

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PSORİASİS TANILI HASTALARIN BAĞLANMA STİLLERİ İLE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa Yasin ÖNDER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ

ZONGULDAK

2022

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PSORİASİS TANILI HASTALARIN BAĞLANMA STİLLERİ İLE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa Yasin ÖNDER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ

ZONGULDAK

2022

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Görevlileri Prof. Dr. Nuray ATASOY, Prof. Dr. Levent ATİK, Prof. Dr. Özge SARAÇLI 'ya, Prof. Dr. H. Tuğrul ATASOY ve tüm Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlileri'ne, tez danışmanım olan, samimiyetini ve güler yüzünü benden esirgemeyen, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ'e;

Tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Emel HAZİNEDAR'a ve biyoistatistik aşamasındaki değerli katkıları için Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan AÇIKGÖZ'e,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm sağlık personeli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her an varlıklarını yanımda hissettiğim ve her aşamada bana en büyük desteği veren sevgili aileme;

Hayatıma girdiği andan itibaren kalbimin baş köşesine yerleşmiş olan, canımdan çok sevdiğim, hayatıma anlam katan, neşe kaynağım kızım Zeynep Hilye ÖNDER'e ve kıymetli annesine.

Sonsuz teşekkürler...

ZONGULDAK, 2022

Dr. Mustafa Yasin ÖNDER

ÖZET

Mustafa Yasin Önder, Psoriasis Tanılı Hastaların Bağlanma Stilleri ile Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının İlişkisinin Değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2022.

Amaç: Bu çalışmada Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniği tarafından psöriasis tanısı ile takip edilen hastaların, bağlanma stilleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda, çalışmaya katılan hastaların değerlendirme esnasındaki kaygı ve çökkünlük düzeyinin, çocukluk çağındaki travmatik geçmişleri ve romantik ilişkilerinde sergiledikleri bağlanma stilleri ile ilişkisini saptamak çalışmanın diğer amacıdır.

Gereç ve Yöntem: 10.01.2019 ile 09.01.2020 tarihleri arasında Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniği tarafından psöriasis tanısı ile takip edilen 92 hasta arasından, çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen ve verileri eksik olan 42 kişi değerlendirmeye alınmamıştır. Araştırmaya toplam 50 psöriasis tanısı olan hasta dahil edilmiştir. Araştırma verisi 10.01.2019 ile 10.01.2020 tarihleri arasında çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalardan “Sosyo-Demografik Veri Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği”, “Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Beck Anksiyete Ölçeği” doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaşları 19-62 arasında değişmektedir, ortalama yaş $37,0 \pm 10,0$ şeklindedir. Eğitim durumları en düşük “okuma yazma bilmiyor”, en yüksek “yüksekokul-üniversite mezunu” arasında değişmekte ve büyük kısmı lise mezunu ve yüksekokul-üniversite mezunu (%40 ve %30) şeklindeydi. 34 katılımcının (%68) araştırmamız sırasında romantik birlikteliği vardı, 31’i (%62) evli idi.

Katılımcıların 16’sının (%32) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, 18’inin (%36) şimdi veya geçmişte psikiyatrik ilaç kullandığı görülmüştür. Ayrıca 28 kişinin (%56) sigara, 11 kişinin (%22) alkol ve 1 (%2) kişinin de madde kullanımı olduğu bilgileri edinilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri puanlarının tüm çocukluk çağı travma puanları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi bulunduğu, Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise fiziksel istismar ve fiziksel ihmal dışındaki alt gruplarla pozitif yönde ilişki içinde olduğu saptanmıştır.

Cinsel istismar dışındaki tüm Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarının, yetişkin kaygılı bağlanma puanları ile pozitif yönde, duygusal istismar ve cinsel istismar dışındaki tüm puanların ise kaçınan bağlanma puanları ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde oldukları saptanmıştır.

Yine hem Beck Depresyon Envanteri puanları hem de Beck Anksiyete Ölçeği puanları kaygılı bağlanma puanları ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiye sahipken, kaçınan bağlanma puanları ile anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuçlar: Çalışmamızda elde edilen veriler, çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların, bireylerin ruhsal durumunun, yakın ilişkilerde kullanılan bağlanma paternlerinin birbiri üzerine belirgin etkilerinin olduğu, hastayı ele alırken bu değişkenlerin birbirinden bağımsız değerlendirmenin doğru olmayacağı ve hastaların bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Psöriasis, sedef, depresyon, kaygı, anksiyete, çocukluk çağı travma, bağlanma stilleri*

ABSTRACT

Mustafa Yasin Önder, Evaluation of the Relationship between Attachment Styles and Childhood Traumatic Experiences of Patients Diagnosed with Psoriasis, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Specialization Thesis in Medicine, Zonguldak, 2022

Purpose: In this study, we aimed to evaluate the relationship between the attachment styles and traumatic childhood experiences of patients who were followed up with a diagnosis of psoriasis in Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty Hospital Dermatological and Venereal Diseases Clinic. Another aim of the current study was to examine the relationship between the study population's anxiety and depression levels and traumatic past experiences during childhood and attachment styles they had during their romantic relationships.

Materials and methods: Out of 92 patients who was being followed up between 10.01.2019 and 09.01.2020 with the diagnosis of psoriasis in The Clinic of Dermatological and Venereal Diseases, a total of 50 patients was included in the study. We excluded 42 patients who did not consent to participate in our study and who had missing data. The study data consisted of the forms filled by patients who consented to participate in this study voluntarily between 10.01.2019 and 10.01.2020, the forms that the patients were asked to fill were as follows: "Socio-demographical Variables Questionnaire (Q-SV)", "Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)", "Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Inventory", "Beck Depression Inventory (BDI)", and "Beck Anxiety Inventory (BAI)".

Results: The age of the participants was between 19-62 and the mean age was 37.0 ± 10.0 . The educational status varied between the lowest level of being "illiterates" and the highest level of being "college-university graduates" with a majority of high school graduates and collage-university graduates (40% and 30%). Of all participants, 34 (68%) had a romantic relationship, 31 (62%) were married.

Of the participants, 16 (32%) had relatives with a diagnosis of a psychiatric disease, 18 (36%) were using psychiatric medicine at the time or had used in the past. Also, of

the participants, 28 (56%) smoked, 11 (22%) had alcohol consumption, and 1 (2%) had substance abuse.

A positive relationship was found between Beck Depression Inventory Scores and all childhood trauma scores, and a positive relationship was found between physical abuse and sub-groups excluding physical negligence.

A positive relationship was found between all Childhood Trauma Questionnaire Scores and adult anxious attachment scores, and a significant negative relationship was found between all scores excluding sexual abuse and avoidant attachment scores.

A positive relationship was found between the scores of both Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory and anxious attachment scores; however, no significant relationship was found between both Inventory Scores and avoidant attachment scores.

Conclusions: The data obtained from our study showed that traumatic events in childhood, individual's mental health, and attachment patterns that individuals demonstrate in close relationships all have significant effects on one another, and an integrated approach including all of these factors should be followed when diagnosing and managing patients.

Keywords: *Psoriasis, depression, anxiety, childhood trauma, attachment styles*

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. PSORİASİS (SEDEF HASTALIĞI)	3
2.1. Genel Bilgiler	3
2.2. Tarihçe	3
2.3. Epidemiyoloji	3
2.4. Etiyoloji	4
2.4.1. Genetik Faktörler	4
2.4.2. Çevresel Faktörler	4
2.5. Patogenez	5
2.6. Psöriasis Klinik Tipleri	5
2.7. Tanı	6
2.8. Eşlik eden Komorbiditeler	6
2.9. Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar	7
2.10. Tedavi	7
3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI (ÇÇT)	9
3.1. Genel Bilgiler	9
3.2. İstismar	9
3.2.1. Fiziksel istismar	9
3.2.2. Duygusal istismar	10
3.2.3. Cinsel istismar	11
3.3. İhmal	12
3.3.1. Duygusal ihmal	12
3.3.2. Fiziksel ihmal	12

4. BAĞLANMA	13
4.1. Genel Bilgiler	13
4.2. Bağlanma Kuramı	13
4.3. Yetişkin Bağlanma Biçimleri	14
4.3.1. Hazan ve Shaver'ın Yetişkin Bağlanma Modeli	14
4.3.2. Dörtlü Bağlanma Modeli	15
5. GEREÇ VE YÖNTEM	16
5.1. Araştırmanın Amacı	16
5.2. Örneklem	16
5.3. Veri Toplama Araçları	16
5.3.1. Sosyo-demografik veri formu	16
5.3.2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2 (YİYE2)	17
5.3.3. Beck Depresyon Envanteri	17
5.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	18
5.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	18
5.3.6. İşlem	18
6. BULGULAR	20
6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi	20
6.2. Katılımcıların Cinsiyetlerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	21
6.3. Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumlarının Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	21
6.4. Katılımcıların Aile Tiplerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	22
6.5. Katılımcıların Psikiyatrik Aile Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	23
6.6. Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	23

6.7. Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	24
6.8. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	25
6.9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Romantik Birliktelik Durumu ile Karşılaştırılması	26
6.10. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Aile Tipi ile Karşılaştırılması	27
6.11. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Birinci Derece Akrabaları'ndaki Psikiyatrik Tedavi Görme Öyküsü ile Karşılaştırılması	28
6.12. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Psikiyatrik Tedavi öyküsü ile Karşılaştırılması	29
6.13. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Sigara alkol madde kullanımı ile Karşılaştırılması?	30
6.14. Katılımcıların Cinsiyetleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31
6.15. Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31
6.16. Katılımcıların Aile Tipleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	32
6.17. Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
6.18. Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
6.19. Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde kullanımları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	34
6.20. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	35

6.21. Katılımcıların YİYE-2 Puanları ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36
6.22. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
7. TARTIŞMA	39
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
9. KAYNAKLAR	47
10. EKLER	60
Ek 1: Sosyo-Demografik Veri Formu	60
Ek 2: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – 2	62
Ek 3: Beck Depresyon Envanteri	65
Ek 4: Beck Anksiyete Ölçeği	66
Ek 5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	67
Ek 6: Etik Kurul Karar Belgesi	68

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge / Kısaltma	Açıklamalar
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Envanteri
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
YİYE-2	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

TABLolar DİZİNİ

Tablo Numarası	Tablonun Başlığı	Sayfa No
1	Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi	20
2	Katılımcıların Cinsiyetlerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	21
3	Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumlarının Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	22
4	Katılımcıların Aile Tiplerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	22
5	Katılımcıların Psikiyatrik Aile Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	23
6	Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	24
7	Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması	24
8	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	25
9	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Romantik Birliktelik Durumu ile Karşılaştırılması	26
10	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Aile Tipi ile Karşılaştırılması	27
11	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Birinci Derece Akrabaları'ndaki Psikiyatrik Tedavi Görme Öyküsü ile Karşılaştırılması	28
12	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Psikiyatrik Tedavi öyküsü ile Karşılaştırılması	29
13	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Sigara Alkol Madde Kullanımı ile Karşılaştırılması	30

14	Katılımcıların Cinsiyetleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31
15	Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	32
16	Katılımcıların Aile Tipleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	32
17	Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
18	Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	34
19	Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde kullanımları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	34
20	Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36
21	Katılımcıların YİYE-2 Puanları ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	37
22	Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38

1. GİRİŞ

Psöriasis, halk arasında Sedef Hastalığı olarak da adlandırılan, alevlenme ve remisyonlarla giden, gözle görülür deri lezyonlarıyla birlikte birbirinden farklı sistemleri birlikte veya ayrı ayrı etkileyebilen kronik bir deri hastalığıdır.

Psikosomatik hastalıklar listesinde en üst sıralarda kendine yer edinmiştir. Hastalık sürecinin ve lezyonların ortaya çıkışının, kişinin stres düzeyi ile yakından ilgili olması sebebiyle psikiyatrik hastalık tablolarıyla birliktelikleri ve birbirleri üzerine olan etkileri belirgin ve önemlidir.

Bu çalışmada; Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniği tarafından psoriasis tanısı ile takip edilen hastaların bağlanma stilleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda çalışma sırasında katılımcıların depresif şikâyetleri ve kaygı düzeyleri de kullanılan özelleştirilmiş ölçekler aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, kişilerin hem gelişim sürecinde hem de erişkin hayatında çevresine, dünyaya karşı yorumlarının, algılarının ve değerlendirme biçimlerinin oluşumunda çok etkili olduğu yapılmış olan çok sayıda çalışmada gösterilmiştir. Bebeklikten itibaren bakım verenin kendisine karşı olan ilgi, alaka ve davranışları, insanın tüm hayatı boyunca kendisine karşı benzer tutumlar sergileneceği inancının temelini oluşturur.

Yapılan çalışmalar tüm bu süreçlerin ve kişinin yaşam olaylarının sonrasında, kurdukları yakın ilişkilerde belirli bazı paternlerde bağlandıklarını göstermişlerdir. İlk başta bakım verene karşı olan bağlanma süreci ile ilgili çalışmalar ilk olarak John Bowlby ve daha sonra da Ainsworth tarafından yapılmış, temelde güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma olarak iki kategoriye ayrılmıştır. Güvensiz bağlanma stili ise kendi içerisinde ikiye ayrılarak kaygılı ve kaçınan bağlanma şeklinde değerlendirilmiştir. Daha sonra bu paternin kişinin yetişkinlik döneminde de devam ettiği ve kurulan yakın ilişkilerde etkili olduğu düşüncesiyle Bartholomew ve ark. tarafından Güvenli, Saplantılı, Kayıtsız ve Korkulu Bağlanma olarak dörtlü bağlanma stili geliştirilmiştir.

