



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK
DÖNEMİ ÖRSELENME YAŞANTILARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Esra ORTAÇ

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2024

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK
DÖNEMİ ÖRSELENME YAŞANTILARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Esra ORTAÇ
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2024



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAYI

Bu çalışma, 18/12/2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

(18/12/2024)

Esra ORTAÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında danıştığım her konuda sabır, ilgi ve desteğiyle tüm tecrübelerini benimle paylaşan kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. Didem Ayhan'a

Yüksek lisans dönemim boyunca önemli bilgi ve deneyimlerini paylaşarak desteklerini esirgemeyen, gelişimime katkı sağlayan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Dilek Avcı'ya ve Prof. Dr. Latife Utaş Akhan'a,

Yüksek lisans sürecim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim Bursa Şehir Hastanesi psikiyatri servisi ekip arkadaşlarıma,

Yüksek lisans sürecimin her anında birlikte olduğumuz ve son ana kadar desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Emine Nur Çelik ve Celle Ömeroğlu'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen her anımda yanımda olan değerli arkadaşım Tuğba Kaktimur'a,

Hayatımın her anında beni destekleyen, her zaman yanımda hissettiğim ve bu süreçte bana her zaman inanarak arkamda duran aileme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Esra ORTAÇ

Bandırma

18.12.2024

ÖZET

RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK DÖNEMİ ÖRSELENME YAŞANTILARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu araştırma, ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Temmuz 2023- Haziran 2024 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, örneklemini ise belirtilen tarihlerde çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 496 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu (ÇÖYÖ-KF) ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin ÇÖYÖ-KF toplam puan ortalamasının $66,07 \pm 9,35$ olduğu tespit edilmiştir. ÇÖYÖ-KF'nin fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla $12,40 \pm 2,94$, $11,31 \pm 3,10$, $11,18 \pm 2,91$, $15,10 \pm 3,50$ ve $16,07 \pm 4,35$ olarak bulunmuştur. Bununla birlikte yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik düzey, yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler gibi demografik özellikler ile ÇÖYÖ-KF toplam veya alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca psikiyatrik tanı, sigara/ alkol kullanımı, uyku kalitesi ve intihar öyküsü gibi klinik özellikler ile ÇÖYÖ-KF toplam veya alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde ise fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında pozitif yönde zayıf veya orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu doğrultuda araştırma sonuçları, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının önlenmesinin önemini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk dönemi, istismar, ihmal, ruhsal bozukluklar

ABSTRACT

CHILDHOOD TRAUMA EXPERIENCES AND AFFECTING FACTORS IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

This study was performed to determine the childhood traumatic experiences and affecting factors in people with mental disorders. The study population consisted of 496 patients who applied to Bursa City Hospital psychiatry outpatient clinic between July 2023 and June 2024, and the sample consisted of 496 patients who met the inclusion criteria on the specified dates. The study data were collected with a Descriptive Information Form and the Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF). In the data evaluation, descriptive statistics, independent sample t test, one-way analysis of variance and Pearson correlation analysis were used. In the study, it was determined that the CTQ-SF total mean score of individuals with mental disorders was 66.07 ± 9.35 . The mean scores of the physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect and emotional neglect sub-dimensions of the CTQ-SF were 12.40 ± 2.94 , 11.31 ± 3.10 , 11.18 ± 2.91 , 15.10 ± 3.50 and 16.07 ± 4.35 , respectively. In addition, it was determined that there was a statistically significant relationship between demographic characteristics such as age, gender, marital status, education level, employment status, economic level, place of residence, and persons living with and the mean total or sub-dimension scores of the CTQ-SF. Furthermore, it was found that there was a statistically significant relationship between clinical characteristics such as psychiatric diagnosis, smoking/alcohol use, sleep quality and suicide history and the mean total or sub-dimension scores of the CTQ-SF. In the correlation analysis, a weak or moderately significant positive relationship was found between physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect and emotional neglect. Accordingly, the results of the study revealed the importance of preventing childhood traumatic experiences.

Keywords: Childhood, abuse, neglect, mental disorders

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmali	4
2.1.1. Çocukluk Dönemi İstismarı.....	5
2.1.1.1. Fiziksel İstismar	5
2.1.1.2. Cinsel İstismar.....	6
2.1.1.3. Duygusal İstismar	8
2.1.2. İhmal	9
2.1.2.1. Fiziksel İhmal	10
2.1.2.2. Duygusal İhmal	11
2.2. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinde Risk Faktörleri.....	11
2.2.1. Toplumsal Faktörler	12
2.2.2. Ailesel Faktörler	12
2.2.3. Bireysel Faktörler.....	13
2.3. Çocukluk Dönemi İstismar/İhmalinin Yetişkin Ruh Sağlığına Etkisi.....	14
2.4. Çocukluk Dönemi İstismar/İhmali ve Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı .	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	19

3.5. Veri Toplama Araçları	19
3.6. Veri Toplama Yöntemi	20
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	32
5.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar ve İhmal Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	32
5.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar/ İhmal Düzeylerini Etkileyen Demografik Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması	33
5.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar/ İhmal Düzeylerini Etkileyen Klinik Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması.....	38
5.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar ve İhmal Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
6.1. Sonuçlar	43
6.2. Öneriler	44
7. KAYNAKLAR	46
8. EKLER.....	58
9. ÖZGEÇMİŞ.....	63

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin demografik özellikleri (n=496).....	22
Tablo 4.2. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin klinik özellikleri (n=496).....	23
Tablo 4.3. Hastaların ÇÖYÖ-KF toplam ve alt boyut puan ortalamaları	24
Tablo 4.4. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin demografik özelliklerine göre ÇÖYÖ-KF puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.5. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin klinik özelliklerine göre ÇÖYÖ-KF puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.6. Hastalarda çocukluk dönemi örselenme yaşantıları arasındaki ilişki	30

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü
NCANDS	:	Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi
ÇÖYÖ-KF	:	Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu
DSM-5	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı



1. GİRİŞ

Çocukluk dönemi örselenme yaşantıları, “bir çocuğun potansiyel olarak travmatik olaylara maruz kalması” olarak tanımlanmakta ve çocuğun temel fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimini etkilemektedir (Asmundson & Afifi, 2019; Brown ve ark., 2024). Çocukluk çağı travmaları yalnızca yol açtıkları anlık zararlar nedeniyle değil, kişinin kendine ve dünyaya bakışını yeniden değerlendirme ihtiyacına sebep olarak da büyük hasar yaratmaktadır (Spalletta ve ark., 2020). Nitekim, bu dönemde yaşanan travmatik olaylar, bireyin yalnızca çocukluk çağını değil, yetişkinlikteki yaşamının birçok alanını da olumsuz etkilemektedir (Giovanelli ve Reynolds, 2021; Larkin ve ark., 2012; Metzler ve ark., 2017). Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının etik, halk sağlığı, insan hakları, yasal ve sosyal açıdan ciddi bir sorun olduğu ifade edilmektedir (Alkema ve ark., 2024; World Health Organization [WHO], 2006). Çocukluk dönemi örselenme yaşantıları, genellikle ebeveyn, bakıcı ya da diğer yetişkinler tarafından yapılan eylemlerden (istismar) veya yapılmayan eylemlerden (ihmal) kaynaklanmakta (Kumari, 2020) ve fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile ihmal olarak farklı biçimleri tanımlanmaktadır (Bernstein ve ark., 2003).

Fiziksel istismar, çocuğa kasıtlı olarak zarar verilmesi ya da fiziksel şiddet uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Bu istismar türü çocuğun fiziksel bütünlüğünü tehlikeye atan veya zarar veren herhangi bir davranışı (vurma, itme, sarsma, fırlatma, zararlı fiziksel cezalar verme, vb.) içermektedir (Norman ve ark., 2012; Stoltenborgh ve ark., 2015). Bunun yanı sıra, cinsel istismar çocuğun tam olarak anlayamadığı, bilinçli onay veremediği, yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan ya da yaşadığı toplumun standartlarına aykırı olan cinsel eylemlere dahil edilmesidir. Bu istismar tipi de çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimine zarar vermekte ve genellikle güven ilişkisini istismar eden bir kişi tarafından gerçekleştirilmektedir (Mathews ve Collin-Vézina, 2019; Stoltenborgh ve ark., 2015). Diğer bir çocukluk çağı travmatik yaşantısı olan duygusal istismar da çocuğun psikolojik bütünlüğünü zedeleyen sözlü veya davranışsal eylemleri ifade etmekte olup, çocuğun gelişimsel yetkinliklerini, özgüvenini ve duygusal güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Glaser, 2011; Kumari, 2020; Norman ve ark., 2012). Diğer taraftan ihmal ise çocuğun duygusal gelişim,

beslenme, barınma, güvenli yaşam koşulları, sağlık ve eğitim dahil olmak üzere tüm gelişim alanlarındaki ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak açıklanmaktadır. İhmalinde fiziksel, duygusal ve eğitimsel ihmal gibi çeşitleri bulunmaktadır (Dubowitz ve ark., 2005; Stoltenborgh ve ark., 2015). Çocukluk travması, tek bir travmatik deneyim olarak ya da karmaşık travma şeklinde de yaşanabilmektedir. Karmaşık travma ise bir arada veya kümülatif olarak meydana gelen travmatik olayları ifade etmektedir (Hughes ve ark., 2017; Lanier ve ark., 2018).

Çocukluk dönemi travmatik deneyimleri oldukça yaygın olup, prevalansının %41 ile %97 arasında değiştiği bildirilmektedir (Carlson ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünya genelinde çocukların yaklaşık %36,3'ü duygusal istismara, %22'si fiziksel istismara ve %16,3'ü ihmale maruz kalmıştır. Ayrıca, kız çocuklarının %18'inin, erkek çocukların ise %8'inin cinsel istismar yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2014). Çocukluk çağı travmalarının prevalansını inceleyen bir meta-analizde, küresel düzeyde duygusal istismarın %36,3, fiziksel istismarın %22,6, cinsel istismarın %12,7, duygusal ihmalin %18,4 ve fiziksel ihmalin %16,3 oranında olduğu ortaya koyulmuştur (Stoltenborgh ve ark., 2015). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre ise 15-24 yaş aralığında bulunan gençlerin %25,4'ü yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete, %9,5'u cinsel şiddete, %28,1'i ise hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalmıştır (TÜİK, 2015).

Hangi türden olursa olsun, travmatik yaşantıya maruz kalan çocukların, kültür ve coğrafi farklılıklardan bağımsız olarak, yetişkinlikte daha fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (Brown ve ark., 2024; Knipschild ve ark., 2024; Mehta ve ark., 2023; Scott ve ark., 2023). Petruccelli ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, çocukluk çağı travmalarının solunum hastalıkları, iskemik kalp hastalığı, uyku problemleri, gastrointestinal hastalıklar ve somatik ağrı gibi sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, çocukluk çağı travmalarının endokrin, bağışıklık ve sinir sistemlerinin gelişimini bozduğu (McCrory ve ark., 2011) ve uzun vadede nörokimyasal değişikliklere, yapısal ve/veya işlevsel beyin anormalliklerine sebep olduğu öne sürülmektedir (Dannlowski ve ark., 2012; Janiri ve ark., 2017). Bununla birlikte çocukluk çağı travmasına maruz

kalan birçok bireyin yetişkinlikte umutsuzluk, düşük benlik saygısı, zayıf sosyal destek hissi, yaşamdan memnuniyetsizlik, duygu düzenleme becerilerinde yetersizlik ve kaçınma davranışı yaşadığı bildirilmektedir (Spalletta ve ark., 2020). Bu bireylerin aynı zamanda depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, psikoz, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik sorunlar açısından daha yüksek risk altında olduğu ifade edilmektedir (Alkema ve ark., 2024; Brown ve ark., 2024; Knipschild ve ark., 2024; Mehta ve ark., 2023; Scott ve ark., 2023). Hatta bu sağlık sonuçlarının nesiller arası etkilere sahip olabildiği iddia edilmektedir (Zhang ve ark., 2023). Bu nedenle, büyük sağlık ve finansal maliyetlerle ilişkili çocukluk çağı travmalarına karşı acilen önlemler alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Hughes ve ark., 2021; Mehta ve ark., 2023).

Çocukluk dönemi travmalarının etkileri üzerine birçok çalışma bulunmasına rağmen, bu olumsuz etkilerin önlenmesi veya ruh sağlığı sonuçlarının ele alınması konusunda çok az ilerleme kaydedildiği ifade edilmektedir (McLaughlin ve ark., 2019; Rith-Najarian ve ark., 2021). Oysaki, çocukluk çağı travmalarının erken dönemde tanınması ve müdahale edilmesi bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal zihinsel iyilik halleri üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmek için çok önemlidir (Jiang ve ark., 2022; Mehta ve ark., 2023). Bunun yanı sıra genel nüfusta çocukluk çağı travmalarına ilişkin yeterince kanıt bulunmasına karşın, ruhsal bozukluğu olan bireylerde bu olumsuz yaşam deneyimlerinin yaygınlığı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (Knipschild ve ark., 2024). Ayrıca, yapılan birçok araştırmada farklı istismar ve ihmal türleri yerine yalnızca bir istismar türüne odaklanılmış ve diğer türlerle olan örtüşmesi göz ardı edilmiştir (Kumari, 2020; McKay ve ark., 2021). Bu sebeplerle araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmal

Çocukluk dönemi, bireyin fiziksel ve psikososyal gelişim sürecinde en önemli evrelerden birisidir. Bu dönemde örseleyici /travmatik yaşantılara maruz kalmak, çocuğun fiziksel, duygusal ve sosyal gelişiminde kalıcı hasarlara yol açabilmektedir. Çocukluk çağındaki travmatik deneyimler genellikle fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir. Fiziksel istismar, çocukların fiziksel olarak zarar görmesine neden olan kasıtlı eylemleri içerirken, cinsel istismar çocuğun cinsel olarak sömürülmesi anlamına gelmektedir. Bunun yanı sıra duygusal istismar ise çocuğun duygusal açıdan zarar görmesine yol açan çeşitli tutumları ifade etmektedir. İhmal de çocuğun temel fiziksel, duygusal ve eğitimsel gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (Font ve Maguire-Jack, 2020; Nehir ve ark., 2018; Stoltenborgh ve ark., 2015).

Literatürde çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmalin bireyler üzerinde uzun süreli olumsuz etkileri olduğu ifade edilmektedir. Bu travmatik yaşantılar, ergenlik veya yetişkinlikte depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz, madde kötüye kullanımı gibi birçok hastalık için zemin oluşturabilmektedir (Brown ve ark., 2024; McKay ve ark., 2021; Mehta ve ark., 2023; Scott ve ark., 2023). Bunun yanı sıra, çocukluk dönemi travmaları bireyin öz-saygısının azalmasına, sosyal ilişkilerde sorunlar yaşamasına, aile içi çatışmalara, fiziksel hastalıklara ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (Dong ve ark., 2004; Hughes ve ark., 2017; Larkin ve ark., 2012). Tüm bu olumsuz sonuçlarına rağmen, çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmalin tespit edilmesi her zaman kolay olmamaktadır. Özellikle de duygusal istismar ve ihmal, fiziksel yaralanma ya da dışarıdan gözle görülür etkilerinin olmaması nedeniyle genellikle fark edilememektedir (Murali, 2020; Norman ve ark., 2012). Bu kapsamda çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların önlenmesi veya uzun vadeli olumsuz etkilerinin azaltılması için çok yönlü disiplinler arası müdahaleler büyük öneme sahiptir (Demirci, 2016; Jiang ve ark., 2022; Mehta ve ark., 2023).

