nedenle, bir risk faktörüne maruz kalma anında meydana gelen gelişimsel büyümenin, maruziyetten çok daha fazla etkilenmesi beklenmektedir. Hassas dönemler olarak adlandırılan bu dönemlerin belirlenmesi, bu model dahilinde çalışan araştırmacılar için büyük ilgi görmektedir. Bu hassas dönemlerde gelişimsel süreçleri bozduğundan şüphelenilen risk faktörleri, bakıcının varlığı gibi beklenen bir girdinin olmaması veya güvenlik tehdidi gibi beklenmedik bir girdinin varlığı olarak kavramsallaştırılmaktadır (190).

Geçtiğimiz birkaç on yılda, bir bireyin sağlığının, yalnızca biyoloji ve genetiğin bir ürünü olmadığı anlaşılmıştır. Artık bir kişinin fiziksel çevresinin, sosyal etkileşimlerinin, ilişkilerinin ve ekonomik koşullarının hayat boyu sağlık üzerinde büyük etkisi olduğu bilinir bir gerçekliktir. Araştırmalar, kişinin bebeklikten çocukluğa ve ergenliğe kadar maruz kaldığı ortamların ve olayların, o bireyin sağlığı, yaşam kalitesi ve nihayetinde yaşam beklentisi üzerinde derin bir etkiye sahip olduğunu tutarlı bir şekilde göstermiştir. Tip ve ciddiyetine bağlı olarak OÇY'nin aslında yetişkinlikte daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu ve kanser, diyabet, kalp hastalığı, obezite ve ciddi akıl hastalığı riskinde artışa yol açtığını gösteren çok sayıda araştırma vardır (114).

Çocukluk döneminde maruz kalınan kötü muamele, bireyin ilerleyen yaşamında çok derin izler bırakmaktadır. Şiddetin sorun çözme, ceza verme aracı ya da statü, saygı kazanma yöntemi olarak kullanıldığı ortamlarda büyüyen birçok çocuk ve gencin, yetişkin olduklarında özellikle kendi eşlerine ya da çocuklarına şiddet uygulama ihtimalleri de oldukça yüksek bulunmuştur (191).

İstismar yaşantısı, bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal işlev görmeyi etkileyen birçok alanda olumsuz ve uzun süren etkiler yaratmaktadır. Bu ruhsal

belirtiler, kaygı, depresyon, düşük benlik algısı, şiddete eğilim, saldırganlık, davranış bozuklukları, bedensel yakınmalar, uyku bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, utangaçlık, içe kapanma, özgüven eksikliği, okul başarısızlığı, altını ıslatma ve dışkı kaçırmaya şeklinde kendini göstermektedir (192).

Yapılmış olan araştırmalar sonucunda OÇY ile depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, TSSB ve çeşitli kişilik bozuklukları dahil olmak üzere güçlü bağlantılar olduğuna dair görüşler öne çıkmıştır (193-196).

Araştırmacılar, çocukluk istismarı türlerini psikopatolojik sonuçları açısından ayrı ayrı incelediklerinde, farklı istismar türlerinin belirli psikopatoloji biçimlerine karşı özel olarak savunmasızlığa katkı sağlayabileceğini öne sürmüşlerdir. Örneğin fiziksel istismar kaygı ve depresyon gelişimiyle ilişkili iken duygusal istismar daha çok depresyon gelişimi ile ilişki olabilir görüşünü savunmuşlardır. Diğer istismar türlerinin aksine çocukluk çağı cinsel istismarı, psikopatolojik bağlantıları açısından görece özgün bulunmamıştır (194).

Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk üzerinde yarattığı fiziksel etkiler geçici olabilir, fakat gerek diğer istismar türlerine eşlik eden, gerekse tek başına olan duygusal istismarın ruhsal ve davranışsal etkileri yaşam boyu sürebilir. Maruz kalan çocuklarda kaygı bozuklukları, depresyon, davranış bozukluğu, kişilik bozuklukları, sosyal yaşamda yetersizlik riski artar. Çocuklukta yaşanan duygusal istismarın, diğer istismar türlerine göre, yetişkin dönemde görülen depresif semptomlar ile anlamlı derecede daha yakın ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (195,196).

İstismar sonrası psikiyatrik bozukluk belirtileri sık gözlenmektedir. Güvensiz bağlanma, düşük benlik saygısı, okul başarısızlığı, davranış problemleri, suça yönelme, depresyon, dissosiyatif semptomlar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akran ilişkilerinde bozukluklar, kendine zarar verme ve intihar, içe kapanma veya saldırganlık, gelişimsel gecikme, yeme ve uyku bozuklukları, erken yaşta cinsel temalı davranışlar sergileme bunlardan bazılarıdır (197).

Aileler çocuk yetiştirme sürecinde çocukları bilmeden de olsa örseleyici davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu davranışlar şiddet, ihmal, duygusal yoksunluk ve ilgisizlik gibi çocuğa yönelik ihmal ve istismar durumlarına neden

olabilir. Bu davranışların sonucu olarak çocukta benlik saygısında azalma, depresyon, intihar eğilimi ve şiddet davranışları görülebilir (27).

Norveç'te çocuk ve ergen psikiyatri hastaları üzerinde yapılan bir araştırma, ergen psikiyatri hastalarının %60,2'sinin çocukluk döneminde istismar ve ihmal yaşadığını ortaya koymuştur. Ergenlerin %25,5'i uğradıkları birden fazla istismar türünü bildirmiştir. Araştırmacılar, çocuk istismarının intihar girişimleri, okuldan kaçma, alkol ve uyuşturucu kullanımıyla ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir (198).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na 2000-2004 yılları arasında başvuran 9840 çocuk istismar ve ihmal vakası geriye dönük olarak incelenmiş, cinsel istismar ve fiziksel istismar birlikteliği %74 olarak bulunmuştur (199). İstismar mağduru çocukların çoğunun ailesinin düşük sosyoekonomik düzeyde olduğu; çocukların %15'inin annelerinde depresyon olduğu, %28'inin babalarının alkol bağımlılığı yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmacılar, çocuğun cinsiyeti ve yaşı, ebeveynlerin psikiyatrik öyküsü ve ebeveyn ayrılığının çocuk istismarı ile ilişkili en önemli aile içi özellikler olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Birkaç çalışma, yatarak tedavi gören psikiyatri popülasyonlarında ve şiddetli veya kalıcı ruhsal hastalığı olanlarda OÇY oranları hakkında veriler elde etmiştir. Shack ve ark. hastanede yatan psikiyatri hastaları arasında çocuklukta fiziksel ve cinsel istismarın yaygınlığını incelemişlerdir (200). Genel olarak, erkeklerin %40,6'sı ve kadınların %70,3'ü bir tür fiziksel veya cinsel istismar bildirmişler; erkek hastaların %17,5'i ve kadın hastaların %45,9'u her iki istismar türünü de yaşadıklarını belirtmişler. Read ve ark. çocukluk çağı travması ve yetişkin psikoza arasındaki bağlantıyı inceleyen çalışmaları gözden geçirmiş ve çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismarı destekleyen psikoza bireylerin ağırlıklı ortalamasının %69 olduğunu bildirmiştir (201). Morgan ve Fisher 2007 tarihinde benzer bir inceleme yapmışlar, çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel istismara uğrayan psikoza bireylerin ağırlıklı ortalamasını %50 olarak bildirmişlerdir (202).

Çocuk istismarı, özellikle çocukluk çağı cinsel istismarı, yeme bozukluğu semptomlarının gelişimi için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (203). Cinsel

istismar mağdurlarının bedenleriyle ilgili utanç duygularında artış yaşamasının, dürtüsellik, sınırda kişilik bozukluğu, dissosiyasyon, self-mutilasyon, madde kullanımı, TSSB gibi psikopatolojiler açısından yüksek risk oluşturmalarının, yeme bozukluğuna karşı kırılganlığı arttırdığı belirtilmiştir (204).

Ege ve ark. OÇY ve ileri yaştaki depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için 60 yaş ve üstü 8.051 kişiden oluşan bir örneklem kullanmıştır (205). Birden fazla aile içi şiddet olayına tanık olan bireylerin depresyona girme olasılığı, olmayanlara göre 2,69 kat daha fazla bulunmuştur. Ebeveynleri tarafından birçok kez fiziksel olarak zarar görenlerin depresyona girme olasılığı 4,55 kat daha fazla saptanmıştır. Ebeveynleri kendilerini sözlü olarak taciz eden katılımcılar, maruz kalmayanlara göre 2,41 kat daha yüksek depresyon oranlarına sahip bulunmuşlardır. Birçok kez cinsel istismara uğrayan bireylerin depresyona girme olasılığı 3,93 kat daha yüksek bulunmuştur.

Mayema ve ark. OÇY ile psikolojik stres arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (206) 1223 kişiyi doğumlarından 20'li yaşlarına kadar izlemişlerdir. Psikolojik stres, bireylerin %28'i tarafından bildirilmiştir ve yaklaşık %90'ı en az bir OÇY bildirmişlerdir. Ebeveyn işsizliği ve boşanma dışındaki tüm OÇY türleri bireysel olarak psikolojik stres ile ilişkilendirilmiştir. Bir ile beş arası OÇY yaşayan bireylerin, maruz kalmayanlara kıyasla psikolojik sıkıntı bildirme olasılığı üç kat daha yüksek bulunmuştur. Altı veya daha fazla OÇY maruziyeti olan bireylerin, maruz kalmayanlara göre psikolojik stres bildirme olasılığı sekiz kat daha fazla ölçülmüştür. Bireylerin %15'i altı veya daha fazla OÇY maruziyeti bildirmiştir ve bu grupta önemli bir doz yanıtı gözlemlenmiştir. Altı veya daha fazla OÇY maruziyeti olanların, 5 veya daha az maruz kalan veya hiç maruz kalmayanlara kıyasla yetişkin stres yaşama olasılığı 11 kat daha yüksek bulunmuştur.

TSSB, çocukluk çağı cinsel istismar mağduru olan yetişkinler arasında sık saptanan psikopatolojilerdendir (207). McTavish ve ark. tarafından çocukken istismara uğramış yetişkinlerle yapılan bir çalışmada (208), yaşam boyu TSSB oranı %46, mevcut TSSB oranı ise %13 olarak bulunmuştur. Saunders ve ark. tarafından çocuklarda yapılan bir izlem çalışmasında, TSSB semptom sayısı ve şiddetinin zamanla azaldığı gösterilmesine rağmen, pek çok çocuk travmadan

uzun zaman sonra bile anlamlı düzeyde çeşitli semptomlar göstermiştir (209). Wolfe ve ark. tarafından istismarın süresi ve TSSB arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, bir yıldan uzun süren istismarlarda TSSB riski %73, bir yıldan az süren istismarlarda bu oran %37 olarak tespit edilmiştir (210).

Çocukluk çağı cinsel istismar deneyimleri, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı riskini artırmaktadır. Genel popülasyona dayalı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalmanın, yaşam boyu alkol bağımlılığı oranlarında 1.5-3 kat artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (211).

Çocukluk çağı cinsel istismar mağdurlarında erişkin dönemde nikotin ve yasadışı madde kullanımı arasında da ilişki olduğu bildirilmiştir (212). Sigara içme, strese karşı bir baş etme yöntemi olarak başlarken; bağımlılığa kadar da ilerleyebilmektedir (213).

Bipolar bozukluğa sahip bireylerde çocukluk çağı istismarı öyküsü, genel popülasyona kıyasla daha sık görülmektedir (214). Yapılan çalışmalarda bipolar hastaların yaklaşık yarısında çocukluk dönemi olumsuz yaşantısı bildirilmiştir (215). Tüm istismar türleri, bipolar bozukluğun gelişme riski ve kötü prognozu ile ilişkili olmasına rağmen literatürde özellikle fiziksel ve cinsel istismar, bu ilişkinin en güçlü araçları olarak tanımlanmıştır (216).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08/04/2020 tarih ve KAEK- 265 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda “Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının Erişkinlik Dönemindeki Kronik Hastalıklarla İlişkisinin Araştırılması” amacıyla tanımlayıcı-kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinde Nisan 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Nisan 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası katılımcılar oluşturmuştur.

Çalışmadan elde edilen bulguların istatistik analizleri için SPSS 18 (SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.) programı kullanılacaktır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile incelenecektir. Örneklemi tanımlamak için, normal dağılıma uygun değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan değişkenler ortanca (minimum-maksimum), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile belirtilecektir. İki den fazla grup ortalamalarının farkını belirlemek için ANOVA testi kullanılacaktır. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılacaktır.

Araştırmada yer alan katılımcı sayısı G Power 3.1.9.4 versiyonu kullanılarak ANOVA testi için α hata payı 0.05, testin gücü 0.80 ve etki genişliği 0.25 alınarak hesaplanmıştır. Toplam katılımcı sayısı 300 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak katılmaya gönüllü olan 18-65 yaş arasındaki kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2)

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 43 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini, evlilik ve ebeveynlik süreçlerini, ebeveyn/bakıcı ilişkilerini, aile ortamını, aile içi şiddeti, ihmal ve istimar durumlarını, toplumsal şiddeti değerlendiren ACE-IQ anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3). Ayrıca anketin ilk sayfasına kronik hastalıkları sorgulamak amacıyla 4 soruluk bir anket eklenmiştir (Ek-4). Guidance for Analysing ACE-IQ kullanılarak OÇY gruplamaları ve istatistikler için gerekli olan puanlamalar gerçekleştirilmiştir (Ek-5).

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Verilerin analiziyle ilgili tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Çalışmada ACE puanlarının hasta gruplarına ve hastalık durumlarına göre incelenmesinde ikili gruplarda bağımsız örneklem t testi analizi, üç ve üzerindeki gruplarda ise varyans analizi uygulanmıştır. Varyans analizi sonucunda farklı olarak belirlenen grupların belirlenmesi için Sidak ikili kıyaslama testi yapılmıştır. Çalışmada hasta özelliklerinin hasta ve kontrol grubuna göre incelenmesinde t testi analizi, Varyans analizi ve Ki-kare analizi yapılmıştır. Çalışmada ACE travma hasta gruplarına göre ve hastalık durumlarına göre incelenmesinde Ki-kare analizi yapılmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

Hastaların Demografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 300 kişi alınmıştır. Kronik hastalığı olmayan kişilerin oluşturduğu kontrol grubunda 76'sı kadın (%50,7), 74'ü erkek (%49,3) toplam 150 kişi; kronik hastalık grubunda 83'ü kadın (%55,3), 67'si erkek (%44,7) toplam 150 vardır. Çizelge 4.1'de kontrol grubu ve kronik hastalık grubunda hasta özelliklerinin incelenmesi çizelge olarak gösterilmiştir.

4.1. Kontrol Grubu ve Kronik Hastalık Grubundaki Kıyaslamalar

Çizelge 4.1: Kontrol Grubu ve Kronik Hastalık Grubunda Hasta Özelliklerinin İncelenmesi

Hasta Özellikleri		Kronik Hastalık				p
		EVET		HAYIR		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	74	%49,3	83	%55,3	0,22
	Kadın	76	%50,7	67	%44,7	
Eğitim Durumu	Okuryazar olmayan	6	%4,0	5	%3,3	0,32
	İlkokul Mezunu	29	%19,3	9	%6,0	
	Ortaokul Mezunu	26	%17,3	22	%14,7	
	Lise Mezunu	29	%19,3	51	%34,0	
	Üniversite Mezunu	47	%31,3	51	%34,0	
	Lisans Üstü	13	%8,7	12	%8,0	
İş Durumu	Devlet Memuru	46	%30,7	28	%18,7	0,13
	Özel Sektör	35	%23,3	45	%30,0	
	Serbest Meslek	14	%9,3	32	%21,3	
	Stajyer	1	%0,7	0	%0,0	
	Öğrenci	6	%4,0	13	%8,7	
	Ev Hanımı	13	%8,7	3	%2,0	
	Emekli	27	%18,0	14	%9,3	
	İşsiz	8	%5,3	15	%10,0	
Medeni Durum	Evli	101	%67,3	85	%56,7	0,01*
	Bekar	49	%32,7	65	%43,3	
Önceki Evlilik Durumu	Evet	12	%30,8	13	%21,3	0,14
	Hayır	27	%69,2	48	%78,7	
İlk Evliliğinde Eşini Seçme Durumu	Evet	101	%82,1	98	%98	0,01*
	Hayır	22	%17,9	2	%2	
Eş Seçiminde Danışılma	Evet	13	%59,1	4	%80,00	-
	Hayır	9	%40,9	1	%20,00	

*Ki-kare testi

Kronik hastalık grubu ve kontrol grubu hastalarının cinsiyet dağılımlarının farklı olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalık ve kontrol grubunun cinsiyet bakımından benzer düzeylerde olduğu ifade edilebilir ($p=0,22$).

Yapılan istatistiksel analizde kontrol grubu hastaları ile kronik hastalıkları olan grup arasında eğitim durumlarının farklı olmadığı her iki grubun benzer düzeyde eğitime sahip olduğu ($p=0,32$); kronik hastalık grubu ve kontrol grubu hastalarının mesleklerinin farklı olmadığı her iki grubun benzer mesleklere ve çalışma durumuna sahip olduğu ($p=0,13$) saptanmıştır.

Kronik hastalık grubu hastalarının evli olma durumu kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazladır. Farkın nedeninin kontrol grubu hastalarının daha yüksek düzeylerde bekar ve hasta grubunun ise daha yüksek düzeylerde evli olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p=0,01$).

Kronik hastalık grubu ve kontrol grubu hastalarının daha önceki evlenme durumları incelenmiştir. Kronik hastalık ve kontrol grubunun evlenme durumları arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,14$).

Kronik hastalık grubu ve kontrol grubu hastalarının ilk evliliğinde eşini seçme durumu incelenmiştir. Kronik hastalık ve kontrol grubunun ilk evliliğinde eşini seçme durumu bakımından farklı seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Farkın nedeni kontrol grubu hastalarının daha yüksek düzeylerde eşini kendisinin seçmesinden kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,01$).

İlk evliliklerinde eşlerini kendilerinin seçme durumlarına göre soruya yanıt verenlerin az olması nedeniyle kronik hasta grubu ve kontrol grubu arasında istatistik çalışması yapılamamıştır. Çizelge 4.2’de kontrol ve kronik hastalık grubunda hasta özelliklerinin incelenmesi çizelge olarak gösterilmiştir.

Çizelge 4.2: Kontrol ve Kronik Hastalık Grubunda Hasta Özelliklerinin İncelenmesi

Ölçüm	Kronik Hastalık		P
	Evet	Hayır	
	X±s.s.	X±s.s.	
Yaş	45,16±12,9	45,44±11,45	0,83
İlk Evlilik Yaşı	22,95±3,95	24,23±4,18	0,54
Ebeveyn Olanlarda İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı	24,64±4,24	26,29±4,74	0,39

Bağımsız Örneklem t testi

Kontrol ve hasta grubu hastalarının yaşlarının farklı düzeyde olmadığı, kontrol ve hasta grubu hastalarının yaşlarının benzer seviyede olduğu saptanmıştır (p=0,83). İstatistiksel incelemeler sonucunda kontrol ve hasta grubu hastalarının ilk evlenme yaşlarının farklı düzeyde olmadığı, kontrol ve hasta grubu hastalarının ilk evlenme yaşlarının benzer seviyede olduğu belirlenmiştir (p=0,54).

Gruplar arasındaki istatistiksel sonuçlara göre kontrol ve hasta grubu hastalarının ilk çocuk sahibi olma yaşlarının farklı düzeyde olmadığı, kontrol ve hasta grubu hastalarının ilk çocuk sahibi olma yaşlarının benzer seviyede olduğu saptanmıştır (p=0,39).

4.1.1.ACE Puanlarına Göre Kontrol ve Hasta Grubunun İncelenmesi

Çalışmada hastaların ACE-IQ puanlarının alt boyutlar bazında gruplara göre incelenmesi yapılmıştır. OÇY taramasında DSÖ'nün ACE anketi kullanıldığı için bulgulara bölümünde OÇY karşılığı olarak ACE kısaltması kullanılacaktır. Çizelge 4.3'te ACE puanlarına göre kontrol ve hasta grubunun incelenmesi çizelge olarak gösterilmiştir.

Çizelge 4.3: ACE Puanlarına Göre Kontrol ve Hasta Grubunun İncelenmesi

ACE Travma	Kronik Hastalık		p
	Evet	Hayır	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,21±0,53	0,02±0,18	0,01*
Aile Ortamı	2,26±0,40	2,19±0,40	0,17
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,31±0,51	1,11±0,43	0,04*
İstismar	0,42±0,49	0,32±0,48	0,02*
Şiddet	0,55±0,47	0,92±0,61	0,01*
ACE Toplam Skor	4,97±1,29	4,33±1,22	0,02*

*Bağımsız Örneklem t testi

Sonuçlara göre evlilik travma puanlarının gruplara göre farklı seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan grubun evlilik travması düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$). Aile ortamı puanlarının çalışma gruplarına göre farklı seviyede olmadığı tespit edilmiştir. Aile ortamı travma puanlarının kontrol ve hasta grubunda farklı seviyelerde olmadığı belirlenmiştir ($p=0,17$).

Analiz sonuçlarına göre ebeveyn ilişkileri travma puanlarının gruplara göre farklı seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan grubun ebeveyn ilişkileri travması düzeylerinin kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p=0,04$).

İstatistiksel veriler incelendiğinde, istismar travma puanlarının gruplara göre farklı seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan grubun istismar travması düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir ($p=0,02$).

Sonuçlara göre şiddet travma puanları gruplara göre farklı seviyelerdedir. Kronik hastalığa sahip olan grubun şiddet travması düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük düzeydedir ($p=0,01$).

Yapılan analizler ACE toplam puanlarının gruplara göre farklı seviyelerde olduğunu göstermektedir. Kronik hastalığı olan grubun ACE çocukluk travması düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir ($p=0,02$).

4.1.2.ACE Gruplarına Göre Kontrol ve Hasta Grubunun İncelenmesi

Çalışmada hastaların ACE puanlarının alt boyutlar bazında gruplara travma var/yok durumlarına göre incelenmesi yapılmıştır. Çizelge 4.4'te ACE puanlarına göre kontrol ve hasta grubunun incelenme sonuçları gösterilmiştir.

Çizelge 4.4: ACE Puanlarına Göre Kontrol ve Hasta Grubunun İncelenmesi

Travma Durumu		Kronik Hastalık				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	128	85,3%	148	98,7%	0,01*
	Var	22	14,7%	2	1,3%	
Aile Ortamı	Yok	92	61,3%	106	70,7%	0,06
	Var	58	38,7%	44	29,3%	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	135	90,0%	144	96,0%	0,04*
	Var	15	10,0%	6	4,0%	
İstismar	Yok	132	88,0%	146	97,3%	0,04*
	Var	18	12,0%	4	2,7%	
Şiddet	Yok	143	95,3%	134	89,3%	0,03*
	Var	7	4,7%	16	10,7%	
ACE Toplam Travma	Travma yok	82	54,7%	96	64,0%	0,03*
	Tek	45	30,0%	24	16,0%	
	İki	20	13,3%	24	16,0%	
	3 ve Üzeri	3	2,0%	6	4,0%	

*Ki-kare testi

Sonuçlara göre evlilik travması yaşama durumları gruplara göre farklı seviyelerdedir. Kronik hastalığı olan grubun evlilik travması yaşama durumunun kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p=0,01$).

Aile ortamı travması yaşama durumları çalışma gruplarına göre farklı seviyede değildir. Aile ortamı travması yaşama oranlarının kontrol ve hasta grubunda farklı seviyelerde olmadığı belirlenmiştir ($p=0,06$).

Ebeveyn ilişkileri travması yaşama durumları çalışma gruplarına göre farklı seviyelerdedir. Kronik hastalığı olan grubun ebeveyn ilişkileri travması yaşama durumunun kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p=0,04$).

Sonuçlara göre istismar travması yaşama durumları gruplara göre farklı seviyelerdedir. Kronik hastalığı olan grubun istismar travması yaşama durumunun kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p=0,04$).

Sonuçlara göre şiddet travması yaşama durumlarının gruplara göre farklı seviyelerde olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan grubun şiddet travması yaşama durumunun kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p=0,03$).

İstatistiksel sonuçlara göre ACE toplam travma yaşama durumlarının gruplara göre farklı seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan grubun daha yüksek oranda tek travma yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubunun ise kronik hastalık grubuna göre daha düşük oranda travma yaşadığı ifade edilebilir ($p=0,03$).

4.2. Kronik Hastalık Grubundaki Kıyaslamalar

Kronik hastalık grubundaki hastaların %26,9'unun diyabet, %23,1'inin hipertansiyon, %20,1'inin depresif bozukluk, %10,4'ünün astım, %9,7'sinin hipotiroidi, %8,2'sinin kronik böbrek hastalığı, %7,5'inin koroner arter hastalığı, %7,5'inin anksiyete bozukluğu, %6'sının obezite, osteoartrit, KOAH, %5,2'sinin kalp ritim bozukluğu, %4,5'inin hiperlipidemi, akciğer kanseri olduğu belirlenmiştir. Çizelge 4.5'te kronik hastalık grubu katılımcılarının hastalıklara göre dağılımı gösterilmiştir.