Biz de psöriasis tanısı almış olan hastaların, çocukluk çağı travmatik yaşam öykülerini, yetişkinlikte kurdukları yakın ve romantik ilişkileri üzerine etkilerini,

ayrıca değerlendirme sırasındaki çökkünlük ve kaygı düzeylerini araştırıp birbirleri ile olan etkileşimlerini ortaya koymak amacı ile bu çalışmayı yapmaya karar verdik.



2. PSORİASİS (SEDEF HASTALIĞI)

2.1. Genel Bilgiler

Psoriasis, sınırları belirgin eritemli zemin üzerine skuamli plaklarla karakterize deri, tırnak ve eklemlerde inflamasyon ile giden kronik bir hastalıktır. Tabloya genellikle eşlik eden diğer sistemik hastalıklar ve hastalıkta belirlenen immunolojik maddelerin yalnızca hastalık lezyonlarında değil, kanda da gösterilmiş olması, hastalığın sistemik ve kronik inflamasyon ile giden hastalıklar arasında gösterilmesine sebep olmuştur (1).

Ayrıca hafif ve kendini sınırlayan bir tablodan, şiddetli tutulumla kadar değişebilen klinik özellikler gösterebilmesi, iyileşme ve alevlenme dönemleri görülebilmesi ve kişinin yaşamını önemli derecede etkileyebiliyor olması da bu gruplamayı destekler niteliktedir (2).

Hastalık lezyonları genellikle ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde, dizler, dirsekler, saçlı deri ve tırnaklarda simetrik tutulum göstermektedir (3, 4).

Lezyonlardaki skuamların beyaz, sedef renginde olmasından dolayı halk arasında SEDEF hastalığı tabiriyle bilinmektedir.

2.2. Tarihçe

Psöriasis'e ait ilk bilgiler milattan önceki çağlara dayanmaktadır. Hipokrat, psora ve lepra terimleriyle ilk kez hastalığı belgeleyen isim olmuştur. Psora kaşıntılı deri lezyonlarını tanımlamak için kullanılan bir sözcük olmakla beraber FERDİNANAT VON HEBRA 1841'de hastalığın diğer dermatolojik tablolardan ayrımını yapmış ve Psöriasis adı ile hastalığın günümüzdeki tanımını ilk yapan bilim insanı olmuştur (5-7).

2.3. Epidemiyoloji

Psöriasis, dünyanın her yerinde görülebilmesine rağmen yaygınlığı coğrafi ve çevresel faktörlere bağlı belirgin farklılıklar göstermektedir. Hastalık sıklığı

kutuplardan ekvatorial bölgelere gittikçe azalmaktadır. Ayrıca siyahilerde, beyazlara göre daha az sıklıkta görülmektedir (8).

Dünya popülasyonunun yaklaşık %2'sini etkileyen bir hastalıktır (9). Ülkemizde ise sıklığının %1-5 olduğu ifade edilmiştir (10).

2.4. Etiyoloji

Psöriasis, etiyojisi tam olarak aydınlatılmamış olsa da genetik zemini üzerine eklenen çok çeşitli çevresel faktörler ile ortaya çıkabilen ve alevlenebilen bir hastalık olarak kabul edilmektedir (11, 12).

2.4.1. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin; hastalığın lezyonlarının tipi, klinik prezantasyonu, şiddeti ve başlangıç yaşı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (13-15). Yapılmış olan çalışmalar, 6p21 kromozomundaki PSORS1 geni ile birliktelik olduğunu göstermiştir. Bu bölgede bulunan HLA-CW602 alleli ile psöriasis arasında belirgin ilişki görülmüştür. Bu alleli homozigot taşıyanlar için 23 kat, heterozigot taşıyanlar için ise 9 kat artmış risk mevcuttur (16).

2.4.2. Çevresel Faktörler

Kalıtsal faktörler, psöriasisin zemininin oluşmasında çok önemli bir faktör olsa da, çok çeşitli çevresel tetikleyicilerin de bu tabloda rol aldığı gösterilmiştir. Ruhsal stres, fiziksel travma, güneş ışığına maruziyet, geçirilen tıbbi operasyonlar, kullanılan bazı ilaç tedavileri ve enfeksiyonlar gibi etmenler, kalıtsal olarak yatkınlığı olan bireylerde psöriasisin ortaya çıkmasına sebep olabilirler. Bu tetikleyiciler ayrıca psöriazisi şiddetlendirebilir ve ciddi bir nükse neden olabilirler (17).

2.5. Patogenez

Sedef hastalığı, T hücre aracılı, otoimmün bir hastalıktır (18).

En yaygın görülen, vücutta geniş alanlar kaplayabilen, belirgin eritemli zemin üzerinde squamoz plaklar olarak ortaya çıkan “Plak Tip” sedef hastalığı formudur (19).

Bu tablo, dermal dendritik hücreler tarafından tetiklenir, bu hücreler IL-23 ve TNF üreterek, ayrıca otoimmün CD4+ Th17 ve CD8 + Tc17 hücrelerinin aktivasyonunu uyarak bu tablonun tetiğini çeker. Bu aktivasyon üzerine T hücreleri çoğalarak epidermise göç eder, buradaki otoantijenleri tanıyarak IL12 ve IL-22 üretirler. Tanınan otoantijenler, keratinositler tarafından üretilen keratin-7 ve LL37 ile melanosit antijeni ADAMTSL5 içerir (20).

Bu otoantijenlerin tanınmasıyla üretilen Th17 sitokinleri, epidermis hiperproliferasyonunu indukleyerek ve inflamatuvar sürecin devam etmesini sağlayan kemokinlerin üretimi için keratinositleri aktive ederek tablonun gelişimini doğrudan yönlendirir (21-27).

2.6. Psöriasis Klinik Tipleri

- Kronik Plak Psoriasis
- Guttat Psoriasis
- Eritrodermik Psoriasis
- Jeneralize Püstüler Psoriasis
- Lokalize Püstüler Psoriasis
- İmpetigo Herpetiformis
- Palmopantar Pustulozis
- Seboreik Psoriazis (Saçlı Deri Psoriazisi)
- Palmopantar Psoriazis
- İnvers Psoriazis:
- Psoriatik Artrit (28)

2.7. Tanı

Sedef hastalığının tanısı genellikle klinik fizik muayene ile koyulur. Fizik muayene birincil lezyon ile birlikte, kafa derisi ve psoriasis lezyonlarının yaygın görüldüğü diğer vücut bölgelerini de içermelidir. Eklemler ve tırnaklar, sedef hastalığına bağlı olası bir değişikliğin tespit edilebilmesi için dikkatlice incelenmelidir ve hastalık için aile öyküsü de alınmalıdır. Ayrıca tanı, Auspitz işareti ve Koebner Fenomeni ile de desteklenebilir. Auspitz bulgusu, eritem üzerindeki squam kaldırıldığında, çok sayıda küçük kapiller damarların iğne ucu gibi kanama noktaları oluşturduğu görüntüye verilen isimdir. Koebner fenomeni ise travma sonrasında hastalık lezyonlarının ortaya çıkması olayıdır, Koebner fenomeni en sık psöriaziste görülmekle birlikte birçok dermatolojik hastalıkta pozitif bulunmaktadır. Travmadan yaklaşık 1 hafta sonra psoriasis lezyonları ortaya çıkmaktadır. Son olarak tanı konusunda halen bir şüphe varsa punç biyopsi de yapılabilir (29-31).

2.8. Eşlik eden Komorbiditeler

- Psoriatik artrit
- Obezite
- Metabolik sendrom
- Diyabetes mellitus
- Hipertansiyon
- Dislipidemi
- Aterosklerotik hastlık
- Malignensi
- Non alkolik yağlı kraciğer hastalığı
- Otoimmün hastalıklar
- Enflamatuar barsak hastalığı
- Göz bulguları ve üveit,
- Eretil disfonksiyon
- Psikiyatrik hastalıklar
- Alkol ve sigara kullanımı (32-34)

2.9. Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar

Psoriasis, vücudun dışa dönük, görünen bölgelerinde belirgin lezyonlarla seyreden bir hastalık olduğundan hastalığın sebep olduğu sıkıntı ve stresten dolayı, kendini kötü hissetme, depresyon, kaygı, sosyal ortamlardan geri durma çabası gibi sorunlarla sıklıkla birliktelik göstermektedir (35). Psoriasis hastalığının hem başlangıç döneminde hem de alevlenme dönemlerinde ruhsal faktörlerin belirgin etki gösterdiği uzun süredir bilinmektedir (36).

Tanımlanmış olan faktörlerin arasında psöriasisle bağlı lezyonların oluşumundaki en önemli olan strestir (37).

Psöriasis hastalarında, en sık görülen ruhsal sorunlar; kaygı bozuklukları (%55) ve depresif bozukluklardır (%44) (38).

Psöriasis hastalığında lezyonların yaygınlığı ve şiddeti ile eşlik eden depresif semptomların ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır (39, 40).

Psikiyatrik bozuklukların birlikteliği psoriasis hastalarının yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (41, 42). Özellikle dış görünüş üzerine etki eden cilt hastalıkları, ruhsal bozukluklarla birliktelik gösterdiğinden kişilerin yaşam kalitesini de belirgin düzeyde bozmaktadır (43, 44).

Bu yüzden bu hasta grubunda psikiyatrik bozuklukların saptanması ve uygun tedavinin uygulanması çok önemlidir. Bu sayede hastaların mevcut lezyonlarının ortaya çıkmasını engelleyerek en etkin müdahale en başında yapılmış olacaktır.

2.10. Tedavi

Psöriasis hastalığının büyük çoğunluğunda gözlenen plak psöriasisi formunun tedavi seçiminde; hastalığın şiddeti ve yaygınlığı, tabloya eşlik eden semptomların süresi ve uygulanan tedavilere yanıtı değerlendirilmelidir. Hastanın yaşı, fiziksel durumu, ek hastalıkları ve kullandığı ilaçlar da göz önünde bulundurulmalıdır (45).

Plak tip psöriasis tedavisinde sistemik veya topikal ilaçlar kullanılabilir. Tedavinin planlamasında PASI (Psöriyazis alan şiddet indexi), VYA (vücut yüzey alanı), DYKI (dermatoloji hayat kalite indeksi) değerlendirilir. Bu kriterlerde elde edilen skorlar >10 ise sistemik ilaç tedavisi uygulanabilir (46).

Psöriasis tedavisi için kullanılan ajanları PUVA, metotreksat, UVB, siklosporin, oral retinoidler ve biyolojikler şeklinde sıralayabiliriz. Daha düşük skorların görüldüğü hafif şiddetteki psöriasis tedavisinde öncelikle topikal ajanlar kullanılmaktadır. Topikal ajanlara yanıt vermeyen olgularda yine sistemik tedaviler kullanılabilir (47, 48).



3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI (ÇÇT)

3.1. Genel Bilgiler

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), kişinin 18 yaşından önce maruz kaldığı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmalin yanı sıra, ebeveyninden ayrı kalma, ebeveyn kaybı, göç, kazalar, doğal afetler ve şiddete tanıklık etme olarak tanımlanabilir (49).

Temel olarak ihmal ve istismar olarak iki kategoride değerlendirilmektedir. İhmal ve istismarın arasındaki temel fark, istismarın aktif, ihmalin ise pasif olmasıdır (50).

İstismar; çocuğun gelişimini olumsuz etkileyecek dövme, vurma, örseleme, cinsel yönde kötüye kullanım ya da aşağılama, hakaret etme gibi davranışları kapsarken, ihmal kavramında çocuğun sevilme, giyinme, barınma, eğitim gibi ihtiyaçlarını karşılamama durumları tanımlanmıştır. İstismar kavramı; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak üç gruba ayrılmakta iken çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılarak incelenmiştir (51).

İhmal ve istismar, genellikle dikkat edilmediği ve gözden kaçtığı için toplumdaki sıklığını belirlemek için araştırma yapmak da genellikle zor olmuştur. Türkiye’de yaygınlığının kız çocuklarda %20, erkek çocuklarda %30 olabileceği düşünülmektedir (52).

3.2. İstismar

3.2.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar “çocuğun kaza dışı yaralanması”dır (53).

UNICEF, fiziksel istismarı “Kaza dışı, çocuğa acı veren ve şiddet davranışları sonucu çocuğun gelişimi ve iş yapma yetilerinin hasara uğraması” olarak tanımlamıştır (54).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise fiziksel istismar kavramını “Çocuğun ebeveynleri veya çocuğa bakım veren kişilerin kasten yaptığı eylemlerin sonucunda,

çocuğun zarar görmesi ya da bu duruma izin verilmesi” olarak tanımlamıştır (55). Fiziksel istismar örnekleri olarak çocuğu herhangi bir şekilde dövme, ona vurma, tekmeleme, itme, sallama, saçını çekme, çimdikleme, kulağını çekme, boğmaya teşebbüs etme, yakma, zehirlenme sayılabilir (56).

Orta derecede fiziksel istismar olarak değerlendirilen davranışlar çocuğun diline biber sürmek, ağzına biber dökmek, kulağını çekmek saçından tutmak, vücudunun bir yerine hafifçe vurmak iken; elle şiddetli vurmak, tekme atmak, yakmak, boğmak gibi eylemler ise şiddetli fiziksel istismar kabul edilmektedir (57). En sık görülen fiziksel istismar türleri dövme, yanık, boğulma, prenatal şiddet sonucu yaralanma, ölüm ya da Sarsılmış Bebek Sendromu’dur. Bunlarla birlikte Munchausen by PROxy (Pole) Sendromu’da fiziksel istismarın bir çeşidi olarak karşımıza çıkmaktadır (50, 58).