2.1.1. Çocukluk Dönemi İstismarı

Çocukluk dönemi istismarı, bir çocuktan sorumlu olan kişiler ya da diğer yetişkinler tarafından çocuklara ve çocukların refahına zarar verecek niyetli eylemler olarak tanımlanmaktadır. İstismar, çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan zarar görmesine neden olabilmektedir. Bu tür istismar, çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz etkilemekte, fiziksel ve/veya ruhsal hastalıklar için risk oluşturmakta ve iyilik halini azaltmaktadır (Copeland ve ark., 2018; Egeland, 2009; Hughes ve ark., 2017; Nehir ve ark., 2018). İstismarın fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üç türü bulunmaktadır (Bernstein ve ark., 2003).

2.1.1.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, çocuğun anne, baba veya çocuğun bakımını üstlenen kişi tarafından bilerek ve isteyerek fiziksel zarara uğratılmasına veya yaralanmasına neden olan eylemler olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2006). Diğer bir ifadeyle, çocuğun bakıcısı tarafından kaza dışı yaralanmasına neden olmaktır. Bu kaza dışı yaralanmalar ise dövme, tokat atma, hırpalama, boğma, sarsma, yakma, sallanmış bebek sendromu, zorla su içirilmesi gibi davranışlardan oluşmaktadır (Norman ve ark., 2012; Stoltenborgh ve ark., 2015).

Fiziksel istismar bulgularından ve vücutta yarattığı hasarlardan yola çıkılarak tespit edilmesi en kolay olan istismar çeşidi olmasına rağmen, çocuğa şiddet uygulamak birçok toplum ve kültürlerde norm olarak kabul edildiği için tespit edilip önlem alınması zorlaşmaktadır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009; Font ve Maguire-Jack, 2020). Ülkemizde en fazla görülen istismar çeşidi fiziksel istismar olup, bunun en önemli sebebi dayanın bir disiplin yöntemi olarak kullanılmasıdır. Çocuğa şiddet uygulayarak disipline etme düşüncesi ülkemizde o kadar kanıksanmıştır ki dilimize ve kültürümüze yerleşen “Kızını dövmeyen dizini döver”, “Dayak cennetten çıkmadır” gibi bazı atasözleri ve deyimler dahi bulunmaktadır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Fiziksel istismara maruz kalmada cinsiyetler arası farkın pek olmadığını en çok dört ile sekiz yaş aralığındaki çocuklara uygulandığı, ancak çocuklarda yaş artışı ile birlikte fiziksel istismarın azaldığına, fiziksel istismarı uygulayıcı olarak ise en fazla karşımıza çıkan ebeveyn özelliğinin genç yaştaki annelerin olduğu fakat çocuğun ergenlik döneminde bu durumun değiştiği istismar uygulayıcısının baba rolüne geçtiği görülmektedir (Taner ve Gökler, 2004). Bunun yanı sıra çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin genç olması, kendilerinin de çocukluk döneminde istismara maruz kalması, işsizlik ve maddi geçimsizlik yaşamaları, alkol ve madde bağımlılığının bulunması, ailede birtakım psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların olması, çok sayıda çocuk sahibi olmaları, çocukla ilgilenebilecek ve sosyal destek sağlayabilecek kişiler konusunda yetersizlik yaşamaları gibi durumlar çocuğun fiziksel istismara uğramasına neden olabilecek riskler arasındadır (Hancı, 2002).

Bölgesel olarak fiziksel istismarın farklı tanımlanmasından kaynaklı olarak yapılan çalışmaların sonuçlarında da büyük farklılıklar bildirilmektedir. Çin’de yapılan bir araştırmada hafif şiddetli fiziksel istismar oranı %43,1, şiddetli fiziksel istismar oranı %26,6, çok şiddetli fiziksel istismar oranı ise %7,8 olarak bildirilmiştir (Ji ve Finkelhor, 2015). Amerika’da ise fiziksel istismarın 1000 çocuktan 9’unu etkilediği ve Amerika Birleşik Devletleri’nde çocuklarda önde gelen ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir (De Boer ve ark., 2022). Türkiye’de ise bu oranın %65,72 olduğu ifade edilmektedir (Çocuk ve Gençlik Merkezi, 2006). Fiziksel istismar çocuklar için büyük tehlike içermekte olup, çocuklarda fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına, hatta çocukların ölümüne neden olmaktadır. Bu nedenle Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, devletlerin çocukları korumasını zorunlu kılmaktadır (Runyan ve ark., 2015).

2.1.1.2. Cinsel istismar

Çocuğun cinsel istismarı dünya genelinde yaygın bir sorun olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, bir çocuğun (18 yaşından küçük bir kişinin) tam olarak anlayamadığı, rıza gösteremediği veya zorla cinsel aktivitelere maruz kalması durumudur. Bu, çocuğun cinsel olarak istismar edilmesi veya tacize uğraması anlamına gelir (WHO, 2006). Başka bir ifadeye göre, çocuğun kendisinden en az altı

yaş fark bulunan biri tarafından cinsel tatmin için zorla veya ikna edilme yolu ile kullanılması ya da başka birinin çocuğu bu amaç için kullanmasına göz yummasıdır. Çocuk ile erişkin kişi arasındaki temas ve ilişki ise, çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin veya başka birinin cinsel tatmin amaçlı olarak çocuğu kullanması durumunda çocuğun cinsel istismara uğradığı kabul edilir (Hancı, 2002).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda enfeksiyonlar, genital yaralanmalar, karın ağrısı, kabızlık, kronik veya tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları veya davranış sorunlar gibi belirtiler sıkça görülebilmektedir. Cinsel istismarı belirlemek için profesyonellerin istismarın sözlü, davranışsal ve fiziksel işaretlerine aşina olması gerekmektedir (Runyan ve ark., 2015) Ancak fiziksel hasarın belirtileri istismara uğrayan çocukların yaklaşık %90'ında tespit edilememekte, bu belirtiler sadece istismara maruz kalan çocukların %10'undan azında görülmektedir. Cinsel istismarın fiziksel belirtilerini tanımak genellikle zor olup, tek başına bir gösterge olarak değerlendirilmemelidir (Modelli ve ark., 2012).

Çocuklarda cinsel istismar genellikle yalnız kaldığı veya üçüncü şahısların tanık olmadığı zamanlarda gerçekleşmektedir, dolayısıyla cinsel istismara uğradığını açıklama sorumluluğu genellikle çocuğa düşmektedir. Bu durumda da cinsel istismara uğradıkları konusunda farkındalık eksikliği, inanılmama korkusu, istismarcıya sadakat, istismarcının tehditleri, utanç, suçluluk, kendini suçlama, başkalarına güvensizlik, kime açıklanacağını bilmemek açıklamanın gecikmesine neden olmaktadır. Kadınlara göre erkekler daha çok gizleme eğilimindedir (Hemanth ve ark., 2024). Kültürel normlar, toplum tarafından dışlanma, eşcinsel olarak algılanma, damgalanma korkuları nedeniyle cinsiyeti erkek olan mağdurlar sıklıkla yaşadıkları cinsel istismar hakkında konuşmaktan kaçınmaktadırlar (Brown ve ark., 2015; Siddik ve ark., 2024).

Literatürde çocukların her yıl yaklaşık %1'inin bir şekilde cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. Bu durum, kızların %12 ila %25'inin, erkeklerin ise %8 ila %10'unun 18 yaşına kadar cinsel mağduriyet yaşadığı anlamına gelmektedir. Fransa da yapılan bir araştırmada kızların %13,1'inin ve erkeklerin %4,2'sinin cinsel istismara maruz kaldığı rapor edilmiştir (Hébert ve ark., 2021). Mısırdaki ise cinsel istismarın

genel yaygınlık oranı %29,8 olup, kadınlardaki oranlar (%37,8) erkeklere (%21,2) göre daha yüksektir. Aynı çalışmada prevalansın kırsal kesimde kentsel yerleşime göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Aboul-Hagag ve Hamed, 2012).

Cinsel istismar genellikle aile üyeleri veya aile dışındaki kişiler tarafından gerçekleştirilmekte olup, istatistiksel olarak erkekler tarafından özellikle alkol ve madde kullanımı ile ilişkili olarak çok daha fazla işlenmektedir (Hébert ve ark., 2021; Marc ve Vangeenderhuysen, 2015). Önceki araştırmalarda cinsel konuların tartışılmasına ilişkin tabuların cinsel istismarın raporlanmasını engelleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, yoksulluk da çocukların cinsel istismara maruz kalma riskini artırıcı bir etken olarak ön plana çıkmaktadır (Giovanelli ve Reynolds, 2021; Wismayanti ve ark., 2019). Özetle, cinsel istismar dünya genelinde yaygın olarak görülen kritik bir sorun olup, ruh sağlığı sorunları için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle, bu soruna karşı etkili önlemler alınması büyük bir öneme sahiptir (Shoib ve ark., 2022).

2.1.1.3. Duygusal istismar

Duygusal istismar, çocuğun bakımıyla ilgilenen kişi tarafından çocuğa karşı ciddi anlamda duygusal zarar verilmesiyle sonuçlanan veya bu zarara uğrama olasılığının yüksek olduğu kasıtlı olarak yapılan sözel veya davranışsal bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Duygusal istismar çocuğu küçümseme, alaylı konuşma, lakap takma, bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme gibi davranışlar içermektedir. Öte yandan, duygusal istismar, sağlıklı duygusal gelişim için gerekli olan ilişki deneyiminin engellenmesi, arkadaşlar veya aile üyeleri ile ilişkilerin yasaklanması şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (Font ve Maguire-Jack, 2020; Kumari, 2020). Duygusal istismar tanımlanması daha karmaşık, anlaşılması en zor, ancak en fazla görülen istismar çeşididir (Kumari, 2020; Tıraşçı ve Gören, 2007). Bunun sebeplerinden birisi de fiziksel ve cinsel istismar gibi diğer tüm kötü muamele biçimlerinin ayrılmaz bir parçası olmasıdır (Ness, 2023; Trickett ve ark., 2009). Alan yazında yetişkinlerin yaklaşık %30'unun çocukluk dönemlerinde duygusal istismar yaşadığı ifade edilmektedir (Festinger ve Baker, 2010). Başka bir çalışmada ise vaka kayıtlarında

gençlerin yalnızca %9'u duygusal istismar geçmişine sahip olduğunu belirttiği, ancak gerçekte neredeyse %50'sinin duygusal istismara uğradığı ve sıklıkla diğer kötü muamele türlerine de maruz kaldığı bildirilmektedir (Trickett ve ark., 2009).

Çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismarın ruh sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri olduğu gibi, bu olumsuz deneyimler sonraki nesillere de aktarılmaktadır. Annenin çocuklukta yaşadığı duygusal istismar ile daha sonraki dönemlerdeki ebeveynlik stresi arasında bir ilişkinin olduğu ve bunun da bireyin kendi çocuklarına yönelik duygusal istismar uygulama riskini artırabileceği ifade edilmektedir (Rost ve ark., 2024). Bununla birlikte, yaşamın erken dönemlerinde yaşanan bu olumsuz deneyimler çeşitli zihinsel hastalıklara karşı savunmasızlığı artırarak beyinde yapısal ve işlevsel değişikliklere neden olabilmektedir. Duygusal istismara maruz kalmış ergenlerin beyindeki fonksiyonel bağlantıları etkileyen olumsuz otomatik düşüncelere daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Bruce ve ark., 2013; Yeo ve ark., 2024). Tüm bu olumsuz sonuçları ve fiziksel istismar ve/veya ihmal gibi diğer kötü muamele biçimleri ile birlikte görülmesi nedeniyle duygusal istismarın önlenmesi oldukça önemlidir (Dong ve ark., 2004; Trickett ve ark., 2009).

2.1.2. İhmal

İhmal, bir çocuğun sağlıklı bir şekilde büyüüp gelişebilmesi için gerekli olan temel fiziksel, duygusal gereksinimlerinin uzun bir süre boyunca ihmal edilmesi ya da yeterli düzeyde karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır. İhmal, bakım sağlayan kişinin çocuğun beslenme, giyim, barınma gibi temel gereksinimleri sağlamamasını veya çocuğu terk etmesini içerebilmektedir. Ayrıca, çocuğun fiziksel ve duygusal hasarlardan korunması için gerekli önlemlerin alınmaması veya yeterli denetimin sağlanmaması durumunda da çocuğun güvenliği tehlikeye girebilmektedir. Tıbbi bakım ve tedaviye erişim sağlanmaması da ihmal kapsamında yer almaktadır. Çocuğun duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi veya uygun yanıt verilmemesi de ihmal olarak kabul edilmekle birlikte ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılmaktadır (Coulton ve ark., 1995; Egeland, 2009; Font ve Maguire-Jack, 2020). Fiziksel ve cinsel istismar kadar açık bir durum olmadığı için, ihmalin teşhis edilmesi daha zordur. İhmal ile istismar arasındaki ana fark, ihmalin genellikle pasif

bir davranış, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır (Font ve Maguire-Jack, 2020).

İhmal özellikle büyüme geriliği yaşayan, psiko-sosyal uyum sorunları olan veya eğitim ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır (Polat, 2004). Çocuk ihmali, diğer istismar çeşitlerine göre daha geniş bir yaygınlığa sahiptir ve çocukların yaklaşık %10'u ciddi ihmalin etkisi altında kalabilmektedir. Büyüme ve gelişmede önemli hasarlara neden olan ihmal, sağlık sorunlarına ve hatta ölüme yol açabilmektedir (Font ve Maguire-Jack, 2020). Dünya genelinde ihmale ilişkin epidemiyolojik verilerin tahmin edilmesi zordur. Nitekim, 22 çalışmanın incelendiği bir derlemede, ihmal yalnızca üç çalışmada değerlendirilmiş ve büyük ölçüde yoksulluk ölçütleriyle örtüşmüştür (Stark ve Landis, 2016). Bu nedenle, çocuklara ekonomik güçlükler nedeniyle yeterli bakım sağlamadaki yetersizlik ile kasıtlı ihmal arasında ayırım yapmak zor olmaktadır (Dong ve ark., 2004). Yapılan bir meta-analizde, çocukluk çağındaki duygusal ihmal yaygınlığının %18,4, fiziksel ihmalin ise %16,3 olduğu bildirilmiştir (Stoltenborgh ve ark., 2015).

2.1.2.1. Fiziksel ihmal

Fiziksel ihmal, çocuğun beslenme, barınma, güvenlik, korunma, hijyen gibi temel ihtiyaçların sağlanmaması sonucu zarar görmesi anlamına gelmektedir (Norman ve ark., 2012; Stoltenborgh ve ark., 2015). Bazı ülkelerde aile içerisinde maddi yetersizliklerden kaynaklı çocuğun gereksinimleri karşılanamıyorsa fiziksel ihmal olarak değerlendirilmemektedir. Buna karşın, bazı ülkelerde maddi yetersizlik ilişkili olsa bile fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır (Fortin, 2020). Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemine (NCANDS) göre, çocuklara yönelik kötü muamele vakalarının en yaygın türü fiziksel ihmal olarak belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her 1000 çocuktan 7,1'i fiziksel ihmalden etkilenmektedir. Bu, çocukların yeterli bakım, gözetim veya temel ihtiyaçlarının karşılanmadığı anlamına gelmektedir (American Humane, 2003).