Çizelge 4.5: Kronik hastalık grubu katılımcılarının hastalıklara göre dağılımı

Hastalık	n	%
Diabetes Mellitus	36	%26,9
Hipertansiyon	31	%23,1
Depresif Bozukluk	27	%20,1
Astım	14	%10,4
Hipotiroidi	13	%9,7
Kronik Böbrek Hastalığı	11	%8,2
Koroner Arter Hastalığı	10	%7,5
Anksiyete Bozukluğu	10	%7,5
Obezite	8	%6,0

Osteoartrit	8	%6,0
KOAH	8	%6,0
Ritim Bozukluğu	7	%5,2
Hiperlipidemi	6	%4,5
Akciğer Kanseri	6	%4,5
Serebrovasküler Olay	5	%3,7
Romatoid Artrit	5	%3,7
Fibromiyalji	5	%3,7
Epilepsi	5	%3,7
Migren	5	%3,7
Kalp Yetmezliği	4	%3,0
Periferik Arter Hastalığı	4	%3,0
Osteoporoz	4	%3,0
Polikistik Over Sendromu	4	%3,0
Tiroid Kanseri	4	%3,0
Obsesif Bozukluk	4	%3,0
Benign Pozisyonel Vertigo	4	%3,0
Benign Prostat Hiperplazisi	4	%3,0
Ailevi Akdeniz Ateşi	3	%2,2
Bipolar bozukluk	3	%2,2
Meme Kanseri	3	%2,2
Serviks Kanseri	3	%2,2
Ülseratif Kolit	3	%2,2
Ankilozan Spondilit	2	%1,5
Sjögren	2	%1,5
Psöriyazis	2	%1,5
Mide Kanseri	2	%1,5
Kolon Kanseri	2	%1,5
Tüberküloz	2	%1,5
Kronik Karaciğer Hastalığı	2	%1,5
Crohn Hastalığı	2	%1,5
Wegener Granülomatozu	1	%0,7
Malign Melanom	1	%0,7
Prostat Kanseri	1	%0,7
Mesane Kanseri	1	%0,7

Hastalıklar hastalık tiplerine göre gruplandırıldığında kronik hasta grubundaki hastaların %42,5'inin endokrin hastalıkları, %33,6'sının kardiyovasküler hastalıkları, %19,4'ünün psikiyatrik hastalıkları, %17,9'unun solunum yolu hastalıkları, %17,2'sinin romatizmal hastalıkları, %17,2'sinin kanseri, %11,2'sinin üriner sistem hastalıkları, %10,4'ünün nörolojik hastalıkları ve %5,2'sinin gastrointestinal hastalıkları olduğu saptanmıştır. Çizelge 4.6'da kronik hastalık grubu katılımcılarının hastalık gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Çizelge 4.6: Kronik hastalık grubundaki katılımcıların hastalık gruplarına göre dağılımı

Hastalık	n	%
Endokrin Hastalıklar	57	%42,5
Kardiyovasküler Hastalıklar	45	%33,6
Psikiyatrik Hastalıklar	41	%30,5
Solunum Yolu Hastalıkları	24	%17,9
Romatizmal Hastalıklar	23	%17,2
Kanserler	23	%17,2
Üriner Sistem Hastalıkları	15	%11,2
Nörolojik Hastalıklar	14	%10,4
Gastrointestinal Hastalıklar	7	%5,2

4.3. Kronik Hastalık Grubunda Hastalık Tipine Göre ACE Travma Düzeylerinin İncelenmesi

4.3.1. Kronik Hastalık Grubunda Hastalık Tipine Göre ACE Travma Durumunun İncelenmesi

Kardiyovasküler hastalığı olan veya olmayan grupta evlilik, ebeveyn, istismar ve şiddet travması yaşama oranlarının farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kardiyovasküler hastalığı olan hastaların aile ortamı ve toplam travma düzeylerinin farklı olduğu belirlenmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olan hastaların aile ortamı travması yaşama oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,01$). Kardiyovasküler hastalığı olmayan hastaların daha düşük oranda travma

yaşadığı, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların ise daha yüksek oranda iki ve üzerindeki sayıda travma yaşadığı belirlenmiştir ($p=0,01$). Çizelge 4.7’de kardiyovasküler hastalıklar ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.7: Kardiyovasküler Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Kardiyovasküler Hastalıklar				P
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	37	%82,2	91	%86,7	0,15
	Var	8	%17,8	14	%13,3	
Aile Ortamı	Yok	24	%53,3	68	%64,8	0,01*
	Var	21	%46,7	37	%35,2	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	40	%88,9	103	%98,1	0,09
	Var	5	%11,1	2	%1,9	
İstismar	Yok	43	%95,6	105	%100,0	0,12
	Var	2	%4,4	0	%0,0	
Şiddet	Yok	41	%91,1	102	%97,1	0,10
	Var	4	%8,9	3	%2,9	
ACE Toplam Travma	Travma yok	20	%44,4	62	%59,0	0,01*
	Tek	14	%31,1	31	%29,5	
	İki	9	%20,0	11	%10,5	
	3 ve üzeri	2	%4,4	1	%1,0	

*Ki-kare testi

Endokrin hastalıkları olan veya olmayan grupta ebeveyn, istismar ve şiddet travması yaşama oranlarının farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Endokrin hastalıkları olan hastaların evlilik, aile ortamı ve toplam travma düzeyleri farklıdır. Endokrin hastalığı olan hastaların evlilik ve aile ortamı travması yaşama oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,01$). Endokrin hastalığı olmayan hastaların daha düşük oranda travma yaşadığı ve endokrin hastalığı olan hastaların daha yüksek oranda tek, iki ve 3 ve üzerinde sayıda travma yaşadığı belirlenmiştir ($p=0,01$). Çizelge 4.8’de endokrin hastalıklar ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.8: Endokrin Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Endokrin Hastalıklar				p
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	45	%78,9	83	%89,2	0,01*
	Var	12	%21,1	10	%10,8	
Aile Ortamı	Yok	31	%54,4	61	%65,6	0,01*
	Var	26	%45,6	32	%34,4	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	54	%94,7	89	%95,7	0,43
	Var	3	%5,3	4	%4,3	
İstismar	Yok	56	%98,2	92	%98,9	0,93
	Var	1	%1,8	1	%1,1	
Şiddet	Yok	53	%93,0	90	%96,8	0,16
	Var	4	%7,0	3	%3,2	
ACE Toplam Travma	Travma yok	25	%43,9	57	%61,3	0,01*
	Tek	20	%35,1	25	%26,9	
	İki	11	%19,3	9	%9,7	
	3 ve üzeri	1	%1,8	2	%2,2	

*Ki-kare testi

Romatizmal hastalıkları olan veya olmayan grupta evlilik, aile ortamı, ebeveyn, istismar, şiddet travması ve toplam travma yaşama oranlarının farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çocukluk çağı travması yaşamış veya yaşamamış olan grupta romatizmal hastalıklara yakalanma durumunun farklılık göstermediği ifade edilebilir. Çizelge 4.9’da romatizmal hastalıklar ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.9: Romatizmal Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Romatizmal Hastalıklar				P*
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	18	%78,3	110	86,6	0,13
	Var	5	%21,7	17	13,4	
Aile Ortamı	Yok	14	%60,9	78	%61,4	0,24
	Var	9	%39,1	49	%38,6	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	22	%95,7	121	%95,3	0,48
	Var	1	%4,3	6	%4,7	
İstismar	Yok	23	%100,0	125	%98,4	0,18
	Var	0	%0,0	2	%1,6	
Şiddet	Yok	23	%100,0	120	%94,5	0,05
	Var	0	%0,0	7	%5,5	
ACE Toplam Travma	Travma yok	12	%52,2	70	%55,1	0,29
	Tek	7	%30,4	38	%29,9	
	İki	4	%17,4	16	%12,6	
	3 ve üzeri	0	%0,0	3	%2,4	

*Ki-kare testi

Kanseri olan veya olmayan grupta aile ortamı travma geçirme durumunun farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın nedeninin kanser olan hastaların daha yüksek düzeyde aile ortamı travması yaşamalarından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,01$). Kanseri olan veya olmayan grupta evlilik, ebeveyn, istismar, şiddet travması ve toplam travma yaşama oranlarının farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çocukluk çağı travması yaşamış veya yaşamamış olan grupta kansere yakalanma durumunun farklılık göstermediği ifade edilebilir. Çizelge 4.10'da kanser ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.10: Kanser ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Kanser				p
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	21	%87,5	107	%84,9	0,26
	Var	3	%12,5	19	%15,1	
Aile Ortamı	Yok	11	%45,8	81	%64,3	0,01*
	Var	13	%54,2	45	%35,7	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	24	%100,0	119	%94,4	0,05
	Var	0	%0,0	7	%5,6	
İstismar	Yok	24	%100,0	124	%98,4	0,16
	Var	0	%0,0	2	%1,6	
Şiddet	Yok	22	%91,7	121	%96,0	0,09
	Var	2	%8,3	5	%4,0	
ACE Toplam Travma	Travma yok	11	%45,8	71	%56,3	0,06
	Tek	8	%33,3	37	%29,4	
	İki	5	%20,8	15	%11,9	
	3 ve üzeri	0	%0,0	3	%2,4	

*Ki-kare testi

Solunum yolu hastalığı olan veya olmayan grupta aile ortamı travma geçirme durumunun farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın nedeninin solunum yolu hastalığı olan hastaların daha yüksek düzeyde aile ortamı travması yaşaması olduğu saptanmıştır ($p=0,02$).

Solunum yolu hastalığı olan veya olmayan grupta evlilik, ebeveyn, istismar, şiddet travması ve toplam travma yaşama oranlarının farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çocukluk çağı travması yaşamış veya yaşamamış olan grupta solunum yolu hastalığına yakalanma durumunun farklılık göstermediği ifade edilebilir. Çizelge 4.11’de solunum yolu hastalıkları ve ACE travma durumu çizelge olarak gösterilmiştir.

Çizelge 4.11: Solunum Yolu Hastalıkları ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Solunum Yolu Hastalıkları				p
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	19	%79,2	109	%86,5	0,07
	Var	5	%20,8	17	%13,5	
Aile Ortamı	Yok	13	%54,2	79	%62,7	0,02*
	Var	11	%45,8	47	%37,3	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	22	%91,7	121	%96,0	0,09
	Var	2	%8,3	5	%4,0	
İstismar	Yok	23	%95,8	125	%99,2	0,44
	Var	1	%4,2	1	%0,8	
Şiddet	Yok	24	%100,0	119	%94,4	0,05
	Var	0	%0,0	7	%5,6	
ACE Toplam Travma	Travma yok	11	%45,8	71	%56,3	0,10
	Tek	9	%37,5	36	%28,6	
	İki	3	%12,5	17	%13,5	
	3 ve üzeri	1	%4,2	2	%1,6	

*Ki-kare testi

Nörolojik hastalıklar ve ACE travma durumu arasındaki karşılaştırma hasta sayısı az olduğu için yapılmamıştır. Çizelge 4.12’de nörolojik hastalıklar ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.12: Nörolojik Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Nörolojik Hastalıklar				p*
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	12	%78,6	116	%85,9	-
	Var	3	%21,4	19	%14,1	
Aile Ortamı	Yok	10	%66,6	83	%60,7	-
	Var	5	%33,3	53	%39,3	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	15	%100,0	128	%94,8	-
	Var	0	%0,0	7	%5,2	
İstismar	Yok	15	%100,0	133	%98,5	-
	Var	0	%0,0	2	%1,5	
Şiddet	Yok	15	%100,0	128	%94,8	-
	Var	0	%0,0	7	%5,2	
ACE Toplam Travma	Travma yok	9	%57,1	73	%54,1	-
	Tek	4	%28,6	41	%30,4	
	İki	2	%14,3	18	%13,3	
	3 ve Üzeri	0	%0,0	3	%2,2	
*Nörolojik hastalıklar ve ACE travma durumu arasındaki karşılaştırma hasta sayısı az olduğu için yapılamamıştır.						

Üriner sistem hastalığı olan veya hastalığı olmayan grupta evlilik, ebeveyn, istismar ve şiddet travması yaşama oranlarının farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Üriner sistem hastalığı olan hastaların aile ortamı ve toplam travma düzeylerinin farklı olduğu saptanmıştır. Üriner sistem hastalığı olan hastaların aile ortamı travması yaşama oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,01$). Üriner sistem hastalığı olan hastaların daha yüksek oranda travma yaşamadığı ve daha düşük oranda tek travma yaşadığı görülmüştür ($p=0,03$). Çizelge 4.13'te üriner sistem hastalıkları ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.13: Üriner Sistem Hastalıkları ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Üriner Sistem Hastalıkları				p
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	12	%80,0	116	%85,9	0,22
	Var	3	%20,0	19	%14,1	
Aile Ortamı	Yok	11	%73,3	81	%60,0	0,01*
	Var	4	%26,7	54	%40,0	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	15	%100,0	128	%94,8	0,05
	Var	0	%0,0	7	%5,2	
İstismar	Yok	15	%100,0	133	%98,5	0,41
	Var	0	%0,0	2	%1,5	
Şiddet	Yok	14	%93,3	129	%95,6	0,32
	Var	1	%6,7	6	%4,4	
ACE Toplam Travma	Travma yok	10	%66,7	72	%53,3	0,03*
	Tek	2	%13,3	43	%31,9	
	İki	3	%20,0	17	%12,6	
	3 ve Üzeri	0	%0,0	3	%2,2	

*Ki-kare testi

Gastrointestinal hastalıklar ve ACE travma durumu arasındaki karşılaştırma hasta sayısı az olduğu için yapılmamıştır. Çizelge 4.14'te gastrointestinal hastalıklar ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.14: Gastrointestinal Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Gastrointestinal Hastalıklar				p
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	6	%85,7	122	%85,3	-
	Var	1	%14,3	21	%14,7	
Aile Ortamı	Yok	5	%71,4	87	%60,8	-
	Var	2	%28,6	56	%39,2	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	6	%85,7	137	%95,8	-
	Var	1	%14,3	6	%4,2	
İstismar	Yok	6	%85,7	142	%99,3	-
	Var	1	%14,3	1	%0,7	
Şiddet	Yok	5	%71,4	138	%96,5	-
	Var	2	%28,6	5	%3,5	
ACE Toplam Travma	Travma yok	4	%57,1	78	%54,5	-
	Tek	1	%14,3	44	%30,8	
	İki	1	%14,3	19	%13,3	
	3 ve Üzeri	1	%14,3	2	%1,4	

Gastrointestinal hastalıklar ve ACE travma durumu arasındaki karşılaştırma hasta sayısı az olduğu için yapılamamıştır.

Psikiyatrik hastalığı olan veya hasta olmayan grupta evlilik, ebeveyn ilişkileri, istismar, şiddet travması ve toplam travma yaşama oranlarının farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Psikiyatrik hastalığı olan veya hastalığı olmayan grupta aile ortamı travma geçirme durumunun farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın nedeninin psikiyatrik hastalığı olan hastaların daha yüksek düzeyde aile ortamı travması yaşaması nedeniyle olduğu ifade edilebilir ($p=0,01$).

Psikiyatrik hastalığı olan veya hastalığı olmayan grupta ACE toplam travma geçirme durumunun farklı olduğu saptanmıştır. Farkın nedeninin psikiyatrik hastalığı olan hastaların daha yüksek düzeyde tek travma yaşaması ve travma geçirmeme oranlarının daha düşük düzeylerde olmasından kaynaklandığı belirtilebilir ($p=0,01$). Çizelge 4.15'te psikiyatrik hastalıklar ve ACE travma durumu gösterilmiştir.

Çizelge 4.15: Psikiyatrik Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Travma Durumu		Psikiyatrik Hastalıklar				p
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Evlilik	Yok	36	%87,8	240	%92,7	0,23
	Var	5	%12,2	19	%7,3	
Aile Ortamı	Yok	21	%51,2	177	%68,3	0,01*
	Var	20	%48,8	82	%31,7	
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	Yok	38	%92,7	229	%88,4	0,09
	Var	3	%7,3	30	%11,6	
İstismar	Yok	40	%97,6	254	%98,1	0,12
	Var	1	%2,4	5	%1,9	
Şiddet	Yok	39	%95,1	238	%91,9	0,09
	Var	2	%4,9	21	%8,1	
ACE Toplam Travma	Travma yok	20	%48,8	158	%61,0	0,01*
	Tek	14	%34,1	55	%21,2	
	İki	5	%12,2	39	%15,1	
	3 ve Üzeri	2	%4,9	7	%2,7	

*Ki-kare testi

4.3.2. Kronik Hastalık Grubunda Hastalık Tipine Göre ACE Travma Puanlarının İncelenmesi

Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin evlilik, ebeveyn ilişkileri, istismar, şiddet ve ACE toplam skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$). Kardiyovasküler hastalığı olan veya olmayan bireylerin ise aile ortamı travma puanlarının farklı olmadığı ifade edilebilir ($p=0,35$).

Çizelge 4.16’da kardiyovasküler hastalıklar ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.16: Kardiyovasküler Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

ACE Alt Boyutları	Kardiyovasküler Hastalıklar		p
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,27±0,62	0,18±0,50	0,01*
Aile Ortamı	2,32±0,40	2,24±0,40	0,35
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,46±0,58	1,09±0,47	0,01*
İstismar	0,56±0,57	0,37±0,44	0,01*
Şiddet	0,66±0,56	0,50±0,21	0,01*
ACE Toplam Skor	5,15±1,31	4,57±1,25	0,01*

*Bağımsız örneklem t testi

Endokrin hastalığı olan bireylerin evlilik, ebeveyn ilişkileri, istismar ve ACE toplam skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Endokrin hastalığı olan veya olmayan bireylerin ise aile ortamı ve şiddet travma puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.17’de endokrin hastalıklar ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.17: Endokrin Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

ACE Alt boyutları	Endokrin Hastalıklar		p
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,32±0,66	0,14±0,43	0,01*
Aile Ortamı	2,28±0,40	2,25±0,40	0,48
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,40±0,57	1,26±0,46	0,03*
İstismar	0,48±0,54	0,39±0,45	0,04*
Şiddet	0,52±0,46	0,57±0,47	0,05
ACE toplam Skor	4,99±1,32	4,60±1,26	0,01*

*Bağımsız örneklem t testi

Romatizmal hastalığı olan bireylerin evlilik travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek ve şiddet travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir (p=0,01). Romatizmal hastalığı olan veya olmayan bireylerin aile ortamı, ebeveyn ilişkileri, istismar ve ACE toplam travma puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Çizelge 4.18’de romatizmal hastalıklar ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.18: Romatizmal Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

ACE Alt Boyutları	Romatizmal Hastalıklar		P
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,30±0,63	0,19±0,52	0,01*
Aile Ortamı	2,21±0,24	2,27±0,42	0,41
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,30±0,38	1,31±0,53	0,42
İstismar	0,33±0,37	0,44±0,51	0,08
Şiddet	0,42±0,35	0,57±0,48	0,01*
ACE Toplam Skor	4,58±1,06	4,77±1,33	0,06

*Bağımsız örneklem t testi

Kanser olan bireylerin istismar ve ACE toplam travması düzeylerinin kanser olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (p=0,01). Evlilik, aile ortamı, ebeveyn ilişkileri ve şiddet travma puanlarının ise kanser olma durumuna göre farklı düzeylerde olmadığı

tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çizelge 4.19’da kanser ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.19: Kanser ve ACE Travma Puanları

ACE Alt Boyutları	Kanser		p
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,17±0,48	0,21±0,55	0,22
Aile Ortamı	2,44±0,47	2,23±0,38	0,29
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,23±0,58	1,32±0,49	0,11
İstismar	0,60±0,46	0,39±0,49	0,01*
Şiddet	0,57±0,38	0,54±0,48	0,32
ACE Toplam Skor	5,01±1,30	4,69±1,29	0,01*

*Bağımsız örneklem t testi

Solunum yolu hastalıkları olan bireylerin evlilik travması ve ACE toplam skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$). Solunum yolu hastalıkları olan veya olmayan bireylerin aile ortamı, ebeveyn ilişkileri, istismar ve travma puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.20’de solunum yolu hastalıkları ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.20: Solunum Yolu Hastalıkları ve ACE Travma Puanları

ACE Alt boyutları	Solunum Yolu Hastalıkları		p
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,38±0,77	0,17±0,47	0,01*
Aile Ortamı	2,31±0,38	2,25±0,41	0,32
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,33±0,49	1,31±0,51	0,55
İstismar	0,53±0,71	0,41±0,44	0,12
Şiddet	0,53±0,37	0,55±0,48	0,44
ACE Toplam Skor	5,07±1,44	4,68±1,26	0,01*

*Bağımsız örneklem t testi

Nörolojik hastalıkları olan bireylerin evlilik travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu

($p=0,01$); nörolojik hastalıkları olan bireylerin şiddet travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha düşük düzeylerde olduğu ($p=0,01$) saptanmıştır. Nörolojik hastalıkları olan veya olmayan bireylerin ise aile ortamı, ebeveyn ilişkileri, istismar ve ACE toplam travma puanlarının farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çizelge 4.21’de nörolojik hastalıklar ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.21: Nörolojik Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

ACE Alt Boyutları	Nörolojik Hastalıklar		p
	Var	Yok	
	$X\pm s.s.$	$X\pm s.s.$	
Evlilik	$0,36\pm 0,74$	$0,19\pm 0,51$	0,01*
Aile Ortamı	$2,24\pm 0,23$	$2,26\pm 0,42$	0,38
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	$1,31\pm 0,36$	$1,31\pm 0,52$	0,88
İstismar	$0,32\pm 0,42$	$0,44\pm 0,5$	0,09
Şiddet	$0,36\pm 0,26$	$0,56\pm 0,47$	0,01*
ACE Toplam Skor	$4,59\pm 1,58$	$4,76\pm 1,27$	0,13

*Bağımsız örneklem t testi

Üriner sistem hastalıkları olan bireylerin istismar travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük düzeylerde olduğu ($p=0,01$); şiddet travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha düşük düzeylerde olduğu ($p=0,03$); ACE toplam travma skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük düzeylerde olduğu ($p=0,04$) tespit edilmiştir. Üriner sistem hastalıkları olan veya olmayan bireylerin ise evlilik, aile ortamı, ebeveyn ilişkileri travma puanlarının farklı olmadığı ifade edilebilir ($p>0,05$). Çizelge 4.22’de üriner sistem hastalıkları ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.22: Üriner Sistem Hastalıkları ve ACE Travma puanları

ACE Alt Boyutları	Üriner Sistem Hastalıkları		p
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,27±0,59	0,2±0,53	0,18
Aile Ortamı	2,14±0,34	2,27±0,41	0,21
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,41±0,43	1,3±0,51	0,16
İstismar	0,26±0,33	0,44±0,5	0,01*
Şiddet	0,41±0,44	0,56±0,47	0,03*
ACE Toplam Skor	4,49±1,1	4,77±1,31	0,04*

*Bağımsız örneklem t testi

Gastrointestinal hastalıkları olan bireylerin istismar travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu (p=0,01); şiddet travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek düzeylerde olduğu (p=0,01) saptanmıştır. Gastrointestinal hastalıkları olan bireylerin ACE toplam travma skorlarının hastalığı olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir (p=0,01).

Gastrointestinal hastalıkları olan veya olmayan bireylerin ise evlilik, aile ortamı, ebeveyn ilişkileri travma puanlarının farklı olmadığı ifade edilebilir (p>0,05). Çizelge 4.23'te gastrointestinal hastalıklar ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.23: Gastrointestinal Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

ACE Alt Boyutları	Gastrointestinal Hastalıklar		p
	Var	Yok	
	X±s.s.	X±s.s.	
Evlilik	0,14±0,38	0,21±0,54	0,08
Aile Ortamı	2,38±0,77	2,25±0,38	0,23
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,2±0,67	1,31±0,5	0,14
İstismar	0,7±0,65	0,41±0,48	0,01*
Şiddet	0,81±0,78	0,53±0,45	0,01*
ACE Toplam Skor	5,22±2,73	4,72±1,19	0,01*

*Bağımsız örneklem t testi

Psikiyatrik hastalıkları olan bireylerin istismar travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek düzeylerde olduğu ($p=0,03$); evlilik travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek düzeylerde olduğu ($p=0,04$); ebeveyn ilişkileri travması skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek düzeylerde olduğu ($p=0,04$) tespit edilmiştir.

Psikiyatrik hastalıkları olan bireylerin ACE toplam travma skorlarının hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$). Psikiyatrik hastalıkları olan veya olmayan bireylerin ise şiddet ve aile ortamı travma puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.24'te psikiyatrik hastalıklar ve ACE travma puanları gösterilmiştir.