Son zamanlarda annenin hamileliğinde aşırı alkol ya da uyuşturucu kullanımı ve yenidoğan cinayetlerinin (infantisit) de istismarlar içinde yer aldığını görmekteyiz (59).

3.2.2. Duygusal istismar

Çocukların ve gençlerin ihtiyaç duydukları sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılması olarak tanımlanabilir. UNICEF; duygusal istismarı ve ihmali, “Çocuğun kapasitesinin özelliklerinin ve isteklerinin devamlı kötülenmesi, sosyal ilişkilerden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak doğüstü güçlerle, kendisine zarar verme ya da kendisini terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve kapasitesine uymayacak taleplerde bulunulması ve çocuğun olumsuz çocuk bakım yöntemleri ile büyütülmesi” olarak tanımlamıştır (60). Çocuğa bağırma, küfretme, çocuk üzerinde aşırı baskı kurma, çocuğa lakap takma, aşağılama, korkutma, tehdit etme, önemsememe, küçük düşürme, aşırı bağımlı kalma ve aşırı koruma, çocuğun kapasitesinin üzerinde beklentilerde bulunma, kardeş ayrımı yapma, çocukla alay etme en sık görülen duygusal istismar türleridir (61).

Yapılan çalışmalarda çocuğa bağırmanın en sık görülen duygusal istismar türü olduğu gösterilmiştir. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda, değersizlik

duyguları, uyumsuzluk, saldırganlık, aileden uzaklaşma, bağımlı kişilik paterni gibi özellikler gözlemlenmektedir (62).

Fiziksel istismar ve ihmal olgularının büyük bir çoğunluğunda duygusal ihmal ve istismarın da bulunduğu saptanmış olup, duygusal istismar yalnız başına da görülebilmektedir (63).

Ayrıca duygusal istismarın etkilerinin fiziksel istismar kadar yaralayıcı olabileceğini unutmamak gerekir (64).

3.2.3. Cinsel istismar

Çocuğa cinsel istismar uzun yıllardır bilinen bir olgudur. Son yıllarda ise bu olguların sayısında belirgin bir artış söz konusudur (65).

Cinsel istismar, cinsel gelişimi tamamlamamış bir çocuğun yahut ergenin, tehdit edilerek, güç kullanılarak ya da kandırılıp ikna edilerek, kendi cinsel istekleri doğrultusunda bir erişkin tarafından kullanılmasıdır (66).

Cinsel istismarı tanımlarken bir çocuk ile erişkin arasında gerçekleşen cinsel aktiviteden bahsedilmesine karşın, yaş farkı en az 5 sene olan iki çocuk arasındaki, cinsel haz amaçlı, güç kullanarak ya da ikna edilerek gerçekleşen cinsel aktiviteler de cinsel istismar olarak ele alınır. Cinsel istismar tanımı için şiddet içermeme, güç kullanma, zorlama şartı yoktur. Bu açıdan çocuğun rızası olup olmamasının önemi yoktur (67).

İstismar, çocuk ile kan bağı olan veya bakım veren kişilerce gerçekleşirse bu durum “Ensest” olarak adlandırılır (68).

Cinsel istismar ile çocuğu cinsel içerikli konuşmalara maruz bırakma, gözetleme, dokunma veya kendisine dokunmasını sağlama, sürtünme, penetrasyon (cinsel organ, nesne, vücut uzvu ile), çocuk pornografisi gibi farklı durumlarda karşılaşılabilir (69).

3.3. İhmal

3.3.1. Duygusal ihmal

Duygusal ihmal, çocuğun sevgi, temel bakım, güvenli bağlanma ve sosyal açıdan yeterince desteklenmemesi, ilgisiz kalması ve yoksun bırakılması olarak tanımlanabilir. Duygusal istismarda olduğu kadar kendini belirgin şekilde gösteren bir kavram olmadığı için, üzerinde fazla durulmayan, kimi zaman göz ardı edilen fakat çocuk üzerindeki etkisinin ve öneminin çok fazla olduğu bir problemdir. Duygusal ihmal örneklerine bakacak olursak, ihtiyaç duyduğunda çocuğa sarılmamak, şefkat ve sevgi sözcüklerinden çocuğu yoksun bırakmak, çocuğun duygusal, davranışsal problem yaşadığı dönemlerde yeterince destek almasını engellemek veya geciktirmek, çocuğun zarar verici maddeler olan alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı konusunda ilgisiz kalmak (70).

3.3.2. Fiziksel ihmal

Fiziksel ihmal, bireyin (18 yaşından küçük olan) beslenme, barınma, giyinme, hijyen, bakım gibi temel gereksinimlerinin yeterince karşılanmamasıdır. Çocuğun yeterince hijyenik olmayan, sağlıklı, korunaksız ortamlarda, açıkta bırakılan soba, elektrik kabloları, korkuluğu olmayan balkonlar, su dolu kovalar, kolay ulaşılabilir yerlerde bulunan temizlik malzemeleri gibi kaza riski yüksek olan barınak ve evlerde yaşaması ihmal örnekleri olarak kabul edilebilir. Ayrıca çocuğu terk etmenin, bir yere bırakıp gitmenin de ağır ihmal türleri olduğunun altı çizilmektedir. Ayrıca aşırı kalabalık ev ortamı, pis ve kirli giysiler giydirilmesi de fiziksel ihmal çeşitlerindendir (71, 72).

4. BAĞLANMA

4.1. Genel Bilgiler

Bağlanma kelimesi, iki birey arasında uzun süreli kurulan duygusal ilişki anlamına gelmektedir. Bağlanma kuramı; temelde kişilerin erken dönemde bakım verenleri ile kurdukları ilişkinin; karakter gelişimine ve yetişkinlikte kurduğu ilişkiler üzerine belirgin etkisinin olduğu varsayımını savunmaktadır (73). Detaylandırılacak olursak, bağlanma aslında biyolojik bir olgudur; insanın sevgi ve ilgiye olan ihtiyacı doğumdan itibaren mevcuttur. Yenidoğan bir bebek, kendisine gösterilen ilgiye ve sevgiye bakarak, ihtiyaçları karşısında nasıl bir tutum sergilendiğini değerlendirir, böylece hem dünya ile hem de kişiler ile ilgili bir beklenti içerisine girer ve tutum sergiler (74). Bu erken dönemde sergilenen tutumlar, genellikle kişinin psikolojik yaklaşımına yön verir. Bu sebepten bağlanma stilleri kişilerin yaşamı üzerinde belirgin ve çok önemli bir etkiye sahiptir (75).

4.2. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, ilk olarak John Bowlby tarafından ileriye sürülmüştür. Daha sonra Ainsworth tarafından Güvenli Bağlanma, Kaygılı Bağlanma ve Kaçınan Bağlanma olarak üçlü bağlanma biçimi olarak tanımlanmıştır. Bu kurama göre bağlanma; bebeğin oluşabilecek farklı fiziksel ve psikolojik tehditlerden korunabilmek için temel bakım verene karşı yakınlık arama davranışıdır (76).

Bağlanma sisteminin, bir tehdit hissedildiğinde bebeğin bakım verenine yakın olabilmesine ve böylece hayatta kalabilmesine destek olmak gibi hayati bir işlevi vardır (77). Bebeğin, ihtiyaç duyduğunda bağlanma figürüne ulaşabilmesi ve bakım verenin bu ihtiyaca yönelik duyarlılığının; bebeğin yaşadığı ve yaşayacağı duygusal deneyimlerini anlamlandırması açısından önemli etkileri vardır (78). Meydana gelen bu etkileşim; bebeğin kendisine ve dünyaya bakışı ile ilgili “İçsel Çalışma Modelleri” olarak adlandırılan bir yapının temelini oluşturur (79). Bu yapı ise zaman içerisinde bebek tarafından daha fazla kanıksanarak, hayat boyu devam edecek tutum, davranış ve bağlanma örüntülerinin oluşumuna öncülük eder (80).

Bağlanma stilleri, temelde güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma olarak iki kategoride incelenmiştir. Bu kategoriler ele alındığında; güvenli bağlanma, ihtiyaç duyulduğunda temel bakım verenin bu ihtiyaç karşısında ulaşılabilir ve ilgili olacağına; güvensiz bağlanma ise tutarsız, ilgisiz, reddedici bir bakım veren ile karşılaşılacağına dair inanç ve beklentilerin olduğu örüntüler olarak açıklanabilir (81, 82).

Güvenli bağlanma stiline sahip olanların, kendilerinin yeterli ve sevilebilir oldukları, güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin ise değersiz ve yetersiz olduklarına dair benlik algısı ile yakın ilişkide oldukları belirtilmiştir (83). Zaman içerisinde yapılan çalışmalar da bağlanma paternlerinin süreklilik gösterdiğini desteklemiştir (84).

4.3. Yetişkin Bağlanma Biçimleri

Bağlanma ile ilgili yapılmış çalışmalar, önceleri yoğun olarak bebeklik ve çocukluk dönemi ile ilgilenirken son dönemde yetişkin çağıdaki bağlanma stilleri önem kazanmış, hatta yaşlılık dönemi bağlanma paternleri de araştırılmaya başlanmıştır(85). Yetişkin bağlanma stilleri yaklaşık 30 sene önce araştırılmaya başlanmıştır. Araştırmacılar Yetişkin Bağlanma Görüşmesi adında bir ölçek geliştirmişler ve yetişkinlerin çocukluklarında ebeveynleriyle aralarındaki ilişkinin, yetişkin olduklarında kurdukları ilişkiler, tutum ve davranışlar üzerin etkili olabileceği düşüncesiyle araştırmalarına başlamışlardır (86, 87).

4.3.1. Hazan ve Shaver'ın Yetişkin Bağlanma Modeli

Hazan ve ark. (1987) çocukluk dönemi için ortaya koyulan üçlü bağlanma modelinin erişkinlik için de geçerli olacağı düşüncesiyle geliştirdikleri ölçekle birlikte kişilerin yetişkin dönemde de yakın ilişkilerinde ve romantik ilişkilerinde gösterdiği bağlanma paternlerini Güvenli, Kaygılı ve Kaçınan Bağlanma olarak sınıfladıkları üç boyutta tanımlamışlardır (88, 89).

4.3.2. Dörtlü Bağlanma Modeli

Bartholomew ve ark. (1991) Bowlby ve Ainsworth'un öne sürdüğü içsel çalışma modeli teorisinden yola çıkarak dört kategorili yetişkin bağlanma modelini tanımlamışlardır. Bu modele göre yetişkinlikteki bağlanma stillerini; Güvenli, Saplantılı, Kayıtsız ve Korkulu Bağlanma olarak isimlendirmişlerdir (90). Dörtlü Bağlanma Modeli'ne göre güvenli bağlanma paterni ile ilişki kuranlar, kendilerini değerli ve sevilebilir olarak değerlendirirken, diğerleri de sevilebilir ve değerli olarak algırlarlar. Yakın ilişki kurmaktan rahatsızlık duymazlar, kendilerine karşı saygıları yüksektir. Diğer üç bağlanma stili de güvensiz bağlanma paterni kabul edilir ve kendileriyle veya diğerleriyle ilgili olumsuz algı ve değerlendirmeler hakimdir (91).

Saplantılı bağlanma stilini kullanan bireyler, kendilerini diğerlerinden değersiz algılamaktadırlar, bu sebepten dolayı da diğerlerinin onayını sevgisini ve ilgisini kazanmaya çalışırlar ve ilişkileriyle aşırı meşgul olurlar. Bu kişiler yakın ilişkiler kurmayı arzuladıkları halde diğerleri tarafından bunaltıcı olarak değerlendirilip reddedilebilirler (91).

Korkulu bağlanma stilinde ise kişilerin kendilerinin değersiz ve sevmeye layık değil, diğerlerinin de kötü ve reddedici olduğu inançları belirgindir. Bu sebepten yakın ilişki kurmak konusunda oldukça kaçınan davranış sergilerler ve ilişkilerinde de fazlaca sorun yaşarlar (91). Kayıtsız bağlanan yetişkinler ise kendilerini değerli ve sevilebilir olarak değerlendirdikleri halde diğerlerine karşı olumsuz inanışlara sahiptirler. Olası hayal kırıklıkları ve reddedilmeler ile karşılaşmamak için yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar böylelikle de güçlü ve bağımsız olarak olumlu benlik algılarını devam ettirme çabasında olurlar (92).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniği tarafından psöriasis tanısı ile takip edilen hastaların, bağlanma stilleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Aynı zamanda, çalışmaya katılan hastaların değerlendirme esnasındaki kaygı ve çökkünlük düzeyinin, çocukluk çağındaki travmatik geçmişleri ve romantik ilişkilerinde sergiledikleri bağlanma stilleri ile ilişkisini saptamak çalışmanın diğer amacıdır. Ayrıca tüm bu ilişkilerin yaş, cinsiyet, sosyal çevre, ruhsal hastalık geçmişi, bağımlılık yapıcı madde kullanımı gibi demografik değişkenler açısından farklılıkları incelenmiştir.

5.2. Örneklem

10.01.2019 ile 09.01.2020 tarihleri arasında Dermatoloji polikliniği tarafından psöriasis tanısı ile takip edilen 92 hasta arasından çalışmamıza katılmayı kabul etmeyen ve verileri eksik olan 42 kişi değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırmaya toplam 50 psöriasis tanısı olan hasta dahil edilmiştir. Araştırma verisi 10.01.2019 ile 10.01.2020 tarihleri arasında çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastaların elden ve anonim bir şekilde anket doldurması ile elde edilmiştir.