Fiziksel ihmale bağılı olarak çocukta gelişimsel ve akademik problemler, çeşitli sağlık sorunları ve ölüm riski sıktır. Ebeveynlerin yoksulluğu, fiziksel ihmal riskini artıran temel etkenlerden birisidir. Ayrıca ebeveynlerde ruhsal bozukluk olması, aile içi şiddet ve barınma problemleri de fiziksel ihmal olasılığını artıran faktörler arasında yer almaktadır (Abdullah ve ark., 2021; Spalletta ve ark., 2020).

2.1.2.2. Duygusal ihmal

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik gereksinimlerine karşılık vermeme, duygusal ihtiyaçlarına ilgi göstermeme, yeterli sevgi ve şefkati sunmama, sosyal gelişimini desteklememenin yanı sıra sosyal kurallar konusunda eğitim vermeme olarak tanımlanmaktadır. Genellikle diğer ihmal ve istismarlar türleri ile birlikte görüldüğü için klinisyenler tarafından tespit edilmesi de oldukça zorlayıcıdır. (Fortin, 2020; Kumari, 2020). Her ne kadar duygusal istismar ve ihmal en az araştırılan çocukluk çağı travmatik yaşantıları olsa da duygusal ihmalin, fiziksel ve cinsel istismardan ya da fiziksel ihmalden daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Kumari, 2020; Wright et al., 2009). Bununla birlikte fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal istismar ve ihmal de bulunmaktadır. Bu ihmal edilmiş çocukların fiziksel ve duygusal gelişimleri ciddi şekilde zarar görmekte, sosyal etkileşimlerde sorun yaşamaktadırlar (Spalletta ve ark., 2020).

2.2. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinde Risk Faktörleri

İstismar ve ihmal gibi çocukluk çağı travmaları yaygınlığı sürekli artan ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Alkema ve ark., 2024). Bu yaşantıların önlenmesi veya erken evrede tespit edilip gerekli müdahalelerle olumsuz etkilerinin azaltılması oldukça önemlidir (Jiang ve ark., 2022; Mehta ve ark., 2023). Bunun için öncelikle risk faktörlerinin belirlenmesi gerektiği bildirilmektedir (Spalletta ve ark., 2020). Literatürde çocukluk dönemi örseleyici yaşantıları için risk faktörlerinin toplumsal, ailesel ve bireysel kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Bu risk faktörleri tek başına istismar ve ihmalin nedeni olmamakla birlikte var olduklarında ve etkileşime girdiklerinde çocuğun bu travmatik deneyimlere maruz kalma riskini artırmaktadır (Özkan, 2022; Spalletta ve ark., 2020).

2.2.1. Toplumsal Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismar ve ihmaline yol açabilecek toplumsal risk faktörlerinin şiddete karşı toplumsal hoşgörü, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, uygun barınma olanaklarının eksikliği, aileleri ve kurumları destekleyen hizmetlerin yetersizliği, işsizlik, yoksulluk, maddeye kolay ulaşım ve yüksek madde kullanımı oranları, çocukların gelişimini olumsuz etkileyen küresel sorunlar, çocuklara yönelik kötü muamele riskini artıran politika ve programların artması olduğunu ifade etmektedir (WHO, 2020). Bunun yanı sıra sanayileşme ile oluşan kentleşme süreci, aile yapısının ataerkil düzenden çekirdek aileye evrilmesi ve bu dönüşümle birlikte ebeveynlerin çocuk bakımı konusunda sosyal desteğinin azalması da çocuğa yönelik istismar ve ihmal artırmaktadır (Bahçecik, 1993).

Sosyo-ekonomik, sağlık ve eğitim alanlarındaki eşitsizlik, çocuk istismar ve ihmalini önleyecek siyasi politikalarının yetersizliği de önemli toplumsal risk faktörleri arasında bulunmaktadır (Spalletta ve ark., 2020). Ayrıca, cinselliğin televizyon programlarında, reklamlar ve internet gibi platformlarda uygunsuz bir şekilde gösterilmesi, kültürel normlara dikkat edilmeden yapılan haberlerin ve dizilerin yayımlanması, ihmal ve istismarı tetikleyecek gereksiz ayrıntılara fazla yer verilmesi de çocukların maruz kaldığı travmatik yaşantıları artırmaktadır (Güldeste, 2018).

2.2.2. Ailesel Faktörler

Sağlıklı bir toplumun yapı taşı ailedir. Ancak, bazı ailesel özellikler çocuğa yönelik istismar ve ihmal riskini artırarak neslin geleceğini olumsuz etkilemektedir (Özkan, 2022). Ailede fiziksel ve/veya ruhsal hastalığı olan birinin olması, madde bağımlısı veya suç işlemiş ebeveynin varlığı, ailenin yaşadığı ekonomik zorluklar, tek ebeveynli aile yapısı, aile içinde şiddet veya stresli yaşam olaylarının bulunması (örneğin; boşanma, göç, vb.) aileye ilişkin risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra ebeveynlerin erken yaşta evlenmesi, annenin zor bir hamilelik süreci geçirmesi, zor doğum eylemi, anne ile bebek arasında bağlanma problemleri, anne

ve/veya babanın çocukken istismara maruz kalması gibi etkenler de çocuğun istismara ve ihmale uğrama riskini arttırmaktadır (Afifi ve ark., 2009; Zeren ve ark., 2012).

Annenin sağlık sorunlarının bulunması, çalışıyor olması, çocuklarına cinsel eğitim vermemesi ve çocuklarını korumada yetersiz bir tutum sergilemesi de risk faktörleri arasındadır (Güldeste, 2018). Ayrıca, çocukla ilgilenen ebeveynin genç, bekar, işsiz olması; ailenin fazla çocuk sayısına sahip olması, ebeveynin antisosyal, borderline, narsist gibi kişilik bozukluğuna veya dürtü kontrol bozukluğuna sahip olması, çocuğun ebeveynlerinin beklentilerini karşılayamaması çocukların istismara ve ihmale maruz kalmalarına yol açmaktadır (Runyan ve ark., 2015). Çocuğa yönelik istismar ve ihmal açısından düzensiz, işlevlerini yerine getiremeyen ve sorumluluk alamayan aile yapısının riskli olduğu belirtilmektedir. En riskli aile yapısının ise pasif ve arka planda kalmış anne figürü ile güçlü, otoriter, konumunu kuvvet ve şiddet kullanarak elde eden baba figürünü içeren katı, sert ve ataerkil bir aile şekli olduğu ifade edilmektedir (Aktepe, 2009).

2.2.3. Bireysel Faktörler

Çocukluk dönemi travmatik yaşantılarının bazılarında çocuğun belirli kişisel, fiziksel özellikleri ve davranış kalıpları da risk oluşturmaktadır (Özkan, 2022). Ebeveyni zorlayan, sürekli ağlayan, fiziksel veya zihinsel engelli olan çocuklar ihmal ve istismar açısından riskli olan grupta yer almaktadır. Bu özelliklerinden dolayı istismar edilen çocukların büyük bir kısmı ebeveynleri tarafından bencil, otoritere karşı gelen, söz dinlemeyen, kötü, saygısız ve zor çocuk olarak algılanmaktadır. Bu durum ebeveynin daha fazla stres yaşamasına ve çocuğunu istismar veya ihmal etmesine neden olabilmektedir (Spalletta ve ark., 2020). Bununla birlikte, çocuğun beklenmeyen ve istenilmeyen bir gebelik sonucu dünyaya gelmiş olması, herhangi bir hastalığının bulunması, anne ve/veya babanın gerçek dışı olan beklentilerini karşılayamaması, ebeveynlerin istediği fiziksel, zihinsel, cinsel özelliklere ve kişilik yapısına sahip olmaması gibi durumlar da önemli risk faktörleridir (Armağan, 2007; Sibert ve ark., 2002).

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarında çocuğun yaşının önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Küçük yaştaki çocuklar ve bebekler savunmasız olmaları nedeniyle istismar ve ihmal açısından daha fazla risk altındadırlar. Bunun yanı sıra cinsiyet ile çocuğa yönelik istismar ve ihmal arasında bir ilişki bulunmaktadır. Nitekim, birçok ülkede kız çocukları erkeklere kıyasla daha fazla cinsel istismara maruz kalmakta, beslenme yetersizliği yaşamakta, eğitimden yoksun bırakılmakta, hatta yaşamlarını kaybetmektedirler (Kumari, 2020; Runyan ve ark., 2015)

2.3. Çocukluk Dönemi İstismar/İhmalinin Yetişkin Ruh Sağlığına Etkisi

Çocuğa karşı istismar ve ihmal, tarih boyunca her toplumda farklı biçimlerde varlığını sürdürmüştür. İstismar olgusu fiziksel şiddetten duygusal baskıya, cinsel istismardan ekonomik sömürüye kadar çok farklı biçimde kendini gösterebilirken, ihmal de çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, sevgi ve ilgi eksikliği gibi durumları içermektedir. Her ne kadar toplumlar bu tür sorunların farkına varmış ve çeşitli önlemler almaya çalışmış olsa da bu çabalar genellikle yetersiz kalmaktadır (Spalletta ve ark., 2020).

Çocukluk çağı istismarı ve ihmali, bir çocuğun bakımından sorumlu olan anne, baba veya bakıcı gibi yetişkinlerin gerçekleştirdiği, çocuğun biyopsikososyal gelişimini olumsuz etkileyen her türlü davranışı ve ihmali kapsamaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Literatürde bireyin en savunmasız olduğu ve korunmaya en çok ihtiyaç duyduğu çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz deneyimlerin kişiliğinin şekillenmesi ve zihinsel sağlığı üzerinde kritik bir rol oynadığı ifade edilmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2018; Spalletta ve ark., 2020). Çocukluk döneminde yaşanan bu travmatik olaylar, bireyin ruh sağlığı üzerinde derin ve uzun vadeli olumsuz etkiler yaratabilmekte ve çeşitli ruhsal bozukluklar açısından risk oluşturmaktadır (Kartal, 2020). Nitekim, yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, kişilik bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, psikoz ve bipolar bozukluk gibi pek çok psikiyatrik hastalık ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Alkema ve ark., 2024; Brown ve ark., 2024; Knipschild ve ark., 2024; Mehta ve ark., 2023; Scott ve ark., 2023).

Çocukluk çağı travmalarının bireyin kendilik değerini, güven duygusunu ve duygu düzenleme ve baş etme becerilerini olumsuz yönde etkilediği, psikolojik dayanıklılığını ve yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir (Demirci, 2016; Spalletta ve ark., 2020). Özellikle duygusal istismar ve ihmalin bireyin güvenli bir bağlanma ilişkisi geliştirmesini engellediği vurgulanmaktadır (Kumari, 2020). Bununla birlikte bu travmatik deneyimlerin beyinde yapısal ve işlevsel değişikliklere sebep olarak ruhsal bozukluk riskini artırdığı ifade edilmektedir (Dannlowski ve ark., 2012; Janiri ve ark., 2017). Çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal durumu, ruhsal bozukluğun ortaya çıkışını hızlandırmakta, semptomların şiddetini, tedaviye yanıtı ve hastalığın klinik seyrini olumsuz etkileyebilmektedir (Chaiyachati & Gur, 2021; Güleç ve ark., 2013). En önemlisi de bu olumsuz sonuçlarının nesiller arası aktararak gelecek kuşakları da etkilemesidir (Zhang ve ark., 2023).

Çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının tamamen ortadan kaldırılması toplumun birçok kesiminin, tüm disiplinlerin, medyanın, sivil toplum kuruluşlarının ve hükümetlerin çabalarını gerektirmektedir (Aktay, 2020; Kumari, 2020). Ancak bu çabalar başarıya ulaşana kadar psikiyatri hemşirelerinin çocukluk çağı travmalarının ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamaları ve bu etkileri önlemek veya azaltmak için uygun müdahaleler geliştirmeleri oldukça önemlidir (Ellington, 2017; Özbaş, 2017; Demir ve ark., 2024).

2.4. Çocukluk Dönemi İstismar/İhmali ve Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı

Tüm dünyada çocukluk dönemi istismar ve ihmali ciddi bir problem haline gelmiştir. Ancak, sağlıklı çocuklar ve toplumlar için bu travmatik deneyimlerin önlenmesi hayatidir (Aktay, 2020; Ellington, 2017). Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının önlenmesi için çocuk, aile ve toplum düzeyinde yapılacak çalışmalar oldukça önemli olup, psikiyatri hemşirelerine de ciddi sorumluluklar düşmektedir (Demir ve ark., 2024; Ellington, 2017).

Psikiyatri hemşireleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleri ile bu halk sağlığı sorunu ile mücadelede katkı verecek konumdadırlar (Ellington, 2017; Erkut ve Gözen, 2019). Öncelikle psikiyatri hemşirelerinin istismar ve ihmalin önlenabilir olduğunun farkında olmaları, önlenmesinde veya erken tespit edilmesinde aktif rol almaları bu travmatik yaşantıların yıkıcı etkilerini azaltmaya ya da yok etmeye katkı sunacaktır (Özbaş, 2017). Bu amaçla hemşireler istismar ve ihmale sebep olan risk faktörlerini belirleyerek gerekli girişimleri planlamalıdırlar (Demir ve ark., 2024; Erkut ve Gözen, 2019; Geçgil, 2017). Ayrıca, hemşirelerin istismar ve ihmal ile ilgili belirtileri erken dönemde tanılamalı ve bildirimde bulunmalıdır. Bu, tekrarlayıcı travmatik yaşantıların önlenmesine katkı sağlayabilmektedir (Erkut ve Gözen, 2019; Lavigne ve ark., 2017).

Psikiyatri hemşireleri vaka yönetimi, savunucu, liderlik, rehberlik, bakım verici, danışmanlık, eğitici gibi rolleri kapsamında hem hastane hem de hastane dışı ortamlarda çocukluk çağı travmalarının hem önlenmesi hem de tanınması ve müdahale edilmesinde aktif rol almalıdırlar (Oflaz, 2015; Özbaş, 2017). Çocukları istismar ve ihmalden korumada hayati rolleri olan hemşirelerin çocukluk dönemi travmatik yaşantıları ile ilgili yeterliliğe sahip olmaları oldukça önemlidir (Külcü ve Karataş, 2016). Ayrıca, hemşireler çocuğa yönelik istismar ve ihmali önlemek için diğer disiplinler ile iř birliği içinde çalışmalı ve toplumun tüm kesimlerinde çocuğa yönelik istismar ve ihmal ile ilgili duyarlılık oluşturmalıdırlar (Yılmaz, 2013).

Çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yetişkin ruh sağlığı ile ilişkisi dikkate alındığında, psikiyatri hemşirelerinin çocuk istismar ve ihmal türlerini, risk faktörlerini, belirtileri, ruh sağlığına etkilerini ve hemşirelik yaklaşımlarını bilmeleri önemlidir (Oflaz, 2015; Özbaş, 2017). Hemşireler herhangi bir istismar veya ihmal olgusu ile karşılaştığında bireyle güven ilişkisi geliştirmeli, bireyin travmatik deneyim ile başa çıkmasına, tekrar güven duygusunu kazanmasına ve duygularını ifade edebilmesine olanak sağlamalıdır (Özbaş, 2017; Viedebeck, 2020). Psikiyatri hemşireleri ruhsal değerlendirmede yaparken bireyin anksiyete düzeyi, baş etme becerileri, sosyal destek sistemleri, intihar potansiyeli, sosyal etkileşimleri, rol performansı gibi birçok alanda kapsamlı veri toplamalı ve gerekli hemşirelik girişimlerini planlamalıdırlar (Özbaş, 2017). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar

bireyin benliğinde derin izler bıraktığı için psikiyatri hemşireleri kişinin suçluluk, utanç, korku, öfke gibi duygularının azalmasına, özgüveninin, benlik saygısının, işlevselliğinin ve iyilik halinin artırılmasına yönelik müdahalelerde bulunmalıdırlar. Ayrıca, psikiyatri hemşireleri çocukluk döneminde istismara veya ihmale maruz kalmış bireyin yanı sıra aile üyelerinin de ruh sağlığını değerlendirmeli ve hemşirelik girişimlerini belirlerken aileyi de sürece katmalıdırlar (Demir ve ark., 2024; Oflaz, 2015; Viedebeck, 2020). Psikiyatri hemşirelerinin birey ve ailesi ile çalışırken bütüncül ve empatik bir yaklaşımı benimsemesi, güvenli bir ortam oluşturması ve travma odaklı bir bakım sunması büyük önem taşımaktadır (Oflaz, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Bursa Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde Temmuz 2023 ile Haziran 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bursa Şehir Hastanesi, Temmuz 2019'da kurulmuş olup, bu tarihten itibaren psikiyatri polikliniği hizmet vermeye başlamıştır. Psikiyatri kliniği ise 2022 yılında faaliyete geçmiştir. Bursa Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde toplam 14 psikiyatri uzmanı görev yapmaktadır. Bunlar arasında 1 profesör, 2 doçent ve 11 uzman hekim bulunmaktadır. Ayrıca, poliklinikte 18 asistan hekim ve 5 psikolog hizmet sunmaktadır. Psikiyatri servisinde ise 7 hemşire görev yapmaktadır. Psikiyatri polikliniğine günde yaklaşık 50-70 hasta başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bursa Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Temmuz 2023- Haziran 2024 tarihleri arasında başvuran bireyler oluşturmuştur. Araştırmada minimum örneklem büyüklüğü G*Power-3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul, 2007). Araştırmanın minimum örneklem sayısının %95 güç, $\alpha=0.05$, 0.15 etki büyüklüğüne göre 472 kişi olması gerektiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda araştırma dâhil edilme kriterlerine uyan 496 birey ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5-TR) tanı kriterlerine göre ruhsal bozukluk tanısı alma (depresyon, anksiyete bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, somatoform bozukluk, vb.)
- Ruhsal bozukluğun remisyon döneminde olma

- ≥ 18 yaşında olma
- Okur-yazar olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Entelektüel yetiyitimi, madde kullanım bozukluğu ya da nörobilişsel bozukluk tanısı alma

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı değişken:** Hastaların fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyleri.
- **Bağımsız değişkenler:** Hastaların demografik ve klinik özellikleri.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu aracılığıyla elde edilmiştir.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, literatür bilgileri doğrultusunda (Carr ve ark., 2013; Copeland ve ark., 2018; McKay ve ark., 2021; Negele ve ark., 2015) araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Formda hastaların demografik (örneğin; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, vb.) ve klinik (örneğin; psikiyatrik tanı, hastalık süresi, sigara/alkol kullanımı, uyku kalitesi, intihar öyküsü, vb.) özelliklerini belirlemeye yönelik 15 soru bulunmaktadır.

3.5.2. Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu (ÇÖYÖ-KF)

Bernstein ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen ÇÖYÖ-KF, çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal geçmişini gözden geçirmeye yönelik retrospektif bir ölçme aracıdır. ÇÖYÖ-KF 5'li likert tipinde ("1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: biraz katılıyorum, 4: katılıyorum, 5: kesinlikle

katılıyorum”) 28 madde içermektedir. Ölçek fiziksel istismar (9., 11., 12., 15. ve 17. maddeler), cinsel istismar (20., 21., 23., 24. ve 27. maddeler), duygusal istismar (3., 8., 14., 18. ve 25. maddeler), fiziksel ihmal (1., 4., 6., 2. ve 26. maddeler) ve duygusal ihmal (5., 7., 13., 19. ve 28. maddeler) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki 2., 5., 7., 13., 26. ve 28. maddeler ters puanlanmaktadır. Ayrıca 10., 16. ve 22. maddeler kontrol amacı taşımakta olup, puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 25-125 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıların yoğun olduğu anlamına gelmektedir (Bernstein ve ark., 2003). ÇÖYÖ-KF’nin Türkçeye uyarlaması Kaya (2014) tarafından yapılmış olup, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,79, 0,80, 0,81, 0,88 ve 0,81 olarak hesaplanmıştır (Kaya, 2014).

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, etik kurul ve ilgili kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra Temmuz 2023 ile Haziran 2024 tarihleri arasında hastanenin görüşme odasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veri toplama süreci, her katılımcı için yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, Statistical Package for Social Sciences (SPSS, sürüm 23.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ($X \pm SS$), minimum (min), maksimum (maks) değerler olarak özetlenmiştir. ÇÖYÖ-KF alt boyutlarının ve toplam puan ortalamasının hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması için grup sayısı iki olduğunda bağımsız örneklem t testi, grup sayısı ikiden fazla olduğunda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar Bonferroni testi ile ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ayrıca, ÇÖYÖ-KF alt boyutları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile

değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir (Field, 2024).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.06.2023 tarihli ve 2023-419 sayılı onayı ile Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün 23.06.2023 tarihli ve E-13012450-799-218780215 sayılı izni doğrultusunda yürütülmüştür. Hastalara araştırmanın amacı ayrıntılı olarak açıklanmış, katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı rızaları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, sadece Bursa Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Bu durum, elde edilen sonuçların Türkiye'deki tüm ruhsal bozukluğu olan hastalar için genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Bunun yanı sıra araştırmada kullanılan kesitsel tasarım, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesine olanak tanımakla birlikte, bu ilişkilerin nedensel bir bağlamda değerlendirilmesine izin vermemektedir. Başka bir deyişle, bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular, çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ile ruhsal bozukluk arasındaki ilişkinin sebep-sonuç ilişkisini ortaya koymaya yeterli değildir. Ayrıca araştırmanın bulguları, çalışmaya gönüllü olarak katılan hastaların öz-bildirimlerine dayandığı için katılımcıların geçmişte yaşadıkları travmatik olayları eksik veya hatalı hatırlama ihtimali, sosyal onay beklentisi gibi etkenler sebebiyle yanlılık riski taşımaktadır. Bu da verilerin doğruluğunu sınırlayabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin demografik özellikleri (n=496)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (ort±ss 34,36±12,84; min-maks: 18-74)		
18-34 yaş	312	62,9
35-44 yaş	81	16,3
≥ 45 yaş	103	20,8
Cinsiyet		
Kadın	297	59,9
Erkek	199	40,1
Medeni durum		
Evli	230	46,4
Bekâr	266	53,6
Eğitim düzeyi		
İlkokul	92	18,5
Ortaokul	69	13,9
Lise	156	31,5
Üniversite	179	36,1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	238	48,0
Çalışmıyor/ emekli	258	52,0
Ekonomik durum		
İyi	58	11,7
Orta	325	65,5
Kötü	113	22,8
Yaşadığı yer		
Kırsal alan	160	32,3
Kentsel alan	336	67,7
Birlikte yaşanılan kişiler		
Yalnız	64	12,9
Aile	414	83,5
Arkadaşlar	18	3,6

Araştırma kapsamında yer alan ruhsal bozukluğu olan bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların %62,9'unun 18-34 yaş aralığında, %59,9'unun kadın, %53,6'sının bekar ve %36,1'inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra hastaların %52,0'ı herhangi bir işte çalışmadığını, %65,5'i ekonomik durumunun orta seviyede olduğunu, %67,7'si kentsel alanda yaşadığını, %83,5'i ailesiyle birlikte yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin klinik özellikleri (n=496)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik tanı		
Depresyon	156	31,5
Anksiyete bozuklukları	148	29,8
Şizofreni	59	11,9
Bipolar bozukluk	54	10,8
Obsesif kompulsif bozukluk	37	7,6
Somatoform bozukluklar	25	5,0
Travma sonrası stres bozukluğu	17	3,4
Hastalık süresi (ort±ss 4,89±2,90; min-maks: 0-35)		
≤ 1 yıl	210	42,3
1-5 yıl	217	43,8
≥ 5 yıl	69	13,9
Başvuru özelliği		
İlk başvuru	192	38,7
Takipli hasta	304	61,3
Sigara kullanımı		
Kullanıyor	271	54,6
Kullanmıyor	225	45,4
Alkol kullanımı		
Kullanıyor	114	23,0
Kullanmıyor	382	77,0
Fiziksel hastalık öyküsü		
Var	106	21,4
Yok	390	78,6
Uyku kalitesi		
İyi	175	35,3
Kötü	321	64,7
İntihar öyküsü		
Var	127	25,6
Yok	369	74,4

Tablo 4.2.'de ruhsal bozukluğu olan bireylerin klinik özellikleri yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere, hastaların psikiyatrik tanıları sırasıyla depresyon (%31,5), anksiyete bozuklukları (%29,8), şizofreni (%11,9), bipolar bozukluk (%10,8), obsesif kompulsif bozukluk (%7,6), somatoform bozukluklar (%5,0) ve travma sonrası stres bozukluğu (%3,4) olup, hastalık süresi ortalaması $4,89 \pm 2,90$ yıldır. Ayrıca katılımcıların %61,3'ü takipli hasta olduğunu, %54,6'sı sigara içtiğini, %23,0'ı alkol kullandığını, %78,6'sı fiziksel hastalık öyküsünün olmadığını, %64,7'si uyku kalitesinin kötü olduğunu ve %74,4'ü intihar öyküsünün bulunmadığını bildirmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların ÇÖYÖ-KF toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek	X $\pm$ SS	Min- Maks	Puan Aralığı
ÇÖYÖ-KF toplam	66,07 $\pm$ 9,35	43-91	25-125
Fiziksel istismar	12,40 $\pm$ 2,94	5-25	5-25
Cinsel istismar	11,31 $\pm$ 3,10	5-23	5-25
Duygusal istismar	11,18 $\pm$ 2,91	5-22	5-25
Fiziksel ihmal	15,10 $\pm$ 3,50	5-25	5-25
Duygusal ihmal	16,07 $\pm$ 4,35	5-25	5-25

Not: ÇÖYÖ-KF; Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ÇÖYÖ-KF toplam ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları Tablo 4.3.'te yer almaktadır. Hastaların ÇÖYÖ-KF toplam puan ortalaması $66,07 \pm 9,35$ 'tir. ÇÖYÖ-KF'nin fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamalarının ise sırasıyla $12,40 \pm 2,94$, $11,31 \pm 3,10$, $11,18 \pm 2,91$, $15,10 \pm 3,50$ ve $16,07 \pm 4,35$ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin demografik özelliklerine göre ÇÖYÖ-KF puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel istismar X±SS	Cinsel istismar X±SS	Duygusal istismar X±SS	Fiziksel ihmal X±SS	Duygusal ihmal X±SS	ÇÖYÖ-KF X±SS
Yaş						
18-34 yaş	12,62±2,86 ^a	11,46±3,13	11,15±2,92	15,16±3,55	16,29±4,28	66,69±9,35 ^a
35-44 yaş	12,58±2,67	11,21±2,96	11,48±2,86	15,11±3,38	15,84±4,69	66,22±8,99
≥ 45 yaş	11,58±3,26 ^b	10,94±3,14	11,06±2,94	14,92±3,48	15,57±4,30	64,08±9,44 ^b
F/p	5,114/ 0,006*	1,136/ 0,322	0,529/ 0,590	0,179/ 0,837	1,202/ 0,301	3,032/ 0,049*
Cinsiyet						
Kadın	12,21±2,84	11,40±2,95	11,53±2,96	15,26±3,57	16,31±4,36	66,13±9,22
Erkek	12,69±3,08	11,18±3,32	10,95±2,86	14,86±3,38	15,72±4,34	65,98±9,57
t/p	1,782/ 0,075	0,771/ 0,441	2,183/ 0,029*	1,269/ 0,205	1,476/ 0,141	0,180/ 0,857
Medeni durum						
Evli	12,06±2,98	11,12±3,12	11,40±3,19	15,09±3,46	15,77±4,59	65,45±9,81
Bekâr	12,69±2,88	11,48±3,09	11,01±2,63	15,12±3,54	16,32±4,13	66,61±8,92
t/p	2,374/ 0,018*	1,271/ 0,204	1,529/ 0,127	0,094/ 0,925	1,413/ 0,158	1,384/ 0,167
Eğitim düzeyi						
İlkokul	12,05±3,09	11,59±2,94	10,73±2,69 ^b	14,54±3,15 ^b	14,68±4,36 ^b	64,05±8,94 ^b
Ortaokul	12,09±2,98	10,82±3,56	11,08±2,72	14,84±3,71	15,51±4,46	64,61±8,92
Lise	12,39±3,37	10,85±3,01	11,46±2,89	14,80±3,61	16,02±4,28	65,67±9,90
Üniversite	12,84±2,60	11,64±3,03	12,10±3,60 ^a	15,84±3,55 ^a	17,04±4,16 ^a	68,57±9,23 ^a
F/p	2,384/ 0,069	3,142/ 0,053	3,980/ 0,008*	4,435/ 0,004*	6,711/ 0,000*	7,289/ 0,000*
Çalışma durumu						
Çalışıyor	12,78±2,86	11,52±3,36	11,37±2,92	15,06±3,64	15,96±4,37	66,69±9,71
Çalışmıyor/ emekli	12,05±2,98	11,12±2,84	11,02±2,89	15,14±3,37	16,17±4,34	65,51±8,99
t/p	2,750/ 0,006*	1,436/ 0,152	1,356/ 0,176	0,269/ 0,788	0,511/ 0,609	1,421/ 0,156
Ekonomik durum						
İyi	12,23±3,34	11,25±3,47	11,89±3,83	14,61±3,06	16,62±4,05 ^a	67,06±9,86 ^a
Orta	12,49±2,91	11,32±3,09	11,10±2,74	15,27±3,57	16,43±4,31 ^a	66,63±9,35 ^a
Kötü	12,22±2,85	11,30±2,98	11,06±2,82	15,06±3,87	14,73±4,40 ^b	63,95±8,66 ^b
F/p	0,481/ 0,618	0,011/ 0,989	1,977/ 0,140	1,485/ 0,228	7,106/ 0,001*	3,876/ 0,021*

Tablo 4.4.'ün devamı

Yaşadığı yer						
Kırsal alan	12,01±3,13	11,45±3,01	10,95±2,79	15,19±3,33	16,60±3,86	66,21±8,69
Kentsel alan	12,59±2,84	11,24±3,16	11,302±2,96	15,06±3,58	15,81±4,55	66,01±9,66
t/p	2,035/ 0,042*	0,710/ 0,478	1,244/ 0,214	0,399/ 0,690	1,874/ 0,062	0,230/ 0,818
Birlikte yaşanan kişiler						
Yalnız	12,87±3,15	11,08±3,44	11,26±2,56	13,87±3,08 ^b	14,81±4,40 ^b	63,90±9,62
Aile	12,30±2,91	11,30±3,01	11,14±2,92	15,35±3,52 ^a	16,32±4,28 ^a	66,43±9,27
Arkadaşlar	12,89±2,72	12,33±4,04	11,78±3,80	13,78±3,44	14,77±4,97	65,56±9,71
F/p	1,289/ 0,276	1,154/ 0,316	0,432/ 0,650	6,397/ 0,002*	4,205/ 0,015*	2,055/ 0,129

Not: a, b: Gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir. (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi; t: Bağımsız örneklem t testi; *: p<0,05

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre ÇÖYÖ-KF alt boyut puan ve toplam ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.4.'te yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere, hastaların yaşı ile ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre, ≥ 45 yaş yaşındaki hastaların ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar ve toplam puan ortalaması 18-34 yaş gruplarındaki hastalara kıyasla daha düşüktür ($p<0,05$). Ayrıca cinsiyete göre ÇÖYÖ-KF duygusal istismar alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli derecede farklılaştığı ve kadın hastaların çocukluk dönemi duygusal istismar düzeyinin erkek hastalara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bu araştırmada hastaların medeni durumu ile ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli derecede bir farklılık bulunmuştur. Diğer bir ifade ile, bekar olan hastaların evlilere göre çocukluk dönemi fiziksel istismar düzeyi daha yüksektir ($p<0,05$). Diğer taraftan ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitim düzeyi ile ÇÖYÖ-KF duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur. Buna göre, üniversite mezunu olan hastaların ÇÖYÖ-KF duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt boyut ve toplam puan ortalamaları ilkokul mezunu hastalara kıyasla daha yüksektir ($p<0,05$).