Çizelge 4.24: Psikiyatrik Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

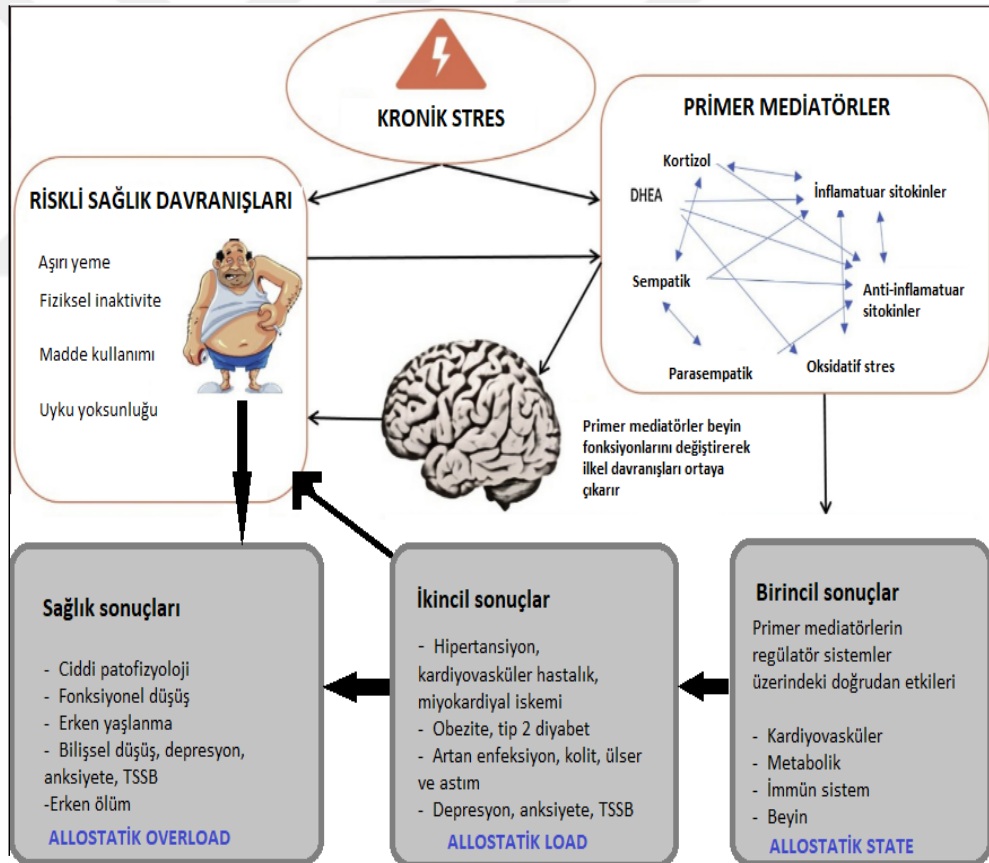
ACE Alt Boyutları	Psikiyatrik Hastalıklar		p
	Var	Yok	
	X $\pm$ s.s.	X $\pm$ s.s.	
Evlilik	0,17 $\pm$ 0,50	0,10 $\pm$ 0,39	0,04*
Aile Ortamı	2,36 $\pm$ 0,47	2,20 $\pm$ 0,39	0,32
Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri	1,36 $\pm$ 0,58	1,27 $\pm$ 0,48	0,04*
İstismar	0,58 $\pm$ 0,55	0,40 $\pm$ 0,50	0,03*
Şiddet	0,70 $\pm$ 0,55	0,74 $\pm$ 0,58	0,46
ACE Toplam Skor	5,15 $\pm$ 1,53	4,71 $\pm$ 1,22	0,01*

*Bağımsız örneklem t testi

5. TARTIŞMA

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler, organ, doku ve beyin gelişimini bozabilmektedir. İlerleyen zamanlarda bu deneyimler, bir kişinin bilgiyi işleme, karar verme, başkalarıyla etkileşim kurma ve duygularını düzenleme yeteneğini sınırlayabilmektedir. Bu sonuçlar bir kişiyi yetişkinliğe kadar takip edebilmektedir (217).

OÇY maruziyeti olanlarda önemli derecede stres meydana geldiği bildirilmiştir. Vücudun strese karşı hormonal tepkisi, vücut tarafından tehdit olarak algılanan şeye adapte olmak ve tepki vermek için kullanılan koruyucu bir mekanizmadır. Bazen toksik stres olarak adlandırılan kronik stres, vücudun savunma sistemini aşırı yüklemekte ve işlevsiz süreçlere yol açabilmektedir. Toksik stres, kronik hastalıklara katkıda bulunduğu bilinen bir faktördür (114).



Kaynak: Suvarna B, Suvarna A, Phillips R, Juster RP, McDermott B, Sarnyai Z. Health risk behaviours and allostatic load: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020; 108: 694-711.

Şekil 5.1. Kronik stres ve sonuçları

Küçük yaşlarda başlayıp yaşamın ilerleyen dönemlerine doğru ilerleyen zaman dilimi içerisinde OÇY nedeniyle oluşan komorbiditeler, toksik stres ve allostatik yükü açıklanabilir. Toksik stresin süreç içerisinde kronikleşmesi ve yoğun strese dönüşmesiyle oluşan allostatik yük, günlük yaşamımızda oluşan stresten çok daha fazla olumsuz etki göstermektedir (219).

Allostazis aslında bir adaptasyon mekanizmasını göstermektedir. Akut stres ile ortaya çıkan katekolamin ve glukokortikoidler aracılığıyla meydana gelen kalp hızında artış, kan basıncında artış gibi fizyolojik süreçleri tanımlamaktadır. Allostatik yük gelişimi sonucunda kronikleşen süreç içerisinde metabolik, kardiyovasküler, immün ve nörolojik sistemler olumsuz etkilenmektedir (220,221).

OÇY'den kaynaklanan toksik stres beyin gelişimini değiştirebilmekte ve dikkat, karar verme, öğrenme, planlama, problem çözme ve strese tepki gibi durumları etkileyebilmektedir. Toksik stresle büyüyen çocuklar, sağlıklı ve istikrarlı ilişkiler kurmakta zorluk çekebilirler. Bu çocuklarda yetişkin dönemde bilişsel, davranışsal, sosyal, zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları görülebilir. Ayrıca sağlık açısından riskli davranışlar da sergileyebilirler. (14,36).

Çalışmamızda bu nedenle Akdeniz Üniversitesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda OÇY ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında gönüllü katılım sağlamış olan 300 kişi ile yapılan çalışma sonucu elde edilen veriler, aşağıda belirtilmiş olan başlıklar altında ele alınarak tartışılmıştır:

1.Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin tartışılması

2.Katılımcıların ACE puanlamasına göre tartışılması

3.Katılımcıların ACE gruplamasına göre tartışılması

4.Araştırmaya katılım sağlayanlarda görülen kronik hastalıkların ve hastalık gruplarının dağılımının tartışılması

5.Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalık tipine göre ACE travma durumunun tartışılması

6.Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalık tipine göre ACE travma puanlarının tartışılması

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmadaki toplam katılımcıları sayısı 300 kişidir. Katılımcıların %52,3'ü (n=157) erkeklerden, %47,7'si (n=143) kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 verilerine göre Türkiye nüfusunun %49,8'ini kadınlar, %50,2'sini erkekler oluşturmaktadır (222). Çalışmamızdaki kadın-erkek oranları Türkiye ortalaması ile benzerdir. Toplam katılımcıların %50'sinde (n=150) kronik hastalıklardan en az biri bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan grupta erkekler katılımcıların %49,3'ünü (n=74) kadınlar %50,7'sini (n=76) oluşturmuştur. Kronik hastalığı olmayan kişi sayısı 150'dir. Kronik hastalığı olmayan katılımcılardaki erkeklerin oranı %55,3'tür (n=83). Kronik hastalığı olmayan katılımcılardaki kadınların oranı %44,7'dir (n=67). Çalışmamızda kronik hastalığı olan grup ile olmayan grup arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Eğitim durumları incelendiğinde, kronik hastalığı olanlarda okuryazar olmayanların oranı %4 (n=6), ilkökul mezunu olanların oranı %19,3 (n=29), ortaokul mezunu olanların oranı %17,3 (n=26), lise mezunu olanların oranı %19,3 (n=29), üniversite mezunu olanların oranı %31,3 (n=47), lisansüstü eğitimi olanların oranı %8,7'dir (n=13). Kronik hastalığı bulunmayanlarda okuryazar olmayanların oranı %3,3 (n=5), ilkökul mezunu olanların oranı %6 (n=9), ortaokul mezunu olanların oranı %14,7 (n=22), lise mezunu olanların oranı %34 (n=51), üniversite mezunu olanların oranı %34 (n=51), lisansüstü eğitimi olanların oranı %8'dir (n=15). Kronik hastalığı olanlar ve olmayanların eğitim durumları incelendiğinde anlamlı ilişki belirlenmemiştir.

İş durumları incelendiğinde, kronik hastalığı olanlarda devlet memuru olanların oranı %30,7 (n=46), özel sektörde çalışanların oranı %23,3 (n=35), serbest meslek çalışanı olanların oranı %9,3 (n=14), stajyer olanların oranı %0,7 (n=1), öğrenci olanların oranı %4 (n=6), ev hanımı olanların oranı %8,7 (n=13), emekli olanların oranı %18 (n=27), işsiz olanların oranı %5,3'tür (n=8). Kronik hastalığı olmayanlarda devlet memuru olanların oranı %18,7 (n=28), özel sektörde çalışanların oranı %30 (n=45), serbest meslek çalışanı olanların oranı

%21,3 (n=32), stajyer olanların oranı %0,0 (n=0), öğrenci olanların oranı %8,7 (n=13), ev hanımı olanların oranı %2 (n=3), emekli olanların oranı %9,3 (n=14), işsiz olanların oranı %910'dur (n=15). Sonuçlar incelendiğinde, kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında iş durumları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Medeni durum incelendiğinde, kronik hastalığı olanlarda evli olmanın oranı %67,3 (n=101) iken bekar olma oranı %32,7'dir (n=49). Kronik hastalığı olmayanlarda evli olma oranı %56,7 (n=85); bekar olma oranı %43,3'tür (n=65). Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre evli olma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evlilikler çoğu yetişkin için temel bir ilişki şeklidir ve sağlık için faydalı sonuçları da bulunmaktadır. Ancak sorunlu geçen evlilik süreçlerinin olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabildiği bilinmektedir (218).

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz anlamlı sonuç, stres/sosyal destek modeline dayalı olarak evlilikteki yaşantının sağlığı etkilediği fizyolojik bir yolağı gösteriyor olabilir.

Şu an bekar olan katılımcılarda, daha önce evlenmiş olma durumları incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda önceden evlilik yapmış olma oranı %30,8 (n=12), hiç evlenmemiş olma oranı %69,2'dir (n=27). Kronik hastalığı olmayanlarda önceden evlilik yapmış olma oranı %21,3 (n=13), hiç evlenmemiş olma oranı %78,7'dir (n=48). Bekar olan katılımcılar içinde daha önce evlenmiş olma durumlarına göre anlamlı fark gözlenmemiştir.

Evlenmiş olan grupta, ilk eşini kendisinin seçme durumları incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda ilk eşini kendisinin seçme oranı %82,1 (n=101) iken eşini kendisi seçmeyenlerin oranı %17,9'dur (n=22). Kronik hastalığı olmayanlarda ilk eşini kendisinin seçme oranı %98 (n=98) iken eşini kendisi seçmeyenlerin oranı %2'dir (n=2). Evlenmiş olan grupta, ilk eşini seçme durumuna göre kronik hastalığı olanların eşini kendilerinin seçme oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Eşini kendisi seçmeyenlerde kronik hastalıkların daha fazla görülmesinin nedeninin evliliğin ilerleyen dönemlerinde anlaşmazlıklar, şiddetli geçimsizlik gibi sorunlar nedeniyle kronik hastalıklar yaşama ihtimallerinden daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eşini kendisi seçmeyen grup içerisinde, evlenme öncesi bireye danışılma oranları incelendiğinde; kronik hastalığı olanların fikrine başvurulma oranı %59,1 (n=13) iken fikrine başvurulmama oranı %40,9'dur (n=9). Kronik hastalığı olmayanların fikrine başvurulma oranı %80 (n=4) iken fikrine başvurulmama oranı %20'dir (n=1). Yeterli sayıda katılımcıya ulaşamadığı için eşini kendisi seçmeyen grup içerisinde, evlenme öncesi bireye danışılma oranları incelenememiştir.

Yaş dağılımına göre gruplar incelendiğinde, kronik hastalığı olan grubun yaş ortalaması $45,16 \pm 12,9$; kronik hastalığı olmayan grubun yaş ortalaması $45,44 \pm 11,45$ 'tir. İlk evliliğin yapıldığı ortalama yaş kronik hastalığı olanlarda $22,95 \pm 3,95$; kronik hastalığı olmayanlarda $24,23 \pm 4,18$ 'dir. Kaç yaşında ebeveyn oldukları sorulduğunda, kronik hastalığı olanların ortalama yaşı $24,64 \pm 4,24$; kronik hastalığı olmayanlarda $26,29 \pm 4,74$ 'tür. Veriler incelendiğinde kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında yaş, ilk evliliğin yapıldığı yaş ve ebeveyn olma yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

5.2.Katılımcıların ACE Puanlamasına Göre Tartışılması

ACE puanlamasına göre kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında ACE travmaları 6 başlık altında incelenmiştir:

1. Evlilik
2. Aile Ortamı
3. Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri
4. İstismar
5. Şiddet
6. ACE Toplam Skor

Puanlama yöntemi asla=0, bir kez=1, birkaç kez=2, çoğu kez=3 olacak şekilde yapılmıştır.

5.2.1. ACE Puanlamasına Göre Evlilik Travması

Kronik hastalığı olanların evlilik travması seviyesi $0,21 \pm 0,53$ 'tür. Kronik hastalığı olmayanların evlilik travması seviyesi $0,02 \pm 0,18$ 'dir. Kronik hastalığı

olanların evlilik travması düzeyi, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$). Evlilik travmasının araştırılmasında evlenmiş olmak, ilk evlilik yaşı, evlendiyse eşini kendisinin seçip seçmediği, evlilik esnasında eşini kendisi seçmediyse fikrine başvurulup vurulmadığı ve ilk çocuğu doğduğunda kaç yaşında olduğu soruları katılımcılara yöneltilmiştir. Kronik hastalığı olanların oluşturduğu grupta evlilik travma skorunun daha fazla bulunması evlilik oranlarının daha yüksek olması, ilk evlilik yaşının daha erken olması, ilk çocuğu doğduğunda daha genç olma ve eşini kendisinin seçme oranının daha düşük olmasıyla açıklanabilir. Kronik hastalığı olan ve olmayanların medeni durumlarının tartışılması kısmında da belirtildiği üzere evli olma durumu başlı başına travma yaratabilecek bir neden olarak görülmektedir. Ayrıca erken yaşta evlenmiş olma, erken yaşta çocuk sahibi olma ve evleneceği kişiyi kendisinin seçmemesi bireyin ruh sağlığını derinden yaralayan bir neden olarak görülebilir. Psikolojik etkiler neticesinde kronik hastalıkların görülme sıklığında artış saptandığı düşünülmektedir.

5.2.2. ACE Puanlamasına Göre Aile Ortamı Travması

Kronik hastalığı olanların aile ortamı travması seviyesi $2,26\pm0,40$ 'dır. Kronik hastalığı olmayanların aile ortamı travması seviyesi $2,19\pm0,40$ 'tır. Aile ortamı travmasının araştırılmasında katılımcılara, yaşamın ilk 18 yılı içerisinde alkol veya madde kullanımı olan, depresif, akıl hastalığı olan veya intihar eğilimi olan, nezairethanede yatan veya hapishaneye girmiş olan bir ebeveynle yaşayıp yaşamadığı, ebeveynlerinin hayatta olup olmadığı, ebeveynlerinin ayrılma veya boşanması gibi bir durumla karşılaşp karşılaşmadığı soruları yönetilmiştir. Ayrıca katılımcının kendisine yapılmayan ama başka bir aile üyesine bir ebeveyn tarafından yapılmış olan bağırma, küfür etme, hakaret etme, aşağılama, şiddet uygulama durumlarıyla karşılaşp karşılaşmadığı sorulmuştur. Kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında aile ortamı travması açısından anlamlı ilişki bulunamamıştır.

5.2.3. ACE Puanlamasına Göre Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri Travması

Kronik hastalığı olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması seviyesi $1,31\pm0,51$ 'dir. Kronik hastalığı olmayanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması seviyesi $1,11\pm0,43$ 'tür. Kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara kıyasla ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılanlara ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyini belirlemek amacıyla ebeveyn/bakıcının, ankete katılan kişinin yaşamının ilk 18 yılı boyunca katılımcının sorun ve kaygılarını anlama seviyesi, okulda veya işte olmadığına neler yaptığını bilme seviyesi, yemek verilmeme durumuyla ne sıklığı karşılaştığı, ebeveyn/bakıcının çok sarhoş veya uyuşturucu madde etkisinde kalma sıklığı, okula gönderilmeme durumuyla karşılaşma düzeyi gibi sorular yöneltilmiştir. İncelemeler sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanların ebeveyn/bakıcılarının, kronik hastalığı olmayanlara kıyasla sorun ve kaygıları anlama düzeyi, okulda veya işte neler yaptığını bilme seviyesi daha düşük, yemek verilmeme durumuyla karşılaşma sıklığı, okula gönderilmeme durumuyla karşılaşma sıklığı, ebeveyn/bakıcının çok sarhoş veya uyuşturucu madde etkisinde kalma sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Çocuklar büyürken ilgi ve anlayış beklerler. Rol model olarak benimsedikleri kişiler, en yakınlarında bulunan büyükleridir. Özellikle çekirdek aile içerisinde bu kişiler ebeveynlerdir. Eğer ebeveyn çocukla yeterince zaman geçirmiyor veya ilgilenmiyorsa, çocuğun temel ihtiyaçları yeterince karşılanmıyorsa çocuk kendisini dışlanmış, ihmal edilmiş ve yalnız bir dünyada hisseder. Psikososyal gelişimi etkilenen bu çocukların, yaşamın ilerleyen dönemlerinde kronik hastalıklara daha sıklıkla yakalandığı düşünülmektedir.

5.2.4. ACE Puanlamasına Göre İstismar Travması

Kronik hastalığı olanların istismar travması seviyesi $0,42\pm0,49$ 'dur. Kronik hastalığı olmayanların istismar travması seviyesi $0,32\pm0,48$ 'dir. Kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara kıyasla daha yüksek istismar travması düzeyi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İstismar travmasının araştırılması

için katılımcılara, 18 yaş altı dönemde ebeveynleri, bakıcı veya başka bir aile üyesi tarafından duygusal, fiziksel veya cinsel istismara yönelik sorular yöneltilmiştir. On sekiz yaş altı dönemde maruz kalınan istismar sonrası psikiyatrik bozukluk belirtileri sık gözlenmektedir. Güvensiz bağlanma, düşük benlik saygısı, okul başarısızlığı, davranış problemleri, suça yönelme, depresyon, dissosiyatif semptomlar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozukluğu, TSSB, akran ilişkilerinde bozukluklar, kendine zarar verme ve intihar, içe kapanma veya saldırganlık, gelişimsel gecikme, yeme ve uyku bozuklukları, erken yaşta cinsel temalı davranışlar sergileme bunlardan bazılarıdır (197). Fiziksel istismara maruz kalan kişilerin hayatlarının geri kalanında kalp hastalığı, obezite, yüksek tansiyon ve kanser gibi kronik hastalıklar bakımından daha yüksek risk taşıdıkları bildirilmiştir (36,37). Duygusal istismar sık olarak görülmektedir ancak zor tanı almaktadır. Yarattığı psikolojik yıkım nedeniyle kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Çocukluk çağı cinsel istismar deneyimleri, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı riskini artırmaktadır. Genel popülasyona dayalı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalmanın, yaşam boyu alkol bağımlılığı oranlarında 1,5-3 kat artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (211). Çocukluk çağı cinsel istismar mağdurlarında erişkin dönemde nikotin ve yasadışı madde kullanımı arasında da ilişki olduğu bildirilmiştir (212). Kronik hastalığı olanlarda istismar oranlarının yüksek olması, istismar türlerinin psikopatolojik sonuçlarıyla ilişkilendirilebilir. Özellikle nikotin bağımlılığı, yasadışı madde kullanımı, alkol bağımlılığı gibi zararlı alışkanlık oranlarının istismar mağdurlarında yüksek oranda görülüyor olmasının yaşamın ilerleyen zamanlarında bu alışkanlıklara bağlı olarak kronik hastalıklar gelişmesine yol açtığı düşünülmektedir.

5.2.5. ACE Puanlamasına Göre Şiddet Travması

Kronik hastalığı olanların şiddet travması seviyesi $0,55 \pm 0,47$ 'dir. Kronik hastalığı olmayanların şiddet travması seviyesi $0,92 \pm 0,61$ 'dir. Sonuçlar incelendiğinde, şiddet travması açısından kronik hastalığı olmayanların, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Şiddet travmasının kronik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında belirlenmesi

amacıyla katılımcılara yaşamlarının ilk 18 yılı boyunca yaşamış oldukları akran şiddetine, fiziksel olarak bir kavgaya katılıma, toplumsal şiddete tanıklık etmeye, savaşa veya toplu şiddete maruz kalmayı saptamaya yönelik sorular yöneltilmiştir. Şiddet, geri kalmış ve gelişmekte olan toplumlarda 21. yüzyılda hala toplumsal yaşamın bir parçası olmaya devam etmektedir. Ülkemizde de şiddet oranları oldukça yüksektir. Aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet, toplumsal şiddet gibi stres faktörleri yaşantımızın adeta bir parçası haline gelmiştir. Şiddet her ne kadar temel bir stres faktörü olsa da şiddeti içselleştirmiş olan Türkiye gibi toplumlarda belki de toksik stres seviyesine ulaşma oranları düşük olabilir. Bu sayede psikolojik sonuçları sınırlı kalabilir ve ilerleyen yaşlarda kronik hastalık görülme oranları düşük olarak saptanmış olabilir. Stresle başa çıkma mekanizmaları sonucunda hastalığı önleme yönünde olumlu sonuçlar görülebilir. Çalışmamızdaki travma puanlaması genel olarak incelendiğinden, şiddetin alt başlıkları altında farklı sonuçlar olmasının da mümkün olduğu düşünülmektedir.

5.2.6. ACE Puanlamasına Göre ACE Toplam Skor

Kronik hastalığı olanların ACE toplam skoru $4,97 \pm 1,29$ 'dur. Kronik hastalığı olmayanların ACE toplam skoru $4,33 \pm 1,22$ 'dir. ACE toplam skorları incelendiğinde, kronik hastalık grubunun daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). ACE toplam skordaki bu anlamlı farkın evlilik, ebeveyn/bakıcı ilişkileri ve istismar travmalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Sonu ve ark. tarafından (115) 2019 yılında OÇY'nin erken başlangıçlı kronik hastalık durumları ile ilişkisini inceleyen bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya 18 yaş ve üzeri 86.968 kişi dahil edilmiş, 4 veya daha fazla OÇY bildirenlerin OÇY maruziyeti olmayanlara kıyasla kronik hastalık riski 2-4 kat artmış olarak saptanmıştır. Çalışmamızda, ACE toplam skorunun yüksek çıkmasıyla tutarlılık göstermektedir.

5.3.Katılımcıların ACE Gruplamasına Göre Tartışılması

ACE puanlama sisteminden farklı olacak şekilde, kronik hastalığı olanlar ve kronik hastalığı olmayanların ACE gruplamasına göre incelemesi yapılmıştır. ACE puanlaması ve ACE gruplaması arasındaki farklılıklar incelenmiştir.

ACE gruplamasında, travma durumunun oluşması için ilgili boyut puanının en az 2 ve üzerinde olması gereklidir. Sorulmuş olan sorulara “asla” ve “1 kez” şeklinde yanıt alındıysa travma olarak kabul edilmemiştir.

ACE gruplamasına göre kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında ACE travmaları 6 başlık altında incelenmiştir:

1. Evlilik
2. Aile Ortamı
3. Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri
4. İstismar
5. Şiddet
6. ACE Toplam Skor

5.3.1. ACE Gruplamasına Göre Evlilik Travması

Kronik hastalığı olanların evlilik travması yaşamış olma oranı %14,7 (n=22) iken kronik hastalığı olmayanların evlilik travması yaşamış olma oranı %1,3'tür (n=2). Evlilik travması açısından incelendiğinde, kronik hastalığı olanların daha yüksek travma yüzdesine sahip olduğu saptanmıştır (p<0,05). Sonuçlar, ACE puanlamasına göre elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

5.3.2. ACE Gruplamasına Göre Aile Ortamı Travması

Kronik hastalığı olanların aile ortamı travması yaşamış olma oranı %38,7 (n=58) iken kronik hastalığı olmayanların aile ortamı travması yaşamış olma oranı %29,3'tür (n=44). Aile ortamı travması açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçlar, ACE puanlamasına göre elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

5.3.3. ACE Gruplamasına Göre Ebeveyn/Bakıcı İlişkileri Travması

Kronik hastalığı olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması yaşamış olma oranı %10,0 (n=15) iken kronik hastalığı olmayanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması yaşamış olma oranı %4'tür (n=6). Ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması açısından sonuçlar incelendiğinde, ACE puanlamasına göre elde edilmiş olan sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

5.3.4. ACE Gruplamasına Göre İstismar Travması

Kronik hastalığı olanların istismar travması yaşamış olma oranı %12,0 (n=18) iken kronik hastalığı olmayanların istismar travması yaşamış olma oranı %2,7'dir (n=4). İstismar travması açısından sonuçlar incelendiğinde, kronik hastalığı olanların daha yüksek travma yüzdesine sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sonuçlar, ACE puanlamasına göre elde edilen sonuçlar ile tutarlılık göstermektedir.

5.3.5. ACE Gruplamasına Göre Şiddet Travması

Kronik hastalığı olanların şiddet travması yaşamış olma oranı %4,7 (n=7) iken kronik hastalığı olmayanların şiddet travması yaşamış olma oranı %10,7'dir (n=16). Elde edilen veriler incelendiğinde, kronik hastalığı olmayanların daha yüksek şiddet yaşamış oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$). Sonuçlar, ACE puanlamasına göre elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

5.3.6. ACE Gruplamasına Göre ACE Toplam Travma

Kronik hastalığı olanların %54,7'sinde (n=82) travma saptanmamıştır. Tek travma yaşamış olanların oranı %30 (n=45), iki travma yaşamış olanların oranı %13,3 (n=20), üç ve üzeri travma yaşamış olanların oranı %2'dir (n=3). Kronik hastalığı olmayanların %64'ünde (n=96) travma tespit edilememiştir. Tek travma yaşamış olanların oranı %16 (n=24), iki travma yaşamış olanların oranı %16 (n=24), üç ve üzeri travma yaşamış olanların oranı %4,0'dır (n=6).