5.3. Veri Toplama Araçları

5.3.1. Sosyo-demografik veri formu

Sosyo-demografik veri formunda genel olarak katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi gibi demografik bilgilerinin yanında hastanın kimlerle ve nerede yaşadığı, aile yapısı, sigara, alkol ve madde kullanımı, kendisinin veya ailesinin ruhsal hastalık geçmişi de sorgulanmıştır (EK-1).

5.3.2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2 (YİYE2)

Yetişkin bağlanma boyutlarını değerlendirmek için Fraley ve arkadaşları 2000 yılında YİYE2'yi geliştirmişler (93). Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Selçuk ve arkadaşları tarafından 2005 senesinde yapılmıştır (94). Fraley ve ark. yetişkinlerin romantik ilişkilerindeki kullandıkları bağlanma stilini değerlendirmek amacıyla YİYE-2'yi oluşturmuşlardır. Ölçekte toplam 36 soru mevcut olup, bu soruların 18'i kaygı ve 18'i kaçınma maddesinden oluşmaktadır.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2 değerlendirilirken, ölçekteki çift numaralı sorulardan elde edilen puan Kaçınan Bağlanma puanını, tek numaralı sorulardan elde edilen puan ise Kaygılı Bağlanma puanını vermektedir. Kaçınma boyutu için toplam puan 25 ve Kaygı boyutu için toplam puan 25 olarak belirlenmiştir. Toplam en düşük puan tüm boyutlar için 5'tir. Fraley ve ark. (2000) yapılan analizler sonucunda yetişkin bağlanma davranışlarının yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarıyla yakınlaşmaktan kaçınma olmak üzere iki temel boyutta tanımlandığını ortaya koymuşlardır. Bu analizde her iki boyuttan da düşük puan alanlar (düşük kaygı ve kaçınmaya sahip olanlar) güvenli; her iki boyuttan da yüksek puan alanlar korkulu; kaygı boyutundan yüksek kaçınma boyutundan düşük puan alanlar saplantılı ve kaygı boyutundan düşük, kaçınma boyutundan yüksek puan alanlar kayıtsız bağlanma biçimi içinde sınıflandırılmaktadır. YİYE-II, Likert tipi olmak üzere 7 dereceli (1=hiç katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Bağlanma, Kaçınma ve Kaygı puanları alınan ilgili puanlar toplanarak elde edilir(95). (EK-2)

5.3.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck depresyon envanteri, Beck ve arkadaşları tarafından kişilerin depresyon düzeylerini değerlendirebilmek için 1979 senesinde geliştirilmiştir (96). Ölçek, toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Kişinin bildirimine dayalı ve 0 ile 3 arasında puanlanan maddelerden oluşmaktadır. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişebilmektedir. 1988 senesinde Hisli tarafından Türkçeye standardizasyonu yapılmış olup, Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır (97). Ölçeğin faktör yapısı tek boyutludur ve orijinal çalışma doğrultusundadır. Ölçek puanının yüksek olması,

kişinin depresif şikayetlerinin göreceli olarak daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Çalışmamızda katılımcılara uygulanan Beck Depresyon Envanteri EK-3'te bulunmaktadır.

5.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu öz değerlendirme ölçeği 21 sorudan oluşmaktadır (98). Bireyler her kategoriye 0 (hiç yok) ile 3 (çok sık) arasında bir puan vererek anksiyete belirtilerinin şiddetini belirtir. Toplam puan 0 ile 63 arasındadır. Bu ölçekte toplam puanın yüksek olması anksiyetenin şiddetinin arttığını göstermektedir.

Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy, Şahin ve Erkman tarafından yapılmıştır (99). Çalışmamızda katılımcılara uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği EK-4'te bulunmaktadır.

5.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein tarafından 1994 senesinde geliştirilen bu ölçek, Şar tarafından 1996'da Türkçe'ye uyarlanmış, 2012'de geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (100, 101). Çocukluk çağında maruz kalınan istismar ve ihmal yaşantılarının, öz bildirime dayalı olarak değerlendirilmesini amaçlayarak geliştirilmiş bir ölçektir.

Toplam 28 maddeden oluşan bu ölçeğin puanlanması aşamasında ise; her biri 5'er soru ile temsil edilen çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan alt puanlar ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ayrıca toplam puanın değerlendirilmesine etkisi olmayan üç madde ile de kişi tarafından travmanın minimizasyonunu değerlendirilmektedir (EK-5).

5.3.6. İşlem

Araştırma sorusuna karar verildiğinde önce Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na çalışmanın etik olarak

incelenmesi için gerekli formlar hazırlanıp, etik kurula başvurulmuştur. Araştırma önerisi şeklinde sunulan araştırmamız, etik kurul tarafından onaylanmış olup eklerde sunulmuştur (EK-6). Veri toplama aşaması toplam 10 ay sürmüştür. Elde edilen veriler R studio programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma ve minimum-maksimum değerler şeklinde sunulmuştur. Grupların normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda, Bağımsız Gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmış ve. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.



6. BULGULAR

6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaşları 19 ile 62 arasında değişmektedir, ortalama yaş $37,0 \pm 10,0$ şeklindedir. Eğitim durumları en düşük “okuma yazma bilmiyor” en yüksek “yüksekokul- üniversite mezunu” arasında değişmekte ve büyük kısmı Lise mezunu ve Yüksekokul- üniversite mezunu (%40 ve %30) şeklindedir. 34 katılımcının (%68) araştırmamız sırasında romantik birlikteliği mevcut iken 31 tanesi evliydi (%62). Ayrıca katılımcıların aile tipi “Çekirdek Aile” ve “Geniş Aile” olarak ayrılmış, yaşadıkları aile tipinin ağırlıklı olarak “Çekirdek Aile” (%84) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların 16 tanesinin (%32) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, katılımcıların 18 tanesinin (%36) şimdi veya geçmişte psikiyatrik ilaç tedavisi kullandığı görülmüştür. Ayrıca 28 kişinin (%56) sigara, 11 kişinin (%22) alkol ve 1 (%2) kişinin de madde kullanımı olduğu bilgileri edinilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi

	Min-max	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	19-62	39,98	10,011
		N	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	25	%50
	Erkek	25	%50
Romantik Birliktelik Durumu	Yok	16	%32
	Var	34	%68
Aile Tipi	Çekirdek Aile	42	%84
	Geniş Aile	8	%16
Ailede Psikiyatrik Geçmiş	Yok	34	%68
	Var	16	%32
Psikiyatrik hastalık Öyküsü	Yok	32	%64
	Var	18	%32
Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı	Sigara	28	%56
	Alkol	11	%22
	Madde	1	%1
	Yok	22	%44

6.2. Katılımcıların Cinsiyetlerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırılmış, Beck Depresyon Envanteri puanları açısından cinsiyetler arası anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p= 0,016$). Benzer şekilde Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında da anlamlı fark saptanmıştır ($p= 0,01$) (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyetlerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Beck Depresyon Envanteri Puanı	Kadın	15,88	3-36	15,88	10,501	0,016
	Erkek	8,00	0-24	8,80	5,515	
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Kadın	11,00	2-38	12,92	8,236	0,010
	Erkek	6,00	0-29	8,00	6,526	

6.3. Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumlarının Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların Romantik İlişki Durumlarına göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırılmış, Beck Depresyon Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p= 0,54$). Benzer şekilde Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile de anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,53$) (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumlarının Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

	Romantik Birliktelik Durumu	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Beck Depresyon Envanteri Puanı	Romantik Birlikteliği Var	9,00	0-29	10,75	7,514	0,54
	Romantik Birlikteliği Var	11,00	0-36	13,09	9,690	
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Romantik Birlikteliği Var	9,00	2-38	12,00	9,395	0,53
	Romantik Birlikteliği Var	8,00	0-29	9,74	6,903	

6.4. Katılımcıların Aile Tiplerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların aile tiplerine göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırılmış, Beck Depresyon Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p= 0,560$). Benzer şekilde Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p= 0,278$) (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Aile Tiplerinin Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

	Aile Tipi	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Beck Depresyon Envanteri Puanı	Çekirdek Aile	10,50	0-34	11,79	8,444	0,560
	Geniş Aile	11,50	2-36	15,25	11,961	
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Çekirdek Aile	8,00	1-38	10,17	7,874	0,278
	Geniş Aile	12,00	0-25	12,00	7,445	

6.5. Katılımcıların Psikiyatrik Aile Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik tedavi görme öyküsüne göre Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırıldığında birinci derece akrabalarında psikiyatrik tedavi görmüş olanların ve olmayanların Beck Depresyon Envanteri puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p= 0,01$). Benzer şekilde Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında da anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p= 0,004$) (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Psikiyatrik Aile Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

	Ailede Psikiyatrik Öykü	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Beck Depresyon Envanteri Puanı	Yok	8,50	0-34	9,88	7,189	0,01
	Var	14,00	3-36	17,56	10,513	
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Yok	7,00	0-38	8,56	7,102	0,004
	Var	12,00	2-29	14,50	7,763	

6.6. Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların psikiyatrik ilaç tedavisi görme durumlarına Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırılmış, hem Beck Depresyon Envanteri puanları ile hem de Beck Anksiyete Ölçeği puanlarında psikiyatrik ilaç tedavisi kullananlar ile kullanmayanlar katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (her ikisi de $p<0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

	Psikiyatrik İlaç Tedavi Öyküsü	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Beck Depresyon Envanteri Puanı	Yok	7,00	0-23	8,16	5,231	p<0,001
	Var	15,50	8-36	19,78	9,705	
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Yok	6,00	0-25	7,00	4,951	p<0,001
	Var	14,00	7-38	16,61	8,147	

6.7. Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Katılımcıların bağımlılık yapıcı madde kullanma durumuna göre Beck Depresyon Envanteri (p=0,710) ve Beck Anksiyete Ölçeği (p=0,206) puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Öyküsünün Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

	Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Beck Depresyon Envanteri Puanı	Yok	9,00	0-36	12,41	8,656	0,710
	Var	11,00	0-34	12,29	9,490	
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Yok	11,00	2-38	11,68	8,002	0,206
	Var	7,50	0-29	9,50	7,574	

6.8. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları karşılaştırılmış, cinsel istismar açısından kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,023$). Duygusal istismar ($p=0,218$), fiziksel istismar ($p=0,184$), duygusal ihmal ($p=0,666$), fiziksel ihmal ($p=0,755$) ve ÇÇTÖ toplam puanları ($p=0,219$) açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Duygusal İstismar Puanı	Kadın	7,00	5-25	9,20	5,132	0,218
	Erkek	6,00	5-18	7,60	3,841	
Fiziksel İstismar Puanı	Kadın	5,00	5-25	7,44	4,925	0,184
	Erkek	5,00	5-12	6,00	1,958	
Cinsel İstismar Puanı	Kadın	5,00	5-13	6,60	2,784	0,023
	Erkek	5,00	5-9	5,20	0,816	
Duygusal İhmal Puanı	Kadın	11,00	5-25	11,88	5,974	0,666
	Erkek	10,00	5-25	11,20	5,058	
Fiziksel İhmal Puanı	Kadın	6,00	5-21	7,60	3,937	0,755
	Erkek	6,00	5-17	7,28	3,247	
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Kadın	35,00	25-88	42,72	18,286	0,219
	Erkek	33,00	25-70	37,28	11,830	

6.9. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Romantik Birliktelik Durumu ile Karşılaştırılması

Katılımcıların romantik ilişki durumuna göre, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, duygusal istismar ($p=0,529$), fiziksel istismar ($p=0,419$), Cinsel İstismar ($p=0,439$), duygusal ihmal ($p=0,311$), fiziksel ihmal ($p=0,414$), ve ölçek toplam puanları ($p=0,472$) açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Romantik Birliktelik Durumu ile Karşılaştırılması

	Romantik Birliktelik Durumu	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Duygusal İstismar Puanı	Yok	6,00	5-18	7,63	3,810	0,529
	Var	7,00	5-25	8,76	4,881	
Fiziksel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-12	5,75	1,807	0,419
	Var	5,00	5-25	7,18	4,366	
Cinsel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-13	5,75	2,176	0,439
	Var	5,00	5-12	5,97	2,167	
Duygusal İhmal Puanı	Yok	10,00	5-25	10,63	5,644	0,311
	Var	11,00	5-25	11,97	5,447	
Fiziksel İhmal Puanı	Yok	5,50	5-17	6,87	3,202	0,414
	Var	6,50	5-21	7,71	3,754	
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Yok	35,00	25-62	36,63	11,378	0,472
	Var	34,00	25-88	41,59	17,006	

6.10. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Aile Tipi ile Karşılaştırılması

Katılımcıların aile tipine göre, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde Duygusal İhmal ($p=0,018$) ve ÇÇTÖ toplam puanı ($p=0,036$) açısından çekirdek aile olarak yaşayanlar ile geniş ailede yaşayan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Duygusal istismar ($p=0,668$), fiziksel istismar ($p=0,078$), cinsel istismar ($p=0,290$), fiziksel ihmal ($p=0,078$), açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Aile Tipi ile Karşılaştırılması