Mevcut araştırmada hastaların çalışma durumu ile ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu ve çalışan hastaların çocukluk dönemi fiziksel istismar düzeyinin çalışmayanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca hastaların ekonomik durumu ile ÇÖYÖ-KF duygusal ihmal alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde bir farklılığın bulunduğu belirlenmiştir. Buna göre, ekonomik durumu kötü olan hastaların duygusal ihmal alt boyut ve toplam puan ortalamaları ekonomik durumunu orta ya da iyi olarak ifade eden hastalara kıyasla daha düşüktür ($p<0,05$).

Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı yer ile ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Diğer bir ifade ile, kentsel alanda yaşayan hastaların kırsal alanda ikamet edenlere oranla çocukluk dönemi fiziksel istismar düzeyleri daha yüksektir ($p<0,05$). Bunun yanı sıra hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile ÇÖYÖ-KF fiziksel ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık olduğu, ailesiyle birlikte yaşayan hastaların hem çocukluk ağı fiziksel hem de duygusal ihmal düzeylerinin yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin klinik özelliklerine göre ÇÖYÖ-KF puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel istismar X±SS	Cinsel istismar X±SS	Duygusal istismar X±SS	Fiziksel ihmal X±SS	Duygusal ihmal X±SS	ÇÖYÖ-KF X±SS
Psikiyatrik tanı						
Depresyon	12,21±2,62	11,09±2,83	12,30±2,74 ^a	15,94±3,48 ^a	16,80±3,94 ^a	67,04±9,10
Anksiyete bozuklukları	12,25±3,11	11,05±2,93	11,00±3,02	15,07±3,17	16,26±4,23	65,41±8,70
Şizofreni	13,32±3,09	11,66±3,41	10,76±2,58 ^b	13,80±3,52 ^b	14,51±4,58 ^b	65,59±8,80
Bipolar bozukluk	12,54±3,12	11,59±3,78	11,72±3,96	13,58±3,06 ^b	15,17±4,82	64,61±9,32
Obsesif kompulsif bozukluk	12,73±2,50	11,65±3,07	11,27±2,36	15,59±3,82	15,73±4,34	66,97±9,98
Somatoform bozukluklar	12,24±3,42	11,76±2,76	11,56±2,27	15,60±3,83	16,28±4,91	67,44±9,86
Travma sonrası stres bozukluğu	11,29±2,91	11,31±3,10	10,29±2,26	15,58±4,24	16,70±4,52	66,05±9,92
F/p	1,649/ 0,132	0,886/ 0,505	2,794/ 0,011*	4,965/ 0,000*	2,546/ 0,019*	0,784/0,583
Hastalık süresi						
≤ 1 yıl	12,40±3,03	11,44±3,29	11,13±2,80	15,38±3,59	16,56±4,22	66,92±9,72
1-5 yıl	12,31±3,11	11,33±3,05	11,17±3,09	14,70±3,41	15,74±4,36	65,27±8,90
≥ 5 yıl	12,68±2,65	10,86±2,67	11,39±2,67	15,47±3,40	15,62±4,63	66,03±9,53
F/p	0,407/ 0,665	0,935/ 0,393	0,213/0,808	2,466/ 0,086	2,350/ 0,096	1,669/ 0,189
Başvuru özelliği						
İlk başvuru	12,37±2,99	11,45±3,32	11,15±2,79	15,36±3,55	16,26±4,23	66,60±9,38
Takipli hasta	12,42±2,92	11,23±2,96	11,21±2,98	14,94±3,46	15,96±4,43	65,74±9,34
t/p	0,157/ 0,875	0,771/ 0,441	0,209/ 0,834	1,324/ 0,186	0,771/ 0,441	0,996/ 0,320
Sigara kullanımı						
Kullanıyor	12,51±2,98	11,36±3,15	11,40±3,29	15,56±3,52	16,69±4,19	66,69±9,15
Kullanmıyor	12,27±2,89	11,25±3,06	10,93±2,34	14,72±3,45	15,56±4,42	65,55±9,50
t/p	0,896/ 0,371	0,386/ 0,700	1,825/ 0,069	2,667/ 0,008*	2,904/ 0,004*	1,357/ 0,175
Alkol kullanımı						
Kullanıyor	12,88±3,10	11,67±3,37	11,59±3,43	15,39±3,50	16,32±4,35	66,24±9,45
Kullanmıyor	12,25±2,88	11,20±3,02	11,06±2,72	14,14±3,34	15,23±4,26	65,52±8,91
t/p	2,009/ 0,045*	1,422/ 0,156	1,685/ 0,093	3,380/ 0,001*	2,365/ 0,018*	0,722/ 0,471

Tablo 4.5.'in devamı						
Fiziksel hastalık öyküsü						
Var	12,35±3,14	11,20±2,96	11,02±2,92	15,11±3,55	16,50±3,92	66,47±9,06
Yok	12,41±2,89	11,34±3,15	11,23±2,91	14,91±3,47	15,95±4,46	65,85±9,43
t/p	0,205/ 0,837	0,427/ 0,670	0,664/ 0,507	0,442/ 0,659	1,146/ 0,253	0,998/ 0,318
Uyku kalitesi						
İyi	12,04±2,99	11,21±3,23	10,89±2,82	15,35±3,52	16,49±4,46	65,98±9,73
Kötü	12,60±2,90	11,37±3,04	11,34±2,95	14,97±3,49	15,84±4,28	66,11±8,92
t/p	1,991/ 0,047*	0,564/ 0,573	1,665/ 0,097	1,155/ 0,249	1,614/ 0,107	0,148/ 0,883
İntihar öyküsü						
Var	12,80±3,15	11,66±3,29	11,53±3,28	15,45±3,42	16,32±4,39	66,30±9,61
Yok	12,26±2,86	11,19±3,04	11,07±2,77	14,09±3,53	15,34±4,17	65,41±9,48
t/p	1,752/ 0,080	1,468/ 0,143	1,538/ 0,125	3,845/ 0,000*	2,205/ 0,028*	0,926/ 0,355
Not: a, b: Gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir. (a: en yüksek ortalama)						
F: One-way ANOVA testi; t: Bağımsız örneklem t testi; *: p<0,05						

Araştırmaya dâhil olan hastaların klinik özelliklerine göre ÇÖYÖ-KF alt boyut puan ve toplam ortalamalarının karşılaştırılması ise Tablo 4.5.'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, psikiyatrik tanı ile ÇÖYÖ-KF duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre, depresyon hastalarının şizofreni tanıli hastalara kıyasla çocukluk çağı duygusal istismar ve duygusal ihmal düzeylerinin, şizofreni veya bipolar bozukluk tanısına sahip hastalara göre ise fiziksel ihmal düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Diğer taraftan hastalık süresi, psikiyatri polikliniğine başvuru özelliği ve fiziksel hastalık öyküsü ile ÇÖYÖ-KF alt boyut puan ve toplam ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Mevcut araştırmada hem sigara hem de alkol kullanımı ile ÇÖYÖ-KF fiziksel ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Diğ er bir deyişle, sigara ya da alkol kullanan bireylerin çocukluk d onemi fiziksel ve duygusal ihmal d uzeylerinin daha y uksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca uyku kalitesi ile ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli derecede bir farklılık olduğu, uyku kalitesinin kötü olduğunu bildiren hastaların çocukluk  ağı fiziksel istismar d uzeyinin uyku kalitesinin iyi olduğunu ifade edenlere kıyasla daha y uksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Diğ er taraftan araştırmada intihar  y k s  ile ÇÖYÖ-KF fiziksel ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır. Buna göre, intihar  y k s  bulunan hastaların hem fiziksel hem de duygusal ihmal d uzeyleri daha önce intihar girişiminde bulunmadığını bildirenlere kıyasla daha y uksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Hastalarda  ocukluk d onemi örselenme yaşantıları alt boyutları arasındaki ilişki

ÇÖYÖ-KF		1	2	3	4	5
1. Fiziksel istismar	r	1	0,512	0,407	0,530	0,331
	p		0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
2. Cinsel istismar	r	0,512	1	0,436	0,266	0,392
	p	0,000**		0,000**	0,000**	0,000**
3. Duygusal istismar	r	0,407	0,436	1	0,316	0,566
	p	0,000**	0,000**		0,000**	0,000**
4. Fiziksel ihmal	r	0,530	0,266	0,316	1	0,552
	p	0,000**	0,000**	0,000**		0,000**
5. Duygusal ihmal	r	0,331	0,392	0,566	0,552	1
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	

Not: r: Pearson korelasyon katsayısı, **: $p<0,001$

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk d onemi örselenme yaşantıları alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.6.'da verilmiştir. Tabloda g r ld ğ   üzere, hastaların ÇÖYÖ-KF fiziksel istismar alt boyut puan ortalaması ile cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta d uzeyde, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde zayıf d uzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). ÇÖYÖ-KF

cinsel istismar alt boyut puan ortalaması ile duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Bunun yanı sıra ÇÖYÖ-KF duygusal istismar alt boyut puan ortalaması ile fiziksel ihmal alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, duygusal ihmal alt boyut puan ortalaması arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Benzer şekilde, ÇÖYÖ-KF fiziksel ihmal alt boyut puan ortalaması ile duygusal ihmal alt boyut puan ortalaması arasında da pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmış ve (1) ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal düzeylerine yönelik bulguların tartışılması, (2) ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal düzeylerini etkileyen demografik özelliklere yönelik bulguların tartışılması, (3) ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal düzeylerini etkileyen klinik özelliklere yönelik bulguların tartışılması ve (4) ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması olmak üzere dört ana başlık altında sunulmuştur.

5.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar ve İhmal Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Çocuk ihmali ve istismarı, halk sağlığı açısından öncelikli bir konudur. Erken yaşamda karşılaşılan olumsuz koşullar, ruhsal bozukluklar açısından yüksek risk ile ilişkilidir (Copeland ve ark., 2018; Hughes ve ark., 2017; Kumari, 2020; Murthy, 2014). Nitekim, bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin ÇÖYÖ-KF toplam puan ortalamasının $66,07 \pm 9,35$ olduğu saptanmıştır. ÇÖYÖ-KF'nin fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamalarının ise sırasıyla $12,40 \pm 2,94$, $11,31 \pm 3,10$, $11,18 \pm 2,91$, $15,10 \pm 3,50$ ve $16,07 \pm 4,35$ olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de Uyan ve arkadaşları (2022) şizofreni hastalarının Çocukluk Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamalarının $53,92 \pm 12,40$ olduğunu ve sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında çocukluk dönemi travmatik yaşantılarının daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Aynı çalışmada fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyut puan ortalamaları $6,65 \pm 2,61$, $5,91 \pm 2,38$, $8,18 \pm 2,93$, $14,73 \pm 3,59$ ve $8,48 \pm 2,36$ olarak bulunmuştur (Uyan ve ark., 2022). Alpay ve arkadaşları (2017) ise çocukluk çağı travmalarının depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisini inceledikleri araştırmada katılımcıların fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puan ortalamalarını $6,74 \pm 3,51$, $6,97 \pm 3,31$, $8,44 \pm 3,84$, $9,87 \pm 4,44$ ve $7,71 \pm 3,07$ olarak hesaplamışlardır. Bu

araştırmada elde edilen puan ortalamalarının söz konusu çalışmalardan (Alpay ve ark., 2017; Uyan ve ark., 2022) daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum, araştırmaya farklı ruhsal bozukluğa sahip bireylerin dahil edilmiş olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada, ÇÖYÖ-KF'na ilişkin en yüksek puanların duygusal ihmal ve fiziksel ihmal alt boyutlarına ait olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, literatürle uyumlu olup (Ay ve Kılınçel, 2021; Girgeç ve ark., 2024; Uyan ve ark., 2022; Yanık ve ark., 2002), ruhsal bozukluğu olan bireylerde ihmal yaşantılarının istismar türlerine göre daha yaygın olduğunu göstermektedir. İhmal, istismara kıyasla daha az fark edilen, ancak ruh sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri olan travmalar olarak nitelendirilmektedir (Murthy, 2014; Norman ve ark., 2012). Bu sonuçlara dayanarak ruhsal bozukluğu olan kişilerin çocukluklarında duygusal destekten yoksun kaldıkları ve temel bakım ihtiyaçlarının ihmal edildiği ifade edilmektedir (Norman ve ark., 2012). Özetle, ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmaları yaygın ve çok boyutlu bir sorun olup, travma temelli ruh sağlığı müdahaleleri kritik öneme sahiptir (Anda ve ark., 2006; Copeland ve ark., 2018; Kumari, 2020). Çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ile mücadele edebilmek için çocukluk travmaları ile ruhsal bozukluklar arasındaki neden-sonuç ilişkisinin ayrıntılı şekilde incelenmesi, farklı ruhsal bozukluklarda travmatik yaşantıların türleri ve sıklıklarının belirlenmesi, özellikle duygusal ve fiziksel ihmal gibi daha az dikkat çeken ihmal türlerinin ruh sağlığı üzerindeki etkileri konusunda farkındalığın artırılması oldukça önemlidir.

5.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar/İhmal Düzeylerini Etkileyen Demografik Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşı ile çocukluk dönemindeki fiziksel istismar puanları arasında anlamlı bir ilişki olup, ≥ 45 yaşındaki hastaların çocukluk çağı fiziksel istismar puanları 18-34 yaşındaki hastalardan daha düşüktür. Literatürde çocukluk travmalarının yetişkinlikteki ruh sağlığını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Kisely ve ark., 2020; Rossiter ve ark., 2015). Bununla birlikte, yaşa göre bu etkilerin nasıl farklılaştığına yönelik bulgular değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmayı destekler nitelikte, bazı çalışmalar yaşla birlikte çocukluk çağı travması

puanlarının düştüğünü göstermektedir. Bu durum birkaç temel nedene bağlanmaktadır. Bunlardan birisi yaşla birlikte travmanın etkilerinin azalmasıdır. Nitekim, kişinin zamanla geliştirdiği başa çıkma stratejileri, eski travmalarla da etkili şekilde başa çıkmasını mümkün kılabilir. Ayrıca, bu sonuç otobiyografik hafıza kayıpları, yani yaşlı bireylerin çocukluklarında yaşadıkları travmalarını yıllar içinde daha az hatırlamaları ile de açıklanabilmektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017; Hardt ve Rutter, 2004; Rossiter ve ark., 2015). Başka bir önemli neden ise, yaşlı bireylerin travmatik deneyimlerini bildirme konusunda daha fazla utanma duygusu yaşamalarıdır. Özellikle çocukluk çağındaki fiziksel istismar gibi olaylar bireylerin kendilik algısında derin izler bırakmakta ve yaşamları boyunca travmalarını açıklamalarını zorlaştırabilmektedir (Read ve ark., 2007). Diğer taraftan, bu çalışmanın aksine Cecil ve arkadaşları (2017) yaş ile duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bu doğrultuda travmaların yaşam boyu etkilerinin bireysel farklara (baş etme örüntüleri, hafıza, vb.), travmanın türüne, süresine ve zamanına göre değişkenlik gösterdiğini söylemek mümkündür (Hardt ve Rutter, 2004; Rubin ve Wenzel, 1996). Bu kapsamda, yaşın etkisinin daha net anlaşılabilmesi için yaşa bağlı hafıza dinamikleri ile travmatik yaşantıları bildirme farklılıklarının dikkate alınmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Mevcut araştırmanın bulguları, kadın hastaların çocukluk dönemi duygusal istismar düzeyinin erkek hastalara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Alvarez ve arkadaşları (2011) ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerle yürüttükleri çalışmada kadın hastalarda psikolojik istismara maruz kalma düzeyinin erkeklere oranlara iki kat daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Kadınların çocukluk döneminde yaşadıkları duygusal istismarın yetişkinlikteki psikolojik sağlıkları üzerinde uzun süreli olumsuz etkiler yarattığını bildiren diğer çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (Kisely ve ark., 2020; MacMillan ve ark., 2001; Tolin ve Foa, 2006; Witt ve ark., 2017). Diğer taraftan, Cecil ve arkadaşları (2017) ise duygusal istismarın psikiyatrik semptomatolojinin bağımsız bir yordayıcısı olduğunu ve cinsiyetle anlamlı bir ilişkisinin olmadığını bildirmişlerdir. Rossiter ve arkadaşları da (2015) cinsiyete göre herhangi bir çocukluk çağı travması puanının farklılaşmadığını bulmuşlardır.

Mevcut çalışmada kadınların çocukluk döneminde duygusal istismara daha fazla maruz kalması hem toplumsal cinsiyet rolleri hem de kadınların duygusal travmaları daha fazla içselleştirme eğiliminde olmaları ile açıklanabilir (Brown ve ark., 2015; Caro ve ark., 2023; Sánchez-Meca ve ark., 2011). Bu kapsamda çocukluk dönemi travmaları değerlendirilirken ruh sağlığı çalışanlarının kadın ve erkek hastalar arasında daha dikkatli bir ayırım yapmaları önemli görünmektedir.

Bu araştırmada, bekar hastaların evlilere göre çocukluk çağı fiziksel istismar düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, bireylerin çocukken yaşadıkları travmatik deneyimlerin yetişkinlikteki ilişki dinamiklerini ve yaşam biçimlerini etkilediğini düşündürmektedir. Nitekim, çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kalan bireylerin bağlanma sorunları yaşadıkları, yakın ilişkiler kurma ve sürdürmede zorlandıkları belirtilmektedir (Colman ve Widom, 2004). Bu bağlamda, fiziksel istismar geçmişi olan bireylerin evlilik gibi uzun süreli ve yakın ilişkilerden kaçınarak bekarlığı tercih etmiş olabilecekleri öne sürülebilir. Ayrıca, çocuklukta fiziksel istismar yaşayan kişilerde depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojilerin görülme riski artmakta olup, ruhsal bozukluğa bağlı olarak bireylerin sosyal ilişkiler kurma yeteneklerinin sınırlanması da evlilik olasılığını azaltmış olabilir (Widom ve ark., 2008).

Bu araştırmada, üniversite mezunu olan hastaların duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal puan ortalamalarının ilkökul mezunu hastalara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, çocukluk dönemindeki travmaları ifade etmede eğitim düzeyinin etkisini anlamak açısından oldukça değerlidir. Nitekim, alan yazında çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile ilgili bildirimlerde sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin etkili olduğu vurgulanmaktadır (Mehta ve ark., 2023). Önceki çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin olumsuz çocukluk deneyimlerine maruz kalma için bir risk faktörü olduğu (Mehta ve ark., 2023; Merrick ve ark., 2018), ancak travma geçmişi olan bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe bu travmaları daha sık tanımladığı, etkilerini daha iyi ifade ettikleri ve daha az damgalanma korkusu yaşadıkları bildirilmektedir (Norman ve ark., 2012; Larkin ve ark., 2012). Bununla birlikte Norman ve arkadaşları (2012) eğitim düzeyi yüksek kişilerin çocukluk dönemine dair daha ayrıntılı hatıralara

sahip olma ya da bu hatıraları yeniden işleme eğiliminde olabileceğini öne sürmektedirler. Bu sonuçlara dayanarak eğitim düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye yönelik daha kapsamlı araştırmaların yapılması ve travmatik yaşantıların yaşam boyu olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirilirken eğitim düzeyine ilişkin farklılıkların dikkate alınması gereklidir.

Mevcut araştırmada, çalışmayan hastaların çocukluk dönemi fiziksel istismar düzeyinin çalışanlara oranla, ekonomik durumu kötü olan hastaların ise duygusal ihmal düzeyinin ekonomik durumunu orta veya iyi olarak ifade eden hastalara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olan bireylerde duygusal ihmal düzeyinin daha düşük olması, beklenenin tersine bir bulgu gibi görünse de bu durumun farklı nedenleri olabilir. Öncelikle eğitim düzeyine benzer biçimde düşük sosyo-ekonomik düzey, çocukluk dönemi örseleyici yaşantılarının önemli bir risk faktörü olmasına karşın (Giovanelli ve Reynolds, 2021; Manyema ve ark., 2019; Mehta ve ark., 2023; Wade ve ark., 2014), ekonomik durumu kötü olan veya çalışmayan bireylerin puanlarının daha düşük olması daha temel ihtiyaçlara odaklanmalarından dolayı çocukluk dönemindeki duygusal ihmali bir norm gibi algılamaları ve bu yaşantıları ifade etmediklerini düşündürebilir. Yani, ekonomik durumun duygusal ihmali gölgeleme etkisi olabilir (Norman ve ark., 2012; Read ve ark., 2007). Önceki çalışmalarda düşük sosyo-ekonomik statü ile istismar ve ihmal arasında güçlü bir bağlantı olduğunun (Norman ve ark., 2012), maddi sıkıntılar yaşayan ailelerin çocuklarının duygusal gereksinimlerini karşılamada daha yetersiz olduklarının bildirilmesi bu görüşü desteklemektedir (Lam ve ark., 2024). Bu varsayımın aksine, ekonomik olarak dezavantajlı bireylerin yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmek için daha sıkı aile bağları geliştirerek birbirlerine duygusal destek sağlama eğiliminde oldukları da öne sürülebilir (Walsh et al., 2021). Bu doğrultuda hem bilimsel çalışmalarda hem de klinik uygulamada sosyo-ekonomik durumun bireylerin travmatik deneyimlerini fark etme veya ifade etme biçimlerini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu araştırmada, kentsel alanda yaşayan hastaların kırsal alanda ikamet edenlere oranla çocukluk dönemi fiziksel istismar düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, yerleşim alanının çocukluk çağı travmalarına etkisini inceleyen çalışmalarla uyumludur. Literatürde kentsel alanların daha fazla stresör (yoğun nüfus, ekonomik zorluklar, yetersiz sosyal destek, aile içi çatışmalar, vb.) barındırdığı ve bu durumun ebeveynlerin stres düzeyini artırarak çocuklarına yönelik olumsuz davranış sergileme olasılığını artırdığı ifade edilmektedir (Coulton ve ark., 1995; Evans, 2003; Stith ve ark., 2009). Diğer taraftan, kırsal alanlarda daha güçlü sosyal ağlara sahip olmak çocukluk dönemi istismar riskini azaltabilmektedir. Ancak, bu sonuç yorumlanırken kırsal bölgelerdeki istismar vakalarının daha az bildirilmesi veya istismar/ihmalin farklı biçimde algılanması gibi hususların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Font ve Maguire-Jack, 2020). Bu bağlamda, yerleşim yeri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi daha net açıklayabilmek için büyük örneklemliler ve kültürlerarası çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca, kentsel alanlarda yaşayan risk altındaki kişileri hedefleyen destek programlarının geliştirilmesi çocukluk dönemi travmatik yaşantılarının önlenmesi için kritik öneme sahiptir.

Bu araştırmanın bulguları, ailesiyle birlikte yaşayan hastaların hem çocukluk dönemindeki fiziksel hem de duygusal ihmal düzeylerinin yalnız yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Alan yazında ruhsal bozuklukların gelişiminde aile dinamiklerinin önemli bir faktör olduğu ve çocuğın fiziksel ve/veya duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasının ilerleyen yaşlarda ruhsal bozukluk riskini artırdığı bildirilmektedir (Dong ve ark., 2004; Egeland, 2009; Norman ve ark., 2012). Özellikle bu araştırmada olduğu gibi çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel ihmale maruz kalan bireyler travmatik ortamdan uzaklaşmak için yalnız yaşamayı tercih etmiş olabilirler. Ancak, yalnız yaşayan ruhsal bozukluğu olan bireylerde sosyal destek eksikliğinin veya yalnızlığın sebep olduğu psikososyal yüklerin göz önünde bulundurulması, çocukluk dönemindeki ihmalin önlenmesi veya etkilerinin azaltılarak ruhsal sorunların ortaya çıkışının engellenmesi için aile içi ilişkileri iyileştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi değerli görünmektedir (Kumari, 2020; Mehta ve ark., 2023).

5.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar/İhmal Düzeylerini Etkileyen Klinik Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması

Literatürde çocukluk çağı örselenme yaşantılarının çeşitli ruhsal bozukluğa sahip bireylerde semptomlar ve prognoz üzerinde olumsuz etkisi olduğu (Alvarez ve ark., 2011; Bruce ve ark. 2013; Tunnard ve ark., 2014), ancak sağlık profesyonelleri tarafından çocukluk travmalarının yeterince sorgulanmadığı bildirilmektedir (Read ve ark., 2007). Halbuki, ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk döneminde yaşadıkları travmaların farkında olunmaması, optimal düzeyde ruh sağlığı hizmeti almalarını da engellemektedir (Rossiter ve ark., 2015).

Mevcut araştırmada, depresyon hastalarının şizofreni tanılı hastalara kıyasla çocukluk dönemi duygusal istismar ve duygusal ihmal düzeylerinin, şizofreni veya bipolar bozukluk tanısına sahip hastalara göre ise fiziksel ihmal düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, farklı tanılara sahip bireylerin çocukluk dönemi travmalarının türü ve düzeyindeki farklılıkları anlamak için önemli bir ipucu sunmaktadır. Bu araştırmayla uyumlu olarak, Kumari (2020) hem duygusal istismar hem de duygusal ihmalin depresyon ve anksiyete bozuklukları için transdiagnostik bir risk faktörü olduğunu vurgulamışlardır. Norman ve arkadaşları (2012) da ihmal, fiziksel ve duygusal istismar ile depresif bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisinin incelendiği araştırmada da çocukluk çağında duygusal istismar yaşadığını bildiren bireylerde duygudurum bozukluklarının daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Örsel ve ark., 2011). Başka bir çalışmada, depresyon tanılı hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla çocukluk dönemi istismar ve ihmeline maruz kaldıkları belirlenmiştir (Ay ve Kılınçel, 2021). Benzer biçimde, Bülbül ve arkadaşları (2013) majör depresyon ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve bu travmaların da depresyonun yinelemesine yol açan nedenlerden biri olduğunu bildirmişlerdir. Alpay ve arkadaşları (2017) ise çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkili olan depresyon belirtilerinde duygu düzenlemenin önemli bir etken olduğunu tespit etmişlerdir. Tüm bu sonuçlar, çocukluk çağında temel

fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmamasının ve/veya duygusal istismar ve ihmale maruz kalmanın kişinin benlik saygısını zedeleyerek ilerleyen yaşlarda depresyona yatkınlığı artırdığı, yani depresyonun çocukluk döneminde maruz kalınan uzun süreli çevresel stresörlerin bir sonucu olduğu şeklinde yorumlanabilir (Heim ve ark., 2008; Kessler ve ark., 2010). Öte yandan, şizofreni veya bipolar bozukluk tanısına sahip hastalarda daha düşük duygusal istismar ve ihmal oranları, bu hastalıkların etiyolojisinde biyolojik veya genetik faktörlerin daha fazla rol almasıyla ilişkili olabilir (Kessler et al., 2010). Bu nedenle ruh sağlığı ekibinin güven ilişkisini geliştirdikten sonra hastaların çocukluk dönemi travmalarını yeterince sorgulamaları önemlidir. Özellikle hastaların travmatik yaşantılarını tespit ve müdahale etme konusunda kendisini yetersiz hisseden sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi hastaların daha etkili, travma-odaklı ve bireyselleştirilmiş hizmet almalarına katkı sağlayabilir (Read ve ark., 2007).

Bu araştırmada, sigara ya da alkol kullanan bireylerin çocukluk dönemi fiziksel ve duygusal ihmal düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de olumsuz yaşam deneyimleri ile alkol kullanımı ve alkole başlama yaşı arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Afifi ve ark., 2017; Dube ve ark., 2006). Benzer şekilde, Hughes ve arkadaşları (2017) ocukluk döneminde örseleyici yaşantılara maruz kalan kişilerin sigara ve alkol kullanımı da dahil olmak üzere tüm sağlık sonuçları açısından olumsuz çocukluk deneyimine hiç maruz kalmayanlara oranla daha yüksek risk altında olduklarını bildirmişlerdir. Bu doğrultuda çocukluk dönemi travmalarının, özellikle fiziksel ve duygusal ihmalin, bireyin stresle baş etme kapasitesini azaltarak madde kullanımına yatkınlığı artırabilir. Bununla birlikte fiziksel veya duygusal açıdan ihmal edilen çocukların yaşadıkları boşluğu herhangi bir madde ile doldurma eğiliminde oldukları ifade edilmektedir (Dube ve ark., 2003; Larkin ve ark., 2012). Her ne kadar madde kullanımı, çocukluk döneminde örseleyici yaşantılara maruz kalan bireyler için kısa vadeli bir baş etme mekanizması olsa da uzun vadede ruhsal bozuklulara yol açabilmektedir (Dube ve ark., 2003). Bu nedenle toplum ruh sağlığının iyileştirilmesi için çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları ve bunların sağlık üzerindeki yaşam boyu etkilerini önlemeye veya azaltmaya yönelik küresel düzeyde acil önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Hughes ve ark., 2017; Kumari, 2020).

Bu araştırmanın önemli bir bulgusu da uyku kalitesinin kötü olduğunu bildiren hastaların çocukluk çağı fiziksel istismar düzeyinin uyku kalitesinin iyi olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek olmasıdır. Benzer şekilde, Larkin ve arkadaşları (2012) olumsuz çocukluk yaşantıları ile uyku sorunları arasında bağlantı olduğunu ifade etmişlerdir. Nitekim, alan yazında fiziksel istismara maruz kalan bireylerde travmanın kortizol seviyesini artırdığı, bunun da uykuya dalma, sürdürme ve/veya sonlandırmaya ilişkin sorunlara yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca çocukluk dönemi travmalarının bireylerde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklara sebep olduğu, bu ruhsal sorunlarında uyku kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Söderström ve ark., 2012; Van der Helm ve Walker, 2011). Uyku, genel sağlık için kritik bir bileşen olduğu için uyku problemleri yaşayan hastaların travmatik deneyimlerinin sorgulanması ve tedavi planlamasında dikkate alınması yaşam kalitelerini artırmada etkili olabilir.

Mevcut araştırmada, intihar öyküsü bulunan hastaların hem fiziksel hem de duygusal ihmal düzeyleri daha önce intihar girişiminde bulunmadığını bildirenlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma ile uyumlu olarak Norman ve arkadaşları (2012) çocukluk dönemi ihmal öyküsü ile intihar girişimleri arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Afifi ve arkadaşları da (2017) fiziksel ve duygusal istismarın artan intihar girişimi ile ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Alvarez ve arkadaşları (2011) tarafından şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk tanıılı bireylerle yürütülen çalışmada ise cinsel istismara maruz kalan hastalarda intihar girişiminin iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Tüm bulgular, intihar girişimleri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki güçlü ilişkiyi kanıtlamaktadır. Çocukluk döneminde fiziksel ve duygusal ihmal yaşayan bireylerin baş etme becerileri azalarak intiharı bir çıkış yolu olarak görme olasılığını artırabilmektedir (Calegaro ve ark., 2023; Kumari, 2020; Thompson ve ark., 2019). Bunun yanı sıra ihmal, bireyin bağlanma örüntüsünü zedeleyerek güvensizlik, yalnızlık, değersizlik ve çaresizlik gibi intiharla ilişkili duygulara sebep olabilir (Van Orden ve ark., 2010; Yıldırım ve ark., 2014). Özellikle duygusal ihmalin bireyin sosyal destek arama yetisini zayıflatarak, fiziksel ihmalin ise kişinin yaşam kalitesini düşürerek intihar riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Norman ve ark., 2012). Bu bağlamda, intihar öyküsü bulunan bireylerin geçmiş travmalarının değerlendirilmesi, intiharı önlemeye yönelik stratejiler geliştirmek için hayatidir.

5.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Çocukluk Dönemindeki İstismar ve İhmal Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk dönemindeki fiziksel istismar ile cinsel istismar ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönlü orta düzeyde, duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında ise zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca cinsel istismar ile duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Duygusal istismarın ise fiziksel ihmal ile pozitif yönlü zayıf düzeyde, duygusal ihmal ile de orta düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer biçimde, fiziksel ihmal ile duygusal ihmal arasında da pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır. Bu bulgulara dayanarak, ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmalarının birbirinden bağımsız değil, birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir. Bu bulguyu destekler nitelikte, Şenkal ve Işıklı (2015) fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında zayıf ile orta düzeyde ilişki olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde Girgeç ve arkadaşları (2024) da unipolar depresyon tanımlı bireylerde çocukluk çağı fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu saptamışlardır.

Hem istismar hem de ihmal türleri arasındaki bu ilişki, travmatik yaşantıların birden fazla boyutta ortaya çıktığını ve bireyi kümülatif olarak etkilediğini ortaya koymaktadır. Örneğin; fiziksel ihmalin yaşandığı bir ortamda fiziksel istismar ve duygusal ihmal de genellikle görülebilmektedir (Copeland ve ark., 2018; Dong ve ark., 2004). Bunun yanı sıra istismar ve ihmal yaşantıları arasındaki zayıf ve orta düzeydeki ilişki, her travma türünün kendi dinamiklerine sahip olduğunu ve birey üzerindeki etkilerinin de farklı olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin; duygusal ihmal daha yaygın olmasına karşın genellikle fark edilmesi zor, cinsel istismar ise diğer travmalara göre daha fazla gizlenmektedir (Norman ve ark., 2012). Çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar arasındaki bu ilişkiler, ruh sağlığı çalışanlarının klinik değerlendirmelerinde çok boyutlu yaklaşımı benimsemelerinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda, her bir travma türünün bağımsız etkileri

kadar ortak etkilerinin de incelenmesi ve birbirini güçlendiren bu travma türlerine yönelik entegre yaklaşımlar geliştirilmesi elzemdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Bu araştırmaya katılan hastaların %62,9'u 18-34 yaş aralığında, %59,9'u kadın, %53,6'sı bekar ve %36,1'i üniversite mezunudur. Bunun yanı sıra hastaların %52,0'ı herhangi bir işte çalışmamakta, %65,5'inin ekonomik durumu orta seviyede, %67,7'si kentsel alanda ve %83,5'i ailesiyle birlikte yaşamaktadır.

- Araştırma kapsamında yer alan hastaların psikiyatrik tanıları sırasıyla depresyon (%31,5), anksiyete bozuklukları (%29,8), şizofreni (%11,9), bipolar bozukluk (%10,8), obsesif kompulsif bozukluk (%7,6), somatoform bozukluklar (%5,0) ve travma sonrası stres bozukluğu (%3,4)'dur.

- Bu araştırmaya dahil edilen ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastalık süresi ortalamasının $4,89 \pm 2,90$ yıl olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %61,3'ü takipli hasta olduğunu, %54,6'sı sigara içtiğini, %23,0'ı alkol kullandığını, %78,6'sı fiziksel hastalık öyküsünün olmadığını, %64,7'si uyku kalitesinin kötü olduğunu ve %74,4'ü intihar öyküsünün bulunmadığını bildirmiştir.

- Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin ÇÖYÖ-KF toplam puan ortalamasının $66,07 \pm 9,35$ olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte ÇÖYÖ-KF'nin fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla $12,40 \pm 2,94$, $11,31 \pm 3,10$, $11,18 \pm 2,91$, $15,10 \pm 3,50$ ve $16,07 \pm 4,35$ 'tir.

- Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki fiziksel istismar düzeyini etkileyen faktörlerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, yaşanılan yer, alkol kullanımı ve uyku kalitesi olduğu saptanmıştır.

- Bu araştırmada hastaların demografik ve klinik özellikleri ile çocukluk önemi cinsel istismar düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

- Bu araştırmada cinsiyet, eğitim düzeyi ve psikiyatrik tanının çocukluk dönemi duygusal istismar düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
- Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki fiziksel ihmal düzeyi ile ilgili faktörlerin eğitim düzeyi, birlikte yaşanılan kişiler, psikiyatrik tanı, sigara ve alkol kullanımı, intihar öyküsü olduğu belirlenmiştir.
- Bu araştırmada eğitim düzeyi, ekonomik durum, birlikte yaşanılan kişiler, psikiyatrik tanı, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve intihar öyküsünün çocukluk dönemi duygusal ihmal düzeyini etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır.
- Bu araştırmada hastalık süresi, psikiyatri polikliniğine başvuru özelliği ve fiziksel hastalık öyküsü ile      -KF alt boyut puan ve toplam ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.
- Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin      -KF tüm alt boyutları (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) arasında pozitif yönlü zayıf veya orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

6.2.  neriler

Bu araştırmanın sonuçları işığında araştırmacılara ve ruh sağlığı çalışanlarına yönelik öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Ruhsal bozukluğu olan kişilerde çocukluk dönemi örseleyici yaşantılarının sorgulanması ve travma-odaklı müdahalelerin planlanması,
- Ruhsal bozuklukların tedavisinde bütüncül yaklaşımın benimsenmesi,
- Çocukluk dönemi istismar ve ihmal öyküsü olan ruhsal bozukluğu olan bireylerde travmanın olumsuz etkilerini azaltmayı hedefleyen müdahale programları planlanırken hastaların demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşanılan yer ve kişiler) ve klinik özelliklerinin (psikiyatrik tanı, sigara ve alkol kullanımı, uyku kalitesi, intihar öyküsü.) dikkate alınması,
- Farklı ruhsal bozukluklarda travmatik yaşantıların türleri ve sıklıklarının belirlenmesi,

- Ruhsal bozukluk türlerine göre çocukluk dönemi örseleyici yaşantılarının karşılaştırılması,
- Çocukluk dönemi örseleyici yaşantıları ile ruhsal bozukluklar arasındaki neden-sonuç ilişkisinin ayrıntılı şekilde incelenmesi,
- Çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantıların ruh sağlığı üzerindeki etkileri konusunda toplumsal farkındalığın artırılması,
- Çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantıların önlenmesi için aile içi ilişkileri geliştirmeye yönelik stratejilerin planlanması,
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılarını tanılama ve müdahale etme konusunda kendisini yetersiz hissedен sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenerek yetkinliklerinin artırılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abdullah, A., Ayim, M., Bentum, H., & Emery, C. R. (2021). Parental poverty, physical neglect, and child welfare intervention: Dilemma and constraints of child welfare workers in Ghana. *Children and Youth Services Review*, 126, 106036. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2021.106036>
- Aboul-Hagag, K. E. S., & Hamed, A. F. (2012). Prevalence and pattern of child sexual abuse reported by cross-sectional study among the university students, Sohag University, Egypt. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 2(3), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.ejfs.2012.05.001>
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse and Neglect*, 33(3), 139–147. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.009>
- Afifi, T. O., Ford, D., Gershoff, E. T., Merrick, M., Grogan-Kaylor, A., Ports, K. A., MacMillan, H. L., Holden, G. W., Taylor, C. A., Lee, S. J., & Peters Bennett, R. (2017). Spanking and adult mental health impairment: The case for the designation of spanking as an adverse childhood experience. *Child Abuse & Neglect*, 71, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.014>
- Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1, 169–184.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 95–119.
- Alkema, A., Marchi, M., van der Zaag, J. A. J., van der Sluis, D., Warrier, V., Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators, Ophoff, R. A., Kahn, R. S., Cahn, W., Hovens, J. G. F. M., Riese, H., Scheepers, F., Penninx, B. W. J. H., Cecil, C., Oldehinkel, A. J., Vinkers, C. H., & Boks, M. P. M. (2024). Childhood abuse v. neglect and risk for major psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 54(8), 1598–1609. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003471>
- Alpay, E. H., Aydın, A., & Bellur, Z. (2017). Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 20, 218–226. <https://doi.org/10.5505/kpd.2017.98852>
- Álvarez, M.-J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J., & Arrufat, F.-X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156–161. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c751c>
- American Humane. (2003). *Child neglect*. https://www.americanhumane.org/site/pageServer?pagename=nr_fact_sheets_childneglect

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Armağan, E. (2007). Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. *New Symposium Journal*, 2, 170–173.
- Aslan, M., & Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53–62.
- Asmundson, G. J., & Afifi, T. O. (2019). *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*. Academic Press.
- Ay, R., & Kılınçel, O. (2021). Depresyon tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travması varlığı ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 67-75. <https://doi.org/10.33631/duzcesbed.819460>
- Bahçecik, N. K. (1993). Çocuk istismarı ve ihmali hazırlayıcı nedenler. *Hemşirelik Bülteni*, 7(28), 33–38.
- Bernstein, D. P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsmen, L., Medrano, M., Desmond, D. ve Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Brown, C., Nkemjika, S., Ratto, J., Dube, S. R., Gilbert, L., Chiang, L., Picchetti, V., Coomer, R., Kambona, C., McOwen, J., Akani, B., Kamagate, M. F., Low, A., Manuel, P., Agosto, A., & Annor, F. B. (2024). Adverse childhood experiences and associations with mental health, substance use, and violence perpetration among young adults in sub-Saharan Africa. *Child Abuse & Neglect*, 150, 106524. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106524>
- Brown, M. J., Masho, S. W., Perera, R. A., Mezuk, B., & Cohen, S. A. (2015). Sex and sexual orientation disparities in adverse childhood experiences and early age at sexual debut in the United States: Results from a nationally representative sample. *Child Abuse & Neglect*, 46, 89–102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.019>
- Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2013). Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 30(7), 662–669. <https://doi.org/10.1002/da.22112>
- Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2013). Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 30(7), 662–669. <https://doi.org/10.1002/da.22112>

- Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O., & Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 93-99. <https://doi.org/10.5455/apd.34484>
- Calegaro, G., Soares, P. S. M., Colman, I., Murray, J., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B., & Gonçalves, H. (2023). Adverse childhood experiences (ACEs) and suicidal behaviors in emerging adulthood: The 1993 Pelotas birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106517. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106517>
- Carlson, J. S., Yohannan, J., Darr, C. L., Turley, M. R., Larez, N. A., & Perfect, M. M. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences in school-aged youth: A systematic review (1990–2015). *International Journal of School & Educational Psychology*, 8(sup1), 2–23. <https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1548397>
- Caro, P., Turner, W., Caldwell, D. M., & Macdonald, G. (2023). Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD013361. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013361.pub2>
- Carr, C. P. M., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–1020. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Cecil, C. A. M., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 63, 106–119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.024>
- Chaiyachati, B. H., & Gur, R. E. (2021). Effect of child abuse and neglect on schizophrenia and other psychotic disorders. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 206, 173195. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173195>
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133–1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G., & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Network Open*, 1(7), e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- Coulton, C. J., Korbin, J. E., Su, M., & Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 66(5), 1262–1276.
- Çelik, F. G. H., & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695–711.

- Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., et al. (2012). Limbic scars: Long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 71(4), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.10.021>
- De Boer, C., Ghomrawi, H. M., Bouchard, M. E., Linton, S. C., Tian, Y., & Abdullah, F. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on presentation and severity of traumatic injury due to physical child abuse across US children's hospitals. *Journal of Pediatric Surgery*, 57(4), 726–731. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2021.06.014>
- Demir, Z. G. Y., Yılmaz, M., & Yılmaz, S. (2024). Child abuse: Its effects on mental health and responsibilities of the psychiatric nurse. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 31(1), 23–29. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2021.72691>
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7–13. <https://doi.org/10.5455/jmood.20160303113111>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771–784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., & Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.e1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>
- Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E. C., Thompson, R., English, D., Lee, L. C., & Feerick, M. M. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 173–189. <https://doi.org/10.1177/1077559505275014>
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004>
- Ellington, E. (2017). Psychiatric nursing's role in child abuse: Prevention, recognition, and treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(4), 16–20.
- Erkut, Z., & Gözen, D. (2019). Hemşirelerin gözünden fiziksel istismar: İpucu bulguları nasıl tanırız? *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16, 54–59.

- Evans G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536–555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- Festinger, T., & Baker, A. (2010). Prevalence of recalled childhood emotional abuse among child welfare staff and related well-being factors. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 520–526. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.11.004>
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6th ed.). Sage Publications.
- Font, S. A., & Maguire-Jack, K. (2020). The scope, nature, and causes of child abuse and neglect. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 692(1), 26–49. <https://doi.org/10.1177/0002716220969642>
- Geçkil, E. (2017). Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 129–139.
- Giovanelli, A., & Reynolds, A. J. (2021). Adverse childhood experiences in a low-income black cohort: The importance of context. *Preventive medicine*, 148, 106557. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106557>
- Girgeç, S. K., Saraçlı, O., & Çakır Kardeş, V. (2024). The relationship between childhood traumas and dysfunctional attitudes in individuals with unipolar depression. *Turkish Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 197–206. <https://doi.org/10.5505/kpd.2024.58630>
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect: Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 866–875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002>
- Güldeste, A. (2018). *Çocuklarda cinsel istismar (gazete haberleri üzerinden sosyolojik bir bakış* [Yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güleç, M. Y., Altıntaş, M., Inanç, L., Bezgin, Ç. H., Koca, E. K., & Güleç, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.033>
- Hancı, İ. H. (2002). *Adli tıp ve adli bilimler* (1st ed., pp. 263–284). Seçkin Yayıncılık.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 45(2), 260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hébert, M., Smith, K., Caouette, J., Cénat, J. M., Karray, A., Cartierre, N., Veuliet-Combiér, C., Mazoyer, A. V., & Derivois, D. (2021). Prevalence and associated mental health outcomes of child sexual abuse in youth in France: Observations from a convenience sample. *Journal of Affective Disorders*, 282, 820–828. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.100>

- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Hemanth, P., Fang, L., Chong, S., & Tan, L. J. (2024). Factors related to delayed disclosure among victims of child sexual abuse in Singapore. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106647>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(11), e848–e857. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00232-2)
- Janiri, D., Sani, G., De Rossi, P., Piras, F., Iorio, M., Banaj, N., et al. (2017). Amygdala and hippocampus volumes are differently affected by childhood trauma in patients with bipolar disorders and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 19, 353–362. <https://doi.org/10.1111/bdi.12500>
- Ji, K., & Finkelhor, D. (2015). A meta-analysis of child physical abuse prevalence in China. *Child Abuse and Neglect*, 43, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.011>
- Jiang, D. H., Kim, S., Zaidi, A., Cottrell, L., Christopher, M. C., Palacio, T. R., & Rosenfield, P. J. (2022). Insights from expanded adverse childhood experiences screening in a hospital-based outpatient psychiatry service. *Psychiatric Quarterly*, 93(2), 677–687. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09982-7>
- Kaya, S. (2014). *Çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ölçeği kısa formunun Türkçe'ye uyarlanması* [Yüksek lisans tezi], Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kisely, S., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2020). Child maltreatment and mental health problems in 30-year-old adults: A birth cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.009>
- Knipschild, R., Hein, I., Pieters, S., Lindauer, R., Bicanic, I. A. E., Staal, W., de Jongh, A., & Klip, H. (2024). Childhood adversity in a youth psychiatric population: Prevalence and associated mental health problems. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2330880. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2330880>

- Kumari, V. (2020). Emotional abuse and neglect: Time to focus on prevention and mental health consequences. *British Journal of Psychiatry*, 217(5), 597–599. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.154>
- Külcü, D. P., & Karataş, H. (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32, 48–58.
- Lam, N., Fairweather, S., Lewer, D., Prescott, M., Undugoda, P., Dickerson, J., Gilbody, S., & Wadman, R. (2024). The association between adverse childhood experiences and mental health, behaviour, and educational performance in adolescence: A systematic scoping review. *PLOS Mental Health*, 1(5), e0000165. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000165>
- Lanier, P., Maguire-Jack, K., Lombardi, B., Frey, J., & Rose, R. A. (2018). Adverse childhood experiences and child health outcomes: Comparing cumulative risk and latent class approaches. *Maternal and Child Health Journal*, 22(3), 288–297. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2365-1>
- Larkin, H., Shields, J. J., & Anda, R. F. (2012). The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263–270. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707439>
- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., & Huber, L. R. B. (2017). Pediatric inpatient nurses' perceptions of child maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 17–22.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878–1883. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>
- Manyema, M., & Richter, L. M. (2019). Adverse childhood experiences: Prevalence and associated factors among South African young adults. *Heliyon*, 5(12), e03003. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03003>
- Marc, B., & Vangeenderhuysen, C. (2015). Children: sexual abuse- overview. In *Encyclopedia of forensic and legal medicine* (2nd edition). Elsevier Inc.
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Towards a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131–148. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- McCrory, E., De Brito, S., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00048>

- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- McLaughlin, K. A., DeCross, S. N., Jovanovic, T., & Tottenham, N. (2019). Mechanisms linking childhood adversity with psychopathology: Learning as an intervention target. *Behaviour Research and Therapy*, 118, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.008>
- Mehta, D., Kelly, A. B., Laurens, K. R., Haslam, D., Williams, K. E., Walsh, K., Baker, P. R. A., Carter, H. E., Khawaja, N. G., Zelenko, O., & Mathews, B. (2023). Child maltreatment and long-term physical and mental health outcomes: An exploration of biopsychosocial determinants and implications for prevention. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(2), 421–435. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01258-8>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038–1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Modelli, M. E. S., Galvão, M. F., & Pratesi, R. (2012). Child sexual abuse. *Forensic Science International*, 217(1–3), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.08.006>
- Murthy, R. S. (2014). Impact of child neglect and abuse on adult mental health. *Institutionalised Children Explorations and Beyond*, 1(2), 150–162. <https://doi.org/10.5958/2349-3011.2014.01180.3>
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 650804. <https://doi.org/10.1155/2015/650804>
- Nehir, S., Irmak, H., Demet, M. M., & Toksöz, K. (2018). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 163–168. <https://doi.org/10.5455/apd.266920>
- Ness, S. (2023). ‘It’s not like we use the word emotional abuse’. A study on Norwegian child welfare workers’ understanding of emotional abuse. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106504. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106504>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

- Oflaz, F. (2015). Travma yaşamış çocuk ve gençlerin ele alınmasında çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1, 46–51.
- Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlu Kahiloğulları, A., & Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 130–136.
- Özbaş, A. A. (2017). Çocuk ihmali, istismarı ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2, 44–54.
- Özkan, G. (2022). Ekolojik sistem yaklaşımı açısından çocuk ihmal ve istismarında bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4(8), 217–240. <https://doi.org/10.47994/usbada.1036593>
- Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 9(1), 49-62.
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Polat, O. (2004). *Klinik adli tıp*. Seçkin Yayıncılık.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101-110. doi:10.1192/apt.bp.106.002840
- Rith-Najarian, L. R., Triplett, N. S., Weisz, J. R., & McLaughlin, K. A. (2021). Identifying intervention strategies for preventing the mental health consequences of childhood adversity: A modified Delphi study. *Development and Psychopathology*, 33(2), 748–765. <https://doi.org/10.1017/S0954579420002059>
- Rossiter, A., Byrne, F., Wota, A. P., Nisar, Z., Ofuafor, T., Murray, I., Byrne, C., & Hallahan, B. (2015). Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*, 44, 36–45. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.001>
- Rost, K., Gossman, E., Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Köhler-Dauner, F. (2024). Long-term consequences of childhood emotional abuse in mothers on parental load and child mental health. *Acta Psychologica*, 244. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104169>
- Rubin, D. C., & Wenzel, A. E. (1996). One hundred years of forgetting: A quantitative description of retention. *Psychological Review*, 103(4), 734–760. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.734>
- Runyan, D. K., May-Chahal, C., & Hassan, F. (2015). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In *World report on violence and health* (pp. 59–86). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/284513156>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.

- Scott, J. G., Malacova, E., Mathews, B., Haslam, D. M., Pacella, R., Higgins, D. J., Meinck, F., Dunne, M. P., Finkelhor, D., Erskine, H. E., Lawrence, D. M., & Thomas, H. J. (2023). The association between child maltreatment and mental disorders in the Australian Child Maltreatment Study. *Medical Journal of Australia*, 218(S6). <https://doi.org/10.5694/mja2.51870>
- Shoib, S., Amanda, T. W., Saeed, F., Armiya'u, A. Y. u., Patel, V., Chandradasa, M., & De Berardis, D. (2022). Relationship between childhood sexual abuse and suicidal behaviour in South Asian countries: A scoping review. *Psychiatry Research Communications*, 2(3), 100066. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100066>
- Sibert, J. R., Payne, E. H., Kemp, A. M., Barber, M., Rolfe, K., Morgan, R. J. H., Lyons, R. A., & Butler, I. (2002). The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse & Neglect*, 26.
- Siddik, M. A. B., Manjur, M., Pervin, I., Khan, M. B. U., & Sikder, C. (2024). Suicide attempts and depression associated factors among the male child sexual abuse survivors in Bangladesh. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100736. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100736>
- Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A., & Akerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 175–183. <https://doi.org/10.1037/a0027518>
- Spalletta, G., Janiri, D., Piras, F., & Sani, G. (Eds.). (2020). *Childhood trauma in mental disorders: A comprehensive approach*. Springer.
- Stark, L., & Landis, D. (2016). Violence against children in humanitarian settings: A literature review of population-based approaches. *Social Science & Medicine*, 152, 125–137. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.028>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Şenkal, İ., & Işıklı, S. (2015). Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), 261–267.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82–86.
- Thompson, M. P., Kingree, J. B., & Lamis, D. (2019). Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. *Child: Care, Health and Development*, 45(1), 121–128. <https://doi.org/10.1111/cch.12617>

- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali [Child abuse and neglect]. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70–74.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959–992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.003>
- Tunnard, C., Rane, L. J., Wooderson, S. C., Markopoulou, K., Poon, L., Fekadu, A., Juruena, M., & Cleare, A. J. (2014). The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.037>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2015). *İstatistikî sonuçlar*. <https://www.tuik.gov.tr>
- Uyan, T. T., Baltacıoğlu, M., & Hocaoglu, C. (2022). Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: A case–control study. *General Psychiatry*, 35(1), e100659. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2021-100659>
- van der Helm, E., & Walker, M. P. (2011). Sleep and emotional memory processing. *Sleep Medicine Clinics*, 6(1), 31–43. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2010.12.010>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric mental health nursing*. PA: Wolters Kluwer.
- Wade, R., Shea, J. A., Rubin, D., & Wood, J. (2014). Adverse childhood experiences of low-income urban youth. *Pediatrics*, 134(1), e13–e20. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2475>
- Walsh, C., Doherty, K., & Best, P. (2021). A novel approach for understanding trauma-related youth violence in low resource contexts: A retrospective case file review in Northern Ireland. *Violence: An International Journal*, 2(1), 85–105. <https://doi.org/10.1177/2633002421991841>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785–796. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- Wismayanti, Y. F., O’Leary, P., Tilbury, C., & Tjoe, Y. (2019). Child sexual abuse in Indonesia: A systematic review of literature, law and policy. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104034. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104034>
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 47. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>

- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*, Geneva. <https://iris.who.int/handle/10665/43499>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*, Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>
- Yanık, M., & Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/işmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 140–146.
- Yeo, D., Lee, S., Choi, H., Park, M. H., & Park, B. (2024). Emotional abuse mediated by negative automatic thoughts impacts functional connectivity during adolescence. *Neurobiology of Stress*, 30. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2024.100623>
- Yıldırım, F., Küçüköncü, S., Beştepe, E. E., & Yıldırım, M. S. (2014). Erişkin unipolar depresyon örnekleminde çocukluk çağı istismar ve işmal yaşantılarının intihar girişimi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51, 133-140. <https://doi.org/10.4274/npa.y6802>
- Yılmaz, E. B. (2013). Çocuk istismarının önlenmesinde kullanılan programlar ve özellikleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 255–259.
- Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Arık, A., & Arslan, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(4), 536–541. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.04.0196>
- Zhang, L., Mersky, J. P., Gruber, A. M. H., & Kim, J.-Y. (2023). Intergenerational transmission of parental adverse childhood experiences and children's outcomes: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3251–3264. <https://doi.org/10.1177/15248380221126186>

8. EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
☐ Kadın
☐ Erkek
3. Medeni durumunuz:
☐ Evli
☐ Bekar
4. Eğitim durumunuz:
☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Üniversite
5. Ekonomik durumunuz:
☐ Kötü- gelirim giderimden az
☐ Orta- gelirim ile giderim yaklaşık olarak aynı
☐ İyi- gelirim giderimden fazla
6. Çalışma durumunuz:
☐ Çalışmıyorum/ emekliyim
☐ Çalışıyorum
7. Yaşadığınız yer:
☐ Kırsal alan (köy, kasaba)
☐ Kentsel alan (şehir, büyükşehir)
8. Kiminle yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız
☐ Ailemle
☐ Arkadaşlarımla
9. Psikiyatri polikliniğine başvuru sebebiniz:
☐ İlk başvuru
☐ Takipli hasta
☐ Diğer.....
10. Psikiyatrik tanınız:
11. Kaç yıldır bu tanı ile takip ediliyorsunuz?
12. Sigara veya alkol kullanım durumunuzu belirtiniz.
 - a. Sigara: Evet ☐ Hayır ☐
 - b. Alkol: Evet ☐ Hayır ☐

13. Fiziksel bir hastalığınız var mı? Evet ☐ Hayır ☐

14. Uyku kaliteniz size göre nasıldır? İyi ☐ Kötü ☐

15. Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

a. Evet ☐ Hayır ☐

b. Evet ise lütfen ne zaman ve ne şekilde bu girişimde bulunduğunuzu açıklayınız

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EK-2: Çocukluk Dönemi Örselenme Yaşantıları Ölçeği Kısa Formu

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadarsıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Seviildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözlersöylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyordum yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğioluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakınhissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisinedokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylerebakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğumainanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğumainanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

EK-3: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.06.2023-419



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Doç. Dr. Didem AYHAN'ın 2023-69 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 13.04.2023 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-4 sayılı toplantısında Doç. Dr. Didem AYHAN danışmanlığında Hem. Esra ORTAÇ tarafından yürütülmesi planlanan 2023-69 başvuru sayılı " **Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Bireylerde Çocukluk Dönemi İhmal ve İstismarının Ruh Sağlığına Etkisi** " konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.



Pın Kodu :25652

Belge Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5658&eD=BSN4BSTD82>

Adres: Yeni Mahalle Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Caddesi
No: 77 Bandırma/BALIKESİR
Telefon: 02667170117 Faks: 02667170030
e-Posta: sagbiletik@bandirma.edu.tr
Kep Adresi: bandirmaonyediyul@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5658&eD=BSN4BSTD82&eS=419> adresinden yapılabilir.

EK-4: Kurum İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-13012450-799-218780215
Konu : Araştırma İzni Hk.

23.06.2023

Sayın Hems. Esra ORTAÇ
Bursa Şehir Hastanesi
Erişkin Psikiyatri Bölümü

Yazımız ekinde bulunan çalışmanızın belgeleri ve dilekçenize istinaden; Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onayı alınmış olan **“Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Bireylerde Çocukluk Dönemi İhmal ve İstismarının Ruh Sağlığına Etkisi”** isimli akademik çalışmanın Hastanemizde yapılacak olmasına ilişkin talebiniz incelenmiş ve çalışmanın yapılmasının tarafımızca uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.



Ek: Konuya İlişkin Dilekçeniz ve Diğer Belgeler

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 4FA0A83C-7F36-4068-93C0-BD5C659713BA

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Bursa Şehir Hastanesi Doğanköy Mahallesi, 16110 Nilüfer/BURSA 16110

Telefon No: 02249750000

e-Posta: bursaschir@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://bursaschir.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: bursasehirhastanesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emre KARAKÖSEMOĞLU

Tıbbi Sekreter

Telefon No: 02249750000 - 7165



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Esra Ortaç
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Şehit Onbaşı Hakan Yutkun Anadolu Lisesi
Lisans	: Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: A2
MESLEKİ DENEYİM	
- Hemşire, Bursa Şehir Hastanesi, 2022 - devam ediyor.	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-	
YAYINLARI	
- Ortaç, E. , Ayhan, D., & Avcı D. Association of childhood abuse/neglect with adult mental health, 1. International Ayasofya Scientific Researches and Innovation Congress Full Texts Book, 16-17 November 2024, İstanbul, Türkiye (Oral Presentation).	