ACE toplam travma oranları incelendiğinde, kronik hastalığı olanların daha yüksek tek travma oranlarına sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$). Sonuçlar ACE puanlamasına göre elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

5.4.Araştırmaya Katılım Sağlayanlarda Görülen Kronik Hastalıkların ve Hastalık Gruplarının Dağılımının Tartışılması

Kronik hastalığı olan 150 katılımcı incelendiğinde, kronik hastalığı olanların %42,5'inde ($n=57$) endokrin hastalıklar, %33,6'sında ($n=45$) kardiyovasküler hastalıklar, %30,5'inde ($n=41$) psikiyatrik hastalıklar, %17,9'unda ($n=24$) solunum yolu hastalıkları, %17,2'sinde ($n=23$) romatizmal hastalıklar, %17,2'sinde ($n=23$) kanserler, %11,2'sinde ($n=15$) üriner sistem hastalıkları, %10,4'ünde (14) nörolojik hastalıklar ve %5,2'sinde ($n=7$) gastrointestinal hastalıklar olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda en sık görülen hastalık gruplarının endokrin, kardiyovasküler ve psikiyatrik hastalıklar olması poliklinikte en sık karşılaşılan hastalık grupları olmalarıyla ilişkili olabilir.

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olanlarda en sık görülen kronik hastalık %26,9 ile diabetes mellitustur ($n=36$). Hipertansiyon %23,1 ($n=31$), depresif bozukluk %20,1 ($n=27$), astım %10,4 ($n=14$), hipotiroidi %9,7 ($n=13$), kronik böbrek hastalığı %8,2 ($n=11$) oranında belirlenmiştir. Bu hastalıklar polikliniklerimizde en sık karşılaşılan hastalıklar olmaları nedeniyle, araştırmamızda elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

5.5.Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Hastalık Tipine Göre ACE Travma Durumunun Tartışılması

Hastalık grupları 9 başlık altında değerlendirilmiştir:

1. Kardiyovasküler Hastalıklar
2. Endokrin Hastalıklar
3. Romatizmal Hastalıklar
4. Kanserler
5. Solunum Yolu Hastalıkları
6. Nörolojik Hastalıklar
7. Üriner Sistem Hastalıkları

8. Gastrointestinal Hastalıklar
9. Psikiyatrik Hastalıklar

ACE gruplamasında, travma durumunun oluşması için ilgili boyut puanının en az 2 ve üzerinde olması gereklidir. Sorulmuş olan sorulara “asla” ve “1 kez” şeklinde yanıt alındıysa travma olarak kabul edilmemiştir.

5.5.1.Kardiyovasküler Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Kardiyovasküler hastalıklar başlığı altında katılımcılarda hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, serebrovasküler olay, periferik arter hastalığı ve kalp ritim bozukluğu araştırılmıştır.

Evlilik travması yaşama oranları incelenmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olanların %17,8’inde (n=8), kronik hastalığı olan ama kardiyovasküler hastalığı olmayanların %13,3’ünde (n=14) evlilik travması yaşandığı belirlenmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Aile ortamı travması yaşama oranlarına göre, kardiyovasküler hastalığı olanların travma oranı %46,7 (n=21) iken kardiyovasküler hastalığı olmayanların travma oranı %35,2’dir (n=37). Kardiyovasküler hastalığı olanların aile ortamı travması yaşama oranı daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kardiyovasküler hastalığı olanların ebeveyn ilişkileri travması oranı %11,1 (n=5), kardiyovasküler hastalığı olmayanların travma oranı %1,9’dur (n=2). Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

İstismar travması oranları incelendiğinde, kardiyovasküler hastalığı olanların travma oranı %4,4 (n=2), kardiyovasküler hastalığı olmayanların travma oranı %0,0 (n=0) bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kardiyovasküler hastalığı olanların şiddet travması oranı %8,9 (n=4) iken kardiyovasküler hastalığı olmayan şiddet travması oranı %2,9’dur (n=3). Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

ACE toplam travma oranlarına bakıldığında, kardiyovasküler hastalığı olanların %44,4’ünde (n=20) travma bulunmamıştır. Tek travma yaşayanlar %31,1 (n=14), iki travma yaşayanlar %20,0 (n=9), üç ve üzeri travma yaşayanlar %4,4’tür (n=2). Kardiyovasküler hastalığı olmayanların %59,0’ında (n=62) hiç

travma saptanmamıştır. Tek travma yaşayanlar %29,5 (n=31), iki travma yaşayanlar %10,5 (n=11), üç ve üzeri travma yaşayanlar %1,0'dır (n=1). Kardiyovasküler hastalığı olanların ACE toplam travma yüzdesi daha yüksek olarak belirlenmiştir (p<0,05).

Dong ve ark. iskemik kalp hastalığı ile OÇY ilişkisini incelemiştir. Toplam 17.337 yetişkin çalışmaya dahil edilmiştir. On kategoriden sadece ebeveyn anlaşmazlığı dışındaki tüm kategorilerde, iskemik kalp hastalığı riski ile OÇY ilişkisi bulunmuştur. Yedi veya daha fazla OÇY maruziyeti bildirenlerin, hiç bildirmeyenlere kıyasla iskemik kalp hastalığı riski 3,6 kat daha yüksek saptanmıştır (139).

Kardiyovasküler hastalıklar ve OÇY arasındaki mekanizmayı açıklayan 5 farklı yolak bulunmaktadır:

1. Davranışsal Faktörler
2. Emosyonel Faktörler
3. Biyolojik Yolaklar
4. Sinir Sistemi, Nöroendokrin Sistem ve Bağışıklık Sistemi
5. Endotelial Fonksiyon (129).

Davranışsal faktörler içerisinde bulunan sigara içmek, fiziksel inaktivite ve uyku kalitesinde düşüklük kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. OÇY davranışsal sonuçları arasında bulunan sigara içmenin, yakın zamanda yapılan bir çalışma ile akut miyokard enfarktüsüne neden olduğu belirlenmiştir (129,130). Olası mekanizma, nikotinin stres regülasyonuna yol açan psikoaktif etkilere neden olması olarak bildirilmektedir.

Fiziksel inaktivitenin ilerleyen yaşlarda hiperlipidemiye neden olması, kardiyovasküler hastalık riskindeki artışın nedeni olarak görülmektedir. Ayrıca fiziksel inaktive, psikolojik sonuçları itibariyle de kardiyovasküler riskte artışa neden olabilmektedir.

Emosyonel faktörler yoluyla psikiyatrik hastalıklar meydana gelebilmektedir. Özellikle depresyon uzun süredir KVH açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bir araştırmaya göre, depresyonu önleyerek KVH riski önemli ölçüde düşürülebilmektedir (133). Bu durum, depresyonun kardiyolojik açıdan önemli bir nedensel yol olabileceğini düşündürmektedir.

Su ve ark. tarafından Georgia Stress and Heart araştırması verileri kullanılarak yetişkinlerdeki kardiyovasküler risk faktörlerinin gelişimini değerlendirmek amacıyla 23 yıllık veri gözden geçirilmiştir (140). Örneklemin %69'unda OÇY maruziyeti bulunduğu saptanmıştır. Çocukluk döneminde travma yaşayanların, hiç maruz kalmayanlara kıyasla sistolik ve diyastolik kan basınçlarında yükseklik olduğunu; anlamlı farkın 30 yaşından sonra gözlendiğini belirtmişlerdir.

Su ve ark. 225 katılımcı içeren araştırma yapmışlardır. OÇY maruziyeti olmayanlara kıyasla bir OÇY bildirenler ile iki ve üzeri OÇY bildirenlerin sırasıyla %18 ve %24 daha yüksek ET-1 seviyeleri olduğu gözlenmiştir (136). Kronik kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve pulmoner arteriyel hipertansiyonu olanlarda yüksek plazma ET-1 seviyeleri bulunmuştur (137).

ABD'de beş eyaleti içeren 48.526 bireyin katıldığı araştırmada, iki OÇY bildirenlerin, OÇY bildirmeyenlere göre 1,39 kat daha fazla koroner kalp hastalığı tanısı koyulma riski olduğu belirtilmiştir. Dört veya daha yüksek OÇY puanı olan bireyin olmayana göre koroner kalp hastalığı tanısı alma olasılığı 1,63 kat artmış ve kalp krizi geçirme olasılığı 1,86 kat daha yüksek bulunmuştur (141).

On ülkedeki 18.630 katılımcıyı içeren DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Araştırmalarında, üç veya daha fazla OÇY bildirenlerde yetişkin başlangıçlı hipertansiyonun daha fazla görüldüğü bulunmuştur (135).

Kötü uyku kalitesi, kısa uyku süresi ve uyku apne sendromu hem erişkinlerde hem de ergenlerde KVH ile ilişkilendirilmiştir. Chapman ve ark. 25.810 kişi ile telefon anketi yapmışlar, yetersiz uyku ile OÇY maruziyeti arasında kademeli bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (130,131).

Çalışmamızda, kardiyovasküler hastalıklar içerisinde en sık saptanan hastalıklar hipertansiyon ve koroner arter hastalığıdır. Araştırmamız sonucunda elde edilmiş olan veriler, daha önce yapılmış olan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

5.5.2.Endokrin Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Endokrin hastalıklar başlığı altında diabetes mellitus, hipotiroidi, osteoporoz, obezite, hiperlipidemi ve polikistik over sendromu hastalıkları araştırılmıştır.

Kronik hastalığı olan 150 katılımcı incelendiğinde, endokrin hastalığı olanların %21,1'inde (n=12) evlilik travması saptanırken kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanların %10,8'inde evlilik travması tespit edilmiştir. Endokrin hastalığı olanların evlilik travması oranı daha yüksektir ($p<0,05$).

Endokrin hastalığı olanların %45,6'sında (n=26), kronik hastalığı olup endokrin hastalığı olmayanların %34,4'ünde (n=32) aile ortamı travması belirlenmiştir. Endokrin hastalığı olanların aile ortamı travması oranı daha yüksektir ($p<0,05$).

Endokrin hastalığı olanların %5,3'ünde (n=3), kronik hastalığı olup endokrin hastalığı olmayanların %4,3'ünde (n=4) ebeveyn ilişkileri travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Endokrin hastalığı olanların %1,8'inde (n=1), kronik hastalığı olup endokrin hastalığı olmayanların %1,1'inde (n=1) istismar travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Şiddet travması açısından bakıldığında, endokrin hastalığı olanların travma yaşama oranı %7,0 (n=4), kronik hastalığı olup endokrin hastalığı olmayanların travma yaşama oranı %3,2'dir (n=3). Şiddet travması açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Endokrin hastalığı olanların %43,9'unda (n=25) hiç travma bulunmamıştır. Tek travma yaşamış olanlar %35,1 (n=20), iki travma yaşamış olanlar %19,3 (n=11), 3 ve üzeri travma yaşamış olanlar %1,8'dir (n=1). Kronik hastalığı olup endokrin hastalığı olmayanların %61,3'ünde hiç travma saptanmamıştır. Tek travma yaşayanlar %26,9 (n=25), iki travma yaşayanlar %9,7 (n=9), 3 ve üzeri travma yaşayanlar %2,2'dir (n=2).

ACE toplam travma oranları incelendiğinde, endokrin hastalığı olanlarda daha yüksek sonuç bulunmuştur ($p<0,05$).

İleriye dönük boylamsal bir araştırma, çocukluk çağında yaşanan sıkıntılı süreçlerin obezite riskini %20 ile 50 artırdığını göstermiştir (166). Bunun önemi ise obezitenin diyabet için iyi bilinen bir risk kaynağı olmasıdır.

Kathleen ve ark. OÇY öyküsü olan katılımcıların, böyle bir öyküsü olmayanlara kıyasla, önemli ölçüde daha fazla diyabetle ilişkili klinik semptom bildirdiklerini belirtmişlerdir (167).

OÇY kronik stresör gibi davranarak, kanda yüksek seviyede trigliserid, serbest yağ asitleri, glikoz ve insülini tetikleyebilir. Ayrıca çocukluk dönemindeki travmatik deneyimler, HPA eksenini kapsayan merkezi sinir sisteminde kalıcı değişikliklere yol açabileceği ve DNA metilasyonu yapabileceği için tip 2 diabetes mellitus gelişimine neden olabilmektedir (168).

Coelho ve diğer araştırmacılar tarafından yapılmış olan sistematik araştırmada çocukluk çağı olumsuzlukları ile tip 2 DM'nin gelişiminde de rol oynayan inflamatuvar belirteçler arasında anlamlı bir ilişki olduğu da doğrulanmıştır (170-172).

Bellis ve ark. OÇY skoru ile obezite arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (187). Morbid obezite, OÇY skorları ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. OÇY maruziyeti olmayan bireye göre dört veya daha fazla OÇY'ye maruz kalan bireylerin 40 veya daha fazla vücut kitle endeksi bildirme olasılığı 3 kat daha yüksek bulunmuştur.

OÇY'nin yol açabileceği fiziksel inaktivite, nikotin bağımlılığı, alkol kullanımı ve madde kullanımı da endokrin hastalıkları tetikleyebilmektedir. Çocukluk çağı sıkıntılarını egzersiz eksikliği ve yüksek vücut kitle endeksi (VKİ) ile ilişkilendiren kanıtlar bulunmaktadır (175). Yapılmış olan birçok araştırmada, OÇY sayısı ve diyabet oluşma riski arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (36,141,179).

Endokrin hastalıkların OÇY ilişkisini araştıran çalışmamız sonucunda ACE toplam travma oranının yüksekliği, bugüne kadar yapılmış olan diğer araştırmalar ile benzerlik göstermektedir.

5.5.3. Romatizmal Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Romatizmal hastalıklar başlığı altında romatoid artrit, fibromiyalji, osteoartrit, ankilozan spondilit, sjögren, psöriyazis, ailevi Akdeniz ateşi ve Wegener granülomatozu sonuçları elde edilmiştir.

Romatizmal hastalığı olanların %21,7'sinde (n=5) evlilik travması varken kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanların %13,4'ünde (n=17) evlilik travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Aile ortamı travması incelenmesi sonucu, romatizmal hastalığı olanlarda %39,1 (n=9), kronik hastalığı olup romatizmal hastalığı olmayanlarda %38,6 (n=49) oranı bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Romatizmal hastalığı olanların ebeveyn ilişkileri travması yaşamış olma oranı %4,3 (n=1) iken kronik hastalığı olup romatizmal hastalığı olmayanlarda %4,7'dir (n=6).

Romatizmal hastalığı olanların %0,0 (n=0), kronik hastalığı olup romatizmal hastalığı olmayanların %1,6 oranında istismar travması yaşadığı tespit edilmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Şiddet travması yaşamış olan romatizmal hastalığı olanlar %0,0 (n=0) iken romatizmal hastalık dışı kronik hastalığı olanlarda %5,5'tir (n=7). Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Romatizmal hastalığı olanların %52,2'sinde (n=12) hiç travma saptanmamıştır. Tek travma yaşamış olma %30,4 (n=7), iki travma yaşamış olma %17,4 (n=4), üç ve üzeri travma yaşamış olma %0,0 olarak tespit edilmiştir. Romatizmal hastalık dışı kronik hastalığı olanların %55,1'inde (n=70) hiç travma belirlenmemiştir. Tek travma %29,9 (n=38), iki travma %12,6 (n=16), üç ve üzeri travma %2,4 (n=3) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Wegman ve Stetler (224) çocuk istismarının, nörolojik ve kas-iskelet sorunları ile daha güçlü olmak üzere, solunum, kalp-damar ve gastrointestinal sorunları ile güçlü ilişkili olduğunu ve kadınlarda daha fazla sağlık sorunlarına yol açtığını bildirmişlerdir. Araştırmalarımız sonucunda romatolojik hastalıklar ve OÇY arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Romatolojik hastalıkların çok fazla sayıda alt tipinin olması, oluşum mekanizmalarının çok çeşitli olması,

özellikle genetik faktörlerin de etkisi nedeniyle araştırma sonucunda romatolojik hastalıklar ve OÇY arasında anlamlı fark bulunamadığını düşündürmektedir.

5.5.4.Kanserler ve ACE Travma Durumu

Araştırmada alınan yanıtlara göre kanser başlığı altında akciğer kanseri, meme kanseri, malign melanom, prostat kanseri, mide kanseri, kolon kanseri, serviks kanseri, tiroid kanseri ve mesane kanseri sorgulanmıştır.

Kanser olanların %12,5'unda (n=3), kronik hastalığı olup kanseri olmayanların %15,1'inde (n=19) evlilik travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Kanser olanların %54,2'sinde (n=13), kronik hastalığı olup kanser olmayanların %35,7'sinde (n=45) aile ortamı travması belirlenmiştir. Kanser olanların aile ortamı travması yaşama oranı daha yüksektir ($p<0,05$).

Kanser olanların %0,0'ında (n=0), kronik hastalığı olup kanser olmayanların %5,6'sında (n=7) ebeveyn ilişkileri travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

İstismar travmasına göre gruplar incelendiğinde, kanser olanların %0,0'ında (n=0), kronik hastalığı olup kanser olmayanların %1,6'sında (n=2) travma bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Kanser olanların şiddet travması oranı %8,3 (n=2) iken kanser olmayan kronik hastaların şiddet travması oranı %4,0'dır (n=5). Gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Kanser olanların %45,8'inde (n=11) travma bulunmamıştır. Tek travma yaşamış olanlar %33,3 (n=8), iki travma yaşamış olanlar %20,8 (n=5), üç ve üzeri travma yaşamış olanlar %0,0'dır (n=0).

Kronik hastalığı olan ama kanser hastalığı olmayanların %56,3'ünde (n=71) hiç travma öyküsü yoktur. Tek travma yaşamış olanlar %29,4 (n=37), iki travma yaşamış olanlar %11,9 (n=15), üç ve üzeri travma yaşamış olanlar %2,4'tür (n=3). ACE toplam puanları göz önüne alındığında gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Irving ve ark. İngiltere'de 50 yıllık bir kohort çalışması olan Ulusal Çocuk Gelişimi Çalışması'nın katılımcıları arasında kanser ve OÇY arasındaki ilişkiyi

incelemiştir. Erkek katılımcılar arasında anlamlı fark bulunamamış ancak kadın katılımcılar için önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. OÇY bildirmeyen kadınlarda kanser %9,1 iken bir OÇY ve iki veya üstü OÇY bildirenlerde kanser prevalansı sırasıyla %13 ve %23 olarak bildirilmiştir. Analizler, OÇY olmayan kadınlara kıyasla bir OÇY'si olan kadınların kanser riskinin %40, iki veya daha fazla OÇY'si olan kadınların kanser riskinin yaklaşık %150 arttığını göstermiştir (142).

Spesifik kanser türü olarak akciğer kanseri ve OÇY ilişkisini inceleyen bir araştırmada (164), OÇY skorları ile akciğer kanseri arasında önemli ve kademeli bir ilişki saptanmıştır. Dört veya beş OÇY olan bireylerin akciğer kanseri geliştirme olasılığı %88 daha yüksek olarak bulunmuştur. Altı veya daha fazla OÇY olanların ise olmayanlara kıyasla akciğer kanseri olma riski 2,7 kat daha olası bulunmuştur.

Araştırmamız sonucunda, travma durumuna göre kanser ile OÇY arasında sadece aile ortamı açısından anlamlı fark vardır. ACE toplam skoru açısından fark olmamasının birden fazla kanser türünün araştırılmış olması, kadın ve erkek cinsiyetin ayrı olarak araştırılmamış olması, kanser olan hastaların araştırmada sayısının az olması, spesifik bazı kanser türlerinin genetik altyapısının kanser oluşumunda daha güçlü yer tutması gibi nedenlere bağlı olduğunu düşündürmektedir.

5.5.5.Solunum Yolu Hastalıkları ve ACE Travma Durumu

Araştırmada, solunum yolu hastalıkları olarak astım, KOAH ve tüberküloz değerlendirilmiştir.

Solunum yolu hastalıkları olanların evlilik travması oranı %20,8 (n=5); kronik hastalığı olup solunum yolu hastalığı olmayanların evlilik travması oranı %13,5'tir (n=17). Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Aile ortamı travması açısından incelendiğinde, solunum yolu hastalığı olanlarda travma oranı %45,8 (n=11) iken solunum yolu hastalığı olmayan kronik hastalarda travma oranı %37,3'tür (n=47). Solunum yolu hastalığı olanlarda aile travması yaşamış olma oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Solunum yolu hastalıkları olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması oranı %8,3 (n=2) iken solunum yolu hastalığı olmayan kronik hastalarda %4,0'dır (n=5). Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Solunum yolu hastalıkları olanların istismar travması oranı %4,2 (n=1), solunum yolu hastalığı olmayan kronik hastalarda %0,8'dir (n=1). Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Solunum yolu hastalıkları olanların şiddet travması oranı %0,0'dır (n=0). Solunum yolu hastalığı olmayan kronik hastalarda şiddet travması oranı %5,6'dır (n=7). Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Solunum yolu hastalıkları olanların %45,8'inde (n=11) hiç travma saptanmamıştır. Tek travma oranı %37,5 (n=9), iki travma oranı %12,5 (n=3), üç ve üzeri travma oranı %4,2'dir (n=1).

Solunum yolu hastalığı olmayan kronik hastaların %56,3'ünde (n=71) hiç travma yoktur. Tek travma oranı %28,6 (n=36), iki travma oranı %13,5 (n=17), üç ve üzeri travma oranı %1,6'dır (n=2). ACE toplam puanlarına göre gruplar incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Astım ve KOAH açısından yakın dönemde yapılan sistematik bir meta analiz için toplam 19 çalışma seçilmiştir. Analizler, astım ve KOAH ile spesifik ilişkilerin yanı sıra, OÇY ve genel olarak akciğer hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Sigara içmenin aracılık etkisi değerlendirildiğinde, tam anlamıyla ifade edici olmasa da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum çocukluk çağı travmaları ile akciğer hastalıklarının ortaya çıkışı arasında doğrudan bir ilişki olduğu hipotezini zayıflatmaktadır. Araştırmacılar elde ettikleri bilgiler ışığında OÇY'nin doğrudan veya dolaylı katkı yoluyla erişkinlikte akciğer hastalıklarının gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (128).

5.5.6.Nörolojik Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Nörolojik hastalıklardan epilepsi, migren ve benign pozisyonel vertigo olan hastalar araştırma içerisinde bulunmaktadır. Nörolojik hastalığı olanların %21,4'ünde (n=3), kronik hastalığı olup nörolojik hastalığı olmayanların %14,1'inde (n=19) evlilik travması vardır.

Nörolojik hastalığı olanların %33,3'ünde (n=5), kronik hastalığı olup nörolojik hastalığı olmayanların %39,3'ünde (n=53) aile ortamı travması bulunmuştur.

Nörolojik hastalığı olanların %0,0'ında (n=0), kronik hastalığı olup nörolojik hastalığı olmayanların %5,2'sinde (n=7) ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması olduğu görülmüştür.

Nörolojik hastalığı olanların %0,0'ında (n=0), kronik hastalığı olup nörolojik hastalığı olmayanların %5,2'sinde (n=7) şiddet travması vardır.

Nörolojik hastalığı olanların %57,1'inde (n=9) hiç travma yoktur. Tek travma %28,6 (n=4), iki travma %14,3 (n=2), üç ve üzeri travma yüzde 0,0 (n=0) olarak belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olup nörolojik hastalığı olmayanların %54,1'inde (n=73) hiç travma yoktur. Tek travma %30,4 (n=41), iki travma %13,3 (n=18), üç ve üzeri travma %2,2 (n=3) olarak saptanmıştır.

Nörolojik hastalığı olan katılımcı sayısı az olduğu için gruplar arasında karşılaştırma yapılamamıştır.

5.5.7. Üriner Sistem Hastalıkları ve ACE Travma Durumu

Üriner sistem hastalığı altında kronik böbrek hastalığı ve benign prostat hiperplazisi sorgulanmıştır.

Üriner sistem hastalığı olanların %20'sinde (n=12), kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların %14,1'inde (n=19) evlilik travması saptanmıştır. Evlilik travması açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Üriner sistem hastalığı olanların %26,7'sinde (n=4), kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların %40'ında (n=54) aile ortamı travması belirlenmiştir. Üriner sistem hastalıklarında aile ortamı travması daha yüksektir ($p<0,05$).

Üriner sistem hastalığı olanların %0,0'ında (n=0), kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların %5,2'sinde (n=7) ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Üriner sistem hastalığı olanların %0,0'ında (n=0), kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların %1,5'inde (n=2) istismar travması bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Üriner sistem hastalığı olanların %6,7'sinde (n=2), kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların %4,4'ünde (n=6) evlilik travması saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Üriner sistem hastalığı olanların %66,7'sinde hiç travma saptanmamıştır. Tek travma %13,3 (n=2), iki travma %20,0 (n=3), üç ve üzeri travma %0,0 (n=0) olarak bulunmuştur.

Kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların %55,3'ünde (n=72) hiç travma yoktur. Tek travma olanlar %31,9 (n=43), iki travma olanlar %12,6 (n=17), üç ve üzeri travma olanlar %2,2 (n=3) olarak bulunmuştur. ACE toplam travma oranları incelendiğinde, kronik hastalığı olup üriner sistem hastalığı olmayanların yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Benign prostat hiperplazisi erkeklerde yaş ilerledikçe daha sık görülmeye başlar. Prostatta hücre büyümesi, hücre ölümü ile hücre proliferasyonu arasındaki dengesizlik sonucu meydana gelir. OÇY ile olan ilişkili olduğu düşünülmemektedir.

Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyoloji ve Etiyolojisi Türkiye'de genel yetişkin popülasyonundaki KBH oranı %15,7'dir. Diğer bir deyişle yetişkin 6 kişiden birisinde KBH vardır (225). KBH sonucu hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda en önde gelen etiyolojik neden: DM (%36,5), bunu sırasıyla HT (%27,45), glomerülonefrit (%7,32), polikistik böbrek hastalığı (%4,24), tübülointertisyel nefrit (%2,69), amiloidoz (%1,85) ve diğer nedenler izlemektedir. Periton diyalizi hastalarında en önde gelen etiyolojik neden: HT (%34,94), bunu sırasıyla DM (%28,57), glomerülonefrit (%8,13), polikistik böbrek hastalığı (%3,3), tübülointertisyel nefrit (%2,42), amiloidoz (%1,32) ve diğer nedenler izlemektedir (226). Yapılmış olan araştırmalarda, KBH'nın sıklıkla DM ve HT nedeniyle meydana geldiği görülmektedir. DM ve HT, OÇY sonucu meydana gelebilmeleri açısından oldukça önemli hastalıklardır. OÇY'nin bir sonucu olarak meydana gelebilecek olan bu hastalıkların, KBH'ya zemin hazırlaması nedeniyle ACE toplam travma düzeyinde üriner hastalıkların daha

yüksek düzeyde çıkması beklenilebilir. Ancak KBH sadece DM ve HT nedeniyle oluşmaz. Çocuklarda konjenital anomaliler (vezikoüreteral reflü, renal agenezi, füzyon anormallikleri, üreter anormallikleri, mesane anormallikleri, posterior üretral valf), nefrotik sendromlar, glomerülonefritler, böbrek taşları gibi birçok farklı yol ile KBH meydana gelebilir. Bu nedenle üriner sistem hastalıklar ve OÇY ile ilgili daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

5.5.8.Gastrointestinal Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Gastrointestinal hastalıklar içerisinde kronik karaciğer hastalığı, ülseratif kolit ve Crohn hastalığı olan katılımcılar bulunmaktadır.

Gastrointestinal hastalığı olanların %14,3'ünde (n=1), kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalığı olmayanların %14,7'sinde (n=21) evlilik travması vardır.

Aile ortamı travması açısından bakıldığında, gastrointestinal hastalığı olanların %28,6'sında (n=2), kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalığı olmayanların %39,2'sinde (n=56) travma tespit edilmiştir.

Gastrointestinal hastalığı olanların %14,3'ünde (n=1), kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalığı olmayanların %4,2'sinde (n=6) ebeveyn/bakıcı ilişkisi travması belirlenmiştir.

Gastrointestinal hastalığı olanların %14,3'ünde (n=1), kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalığı olmayanların %0,7'sinde (n=1) istismar travması mevcuttur.

Şiddet travması oranları bakıldığında, gastrointestinal hastalığı olanlarda %28,6 (n=2), kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalığı olmayanlarda %3,5 (n=5) şiddet travması olduğu bulunmuştur.

ACE toplam travma düzeylerine bakıldığında kronik hastalığı olanların %57,1'inde (n=4) hiç travma yoktur. Tek travma %14,3 (n=1), iki travma %14,3 (n=1), üç ve üzeri travma %14,3 (n=1) olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olup gastrointestinal hastalığı olmayan grubun %54,5'inde (n=78) hiç travma bulunmamaktadır. Tek travma %30,8 (n=44), iki travma %13,3 (n=19), üç ve üzeri travma %1,4 (n=2) olarak hesaplanmıştır. Katılımcı sayısı yeterli

olmadığından, ACE travma durumu gastrointestinal hastalıklar için araştırılamamıştır.

5.5.9.Psikiyatrik Hastalıklar ve ACE Travma Durumu

Katılımcıların psikiyatrik hastalıkları depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve bipolar bozukluktur.

Psikiyatrik hastalığı olanların %12,2'sinde (n=5), psikiyatrik hastalığı olmayanların %7,3'ünde (n=19) evlilik travması olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Psikiyatrik hastalığı olanların %48,8'inde (n=20), psikiyatrik hastalığı olmayanların %31,7'sinde (n=82) aile ortamı travması bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olanların aile ortamı travması oranı daha yüksektir ($p<0,05$).

Ebeveyn/bakıcı ilişkisi travması incelendiğinde, psikiyatrik hastalığı olanların %7,3'ünde (n=3), psikiyatrik hastalığı olmayanların %11,6'sında (n=30) saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Psikiyatrik hastalığı olanların %2,4'ünde (n=1), psikiyatrik hastalığı olmayanların %1,9'unda (n=5) istismar travması olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Psikiyatrik hastalığı olanların %4,9'unda (n=2), psikiyatrik hastalığı olmayanların %8,1'inde (n=21) şiddet travması olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

ACE toplam travmaya göre psikiyatrik hastalığı olanların %48,8'inde (n=20) hiç travma yoktur. Tek travma %34,1 (n=14), iki travma %12,2 (n=5), üç ve üzeri travma %4,9'dur (n=2). Psikiyatrik hastalığı olmayanların %61,0'ında (n=158) hiç travma olmadığı görülmektedir. Tek travma %21,2 (n=55), iki travma %15,1 (n=39), üç ve üzeri travma %2,7 (n=7) olarak belirtilmiştir. ACE toplam travma yüzdeleri incelendiğinde, psikiyatrik hastalığı olanların daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Ege ve ark. OÇY ve ileri yaştaki depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için 60 yaş ve üstü 8.051 kişiden oluşan bir örneklem kullanmıştır (205). Birden fazla aile içi şiddet olayına tanık olan bireylerin depresyona girme olasılığı, olmayanlara göre 2,69 kat daha fazla bulunmuştur. Ebeveynleri

tarafından birçok kez fiziksel olarak zarar görenlerin depresyona girme olasılığı 4,55 kat daha fazla saptanmıştır. Ebeveynleri kendilerini sözlü olarak taciz eden katılımcılar, maruz kalmayanlara göre 2,41 kat daha yüksek depresyon oranlarına sahip bulunmuşlardır. Birçok kez cinsel istismara uğrayan bireylerin depresyona girme olasılığı 3,93 kat daha yüksek bulunmuştur.

Travma durumuna göre psikiyatrik hastalıklar ve OÇY arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çalışmamız, aile ortamı travması için Ege ve arkadaşlarının yaptığı çalışma iyi benzer sonuçlar vermiştir.

Mayema ve ark. OÇY ile psikolojik stres arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmalarında (206) 1223 kişiyi doğumlarından 20'li yaşlarına kadar izlemişlerdir. Psikolojik stres, bireylerin %28'i tarafından bildirilmiştir ve yaklaşık %90'ı en az bir OÇY bildirmişlerdir. Ebeveyn işsizliği ve boşanma dışındaki tüm OÇY türleri bireysel olarak psikolojik stres ile ilişkilendirilmiştir. Bir ile beş arası OÇY yaşayan bireylerin, maruz kalmayanlara kıyasla psikolojik sıkıntı bildirme olasılığı üç kat daha yüksek bulunmuştur. Altı veya daha fazla OÇY maruziyeti olan bireylerin, maruz kalmayanlara göre psikolojik stres bildirme olasılığı sekiz kat daha fazla ölçülmüştür. Bireylerin %15'i altı veya daha fazla OÇY maruziyeti bildirmiştir ve bu grupta önemli bir doz yanıtı gözlemlenmiştir. Altı veya daha fazla OÇY maruziyeti olanların, 5 veya daha az maruz kalan veya hiç maruz kalmayanlara kıyasla yetişkin stres yaşama olasılığı 11 kat daha yüksek bulunmuştur.

ACE toplam travmaya göre psikiyatrik hastalıklar ve OÇY arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu duruma neden olarak hesaplama yöntemi gösterilebilir. Çünkü bir kez travma yaşamışlar, bu hesaplama yöntemine göre travma olarak kabul edilmemektedir. Halbuki bizim tahminlerimize göre, bireyin yaşamış olduğu tek bir olumsuz yaşantı yaşamın ilerleyen safhalarında çok ciddi psikolojik hasarlar yaratabilir. Bu durumun sonucunda da psikiyatrik hastalıkların görülmesi beklenebilir. Bu duruma iyi örneklerden biri, Read ve arkadaşlarının çocukluk çağı travması ve yetişkin psikoza arasındaki bağlantıyı inceleyen çalışmalarıdır. Çalışma sonuçları gözden geçirildiğinde, çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismar mağduru olduğunu bildiren psikoza bireylerin ağırlıklı ortalamasının %69 olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (201).

5.6.1.Kardiyovasküler Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

Kardiyovasküler hastalığı olanlarda evlilik travması düzeyi $0,27\pm0,62$, kronik hastalığı olan ama kardiyovasküler hastalığı olmayanlarda $0,18\pm0,50$ olarak hesaplanmıştır. Kardiyovasküler hastalığı olanlar daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$).

Kardiyovasküler hastalığı olanlarda aile ortamı travması düzeyi $2,32\pm0,40$, kronik hastalığı olan ama kardiyovasküler hastalığı olmayanlarda $2,24\pm0,40$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Ebeveyn/Bakıcı ilişkileri travması açısından bakıldığında, kardiyovasküler hastalığı olanlar $1,46\pm0,58$, kronik hastalığı olan ama kardiyovasküler hastalığı olmayanlar $1,09\pm0,47$ olarak saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalığı olanlar daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$).

Kardiyovasküler hastalığı olanlarda istismar travması düzeyi $0,56\pm0,57$, kronik hastalığı olan ama kardiyovasküler hastalığı olmayanlarda $0,37\pm0,44$ olarak hesaplanmıştır. Kardiyovasküler hastalığı olanlar daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$).

Kardiyovasküler hastalığı olanlarda şiddet travması düzeyi $0,66\pm0,56$, kronik hastalığı olan ama kardiyovasküler hastalığı olmayanlarda $0,50\pm0,21$ olarak belirlenmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olanlar daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$).

ACE toplam skorları karşılaştırıldığında, kardiyovasküler hastalığı olanlar $5,15\pm1,31$ iken kronik hastalığı olup kardiyovasküler hastalığı olmayanlar $4,57\pm1,25$ bulunmuştur. Kardiyovasküler hastalığı olanlar daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$).

Kardiyovasküler hastalıklar açısından ACE travma durumu ve ACE travma puanlama hesaplama yöntemleri birlikte incelendiğinde her ikisinde de ACE toplam skorları açısından kardiyovasküler hastalığı olanların daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

5.6.2.Endokrin Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

Endokrin hastalığı olanların evlilik travması düzeyi $0,32\pm0,66$, kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanların $0,14\pm0,43$ 'dir. Endokrin hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

Endokrin hastalığı olanların aile ortamı travması düzeyi $2,28\pm0,40$, kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanların $2,25\pm0,40$ 'tır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Endokrin hastalığı olanların ebeveyn/bakıcı travması düzeyi $1,40\pm0,57$, kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanların $1,26\pm0,46$ 'dır. Endokrin hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

Endokrin hastalığı olanların istismar travması düzeyi $0,48\pm0,54$, kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanların $0,39\pm0,45$ 'tir. Endokrin hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

Endokrin hastalığı olanların şiddet travması düzeyi $0,52\pm0,46$, kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanların $0,57\pm0,47$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

ACE toplam skorlarına bakıldığında, endokrin hastalığı olanlar $4,99\pm1,32$ iken, kronik hastalığı olan ama endokrin hastalığı olmayanlar $4,60\pm1,26$ 'dır. Endokrin hastalığı olanlar daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$).

Endokrin hastalıklar açısından ACE travma durumu ve ACE travma puanlama hesaplama yöntemleri birlikte incelenirse, her ikisinde de ACE toplam skorları açısından endokrin hastalığı olanların daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

5.6.3.Romatizmal Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

Romatizmal hastalığı olanların evlilik travması düzeyi $0,30\pm0,63$, kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanların $0,19\pm0,52$ 'dir. Romatizmal hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

Romatizmal hastalığı olanların aile ortamı travması düzeyi $2,21\pm0,24$, kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanların $2,27\pm0,42$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Romatizmal hastalığı olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,30\pm0,38$, kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanların $1,31\pm0,53$ 'tür. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Romatizmal hastalığı olanların istismar travması düzeyi $0,33\pm0,37$, kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanların $0,44\pm0,51$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Romatizmal hastalığı olanların şiddet travması düzeyi $0,42\pm0,35$, kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanların $0,57\pm0,48$ 'dir. Romatizmal hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

ACE toplam skorlarına bakıldığında, romatizmal hastalığı olanlar $4,58\pm1,06$ iken, kronik hastalığı olan ama romatizmal hastalığı olmayanlar $4,77\pm1,33$ 'tür. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

ACE travma durumu ve ACE travma puanlarına göre hesaplanan romatizmal hastalıklar ve OÇY ilişkisine bakıldığında, ACE travma durumunda hiç anlamlı sonuç elde edilememiş ancak ACE travma puanlarına göre evlilik travmasında ve şiddet travmasında anlamlı sonuçlar bulunmuştur.

5.6.4.Kanser ve ACE Travma Puanları

Kanseri olanların evlilik travması düzeyi $0,17\pm0,48$, kronik hastalığı olan ama kanseri olmayanların $0,21\pm0,55$ 'tir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Kanseri olanların aile ortamı travması düzeyi $2,44\pm0,47$, kronik hastalığı olan ama kanseri olmayanların $2,23\pm0,38$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Kanseri olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,23\pm0,58$, kronik hastalığı olan ama kanseri olmayanların $1,32\pm0,49$ 'dur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Kanseri olanların istismar travması düzeyi $0,60\pm0,46$, kronik hastalığı olan ama kanseri olmayanların $0,39\pm0,49$ 'dur. Kanseri olanların istismar travması düzeyi daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Kanseri olanların şiddet travması düzeyi $0,57\pm0,38$, kronik hastalığı olan ama kanseri olmayanların $0,54\pm0,48$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

ACE toplam skorlarına bakıldığında, kanseri olanlar $5,01\pm1,30$ iken, kronik hastalığı olan ama kanseri olmayanlar $4,69\pm1,29$ 'dur. Kanserli olanların ACE toplam skoru daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kanser ve OÇY arasındaki ilişkiyi travma durumuna göre araştırdığımız ilk kısımdan farklı olarak ACE travma puanında anlamlı sonuç çıkması dikkat çekicidir. Puanlama yönteminde bir kez travma geçirenlerin hesaplamaya dahil ediliyor olmasıyla muhtemelen hesaplamaya dahil olan katılımcılar sonuçları anlamlı yönde değiştirmiştir.

Ayrıca bulaşıcı hastalık ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi de belirtmek gereklidir. Serviks ve hepatik kanser gibi bazı kronik hastalıkların etiyolojileri arasında bulaşıcı bir bileşen de bulunmaktadır (92). Özellikle serviks kanserine dikkati çekmek gereklidir. Kızlarda çocukluk çağı cinsel istismarının sigarayı arttırdığı ve kontraseptif kullanımını azalttığı varsayılmaktadır. Bu durum serviks kanseri için bilinen risk faktörü olan HPV'ye maruz kalmaya yol açabilmektedir. Bu nedenle çocukluk çağı cinsel istismarı, HPV'ye erken maruz kalmaya, kalıcı enfeksiyona ve dolayısıyla serviks kanser riskinde artışa yol açmaktadır (144).

5.6.5.Solunum Yolu Hastalıkları ve ACE Travma Puanları

Solunum yolu hastalıkları olanların evlilik travması düzeyi $0,38\pm0,77$, kronik hastalığı olan ama solunum yolu hastalıkları olmayanların $0,17\pm0,47$ 'dir. Solunum yolu hastalıkları olanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Solunum yolu hastalıkları olanların aile ortamı travması düzeyi $2,31\pm0,38$, kronik hastalığı olan ama solunum yolu hastalıkları olmayanların $2,25\pm0,41$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Solunum yolu hastalıkları olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,33\pm0,49$, kronik hastalığı olan ama solunum yolu hastalıkları olmayanların $1,31\pm0,51$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Solunum yolu hastalıkları olanların istismar travması düzeyi $0,53\pm0,71$, kronik hastalığı olan ama solunum yolu hastalıkları olmayanların $0,41\pm0,44$ 'tür. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Solunum yolu hastalıkları olanların şiddet travması düzeyi $0,53\pm0,37$, kronik hastalığı olan ama solunum yolu hastalıkları olmayanların $0,55\pm0,48$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

ACE toplam skorlarına bakıldığında, solunum yolu hastalıkları olanlar $5,07\pm1,44$ iken, kronik hastalığı olan ama solunum yolu hastalıkları olmayanlar $4,68\pm1,26$ 'dır. Solunum yolu hastalıkları olanların ACE toplam skoru daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Wing ve ark. OÇY ile astım arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla 2011-2012 Ulusal Çocuk Sağlığı Araştırmasının verilerini kullanmışlardır. Araştırma 92.427 çocuğu kapsamaktadır. Astım prevalansı %14,6 olarak bulunmuştur. Araştırmada bir OÇY bildiren çocukların astım bildirme olasılığı, OÇY bildirmeyenlere kıyasla 1,58 kat fazla saptanmıştır. En az beş OÇY bildirenlerde astım olasılığı, OÇY maruziyeti tanımlamayanlara göre 2.42 kat yüksek bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında, OÇY maruziyeti arttıkça, astım bildirme olasılığının arttığı gözlenmiştir (126).

Yapılan sistematik bir inceleme, OÇY maruziyeti ile astım ilişkisini değerlendiren 12 araştırmayı gözden geçirmiştir. Toplam 31.524 kişi içeren bu araştırmaların 10 tanesinde OÇY maruziyeti ve astım arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (127).

Sigara kullanımı KOAH için en önemli risk faktörüdür. KOAH'ta sigaraya atfedilen risk %40-70 arası değişmektedir (2). OÇY'nin davranışsal sonuçlarından birisi sigara içmedir. OÇY ile sigara içme arasında tutarlı bir ilişki bulunmaktadır (227).

Hem astım hem de KOAH, daha önce yapılmış olan çalışmalarda OÇY ilişkili bulunmuştur. ACE travma puanlarına göre hesaplama yapıldığında, solunum yolu hastalıkları ve OÇY arasında ilişki olduğu görülmektedir.

5.6.6.Nörolojik Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

Nörolojik hastalıkları olanların evlilik travması düzeyi $0,36\pm0,74$, kronik hastalığı olan ama nörolojik hastalıkları olmayanların $0,19\pm0,51$ 'dir. Nörolojik hastalıkları olanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Nörolojik hastalıkları olanların aile ortamı travması düzeyi $2,24\pm0,23$, kronik hastalığı olan ama nörolojik hastalıkları olmayanların $2,26\pm0,42$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Nörolojik hastalıkları olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,31\pm0,36$, kronik hastalığı olan ama nörolojik hastalıkları olmayanların $1,31\pm0,52$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Nörolojik hastalıkları olanların istismar travması düzeyi $0,32\pm0,42$, kronik hastalığı olan ama nörolojik hastalıkları olmayanların $0,44\pm0,5$ 'tir. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Nörolojik hastalıkları olanların şiddet travması düzeyi $0,36\pm0,26$, kronik hastalığı olan ama nörolojik hastalıkları olmayanların $0,56\pm0,47$ 'dir. Nörolojik hastalıkları olanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p<0,05$).

ACE toplam skorlarına bakıldığında, nörolojik hastalıkları olanlar $4,59\pm1,58$ iken, kronik hastalığı olan ama nörolojik hastalıkları olmayanlar $4,76\pm1,27$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Stres, otonom sinir sistemi ve HPA ekseninin aracılık ettiği bir dizi nöral ve nöroendokrin yanıtları aktive etmektedir. Daha önce yapılmış olan araştırmalar, travma öyküsü olan çocuklarda ve yetişkinlerde otonomik yanıtların ve kortizol yanıtlarının düzensizliğini gözler önüne sermiştir (219,228,229).

Elbers ve ark. yaptıkları araştırmalarında, ayaktan tedavi edilen bir çocuk nörolojisi kliniğine başvuran hastaların %17'sinin dörtten fazla açıklanamayan tıbbi semptomu olan çocuklardan oluştuğunu ve bu durumun daha yüksek olumsuz çocukluk deneyimleri prevalansı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu semptomların, kronik strese adapte olmuş bir sinir sistemi ile ilişkili olmasının muhtemel olduğunu ve bu sayede oluşan fizyolojik düzensizliğin duygusal işlemeyi, uyku-uyanıklık döngülerini, otonomik fonksiyonu, sindirimi, motor fonksiyonu ve duygusal algıyı değiştirir. Sinir sistemi düzensizliği, depresyon, migren ve TSSB tarafından paylaşılan sık eşlik eden hastalıkların ortak paydasını temsil edebilir (230).

Yapılmış olan bir kesitsel çalışma, 2016 ve 2017 ABD Ulusal Çocuk Sağlığı Anketi'nden elde edilen verileri kullanarak, 3-17 yaş arası çocuklar arasında olumsuz çocukluk deneyimleri ile migren de dahil sık görülen baş ağrısı

öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bir veya daha fazla OÇY yaşamının çocuklarda daha yüksek baş ağrısı riski ile ilişkili bulunmuş ve ailenin gelirinden kaynaklı yaşanan zorlukların, baş ağrısı ile bağımsız olarak ilişkili tek OÇY olduğu belirtilmiştir (231).

Bizim bulgularımız, diğer araştırmalardan farklı olarak sadece evlilik travması yaşamış olmanın nörolojik hastalıklara yol açabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Şiddet travması açısından bulduğumuz sonucun, rastlantısal olarak çıktığı düşünülebilir.

Çocuklarda otonom sinir sistemi ve HPA'nın sinir sistemi içinde potansiyel olarak yaygın, ancak görünmez bir bozukluğun biyolojik izini aydınlatıp aydınlatmayacağını belirlemek için daha fazla araştırma gereklidir.

5.6.7. Üriner Sistem Hastalıkları ve ACE Travma Puanları

Üriner sistem hastalıkları olanların evlilik travması düzeyi $0,27 \pm 0,59$, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanların $0,2 \pm 0,53$ 'tür. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Üriner sistem hastalıkları olanların aile ortamı travması düzeyi $2,14 \pm 0,34$, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanların $2,27 \pm 0,41$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Üriner sistem hastalıkları olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,41 \pm 0,43$, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanların $1,3 \pm 0,51$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Üriner sistem hastalıkları olanların istismar travması düzeyi $0,26 \pm 0,33$, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanların $0,44 \pm 0,5$ 'tir. Kronik hastalığı olup üriner sistem hastalıkları olmayanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Üriner sistem hastalıkları olanların şiddet travması düzeyi $0,41 \pm 0,44$, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanların $0,56 \pm 0,47$ 'dir. Kronik hastalığı olup üriner sistem hastalıkları olmayanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

ACE toplam skorlarına bakıldığında, üriner sistem hastalıkları olanlar $4,49 \pm 1,1$ iken, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanlar

4,77±1,31'dir. Kronik hastalığı olup üriner sistem hastalıkları olmayanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

5.6.8. Gastrointestinal Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

Gastrointestinal hastalıkları olanların evlilik travması düzeyi $0,14\pm0,38$, kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalıkları olmayanların $0,21\pm0,54$ 'tür. Gruplar arasında anlamlı fark belirlenmemiştir.

Gastrointestinal hastalıkları olanların aile ortamı travması düzeyi $2,38\pm0,77$, kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalıkları olmayanların $2,25\pm0,38$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Gastrointestinal hastalıkları olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,2\pm0,67$, kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalıkları olmayanların $1,31\pm0,5$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gastrointestinal hastalıkları olanların istismar travması düzeyi $0,7\pm0,65$, kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalıkları olmayanların $0,41\pm0,48$ 'dir. Gastrointestinal hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0,05$).

Gastrointestinal hastalıkları olanların şiddet travması düzeyi $0,81\pm0,78$, kronik hastalığı olan ama gastrointestinal hastalıkları olmayanların $0,53\pm0,45$ 'tir. Gastrointestinal hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p<0,05$).

ACE toplam skorlarına bakıldığında, gastrointestinal hastalıkları olanlar $5,22\pm2,73$ iken, kronik hastalığı olan ama üriner sistem hastalıkları olmayanlar $4,72\pm1,19$ 'dur. Gastrointestinal hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kelcie ve ark. (231) OÇY ve inflamatuvar barsak hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında katılımcıların toplam %74,2'sinin en az bir OÇY'ye maruz kaldığını belirlemişlerdir. OÇY türü açısından, en yaygın olanlar çok yakın bir arkadaşın veya aile üyesinin ölümü (%51,3), kişinin yaşamını veya kişiliğini önemli ölçüde şekillendirdiği düşünülen başka herhangi bir karışıklık (%29,0) ve ciddi bir hastalık deneyimi veya yaralanma (%20,9) olarak saptanmış. Hem fiziksel istismar (%12,2) hem de cinsel istismar (%13,0) benzer bir yaygınlığa sahipmiş, katılımcıların beşte biri (%20,3) ebeveynler arasında anlaşmazlıklar yaşadığını bildirmiş. Katılımcıların üçte birinden fazlası (%33,6) 1 tip ACE yaşamış, beşte birinden fazlası 2 tip ACE yaşamış (%21,2) ve biraz daha

az sayıda kişi (%19,4) 3 veya daha fazla tip ACE yaşadığını bildirmiş. Araştırma sonucunda inflamatuvar barsak hastalığı olan kişilerin daha önce bildirilen popölasyon tahminlerinden daha yüksek bir ACE prevalansına sahip olabileceği sonucuna varmışlardır.