	Aile Tipi	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Duygusal İstismar Puanı	Çekirdek Aile	6,00	5-25	8,21	4,475	0,668
	Geniş Aile	7,00	5-1-	9,38	5,181	
Fiziksel İstismar Puanı	Çekirdek Aile	5,00	5-25	6,43	3,723	0,078
	Geniş Aile	6,50	5-15	8,25	3,955	
Cinsel İstismar Puanı	Çekirdek Aile	5,00	5-13	5,62	1,766	0,290
	Geniş Aile	5,00	5-12	7,38	3,335	
Duygusal İhmal Puanı	Çekirdek Aile	10,00	5-25	10,79	5,317	0,018
	Geniş Aile	17,00	7-22	15,50	4,899	
Fiziksel İhmal Puanı	Çekirdek Aile	6,00	5-17	6,98	3,048	0,078
	Geniş Aile	9,00	5-21	9,88	5,194	
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Çekirdek Aile	33,50	25-88	38,02	14,549	0,036
	Geniş Aile	49,00	31-72	50,38	17,113	

6.11. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Birinci Derece Akrabaları'ndaki Psikiyatrik Tedavi Görme Öyküsü ile Karşılaştırılması

Katılımcıların birinci derece akrabalarında psikiyatrik ilaç tedavisi kullanım öyküsüne göre, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde cinsel istismar ($p=0,006$) açısından birinci derece akrabalarında psikiyatrik ilaç tedavisi kullanım öyküsü olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü, duygusal istismar ($p=0,669$), fiziksel istismar ($p=0,287$), duygusal ihmal ($p=0,307$), fiziksel ihmal ($p=0,202$) ve ölçek toplam puanları ($p=0,196$) açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Birinci Derece Akrabaları'ndaki Psikiyatrik Tedavi Görme Öyküsü ile Karşılaştırılması

	Ailede Psikiyatrik Öykü	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Duygusal İstismar Puanı	Yok	6,50	5-18	7,76	3,517	0,669
	Var	7,00	5-25	9,75	6,148	
Fiziksel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-16	6,09	2,417	0,287
	Var	5,00	5-25	8,06	5,567	
Cinsel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-13	5,47	1,796	0,006
	Var	5,00	5-12	6,81	2,588	
Duygusal İhmal Puanı	Yok	10,00	5-25	10,79	4,885	0,307
	Var	11,50	5-25	13,13	6,479	
Fiziksel İhmal Puanı	Yok	5,50	5-17	6,94	2,943	0,202
	Var	7,00	5-21	8,50	4,575	
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Yok	33,00	25-74	37,06	11,781	0,196
	Var	35,00	25-88	46,25	20,421	

6.12. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Psikiyatrik Tedavi öyküsü ile Karşılaştırılması

Katılımcıların psikiyatrik ilaç tedavisi kullanım öyküsüne göre, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, duygusal istismar ($p=0,001$), fiziksel istismar ($p=0,011$), cinsel istismar ($p<0,001$), duygusal ihmal ($p=0,015$) ve ölçek toplam puanları ($p=0,005$) açısından psikiyatrik ilaç tedavisi kullanım öyküsü olan katılımcılar ile psikiyatrik ilaç tedavisi kullanım öyküsü olmayan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Fiziksel ihmal ($p=0,330$) açısından anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Psikiyatrik Tedavi öyküsü ile Karşılaştırılması

	Psikiyatrik İlaç Tedavi Öyküsü	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Duygusal İstismar Puanı	Yok	6,00	5-18	6,84	3,091	0,001
	Var	10,00	5-25	11,17	5,458	
Fiziksel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-12	5,63	1,601	0,011
	Var	5,50	5-25	8,67	5,499	
Cinsel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-13	5,25	1,414	<0,001
	Var	5,50	5-12	7,06	2,733	
Duygusal İhmal Puanı	Yok	8,00	5-25	10,28	5,348	0,015
	Var	13,50	5-25	13,78	5,140	
Fiziksel İhmal Puanı	Yok	5,50	5-21	7,25	3,759	0,330
	Var	6,50	5-16	7,78	3,300	
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Yok	32,00	25-62	35,25	10,827	0,005
	Var	42,00	25-88	48,44	18,965	

6.13. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Sigara alkol madde kullanımı ile Karşılaştırılması?

Katılımcıların bağımlılık yapıcı madde kullanımına göre, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde fiziksel ihmal ($p=0,044$) açısından bağımlılık yapıcı madde kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Duygusal istismar ($p=0,833$), fiziksel istismar ($p=0,596$), cinsel istismar ($p=0,409$), duygusal ihmal ($p=0,144$) ve ölçek toplam puanları ($p=0,061$) açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Sigara Alkol Madde Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Duygusal İstismar Puanı	Yok	6,50	5-18	8,05	3,885	0,833
	Var	6,50	5-25	8,68	5,078	
Fiziksel İstismar Puanı	Yok	5,00	2-15	6,23	2,776	0,596
	Var	5,00	5-25	7,11	4,425	
Cinsel İstismar Puanı	Yok	5,00	5-12	5,86	2,253	0,409
	Var	5,00	5-13	5,93	2,107	
Duygusal İhmal Puanı	Yok	9,50	5-20	10,32	5,112	0,144
	Var	12,00	5-25	12,50	5,673	
Fiziksel İhmal Puanı	Yok	5,00	5-14	6,59	2,702	0,044
	Var	7,00	5-21	8,11	4,058	
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Yok	32,00	25-72	37,05	14,837	0,061
	Var	36,00	25-88	43,32	15,856	

6.14. Katılımcıların Cinsiyetleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre YİYE-2 puanları karşılaştırıldığında, hem kaygılı bağlanma puanları ($p=0,698$) hem de kaçınan bağlanma puanları ($p=0,881$) açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların Cinsiyetleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Kaygılı Bağlanma Puanı	Kadın	64,00	43-100	68,92	19,80	0,698
	Erkek	70,00	32-105	66,72	20,06	
Kaçınan Bağlanma Puanı	Kadın	79,00	51-99	77,72	12,04	0,881
	Erkek	81,00	29-104	78,02	13,91	

6.15. Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların romantik birliktelik durumlarına göre YİYE-2 puanları karşılaştırıldığında, kaygılı bağlanma boyutundaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,038$). Kaçınan bağlanma boyutları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,429$) (Tablo 15).

Tablo 15: Katılımcıların Romantik Birliktelik Durumları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Romantik Birliktelik Durumu	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Kaygılı Bağlanma Puanı	Yok	78,50	43-105	76,56	21,25	0,038
	Var	60,00	32-99	63,70	17,88	
Kaçınan Bağlanma Puanı	Yok	78,00	48-99	76,56	12,56	0,429
	Var	80,50	29-104	78,70	14,63	

6.16. Katılımcıların Aile Tipleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların aile tipine göre YİYE-2 puanları karşılaştırıldığında, hem kaygılı bağlanma puanları ($p=0,681$) hem de kaçınan bağlanma puanları ($p=0,272$) açısından çekirdek aile olarak yaşayanlar ile geniş ailede yaşayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Katılımcıların Aile Tipleri ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Aile Tipi	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Kaygılı Bağlanma Puanı	Çekirdek Aile	65,00	36-105	67,40	19,46	0,681
	Geniş Aile	71,50	32-99	70,00	22,52	
Kaçınan Bağlanma Puanı	Çekirdek Aile	80,50	48-104	79,50	11,92	0,272
	Geniş Aile	76,00	29-96	70,25	20,97	

6.17. Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında psikiyatrik tedavi görme öyküsüne göre YİYE-2 puanları karşılaştırıldığında, hem kaygılı bağlanma puanları ($p=0,223$) hem de kaçınan bağlanma puanları ($p=0,270$) açısından birinci derece akrabalarında psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Ailede Psikiyatrik Öykü	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Kaygılı Bağlanma Puanı	Yok	59,00	32-105	65,52	20,10	0,223
	Var	75,00	36-99	72,68	18,67	
Kaçınan Bağlanma Puanı	Yok	81,50	29-104	78,94	14,68	0,270
	Var	75,00	51-96	76,06	12,33	

6.18. Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların psikiyatrik ilaç tedavisi kullanım öyküsüne göre YİYE-2 puanları karşılaştırıldığında, kaygılı bağlanma boyutundaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Kaçınan bağlanma boyutları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,051$) (Tablo 18).

Tablo 18: Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Kullanma Öyküsü ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Psikiyatrik Tedavi Öyküsü	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Kaygılı Bağlanma Puanı	Yok	57,00	32-105	61,43	18,84	0,002
	Var	82,00	47-100	79,16	16,28	
Kaçınan Bağlanma Puanı	Yok	84,00	29-104	79,50	15,14	0,051
	Var	72,00	63-99	75,38	11,33	

6.19. Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde kullanımları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların bağımlılık yapıcı madde kullanımına göre YİYE-2 puanları karşılaştırıldığında, hem kaygılı bağlanma puanları ($p=0,153$) hem de kaçınan bağlanma puanları ($p=0,177$) açısından bağımlılık yapıcı madde kullanan katılımcılar ile kullanmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların Bağımlılık Yapıcı Madde kullanımları ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı	Ortanca	Min-Max Puan	Ortalama	Standart Sapma	p
Kaygılı Bağlanma Puanı	Yok	75,50	40-100	72,36	19,36	0,153
	Var	58,00	32-105	64,25	19,67	
Kaçınan Bağlanma Puanı	Yok	83,00	64-99	81,63	9,95	0,177
	Var	78,50	29-104	75,17	15,98	

6.20. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanları, ölçeğin alt grup puanları, BDÖ puanları ve BAÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Duygusal İstismar puanı ile BDÖ puanı ve BAÖ puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.541$, $p<0,001$ / $r=.288$, $p=0,043$).

Fiziksel İstismar puanı ile BDÖ puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.287$, $p=0,043$). BAÖ puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=.149$, $p=0,300$).

Cinsel İstismar puanı ile BDÖ puanı ve BAÖ puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.410$, $p<0,001$ / $r=.335$, $p=0,017$).

Duygusal İhmal puanı ile BDÖ puanı ve BAÖ puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.515$, $p<0,001$ / $r=.394$, $p<0,001$).

Fiziksel İhmal puanı ile BDÖ puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.293$, $p=0,039$). BAÖ puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=.169$, $p=0,241$).

ÇÇTÖ Toplam puanı ile BDÖ puanı ve BAÖ puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.534$, $p<0,001$ / $r=.376$, $p<0,001$). (Tablo 20).

Tablo 20: Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Beck Depresyon Envanteri Puanı	Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Duygusal İstismar puanı	Fiziksel İstismar puanı	Cinsel İstismar puanı	Duygusal İhmal puanı	Fiziksel İhmal puanı	ÇÇTÖ Toplam puan
Beck Depresyon Envanteri Puanı	1,000							
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	,653**	1,000						
Duygusal İstismar puanı	,541**	,288*	1,000					
Fiziksel İstismar puanı	,287*	,149	,751**	1,000				
Cinsel İstismar puanı	,410**	,335*	,485**	,514**	1,000			
Duygusal İhmal puanı	,515**	,394**	,553**	,585**	,320*	1,000		
Fiziksel İhmal puanı	,293*	,169	,409**	,472**	,261	,754**	1,000	
ÇÇTÖ Toplam puan	,534**	,376**	,715**	,688**	,513**	,931**	,803**	1,000

* p<0,05 ** p<0,001 Analiz sonucu anlamlı bulunan değerler kalın yazılmıştır

6.21. Katılımcıların YİYE-2 Puanları ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanları ve alt grup puanlarının, YİYE-2 kaygı ve kaçınma alt boyutları puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Duygusal İstismar puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.399$, $p=0,004$). Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-.166$, $p=0,249$).

Fiziksel İstismar puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.435$, $p=0,002$). Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise negatif yönlü istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.298$, $p=0,035$).

Cinsel istismar ile Kaygılı Bağlanma puanı ve Kaçınan Bağlanma puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=.155$, $p=0,282$ / $r=-.178$, $p=0,216$).

Duygusal İhmal puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.396$, $p=0,004$). Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.400$, $p=0,004$).

Fiziksel İhmal puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.287$, $p=0,043$). Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.317$, $p=0,025$).

ÇÇTÖ Toplam puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.406$, $p=0,003$). Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.422$, $p=0,002$). (Tablo 21)

Tablo 21: Katılımcıların YİYE-2 Puanları ile ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Kaygılı Bağlanma puanı	Kaçınan Bağlanma puanı	Duygusal İstismar puanı	Fiziksel İstismar puanı	Cinsel İstismar puanı	Duygusal İhmal puanı	Fiziksel İhmal puanı	ÇÇTÖ Toplam puan
Kaygılı Bağlanma puanı	1,000							
Kaçınan Bağlanma puanı	-,134	1,000						
Duygusal İstismar puanı	,399**	-,166	1,000					
Fiziksel İstismar puanı	,435**	-,298*	,751**	1,000				
Cinsel İstismar puanı	,155	-,178	,485**	,514**	1,000			
Duygusal İhmal puanı	,396**	-,400**	,553**	,585**	,320*	1,000		
Fiziksel İhmal puanı	,287*	-,317*	,409**	,472**	,261	,754**	1,000	
ÇÇTÖ Toplam puan	,406**	-,422**	,715**	,688**	,513**	,931**	,803**	1,000

* $p<0,05$ ** $p<0,001$ Analiz sonucu anlamlı bulunan değerler kalın yazılmıştır

6.22. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

BDÖ puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=.451$, $p=0,001$). Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-.209$, $p=0,144$).

BAÖ puanı ile Kaygılı Bağlanma puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur. ($r=.430$, $p=0,02$) Kaçınan Bağlanma puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-.198$, $p=0,167$). (Tablo 22)

Tablo 22: Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının ile YİYE-2 Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Beck Depresyon Envanteri Puanı	Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Kaygılı Bağlanma puanı	Kaçınan Bağlanma puanı
Beck Depresyon Envanteri Puanı	1,000			
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	,653**	1,000		
Kaygılı Bağlanma puanı	,451**	,430**	1,000	
Kaçınan Bağlanma Puanı	-,209	-,198	-,134	1,000

* $p<0,05$ ** $p<0,001$ Analiz sonucu anlamlı bulunan değerler kalın yazılmıştır

7. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları incelendiğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete belirtileri açısından cinsiyete göre anlamlı bulunan bu fark literatürle uyumlu şekilde; kadın cinsiyetin anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklere kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır (102, 103). Bazı biyolojik ve psikolojik faktörlerin bu farklılıklara katkıda bulunduğu; kadınların stres hormonlarına karşı daha duyarlı oldukları, adaptif başa çıkma stratejileri kullanma olasılıklarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (104). Ayrıca bu bulgu kadınların duygularını ifade etmelerinin kabul edilebilir olması, erkeklere ise duygularını bastırmalarının öğretilmesinden kaynaklanabilir.

Yine katılımcılar BDÖ ve BAÖ puanları açısından değerlendirildiğinde ailesinde psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü olan ve olmayan katılımcılar ile kendisi psikiyatrik tedavi kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Birinci derece akrabalarında psikiyatrik tedavi kullanma öyküsü olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar arasında ölçek puanlarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olması da daha önceki çalışmalar ile uyumludur (105, 106). Aile bireylerinde mevcut olan bir psikopatoloji, kişiler arasındaki ilişki, birbirlerine karşı olan tutum ve davranış, karşılıklı ilgi ve sevgi konusunda belirleyici faktörlerden biridir. Uygun şekilde tedavi edilmemiş çok sayıdaki ruhsal bozukluk, hastalık sahibi bireyleri etkilediği kadar onlarla birlikte yaşayan ve çevresinde olan insanları da etkilemektedir (107). Bu bilgiler ışığında yine çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak ailede psikiyatrik hastalık geçmişinin varlığı, kişide anksiyete ve depresyon gelişimi düzeyleri açısından önemli bir belirleyici olarak bulunmuştur. Bireylerin psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmasının depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine anlamlı farklılık yarattığını bulmuştuk. Açıkgoz ve ark. yaptıkları çalışmada ruhsal/psikolojik problem yaşayan bireylerde depresif belirtilerin 2-3 kat fazla olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumludur (108-110).

Çalışmamızda katılımcıların bağımlılık yapıcı madde (sigara, alkol, uyuşturucu) kullanımı ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. Literatürde daha çok bu sonucun aksini bildiren çalışmalar yer almaktadır. Demografik özelliklerin depresyon düzeyi ile ilişkisini inceleyen çalışmada nikotin bağımlılığı düzeyi ile BDÖ puanlarının doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür. Grant ve ark. yaptıkları çalışmada majör depresyon tanılı bireylerde nikotin bağımlılığının %30 oranında eşlik ettiğini saptamıştır (111). Manley ve ark. ise nikotin bağımlılık şiddeti ile depresyona yatkınlık arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir (112). Bu çalışma aynı zamanda Rezvanfard ve ark. 'nın yaptığı nikotin bağımlılığı düzeyinin artmasıyla depresyon şiddetinin de anlamlı olarak arttığını gösteren çalışması ile benzer sonuçlara ulaşmıştır (113, 114). Ayrıca karşılaşılan sorunların üstesinden gelebilme konusunda zorluk yaşama, sorumluluktan kaçma, problem çözme beceri yetersizliği, devam eden hüznün ve mutsuzluk hâli, korkulan ya da olumsuz duygulardan kaçma isteği gibi sebepler madde kullanımının önemli risk faktörlerindendir (115). Bu risk faktörlerinin birçoğu hem depresyon hem de kaygı bozukluklarına eşlik eden kimi zaman da tanı koyulma sürecinde belirleyici olabilen özelliklerdir. Bağımlılık yapıcı maddelerin, kısa ve geçici süreli rahatlama, sakinleşme sağlama gibi etkileri sonrasında çok daha uzun süre devam edecek kaygı ve çökkünlük dönemlerinin yaşandığı bilinmektedir. Birçok kişi, madde kullanımı sonrasında yaşanacak bu zorlayıcı sürecin farkında değildir (116).

Çalışmamızda BDÖ ve BAÖ puanları katılımcıların aile tipleri açısından karşılaştırıldığında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde, aile tipi ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında ilişki saptamayan ülkemizde yapılmış birkaç çalışma literatürde yer almaktadır (117, 118). Örneğin, Atay ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada aile tipi ile depresyon puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (117). Bu sonucun aksine depresyon ve kaygı düzeylerinin yaşanan aile tipi ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Ayhan Beşer yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayan kadınların, postpartum depresyon açısından daha yüksek riskli olduğunu belirtmiştir (119). Bu sonuç, çekirdek ailede peripartum dönemi yaşayan kadınların sosyal destek konusunda geniş ailede yaşayanlara göre daha eksik kalmaları ile yorumlanmıştır. Göl ve arkadaşlarının çekirdek aileye sahip bireylerin BDÖ puanlarının geniş aileye sahip olanlara göre daha düşük saptadıkları çalışmalarında bu sonucu aile içindeki gelirin daha fazla kişi tarafından paylaşılıyor olması sebebiyle geniş aileye sahip bireylerinin ihtiyaçlarını karşılama ve hayatlarına

dair hedeflerini gerçekleřtirme konularındaki zorluklarının yařam kalitelerini olumsuz etkileyebileceęi ve onların depresyona daha yatkın hale gelmelerine sebep olabileceęi dűřűncesiyle açıklanmıřtır.

Yaptıęımız çalıřmada, katılımcıların romantik iliřki durumlarının depresyon ve anksiyete puanları űzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluřturmadıęı sonucuna varmıř olsak da 18-25 yař aralıęındaki 439 katılımcının deęerlendirildięi bir çalıřmada yalnızlıęın depresyon, kaygı, algılanan sosyal destek ve duygusal zeka arasındaki iliřkiler incelenmiř, en gűlű iliřkinin depresyon ve kaygı ile olduęu gűrűlműřtűr (120). Ayrıca literatűrdeki bařka çalıřmalar da yalnızlıęın, depresyon ve anksiyete semptomları ile űnemli derecede benzerlik gűsterdięi sonucuna varılmıřtır (121, 122). Çalıřmamızdaki katılımcı sayısının dięer çalıřmalara gűre daha dűřűk olmasından dolayı çalıřmamızdan edindięimiz bazı bulguların genel literatűrden farklılıęının gűzlenmesi olasıdır.

Simonić ve arkadaşlarının yaptıęı arařtırmanın sonuçları, çocuklukta yařanan olumsuz deneyimlerin “tűm geliřim dűnemlerinde psűriazisli hastalarda daha sık gűrűldűęűnű” gűstermiřtir (123). Çocukluk aęı travması da sedef hastalıęı geliřimi için iyi bilinen psikososyal uyarıcılardan biridir. Ayrıca psűriazis hastalıęının klinik řiddetini arttırması açısından űnem tařımaktadır (124). Arařtırmamızdaki bulgulardan biri çocukluk aęı travmalarından cinsel istismar alt tipinin cinsiyetler arasında anlamlı farklılık gűsterdięidir. Çalıřmamızdaki bu bulguya gűre cinsel istismar kadınlarda erkeklere gűre daha fazla bildirilmiřtir. Bu konuda literatűrde sonuçlar çeřitlidir. Sedef hastalarının bildirdięi cinsel istismar prevalansı, kadın hastalarda erkeklere gűre daha sıktır. Lampe'nin çocukluk aęı travması űzerine yaptıęı arařtırma, kadınların erkeklerden daha sık cinsel istismara uęradıęını űne sűrműřtűr (125, 126), kadınların cinsel istismarı bildirme olasılıęının yaklařık dűrt kat daha fazla olduęunu gűstermiřtir. Çalıřmamızdaki bulguların aksine Gűneri Yűyen (2017) tarafından yapılan, çocukluk aęı travmalarının kiřinin benlik saygısı ile iliřkisinin incelendięi çalıřmada cinsel istismarın erkeklerde kızlara gűre daha fazla gűrűldűęű tespit edilmiřtir (127). Yine Eroęlu ve Tűrk'űn 450 ergen ile yaptıęı çalıřmada cinsel istismarın erkeklerde kızlara gűre daha yűksek olduęu bildirilmiřtir (128). Çocuklukta cinsel istismarın bildirilmesi kritik bir konudur ve mevcut verilerin buzađının sadece gűrűnen kısmı olduęu dűřűnűlmektedir (124).

Eagly'nin Sosyal Rol Teorisine göre (1987) kadınların daha pasif veya “zayıf” olmaları beklendiği için (sosyal rollerine göre) erkeklerden daha kolay semptom bildirebilirler. Buna karşılık, erkeklerin kadınlardan “daha güçlü” olmaları beklenir ve rahatsızlıklar hakkında konuşmayı reddedebilirler (129). İstismarın farklı açıklanma oranları kadınlar tarafından daha fazla kendini açma yönünde olma eğiliminde olmasından kaynaklanıyor olabilir (130). Çalışmamızda literatürdeki bazı sonuçlardan farklı olarak cinsel istismarın kadınlarda daha fazla bulunması ataerkil kültürel değerlerle ilişkili olabilir.

Diğer travma alt tipleri ve çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları açısından cinsiyete göre anlamlı farklılık saptamadık. Benzer şekilde Bostancı ve ark.'nın yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında travma yaşantıları açısından hiçbir fark bulunmamıştır (131). Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde çocukluk çağı travmatik yaşantılar ölçeği ile yapılan çalışmalarda ihmal ve istismarın erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (132). Çocukluk çağı ihmal ve istismar çeşitlerinin cinsiyetler arası farklılık göstermesinde kültürel değişkenlerin etkisi olabilir.

Bakımveren fiziksel ya da duygusal olarak çocuğun ihtiyacı durumunda yanında değilse ya da tutarsız davranıyorsa, çocuk kendi yaşamını garanti altına alabilmek için “ikincil bağlanma stratejileri” geliştirmeye zorlanır, böylece “güvensiz bağlanma stilleri” gelişir. Bağlanma sistemini devre dışı bırakıp kendi imkanlarıyla problemleri çözmeye çalışır, yakınlık arayışı yoktur, “kaçıngan bağlanma stiline” sahip olmasına neden olur (133). Bakımveren tutarsız şekilde çocukla yakınlık kuruyorsa çocuk yakınlık davranışını sürdürmeyi seçip bağlanma sistemini aşırı şekilde aktifleştirebilmektedir. Yakınlaşma amaçlı sergilediği davranışları sıklaştırıp bakıcının ilgisini sürekli çekme ihtiyacı hisseder. Sürekli bir yakınlık endişesi yaşayan başlayan çocukta “kaygılı bağlanma stili” gelişir (133). Kaygılı bağlanma ilişkilerde reddedilme ve vazgeçilme korkusudur (82).

Çocuklar, kritik bir dönem olarak erken çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalmaya özellikle duyarlıdır. Çocuklar maruz kaldıkları travmatik olayların bir sonucu olarak genellikle gelişimlerinin duygusal temellerini oluşturan başkaları tarafından korunma beklentisini kaybetme ve sosyal güveni kaybetme gibi alanlarda istikrarsızlıklar yaşarlar. İhmal ve istismar ölçümleriyle

değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travması, bireylerin yetişkin yaşamlarındaki aileleri, arkadaşları ve özellikle partnerleriyle kurdukları ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çocukluk çağı travmasının, diğer insanların bireyin duygusal gereksinimlerini karşılayamayacağı beklentisini içeren güvensiz bağlanma gelişimini tetiklediği öne sürülmektedir (134).

Bağlanma teorisine göre bebek ile bakım vereni arasında kurulan bağın bireyin kişilik gelişimi ve davranışsal tutumları üzerine belirgin etkilerinin olduğu, çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların da psikopatoloji gelişimi üzerinde önemli etkileri olduğu bildirilmiştir (135). Yapmış olduğumuz araştırmada biz de çocukluk çağı travmaları ile bağlanma alt boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık. Bu amaç ile yürütülmüş olan araştırma, çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel ihmal ve istismar, duygusal ihmal ve istismar yaşantıları ile kaygılı bağlanma geliştirme arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin varlığını göstermiştir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda da gösterildiği gibi, çocukluk çağında yaşanan bu travmatik durumlar, erişkinlikte güvensiz bağlanma paterninin özellikle de kaygılı bağlanmanın ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (135, 136). Finzi ve ark.'nın (2001) travmatik olaylara maruz kalmış çocuklarda yaptıkları bağlanma stillerinin incelendiği çalışmalarında, fiziksel istismara maruz kalmış çocuklar, insanlara şüpheli ve güvensiz yaklaşmaktadırlar. Buna ek olarak ihmal öyküsü olan çocuklar sosyal beceriler konusunda geri kalabileceği, yetersizlik şemaları hayatlarına yön veren en önemli faktörlerden biri haline geleceği bildirilmiştir (137).