Algılanan psikolojik stres ve sosyal işlevsellik OÇY maruziyeti ile önemli ölçüde ilişkilidir. Özellikle inflamatuvar barsak hastalığı olan kişilerin sıklıkla yüksek stres dönemlerinde atak geçirdiklerini bildirmeleri dikkate alındığında OÇY'nin yarattığı toksik stresin hastalık oluşumunda etkili olduğu düşünölebilir.

5.6.9. Psikiyatrik Hastalıklar ve ACE Travma Puanları

Psikiyatrik hastalıkları olanların evlilik travması düzeyi $0,17 \pm 0,50$, psikiyatrik hastalıkları olmayanların $0,10 \pm 0,39$ 'dur. Psikiyatrik hastalıkları olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p < 0,05$).

Psikiyatrik hastalıkları olanların aile ortamı travması düzeyi $2,36 \pm 0,47$, psikiyatrik hastalıkları olmayanların $2,20 \pm 0,39$ 'dur. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Psikiyatrik hastalıkları olanların ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması düzeyi $1,36 \pm 0,58$, psikiyatrik hastalıkları olmayanların $1,27 \pm 0,48$ 'dir. Psikiyatrik hastalıkları olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p < 0,05$).

Psikiyatrik hastalıkları olanların istismar travması düzeyi $0,58 \pm 0,55$, psikiyatrik hastalıkları olmayanların $0,40 \pm 0,50$ 'dir. Psikiyatrik hastalıkları olanlar daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p < 0,05$).

Psikiyatrik hastalıkları olanların şiddet travması düzeyi $0,70 \pm 0,55$, psikiyatrik hastalıkları olmayanların $0,74 \pm 0,58$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

ACE toplam skorlarına bakıldığında, psikiyatrik hastalıkları olanlar $5,15 \pm 1,53$ iken, psikiyatrik hastalıkları olmayanlar $4,71 \pm 1,22$ 'dir. Psikiyatrik hastalığı olanlar daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Faköltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na 2000-2004 yılları arasında başvuran 9840 çocuk istismar ve ihmal vakası geriye dönük olarak incelenmiş, cinsel istismar ve fiziksel istismar birlikteliği %74 olarak bulunmuştur (199).

Reigstad ve ark. Norveç'te çocuk ve ergen psikiyatri hastaları üzerinde yapılan bir araştırma (198), ergen psikiyatri hastalarının %60,2'sinin çocukluk döneminde istismar ve ihmal yaşadığını ortaya koymuştur. Ergenlerin %25,5'i uğradıkları birden fazla istismar türünü bildirmiştir.

Shack ve ark. hastanede psikiyatride yatan erkek hastaların %40,6'sının ve kadınların %70,3'ünün bir tür fiziksel veya cinsel istismar bildirdiğini belirtmişlerdir. Erkek hastaların %17,5'i ve kadın hastaların %45,9'u her iki istismar türünü de yaşadıklarını bildirmişler (200).

Morgan ve Fisher 2007 tarihinde çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel istismara uğrayan psikozlu bireylerin ağırlıklı ortalamasını %50 olarak bildirmişlerdir (202).

Bipolar bozukluğa sahip bireylerde çocukluk çağı istismarı öyküsü, genel popülasyona kıyasla daha sık görülmektedir (214). Yapılan çalışmalarda bipolar hastaların yaklaşık yarısında çocukluk dönemi olumsuz yaşantısı bildirilmiştir (215). Tüm istismar türleri, bipolar bozukluğun gelişme riski ve kötü prognozu ile ilişkili olmasına rağmen literatürde özellikle fiziksel ve cinsel istismar, bu ilişkinin en güçlü araçları olarak tanımlanmıştır (216).

Psikiyatrik hastalıklar hem OÇY sonrası ilerleyen yaşlarda oluşmaları nedeniyle bir sonuç, hem de birçok hastalığa zemin hazırlayarak onların oluşumlarına yol açtıkları için bir neden olarak görülmelidir. Araştırmamızda ACE travma durumu ve ACE travma puanlarında ortaya çıkan sonuç diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalar ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilen sonuçlar ACE-IQ ölçeğinin kapsamı ve örneklem grubunun yanıtları ile sınırlıdır. Araştırma bir alan incelemesi olup sonuçları Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ile sınırlıdır. Katılımcıların 18-65 yaş arası olması, soruları anlayabilme ve uygun cevap verebilme yeterliliğini kısıtlayan bir zihinsel hastalığı olmaması gerekmektedir.

Çalışmamızda anket çalışması, poliklinik muayenesinden sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara yüzyüze uygulanmıştır ve bütün sorulara yanıt vermeleri istenmiştir. Farklı ülkelerde yapılmış olan ACE çalışmalarının bir

kısımında anket soruları yüzyüze yapılmış, bir kısmında anketleri hastaların kendilerinin okuyup cevaplaması istenmiştir. Hastaların bir kısmı sahip oldukları hastalıkları veya yaşadıkları olumsuz yaşantıları yanlış beyan etmiş veya gizlemiş olabilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası hastalarda olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının erişkinlik dönemindeki kronik hastalıklarla ilişkisinin araştırılmasının amaçlandığı çalışmamızda elde edilen sonuçlar listelenmiştir.

- Çalışmaya 157'si erkek (%52,3) olmak üzere 300 katılımcı katılmıştır.
- Çalışmaya katılanların 80'i (%26,6) üniversite mezunu, %24,6'sı (n=74) memur ve %38'i (n=114) bekaardır.
- Katılımcıların %8,3'ü (n=25) şu an evli olmadığını ama daha önce evlendiğini, %8'i (n=24) ilk evliliğinde eşini kendisinin seçmediğini ve toplam katılımcıların %3'ü (n=10) eş seçiminde fikirlerine başvurulmadığını bildirmiştir.
- Hem ACE gruplarına hem de ACE puanlamasına göre kronik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olmayanlara oranla, daha yüksek evlilik travması, ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması, istismar travması, ACE toplam skor saptanmıştır ($p<0,05$).
- Kronik hastalığı olmayanların şiddet travması düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Kronik hastalığı olan katılımcılarda en sık görülen hastalık %26,9 (n=36) DM'dir.
- Kronik hastalığı olan katılımcılarda en sık görülen hastalık grubu, %42,5 (n=57) ile endokrin hastalıklardır.
- Kardiyovasküler hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olup kardiyovasküler hastalığı olmayanlara kıyasla evlilik, aile ortamı, ebeveyn ilişkileri, istismar, şiddet travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey mevcuttur ($p<0,05$).
- Endokrin hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olup endokrin hastalığı olmayanlara kıyasla evlilik, aile ortamı, ebeveyn ilişkileri, istismar travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey saptanmıştır ($p<0,05$).
- Romatizmal hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olup romatizmal hastalığı olmayanlara kıyasla evlilik travmasında yüksek düzey, şiddet travmasında ise düşük düzey saptanmıştır ($p<0,05$).

- Kanseri olanlarda, kronik hastalığı olup kanseri olmayanlara kıyasla aile ortamı, istismar travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey saptanmıştır ($p<0,05$).
- Solunum yolu hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olup solunum yolu hastalığı olmayanlara kıyasla evlilik, aile ortamı travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey saptanmıştır ($p<0,05$).
- Nörolojik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olup nörolojik hastalığı olmayanlara kıyasla evlilik travmasında yüksek düzey, şiddet travmasında ise düzey saptanmıştır ($p<0,05$).
- Kronik hastalığı olup üriner sistem hastalıkları olmayanlarda, üriner sistem hastalığı olanlara kıyasla istismar, şiddet travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Gastrointestinal hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olup gastrointestinal hastalığı olmayanlara kıyasla istismar, şiddet travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey saptanmıştır ($p<0,05$).
- Psikiyatrik hastalığı olanlarda, psikiyatrik hastalığı olmayanlara kıyasla evlilik, aile ortamı, ebeveyn ilişkileri, istismar travmaları ve ACE toplam travmada yüksek düzey mevcuttur ($p<0,05$).

21. yüzyılda yaşanan teknolojik gelişmeler sayesinde yaşam süresinin giderek uzaması, özellikle kronik hastalıkları ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve endokrin sorunlar mortalitenin önde gelen nedenleri olmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde doğum oranının düşük ve yaşlı nüfusunun yüksek olması kronik hastalıkların toplam hastalıklar içerisindeki payını günden güne arttırmaktadır. Kronik hastalıkların ortaya çıkış mekanizmaları hakkında yapılan çalışmalar göstermektedir ki çoğu hastalığı daha ortaya çıkmadan engellemek mümkündür. Bu durum primer korunmanın önemini ortaya çıkarmıştır. Primer korunma ile risk faktörleri daha ortaya çıkmadan hastalıkların oluşumları önlenebilir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, yarattıkları travmalar nedeniyle yaşamın ilerleyen dönemlerinde kronik hastalıkların oluşumunda rol oynayabilir.

Her bir travma, birden fazla yolak aracılığıyla farklı hastalıkların meydana gelmesi için gerekli olan şartları oluşturabilir.

Bu çalışma ile olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının kronik hastalıkların nedeni olup olmadığını, hangi hastalıklarla yakından ilişkili olduğunu ve kronik hastalıkların oluşumunda hangi mekanizmalarla rol alabileceğini araştırdık. Çalışmamızda, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastalardaki OÇY, ACE-IQ ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcıların hangi kronik hastalıklarının olduğunu öğrenilmesi amacıyla ek bir anket çalışmada kullanılmıştır. Çalışmamızda özellikle dikkati çeken nokta, kronik hastalığı olanların ACE toplam travma sayılarının ve ACE toplam skorlarının kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek olmasıdır. Kardiyovasküler hastalıklar, endokrin hastalıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar, romatizmal hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve gastrointestinal hastalıklar ile ilgili yapılan analizler OÇY ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi ortaya koymaları açısından anlamlıdır. Üriner sistem hastalıklarının herhangi bir travmadan kaynaklandığına dair anlamlı bir veri elde edilememiştir.

Daha önce yapılmış olan çalışmalar ile karşılaştırıldığında sonuçlar benzerlik göstermektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, endokrin hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar travma düzeyleri açısından en yüksek sonuçlar alınan hastalık gruplarıdır. Türkiye’de ve dünyada en sık görülen ve morbidite ve mortalitede en başlarda yer alan bu hastalıkların çalışmamızda da en fazla saptanmış olan hastalık grupları olması dikkati çekmektedir. Bu sonuç OÇY konusunda yapılmış veya yapılacak olan çalışmaların ne kadar önemli olduğunu gösteren bir kanıttır.

Aile ortamı travması başlığı altında ev içi işlev bozukluklarını inceledik. Kardiyovasküler hastalıklar, endokrin hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar ev içi işlev bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur. Ailede tütün, alkol, madde kullanımı olması, parçalanmış bir ailede yaşamak, aile içerisindeki şiddete tanıklık etmeyi de içeren ev içi işlev bozuklukları diğer araştırmalardaki sonuçlara benzer şekilde hastalıkların önemli bir nedenidir. Dikkate alınması gereken en önemli noktalardan biri, ev içi işlev

bozukluğu olan ortamlarda büyüyen çocukların riskli sağlık davranışlarında bulunmalarıdır. Tütün, madde ve alkol kötüye kullanımı, fiziksel aktivite yetersizliği, sağlıksız beslenme, erken ve uygun olmayan cinsel deneyimler bu riskli davranışlardan bazılarıdır. Tüm bu nedenler hastalıkların meydana gelmesini yol açabilir. Hepsini önlemek mümkündür. Aile bireylerinin her birinin saygı, sevgi ve anlayış çerçevesinde sorunlara yaklaşması, çocuğun birey olduğunun bilincinde olarak sorunları ona yansıtmadan çözmeye çalışmak en doğru yaklaşımlar olacaktır.

Araştırmamızda, ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması başlığı altında çocukluk çağında yaşanmış olan duygusal ihmal ve fiziksel ihmale yönelik sorular katılımcılara yöneltilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar, endokrin hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklarla ihmal arasında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum oldukça sık görülen ve aynı zamanda saptanması da bir o kadar zor olan ihmalin önemini ortaya koymaktadır. Çoğu çalışma ile benzerlik gösteren bu sonuç, ebeveynlerin veya bakıcıların çocuğa göstereceği özveri, şefkat ve sevgi ile bu hastalıkların önlenebileceğini göstermektedir.

İstismar travması cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı kapsayacak şekilde araştırılmıştır. Kardiyolojik hastalıklar, endokrin hastalıklar, kanserler, gastrointestinal hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklarda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum şaşırtıcı değildir. Çünkü literatürde yapılmış olan diğer araştırmalarda da istismarın bir kez gerçekleşmesinin bile yıkıcı etkileri gözler önüne serilmiştir. Çok boyutlu bir kavram olan istismar, belki de psikososyal açıdan en yıkıcı travma türüdür. Fiziksel istismara kolay tanınabilirliği açısından doktor olarak bizlerin çok dikkat etmesi gerekmektedir. Tespit edildiğinde bildirilmelidir.

İstismarı önlemek için toplumsal bir seferberlik gereklidir. Sosyokültürel özellikler istismarın oluşumunda önemli bir yer tutar. Toplum istismar türleri hakkında bilgilendirmeli, meydana getireceği olumsuz sonuçlar konusunda farkındalığı arttırmalı, yasalarla cezalara yönelik katı tutumlar almalı, sivil toplum kuruluşlarının etkinliği artırılmalı ve gerek görülürse çocuk devlet güvencesine alınmalıdır.

Olumsuz yaşantıları araştıran çok sayıda çalışma olmasına rağmen hala katedilmesi gereken çok uzun bir yol bulunmaktadır. Günden güne artan kronik hastalıklar ekonomik, sosyal, psikolojik ve aile içi sorunlara neden olabilmektedir. Amaç primordial korumayı etkin hale getirmek olmalıdır. Hangi hastalıkların hangi OY türleriyle ilişkili olduğunu araştıran daha fazla sayıda yapılmalıdır. Bu sayede OY nlenemese bile birincil korunma sağlık sorunlarına koruyucu bir yaklaşım geliştirilebilir.



7.ÖZET

OLUMSUZ ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞANTILARININ ERİŞKİNLİK DÖNEMİNDEKİ KRONİK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18-65 yaş arası hastaların, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ile erişkinlik dönemindeki kronik hastalıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırmamız, anket yoluyla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere sosyo-demografik özelliklerini, evlilik ve ebeveynlik süreçlerini, ebeveyn/bakıcı ilişkilerini, aile ortamlarını, aile içi şiddet durumlarını, ihmale ve istimara uğrama sıklıklarını, yaşadıkları toplumsal şiddeti değerlendiren ACE-IQ anketi ve katılımcıların varsa kronik hastalıklarını öğrenmek amacıyla yapılan kronik hastalıklar anketi yapılmıştır. OÇY ve kronik hastalıklar ilişkisinin incelenmesi amacıyla ikili gruplarda bağımsız örneklem t testi analizi, üç ve üzerindeki gruplarda ise varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır. Varyans analizi sonucunda farklı olarak belirlenen grupların belirlenmesi için Sidak ikili kıyaslama testi yapılmıştır. Çalışmada hasta özelliklerinin hasta ve kontrol grubuna göre incelenmesinde t testi analizi, Varyans analizi ve Ki-kare analizi yapılmıştır. Çalışmada ACE travma hasta gruplarına göre ve hastalık durumlarına göre incelenmesinde Ki-kare analizi yapılmıştır. Verilerin analiziyle ilgili tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmadaki toplam katılımcı sayısı 300 kişidir ve katılımcıların %52,3'ü erkeklerden, %47,7'si kadınlardan oluşmaktadır. Toplam katılımcıların %50'sinde kronik hastalıklardan en az biri bulunmakta, %50 katılımcıda hiç kronik hastalık bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan

katılımcılarda en sık görülen hastalık %26,9 ile DM'dir. Kronik hastalığı olan katılımcılarda en sık görülen hastalık grubu, %42,5 ile endokrin hastalıklardır. Hem ACE gruplarına hem de ACE puanlamasına göre kronik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olmayanlara oranla, daha yüksek evlilik travması, ebeveyn/bakıcı ilişkileri travması, istismar travması, ACE toplam skor saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların şiddet travması düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Evlilik travması düzeyi kardiyovasküler hastalığı, endokrin hastalığı, romatizmal hastalığı, solunum yolu hastalığı, nörolojik hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Aile ortamı travma düzeyi kardiyovasküler hastalığı, endokrin hastalığı, kanseri, solunum yolu hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Ebeveyn/bakıcı ilişkileri travma düzeyi kardiyovasküler hastalığı, endokrin hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda daha yüksektir ($p<0,05$).

İstismar travma düzeyi kardiyovasküler hastalığı, endokrin hastalığı, kanseri, gastrointestinal hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Şiddet travma düzeyi kardiyovasküler hastalığı ve gastrointestinal hastalığı olanlarda daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

ACE toplam travma düzeyi kardiyovasküler hastalığı, endokrin hastalığı, kanseri, solunum yolu hastalığı, gastrointestinal hastalığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda daha yüksek tespit edilmiştir.

Sonuç: Kronik hastalıkların oluşumunda OÇY doğrudan rol oynar. OÇY ile en yüksek düzeyde ilişki kardiyovasküler hastalıklarda, endokrin hastalıklarda ve psikiyatrik hastalıklarda görülmüştür. Toplam OÇY düzeylerine göre bakıldığında kardiyovasküler hastalıkların, endokrin hastalıkların, kanserlerin, solunum yolu hastalıklarının, gastrointestinal hastalıkların ve psikiyatrik hastalıkların oluşumunda OÇY'nin meydana gelmesinin rol aldığı tespit edilmiştir. Çocukluk dönemindeki tüm bu olumsuz yaşantılara yönelik yapılacak çalışmalar sayesinde kronik hastalıklara zemin hazırlayan riskli sağlık davranışları, toksik stres ve psikolojik travmalar gibi nedenler önlenabilir. Travma

ve hastalık özelinde yapılacak daha spesifik çalışmalar, OÇY ve kronik hastalıklar arasındaki bağlantılara ışık tutması bakımından önemli olacaktır. Unutulmamalıdır ki, kronik hastalıkların oluşmasını sağlayan nedenleri anlayıp onları ortadan kaldırmak en az bu hastalıkları tedavi etmek kadar önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, kronik hastalıklar, ACE-IQ anketi, kronik hastalıklar anketi



8. ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND CHRONIC DISEASES IN ADULT PERIOD

Aim: The aim of this study was to determine the relationship between the negative childhood experiences and chronic diseases in adulthood of patients aged 18-65 years who applied to the Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Outpatient Clinic, agreed to participate in the study and gave consent.

Methods: Our research, which was designed as descriptive and cross-sectional, was conducted by face-to-face interviews through a questionnaire. The ACE-IQ questionnaire, which evaluates the social violence, socio-demographic characteristics, marriage and parenting processes, parent/caregiver relationships, family environments, domestic violence situations, frequency of neglect and abuse, they experienced, and the chronic diseases questionnaire, which was conducted to learn about the chronic diseases of the participants, if any, were administered to the individuals participating in the study. In order to examine the relationship between ACEs and chronic diseases, independent sample t-test analysis was applied in paired groups and analysis of variance (ANOVA) was applied in groups of three or more. Sidak paired comparison test was used to determine the groups that were determined as different as a result of variance analysis. In the study, t-test analysis, analysis of variance, and chi-square statistics were used to examine patient characteristics according to patient and control groups. In the study, Chi-square statistics were used to examine ACE trauma patient groups and disease states. Descriptive statistics related to the analysis of the data are presented with frequency, percentage, mean and standard deviation values. P values less than 0.05 were considered statistically significant in the study. Analyzes were made with SPSS 25.0 package program.

Findings: The total number of participants in the study is 300 people and 52.3% of the participants are men and 47.7% are women. Half of the total participants have at least one chronic disease, 50% of the participants do not have any chronic diseases. The most common disease in participants with chronic disease is DM with a rate of 26.9%. The most common disease group in participants with chronic diseases is endocrine diseases with 42.5%.

According to both ACE groups and ACE scoring, those with chronic disease had higher marital trauma, parent/caregiver relationship trauma, abuse trauma, and ACE total score compared to those without chronic disease ($p<0.05$).

The level of violence trauma was found to be higher in those without chronic disease ($p<0.05$).

The level of marital trauma was found to be higher in those with cardiovascular disease, endocrine disease, rheumatic disease, respiratory disease, neurological disease and psychiatric disease ($p<0.05$).

The level of trauma in the family environment was found to be higher in those with cardiovascular disease, endocrine disease, cancer, respiratory disease and psychiatric disease ($p<0.05$).

The level of trauma in parent/caregiver relationships was higher in patients with cardiovascular disease, endocrine disease and psychiatric disease ($p<0.05$).

Abuse trauma level was found to be higher in patients with cardiovascular disease, endocrine disease, cancer, gastrointestinal disease and psychiatric disease ($p<0.05$).

Violence trauma level was found to be higher in patients with cardiovascular disease and gastrointestinal disease ($p<0.05$).

ACE total trauma level was higher in patients with cardiovascular disease, endocrine disease, cancer, respiratory disease, gastrointestinal disease, and psychiatric disease.

Conclusions: ACEs plays a direct role in the formation of chronic diseases. The highest level of association with ACEs was seen in cardiovascular diseases, endocrine diseases and psychiatric diseases. Considering the total ACE levels, it has been determined that ACEs play a role in the formation of

cardiovascular diseases, endocrine diseases, cancers, respiratory diseases, gastrointestinal diseases and psychiatric diseases. With the contribution of studies on all these negative experiences in childhood, causes such as risky health behaviors, toxic stress and psychological traumas that pave the way for chronic diseases can be prevented. More specific studies on trauma and disease will be important to shed light on the links between ACEs and chronic diseases. It should not be forgotten that understanding the causes of chronic diseases and eliminating them is as important as treating these diseases.

Keywords: Adverse childhood experiences, chronic diseases, ACE-IQ questionnaire, questionnaire for chronic diseases



9. KAYNAKLAR

1. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS et al. Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention — 25 States, 2015–2017 MMWR, 2019; 68(44): 999-1005.
2. Hillis SD, Mercy JA, Saul JR. The enduring impact of violence against children. Psychol Health Med. 2017;22(4):393–405
3. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Erişim: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/ Erişim tarihi 10 Ocak 2020
4. World Health Organization, Violence against children. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children> Erişim tarihi 10 Ocak 2020
5. World Health Organization. 10 facts about violence prevention. Erişim: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/> Erişim tarihi 10 Ocak 2020
6. World Health Organization, Violence Prevention Alliance. Definition and typology of violence. Erişim. <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> Erişim tarihi 10 Ocak 2020
7. Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen; 2014. Ed. Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D. Erişim: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270689/Adverse-childhood-experiences-survey-among-university-students-in-Turkey-study-report-2013_Eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi 10 Ocak 2020
8. McDonald KC. Child Abuse: Approach and Management. Am Fam Physician, 2007;75:221-8.

9. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World report on violence and health. World Health Organization, Geneva, 2002;57-86.
10. Sicher P, Lewis O, Sargent J, et al. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:660-667.
11. Pinheiro SP et al.eds. World report on violence against children, United Nations Secretary General's study on violence against children. UN Publishing Services, Geneva, 2006.
12. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006; 256(3):174-186.
13. Levin A. Early Life Trauma Changes Biology of Brain. Published Online:18 Jul 2019 <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2019.6b19>
14. Centers for Disease Control and prevention, About the CDC-Kaiser ACE study. Erişim <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html> Erişim tarihi 14.09.2020
15. İnci Y. Çocukların Cinsel Suistimali ve İstismarının Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Boyutları. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2010;69-70
16. Bensley L, Simmons KW, Ruggles D, et al. Community responses and perceived barriers to responding to child maltreatment. Journal of Community Health. 2004;29(2):141-153.
17. Ünal F. Ailede Çocuk İstismarı ve İhlali. Türkiye Sosyal Araştırma Dergisi, 2008;12(1): 9-18
18. Wolfe DA. Child Abuse: Implications for child development and psychopathology. London: Sage Publications 2000;260-261
19. Gökler, R. Eğitimde çocuk istismarı ve ihmeline genel bir bakış. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2006;3:47-76.

20. Tercan M. Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. E. Akyüz). 1995
21. Konanç E. Türk Hukukunda Çocuk İstismarı ve İhmali, Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES). 2019;20(1):1-10
22. Zeytinoğlu S. Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri. Gözde Repro Ofset. Ankara 1991;147-161
23. Şuşoğlu Ö. İçer kanayan yara polis sorgularıyla enstest ilişkiler ve çocuk tecavüzleri. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.2005;3
24. Kuşgözoğlu T. İstismar çok ağır bir travmadır. Çocuk İstismarı ve İhmali: Temel Konular ve Türkiye’deki Uygulamalar Konferansında sunulmuş bildiri, Atılım Üniversitesi, Ankara. 2011
25. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2011; 4. Baskı, 42-47
26. Butchart A, Harvey A. WHO and ISPCAN: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2006
27. Bahar G, Savaş H, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;4(12):52-65.
28. Definitions Of Child Abuse And Neglect. (2016). Child Welfare Information Gateway, Children’s Bureau, Erişim <https://www.childwelfare.gov/topics/can/> Erişim tarihi: 16.09.2020
29. Vatandaş, N. Fiziksel İstismar. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. 2006; s:13
30. Özbesler C, İçağasıoğlu-Çoban A. İhmal ve İstismar Mağduru Çocuklarla Sosyal Hizmet, Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları. Ankara: Maya Akademi. 2013; s:141-142
31. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. London & Newyork: Routledge. 1999;2:93–94.

32. Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. Child abuse and neglect. A clinician's handbook. Churchill Livingstone London. 2000;73-75
33. Yalın A, Tümeroğlu Y, Erden G ve diğ. Zorlu Yaşam Olayları ve Etkileri Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı / UNICEF Psikososyal Okul Projesi MEB. Yayınları. 2002; s:27-32
34. Türkiye' de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması- Özet Raporu 2010. Erişim: <https://www.unicef.org/turkey/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Firmasi-%C3%B6zet-raporu-2010>. Erişim Tarihi: 03.04.2020
35. Mayda AS, Karaçor K, Erdem GU, Kırca N, Urgan U. Öğrencilerin üniversite giriş puanları ile aile içi şiddete maruz kalmaları arasındaki ilişki ve şiddete karşı tutumları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006;5,176-186.
36. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. American journal of preventive medicine. 2015;48(3):345-349.
37. Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2009;163(12):1135-43.
38. İşeri E. Duygusal İstismar. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Basımevi. 2006;31-33.
39. Şahin F. Çocuk İstismarının Tanımı, Epidemolojisi ve Multidisipliner Takım Yaklaşımının Önemi. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Basımevi. 2006;5-11.
40. Beter Ö. Türkiye ve İngiltere'de Çocuk Koruma Sistemleri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2010;20
41. Shull Jr. Emotional and Psychological Child Abuse: Notes on Discourse, History and change. Stanford Law Review. 1999; 1665-1701.

42. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2001;1:15-23, 138-150.
43. Demirkapı E. Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi. 2013
44. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu I, Çoban Ş. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtiler üzerine etkisi. Yeni Symposium Journal, 2006; 44: 189-195.
45. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006; 15(9):157.
46. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*. 2010;17(3):108-113
47. Alikashişoğlu M, Ercan O. Çocukluk çağında kabadayılık/zorbalık davranışları: hekimler açısından anlamı. Türk Pediatri Arşiv Dergisi. 2007; 42: 19-25.
48. Fekkes M, Pipers FM, Verlove-Vanhorick SP. "Bullying behavior and association with psychosomatic complaints and depression in victim". J Pediatr. 2004; 144: 17- 22.
49. Finnegan RA, Hodges EV, Perry DG. "Victimization by pers". Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 75: 1076-1086.
50. Çağırgan Z. Ergenlerde Akran Zorbalığı, Psikolojik Belirtileri ve Zorbalıkla Baş Etme Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2014; 32-36
51. Olweus D. Bully/victim problems in school. Prospects. 1996;26(2): 331-359.
52. Glover D, Gough G, Johnson M, Cartwright N. Bullying in 25 secondary schools: Incidence, impact and intervention. Educational Research. 2000; 42(2):141-156
53. Delikara İE. Ergenlerin akran ilişkileri ile suç kabul edilen davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. 1. Ulusal Çocuk ve Suç: Nedenler ve Önleme Çalışmaları Sempozyumu, Ankara. 29-30 Mart 2001; 147-160

54. Schwartz D, Dodge K, Pettit KA, Bates JE. "The early socialization of aggressive victims of bullying". Child Development. 1997; 68: 665-675.
55. Kepenekçi Y, Çınkır Ş. Bullying among Turkish high school students. Child Abuse & Neglect. 2006; 30(2):193-204.
56. Global Estimates of Child Labour: Results and Trends [Küresel Çocuk İşçiliği Tahminleri: Sonuçlar ve Trendler], 2012-2016; Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Cenevre, 2017
57. Sarıkaya Mümtaz Gözan Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Çocuk İhlali ve İstismarı İçin Hazırlanmış Bilgilendirme Kılavuzu. Erişim: http://sarikayamumtazgozanram.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/66/06/965482/dosyalar/2017_10/10120334_Cocuk_ihmal_ve_istismari.pdf?CHK=3e96da41512df8b1497f495211f35a37 Erişim tarihi 10 Mart 2021
58. Doğan Ö. Cinsel İstismara Uğrayan Ergenlerde Bireysel, Ailesel ve İstismara Ait Özelliklerin Tanımlanarak, İstismara Uğrama ve Psikiyatrik Bozukluk Oluşumu Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. 2009; s:4
59. Akdoğan H. Çocuğun Cinsel İstismarı ve Türkiye’de Çocuk Cinsel İstismarını Önlemeye Yönelik Çalışmalar. Sexual Abuse Of The Children And Efforts İn Turkey To Prevent The Abuse, Polis Bilimleri Dergisi. 2005; 7 (1): 1-16.
60. US Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect, National Child Abuse and Neglect Data System. Child maltreatment 1995; Reports from the states to the national center on child abuse and neglect. Washington, DC: US Government Printing Office;1997
61. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2 (4): 13-22.
62. Polat O. Aile İçi Cinsel Tecavüz, Encest. İstanbul: Nokta Kitap. 2006; 37-39

63. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2009;29(4):328-38.
64. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
65. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*. 2013;58(3):469-83.
66. Riskler ve Çocuk Koruma, Erişim: <http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=22> Erişim 18.11.2020
67. Soylu N, Ayaz M, Gökten ES, Alpaslan AH, Dönmez YE, Özcan ÖÖ ve ark. Gender Differences in Sexually Abused Children and Adolescents: A Multicenter Study in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2016; 25(4): 415-427.
68. Çocuk İstismarına Yönelik Rapor. İstanbul: Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği İMDAT ve ASUMA-Acıbadem Üniversitesi Suç ve Şiddetle Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi. 2016;4
69. Kaytez N, Seçil Y, Gül K. Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, derleme makalesi. 2018;1(1):18-24
70. Yates A. Sexual abuse of children. In: *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press. 1997; 2: 699-709.
71. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM 5, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Ed.) 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013; 345
72. Taçyıldız Ç. Cinsel İstismar Suçlarında Ebeveyn Kabul/Reddi (Baba) ve Çocukluk Dönemi Kararlarının İşlenen Suça Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul. 2013; s:4

73. Misra A. Breaking The Silence, Easing The Pain: Efforts, Challenges, And Hopes Of Feminist Organizations In Turkey And India Working With Survivors Of Incest. Yüksek Lisans Tezi, Sabancı Üniversitesi, İstanbul. 2011; s:1
74. Tuğrul CA. Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar, Enstest İlişkiler. (1. Baskı). Ütopyağrafik Yayınları, Ankara, 2010; 21-22.
75. Okan İbiloğlu A , Atlı A, Oto R, Özkan M. "Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Enstest Olgularına Çok Yönlü Bakış", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, c. 2018; 10 (1): 84-98
76. Rosenzweig HD, Kaplan SJ. "Child and Adolescent Neglect and Emotional Maltreatment", in Kaplan, S.J. (ed.), *Family Violence: A Clinical and Legal Guide*. London: American Psychiatric Press. 1996;37-72.
77. Bal S. Çocukluk Örselenme Yaşantıları, Ana-Baba-Ergen İlişki Biçimleri ve Sosyal Destek Algısının Kuraldışı Davranışlarla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana. Bülteni. 2010; 3(4):76-80
78. Yalçın N. Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2010
79. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 2001; 151: 36-39.
80. Yavuzer H. Ana-Baba Okulu, Remzi Kitabevi, İstanbul. 1999; 8: 101-115
81. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F ve diğerleri. Türkiye’nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*. 2014; 49: 47-56.
82. Avşar Kurnaz Ş. Çocuk Yoksulluğu. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2007; 3 (12): 47-55.
83. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004; 47: 140-151.

84. NTV Haber. Tarihin En Eski Çocuk İstismarı Vakası. Erişim: <https://www.ntv.com.tr/turkiye/tarihin-en-eski-cocuk-istismarivakasi,HGXIN2L7QkqQe7j3oAfCYQ> Erişim Tarihi 18.11.2020
85. Çelik C. Çocuk Kavramı ve Medeni Hukuk Açısından Çocuk Haklarının Tarihi Gelişimi. E Akademi, Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi 2005; 36.
86. Tardieu A. E´ tude Me´ dicole´ gale sur les se´ vices et mauvais traitements xerce´ s sur des enfants. 1860; 13:361-98.
87. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am, 1999;17: 575- 93
88. Lynch M. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk istismarı ve ihmali. Ankara Pelin Ofset. 1991; 40-42
89. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, B. 2001; 2: 69-78.
90. Guedeney A. From Early Withdrawal Reaction to Infant Depression: A Baby Alone Does Exist. Infant Mental Health Journal, 1997; 18(4): 339–349
91. Beyaztaş FY, Oral R, Bütün C, Beyaztaş A, Büyükkayhan D. Fiziksel çocuk istismarı: Dört vakanın sunumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2009; 52: 75-80.
92. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Erişim: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ Erişim tarihi 3 Mart 2020
93. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Chronic disease and associated risk factors in Australia, 2006. Erişim: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/8d7109d9-2a84-45b0-87d6-3efae9153832/cdarfa06.pdf.aspx?inline=true> Erişim tarihi 3 Mart 2020
94. Weisz G. Chronic disease in the twentieth century: a history. JHU Press, 2014 CDC. Chronic Disease Overview, 2016. Erişim:

<http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm>. Erişim tarihi 3 Mart 2020

95. World Health Organization (2007). Prevention of cardiovascular disease: Guidelines of the assessment and management of total cardiovascular risk. Erişim: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf. Erişim tarihi 3 Mart 2020

96. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013;(1) 1: 57-68.

97. Roberts DV. The Commission on Chronic Illness. Public Health Reports, 1954; 69 (3): 295-299

98. Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde. Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, 2006: 1019-1044.

99. Wilper AP, Woolhandler S, Lazer KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. "A national study of chronic disease prevalence and access to care in uninsured US adults." Annals of Internal Medicine, 2008; 149(3): 170-176

100. Warshaw G. "Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness." Generations, 2006; 30(3): 5-10.

101. Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. Chronic diseases 3- Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. Lancet, 2007; 370(9604): 2044-2053.

102. BEGG, Stephen, et al. The burden of disease and injury in Australia 2003. 2007.

103. Gu DF, Gupta A, Muntner P, Hu SS et al. Prevalence of cardiovascular disease risk factor clustering among the adult population of china - Results from the International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterAsia). Circulation, 2005; 112(5): 658-665.

- 104.** Li-Yuan Ma, Wei-Wei Chen, Run-Lin Gao, Li-Sheng Liu et al. China cardiovascular diseases report 2018: an updated summary. J Geriatr Cardiol. 2020; 17(1): 1–8.
- 105.** Kanıta Dayalı Tıp Derneği, Sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar farkındalık projesi. Erişim: <http://www.kanitadayalitip.org/srm1/yayinlar/sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20ya%C5%9Flanma%20toplant%C4%B1%20raporu.pdf> Erişim tarihi 3 Mart 2020
- 106.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık istatistikleri yıllığı 2015. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayıncılık
- 107.** Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri 2016. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> Erişim tarihi: 18.11.2020
- 108.** Akalın E, M. D. Tanrıöver, and F. Sayran. "Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü." Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti. 2012: 25-73.
- 109.** Durna Z. Kronik hastalıklar ve önemi. Z. Durna. (Ed), Kronik Hastalıklar ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2012; 1-9
- 110.** Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. (2014). Erişim: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/consequences.html>
- 111.** Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child Abuse & Neglect, 2012; 36(2): 156–165.
- 112.** Muscatell KA, Eisenberger NI. A Social Neuroscience Perspective on Stress and Health. Social and Personality Psychology Compass, 2012; 890-904.
- 113.** Frieri M, O'Connor M, Nassef M. Asthma, stress, and depression in women. Allergy And Asthma Proceedings, 2015; 256-261.

114. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998; 14(4): 245-258.
115. Sonu S, Post S, Feinglass J. Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. *Preventative Medicine*, 2019;123:163-170.
116. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(8): 356–366
117. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr*. 2018;172(11):1038–1044.
118. Almuneef M, Qayad M, Aleissa M, Albuhairan F. Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: a pilot study. *Child Abuse Negl*, 2014; 38: 1787-1793
119. Chang X, Jiang X, Mkandarwire T, Shen M Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18–59 years. *PLoS one* 2019; 14(2): e0211850.
120. Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *Am J Prev Med*, 2016; 50: 344-352
121. Centers for Disease Control and Prevention. CDC-Kaiser ACE Study. Erişim: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>. Erişim tarihi: 18.11.2020
122. Baumeister D, Akhtar R, Ciufolini S, Pariante CM, Mondelli V. Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- α , *Mol Psychiatry*. 2016; 21(5): 642–649.

123. Fang X, Corso P. Child maltreatment, youth violence and intimate partner violence: Developmental relationships. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007;33: 281-290.
124. Brezilya Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Sekreterliği. Birincil Bakım Bölümü/Kronik Solunum Hastalıkları. Brezilya: Sağlık Bakanlığı 2010; 160 s.: il. – (Seri A. Standartlar ve Teknik Kılavuzlar) (Birincil Bakım Defterleri, n. 25)
125. Forum of International Respiratory Societies. *The global impact of respiratory disease*. Sheffield: European Respiratory Society. 2017; 2: 6-7
126. Wing R, Gjelsvik A, Nocera M, McQuaid EL. Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*, 2015; 379-384.
127. Exley D, Norman A, Hyland M. Adverse childhood experience and asthma onset: a systematic review. *European Respiratory Review*, 2015; 299-305.
128. Lopes S, Hallak JEC, Machado de Sousa JP, Osório FL. Adverse childhood experiences and chronic lung diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1720336.
129. Su S, Jimenez MP, Roberts CT, Loucks EB. The role of adverse childhood experiences in cardiovascular disease risk: a review with emphasis on plausible mechanisms. *Curr Cardiol Rep*. 2015; 17(10): 88.
130. Morton PM, Mustillo SA, Ferraro KF. Does childhood misfortune raise the risk of acute myocardial infarction in adulthood? *Soc Sci Med*. 2014; 104:133–41.
131. Chapman DP, Liu Y, Presley-Cantrell LR, et al. Adverse childhood experiences and frequent insufficient sleep in 5 U.S. States, 2009: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*. 2013; 13:3.
132. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl*. 1996;20(8):709–23.

133. Stewart JC, Perkins AJ, Callahan CM. Effect of collaborative care for depression on risk of cardiovascular events: data from the IMPACT randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2014;76(1):29–37.
134. Ahmadi N, Hajsadeghi F, Mirshkarlo HB, Budoff M, Yehuda R, Ebrahimi R. Post-traumatic stress disorder, coronary atherosclerosis, and mortality. *Am J Cardiol*. 2011;108(1):29–33.
135. Stein DJ, Scott K, Haro Abad JM, et al. Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey. *Ann Clin Psychiatr: Off J Am Acad Clin Psychiatr*. 2010;22(1):19–28.
136. Su S, Wang X, Kapuku GK, et al. Adverse childhood experiences are associated with detrimental hemodynamics and elevated circulating endothelin-1 in adolescents and young adults. *Hypertension*. 2014;64(1):201–7.
137. Khimji AK, Rockey DC. Endothelin—biology and disease. *Cell Signal*. 2010;22(11):1615–25.
138. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 2004; 509-520.
139. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR et al. Insights Into Causal Pathways for Ischemic Heart Disease Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 2004; 1761-1766.
140. Su S, Wang X, Pollock JS, Treiber FA, Xu X et al. Adverse Childhood Experiences and Blood Pressure Trajectories from Childhood to Young Adulthood: The Georgia Stress and Heart Study. *Circulation*, 2015; 1674-1681.
141. Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 2016; 50(3): 344-352.
142. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Lacey R et al. Childhood adversity as a risk for cancer: Findings from the 1958 British birth cohort study. *BMC Public Health*, 2013; 13(767): 1-13.

143. Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*. 2009;115(14):3341-50.
144. Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. *Journal of women's health* (2002). 2009;18(8):1179-1185.
145. Calle EE, Thun MJ. Obesity and cancer. *Oncogene*. 2004;23(38):6365-6378.
146. Bergström A, Pisani P, Tenet V, Wolk A, Adami H-O. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*. 2001;91(3):421-430.
147. Williamson D, Thompson TJ, Anda R, Dietz W, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*. 2002; 26(8):1075-82
148. Aaron DJ, Hughes TL. Association of Childhood Sexual Abuse With Obesity in a Community Sample of Lesbians. *Obesity*. 2007;15(4):1023-1028.
149. Gustafson TB, Sarwer DB. Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*. 2004;5(3):129-135.
150. Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*. 2006;7(2):149-156.
151. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British journal of cancer*. 2001;85(11):1700.
152. Annerbäck EM, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*. 2012;36(7–8):585-595.
153. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*. 2002;27(5):713-725.

154. Widom CS, White HR, Czaja SJ, Marmorstein NR. Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007;68(3):317.
155. Bensley LS, Van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American journal of preventive medicine*. 2000;18(2):151-158.
156. Tonmyr L, Thornton T, Draca J, Wekerle C. A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews*. 2010;6(3):223-234.
157. Carbone D. Smoking and cancer. *The American Journal of Medicine*. 1992; 93(1):13-17.
158. National Center for Health S. Health, United States. Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US); 2012.
159. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, et al. Socioeconomic status in health research: One size does not fit all. *JAMA*. 2005;294(22):2879-2888.
160. Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC scientific publications*. 1996;(138):369-376.
161. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking Analysing inequalities with multiple indicators. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(3):262-269.
162. van Oers JA, Bongers IM, van de Goor LA, Garretsen HF. Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*. 1999;34(1):78-88.
163. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med*. 2007;30(3):263-285.
164. Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 2010; 10(20): 1-12.

165. World Health Organization. Diabetes. Erişim: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1 Erişim tarihi 17.11.2020
166. Thomas C, Hyppönen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics*. 2008;121(5):1240–9
167. Kendall-Tackett TA, Marshall R. **Victimization and diabetes**. an exploratory study. *Child Abuse Negl*, 1999; 23(6): 593-596
168. Huang H, Yan P, Shan Z, Chen S, Li M, Luo C, Gao H, Hao L, Liu L. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Metabolism*. 2015 Nov;64(11):1408-18.
169. Yang B-Z, Ge W, Weder N, Douglas-Palumberi H et al. **Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk** *Am J Prev Med*, 2013; 44(2): 101-107
170. Coelho R, Viola TW, Walss-Bass C, Brietzke E, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 2014;129(3): 180-192
171. Hu FB, Meigs JB, Li TY, Rifai N, Manson JE. Inflammatory markers and risk of developing type 2 diabetes in women *Diabetes*, 2004;53(3): 693-700
172. Spranger J, Kroke A, Mohlig M, Hoffmann K, Bergmann MM et al. Inflammatory cytokines and the risk to develop type 2 diabetes: results of the prospective population-based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)–Potsdam Study *Diabetes*, 2003;52(3): 812-817
173. Zeller MH, Noll JG, Sarwer DB, Reiter-Purtill J et al. **Child maltreatment and the adolescent patient with severe obesity: implications for clinical care**. *J Pediatr Psychol*, 2015;40(7): 640-648
174. Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D, Russo J. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. 1999;107(4):332-339

175. Rodgers CS, Lang AJ, Laffaye C, Satz LE, Dresselhaus TR, Stein MB. The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse Negl.* 2004;28(5):575-586
176. Duncan AE. Relationship between abuse and neglect in childhood and diabetes in adulthood: differential effects by sex, national longitudinal study of adolescent health. *Prev Chron Dis.* 2015;12.
177. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Lividoti Hibert EN, et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med.* 2010;39(6):529–36
178. Deschênes SS, Graham E, Kivimäki M, Schmitz N. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Diabetes: Examining the Roles of Depressive Symptoms and Cardiometabolic Dysregulations in the Whitehall II Cohort Study. *Diabetes Care.* 2018; 41(10): 2120-2126
179. Ittoop T, Jeffrey K, Cheng C, Reddy S. *Endocrine Practice.* 2020; 26(12): 1425-1434
180. Shonkoff JP, Garner AS. The Lifelong Effects Of Early Childhood Adversity And Toxic Stress. *Pediatrics,* 2012; 129(1): 232-46
181. Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, Snowdon J, Lautenschlager NT, Wilson I, Almeida OP. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. *Journal of the American Geriatrics Society,* 2008; 56(2): 262-271.
182. Schneiderman, N. Psychosocial, behavioral, and biological aspects of chronic diseases. *Current Directions in Psychological Science,* 2004;13(6): 247-251.
183. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, et al. Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *JAMA.* 1999;282(17):1652–1658.
184. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2016). Alcohol's effects on the body. Erişim: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/alcohols-effects-body> Erişim tarihi: Erişim tarihi 17.11.2020

185. Strine TW, Dube SR, Edwards VJ, Prehn AW, Rasmussen S, Wagenfeld M, Croft JB. Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*, 2012; 36(3): 408-423.
186. National Institute on Drug Abuse. Medical consequences of drug abuse. Erişim: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/medical-consequences-drug-abuse>. Erişim Tarihi: 22.10.2020
187. Bellis MA, Loweyn H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*. 2013; 36(1): 81-91.
188. Midei A, Matthews K. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev*. 2011;12(5): 159–72.
189. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2014;19(5):544–54.
190. McLaughlin KA. Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2016; 45:361-382.
191. Unicef. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması 2010. Erişim <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> Erişim tarihi 17.10.2020
192. Yam FC. Çocuk Cinsel İstismarına Yönelik Müdahale Basamakları ve İşlevlerinin Kuramsal Olarak İncelenmesi. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 2020; 3(5): 61-77
193. Gibb BE. Childhood maltreatment and negative cognitive styles. A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 2002; 22(2): 223– 46.
194. Gibb BE, Butler AC, Beck JS. Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 2003; 17(4):226-228

195. Crow T, Cross D, Powers A, Bradley B. Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income AfricanAmerican sample. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(10):1590-8.
196. Schulz P, Beblo T, Ribbert H, Kater L, Spannhorst S, Driessen M, et al. How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child abuse & neglect*. 2017; 72:98-109.
197. Ammerman RT, Cassisi JE, Hersen M, Hasselt VB. Consequences of physical abuse and neglect in children, *Clinical Psychology Review*, 1986; 6: 291-310.
198. Reigstad T, Jørgensen K, Wichstrøm L. Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2006; 60: 58-66.
199. Çengel Kültür E, Çuhadaroglu-Çetin F, Gökler B. (). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2007; 49: 256-262.
200. Shack AV, Averill PM, Kopecky C, Krajewski K, Gummattira P. Prior history of physical and sexual abuse among the psychiatric inpatient population: A comparison of males and females. *Psychiatric Quarterly*, 2004; 75(4): 343-359.
201. Morgan C, Fisher H. Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma- A critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 2007; 33(1): 3-10.
202. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005; 112: 330-350.
203. Afifi TO, Sareen J, Fortier J, Taillieu T, Turner S, Cheung K, et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International journal of eating disorders*. 2017;50(11):1281-96.

204. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, et al. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*. 2001;30(4):401-12.
205. Ege MA, Messias E, Thapa P, Krain LP. Adverse Childhood Experiences and Geriatric Depression: Results from the 2010 BRFSS. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2015; 110-114.
206. Mayema M, Norris SA, Richter LM. Stress begets stress: the association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC Public Health*. 2018; 5;18(1): 835
207. McTavish JR, Sverdlichenko I, MacMillan HL, Wekerle C. Child sexual abuse, disclosure and PTSD: a systematic and critical review. *Child abuse & neglect*. 2019; 92:196-208.
208. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women a community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 1992; 7(2): 189-204.
209. La Greca AM, Silverman WK, Vernberg EM, Prinstein MJ. Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64(4): 712.
210. Wolfe DA, Sas L, Wekerle C. Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994; 18(1): 37-50.
211. Dinwiddie S, Heath AC, Dunne MP, Bucholz KK, Madden PA, Slutske WS, et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological Medicine*, 2000;30(1):41-52.
212. Nelson EC, Heath AC, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PA, Statham DJ, et al. Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*. 2006;36(10):1473-83.

213. Kristman-Valente AN, Brown EC, Herrenkohl TI. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(4):533-8.
214. Leclerc E, Mansur RB, Grassi-Oliveira R, Cordeiro Q, Kapczinski F, McIntyre RS, et al. The differential association between history of childhood sexual abuse and body mass index in early and late stages of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2018;227: 214-8.
215. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*. 2002;51(4):288-97.
216. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*. 2016;4(1):2.
217. Centers for Disease Control and Prevention “We Can Prevent Childhood Adversity” Erişim: <https://vetoviolence.cdc.gov/apps/aces-infographic/home>. Erişim Tarihi: 01.09.2021
218. Mc Daniel S, Campell T, Heppworth J, Lorenza A. The devolepmental challenges of chronic illness: Helping patients and families cope. In *Family Oriented Primary C*. 2nd ed. Springer Science + Business Media Inc. Newyork. 3005. P. 304-326
219. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009; 301(21):2252-2259.
220. Sterling P, Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*. 1988; 629-649
221. Center on the Developing Child at Harvard University. The science of neglect: the persistent absence of responsive care disrupts the developing brain. 2012; 12.

- 222.TÜİK Haber Bülteni” İstatistiklerle Kadın, 2019“ Erişim:
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2019-33732> Erişim Tarihi: 02.09.2021
- 223.Global Peace Index 2019 “Measuring Peace in a Complex World
Erişim:
<https://web.archive.org/web/20190612175138/http://visionofhumanity.org/app/uploads/2019/06/GPI-2019-web003.pdf> Erişim Tarihi:
03.09.2021
- 224.Wegman HL, Stetler C: A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. Psychosomatic Medicine. 2009; 71(8):805-812.
- 225.Süleymanlar G. Türkiye kronik böbrek hastalığı prevalansı araştırması, Chronic Renal Disease in Turkey CREDIT. 2014, Erişim:
https://www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/gultekin_suleymanlar.pdf Erişim Tarihi: 04.09.2021
- 226.Türk Nefroloji Derneği Yayınları “Türkiye’de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2012“ Erişim:
https://www.nefroloji.org.tr/folders/file/REGISTRY%20K%C4%B0TA BI_NEFROLOJ%C4%B0%202013.pdf
- 227.Raherison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. Eur RespirRev 2009; 18: 213-21
- 228.Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic stress in children and adolescents. Adv. Pediatr. 2016; 63: 403–428
- 229.Cohen H, Benjamin J, Geva AB, Matar MA, Kaplan Z, Kotler M. Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: Application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. Psychiatry Res. 2000; 96: 1–13.
- 230.Elbers J, Rovnaghi CR, Golianu B, Anand KJS. Clinical Profile Associated with Adverse Childhood Experiences: The Advent of Nervous System Dysregulation. Children. 2017; 4(11):98.

231. Kelcie MW, Charles NB, Kathryn AS, Tracie A, John RW, Zoann N, Lisa ML. The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Health Care Use in the Manitoba IBD Cohort Study, *Inflammatory Bowel Diseases*, 2019;25(10):1700–1710



10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul

Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Melahat AKDENİZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının (OÇY) Erişkinlik Dönemindeki Kronik Hastalıklarla İlişkisinin Araştırılması
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 265	Tarih: 08.04.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda KASATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Dilara İNAN
Üye (İznil)

Prof.Dr. Gölşim ÖZGE BAYSAL
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr. Oguz DİRSUN
Üye

Prof.Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr. Banu NUR
Üye

Doç.Dr. Mehmet TÜRKAY
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Nusret YILMAZ
Üye

Dr. Ünal HULÖR
Üye (İznil)

Turgut ALTUN
Üye (İznil)

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (İznil)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR

ETİK KURULU

ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının (OÇY) Erişkinlik Dönemindeki Kronik Hastalıklarla İlişkisinin Araştırılması Anketi

b. Araştırmanın İçeriği: Bu çalışma Dünya sağlık Örgütünün olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının erişkin yaştaki kişilerde ortaya çıkan kronik hastalıklarla ilişkili olduğuna dair yayını bağlamında erişkin hastalarda çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile erişkinlik dönemindeki ortaya çıkan kronik hastalıkların arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışma için Dünya Sağlık Örgütünün geliştirdiği Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları Anketi kullanılacaktır.

c. Araştırmanın Amacı: Çalışmadan elde edilen verilerin kronik hastalıkları olan hastaların bakımının iyileştirilmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

d. Araştırmanın Nedeni:

(X) Bilimsel araştırma

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 216

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmanın katılımcılardan kronik hastalığı olanlarda etyolojik araştırmada ve hastanın yönetimini planlamada yardımcı olacağı düşünülmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Barış Şahin

Telefon: 0545 689 04 07

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat AKDENİZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilebilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal

hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları Uluslararası Anketi (ACE-IQ)

0	DEMOGRAFİK BİLGİLER	
0.1 [C1]	Cinsiyet (<i>Erkek veya Kadın / görüldüğü gibi kaydet</i>)	Erkek
		Kadın
0.2 [C2]	Doğum tarihiniz ne zaman? (<i>Bilmiyorsa 0.3'ü sor</i>)	Gün [][] Ay [][] Yıl [][][][]
0.3 [C3]	Kaç yaşındasınız?	[][]
0.4 [C4]	Alt kimliğiniz nedir? [etnik grup, ırksal köken, kültürel grup ve diğerlerini ekleyin]	[Yerel tanımlandı]
		[Yerel tanımlandı]
		[Yerel tanımlandı]
		Reddedildi
0.5 [C5]	Tamamladığınız en yüksek eğitim seviyesi hangisidir?	Resmi eğitim yok
		İlkokuldan az
		İlkokul tamamlandı
		Ortaokul tamamlandı
		Lise tamamlandı
		Üniversite tamamlandı
		Lisansüstü derecesi
		Reddedildi
0.6 [C6]	Aşağıdakilerden hangisi, son 12 aydaki çalışma durumunuzu en iyi şekilde açıklar?	Devlet memuru
		Özel sektör çalışanı
		Serbest meslek
		Stajer
		Öğrenci
		Ev hanımı
		Emekli
		İşsiz (çalışabilir)
		İşsiz (çalışamaz)
		Reddedildi
0.7 [C7]	Medeni durumunuz nedir?	Evli (<i>Soru.1.2'ye geçin</i>)
		Birlikte yaşıyor
		Ayrılmış veya boşanmış
		Bekar
		Dul (<i>Soru.1.2'ye geçin</i>)
		Diğer
		Reddedildi

1	EVLİLİK VE AİLE	
1.1 [M1]	Hiç evlendiniz mi? (eğer cevap hayır ise Soru.1.5'e geçin)	Evet Hayır Reddedildi
1.2 [M2]	İlk evliliğinizi kaç yaşındayken yaptınız?	Yaş [][] Reddedildi
1.3 [M3]	Eğer evlendiyseniz, eşinizi siz mi seçtiniz, aileniz mi seçti? (eğer cevap evet ise Soru.1.5'e gidin.)	Evet (Soru.1.5'e geçin) Hayır Bilmiyorum/emim değilim Reddedildi
1.4 [M4]	Eğer ilk evliliğinizde, karınızı/ kocanızı siz seçmediyseniz, seçim yapılırken sizin fikrinize danışıldı mı?	Evet Hayır Reddedildi
1.5 [M5]	Anne/baba iseniz, ilk çocuğunuz siz kaç yaşındayken dünyaya geldi?	Yaş [][] Uygulanamaz Reddedildi

2	EBEVEYN/BAKICI İLE İLİŞKİLER	
Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca siz büyürken . . .		
2.1 [P1]	Ebeveynleriniz / bakıcınız, sorun ve kaygılarınızı anlıyorlar mıydı?	Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren Hiçbir zaman Reddedildi
2.2 [P2]	Ebeveynleriniz / bakıcınız, okulda ya da işte olmadığınız boş zamanlarında sizin neler yaptığınızı gerçekten bilirler miydi?	Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren Hiçbir zaman Reddedildi
3		
3.1 [P3]	Kolayca yapabilecekleri zaman bile, ebeveynleriniz / bakıcılarınız, size ne kadar sık yiyecek vermediler?	Çoğu kez Birkaç kez Bir kez Asla Reddedildi

3.2 [P4]	Ebeveynleriniz / bakıcılarınız, sizin bakımınızı sağlayamayacak kadar çok sarhoş veya uyuşturucu madde etkisinde olurlar mıydı?	Çoğu kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
3.3 [P5]	Ebeveynleriniz / bakıcılarınız, uygun zaman geldiği halde, ne kadar sık sizi okula göndermedi?	Çoğu kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
4	AİLE ORTAMI	
	Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca siz büyürken . . .	
4.1 [F1]	Alkolik olan, içki içen, ilaçları kötüye kullanan, madde bağımlılığı olan bir aile üyesiyle yaşadınız mı?	Evet
		Hayır
		Reddedildi
4.2 [F2]	Depresyonda olan, akıl hastalığı olan veya intihar eğilimi olan bir aile üyesiyle yaşadınız mı?	Evet
		Hayır
		Reddedildi
4.3 [F3]	Nezarethanede yatan veya hapisaneye giren bir aile üyesiyle yaşadınız mı?	Evet
		Hayır
		Reddedildi
4.4 [F4]	Ebeveynleriniz ayrıldı veya boşandı mı?	Evet
		Hayır
		Uygun değil
		Reddedildi
4.5 [F5]	Anneniz, babanız ya da bakıcınız öldü mü?	Evet
		Hayır
		Bilmiyorum/emim değilim
		Reddedildi

Bu sorular, SİZİN EVİNİZDE gerçekten görmüş veya görmüş olabileceğiniz bazı şeyler hakkındadır. Bunlar, başka bir hane halkına yapılmış olan ancak size yapılması gerekli olmayan şeylerdir.

Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca siz büyürken . . .

4.6 [F6]	Evinizde, bir ebeveyninizin veya bir aile üyesine bağırıp çağırıldığını, küfür edildiğini, hakaret edildiğini veya aşağılandığını gördünüz mü ya da işittiniz mi?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir iki defa
		Asla
		Reddedildi

4.7 [F7]	Evinizde bir ebeveyn ya da aile üyesinin tokatlandığını, vurulduğunu, bıçaklandığını ve dövüldüğünü gördünüz mü ya da duydunuz mu?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir iki defa
		Asla
		Reddedildi
4.8 [F8]	Evinizde ebeveyninize veya bir aile üyesine bıçak, şişe, kırbaç veya sopa gibi bir cisimle vurulduğunu gördünüz veya duydunuz mu?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir iki defa
		Asla
		Reddedildi
Bu sorular sizin yaşayabileceğiniz bazı şeyler hakkındadır. Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca siz büyürken. . .		
5		
5.1 [A1]	Evdeki bir ebeveyn, bakıcı veya başka bir aile üyesi size bağırды, küfretti, hakaret etti veya sizi küçük düşürdü mü?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir iki defa
		Asla
		Reddedildi
5.2 [A2]	Evdeki bir ebeveyn, bakıcı veya başka bir aile üyesi sizi terk etmekle veya sizi evin dışına atmakla tehdit etti mi?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir iki defa
		Asla
		Reddedildi
5.3 [A3]	Evdeki bir ebeveyn, bakıcı veya başka bir aile üyesi sizi itti, tokatladı, tekmeledi veya dövdü mü?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
5.4 [A4]	Evdeki bir ebeveyn, bakıcı veya başka bir aile üyesi size şişe, bıçak, kırbaç veya sopa (ya da baston) gibi bir cisimle vurdu ya da kesti mi?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
5.5 [A5]	Siz istemediğiniz hale, birisi size cinsel olarak dokundu veya sizi okşadı mı?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir iki defa
		Asla
		Reddedildi

5.6 [A6]	Siz istemediğiniz halde, birisi onun vücuduna cinsel olarak dokunmanızı sağladı mı?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi

5.7 [A7]	Siz istemediğiniz halde, birisi sizinle oral, anal ya da vajinal bir ilişki kurmaya çalıştı mı?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi

5.8 [A8]	Siz istemediğiniz halde, birisi sizinle oral, anal ya da vajinal bir ilişkiye girdi mi?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi

6	AKRAN ŞİDDETİ	
---	----------------------	--

Bu sorular, siz büyürken gördüğünüz zorbalıkla ilgili. Zorbalık, bir gencin veya genç grubunun başka bir gence kötü ve hoş olmayan şeyler söylemesi ve yapmasıdır. Ayrıca genç bir kişiye hoş olmayan bir şekilde çok fazla sataşıldığında ya da genç bir kişi isteyerek dışarıda bırakıldığında da bu zorbalıktır. Aynı kuvvete veya güce sahip iki gencin, arkadaşça veya eğlenceli bir şekilde alaya alarak tartışması veya kavga etmesi zorbalık değildir.

Siz 18 yaşına gelmeden önce...

6.1 [V1]	Ne sıklıkta zorbalığa maruz kaldınız?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla (<i>Soru.6.3'e geçin</i>)
		Reddedildi

6.2 [V2]	En sık hangi şekilde zorbalığa uğradınız?	Yumruk yedim, tekmelendim, itildim, hırpalandım veya içeriye kilitlendim
		İrkim, milliyetim veya ten rengim nedeniyle dalga geçildim
		Dinim nedeniyle dalga geçildim
		Cinsel şakalarla, yorumlarla veya vücut hareketleri yoluyla dalga geçildim.

		Bilerek aktivitelerden uzak bırakıldım veya tamamen göz ardı edildim. Vücudumun veya yüzümün nasıl görüldüğü ile ilgili alay edildim. Başka bir şekilde zorbalığa uğradım. Reddedildi.
Bu sorular fiziksel kavgalarla ilgili. Aynı kuvvete veya güce sahip iki öğrenci birbiriyle kavga etmeyi seçtiğinde fiziksel kavga ortaya çıkar. Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca, siz büyürken . . .		
6.3 [V3]	Ne sıklıkta fiziksel bir kavgaya katıldınız?	Pek çok kez Birkaç kez Bir kez Asla Reddedildi
7	TOPLUMSAL ŞİDDETE TANIKLIK ETME	
Bu sorular, çocukken ne sıklıkta MAHALLENİZDE VE TOPLUMUNUZDA bazı şeyler görmüş veya duymuş olmanızla ilgilidir (evinizde, TV’de, filmlerde veya radyoda değil). Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca siz büyürken . . .		
7.1 [V4]	Gerçek yaşamda birisinin dövüldüğünü gördünüz veya duydunuz mu?	Pek çok kez Birkaç kez Bir kez Asla Reddedildi
7.2 [V5]	Gerçek hayatta birinin bıçaklandığını veya vurulduğunu gördünüz mü?	Pek çok kez Birkaç kez Bir kez Asla Reddedildi
7.3 [V6]	Gerçek hayatta bıçakla veya silahla birinin tehdit edildiğini gördünüz mü?	Pek çok kez Birkaç kez Bir kez Asla Reddedildi
8	ÇOCUKLARIN SAVAŞA/TOPLU ŞİDDETE MARUZ KALMASI	

Bu sorular, çocukken aşağıdaki olaylardan herhangi birini yaşayıp yaşamadığınızla ilgilidir. Olayların hepsi savaşlar, terörizm, siyasi ve etnik çatışmalar, soykırım, baskı, ortadan kaybolmalar, işkence, çete-gangster savaşı gibi organize şiddet içeren suçlar da dahil olmak üzere toplu şiddete yönelik olaylardır. Yaşantınızın ilk 18 yılı boyunca siz büyürken . . .		
8.1 [V7]	Bu olayların herhangi birine bağlı olarak gitmek ve başka bir yerde yaşamak zorunda bırakıldınız mı?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
8.2 [V8]	Bu olayların herhangi birine bağlı olarak evinizin kasıtlı olarak yıkılması durumuyla karşılaştınız mı?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
8.3 [V9]	Askerler, polisler, milisler veya çeteler tarafından dövüldünüz mü?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi
8.4 [V10]	Askerler, polisler, milisler veya çeteler bir aile üyenizi veya arkadaşınızı öldürdü mü?	Pek çok kez
		Birkaç kez
		Bir kez
		Asla
		Reddedildi

Ek 4. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının (OÇY) Erişkinlik Dönemindeki Kronik Hastalıklarla İlişkisinin Araştırılması Anketi

Katılımcı no:

MERHABA;

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında yürütülen bir tez çalışmasının anketidir. Bu çalışma Dünya sağlık Örgütünün olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının erişkin yaştaki kişilerde ortaya çıkan kronik hastalıklarla ilişkili olduğuna dair yayını bağlamında erişkin hastalarda çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile erişkinlik dönemindeki ortaya çıkan kronik hastalıkların arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkki işaretleyerek yanıtlayınız.**

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Halen ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir hastalığınız var mı?

[]Evet

[] Hayır

2. Evet ise hangi kronik hastalıklarınız var?

- ☐ Kardiyovasküler Hastalık (Hipertansiyon, Koroner arter hastalığı, Kalp Yetmezliği, Serebrovasküler Olay, Periferik Arter Hastalığı)
- ☐ Endokrin Hastalık (Diyabetes Mellitus, Hipotiroidi, Osteoporoz, Obezite)
- ☐ Romatizmal Hastalık (Romatoid Artrit, Fibromiyalji, Osteoartrit, Ankilozan Spondilit)
- ☐ Kanser
- ☐ Solunum Yolu Hastalıkları (Astım, KOAH, Tüberküloz)
- ☐ Diğer. Lütfen yazınız:.....

3. Geçirdiğiniz veya halen var olan psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

[]Evet

[]Hayır

4. Evet, ise hangi kronik hastalıklarınız var?

- ☐ Depresyon
- ☐ Anksiyete Bozukluğu
- ☐ Obsesif Kompulsif Bozukluk
- ☐ Diğer. Lütfen yazınız:.....

Ek 5. Guidance for Analysing ACE-IQ

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) Guidance for Analysing ACE-IQ

Context	The ACE-IQ is designed to be integrated within broader health surveys to allow analysis of associations between adverse childhood experiences and subsequent health outcomes and health risk behaviours. This means that there are some key aspects of its design which need to be understood so that it is applied properly, and so that the data generated is useful.
Coding	Question codes As a standalone questionnaire the question numbers run from Q0 - Q8. However, as these questions will most often be integrated into other surveys we have coded them into six groups (C, M, P, F, A, V) to allow cross-referencing for researchers. Hence, whatever numbers are given to the questions when included within your own survey, please keep the letter codes present as well so that it's possible to easily refer between questionnaires. <i>Question codes:</i> <u>C</u>ore questions: C <u>M</u>arriage questions: M <u>P</u>arents/guardian questions: P <u>F</u>amily questions: F <u>A</u>buse questions: A <u>V</u>iolence questions: V Response codes A numerical code has been ascribed to each possible response for a question. This number has been placed within square brackets [] and is there to allow the data to be entered and more easily processed within a spreadsheet for data analysis. Note: in all cases, [66] is the code for "not applicable"; [77] is the code for "don't know/not sure" and [88] is the code for "refused".
Analysis	As the development of the ACE-IQ is at the pilot stage, we would like to adopt two methods of analysis to allow us to ascertain the most appropriate approach to determine an accurate overall ACE score for a participant. The first we'll call the binary version, the second the frequency version. In both cases the questions from the ACE-IQ about childhood experience have been sorted into 13 categories: emotional abuse; physical abuse; sexual abuse; violence against household members; living with household members who were substance abusers; living with household members who were mentally ill or suicidal; living with household members who were imprisoned; one or no parents, parental separation or divorce; emotional neglect; physical neglect; bullying; community violence; collective violence. To calculate the ACE score using the binary version, check the participant's answers against Table 1 in "Calculating the ACE score from the ACE-IQ" (see below). If the participant answered in the affirmative (whether with once, a few times, or many times)

then that counts as a yes, and so that response should be circled, and a 1 placed in the final column. Once completed you will get an answer from 0 to 13. This is the ACE (binary) score for that individual.

To calculate the ACE score using the frequency version check the participant's answers against Table 2 in "Calculating the ACE score from the ACE-IQ" (see below). This time, only circle yes if the participant's answers **exactly match** the written question in the table (you'll note that for some questions only certain frequencies are included). As before, once completed you will get an answer from 0 to 13. This is the ACE (frequency) score for that individual.

Once you've calculated the two ACE scores, you can then look at the relationship between the ACE scores and the health outcome or health risk behaviour you're interested in by plotting a dose-response curve, or rather exposure (ACE score) - behaviour/health outcome curve. One important area to examine at this pilot stage is whether a relationship is seen between (binary) ACE score and health outcome/behavior or whether a relationship is only seen between ACE score and health outcome/behavior when the *frequency* ACE score is used (it is this latter phenomenon which is seen in the original ACE studies).

If you look at the Centre for Disease Control (CDC) website for the ACE study, you can see the different ways that the data generated can be analysed. Not only can you generate the dose-response curves discussed above, but you can also generate data on demographics and prevalence within certain populations from the ACE-IQ responses. See <http://www.cdc.gov/ace/data.htm>

Further details of health outcomes and behaviours which have been analysed to determine their relationship with exposure to ACEs can be found here: <http://www.cdc.gov/ace/outcomes.htm>

Calculating the ACE score from the ACE-IQ

Table 1: Calculating the ACE score from the ACE-IQ - BINARY VERSION

All questions are yes/no - if the participant entered **yes** for any of the categories, mark a 1 in the response column

Category	Q	Written question	Response
Physical abuse	A3	Did a parent, guardian or other household member spank, slap, kick, punch or beat you up?	
	A4	OR Did a parent, guardian or other household member hit or cut you with an object, such as a stick (or cane), bottle, club, knife, whip etc? Yes No	
Emotional abuse	A1	Did a parent, guardian or other household member yell, scream or swear at you, insult or humiliate you?	
	A2	OR Did a parent, guardian or other household member threaten to, or actually, abandon you or throw you out of the house? Yes No	
Contact sexual abuse	A5	Did someone touch or fondle you in a sexual way when you did not want them to?	
	A6	OR	
	A7	Did someone make you touch their body in a sexual way when you did not want them to?	
	A8	OR Did someone attempt oral, anal, or vaginal intercourse with you when you did not want them to? OR Did someone actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you when you did not want them to? Yes No	
Alcohol and/or drug abuser in the household	F1	Did you live with a household member who was a problem drinker or alcoholic, or misused street or prescription drugs? Yes No	
Incarcerated household member	F3	Did you live with a household member who was ever sent to jail or prison? Yes No	
Someone chronically depressed, mentally ill, institutionalized or suicidal	F2	Did you live with a household member who was depressed, mentally ill or suicidal? Yes No	
Mother Household member treated violently	F6 F7 F8	Did you see or hear a parent or household member in your home being yelled at, screamed at, sworn at, insulted or humiliated? OR Did you see or hear a parent or household member in your home being slapped, kicked, punched or beaten up? OR Did you see or hear a parent or household member in your home being	

		hit or cut with an object, such as a stick (or cane), bottle, club, knife, whip etc.? Yes No	
One or no parents, parental separation or divorce	F4 F5	Were your parents ever separated or divorced? OR Did your mother, father or guardian die? Yes No	
Emotional neglect	P1 P2	Did your parents/guardians understand your problems and worries? OR Did your parents/guardians really know what you were doing with your free time when you were not at school or work? Yes No * Note: for this question, it's the "no" answer which scores a "1".	
Physical neglect	P3 P4 P5	Did your parents/guardians not give you enough food even when they could easily have done so? OR Were your parents/guardians too drunk or intoxicated by drugs to take care of you? OR Did your parents/guardians not send you to school even when it was available? Yes No	
Bullying	V1	Were you bullied? Yes No	
Community violence	V4 V5 V6	Did you see or hear someone being beaten up in real life? OR Did you see or hear someone being stabbed or shot in real life? OR Did you see or hear someone being threatened with a knife or gun in real life? Yes No	
Collective violence	V7 V8 V9 V10	Were you forced to go and live in another place due to any of these events? OR Did you experience the deliberate destruction of your home due to any of these events? OR Were you beaten up by soldiers, police, militia, or gangs? OR Was a family member or friend killed or beaten up by soldiers, police, militia, or gangs? Yes No	

Table 2: Calculating the ACE score from the ACE-IQ - FREQUENCY VERSION

All questions are yes/no - if the participant entered **yes** for any of the categories, mark a 1 in the response column

Category	Q	Written question	Response
Physical abuse	A3 A4	Did a parent, guardian or other household member spank, slap, kick, punch or beat you up many times ? OR Did a parent, guardian or other household member hit or cut you with an object, such as a stick (or cane), bottle, club, knife, whip etc many times ? Yes No	
Emotional abuse	A1 A2	Did a parent, guardian or other household member yell, scream or swear at you, insult or humiliate you many times ? OR Did a parent, guardian or other household member threaten to, or actually, abandon you or throw you out of the house many times ? Yes No	
Contact sexual abuse	A5 A6 A7 A8	Did someone ever touch or fondle you in a sexual way when you did not want them to? OR Did someone ever make you touch their body in a sexual way when you did not want them to? OR Did someone ever attempt oral, anal, or vaginal intercourse with you when you did not want them to? OR Did someone ever actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you when you did not want them to? Yes No	
Alcohol and/or drug abuser in the household	F1	Did you live with a household member who was a problem drinker or alcoholic, or misused street or prescription drugs? Yes No	
Incarcerated household member	F3	Did you live with a household member who was ever sent to jail or prison? Yes No	
Someone chronically depressed, mentally ill, institutionalized or suicidal	F2	Did you live with a household member who was depressed, mentally ill or suicidal? Yes No	
Mother Household member treated violently	F6 F7 F8	Did you see or hear a parent or household member in your home being yelled at, screamed at, sworn at, insulted or humiliated many times ? OR Did you see or hear a parent or household member in your home being slapped, kicked, punched or beaten up a few times or many times ? OR Did you see or hear a parent or household member in your home being hit or cut with an object, such as a stick (or cane), bottle, club, knife,	

		whip etc. a few times or many times? Yes No	
One or no parents, parental separation or divorce	F4 F5	Were your parents ever separated or divorced? OR Did your mother, father or guardian die? Yes No	
Emotional neglect	P1 P2	Did your parents/guardians rarely or never understand your problems and worries? OR Did your parents/guardians rarely or never really know what you were doing with your free time when you were not at school or work? Yes No	
Physical neglect	P3 P4 P5	Did your parents/guardians not give you enough food many times even when they could easily have done so? OR Were your parents/guardians many times too drunk or intoxicated by drugs to take care of you? OR Did your parents/guardians not send you to school many times even when it was available? Yes No	
Bullying	V1	Were you bullied many times? Yes No	
Community violence	V4 V5 V6	Did you see or hear someone being beaten up in real life many times? OR Did you see or hear someone being stabbed or shot in real life many times? OR Did you see or hear someone being threatened with a knife or gun in real life many times? Yes No	
Collective violence	V7 V8 V9 V10	Were you ever forced to go and live in another place due to any of these events? OR Did you ever experience the deliberate destruction of your home due to any of these events? OR Were you ever beaten up by soldiers, police, militia, or gangs? OR Was a family member or friend ever killed or beaten up by soldiers, police, militia, or gangs? Yes No	