Diğer taraftan yaptığımız araştırmadan edinilen bir başka sonuç ise kaçınan bağlanma stili ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarının hiçbir alt boyutu ile pozitif yönde korelasyon göstermediğidir. Oysa literatür incelendiğinde edinilen bilgilerin, bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olduğu görülmektedir. Uğur (2010) yayınlanmamış uzmanlık tezinde kaçınan bağlanmanın çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu bulmuştur (135). Pierrehumbert ve ark. (2009) çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış olan kadınların erişkin dönemde ilişkilerine karşı daha yüksek düzeyde kaygılı olduklarını, terk edilme korkularını daha şiddetli yaşadıklarını saptamışlardır (138). Literatür ile çelişen çalışma sonucumuz, katılımcı sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmanın bulguları arasında, çocukluk çağı travmatik yaşantıların güvensiz bağlanmanın ortaya çıkmasına, özellikle daha fazla travma alt tipi ile ilişkili olan kaygılı bağlanmaya neden olduğu yer almaktadır. Çocuğa istismarı uygulayanın genellikle en yakındaki kişilerden biri olması istismarın birey üzerinde kaygılı bağlanma yaratmasında etkili olabilir. Güvenli bir bağlılığın temeli aynı zamanda uygun zamanda bakım verenden kopma davranışının gerçekleşmesi ile olmaktadır. Ancak istismara uğrayarak büyüyen bir çocuk bu kopma davranışını sağlıklı bir şekilde geliştiremeyeceğinden araştırmamızda bulguların işaret ettiği kaygılı bağlanmanın neden olabilecektir (139, 140).

Önceki çalışmalar, cinsel istismara maruz kalan çocukların kaçınan tipte bağlanma özelliklerine sahip olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca yetişkinlere odaklanan bir başka çalışma, çocuklukta travmaya maruz kalan bireylerin kaçınan tip bağlanma geliştirdiklerini, bu tür çocukların ebeveynlerinin desteğinden yoksun olduklarını ve dolayısıyla daha az bağlanma davranışı geliştirdiklerini ortaya koymuştur. (141).

Çalışmamızda kaygılı bağlanma ile duygusal ihmal ve duygusal istismar arasında ilişki saptanmıştır. Yine araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular, yetişkin bireylerin çocukluk döneminde fiziksel/duygusal ihmale uğramış olmaları durumunda, kurdukları duygusal bağlarda ağırlıklı olarak kayıtsız/kaçınan stil özellikleri göstermektedirler. Bu çıkarımımız literatürle de uyumlu olup çocukluk çağında ebeveynleri tarafından duygusal istismar yaşamak zorunda kalan çocukların, bu korku ile duygusal ilişki bağı kurdukları insanlara güvensiz bağlanacağı tahmin edilmektedir (142). Bu kişiler, duygusal yönden ihtiyaç duydukları güvenceyi ailelerinden alamadığından dolayı insanlara güvenip onlara bağlanmayı reddederek kendilerini bir şekilde koruyabileceklerini belirtmektedir (143). Bağlanma stilleri ilgili yapılmış olan araştırmalar incelendiğinde, en sağlıklı bağlanma stiline güvenli bağlanma olduğu görülmektedir ve ideal bağlanma stili olarak kabul edilmektedir.

Psöriazis olan bireylerde olmayanlara göre artmış oranda anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı, aleksitimi, stres ve intihar eğilimi gibi çeşitli ruhsal etkiler bilinmektedir. Ayrıca çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların ebeveyn-çocuk ilişkisinde yaşanan sorunlarla bağlı olarak güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu, bu durumun da erişkin dönemde psikopatoloji gelişimi üzerinde önemli etkileri görülmektedir. Tüm bunlar göz önüne

alındığında hem ruhsal bozuklukların önlenmesi hem de ruhsal yük getiren psöriazisin klinik seyri üzerinde etkisi olması için koruyucu ruh sağlığı açısından erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisine daha fazla önem verilmelidir.

Çalışmamızın katılımcı sayısının daha önce yapılmış olan çalışmalara göre daha düşük olması en belirgin kısıtlılığımızdır. İçerisinde bulunduğumuz pandemi dönemi ve hastaların mümkün olduğunca teması azaltmak için evlerinden çıkamamış olmaları, bu kısıtlılığın başlıca sebebi gibi görünmektedir. Ayrıca katılımcılar ile yapılandırılmış psikiyatrik klinik görüşme yapamamamız ve mevcut psöriasis hastalık şiddetlerini değerlendirememiş olmamız diğer önemli kısıtlılıklarımız olmuştur.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen veriler, çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların ve bakım verenlerle kurulan ilişkilerin, bireylerin yetişkinliklerinde ruhsal durumuna, yakın ilişkilerde kullanılan bağlanma paternlerine önemli derecede etkili olduğunu göstermektedir

Hastayı ele alırken bu değişkenlerin birbirinden bağımsız değerlendirmenin doğru olmayacağı ve hastaların bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır.



9. KAYNAKLAR

1. Boehncke WH, Systemic inflammation and cardiovascular comorbidity in psoriasis patients: causes and consequences. *Frontiers in immunology*, 2018; 9: 579.
2. Otto Braun-Falco, Gerd Plewig, Helmut H. Wolff, Walter H. C. Burgdorf, Erythematopapulosquamous diseases, in *Dermatology*. 2000: Springer: 571-647.
3. Odom RB, James WD, Berger TG. Viral Diseases. In: *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. WB Saunders (9th edn.), Philadelphia, 2000: 1069-71.
4. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8e. McGrawHill Medical. 2012:2421-9.
5. Holubar K. Psoriasis–100 years ago. *Dermatology*. 1990; 180(1): 1-4.
6. Farber EM. Juvenile psoriasis: early interventions can reduce risks for problems later. *Postgraduate medicine*. 1998; 103(4):89-100.
7. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, Fritsch P, Reider N. Papulosquamous and eczematous dermatoses. *Dermatology*. St. Louis, MO: Mosby. 2003:221-2.
8. Liang SE, Cohen JM, Ho RS. Psoriasis and suicidality: A review of the literature. *Dermatologic therapy*, 2019; 32(1): e12771.
9. Önsü KA and Tezcan E. Bağırsak Florasının Sedef ve Çeşitli Hastalıklarla İlişkisi. *Journal of Health and Sport Sciences*. 2018; 1(1): 1-4.
10. Gür G. Psoriyazisde Klinik Spektrum. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*. 2012; 5(3): 21-6.
11. Turan H, Acer E, Aliagaoglu C, Uslu E, Albayrak H, Özşahin M. Psoriyazisli Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi/The Evaluation of the Sociodemographic and Clinical Features of Patients with Psoriasis. *Türk Dermatoloji Dergisi*. 2013 Jun 1;7(2):76.
12. Kayıran N, Korkmaz S, Özgöztaş O. Plak tip psöriasis hastalarında obezitenin hastalık şiddeti üzerine etkisi. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*. 2014; 48(4): 193-196.

13. Sarkany RP, Breathnach SM, Morris AA, Weismann K, Flynn PD. Metabolic and nutritional disorders. Rook's textbook of dermatology. 2010 Mar 22;1:1-03.
14. Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. Clinical and Experimental Dermatology. 2001; 26(4): 321-325.
15. Yazici A and Karabulut A. Psoriasisin genetik özellikleri ve patogenezi. Dermatose. 2003; 2: 95-102.
16. Steele JA, Choi C, Kwong PC. Topical tacrolimus in the treatment of inverse psoriasis in children. Journal of the American Academy of Dermatology. 2005; 53(4): 713-716.
17. Kormeili T, Lowe N, and Yamauchi P. Psoriasis: immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; US experiences. British Journal of Dermatology. 2004; 151(1): 3-15.
18. Xia YP, Li B, Hylton D, Detmar M, Yancopoulos GD, Rudge JS. Transgenic delivery of VEGF to mouse skin leads to an inflammatory condition resembling human psoriasis. Blood. 2003 Jul 1;102(1):161-8.
19. Asumalahti K, Laitinen T, Itkonen-Vatjus R, Lokki ML, Suomela S, Snellman E, et al. A candidate gene for psoriasis near HLA-C, HCR (Pg8), is highly polymorphic with a disease-associated susceptibility allele. Human molecular genetics. 2000 Jun 12;9(10):1533-42.
20. Bonifacio KM, Kunjraiva N, Krueger JG, Fuentes-Duculan J. Cutaneous expression of a disintegrin-like and metalloprotease domain containing thrombospondin type 1 motif-like 5 (ADAMTSL5) in psoriasis goes beyond melanocytes. Journal of pigmentary disorders. 2016 Oct;3(3).
21. Lowes MA, Suarez-Farinas M, and Krueger JG. Immunology of psoriasis. Annual review of immunology. 2014; 32: 227-255.
22. Tonel G. and Conrad C. Interplay between keratinocytes and immune cells—recent insights into psoriasis pathogenesis. The international journal of biochemistry & cell biology. 2009; 41(5): 963-968.
23. Di Meglio P, Villanova F, Navarini AA, Mylonas A, Tosi I, Nestle FO, et al. Targeting CD8+ T cells prevents psoriasis development. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2016 Jul 1;138(1):274-6.

24. Cheuk S, Wikén M, Blomqvist L, Nylén S, Talme T, Ståhle M, Eidsmo L. Epidermal Th22 and Tc17 cells form a localized disease memory in clinically healed psoriasis. *The Journal of Immunology*. 2014 Apr 1;192(7):3111-20.
25. Lande R, Botti E, Jandus C, Dojcinovic D, Fanelli G, Conrad C, et al. The antimicrobial peptide LL37 is a T-cell autoantigen in psoriasis. *Nature communications*. 2014 Dec 3;5(1):1-6.
26. Arakawa A, Siewert K, Stöhr J, Besgen P, Kim SM, Rühl G, et al. Melanocyte antigen triggers autoimmunity in human psoriasis. *Journal of Experimental Medicine*. 2015 Dec 14;212(13):2203-12.
27. Conrad C, Meller S, and Gilliet M. Plasmacytoid dendritic cells in the skin: to sense or not to sense nucleic acids. in *Seminars in immunology*. Elsevier, 2009.
28. Sarac G, Koca TT, and Baglan T. A brief summary of clinical types of psoriasis. *Northern clinics of Istanbul*. 2016; 3(1): 79.
29. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, Alavi A, Mistry N, Sibbald RG. A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Advances in skin & wound care*. 2013 Jun 1;26(6):271-84.
30. Mehta S, Singal A, Singh N, Bhattacharya S. A study of clinicohistopathological correlation in patients of psoriasis and psoriasiform dermatitis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 2009 Jan 1;75(1):100.
31. Weiss G, Shemer A, and Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2002; 16(3): 241-248.
32. Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol*. 2015; 90(1): 9-20.
33. Boehncke WH, Qureshi A, Merola JF, Thaçi D, Krueger GG, Walsh J, et al. Diagnosing and treating psoriatic arthritis: an update. *British Journal of Dermatology*. 2014 Apr;170(4):772-86.
34. Radtke MA, Reich K, Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Jun 23;23(6):683-91.

35. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Psoriasisli hastalarda yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi. TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2003;37(3):189-95.
36. Fouere S, Adjadj L, and Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2005; 19: 2-6.
37. Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, et al. Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. Dermatology. 2006;212(2):128-36.
38. Russo PA, Ilchef R, and Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. Australasian journal of dermatology. 2004; 45(3): 155-161.
39. Harvima RJ, Viinamäki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. Acta dermato-venereologica. 1996 Nov 1;76(6):467-71.
40. Kılıç A, Güleç MY, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2008 May;22(5):537-42.
41. Mease PJ and Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. Journal of the American Academy of Dermatology. 2006; 54(4): 685-704.
42. Schmitt JM and Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. Dermatology. 2007; 215(1): 17-27.
43. Finlay AY. Quality of life assessments in dermatology. in Seminars in cutaneous medicine and surgery. 1998.
44. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales—a measure of the impact of skin diseases. British Journal of Dermatology. 1997 Feb;136(2):202-6.
45. Luo J, Wu SJ, Lacy ER, Orlovsky Y, Baker A, Teplyakov A, et al. Structural basis for the dual recognition of IL-12 and IL-23 by ustekinumab. Journal of molecular biology. 2010 Oct 8;402(5):797-812.
46. Brandon A, Mufti A, Sibbald RG. Diagnosis and management of cutaneous psoriasis: a review. Advances in skin & wound care. 2019; 32(2): 58-69.

47. Steffen C, Dupree ML. Louis-Frédéric Wickham and the Wickham's striae of lichen planus. *Skinmed*. 2004; 3(5): 287-9.
48. Chu DH. Overview of biology, development, and structure of skin. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 2008; 7: 57-73.
49. Herman J. Travma ve iyileşme. Vol. 1: Literatür Yayıncılık, 2011.
50. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004; 47(2): 140-51.
51. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Akkan AV, Ferhat İÇ. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):591-614.
52. Şimşek Ş and Gençdoğan S. Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2014; 41(1).
53. Polat O. *Klinik Adli Tıp* (1. baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2004.
54. Hancı İH. *Adli tıp ve adli bilimler*. Seçkin Yayıncılık, 2002.
55. Hettler J and Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics*. 2003; 111(3): 602-607.
56. Sugar NF, Taylor JA, and Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1999; 153(4): 399-403.
57. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2004; 3(4): 76-80.
58. Hornor G. Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*. 2005; 19(4): 206-212.
59. Zehtiyi Fusun Y and Gulumser Gultekin A. Child abuse-neglect and forensic odontology. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2007; 6.
60. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*. 2010 Nov;197(5):378-85.
61. Lynch M, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A. National study on violence against children in Georgia.

62. Sağır M. and Gözler A. Sınıf öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik görüşleri ve farkındalık düzeyleri. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2013; 3(5): 67-102.
63. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford press; 1993.
64. Burns EE, Jackson JL, and Harding HG. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2010; 19(8): 801-819.
65. Sedlak AJ and Broadhurst DD. The national incidence study of child abuse and neglect. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. 1996; 8730763.
66. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1(2): 95-119.
67. Kanbur N and Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. Çocuk İhmal ve İstismarı-I. 2010; 32(4): 491-502.
68. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2003; 42(3): 269-278.
69. Polat O. Çocuk ve şiddet. Der Yayınları, 2001.
70. Kütük MÖ and Bilaç Ö. Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. Türkiye Klinikleri. 2017; 3(3): 181-187.
71. Harrington D, Zuravin S, DePanfilis D, Ting L, Dubowitz H. The neglect scale: Confirmatory factor analyses in a low-income sample. Child maltreatment. 2002 Nov;7(4):359-68.
72. Berry MR. Charlson, and K. Dawson, Promising practices in understanding and treating child neglect. Child & Family Social Work. 2003; 8(1): 13-24.
73. Shorey HS and Snyder C. The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. Review of general psychology. 2006; 10(1): 1-20.
74. Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Nanni RC, Di Pasquale C, Siracusano A. Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. Psychosomatic Medicine. 2006 May 1;68(3):449-53.

75. Crittenden PM. Internal representational models of attachment relationships. *Infant mental health journal*. 1990; 11(3): 259-277.
76. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume I. In *Attachment and Loss: Volume I: Attachment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1969: 1-401
77. Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment*, Vol. 1. 2nd Ed New York. NY: Basic Books, 1982.
78. Bowlby J. Attachment and loss: Volume III. Loss, sadness and depression, in *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis. 1980; 1-462.
79. Mikulincer M and Shaver PR, The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes; 2003.
80. Mikulincer M and PShaver PR. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press, 2007.
81. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press; 2015 Jun 26.
82. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. 1998.
83. Kirkpatrick LA and Hazan C. Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships*. 1994; 1(2):123-142.
84. Fraley RC, Vicary AM, Brumbaugh CC, Roisman GI. Patterns of stability in adult attachment: an empirical test of two models of continuity and change. *Journal of personality and social psychology*. 2011 Nov;101(5):974.
85. Michael Bradley J and Cafferty TP. Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment & human development*. 2001; 3(2): 200-221.
86. Cicirelli V. God as the ultimate attachment figure for older adults. *Attachment & Human Development*. 2004; 6(4): 371-388.
87. Consedine NS and Magai C. Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. *Attachment & Human Development*. 2003; 5(2): 165-187.

88. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of personality and social psychology*. 1998; 74(5): 1380.
89. Hazan C and Shaver P. *Attachment Theory and Research*, 1987.
90. Bartholomew K and Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991; 61(2): 226.
91. Çalışır M. The relationship of adult attachment theory and affect regulation strategies to depression. *Current Approaches in Psychiatry*. 2009; 1(3): 240-255.
92. Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2009; 1(3): 240-255.
93. Fraley RC and Shaver PR. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*. 2000; 4(2): 132-154.
94. Selçuk E, Günaydin G, Sümer N, Uysal A. Yetişkin Bağlanma Boyutları İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açidan Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2005 Dec.
95. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*. 2000; 78(2): 350.
96. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
97. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol*. 1989; 7: 3-13.
98. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. Beck anxiety inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993.
99. Ulusoy M., Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998; 12(2): 163.
100. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. *Childhood trauma questionnaire. Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners..* 1998.

- 101.Sar V, Öztürk E, İkikardes E. Cocukluk Cagi Ruhsal Travma Ölceginin Türkce Uyarlamasinin Gecerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. Türkiye Klinikleri. Tip Bilimleri Dergisi. 2012; 32(4): 1054.
- 102.Pigott TA. Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. Journal of Clinical Psychiatry. 1999; 60: 4-15.
- 103.Noble RE. Depression in women. Metabolism. 2005; 54(5): 49-52.
- 104.Verma R, Balhara YPS, Gupta CS. Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. Industrial psychiatry journal. 2011; 20(1): 4.
- 105.Rush MMHAJ, McClintock SRWSM, Lori MFAAN. Family history of depression and therapeutic outcome: findings from STAR* D. The Journal of clinical psychiatry. 2009; 70(2): 7166.
- 106.Milne BJ, Caspi A, Harrington H, Poulton R, Rutter M, Moffitt TE. Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. Archives of general psychiatry. 2009 Jul 1;66(7):738-47.
- 107.Atwoli L, Nock MK, Williams DR, Stein DJ. Association between parental psychopathology and suicidal behavior among adult offspring: results from the cross-sectional South African Stress and Health survey. BMC psychiatry. 2014 Dec;14(1):1-0.
- 108.Richards D. and A. Salamanca Sanabria, Point-prevalence of depression and associated risk factors. The Journal of Psychology. 2014; 148(3): 305-326.
- 109.Çelikel ÇF and Erkorkmaz Ü. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008; 45(4): 122-129.
- 110.Açıkgöz A, Ayfer D, and Binbay T. Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. Çukurova Medical Journal. 2018; 43(1): 131-140.
- 111.Velioğlu U and Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2018; 45(1): 35-41.

- 112.Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2009 Sep 1;104(1-2):126-32.
- 113.Rezvanfard M, Ekhtiari H, Mokri A, Djavid GE, Kaviani H. Psychological and behavioral traits in smokers and their relationship with nicotine dependence level. *Archives of Iranian Medicine*. 2010 Sep 1;13(5):395-405.
- 114.Grant BF, Harford TC, Dawson DA, Chou PS, Pickering RP. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and alcohol dependence*. 1995 Jul 1;39(1):37-44.
- 115.Özbay Y, Yılmaz S, Aliyev R, Tomar İH, Eşici H, Yancar C, et al. Madde bağımlılığı: Temiz bir yaşam için bireyin güçlendirilmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2018;5(1):81-130..
- 116.Keskin G and Gümüş AB. Alkol ve madde bağımlılarında depresif belirtiler ve depresif belirtilerle ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *Dusunen Adam*. 2017; 30(2): 124.
- 117.Atay İM, Kaya V, Yalçın AY, Ünal GÖ. Meme kanseri olgularında aile işlevleri ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2015;6(5):612-5.
- 118.Karadağ H, Örsel S, Kart A, Özcaltepe B, Türkçapar H, Kayran E. Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu-nun Birlikte Görüldüğü Durumların Klinik Özellikleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2011 Jul 1;14(3):164-72.
- 119.Başer DA. Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2018; 18(3): 276-285.
- 120.Özdemir H and Tatar A. Genç yetişkinlerde yalnızlığın yordayıcıları: Depresyon, kaygı, sosyal destek, duygusal zeka. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2019; 1(2): 93-101.

121. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2014 Sep;8(9):WE01.
122. Durak M and Senol-Durak E. Psychometric qualities of the UCLA loneliness scale-version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology*. 2010; 36(10-11): 988-1007.
123. Simonić E, Kaštelan M, Peternel S, Pernar M, Brajac I, RONČEVIĆ-GRŽETA I, et al. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *The Journal of Dermatology*. 2010 Sep;37(9):793-800.
124. Erfanian M. Childhood trauma: a risk for major depression in patients with psoriasis. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018; 28(4): 378-385.
125. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child abuse & neglect*. 2004 Feb 1;28(2):167-80.
126. Lampe A. The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe/prävalenz von sexuellem mißbrauch, physischer mißhandlung und emotionaler vernachlässigung in Europa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2002; 48(4): 370-380.
127. Yöyen EG. Childhood trauma and self-respect. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2017; 3(1): 267-282.
128. Çeçen-Eroğul AR and Türk S. Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve öfke ifade tarzları ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2013; 10(1): 1421-1439.
129. Eagly A. Sex differences in sexual behavior: A social-role interpretation, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1987.
130. Dindia K and Allen M. Sex differences in self-disclosure: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 1992; 112(1): 106.
131. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. In *New/Yeni Symposium Journal* 2006 (Vol. 44, No. 4, pp. 189-195).

132. Aslan SH and Alparslan ZN. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10(4): 275-285.
133. Shaver PR and Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*. 2002; 4(2): 133-161.
134. Erozkın A. The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal journal of educational research*. 2016; 4(5): 1071-1079.
135. Uğur Z. Bipolar affektif bozuklukta bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi., İstanbul, 2010.
136. Nilgün, C. Alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans tezi, İstanbul, 2010.
137. Finzi R, Ram A, Har-Even D, Shnit D, Weizman A. Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. *Journal of youth and adolescence*. 2001 Dec;30(6):769-86.
138. Pierrehumbert B, Torrisi R, Glatz N, Dimitrova N, Heinrichs M, Halfon O. The influence of attachment on perceived stress and cortisol response to acute stress in women sexually abused in childhood or adolescence. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Jul 1;34(6):924-38.
139. Çelebi BM, Polat A. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıların, Yetişkin Bağlanma Stilllerinin ve Psikolojik İyi Oluşun Evlilik Doyumu Üzerindeki Etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 5(1): 29-34.
140. Woike BA, Osier TJ, Candela K. Attachment styles and violent imagery in thematic stories about relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1996; 22(10): 1030-1034.
141. Gauthier L, Stollak G, Messé L, Aronoff J. Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child abuse & neglect*. 1996 Jul 1;20(7):549-59.
142. Muller RT, Thornback K, and Bedi R. Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence*. 2012; 27(3): 243-255.

143. Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, Conwell Y, Talbot NL. The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*. 2012 Jan;68(1):78-87.



10. EKLER

Ek 1: Sosyo-Demografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu

Ad-soyadı:

Tarih:

Telefon:

Adres:

Doğum tarihi ve yaş:

Cinsiyet : 1) kadın 2) erkek

Eğitim durumu: yıl olarak

- 1) okur yazar değil
- 2) okur yazar
- 3) ilkokul mezunu (5 yıl)
- 4) ortaokul mezunu (8 yıl)
- 5) lise mezunu (12 yıl)
- 6) yüksekokul –üniversite mezunu

Meslek:

- 1) işsiz- ev hanımı
- 2) gelir karşılığı çalışıyor (işçi-memur)
- 3) öğrenci
- 4) emekli
- 5) malul (çalışamıyor)

Medeni durumu:

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Nişanlı/sözlü
- 4) İlişkisi var
- 5) Boşanmış

Şayet evliyseniz A-B-C-D-E-F sorularını yanıtlayınız (Evli değilseniz boş bırakınız)

A) Kaç yaşınızda evlendiniz:

B) Kaç yıldır evlisiniz:

C) Kaçıncı evliliğiniz:

D) Eşinizle beraberlik sürelerinizi aşağıdaki seçeneklerin karşısına yazınız:

Arkadaşlık süresi: _____

Flört süresi: _____

Nişanlılık süresi: _____

Evlilik süresi: _____

E) Evlilik şekliniz aşağıdakilerden hangisidir? Görücü usulü (Hiç birbirini tanımadan) ()

Birisinin tanışmasıyla () Tanışarak ()

F) Bu sizin ilk evliliğiniz mi? Evet () Hayır ()

Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise daha önceki evlilik sayısını belirtiniz. 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Birlikte yaşadığı kişiler :

Ebeveynleri ile

- 1) Eşi ve çocukları ile
- 2) Yalnız
- 3) Geniş aile
- 4) Tanıdıkları ile

Aile tipi : 1) çekirdek 2) geniş

Çocuk sayısı:

Kardeş sayısı:

Yaşadığı yer:

- 1) Köy
- 2) İlçe
- 3) il

Ailede psikiyatrik hastalık veya intihar girişim öyküsü (varsa belirtin, kimler, kaç kişi, yakınlık derecesi, hangi hastalıklar):

- 1) anne
- 2) baba
- 3) kardeşler
- 4) 2.derece akrabalar
- 5) Arkadaş

Halen kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaçlar ve dozları:

Geçmişte kullanılan psikiyatrik ilaçlar :

Tıbbi ek hastalık ve kullandığı ilaçlar :

Sigara kullanımı : 1) yok 2) var haftada..... günde.....paket

Alkol kullanımı : 1)yok 2) var haftada..... günde.....kadeh

Madde kullanımı: 1)yok 2) var ayda.....haftada..... günde.....

Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ? 1) gelir giderden az 2)gelir gidere eşit 3)gelir giderden fazla

Ailenizin aylık geliri (Bir ayda eve giren toplam para miktarı):

Sağlık güvenceniz : 1) yok 2) var 3) bazen

Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu: 1) kendisine ait 2) ailesine ait 3) kira

TEST SKORLARI:

Çocukluk çağı travma ölçeği:

Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri:

Beck depresyon ölçeği:

Beck anksiyete ölçeği:

Ek 2: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri – 2

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Beni Hiç Tanımlamıyor Beni Tamamen Tanımlıyor

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7

9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7

25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 3: Beck Depresyon Envanteri

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevapı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 | (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 13 | (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 | (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 | (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 | (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 | (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | | |

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 4: Beck Anksiyete Ölçeği

İSİM:

TARİH:

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

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

Ek 5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

EK 1: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar).

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
7. Seviştiğimi hissediyordum.
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.
14. Ailedekiler bana kınacı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
16. Çocukluğum mükemmeldi.
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmediği oluyordu.
18. Ailemden birisi benden nefret edirdi.
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi.
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

Ek 6: Etik Kurul Karar Belgesi



**T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 08/01/2020
TOPLANTI NO : 2020/01

KARARLAR :

- 5- Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2020-03-08/01 Protokol no'lu "Psoriasis Tanılı Hastaların Bağlanma Stilleri ile Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının İlişkisinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L İ G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı