



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARININ PSİKOLOJİK DURUMLARI
İLE İLİŞKİSİ**

Abdullah YÜKSELER

**ADLİ TIP ANABİLİM DALI
Adli Bilimler Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mucahit ORUÇ**

Doktora Tezi – 2025

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
PSİKOLOJİK DURUMLARI İLE İLİŞKİSİ**

Abdullah YÜKSELER

**Adli Tıp Anabilim Dalı
Adli Bilimler Programı**

Doktora Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mucahit ORUÇ**

**Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Osman CELBİŞ
Doç. Dr. Mucahit ORUÇ
Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahim BAKIRHAN
Dr. Öğr. Üyesi Kerem SEHLİKOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi İsmail ALTIN**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç. Dr. Mucahit ORUÇ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmalarının psikolojik durumları ile ilişkisi” başlıklı doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 07/07/2025

Abdullah YÜKSELER

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Travma	3
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	5
2.2.1. Çocuk İstismarı ve İhmali	10
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmasının Yaygınlığı	15
2.3. Psikolojik Dayanıklılık	17
2.4. Aleksitimi	20
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Evren ve Örneklem	22
3.2. Veri Toplama Araçları	22
3.2.1. Demografik Bilgi formu	22
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	23
3.2.3. Kısa Semptom Envanteri	23
3.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği	23
3.2.5. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	23
3.3. Verilerin Analizi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	65
EKLER	83
EK-1. Özgeçmiş	83
EK-2. Etik Kurul Onayı	84
EK-3. Çalışma İzin Kararı	86
EK-4. Demografik Bilgi Formu	87

EK-5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	89
EK-6. Toronto Aleksitimi Ölçeği	90
EK-7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	91
EK-8. Kısa Semptom Envanteri	93



TEŞEKKÜR

İlk tanıdığım andan itibaren her zaman bilgisi, ilgisi, desteğini esirmeyen ve tecrübelerinden çokça yararlandığım değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Mucahit ORUÇ'a,

Tez çalışmamın her aşamasında beni yönlendiren, bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Hocam Sayın Prof. Dr.Osman CELBİŞ'e

Doktora sürecinde önemli desteği ve yardımı olan, bu sürecin hemen her aşamasında katkıda bulunan, arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Taş'a

Her zaman yanımda olan destekleyen eşim ve motivasyon kaynaklarım olan çocuklarıma,

Teşekkür Ederim.



ÖZET

Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Durumları İle İlişkisi

Amaç: Çalışmanın temel amacı; üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmalarının yaygınlığını, çocukluk travmasının demografik değişkenler, psikolojik belirtiler, aleksitimi ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evereni İnönü üniversitesinde okuyan öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemi İnönü Üniversitesinde okuyan 658 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan kişisel bilgi formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Toronto aleksitimi ölçeği, kısa semptom envanteri ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ile toplanmıştır. İstatiksel test olarak karşılaştırmalarda kategorik verilerin birbiri ile ilişkisinde ki-kare testi, sürekli verilerin birbiri ile ilişkisinde pearson korelasyon testi, bağımsız gruplarda sürekli verilerin değerlendirilmesinde t testi ve one-way Anova testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların Çocukluk çağında travmaya maruziyet % 40.7 olarak bulunmuş en fazla maruz kalınan istismar türü Duygusal ihmal ve fiziksel istismardı. Ekonomik durumu düşük olanların daha yüksek çocukluk çağı travması bildirdikleri görülmüştür. Akademik başarısı düşük olan katılımcılar daha yüksek çocukluk çağı travması bildirmişlerdir. Erkekler fiziksel ihmal alt boyotunda kadınlardan daha yüksek puan almışlardır. Psikiyatrik tanısı olan, intihar girişimi, intihar düşüncesi olanlar daha yüksek çocukluk çağı travması, daha yüksek psikolojik semptom ve aleksitimi puanı; daha düşük psikolojik dayanıklılık puanı bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travması ile psikolojik semptomlar, aleksitimi arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travması ile psikolojik dayanıklılık arasında ise negatif ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çocukluk çağı travması yaşayan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarını daha düşük olduğu, psikolojik semptomlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Aleksitimi, Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Dayanıklılık.

ABSTRACT

The Relationship Between Childhood Traumas and Psychological States of University Students

Aim: The primary aim of the study is to examine the prevalence of childhood trauma among university students and to assess its associations with demographic variables, psychological symptoms, alexithymia, and psychological resilience.

Material and method: The population of the study consists of students enrolled at İnönü University. The sample includes 658 students from İnönü University. Data were collected using a personal information form prepared by the researcher based on a literature review, the Childhood Trauma Questionnaire, the Toronto Alexithymia Scale, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the Psychological Resilience Scale for Adults (PRSA). For statistical analyses, the chi-square test was used to assess relationships between categorical variables, the Pearson correlation test was used for relationships between continuous variables, and independent samples t-test and one-way ANOVA were employed to evaluate differences in continuous variables between groups."

Results: Exposure to childhood trauma was found in 40.7% of the participants, with emotional neglect and physical abuse being the most frequently reported types of maltreatment. Participants with lower socioeconomic status reported higher levels of childhood trauma. Similarly, those with lower academic achievement also reported higher exposure to childhood trauma. Male participants scored higher than females on the physical neglect subscale. Participants with a psychiatric diagnosis, a history of suicide attempts, or suicidal ideation reported higher levels of childhood trauma, greater psychological symptoms and alexithymia, and lower levels of psychological resilience. A positive correlation was found between childhood trauma and both psychological symptoms and alexithymia, while a negative correlation was observed between childhood trauma and psychological resilience.

Conclusion: Participants who experienced childhood trauma were found to have lower levels of psychological resilience and higher levels of psychological symptoms.

Key Words: Alexithymia, Childhood Trauma, Psychological Resilience.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DEHB	: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin etkisi	5
Şekil 2.2. Çocukluk çağı travmalarının yaşam boyu etkisini gösteren pramit	10



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik bilgileri	25
Tablo 4.2. Demografik bilgiler devamı	27
Tablo 4.3. Sigara, alkol ve madde kullanım durumu	27
Tablo 4.4. Sigara, alkol ve madde kullanım durumu	28
Tablo 4.5. Psikiyatrik durum ile ilgili bilgiler	28
Tablo 4.6. İntihar değişkeni ile ilgili bilgiler.....	29
Tablo 4.7. Çocukluk çağı travmaları ölçeği	29
Tablo 4.8. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları sıklığı	29
Tablo 4.9. Fiziksel istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması	30
Tablo 4.10. Cinsel istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması	30
Tablo 4.11. Duygusal istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması	31
Tablo 4.12. Fiziksel ihmal bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması	32
Tablo 4.13. Duygusal ihmal bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması	32
Tablo 4.14. Çocukluk çağı travması bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması	33
Tablo 4.15. Kısa semptom envanteri.....	34
Tablo 4.16. Toronto aleksitimi ölçeği	34
Tablo 4.17. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	35

Tablo 4.18. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi.....	35
Tablo 4.19. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının intihar düşüncesi değişkeni bakımından incelenmesi	37
Tablo 4.20. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının intihar girişimi değişkeni bakımından incelenmesi	38
Tablo 4.21. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının geçmiş psikiyatrik tanı durumu değişkeni bakımından incelenmesi.....	39
Tablo 4.22. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının şimdiki psikiyatrik tanı değişkeni bakımından incelenmesi	40
Tablo 4.23. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının ailede psikiyatrik tanısı olan kişi değişkeni bakımından incelenmesi	41
Tablo 4.24. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi	42
Tablo 4.25. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi	43
Tablo 4.26. Kısa semptom envanteri ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi.....	44
Tablo 4.27. Kısa semptom envanteri ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi.....	45
Tablo 4.28. Toronto aleksitimi ölçeği ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi.....	46
Tablo 4.29. Toronto aleksitimi ölçeği ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi.....	47
Tablo 4.30. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi.....	48
Tablo 4.31. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi	49
Tablo 4.32. Çocukluk çağı travmaları ölçeği'nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi.....	50
Tablo 4.33. Kısa semptom envanteri'nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi.....	50
Tablo 4.34. Toronto aleksitimi ölçeği'nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi	51
Tablo 4.35. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği' nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi.....	51

Tablo 4.36. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile kısa semptom envanteri ilişkisi.....	52
Tablo 4.37. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve Toronto aleksitimi ölçeği arasındaki ilişki.....	52
Tablo 4.38. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin ilişkisi	53
Tablo 4.39. Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbiri ile ilişkisi	54



1. GİRİŞ

Travma, birey üzerinde yaşamı boyunca derin ve kalıcı etkiler bırakan, psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerinde önemli risk faktörleri oluşturabilen bir durumdur. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimler, bireyin gelişimsel süreçlerini derinden etkileyerek, yetişkinlik dönemine kadar uzanan bir etki süreci yaratabilir. Bu tür travmalara maruz kalan bireylerde depresyon, kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi psikolojik sorunların yanı sıra, somatik belirtiler ve fiziksel hastalıklar sıklıkla gözlemlenmektedir. Çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olayları, bireyin özsaygısını, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek, uzun vadede işlevsellikte bozulmalara neden olabilir (1, 2).

Çocukluk çağı travması, çocukluk ve ergenlik dönemindeki çeşitli olumsuz yaşam olaylarına maruz kalınması veya bu olaylara şahit olunmasıdır. Bu tür olumsuz yaşam deneyimleri; cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal gibi çocuğa doğrudan zarar veren deneyimleri içerebileceği gibi çocuğun direkt maruz kalmadığı fakat yaşamını etkileyen zorlu yaşam olaylarını da kapsayabilir. Çocukluk çağında ebeveynlerin boşanması, ebeveyn kaybı veya göçe maruz kalmak, doğal afetler veya kaza gibi beklenmedik olayların yaşanması travmatik anıların oluşmasına sebebiyet verebilir (3).

Bu tür olumsuz yaşam olayları olumsuz etkileri yaygın olarak bildirilmekte ve kabul edilmektedir. Hem retrospektif hem de prospektif çalışmalar, çocuklukta olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalmanın yetişkinlikte psikolojik ve fiziksel sorunlar ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (4). Bu deneyimler çocukların gelişimini etkileyerek ve yetişkinlik döneminde özellikle depresyon, anksiyete, aleksitimi, olumsuz benlik ve hostilite gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Bunun yanında kişinin psikolojik dayanıklılığını da zorlayarak sonraki süreçte meydana gelebilecek olası olumsuz durumlara karşı daha kırılgan hale gelmelerine neden olmaktadır.

Aleksitimi kavramı Sifneos tarafından 1973 yılında Yunanca'dan türetilmiştir. Terim o zamandan beri duyguları tanımlama ve ifade etme kapasitesinin azalmasıyla karakterize edilen duygusal deneyimlerin bilişsel işlenmesindeki eksiklik ile karakterizedir. Bireyler kendi içindeki duyguları tanıma ilgili zorluk yaşamının yanı sıra,

genellikle fantazi ve diğer hayali aktivitelere katılma kapasitelerinde azalma ve uyaranla sınırlı dışa dönük düşünme tarzına sahiptirler (5, 6).

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin yaşamında maruz kaldıkları stresli, travmatik ve beklenmedik durumlarla başa çıkarak normal işleyişine dönebilme kapasitesi şeklinde tanımlanmaktadır. Dayanıklılık, bireylerin zorluklar karşısında uyum sağlama, iyileşme ve büyüme yeteneğini kapsar. Bu kavramı hem bireysel hem de toplumsal anlamda “sürekli bir uyum” süreci şeklinde değerlendirmek mümkündür. Psikolojik dayanıklılık, kişinin içsel ve dışsal kaynaklarının etkileşiminin bir bütünüdür. Çocukluk döneminde yaşanan deneyimler ve travmatik durumlar psikolojik dayanıklılığımız üzerinde hem yapıcı hem de yıkıcı rol oynayabilmektedir. Bu durumu belirleyen en önemli unsur çocuğun destekleyici bir ortamda büyümesidir (7).

Bu araştırmanın amacı çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde neden olduğu bir dizi sorun ile ilişkisini ele almaktır. Bu amaç doğrultusunda katılımcıların demografik bilgileri, kendilerinin ve ailelerinin psikiyatrik tanı durumları, intihar düşünceleri ve girişimleri ile bağımlılık yapıcı madde kullanım durumlarına bakılması amaçlanmıştır. Ayrıca kişilerin psikolojik semptomlarına, aleksitimi belirtilerine ve psikolojik dayanıklılıklarına bakılması amaçlanmıştır.

Hipotezlerimiz

H1: İntihar girişimi ve intihar düşüncesi olan katılımcıların çocukluk çağı travması ölçek puanı daha yüksektir.

H2: Kendisinde ve/veya ailesinde psikiyatrik tanısı olan katılımcıların çocukluk çağı travması ölçek puanları daha yüksektir.

H3: Çocukluk çağı travması ile psikolojik belirtiler (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite) arasında pozitif ilişki vardır

H4: Çocukluk çağı travması ile aleksitimi arasında pozitif ilişki vardır.

H5: Çocukluk çağı ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Psikiyatri tarihi boyunca, çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişiminde psikolojik travmanın rolü önemli bir tartışma konusu olmuştur. İnsanların, onları zorlayan yaşam olayları karşısında, hafıza problemleri, kaçınma davranışları ve aşırı uyarılma gibi psikolojik belirtiler gösterdikleri uzun zamandır gözlemlenmiştir. Bu konu, tarih boyunca hem bilim hem de edebi çevrelerce ele alınmıştır. Travmanın psikolojik bir stresör olarak ele alınması bağlamında organik mi yoksa psikolojik kökenli mi olduğu sorusu, psikiyatri alanında uzun yıllardır süregelen bir tartışma konusu olmuştur (8).

2.1. Travma

Travma 'yara' anlamına gelen Yunan kökenli kelimedir. Bu kavram ilk olarak fiziksel bir durumu tanımlamak için kullanılırken daha sonra anlamı genişleyerek, insan psikolojini etkileyen durumlar içinde kullanılmaya başlanmıştır (9, 10).

Travmatik nevroz terimi, tıp literatürüne ilk kez Hermann Oppenheim tarafından kazandırılmıştır. Oppenheim, travma sonrası ortaya çıkan gerginlik semptomlarının histeri ile nevrasteni arasında bir yerde konumlandığını öne sürmüş ve bu belirtileri, korkuya verilen fiziksel bir yanıt olarak değerlendirmiştir. Bu semptomların, organizmada moleküler düzeyde meydana gelen doku değişikliklerinden kaynaklandığını iddia etmiştir. 19. yüzyılda bilim camiasında kabul gören bu görüşler, I. Dünya Savaşı'nın ardından sorgulanmaya başlanmış ve zamanla geçerliliğini yitirmiştir. Her ne kadar Oppenheim'in travmatik nevroz anlayışı, günümüzdeki TSSB kavramı ile benzerlikler taşısa da, bu kuramın temelinde organik-fizyolojik etkenlere dayalı bir açıklama yer almaktadır (11).

Pierre Janet, histerik hastalar üzerinde yaptığı gözlemler doğrultusunda, travma sonrasında bilincin bölünmeye uğradığını ve bunun sonucunda disosiyatif savunma mekanizmalarının geliştiğini ileri sürerek disosiyasyon kuramını ortaya koymuştur. Janet'in travma anlayışında, psikanalizde yaygın olarak benimsenen katarsis ve dışavurum yaklaşımı yerine, tedavinin temel amacı olarak bireyin yaşantılarını bütünleştirmesi ve içsel uyumun sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (12).

Travma, bireylerin beden bütünlüğüne veya sevdiklerinin hayatına yönelik tehditler oluşturan tüm durumları kapsamaktadır. Bu tehditler; fiziksel yaralanmalar, ölüm, ciddi tehlikeler veya şiddet içerebilir. Ayrıca, bu tür olaylara tanık olmak veya

bunların yaşanma ihtimali bile travmatik etki yaratabilir. Kişinin bu olaylar karşısında korku, çaresizlik ve dehşet gibi duygular yaşaması, travmanın temel belirtilerindendir. Yaşanan travmatik olaylarda tüm bireyler aynı olayı aynı şekilde deneyimlemez ve travmatik etkinin şiddeti kişiden kişiye göre farklılaşabilir. Önemli olan, bireyin olayı nasıl algıladığı ve deneyimlediğidir. Bu nedenle, travmayı anlamak ve ele almak için bireyin öznel algısını ve duygusal tepkilerini göz önüne almak önemlidir (13).

Travma olgusuna ilişkin kapsamlı çalışmalarıyla öne çıkan Herman, travmayı; bireyin fizyolojik işlevlerinden bilişsel yapısına, kişilerarası ilişkilerinden toplumsal bağlarına kadar tüm yaşam alanlarını derinlemesine etkileyen, sarsıcı ve çoğu zaman kopuşa neden olan, ruhsal açıdan zorlayıcı yaşantılar olarak tanımlamaktadır (3). Van der Kolk ise, travmatik deneyim yaşayan bireylerin, yaşadıkları yoğun sıkışmışlık hissi nedeniyle yeni yaşam koşullarına uyum sağlamakta belirgin güçlükler yaşadığını belirtmektedir. Travmanın bireyin işlevselliğini sürdürebilmesi için olağandışı düzeyde enerji harcamasını gerektirdiğini vurgulayan Van der Kolk, bu durumun kişinin bedensel, ruhsal ve zihinsel düzeyde bütüncül bir biçimde etkilenmesine yol açtığını ifade etmektedir (14, 15).

Franz Ruppert, travmayı yalnızca geleneksel tanımlarla sınırlı tutmayarak; “varoluşsal travma, kayıp travması, bağlanma travması ve bağlanma sistemi travması” olmak üzere dört ana başlık altında yeniden sınıflandırmıştır (16).

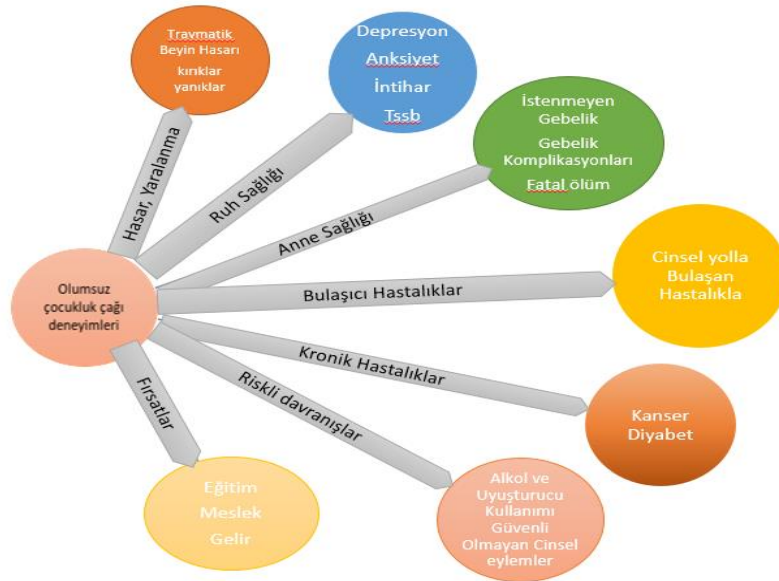
Ruppert, varoluşsal travmayı, bireyin yaşamını doğrudan tehlikeye atan bir olayla karşı karşıya kalması olarak tanımlarken; kayıp travmasını, kişinin derin bir duygusal bağ kurduğu birini ani ya da beklenmedik bir biçimde kaybetmesi durumu olarak ifade etmektedir. Bu iki tanım, klasik travma yaklaşımlarıyla örtüşmekle birlikte, Ruppert ayrıca bağlanma travmasını, bireyin duygusal olarak yakın olduğu kişilerle güvenli ve destekleyici ilişkiler geliştirememesi durumu olarak açıklamaktadır. Daha da ileri bir boyutta ise, fiziksel ve psikolojik şiddetin, enstestin ya da bağlanma sistemine dahil bir bireyin ölümünün engellenemediği, yoğun duygusal kaos, acımasızlık ve dissosiyasyonun egemen olduğu bir bağlanma yapısında bulunma durumunu bağlanma sistemi travması olarak tanımlamaktadır (16).

Bireylerin travmaya verdikleri tepkiler genellikle üç ana başlık altında toplanmaktadır: travmatik olaya sürekli olarak zihinsel düzeyde odaklanma, ruhsal çöküntü şeklinde kendini gösteren depresif tepkiler ve yoğun duygusal taşkınlık ya da kontrol kaybı olarak tanımlanabilecek aşırı tepkisellik. Travmaya bağlı belleğin doğası ise, normal belleğin işleyişinden önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Normal bellek;

olayları anlatı biçiminde organize eder, başlangıç, gelişme ve sonuç bölümleriyle bütünlüklü bir yapı sunar. Oysa travmatik bellek, parçalanmış, bütünlükten yoksun, sosyal bağlamdan kopuk ve işlevsiz bir yapıya sahiptir. Bu tür anılar genellikle istemsiz bir şekilde yeniden yaşanır ve zihin tarafından adeta "dondurulmuş" hâlde tutulur; bu durum onların işlenmesini ve dönüştürülmesini güçleştirir. Travmatik anıların bireyde aşağılanmış ya da yabancılaşmış hisler uyandırabileceği de vurgulanmaktadır (17).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travması, bireylerin 18 yaşından önce karşılaştıkları cinsel, duygusal, fiziksel istismar ve ihmal ile sevilen birinin kaybı, doğal afet ve kaza gibi olumsuz yaşam olaylarının sonucunda oluşabilmektedir (3). Tüm sosyal, ekonomik ve etnik grupları etkileyebilen önemli bir toplumsal sorundur. Çocukluk travmasının yaygınlığı endişe verici derecede yüksektir; çocukların üçte ikisinden fazlası 18 yaşına kadar travmatik bir olay yaşadığını bildirilmektedir (18-20).



Şekil 2.1. Olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin etkisi

Çocukluk çağı travması, kişinin gelişimini derinden etkileyen olumsuz bir olaydır. Bu olumsuz yaşam olayları; kişilerin zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve ileri yaşlarda çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (Şekil 2.1) (21). Çocuklar yaşları ilerledikçe ve geliştikçe duygusal ve sosyal deneyimlere karşı daha

duyarlı hale gelirler. Dolayısıyla travmatik etkiler daha derin ve kalıcı olabilmektedir. Özellikle erken başlangıçlı, kronik ve karmaşık çocukluk çağı travmaları, bireylerin ruhsal gelişimini, öğrenme kapasitesini ve iletişim becerilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu etkiler, sadece çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de sürebilir (22).

Her ne kadar çocukluk çağı travmalarına özgü spesifik bir tanı kategorisi bulunmasa da, bu tür travmatik yaşantıların bireylerde çok sayıda psikiyatrik sendromun ve ruhsal bozukluğun gelişiminde önemli bir risk faktörü oluşturduğu günümüzde bilimsel çevreler tarafından geniş ölçüde kabul görmektedir (16, 23). Çocukluk çağı travması, yetişkinlikte görülen çeşitli psikolojik sağlık sorunlarının en önemli risk faktörlerinden biridir. Travmatik olaylar, çocuğun beyin gelişimini, duygu düzenleme yetilerini ve başa çıkma stratejilerini bozar. Bu duruma çocukluk çağı travması ile depresyon, anksiyete, bipolar bozukluğu, psikotik bozukluklar, somatik bozukluklar arasındaki bağlantılar da dahildir. Ayrıca çocukluk çağı travmasının etkileri arasında sağlıklı ilişkili olarak düşük yaşam kalitesi, fiziksel sağlık sorunları riskinin artması ve duygusal sağlığın azalması da eklenebilir (24).

Çocukluk çağı travmaları ve olumsuz sağlık sonuçları arasında ilişki olduğunu gösteren onlarca yıllık deneysel çalışmalar bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar çocukluk çağı istismarı ile kanser arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Hovdestad ve ark. çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin kişileri yetişkinlikte kanser geliştirme riski altında bırakıp bırakmadığını incelemek için çalışma yapmışlardır. Sonuçlar kadınlarda çocukluk çağı fiziksel ve duygusal istismarı ile kanser arasında pozitif bir ilişki olduğunu ancak erkeklerde olmadığını göstermiştir. Kanser hastaları arasında en çok bildirilen istismar biçimi fiziksel istismardır. Ayrıca, çocukluk çağı fiziksel istismarının daha sık ve şiddetli olmasıyla birlikte, özellikle kadınlarda kanser teşhislerinde artış olduğu görüldü (25).

Çocukluk çağı travmaları, beynin olgunlaşma sürecinde kritik rol oynayan bilişsel gelişim mekanizmalarını sekteye uğratarak, işleyen bellek (working memory), dikkat süreçleri ve yürütücü işlevler üzerinde kalıcı bozulmalara yol açabilir. Bu tür gelişimsel aksamalar, bireyin geçmişte yaşadığı travmatik deneyimleri yeniden ve istemsiz biçimde hatırlamasına neden olan intruzif semptomlarla karakterize TSSB gelişimiyle yakından ilişkilidir (26). Çocukluk çağı travmaları, yalnızca TSSB değil, aynı zamanda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi diğer psikiyatrik bozuklukların gelişiminde de önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalar,

travmaya maruz kalan çocukların özellikle TSSB tanısı aldıktan sonra dikkat düzenleme, dürtü kontrolü ve yürütücü işlevlerde bozulma yaşama olasılıklarının arttığını ve bu bozulmaların sıklıkla DEHB belirtileriyle örtüştüğünü göstermektedir (27).

Mevcut araştırmaların büyük bir kısmı, kronik çocukluk travmasının bağlanma bozuklukları, davranış kontrolünde zorluklar, kişilerarası ilişkilerde sorunlar, sınır koyma ve sağlıklı sınırlar oluşturma güçlüğü, zayıf bilişsel beceriler ve yüksek riskli davranışlarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çok sayıda çalışma, erken çocukluk travmasının madde bağımlılığı ve madde istismarı ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Travma deneyimleyen bireylerin stresli durumlarla başa çıkmak için alkol ve uyuşturucu kullanımına daha yatkın olduğu bulunmuştur. Araştırmalar, bazı bireylerin strese karşı duygusal tepkilerini yatıştırmaya yönelik tekniklere güvendiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, travma mağdurlarının sıklıkla travmatizasyonun etkilerini "sakinleştirmek" veya "uyuşturmak" amacıyla madde kullanımına yöneldiği gözlemlenmektedir (28).

Travmaya maruz kalmanın, stresi düzenleyen birbiriyle ilişkili beyin devrelerinde ve hormonal sistemlerde değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir (29). Beyinde meydana gelen bu değişimler, bellek süreçlerini olumsuz yönde etkileyerek bilgi işleme kapasitesinde bozulmalara yol açabilir (30). Travma mağdurlarının sonraki strese karşı davranışsal ve bilişsel tepkileri düzenleme yeteneğini etkileyen hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini değiştirebilir (29). Travmaya maruz kalan çocuklar, beyinleri gelişmeye devam ettiği için beyin yapıları daha savunmasızdır. Sonuç olarak, Travmanın etkisiyle, yoğun duyguları düzenleme işlevi gören beyin yapıları işlevselliğini yitirebilir ya da geçici olarak devre dışı kalabilir. Bu nedenle, stres faktörlerini yeniden deneyimlemek duygusal tepkiyi yükseltir ve duygusal kontrolü ve davranışları bastırır (31). Travma mağdurları, hala tehdit altındaymış gibi korkunç anılar, endişeler ve olayın rahatsız edici düşünceleriyle mücadele etmektedir (15).

Bowlby, çocukların bakımında sorunlar ortaya çıktığında, bu durumun yetişkinlikte bağlanma sorunlarına yol açabileceğini gözlemlemiştir. Ona göre, çocukların yaşamları boyunca sağlıklı bağlanmalar geliştirebilmelerini sağlayan ve aynı zamanda benlik ve diğerleri hakkındaki algılarının temelini oluşturan bir "içsel çalışma modeli" bulunmaktadır. Özellikle bir bakım verenin etkisi altında yaşanan çocukluk çağı travmaları, uyumsuz şemaların gelişmesine neden olabilir. Şema, genel olarak düşünme ve var olma biçimini belirleyen temel bir yapı olarak tanımlanır. Bu durum kişinin kendi benliğini feda etmesi, kendisinden ve başkalarından korkması ve hem kendisi hem de başkaları hakkında olumsuz algılara sahip olması gibi durumları içerebilir (32).

Travma değerlendirme teorisi, daha küçük yaştaki mağdurların, olumsuz durumları kontrol etme konusunda daha az yetenekli olduklarını; yani istismarın gerçekleşmesinin engelleme kabiliyetlerinin sınırlı olduğunu iddia etmektedir. Küçük yaştaki çocuklar, kendilerini savunma veya sosyal destek arama konusunda büyük ölçüde yetersizdirler (33, 34). Bundan dolayı, öğrenilmiş çaresizlik ve düşük öz-yeterlik duygularını yaşamaları daha olasıdır (35, 36). Ayrıca, küçük çocukların istismarı olumsuz bir deneyim olarak algılama olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Erken çocukluk döneminin temel gelişimsel görevi, bakım verenlerle güvenli bağlanmalar kurmaktır (37). Bu nedenle, erken yaşta istismara maruz kalan çocuklar, bu bağlanma süreçlerinin zarar görmesi nedeniyle daha derin psikolojik etkiler yaşayabilirler.

Travmatik yaşantılar, aile içi uyumu ve dengeyi ciddi biçimde tehdit edebilir. Bu tür durumlarda aile bireyleri, travmayla başa çıkmak için gerekli olan zihinsel ve fiziksel kaynakları harekete geçirmekte güçlük yaşayabilir; özellikle ebeveynler, duruma müdahale edemediklerine ve kontrolü kaybettiklerine dair yoğun bir çaresizlik hissine kapılabilirler. Bu durum, çocukların ebeveynlerinin koruyucu rolünü yerine getiremediğini düşünmelerine yol açabilir ve sonuç olarak aile içi ilişkilerde, güven duygusunda ve iletişim dinamiklerinde köklü değişikliklere neden olabilir (38).

Çocukluk çağı travması olan kişilerde suça bulaşma riski yaklaşık %50 oranında artmakta ve bu bireylerde suç davranışının, travma yaşamamış bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha erken yaşlarda başladığı gözlemlenmektedir. Ayrıca, çocukluk travması deneyimleyen bireylerin daha riskli cinsel davranışlarda bulunma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Bu bireylerin daha genç yaşta cinsel ilişkiye başlama olasılıkları daha yüksek olmakta, daha fazla sayıda cinsel partnerleri bulunmakta ve bir ilişkinin erken dönemlerinde ya da yabancılarla cinsel ilişki yaşama olasılıkları artmaktadır (39-41).

Çocukluk çağı travmalarının uzun dönemli etkilerinin, yalnızca psikiyatrik bozukluklar ya da yalnızca bilişsel işlev kaybı çerçevesinde ele alınmasının, bu olguların karmaşık doğasını yansıtmada yetersiz ve yanıltıcı olabileceği ifade edilmektedir. Elde edilen bulgular, çocuklukta travmaya maruz kalan bireylerde ruhsal belirtiler ile bilişsel işlevsellikteki bozulmaların sıklıkla iç içe geçmiş şekilde görüldüğünü ortaya koymaktadır (42).

Gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, çocukluk döneminde travma yaşamış toplam 1526 çocuk incelenmiştir. Bu örneklem; travma mağduru çocuk, TSSB tanısı almış çocuk, TSSB tanısı almamış çocuk ve hiç travma öyküsü bulunmayan çocuklardan oluşmaktadır. Meta-analiz bulguları, özellikle dilsel yetiler, görsel-uzamsal

beceriler, bilgi işleme süreçleri, öğrenme ve bellek ile yürütücü işlevler açısından en belirgin bilişsel yetersizliklerin, hem travmaya maruz kalmış hem de TSSB tanısı almış çocuk grubunda yoğunlaştığını ortaya koymuştur (42).

Çocukluk çağı travmalarının zarar verici davranışlarla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, kendine zarar veren bireylerin %71.3'ünün çocukluk döneminde olumsuz yaşam olayları deneyimlediği belirlenmiştir. Bu bireylerin en sık maruz kaldıkları travma türlerinin enstest ilişkiler ve duygusal ihmal olduğu saptanmıştır. Lise düzeyindeki öğrencilerle yürütülen başka bir araştırmada ise, çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğrayan ergenlerin, diğer ergenlere kıyasla kendine zarar verici davranışlarda bulunma olasılıklarının 21.4 kat daha yüksek olduğu; ayrıca bu bireylerde intihar düşünce ve davranışlarının da daha yoğun biçimde görüldüğü ortaya konmuştur (43).

Travmanın sonuçlarındaki karmaşıklık ve bu etkilerin birbiriyle etkileşim biçimi, olumsuz sonuçların zamanla derinleşmesine neden olabilir. Çocukluk döneminde art arda yaşanan travmatik deneyimler; yürütücü işlevlerde zayıflık, sağlıksız başa çıkma stratejileri geliştirme ve buna bağlı olarak fiziksel, zihinsel ve davranışsal sorunlar yaşama olasılığını artırmaktadır. Bu olumsuzluklar erken müdahale ile ele alınmadığında, bireylerin yetişkinlik dönemindeki eğitim, istihdam ve gelir düzeyleri gibi yaşam fırsatlarında anlamlı düşüşler yaşanabilir (44).

Çocukluk çağı travmasının neden olduğu olumsuzlukların listesi uzun olsa da, travmanın etkilerini etkileyebilecek veya travmaya maruz kalma olasılığını etkileyebilecek bir çok faktör mevcuttur. Çocukların travmaya tepkileri, içinde bulundukları gelişim dönemi, etnik kökenleri, çevresel kaynakların mevcudiyeti ve yaşamlarının diğer alanlarındaki zorluklar gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişir. Buna rağmen, travmaya maruz kalmak, hemen hemen her çocukta bir etki bırakır. Bir çocuğun travma iyileşmesini hangi faktörlerin etkilediği konusunda hala araştırmalar yapılmaktadır. Çalışmalar, bunun hem iç hem de dış faktörler tarafından engellenebileceğini veya desteklenebileceğini bulmuştur (45). Bir çocuğun travmaya maruz kalma olasılığını artıran çeşitli faktörler vardır. Araştırmacılar, düşük sosyoekonomik statüye sahip ailelerdeki çocukların genellikle daha fazla çocukluk travması yaşadığını bulmuştur. Bu, aile içi şiddet, madde bağımlılığı ve kötü sağlık gibi önemli ölçüde daha fazla yüksek stresli durumlara maruz kalmalarından kaynaklanıyor olabilir (46). Bu topluluklardaki mağdurların, topluluk kaynaklarına erişim kolaylığına ve yaşam koşullarının istikrarına bağlı olarak iyileşmeleri daha zor olabilir (47). Çocukluk çağı travmalarının pramidi, çocukluk çağı travmaları çalışması için kavramsal

çerçeveyi temsil etmektedir. Çocukluk çağı travmalarının yaşam boyu hastalık risk faktörlerinin ve bireyin genel iyilik halinin gelişimiyle ne denli güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Şekil 2.2) (21).



Şekil 2.2. Çocukluk çağı travmalarının yaşam boyu etkisini gösteren pramit (21)

2.2.1. Çocuk İstismarı ve İhmali

Çocukluk çağı travmasının önemli bir kısmını oluşturan ihmal ve istismar kavramını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şu şekilde tanımlamaktadır; “çocuğun yaşamına, sağlığına, gelişimine ve güven duygusuna zarar veren eylemler olarak tanımlamaktadır”. Daha detaylı bir açıklamaya göre, çocuk istismarı ve ihmali, bakım sorumluluğu taşıyan yetişkinler, özellikle ebeveyn ya da bakıcılar, tarafından gerçekleştirilen, toplumsal normlara ve uzman görüşlerine göre uygunsuz ya da zarar verici kabul edilen davranışları kapsamaktadır. Bu tür davranışlar, çocuğun gelişimini engelleyebilir veya kısıtlayabilir. Bu eylemler nedeniyle çocukların ruhsal, cinsel, fiziksel, ya da sosyal gelişimlerinin zarar görmesi, sağlıklarının ve güvenliklerinin tehlikeye düşmesi olasıdır (48).

Erken çocukluk döneminde maruz kalınan istismar ve ihmal, özellikle bu deneyimler birincil bakım veren kişi tarafından gerçekleştirildiğinde, çocuğun erken bağlanma ilişkileri üzerinde derin ve uzun vadeli olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Çocuklar bakım verenleriyle ilişkilerini reddedici, güvensiz veya tutarsız olarak deneyimlediğinde, bu durum benlik algılarında bozulmalara, başkalarına duyulan

güvenin azalmasına ve dünyanın güvenilmez bir yer olarak algılanmasına neden olabilir. Bu tür erken dönem travmaları, bireyin ilerleyen yaşamında bağlanma stilleri, kişilerarası ilişkileri ve psikolojik iyi oluşu üzerinde belirleyici bir rol oynayarak; TSSB, depresyon ve anksiyete ve gibi ruh sağlığı sorunlarına zemin hazırlayabilir (49).

Çocukluk döneminde istismara maruz kalan bireylerin, yetişkinlikte ruh sağlığı hizmetlerine başvurma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bireylerin psikiyatri hastanelerine yatış olasılığı artmakta, hastanede daha uzun süre kalma ve daha sık yatış yaşama eğilimleri gözlemlenmektedir. Ayrıca, psikiyatrik hastalık belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve kendine zarar verme ile intihar girişiminde bulunma risklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (50).

Çocukluk çağı ihmal ve istismarı temel olarak 4 kategoriden oluşmaktadır bunlar; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmaldir.

Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, bir yetişkinin çocuk veya ergenlere karşı uyguladığı, ciddi fiziksel zarar verme potansiyeline sahip davranışları kapsar. Bu tür davranışlar arasında yumruklama, tekmeleme, ısırma, dövme, sarsma, yakma ve boğma gibi eylemler bulunur. İstismar sonucunda çocuklarda morluklar, kırıklar, yanık izleri ve iç organ hasarları gibi ölümcül yaralanmalara varabilecek tüm eylemleri kapsamaktadır (50-52).

Tokat atma, elle vurma ve itme, kulak çekme, çimdikleme gibi bedensel acı vermeyi amaçlayan ancak yaralanmaya yol açmayan davranışlar, çocukların davranışlarını düzeltmek veya kontrol altına almak amacıyla uygulandığında genellikle 'fiziksel ceza' olarak tanımlanır. Bedensel yaralanmaya neden olmayan fiziksel cezalar kültürel ve yasal olarak kabul görmektedir; ancak bazı araştırmacılar, koşullar ne olursa olsun, çocuklara asla fiziksel ceza verilmemesi gerektiğini savunmaktadır (53).

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda genellikle birden fazla bölgede yaralanma görülebilse de, bazı durumlarda yaralanmalar tek bir bölgede sınırlı kalabilir. Bu bulguların tanınması, daha ciddi sonuçların, hatta ölümün önlenmesi için müdahale fırsatı sunar (54).

Yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde yaşanan fiziksel istismarın süresi ve şiddetinin, ergenlerde daha fazla depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalar, daha erken yaşlarda fiziksel istismara maruz kalmaya başlamanın, daha şiddetli anksiyet, depresyon ve TSSB gibi psikiyatrik semptomlarla

ilişkinini ortaya koymuştur. Fiziksel istismar ile ilgili yapılan çalışmalar, hem ergenlikte hem de yetişkinlikte depresyon ve kaygı ile ilişkinini ortaya koymuştur (55-57).

Duygusal İstismar

Duygusal istismarın tanımını yapmak zordur çünkü kültürlere göre değişen ebeveynlik uygulamaları ve çocuğun algısına bağlı olarak değişebilmektedir (58).

Duygusal istismar, çocuk bakımında tehlikeli etkileşimler, olumsuz ebeveynlik tutumları veya tekrarlayan aşırı olaylarla ortaya çıkan bir ilişki biçimidir. Bu tür istismarda, çocuklara sürekli olarak değersiz, kusurlu, seilmeyen, istenmeyen, güvende olmayan veya yalnızca başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak için değerli oldukları mesajları verilir. Bu olumsuz mesajlar, çocuğun benlik algısını zedeleyerek duygusal gelişimini olumsuz etkiler ve ilerleyen yaşlarda güven sorunları, düşük özsaygı ve diğer psikolojik problemlerle sonuçlanabilir (59).

Duygusal istismar, fiziksel istismarla karşılaştırıldığında çocuklarda görülen anormallikler üzerinde daha güçlü bir etkiye sahiptir (59). Çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalan bireylerde güvensiz bağlanma gelişebilir. Bu durum, bireylerin başkalarıyla ilişkiler kurmada zorluk çekmesine ve uyumsuz başa çıkma mekanizmaları geliştirmesine yol açabilir (58-60).

Duygusal istismarın, özellikle erken çocukluk döneminde maruz kalındığında, nöro gelişimsel süreçleri olumsuz etkileyerek beyin yapılarında ve işlevlerinde bozulmalara yol açabileceği; bu durumun ise duygusal, bilişsel ve davranışsal düzenleme mekanizmalarında yetersizliklere, gelişimsel gecikmelere ve adaptif işlevsellikte aksaklıklara neden olabileceği öne sürülmektedir (61). Duygusal istismar, beynin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek biyolojik stres sistemlerinde, steroid hormonlar ve katekolaminerjik nörotransmitter düzeyleri gibi, bozulmalara yol açabilir (62). Buna ek olarak, travmaya bağlı stres tepkisiyle artan glukokortikoid seviyeleri nörotoksik etkilere neden olarak, dikkat, konsantrasyon ve öğrenme işlevlerinde bozulmalara yol açabilmektedir (63).

Duygusal istismar vakaları, fiziksel herhangi bir bulgu içermediği için ortaya çıkarılması güçtür. Duygusal istismar tek başına görülebilmesinin yanı sıra diğer istismar türleri ile birlikte görülmektedir (64, 65).

Türkiye'de yürütülen çalışmaları bir araya getiren derleme niteliğindeki bir araştırmada, duygusal istismarın bireylerin psikolojik, duygusal ve akademik işlevsellikleri üzerinde çok yönlü etkiler oluşturduğu belirtilmektedir. Bu kapsamda,

duygusal istismarın benlik algısı, umutsuzluk düzeyi, düşük benlik saygısı ve anksiyete gibi psikolojik değişkenlerin yanı sıra, akademik başarıda düşüş, davranışsal ve duygusal problemler ile çeşitli kişilik özellikleriyle anlamlı ve olumsuz yönde ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bulgular, duygusal istismarın bireyin gelişimsel sürecine zarar verici etkilerinin çok boyutlu bir yapıda değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir (66).

Her ne kadar birçok araştırmada fiziksel ve cinsel istismar daha fazla dikkat çekse de, araştırmalar duygusal istismar ile depresyon arasında güçlü bir bağ olduğu göstermiştir. Bununla birlikte, duygusal istismar, duygu düzenleme becerilerinde güçlükler ve kişilerarası ilişkilerde sorunlarla ilişkilidir (67).

Cinsel İstismar

Cinsel istismar; cinsel saldırı, tecavüz, ensest ve çocukların ticari cinsel sömürüsü dahil olmak üzere çocuklara yönelik birçok cinsel taciz eylemini kapsar. Amerikan Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerine göre, çocuk cinsel istismarı "bir bakıcı tarafından bir çocukla tamamlanmış veya denenmiş (tamamlanmamış) herhangi bir cinsel eylem, cinsel temas veya temas içermeye her türlü cinsel eylem"dir (68).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel istismarı şu şekilde tanımlar, "Bir çocuğun tam olarak kavrayamadığı, bilinçli rıza veremediği veya gelişimsel olarak hazır olmadığı ve rıza gösteremediği veya toplumun yasalarını, sosyal tabularını ihlal eden cinsel aktiviteye dahil edilmesidir". Çocuk cinsel istismarı, yaş ya da gelişimsel açıdan daha büyük ve sorumluluk, güven veya güç ilişkisi içinde bulunan bir yetişkinin ya da çocuğun, kendi gereksinimlerini karşılamak amacıyla çocuğu cinsel içerikli eylemlere maruz bırakmasıyla tanımlanır (69).

Çocuk cinsel istismarının, tüm yaş gruplarında depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobiler ve özellikle TSSB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (70, 71). Ayrıca, madde kullanım sorunları ve bağımlılığıyla da bağlantılı olduğu saptanmıştır (72, 73). Araştırmalar, cinsel istismarın sıklıkla ev içi çatışmalar, biyolojik ebeveynlerden ayrılma, ailede psikopatoloji, ebeveynlerin madde kullanımı ve fiziksel istismar gibi diğer olumsuz aile koşullarıyla birlikte ortaya çıktığını göstermektedir (74, 75). Çocuk istismarının, çocuğun benlik algısının gelişiminde bozulmalara yol açtığı ve bu durumun başkalarıyla ilişki kurmada güçlük, stresli olaylara karşı tepkileri düzenleyememe ve çeşitli kişilerarası ve duygusal zorluklarla sonuçlandığı göstermektedir (76).

Cinsel istismara maruz kalan bireylerin, uzun vadede TSSB, yoğun korku, sosyal uyum sorunları, depresyon ve cinsel işlev bozuklukları gibi çeşitli psikolojik ve davranışsal sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (77).

Cinsel istismarı mağduru olmak, psikiyatrik rahatsızlıklar yaşama olasılığını arttırmaktadır (78). Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında; depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ömür boyu süren psikiyatrik bozukluklarla ve intihar girişimleriyle ilişkilendirilmiştir (79).

İntihar davranışı, madde kullanımı ve cinsel risk alma davranışlarıyla ilişkili bir risk faktörü olan dürtüsellik özelliği de cinsel istismar ile bağlantılıdır (80-82). Cinsel istismar ile en güçlü şekilde ilişkilendirilen dürtüsellik boyutları arasında, olumsuz duygular karşısında aceleyle harekete geçme eğilimi olarak tanımlanan *negatif aciliyet* ile düşünmeden hareket etme ve bir göreve odaklanmayı sürdürmemeye yer almaktadır (83).

Üniversite düzeyinde eğitim gören kadın öğrencilerle yürütülen bir çalışmada, geçmişte yaşanmış olası cinsel istismar ile sosyal anksiyete ve TSSB arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma bulguları, cinsel istismara maruz kalan katılımcıların, maruz kalmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiklerini, belirli sosyal ilişkilerde daha yoğun sıkıntı yaşadıklarını ve TSSB semptomlarının daha belirgin olduğunu ortaya koymuştur (84).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 18 yaş ve altındaki gençlerin yaklaşık %10'u cinsel istismara maruz kalmaktadır. Vakaların çoğunluğunu kız çocukları oluşturmaktadır (85). Yetişkin eşcinsel/biseksüel erkekler arasında bu oran oldukça yüksektir ve %4 ile %59 arasında değişmektedir (86). Eşcinsel/biseksüel erkeklerin heteroseksüel akranlarına kıyasla çocuklukta daha yüksek düzeyde toplumsal cinsiyet normlarına uymayan davranışlar sergilemeleri muhtemel olduğundan, çocukluk çağı cinsiyet uyumsuzluğu, cinsel istismar oranlarının yüksek olmasını açıklayan önemli bir etken olabilir (87).

İhmal

İhmal kavramı ve alt türlerine ilişkin standartlaşmış bir tanım ve kuramsal görüş birliği bulunmamakla birlikte, ihmal genellikle bakım verenin çocuğun temel maddi ve/veya psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada süregelen ve yaygın bir yetersizlik göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının yeterli düzeyde gelişimini engelleyebilir ya da ciddi biçimde sınırlayabilir (88, 89).

Çocuk ihmali, düşük düzeyde gözetim, yetersiz beslenme, okula devam edememe ve gerekli tıbbi bakımın sağlanmaması gibi birbirinden oldukça farklı olumsuz çocukluk

deneyimlerini kapsayan heterojen bir yapıdır. Genel olarak ihmal, bir çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan bakım davranışlarının yerine getirilmemesini ifade ederken, diğer istismar türleri çoğunlukla çocuğa karşı doğrudan zarar verici eylemleri içerir (90).

Fiziksel ihmal, bakım verenin çocuğa yeterli düzeyde beslenme, barınma, giyim, hijyen, sağlık hizmeti sunamaması ya da çocuğun güvenliğini ve güvenli yaşam koşullarını sağlayamaması biçiminde tanımlanmaktadır (91).

Duygusal ihmal; çocuğun sevgi, ilgi ve psikolojik destek gibi temel duygusal gereksinimlerinin bakım veren tarafından karşılanmasında süreklilik gösteren bir yetersizlik ya da ihmal söz konusu olması durumudur. Bu tür bir ihmal, bireyin duygusal ihtiyaçlarının sistematik olarak görmezden gelinmesine ya da karşılanmamasına yol açmakta ve sağlıklı duygusal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (91).

Yapılan çalışmalar ihmal edilen çocukların bilişsel ve akademik eksikliklerinin daha belirgin olduğu, sosyal olarak içe kapanma eğiliminde oldukları, akran ilişkilerinde sınırlamalar yaşadıkları ve içselleştirilmiş davranış problemleri gösterdikleri tespit edilmiştir. Duygusal ihmalin, depresif bozukluk, distimi ve sosyal fobi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (92, 93).

Strathearn ve arkadaşları, ihmalin erken yaşta cinsel aktiviteye başlama, genç yaşta hamile kalma ve birden fazla cinsel partner sahibi olma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (94).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmasının Yaygınlığı

Travmanın yaygınlığı tam anlamıyla ölçebilmek mümkün değildir. Fakat yapılan çalışmalar travmanın, yaşam boyu görülme sıklığının yaygın olduğu göstermektedir. Çok uluslu bir çalışmada, katılımcıların %70'inin travmatik bir olaya maruz kaldığını ve bu kişilerin %30'unun dörtten fazla travmatik durum yaşadıklarını ortaya koymuştur (95).

Başka bir çalışmada ruh sağlığı sistemi içerisindeki bireylerin yaklaşık yarısının fiziksel istismar ve üçte birinden fazlasının çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir (96). Bu durum psikiyatrik rahatsızlıklar ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından önemlidir.

Şiddetli ruhsal hastalığı olan bir popülasyon üzerinde yürütülen bir diğer çalışmada, araştırmacılar katılımcıların yaklaşık %95'inin en az bir travmatik çocukluk deneyimi yaşadığını ortaya koymuştur. Katılımcıların çoğu, özellikle çocuk istismarı, mahalle şiddeti ve ciddi kronik hastalıklar olmak üzere, ortalama üç veya daha fazla travmatik çocukluk deneyimi bildirmiştir (97).

Amerika'da yapılan geniş çaplı bir tarama sonucuna göre, 2020 yılında toplam 618.000 çocuğun ihmal ve istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. Vakaların %76.1'ini ihmal, %16.5'ini fiziksel istismar ve %9.4'ünü ise cinsel istismar oluşturmaktadır (98).

İngiltere'de çocukluk çağı istismarı ile ilgili yapılan ve 18-69 yaş aralığındaki katılımcıları kapsayan çalışmada, katılımcıların %14.8'inin fiziksel istismara, %6.3'ünün cinsel istismara ve %18.2'sinin sözel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (99).

62 çalışmanın ele alındığı bir meta-analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı kötü muamelesine maruz kalma oranları cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Fiziksel istismar kız çocuklarında %43.8, erkek çocuklarında %34.3 olarak tespit edilmiştir. Cinsel istismar oranı kızlarda %35.4, erkeklerde %13.1 olarak belirlenirken, duygusal istismar kızlarda %44.6, erkeklerde %29 oranında görülmüştür. Çocuk ihmalî kız çocuklarında %35.3, erkek çocuklarında %27.3 olarak kaydedilmiş, tanık olunan şiddet olayları ise kızlarda %47.6, erkeklerde %41.4 olarak saptanmıştır. Genel olarak, herhangi bir çocukluk çağı kötü muamelesine maruz kalma oranı kızlarda %59.9 iken erkeklerde ise bu oran %4.4' tür (100).

Kadın örneklem grubu ile yapılan bir meta analiz çalışmasında çocukluk cinsel istismar oranları; Kuzey Amerika %32, Güney Amerika %24, Asya %18, Avrupa %17 ve Afrika %8 olarak bulunmuş. Cinsel istismar oranlarının yüksek olduğu gruplar; %41 ile seks işçileri olurken, bunu %32 ile psikiyatrik hastalığı olan, %18 ile mahkumlar, %17 ile genel popülasyon ve %12 ile ruhsal hastalığı olmayan klinik örneklem takip etmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında cinsel istismar oranlarında bir fark bulunmamış olup, her iki grup için oran %24 olarak belirlenmiştir (101).

Gelişmiş altı ülkeden elde edilen verilerin kullanıldığı bir çalışmada, çocuklara yönelik kötü muamele nedeniyle hastaneye başvuru oranlarında anlamlı bir azalma gözlemlenmediği, yalnızca kötü muameleye bağlı ölüm oranlarında düşüş yaşandığı bildirilmiştir. Literatürde, her yıl çocukların yaklaşık %4 ile %16'sının fiziksel istismara, yaklaşık %1'inin ise ihmal ya da psikolojik istismara maruz kaldığı ifade edilmektedir (102). Cinsel istismara ilişkin prevalans oranları, kız çocuklarında %5 ile %10 arasında değişirken, erkek çocuklarında bu oranın yaklaşık %5 düzeyinde olduğu belirtilmektedir. Özellikle birden fazla istismar türüne maruz kalma ya da istismarın kronik bir biçimde tekrar etmesi, bireylerde ciddi düzeyde psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevsellik sorunlarının ortaya çıkma riskini belirgin şekilde artırmaktadır (103).

Gürcistan'da yürütülen kapsamlı bir araştırma kapsamında, 11-17 yaş aralığında bulunan 93 okuldan 1050 çocukla yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışma

sonuçlarına göre, katılımcı çocukların %59.1'i psikolojik istismara, %54'ü fiziksel istismara, %24.8'i ihmale ve %7.8'i cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmiştir (104). Elde edilen veriler, çocuklar arasında istismarın oldukça yaygın olduğunu ve özellikle psikolojik ve fiziksel istismarın yüksek oranlarda gerçekleştiğini göstermektedir. Bu bulgular, çocukların maruz kaldığı olumsuz yaşam deneyimlerinin yaygınlığına ve bu durumun çocuk hakları ve ruh sağlığı açısından ciddi bir toplumsal sorun teşkil ettiğine işaret etmektedir.

Türkiye'de 2014 yılında 7.540 çocuk ile gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir araştırmada, çocukluk çağı travmalarının yaşam boyu yaygınlık oranları belirlenmiştir. Bulgulara göre, duygusal istismar %70.5, fiziksel istismar %58.3 ve ihmal %42.6 oranında tespit edilmiştir (105).

Akyüz ve arkadaşlarının 2014 yılında kadın örneklem grubu ile yaptıkları çalışmada çocukluk çağı travma oranları şu şekildedir; ihmal %33.9, duygusal istismar %21.5, fiziksel istismar %24.5 ve cinsel istismar %2.5'dir. Ensest türü cinsel istismar vakaları %0.8 oranında görülmüştür. Katılımcıların %20.5'i yalnızca bir tür istismara maruz kaldığını bildirirken, %8.7'si iki tür, %3.8'i üç tür ve %1.3'ü dört tür travmanın tamamına maruz kaldığını belirtmiştir (106).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin olumsuz yaşam olaylarına karşı verdiği tepkileri şekillendiren önemli bir faktördür. İnsanlar hayatları boyunca çeşitli zorluklarla karşılaşsa da, bu zorluklara verdikleri tepkiler farklılık gösterebilir. Kimileri travmatize olurken, kimileri ise bu durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilir. Bu zorluklar karşısında oluşan tepkiler ve neden oldukları çıktıları belirleyen şey psikolojik dayanıklılıktır (107).

Amerikan Psikiyatri Birliği, psikolojik dayanıklılığı bireyin sıkıntı, stres ve travmatik deneyimler sonrasında karşılaştığı bireysel ve sosyal zorluklara uyum sağlama ve bu süreçte dengeli bir şekilde işlevselliğini sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlamaktadır (108). Bu dayanıklılık, bireyin olumsuz yaşam olayları karşısında duygusal, bilişsel ve sosyal kaynaklarını etkin bir şekilde kullanarak uyum sağlayabilmesini ve hatta bazı durumlarda güçlenerek çıkmasını ifade eder.

Dayanıklılık üç farklı biçimde kavramsallaştırılabilir: değişken ve şekillenebilir bir süreç, sabit bir kişilik özelliği ve zorluklara verilen bir sonuç ya da çıktı. Güncel yaklaşımlar doğrultusunda, dayanıklılık; bireysel (örneğin genetik farklılıklar) ve sosyal/çevresel (örneğin sosyal destek) birçok etkenin etkileşimiyle oluşan dinamik bir

süreç ya da karmaşık bir işlev olarak değerlendirilmektedir. Bu süreç, bireyin ciddi olumsuz yaşam olaylarına rağmen psikolojik sağlığını sürdürebilmesini mümkün kılar (109, 110). Dayanıklılık yalnızca risk faktörlerinin yokluğunu yansıtmakla kalmaz; aynı zamanda olumlu uyumu destekleyen koruyucu faktörlerin etkisini de içerir (111).

Stresli ve travmatik yaşantıların, bireylerde duygu durum ve anksiyete bozukluklarına zemin hazırladığı bilinmektedir. Bu doğrultuda, dayanıklılık, bireyin kendi iç kaynaklarını veya çevresel koruyucu unsurları etkin bir şekilde kullanarak stresle başa çıkabilmesinde kritik bir rol oynamaktadır (112). Dayanıklılık, insan karakterinin sıradan bir parçası olup, zorluk veya sıkıntı deneyimlerini ortadan kaldırmaz. Ancak, bireyin davranışları ve düşüncelerine odaklanarak geliştirilebilir. Güçlü bir dayanıklılık; olumlu ilişkiler kurma, plan yapma ve uygulama kapasitesi, özsaygı, özgüven, etkili iletişim, problem çözme becerileri, duygu ve dürtüleri yönetebilme yeteneği ile ilişkilendirilmiştir (113). Ayrıca dayanıklılığın, kronik hastalıkların seyrini ve sağlıkla ilişkili sonuçları etkileyebildiği ve daha olumlu klinik sonuçların elde edilme olasılığını artırabildiği bildirilmektedir (114). Yapılan araştırmalar, yüksek düzeyde dayanıklılığın daha düşük depresyon belirtileri ile ilişkili olduğunu; öte yandan, düşük düzeyde dayanıklılığın yaşlı bireyler arasında depresyon, apati ve işlev kaybı gibi olumsuz sonuçlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir (115, 116).

Dayanıklılık olgusuna ilişkin yürütülen araştırmalar, kişisel (kişilik özellikleri, bilişsel yetiler, demografik değişkenler vb.) ve biyolojik (genetik yapı, nörogelişimsel süreçler vb.) faktörlerin yanı sıra, çevresel ve sistemik etmenlerin de (sosyal destek ağları ve toplum yapısı vb.) bireysel dayanıklılığın gelişiminde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymuştur (117).

Mikro çevresel düzeyde, aile bireyleri ve akranlarla kurulan ilişkiler dahil olmak üzere sosyal destek mekanizması dirençlilik ile ilişkilendirilmektedir. Anneye güvenli bağlanma, aile içi istikrar, istismarda bulunmayan ebeveynle güvenli ilişki, iyi ebeveynlik becerileri ve annede depresyon ya da madde kullanımının bulunmaması, istismara uğramış çocuklarda daha az davranışsal problem ve daha iyi psikolojik iyilik hali ile ilişkilendirilmiştir. Sosyal destek, yalnızca çekirdek aileden değil; olumlu akran ilişkileri, destekleyici öğretmenler ve diğer yetişkinlerden de sağlanabilmektedir (117).

Açıklık, dışadönüklük ve uyumluluk gibi kişilik özelliklerinin yanı sıra, içsel kontrol odağı, ustalık, öz yeterlilik, öz saygı, bilişsel değerlendirme süreçleri (örneğin, olayların olumlu biçimde yorumlanması ve olumsuz deneyimlerin bireysel anlatıya tutarlı şekilde entegre edilmesi) ve iyimserlik, bireylerin dirençlilik düzeylerine anlamlı katkılar

sağlamaktadır. Alan yazında gerçekleştirilen öncü araştırmalar, entelektüel işlevsellik, bilişsel esneklik, sosyal bağlanma, olumlu öz kavramlar, duygusal düzenleme kapasitesi, pozitif duygulanım, maneviyat, aktif başa çıkma stratejileri, dayanıklılık, iyimserlik, umut, beceriklilik ve uyum sağlama gibi psikososyal faktörlerin dirençlilikle istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur (118).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, araştırmacılar, psikolojik sıkıntıya yol açabilecek travmatik olaylarla nasıl başa çıkıldığını incelemeye başladı. Özellikle, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşayan askerler ve savaş sırasında karşılaşılan travmatik olaylara ilişkin vaka çalışmaları, savaş gazilerinin bireysel özelliklerini ortaya koyarken, aynı zamanda birçok bireyin yaşadığı travmatik deneyimleri sağlıklı bir şekilde işleyebildiğini gösterdi (119). Daha sonra, zihinsel sağlık açısından risk ve koruyucu faktörleri analiz eden araştırmalar, travma yaşamış bireylerin farklı yaşam yörüngelerini keşfetmek amacıyla gelişimsel psikoloji bağlamına yöneldi. Bu çalışmalar, travmaya direnmenin yalnızca kişinin becerilerini geliştirmeye devam etme yeteneği ya da dış koşulların etkilerinden korunmasıyla sınırlı olmadığını ortaya koydu. Dayanıklılık, zorluklara rağmen olumlu tepki verebilme ve bu zorlukları kişisel gelişim fırsatlarına dönüştürebilme yeteneğini ifade eder. Dolayısıyla, psikolojik dayanıklılık, bireyin yeni bir denge bularak olumlu bir gelişim sürecine girmesini sağlayan dinamik bir değişim sürecidir. Bu süreçte birey, yeni beceriler geliştirir ve kişisel yeterlilik ile öz-gelişim duygusunu yeniden kazanır (120).

Son yıllarda dirençlilikle ilişkili biyolojik ve genetik faktörler üzerine yapılan çalışmalar, olumsuz erken yaşam deneyimlerinin gelişmekte olan beyin yapısı, işlevselliği ve nörobiyolojik sistemler üzerinde belirgin etkiler yaratabildiğini ortaya koymaktadır (121). Bu etkiler arasında beyin hacminde küçülme, nöral ağ yapılanmalarında değişim, reseptör duyarlılığında farklılaşma ile nörotransmitterlerin sentezi ve geri alım süreçlerinde bozulmalar yer almaktadır. Beyinde meydana gelen bu fiziksel değişimler, bireyin gelecekte psikopatoloji geliştirme eğilimini artırabileceği gibi, bazı durumlarda bu eğilimi azaltma potansiyeline de sahiptir (122). Beyin yapısındaki değişiklikler ve diğer biyolojik süreçler, olumsuz duyguların düzenlenme kapasitesini doğrudan etkileyerek bireyin yaşadığı zorluklara karşı direnç geliştirme düzeyini belirleyebilmektedir (123).

Çocuklukta istismar deneyimine maruz kalan sağlıklı bireyler üzerinde yürütülen çalışmalar, dirençlilikle ilişkili çeşitli biyolojik değişkenlerin belirlenmesine olanak sağlamıştır. Adrenal steroid hormonlarının incelendiği bir çalışmada, istismara uğramış

ve uğramamış çocuklar karşılaştırılmış; sabah kortizol düzeylerinin yalnızca istismara uğramamış çocuklarda daha yüksek dirençli işlevsellikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, fiziksel istismara uğramış çocuklarda ise yüksek sabah kortizol düzeyleri daha yüksek dirençli işlevsellik ile ilişkilendirilmiştir. Kişilik özellikleri, kortizol ve dehidroepiandrosteron düzeyleri birlikte değerlendirildiğinde, her bir değişkenin dirençliliğe bağımsız katkılar sunduğu ortaya konulmuştur (124).

2.4. Aleksitimi

Aleksitimi, bireyin kendi duygularını anlamada ve ifade etmede yaşadığı zorluğun yanı sıra, duyguları bedensel uyarılma sinyallerinden ayırt etme güçlüğünü tanımlayan bir psikolojik yapıdır (125). Bireyin duygularını tanımlama ve ifade etmede yaşadığı zorluklara ek olarak, iç dünyasını dış dünyayla kıyaslamada isteksizlik ve fantezi kurmada yetersizlik gibi duygusal işlemede ortaya çıkan bir dizi eksiklikle karakterize edilen bir durumdur (126).

Aleksitimi gelişiminin altında yatan nedenleri açıklayan farklı kuramsal açıklamalara mevcuttur. Bunlardan biri olan nörolojik görüşe göre aleksitimi, duygusal süreçlerden sorumlu olan beynin sağ yarım küresindeki işlevsel bozukluklardan kaynaklanır. Sağ yarım küredeki herhangi bir hasar, beynin sağ ve sol yarım küreleri arasındaki bağlantıları kesintiye uğratır ve bu da duyguları işleme ve adlandırmada zorluklara yol açar (127, 128).

Psikanalitik yaklaşım çerçevesinde aleksitiminin, erken çocukluk dönemine özgü yaşantılar ve özellikle anne-çocuk etkileşiminin niteliğiyle yakından ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Doğum öncesi dönemde başlayan anne-çocuk bağlanması, çocuğun biyopsikososyal gelişimine paralel olarak zamanla yerini sağlıklı bir ayrışma sürecine bırakmalıdır. Ancak, bu ayrışmanın yeterince sağlıklı bir biçimde gerçekleşmemesi durumunda, annenin çocuğun bedensel sınırları üzerinde aşırı denetim kurmaya eğilimli tutumu, çocukta ilerleyen yaşantılarında yetersizlik duygularını pekiştirmekte ve bu durum aleksitimik özelliklerin gelişimine zemin hazırlamaktadır (129).

Aleksitimi geliştirmede ebeveynler ve çocuklar arasındaki etkileşim önemlidir. Erken gelişim aşamalarında, duygular kendilerini beden duyuları aracılığıyla gösterir. Ancak, erken çocukluk travmaları ve yıkıcı ebeveynlik stilleri, duyguların tanımlanması ve ayırt edilmesi sürecine zarar verir (130, 131).

Sosyal öğrenme kuramı kapsamında, bireyin çocukluk döneminde içinde bulunduğu aile ve yakın çevre ortamında, duygularını ve düşüncelerini doğrudan ifade

etmekten ziyade bastırmayı ya da bedensel tepkiler aracılığıyla dolaylı bir biçimde dışa vurmayı öğrenmesinin, aleksitiminin gelişiminde belirleyici bir etken olduğu kabul edilmektedir (132). Bu bağlamda, yapılan bir araştırmada, psikosomatik belirtiler gösteren bireyler arasında, düşük sosyo-ekonomik düzeyde yaşayan ve eğitim seviyesi düşük olanların, yüksek sosyo-ekonomik koşullara sahip ve eğitim düzeyi yüksek bireylere oranla daha yüksek düzeyde aleksitimik özelliklere sahip oldukları tespit edilmiştir (133).

Aleksitiminin fiziksel hastalıklarla ilişkisini konu alan çalışmalarda, özellikle dermatolojik, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem bozukluklarının etiyolojisi ve klinik seyri psikolojik bir perspektiften ele alındığında, aleksitiminin bu hastalık gruplarının ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde kritik bir değişken olarak işlev gördüğü bulgulanmıştır (134). Öte yandan, aleksitiminin etkisi yalnızca psikosomatik belirtilerle sınırlı kalmamakta; depresyon, şizofreni, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluğun yanı sıra, kendine zarar verme ve intihar davranışları gibi riskli klinik durumlarla da anlamlı bir ilişki içinde olduğu, çok sayıda çalışmada ortaya konulmuştur (135, 136).

Travmatik deneyimlere çocuklukta ya da yetişkinlikte maruz kalmak, aleksitimin gelişiminde belirleyici ve yaygın olarak kabul edilen bir risk etmeni olarak görülmektedir (137). Çocuklukta travmatik ve olumsuz yaşantılar yaşayan bireylerin, ebeveynleri ya da bakım verenleriyle güvenli bağlanma geliştirmekte zorlandıkları; bu bağlanma güçlüğüne ise duyguların bilişsel düzeyde işlenmesini ve düzenlenmesini olumsuz etkileyerek aleksitimi gelişimine katkıda bulunduğu ifade edilmiştir (138).

Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında, çocuklukta maruz kalınan kötü muamelenin ve aleksitimin, çeşitli ruhsal bozuklukların gelişiminde transdiagnostik risk faktörleri olarak işlev gördüğü ortaya konmuştur. Aynı çalışmada, fiziksel ve duygusal ihmal ile duygusal istismarın aleksitimin en güçlü yordayıcıları arasında yer aldığı belirlenmiştir (139).

Aleksitiminin görülme sıklığı genel toplumda erkeklerde %9 ile %17, kadınlarda ise %5 ile %10 arasında değişmektedir. Ancak klinik örneklemelerde bu oranların %70'e kadar yükselebildiği bildirilmektedir (140).

3. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde evren ve örnekleme dair bilgiler, veri toplama araçları ve araştırmanın etik yönü ile ilgili bilgilere yer almaktadır.

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2023-2024 yıllarında İnönü Üniversitesinde okuyan lisans ve ön lisans öğrencilerinden oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İnönü Üniversitesi merkez kampüsünde okuyan lisans ve önlisans öğrencileri arasında fakülte ve cinsiyet kotalı randomize bir şekilde seçilen 18 yaş üstü öğrencilerden oluşturuldu.

Çocukluk çağı travması olan ve olmayan bireylerin psikolojik dayanıklılık ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla, G Power programında küçük etki büyüklüğü (0.20), Tip I hata düzeyi (0.005) ve %80 çalışma gücü ile yapılan hesaplamada araştırmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü 620 olarak bulundu, yedeklerle birlikte toplam 658 öğrenci çalışmaya dahil edildi.

Çalışmamız için gerekli izinler İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2023/4370 karar sayısıyla alındı. Etik kurul kararı alındıktan sonra İnönü Üniversitesi merkez kampüsünde 01.01.2023-01.01.2024 tarihleri arasında anket uygulanması için İnönü Üniversitesi rektörlüğünden gerekli izin alındı.

3.2. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanan anket formları aracılığıyla elde edildi. Anket soruları katılımcılara verilerek katılımcılar tarafından doldurulması sağlandı. Katılımcıların anketlere dair soruları yanıtlanmış fakat cevaplarını etkileyecek açıklamalardan kaçınıldı.

3.2.1. Demografik Bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturuldu. Bu form; Yaş, cinsiyet, fakülte, aile ile ilgili bilgiler, alkol, sigara ve madde kullanımına dair sorular, intihar, psikiyatrik durum gibi soruları içerecek şekilde tasarlandı. Soru seçiminde ölçekten elde edilen puanları etkileme olasılığı olan değişkenler olması kriteri göz önünde bulunduruldu.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen bu ölçek, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşanan ihmal ve istismarı tespit etmeye yönelik olarak tasarlanmıştır. Söz konusu ölçek, fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmali ölçeğin beş alt ölçek ve toplamda 28 maddeden oluşmaktadır (141). Şar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda ölçek Türkçeye uyarlanmıştır. Bu uyarlama çalışmasında belirlenen kesme puanları ise şu şekildedir: fiziksel ve cinsel istismar için 5 puan, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan ve toplam ölçek puanı için 35 puan olarak belirlenmiştir (142).

3.2.3. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri, Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olup, Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmaları neticesinde Türkçeye uyarlanmıştır (143, 144). 53 maddeden oluşan bu envanter, beş faktörlü bir yapıyı temsil etmektedir. Söz konusu faktörler, anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik algısı ve hostilite olarak belirlenmiştir. Bu envanter, özellikle psikolojik değerlendirme süreçlerinde, bireylerin duygusal durumlarını, kişilik özelliklerini ve psikolojik rahatsızlıklarını ölçmeye yönelik olarak kullanılmaktadır.

3.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Bagby ve arkadaşları tarafından 1986 yılında 26 madde olarak geliştirilmiş olup, 1994 yılında yapılan revizyonla 20 maddeye indirilmiştir (145, 146). Ölçek, duyguları tanımada güçlük, duyguları ifade etmede güçlük ve dışa dönük düşünce olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Geçerlik ve güvenirlik çalışması ise 1997 yılında Beştepe tarafından gerçekleştirilerek ölçek Türkçeye uyarlanmıştır (147).

3.2.5. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Basım ve Çetin tarafından Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2011 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 33 maddeden ve altı alt boyuttan oluşmaktadır (148). Beşli Likert tipi ölçek, her maddeye 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında puan verilerek değerlendirilmektedir (148).

Alt boyutlara göre madde dağılımı şu şekildedir: Yapısal stil (3, 9, 15, 21) ve gelecek algısı (2, 8, 14, 20) dört maddeden; aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32), kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve sosyal yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29) alt boyutları altı maddeden; sosyal kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) ise yedi maddeden oluşmaktadır (148).

Alt boyutların tanımları ise şu şekildedir: Yapısal stil, bireyin özgüven düzeyini ve hedef odaklı, disiplinli yaşam tarzını; gelecek algısı, bireyin geleceğe dair beklenti ve değerlendirmelerini; aile uyumu, bireyin ailesi ve yakın çevresiyle olan ilişkilerindeki uyum düzeyini; kendilik algısı, bireyin öz farkındalığına dair değerlendirmesini; sosyal yeterlilik, bireyin sosyal beceri ve esneklik düzeyini; sosyal kaynaklar ise bireyin ailesi dışındaki sosyal destek ağlarını ifade etmektedir (148).

Ölçekten alınabilecek toplam puan 33 ile 165 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Değerlendirme sırasında, ölçeğin 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31 ve 33 numaralı maddeleri ters kodlanarak analiz edilmektedir (148).

3.3. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0 (IBM Corp.) programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılım uyumu için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayısal ve yüzde olarak sunulmuş; normal dağılıma uymayan veriler ise ortanca, minimum ve maksimum değerler ile belirtilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değerlendirmeleri için, ikili bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile, ikiden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişki ise Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki ise Spearman korelasyon testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için tip 1 hata düzeyi $\alpha=0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 658 katılımcının verileri işlenerek istatistiksel analizleri yapıldı. Elde edilen bulgular incelendiğinde Tablo 4.1’de katılımcıların %61.1’inin kadın %38.9’unun erkekler olduğu görüldü. Katılımcıların % 87.5’inin anne ve babasının sağ ve birlikte yaşadığı, %51.5’i il merkezinde büyüdüğü, %27.4’ünün babasının lise mezunu olduğu, %34.5’inin annesinin ilkokul mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların %33.7’sinin babalarının serbest meslek sahibi olduğu, %83.1’nin annelerinin ev hanımı olduğu, % 76.3’ünün ekonomik durumunun orta olduğu, %55.9’unun öğrenci yurdunda kaldığı ve %44.2’sinin okul başarı puanı 2.51-3.00 arasında olduğu görüldü.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik bilgileri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	402	61.1
	Erkek	256	38.9
Fakülte	Spor bilimleri fakültesi	9	1.4
	Sağlık bilimleri fakültesi	59	9.0
	Mühendislik fakültesi	84	12.8
	Fen edebiyat fakültesi	109	16.6
	Diş hekimliği fakültesi	21	3.2
	Eczacılık fakültesi	16	2.4
	Hukuk fakültesi	38	5.8
	İktisadi ve idari bilimler fakültesi	50	7.6
	Tıp fakültesi	58	8.8
	Eğitim fakültesi	98	14.9
	İlahiyat fakültesi	57	8.7
	Adalet meslek yüksekokulu	13	2.0
	Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu	46	7.0
Anne baba Durumu	Sağ ve Birlikte yaşıyorlar	576	87.5
	Boşanmış/ayrı	31	4.7
	Anne vefat etti	17	2.6
	Baba vefat etti	33	5.0
	Anne ve baba vefat etti	1	0.2
Nerede büyüdüünüz	Köy	141	21.4
	İlçe merkezi	178	27.1
	İl merkezi	339	51.5

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların demografik bilgileri

		N	%
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	15	2.3
	Okur yazar	25	3.8
	İlkokul mezunu	180	27.4
	Ortaokul mezunu	130	19.8
	Lise mezunu	168	25.5
	Yükseköğretim mezunu	140	21.3
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	108	16.4
	Okur yazar	52	7.9
	İlkokul mezunu	227	34.5
	Ortaokul mezunu	101	15.3
	Lise mezunu	107	16.3
	Yükseköğretim mezunu	63	9.6
Babanızın işi	Memur	155	23.6
	Emekli	189	28.7
	İşçi	92	14.0
	Serbest meslek	222	33.7
Annenizin işi	Ev hanımı	547	83.1
	Memur	54	8.2
	Emekli	18	2.7
	İşçi	26	4.0
	Serbest meslek	13	2.0
Ekonomik durumunuz	Çok düşük	16	2.4
	Düşük	78	11.9
	Orta	502	76.3
	Yüksek	57	8.7
	Çok yüksek	5	0.8
Şuan yaşadığınız yer	Aile ile birlikte	221	33.6
	Arkadaşlarla öğrenci evi	24	3.6
	Öğrenci Yurdu	368	55.9
	Diğer	45	6.8
Okuldaki başarı düzeyiniz	2.00 ve altı	39	5.9
	2.01 - 2.50	105	16.0
	2.51 - 3.00	291	44.2
	3.01 - 3.50	173	26.3
	3.51 ve üstü	50	7.6

Tablo 4.2’de katılımcıların yaşlarının 18 ile 44 arasında değiştiği ve yaş ortalaması 21.83 ± 3.50 olduğu, kardeş sayısının 1 ile 13 arasında değiştiği ve ortalamasının 3.79 olduğu görüldü.

Tablo 4.2. Demografik bilgiler devamı

	ort $\pm$ ss	minimum	maksimum
Yaş	21.83 ± 3.50	18	44
Kardeş sayısı	3.79 ± 1.43	1	13
Kaçıncı çocuk olduğu	2.53 ± 1.87	1	12

Tablo 4.3’te katılımcıların %33.0’ünün aktif bir şekilde sigara kullandığı, %60.2’sinin hayatında hiç sigara kullanmadığı görüldü. Katılımcıların %11.4’ünün aktif alkol kullanımı vardır, %82.4’ünün hayatından hiç alkol kullanmadığı görüldü. Katılımcıların %1.4’ünün hayatlarının herhangi bir döneminde madde kullandıkları ve aktif olarak madde kullanan katılımcının olmadığı görüldü. Madde kullananların %33’ünün başarısız bırakma girişimlerinin olduğu görüldü.

Tablo 4.3. Sigara, alkol ve madde kullanım durumu

		N	%
Sigara kullanım durumu	Hiç kullanmadım	396	60.2
	Kullandım bıraktım	45	6.8
	Ayda birkaç tane kullanıyorum	46	7.0
	Haftada birkaç tane kullanıyorum	42	6.4
	Her gün düzenli kullanıyorum	129	19.6
Alkol kullanım durumu	Hiç kullanmadım	542	82.4
	Kullandım bıraktım	41	6.2
	Ayda birkaç kullanıyorum	60	9.1
	Haftada birkaç kullanıyorum	12	1.8
	Her gün düzenli kullanıyorum	3	0.5
Alkol kullanımını başarısız bırakma girişimleriniz oldu mu	Evet	10	8.6
	Hayır	106	91.4
Madde kullanım durumu	Hiç kullanmadım	649	98.6
	Kullandım bıraktım	9	1.4
	Ayda birkaç kez kullanıyorum	0	0.0
	Haftada birkaç kez kullanıyorum	0	0.0
	Her gün düzenli kullanıyorum	0	0.0
Madde kullanımını başarısız bırakma girişimleriniz oldu mu	Evet	3	33.3
	Hayır	6	66.7

Tablo 4.4'te katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması 17.33 ± 3.08 ve sigara kullanma süresi 4.76 ± 4.30 yıl olarak bulundu. Alkole başlama yaşı 18.10 ± 3.14 ve alkol kullanma süresi 3.79 ± 2.80 yıl olduğu görüldü. Madde kullanma yaşı 18.88 ± 2.75 ve madde kullanım süresi 2.5 yıl olarak bulundu.

Tablo 4.4. Sigara, alkol ve madde kullanım durumu

	ort $\pm$ ss	minimum	maksimum
Sigara kullanmaya kaç yaşında başladınız	17.33 ± 3.08	7	27
Sigarayı kaç yıldır kullanıyorsunuz (kullandınız)	4.76 ± 4.30	0	27
Alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız	18.10 ± 3.14	8	36
Alkol kaç yıldır kullanıyorsunuz (kullandınız)	3.79 ± 2.80	0	15
Madde kullanmaya kaç yaşında başladınız	18.88 ± 2.75	13	22
Madde kaç yıldır kullanıyorsunuz (kullandınız)	2.50 ± 3.46	0	15

Tablo 4.5'te katılımcıların %4.6'sının daha önce bir psikiyatrik tanı aldıkları, %3'ünün şuan psikiyatrik tedavi gördükleri görüldü. Katılımcıların %8.7'sinin ailesinde psikiyatrik tedavi gören birilerinin olduğu görüldü.

Tablo 4.5. Psikiyatrik durum ile ilgili bilgiler

		N	%
Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı	Evet	30	4.6
	Hayır	628	95.4
Şuan psikiyatrik tedavi görüyor musunuz	Evet	20	3.0
	Hayır	638	97.0
Ailenizde psikiyatrik tedavi gören kimse var mı	Evet	57	8.7
	Hayır	601	91.3

Tablo 4.6'da katılımcıların %83.3'ünün daha önce intihar etmeyi düşünmediği, %16.7'sinin intihar etmeyi düşündüğü, %95.4'ünün daha önce intihar girişiminin olmadığı, %4.6'sının en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu görüldü.

Tablo 4.6. İntihar değişkeni ile ilgili bilgiler

		N	%
Daha önce intihar düşünceniz oldu mu	Evet	110	16.7
	Hayır	548	83.3
Daha önce intihar girişiminiz oldu mu	Evet	30	4.6
	Hayır	628	95.4

Tablo 4.7’de katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden 38.1 ± 13.60 , fiziksel istismar alt boyutundan 6.10 ± 2.86 , fiziksel ihmal alt boyutundan 7.60 ± 2.94 , duygusal istismar alt boyutundan 7.91 ± 3.86 , duygusal ihmal alt boyutundan 10.41 ± 4.86 ve cinsel istismar alt boyutundan 6.08 ± 2.80 puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.7. Çocukluk çağı travmaları ölçeği

	ort±ss	minimum	maksimum
Fiziksel istismar alt boyutu	6.10 ± 2.86	5	25
Fiziksel ihmal alt boyutu	7.60 ± 2.94	5	20
Duygusal istismar alt boyutu	7.91 ± 3.86	5	25
Duygusal ihmal alt boyutu	10.41 ± 4.86	5	25
Cinsel istismar alt boyutu	6.08 ± 2.80	5	24
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	38.1 ± 13.60	25	119

Tablo 4.8’de katılımcıların fiziksel istismar maruziyeti %24.0, fiziksel ihmal maruziyeti %40.9, duygusal istismar maruziyeti %39.8, duygusal ihmal maruziyeti %29.8, cinsel istismar maruziyeti %20.7, çocukluk çağında travmaya maruziyet %40.7 olarak bulundu.

Tablo 4.8. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları sıklığı

	N	%
Fiziksel istismar alt boyutu	158	24.0
Fiziksel ihmal alt boyutu	269	40.9
Duygusal istismar alt boyutu	262	39.8
Duygusal ihmal alt boyutu	196	29.8
Cinsel istismar alt boyutu	136	20.7
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	314	47.7

Tablo 4.9’da fiziksel istismar bildiren katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite alt ölçekleri ve kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptandı. Fiziksel istismara maruz kalan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.9. Fiziksel istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Fiziksel istismar	N	ort±ss	p
Anksiyete alt ölçeği	Var	158	22.76±11.74	p<0.001
	Yok	500	12.14±11.57	
Depresyon alt ölçeği	Var	158	25.40±10.53	p<0.001
	Yok	500	18.24±11.78	
Somatizasyon alt ölçeği	Var	158	14.49±7.83	p<0.001
	Yok	500	9.23±7.61	
Olumsuz benlik alt ölçeği	Var	158	20.73±9.71	p<0.001
	Yok	500	13.36±10.78	
Hostilite alt ölçeği	Var	158	13.76±5.57	p<0.001
	Yok	500	9.25±5.72	
Kısa semptom envanteri	Var	158	97.24±39.72	p<0.001
	Yok	500	65.22±42.18	
Toronto aleksitimi ölçeği	Var	158	57.78±11.12	p<0.001
	Yok	500	51.27±12.53	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	Var	158	106.78±21.01	p<0.001
	Yok	500	119.57±23.22	

Tablo 4.10’da cinsel istismar bildiren katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite alt ölçekleri ve kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü. Cinsel istismara maruz kalan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.10. Cinsel istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Cinsel istismar	N	ort±ss	p
Anksiyete alt ölçeği	Var	136	23.12±12.02	p<0.001
	Yok	522	15.37±11.57	
Depresyon alt ölçeği	Var	136	26.07±10.78	p<0.001
	Yok	522	18.37±11.65	
Somatizasyon alt ölçeği	Var	136	14.90±8.04	p<0.001
	Yok	522	9.34±7.56	
Olumsuz benlik alt ölçeği	Var	136	21.30±9.89	p<0.001
	Yok	522	13.56±10.72	

Tablo 4.10. (devam) Cinsel istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Cinsel istismar	N	ort±ss	p
Hostilite alt ölçeği	Var	136	13.54±5.86	p<0.001
	Yok	522	9.49±5.75	
Kısa semptom envanteri	Var	136	98.93±41.23	p<0.001
	Yok	522	66.14±42.83	
Toronto aleksitimi ölçeği	Var	136	58.13±11.78	p<0.001
	Yok	522	51.45±12.34	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	Var	136	107.42±22.63	p<0.001
	Yok	522	118.86±22.97	

Tablo 4.11’de duygusal istismar bildiren katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon,olumsuz benlik, hostilite alt ölçekleri ve kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü. Duygusal istismara maruz kalan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.11. Duygusal istismar bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Duygusal istismar	N	ort±ss	p
Anksiyete alt ölçeği	Var	262	21.66±12.17	p<0.001
	Yok	396	13.87±10.94	
Depresyon alt ölçeği	Var	262	25.14±11.32	p<0.001
	Yok	396	16.54±10.99	
Somatizasyon alt ölçeği	Var	262	13.41±8.26	p<0.001
	Yok	396	8.56±7.17	
Olumsuz benlik alt ölçeği	Var	262	19.92±10.55	p<0.001
	Yok	396	12.01±10.14	
Hostilite alt ölçeği	Var	262	12.97±5.98	p<0.001
	Yok	396	8.58±5.34	
Kısa semptom envanteri	Var	262	93.10±43.33	p<0.001
	Yok	396	59.56±40.06	
Toronto aleksitimi ölçeği	Var	262	56.96±11.92	p<0.001
	Yok	396	50.10±12.16	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	Var	262	107.85±22.73	p<0.001
	Yok	396	122.22±21.97	

Tablo 4.12’de fiziksel ihmal bildiren katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite alt ölçekleri ve kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü. Fiziksel ihmale maruz kalan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.12. Fiziksel ihmal bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Fiziksel ihmal	N	ort±ss	p
Anksiyete alt ölçeği	Var	269	20.98±12.01	p<0.001
	Yok	389	14.20±11.30	
Depresyon alt ölçeği	Var	269	23.75±11.16	p<0.001
	Yok	389	17.34±11.68	
Somatizasyon alt ölçeği	Var	269	12.96±8.10	p<0.001
	Yok	389	8.79±7.44	
Olumsuz benlik alt ölçeği	Var	269	18.97±10.37	p<0.001
	Yok	389	12.52±10.66	
Hostilite alt ölçeği	Var	269	12.39±5.78	p<0.001
	Yok	389	8.91±5.73	
Kısa Semptom Envanteri	Var	269	89.05±42.32	p<0.001
	Yok	389	61.76±42.56	
Toronto aleksitimi ölçeği	Var	269	56.51±11.58	p<0.001
	Yok	389	50.29±12.52	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	Var	269	106.97±21.89	p<0.001
	Yok	389	123.09±22.04	

Tablo 4.13’te duygusal ihmal bildiren katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite alt ölçekleri ve kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptandı. Fiziksel istismara maruz kalan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.13. Duygusal ihmal bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Duygusal ihmal	N	ort±ss	p
Anksiyete alt ölçeği	Var	196	23.25±12.35	p<0.001
	Yok	462	14.31±10.90	
Depresyon alt ölçeği	Var	196	25.79±11.47	p<0.001
	Yok	462	17.49±11.18	
Somatizasyon alt ölçeği	Var	196	14.32±8.24	p<0.001
	yok	462	8.87±7.29	
Olumsuz benlik alt ölçeği	Var	196	21.09±10.83	p<0.001
	yok	462	12.64±10.09	

Tablo 4.13. (devam) Duygusal İhmal bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Duygusal ihmal	N	ort±ss	p
Hostilite alt ölçeği	var	196	13.61±5.79	p<0.001
	yok	462	8.94±5.53	
Kısa Semptom Envanteri	var	196	98.06±43.75	p<0.001
	yok	462	62.25±40.37	
Toronto aleksitimi ölçeği	var	196	58.36±11.95	p<0.001
	yok	462	50.49±12.01	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	var	196	101.50±21.46	p<0.001
	yok	462	122.86±21.11	

Tablo 4.14’da çocukluk çağı travması olan katılımcılar anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite alt ölçekleri ve kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü. Çocukluk çağı travmasına maruz kalan katılımcıların psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Tablo 4.14. Çocukluk çağı travması bildirimine göre kısa semptom envanteri, Toronto aleksitimi ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin karşılaştırılması

	Çocukluk çağı travması	N	ort±ss	p
Anksiyete alt ölçeği	Var	296	21.40±12.07	p<0.001
	Yok	362	13.35±10.73	
Depresyon alt ölçeği	Var	296	24.54±11.22	p<0.001
	Yok	362	16.21±10.09	
Somatizasyon alt ölçeği	Var	296	13.21±8.10	p<0.001
	Yok	362	8.27±7.16	
Olumsuz benlik alt ölçeği	Var	296	19.77±10.56	p<0.001
	Yok	362	11.39±9.87	
Hostilite alt ölçeği	Var	296	12.81±5.71	p<0.001
	Yok	362	8.31±5.45	
Kısa semptom envanteri	Var	296	91.73±42.61	p<0.001
	Yok	362	57.53±39.92	
Toronto aleksitimi ölçeği	Var	296	57.38±11.71	p<0.001
	Yok	362	49.11±11.92	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	Var	296	106.28±21.17	p<0.001
	Yok	362	124.86±21.68	

Tablo 4.15'te katılımcıların kısa semptom envanterinden 72.91 ± 44.50 puan aldıkları görüldü. Anksiyete alt ölçeğinden 16.97 ± 12.05 , depresyon alt ölçeğinden 19.96 ± 11.88 , somatizasyon alt ölçeğinden 10.49 ± 7.98 , olumsuz benlik alt ölçeğinden 15.15 ± 11.00 ve hostilite alt ölçeğinden 10.33 ± 5.99 puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.15. Kısa semptom envanteri

	ort±ss	minimum	maksimum
Anksiyete alt ölçeği	16.97 ± 12.05	0	51
Depresyon alt ölçeği	19.96 ± 11.88	0	48
Somatizasyon alt ölçeği	10.49 ± 7.98	0	36
Olumsuz benlik alt ölçeği	15.15 ± 11.00	0	48
Hostilite alt ölçeği	10.33 ± 5.99	0	28
Kısa semptom envatleri	72.91 ± 44.50	0	204

Tablo 4.16'da katılımcıların Toronto aleksitimi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 52.83 ± 12.51 olarak bulundu. Duygularını tanımada güçlük alt ölçeğinden 17.47 ± 7.09 , duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeğinden 13.43 ± 4.27 ve dışa dönük düşünme alt ölçeğinden 21.92 ± 4.09 puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.16. Toronto aleksitimi ölçeği

	ort±ss	minimum	maksimum
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	17.47 ± 7.09	7	35
Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği	13.43 ± 4.27	5	25
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	21.92 ± 4.09	9	36
Toronto aleksitimi ölçeği	52.83 ± 12.51	24	92

Tablo 4.17'de katılımcıların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 116.50 ± 23.35 olarak bulundu. yapısal stil alt ölçeğinden 13.35 ± 3.74 , gelecek algısı alt ölçeğinden 14.11 ± 4.27 , aile uyumu alt ölçeğinden 21.31 ± 5.66 , kendilik algısı alt ölçeğinden 21.21 ± 5.40 , sosyal yeterlilik alt ölçeğinden 20.42 ± 5.14 , sosyal kaynaklar alt ölçeğinden 26.08 ± 6.09 puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.17. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

	ort±ss	minimum	maksimum
Yapısal stil alt ölçeği	13.35±3.74	4	20
Gelecek algısı alt ölçeği	14.11±4.27	4	20
Aile uyumu alt ölçeği	21.31±5.66	6	30
Kendilik algısı alt ölçeği	21.21±5.40	6	30
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	20.42±5.14	6	30
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	26.08±6.09	7	35
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	116.50±23.35	35	165

Tablo 4.18’de erkek katılımcıların fiziksel ihmal alt boyutunda kadınlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.032$). Anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik alt ölçekleri ve kısa semptom envanterinde kadınlar erkeklerden daha yüksek puan bildirdi ($p<0.00$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.009$, $p<0.001$). Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği, duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği ve Toronto aleksitimi ölçeğinde kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.015$, $p=0.032$, $p=0.008$). Kendilik algısı alt ölçeğinde erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.015$).

Tablo 4.18. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi

	Kadın ort±ss	Erkek ort±ss	P
Fiziksel istismar alt boyutu	6.13±2.82	6.06±2.94	0.960
Fiziksel ihmal alt boyutu	7.46±2.98	7.77±2.86	0.032*
Duygusal istismar alt boyutu	8.10±4.06	7.61±3.51	0.295
Duygusal ihmal alt boyutu	10.31±5.00	10.55±4.64	0.209
Cinsel istismar alt boyutu	6.27±3.09	5.77±2.24	0.251
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	38.30±14.21	37.78±12.57	0.353
Anksiyete alt ölçeği	19.03±12.86	13.73±9.84	<0.001*
Depresyon alt ölçeği	21.30±12.21	17.39±10.89	<0.001*
Somatizasyon alt ölçeği	11.91±8.33	8.25±6.83	<0.001*
Olumsuz benlik alt ölçeği	16.31±11.91	13.35±9.13	0.009*
Hostilite alt ölçeği	10.69±6.12	9.76±5.76	0.065

Tablo 4.18 (devam). Araştırmada kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Kadın ort±ss	Erkek ort±ss	P
Kısa semptom envanteri	79.55±47.25	62.50±35.60	<0.001*
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	18.04±7.23	16.59±6.79	0.015*
Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği	13.70±4.35	13.00±4.10	0.032*
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	22.03±4.04	21.75±4.17	0.351
Toronto aleksitimi ölçeği	53.78±12.86	53,34±11.81	0.008*
Yapısal stil alt ölçeği	13.32±3.82	13.40±3.62	0.752
Gelecek algısı alt ölçeği	14.10±4.23	14.13±4.09	0.967
Aile uyumu alt ölçeği	21.18±6.00	21.50±5.09	0.709
Kendilik algısı alt ölçeği	20.79±5.44	21.87±5.26	0.015*
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	20.21±5.26	20.75±4.94	0.246
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	26.15±6.34	25.98±5.69	0.422
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	115.77±24.05	117.65±22.20	0.452

p<0.05

Tablo 4.19’de intihar düşüncesi olan katılımcıların fiziksel İstismar alt ölçeği, fiziksel ihmal alt ölçeği, duygusal istismar alt ölçeği, duygusal ihmal alt ölçeği, cinsel istismar alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p<0.001$). İntihar düşüncesi olanların anksiyete alt ölçeği, depresyon alt ölçeği, somatizasyon alt ölçeği, olumsuz benlik alt ölçeği, hostilite alt ölçeği, kısa semptom kısa semptom daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p<0.001$). İntihar düşüncesi olanların duygularını tanımada güçlük alt ölçeği, duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği ve Toronto aleksitimi ölçeğinde daha yüksek puan almaları görüldü ($p<0.001$). İntihar düşüncesi olanların yapısal stil alt ölçeği, gelecek algısı alt ölçeği, aile uyumu alt ölçeği, kendilik algısı alt ölçeği, sosyal yeterlilik alt ölçeği, sosyal kaynaklar alt ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinden daha düşük puan bildirdikleri görüldü ($p<0.001$).

Tablo 4.19. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının intihar düşüncesi değişkeni bakımından incelenmesi

Değişkenler	Düşüncesi olan ort±ss	Düşüncesi olmayan ort±ss	P
Fiziksel İstismar alt ölçeği	7.73±4.99	5.79±2.07	<0.001*
Fiziksel ihmal alt ölçeği	8.56±3.29	7.39±2.82	<0.001*
Duygusal istismar alt ölçeği	10.82±5.17	7.33±3.25	<0.001*
Duygusal ihmal alt ölçeği	12.80±5.33	9.93±4.62	<0.001*
Cinsel istismar alt ölçeği	7.49±4.27	5.80±2.31	<0.001*
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	47.41±18.17	36.23±11.63	<0.001*
Anksiyete alt ölçeği	26.55±12.70	15.05±10.97	<0.001*
Depresyon alt ölçeği	30.73±10.72	17.80±10.90	<0.001*
Somatizasyon alt ölçeği	16.46±8.37	9.29±7.34	<0.001*
Olumsuz benlik alt ölçeği	22.87±11.09	13.61±10.32	<0.001*
Hostilite alt ölçeği	16.06±5.49	9.18±5.41	<0.001*
Kısa semptom envanteri	112.68±42.84	64.93±40.39	<0.001*
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	22.13±7.04	16.54±6.73	<0.001*
Duygularını söze dökmeye güçlük alt ölçeği	15.39±3.93	13.04±4.23	<0.001*
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	22.60±4.70	21.78±3.95	0.187
Toronto aleksitimi ölçeği	60.13±12.89	51.37±11.92	<0.001*
Yapısal stil alt ölçeği	12.06±3.41	13.61±3.75	<0.001*
Gelecek algısı alt ölçeği	11.89±4.18	14.57±4.03	<0.001*
Aile uyumu alt ölçeği	18.12±5.71	21.95±5.44	<0.001*
Kendilik algısı alt ölçeği	18.77±5.62	21.70±5.22	<0.001*
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	18.85±5.40	20.74±5.03	<0.001*
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	23.26±5.25	26.65±6.10	<0.001*
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	102.95±21.79	119.22±22.71	<0.001*

p<0.05

Tablo 4.20’de intihar girişimi olanların fiziksel istismar alt ölçeği, fiziksel ihmal alt ölçeği, duygusal istismar alt ölçeği, duygusal ihmal alt boyutu, cinsel istismar alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü (p<0.001). İntihar girişimi olanların anksiyete alt ölçeği, depresyon alt ölçeği, somatizasyon alt

ölçeği, olumsuz benlik alt ölçeği, hostilete alt ölçeği, kısa semptom kısa semptom daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p<0.001$). İntihar girişimi olanların duygularını tanımada güçlük alt ölçeği, duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği ve Toronto aleksitimi ölçeğinde daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p<0.001$). İntihar girişimi olanların yapısal stil alt ölçeği, gelecek algısı alt ölçeği, aile uyumu alt ölçeği, kendilik algısı alt ölçeği, sosyal yeterlilik alt ölçeği, sosyal kaynaklar alt ölçeği ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinden daha düşük puan bildirdi ($p<0.001$).

Tablo 4.20. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının intihar girişimi değişkeni bakımından incelenmesi

	Girişimi olan ort±ss	Girişimi olmayan ort±ss	P
Fiziksel istismar alt ölçeği	10.27±6.48	5.90±2.42	<0.001*
Fiziksel ihmal alt ölçeği	9.76±4.20	7.48±2.83	0.001*
Duygusal istismar alt ölçeği	13.57±6.13	7.64±3.51	<0.001*
Duygusal ihmal alt ölçeği	15.23±5.68	10.18±4.70	<0.001*
Cinsel istismar alt ölçeği	8.27±4.95	5.97±2.61	<0.001*
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	57.20±23.26	37.19±12.26	<0.001*
Anksiyete alt ölçeği	32.33±13.54	16.24±11.49	<0.001*
Depresyon alt ölçeği	34.33±11.13	19.27±11.49	<0.001*
Somatizasyon alt ölçeği	19.77±9.55	10.04±7.63	<0.001*
Olumsuz benlik alt ölçeği	27.00±11.82	14.59±10.64	<0.001*
Hostilite alt ölçeği	19.13±4.35	9.91±5.74	<0.001*
Kısa semptom envanteri	132.57±4663	70.06±42.38	<0.001*
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	26.53±6.60	17.04±6.83	<0.001*
Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği	17.33±4.18	13.25±4.19	<0.001*
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	23.30±5.50	25.06±4.00	0.200
Toronto aleksitimi Ölçeği	67.17±13.10	52.15±12.08	<0.001*
Yapısal stil alt ölçeği	10.83±4.07	13.47±3.68	<0.001*
Gelecek algısı alt ölçeği	10.87±3.93	14.27±4.12	<0.001*
Aile uyumu alt ölçeği	15.47±6.28	21.59±5.48	<0.001*
Kendilik algısı alt ölçeği	17.10±6.02	21.41±5.29	<0.001*
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	16.90±5.07	20.59±5.09	<0.001*
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	21.13±5.67	26.32±6.02	<0.001*
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	92.30±24.19	117.66±22.69	<0.001*

$p<0.05$

Tablo 4.21’de geçmiş psikiyatrik tanısı olanların fiziksel istismar alt ölçeği, duygusal istismar alt ölçeği, cinsel istismar alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.002$, $p=0.002$, $p=0.003$, $p=0.027$).

Geçmiş psikiyatrik tanısı olanlar kısa semptom envanteri, anksiyete alt ölçeği, depresyon alt ölçeği, somatizasyon alt ölçeği, olumsuz benlik alt ölçeği ve hostilite alt ölçeğinde yüksek puan bildirdi ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$). Geçmiş dönem tanısı olanlar aleksitimi ölçeği ve duygularını tanımada güçlük alt ölçeğinde daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.049$, $p<0.001$). Geçmiş dönem psikiyatrik tanı alanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, gelecek algısı alt ölçeği, aile uyumu alt ölçeği ve kendilik algısı alt ölçeğinde daha düşük puan aldıkları görüldü ($p=0.031$, $p<0.001$, $p=0.002$).

Tablo 4.21. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının geçmiş psikiyatrik tanı durumu değişkeni bakımından incelenmesi

	Tanı alan ort±ss	Tanı almayan ort±ss	P
Fiziksel istismar alt ölçeği	7.69±5.08	5.96±2.53	0.002*
Fiziksel ihmal alt ölçeği	7.91±3.22	7.56±2.91	0.448
Duygusal istismar alt ölçeği	10.23±5.29	7.70±3.64	0.002*
Duygusal ihmal alt ölçeği	11.60±5.70	10.30±4.77	0.147
Cinsel istismar alt ölçeği	6.95±3.73	6.00±2.69	0.003*
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	44.38±10.03	37.53±12.86	0.027*
Anksiyete alt ölçeği	24.18±12.63	16.31±11.80	<0.001*
Depresyon alt ölçeği	27.71±11.66	19.25±11.66	<0.001*
Somatizasyon alt ölçeği	14.87±8.55	10.09±7.81	<0.001*
Olumsuz benlik alt ölçeği	19.51±11.58	14.76±10.87	0.002*
Hostilite alt ölçeği	13.85±5.99	10.01±5.90	<0.001*
Kısa semptom envanteri	100.13±46.18	70.43±43.55	<0.001*
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	20.53±7.32	17.20±7.02	<0.001*
Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği	14.04±4.73	13.38±4.22	0.224
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	20.95±3.57	22.01±4.13	0.053
Toronto aleksitimi Ölçeği	55.51±12.93	52.59±12.46	0.049*
Yapısal stil alt ölçeği	12.73±3.69	13.40±3.74	0.236
Gelecek algısı alt ölçeği	12.24±4.31	14.29±4.12	<0.001*
Aile uyumu alt ölçeği	19.76±5.77	21.45±5.64	0.046*
Kendilik algısı alt ölçeği	18.96±5.61	21.42±5.33	0.002*
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	20.35±4.78	20.43±5.18	0.962
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	25.33±5.30	26.15±6.16	0.271
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	109.36±21.73	117.15±23.40	0.031*

$p<0.05$

Tablo 4.22’de şimdiki psikiyatrik tanısı olanların duygusal istismar alt boyutu, cinsel istismar alt boyutu ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.004$, $p=0.028$, $p=0.022$). Şimdiki psikiyatrik tanısı olanlar kısa semptom envanteri, anksiyete alt ölçeği, depresyon alt ölçeği, somatizasyon alt ölçeği, olumsuz benlik alt ölçeği ve hostilite alt ölçeğinde yüksek puan bildirdi ($p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.003$, $p=0.046$, $p=0.023$).

Tablo 4.22. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının şimdiki psikiyatrik tanı değişkeni bakımından incelenmesi

	Tanısı olan ort±ss	Tanısı olmayan ort±ss	P
Fiziksel istismar alt ölçeği	6.80±3.04	6.08±2.86	0.091
Fiziksel ihmal alt ölçeği	8.45±2.91	7.56±2.94	0.093
Duygusal istismar alt ölçeği	9.95±3.68	7.85±3.86	0.004*
Duygusal ihmal alt ölçeği	12.15±5.05	10.36±4.85	0.094
Cinsel istismar alt ölçeği	7.30±4.04	6.04±2.75	0.028*
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	44.65±13.24	37.89±13.56	0.011*
Anksiyete alt ölçeği	25.85±11.35	16.69±11.98	<0.001*
Depresyon alt ölçeği	29.05±9.30	19.67±11.85	<0.001*
Somatizasyon alt ölçeği	16.05±8.54	10.32±7.91	0.003*
Olumsuz benlik alt ölçeği	18.85±8.80	15.04±11.05	0.046*
Hostilite alt ölçeği	13.05±4.71	10.25±6.01	0.023*
Kısa semptom envanteri	10.85±38.49	71.96±44.38	0.002*
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	20.45±7.90	17.38±7.05	0.072
Duygularını söze dökmeye güçlük alt ölçeği	13.35±4.91	13.43±4.25	0.981
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	21.15±7.79	21.95±4.10	0.405
Toronto aleksitimi ölçeği	54.95±14.51	52.77±12.45	0.328
Yapısal stil alt ölçeği	13.85±3.25	13.33±3.75	0.497
Gelecek algısı alt ölçeği	13.55±4.44	14.13±4.17	0.496
Aile uyumu alt ölçeği	19.25±4.40	21.37±5.69	0.058
Kendilik algısı alt ölçeği	19.40±5.47	21.27±5.38	0.079
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	21.00±4.34	20.40±5.17	0.639
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	25.45±4.87	26.10±6.13	0.544
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçek puanı	112.50±18.55	116.63±23.48	0.437

$p<0.05$

Tablo 4.23'te ailesinde psikiyatrik tanısı olan katılımcıların fiziksel istismar alt ölçeği, fiziksel ihmal alt ölçeği, duygusal istismar alt ölçeği, duygusal ihmal alt ölçeği, cinsel istismar alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p<0.001$, $p=0.016$, $p<0.001$, $p=0.006$, $p<0.001$, $p<0.001$). Ailesinde psikiyatrik tanısı olanlar kısa semptom envanteri, anksiyete alt ölçeği, depresyon alt ölçeği, somatizasyon alt ölçeğinde daha yüksek puan bildirdi ($p=0.012$, $p=0.005$, $p=0.006$, $p=0.033$). Ailede psikiyatrik tanısı olanlar dışa dönük düşünme alt ölçeği daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0.027$).

Tablo 4.23. Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının ailede psikiyatrik tanısı olan kişi değişkeni bakımından incelenmesi

	Tanısı olan ort±ss	Tanısı olmayan ort±ss	P
Fiziksel istismar alt ölçeği	6.70±2.89	6.04±2.86	<0.001*
Fiziksel ihmal alt ölçeği	8.33±3.22	7.51±2.90	0.016*
Duygusal istismar alt ölçeği	9.68±4.33	7.74±3.78	<0.001*
Duygusal ihmal alt ölçeği	12.23±5.33	10.24±4.78	0.006*
Cinsel istismar alt ölçeği	6.98±3.14	6.00±2.76	<0.001*
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	43.93±13.87	37.55±13.45	<0.001*
Anksiyete alt ölçeği	20.95±11.93	16.60±12.01	0.005*
Depresyon alt ölçeği	24.07±11.51	19.57±11.86	0.006*
Somatizasyon alt ölçeği	12.21±7.24	10.32±8.03	0.033*
Olumsuz benlik alt ölçeği	17.60±11.68	14.93±10.92	0.096
Hostilite alt ölçeği	11.51±5.56	10.22±6.03	0.079
Kısa semptom envanteri	86.33±43.15	71.64±44.46	0.012*
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	18.33±7.14	17.39±7.09	0.368
Duygularını söze dökmeye güçlük alt ölçeği	13.28±4.22	13.44±4.28	0.848
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	20.72±4.20	22.04±4.07	0.027*
Toronto aleksitimi ölçeği	52.33±12.72	52.88±12.50	0.748
Yapısal stil alt ölçeği	13.10±3.52	13.37±3.76	0.552
Gelecek algısı alt ölçeği	14.49±3.90	14.08±4.20	0.570
Aile uyumu alt ölçeği	19.98±5.53	21.44±5.66	0.087
Kendilik algısı alt ölçeği	21.74±5.46	21.16±5.39	0.346
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	20.79±4.44	20.39±5.20	0.582
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	26.21±5.54	26.07±6.15	0.832
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	116.32±21.48	116.52±23.54	0.807

$p<0.05$

Tablo 4.24'te katılımcıların fiziksel ihmal alt ölçeği, duygusal ihmal alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinde anne ve babası boşanmış/ayrı olanların anne ve baba sağ ve birlikte olanlardan daha yüksek puan bildirdikleri görüldü ($p=0.004$, $p<0.001$, $p=0.001$).

Tablo 4.24. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Fiziksel istismar alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	6.03±2.76	0.191
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	7.06±4.33	
	3. Annem öldü	5.82±1.23	
	4. Baba öldü	6.69±3.46	
	5. Anne baba öldü	5.00±0.00	
Fiziksel ihmal alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	7.43±2.84	0.004*
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	9.22±3.29	
	3. Annem öldü	8.23±3.38	
	4. Baba öldü	8.42±3.52	
	5. Anne baba öldü	5.00±0.00	
Duygusal istismar alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	7.86±3.82	0.81
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	9.58±4.78	
	3. Annem öldü	7.05±2.56	
	4. Baba öldü	7.85±4.09	
	5. Anne baba öldü	5.00±0.00	
Duygusal ihmal alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	10.21±4.82	<0.001*
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	13.74±4.43	
	3. Annem öldü	9.88±4.54	
	4. Baba öldü	11.30±5.11	
	5. Anne baba öldü	5.00±0.00	
Cinsel istismar alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	6.05±2.80	0.795
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	6.45±3.00	
	3. Annem öldü	5.94±2.27	
	4. Baba öldü	6.30±3.05	
	5. Anne baba öldü	5.00±0.00	
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	37.58±13.41	0.001*
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	46.06±14.46	
	3. Annem öldü	36.94±11.25	
	4. Baba öldü	40.57±14.96	
	5. Anne baba öldü	25.00±0.00	

$p<0.05$

Tablo 4.25'te katılımcıların fiziksel ihmal alt ölçeğinde not ortalaması 2.01-2.50 olanların not ortalaması 3.01-3.50 olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü. Not ortalaması 2.01-2.50 olanların not ortalaması 3.51 ve üstü olanlardan duygusal ihmal alt ölçeğinde daha yüksek puan bildirdi. Not ortalaması 2.01-2.50 olanların not ortalaması 2.51-3.00, 3.01-3.50, 3.51 ve üstü olanlardan daha yüksek çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı bildirdi.

Tablo 4.25. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Fiziksel istismar alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	5.64±1.90	0.538
	2. 2.01-2.50	6.69±3.75	
	3. 2.51-3.00	6.14±2.93	
	4. 3.01-3.50	5.77±2.24	
	5. 3.51 ve üstü	6.16±2.83	
Fiziksel ihmal alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	8.00±3.36	0.025*
	2. 2.01-2.50	8.36±3.30	
	3. 2.51-3.00	7.50±2.89	
	4. 3.01-3.50	7.22±2.60	
	5. 3.51 ve üstü	7.36±2.93	
Duygusal istismar alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	8.49±3.70	0.057
	2. 2.01-2.50	8.53±4.02	
	3. 2.51-3.00	7.91±4.03	
	4. 3.01-3.50	7.45±3.40	
	5. 3.51 ve üstü	7.80±4.06	
Duygusal ihmal alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	11.26±5.07	0.021*
	2. 2.01-2.50	11.51±5.11	
	3. 2.51-3.00	10.19±4.97	
	4. 3.01-3.50	10.33±4.65	
	5. 3.51 ve üstü	8.94±3.77	
Cinsel istismar alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	6.56±3.71	0.106
	2. 2.01-2.50	6.76±3.82	
	3. 2.51-3.00	6.01±2.54	
	4. 3.01-3.50	5.62±1.98	
	5. 3.51 ve üstü	6.30±3.10	
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	1. 2.00 ve altı	39.95±13.21	0.006*
	2. 2.01-2.50	41.88±15.83	
	3. 2.51-3.00	37.75±13.55	
	4. 3.01-3.50	36.41±11.74	
	5. 3.51 ve üstü	36.56±13.92	

p<0.05

Tablo 4.26’da katılımcıların ebeveyn durum değişkeni, kısa semptom envanteri ve alt ölçeklerinde alınan puanlar üzerinde anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 4.26. Kısa semptom envanteri ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Anksiyete alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	16.64±12.03	0.128
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	21.83±12.75	
	3. Annem öldü	15.57±9.25	
	4. Baba öldü	18.76±12.52	
	5. Anne baba öldü	23.00±0.00	
Depresyon alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	19.64±11.92	0.058
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	24.94±10.49	
	3. Annem öldü	17.06±9.67	
	4. Baba öldü	22.00±12.73	
	5. Anne baba öldü	29.00±0.00	
Somatizasyon alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	10.22±7.89	0.126
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	14.19±9.12	
	3. Annem öldü	9.88±6.30	
	4. Baba öldü	11.94±8.69	
	5. Anne baba öldü	12.00±0.00	
Olumsuz benlik alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	1513±11.15	0.328
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	18.39±10.58	
	3. Annem öldü	11.94±8.25	
	4. Baba öldü	14.33±9.67	
	5. Anne baba öldü	15.00±0.00	
Hostilite alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	10.25±6.01	0.317
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	11.39±5.19	
	3. Annem öldü	8.53±5.85	
	4. Baba öldü	11.57±6.49	
	5. Anne baba öldü	11.00±0.00	
Kısa semptom envanteri	1. Anne baba sağ ve birlikte	71.90±44.63	0.120
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	90.74±44.01	
	3. Annem öldü	62.88±34.52	
	4. Baba öldü	78.61±45.14	
	5. Anne baba öldü	90.00±0.00	

p<0.05

Tablo 4.27’de katılımcılardan not ortalaması 2.00 ve altı olanların anksiyete alt ölçeğinde 3.51 ve üstü olanlardan, depresyon alt ölçeğinde 3.01-3.50 ile 3.51 ve üstü olanlardan, olumsuz benlik alt ölçeğinde 3.01-3.50 olanlardan ve kısa semptom envanterinde 3.01-3.50 olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü. Not ortalaması 2.01-2.50 olanların anksiyete alt ölçeğinde 3.01-3.50 ile 3.51 ve üstü olanlardan, olumsuz benlik alt ölçeğinde 3.01-3.50 olanlardan ve kısa semptom envanterinde 3.01-3.50 olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.27. Kısa semptom envanteri ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Anksiyete alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	22.00±15.40	0.001* 2>4,5 1>5
	2. 2.01-2.50	18.75±10.96	
	3. 2.51-3.00	17.56±26.50	
	4. 3.01-3.50	14.91±11.26	
	5. 3.51 ve üstü	13.04±10.56	
Depresyon alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	25.41±13.37	0.001* 1>4,5
	2. 2.01-2.50	21.54±10.64	
	3. 2.51-3.00	20.45±12.20	
	4. 3.01-3.50	17.66±11.32	
	5. 3.51 ve üstü	17.48±11.39	
Somatizasyon alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	14.20±9.98	0.026
	2. 2.01-2.50	10.82±7.82	
	3. 2.51-3.00	10.89±8.25	
	4. 3.01-3.50	9.29±7.09	
	5. 3.51 ve üstü	8.70±6.93	
Olumsuz benlik alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	18.92±11.93	0.005* 1,2>4
	2. 2.01-2.50	17.02±10.80	
	3. 2.51-3.00	15.31±11.15	
	4. 3.01-3.50	12.98±10.21	
	5. 3.51 ve üstü	14.94±11.24	
Hostilite alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	12.31±6.82	0.033
	2. 2.01-2.50	10.97±5.48	
	3. 2.51-3.00	10.54±6.17	
	4. 3.01-3.50	9.31±5.68	
	5. 3.51 ve üstü	9.76±5.99	
Kısa semptom envanteri	1. 2.00 ve altı	92.85±53.70	0.002* 1,2>4
	2. 2.01-2.50	79.10±40.40	
	3. 2.51-3.00	74.76±45.56	
	4. 3.01-3.50	64.17±41.77	
	5. 3.51 ve üstü	63.92±40.92	

p<0.05

Tablo 4.28’de katılımcıların ebeveyn durum değişkeni, Toronto aleksitimi ölçeği ve alt ölçeklerinde alınan puanlar üzerinde anlamlı bir fark yaratmadı.

Tablo 4.28. Toronto aleksitimi ölçeği ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Duygularını tanımadaki güçlük alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	17.30±7.19	.
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	20.06±6.15	
	3. Annem öldü	16.53±5.01	
	4. Baba öldü	18.33±6.78	
	5. Anne baba öldü	27.00±0.00	
Duygularını söze dökmeye güçlük alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	13.38±4.30	0.426
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	14.74±4.10	
	3. Annem öldü	12.65±3.08	
	4. Baba öldü	13.55±4.40	
	5. Anne baba öldü	13.00±0.00	
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	21.92±4.13	0.495
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	22.48±3.83	
	3. Annem öldü	21.29±4.12	
	4. Baba öldü	21.88±3.52	
	5. Anne baba öldü	16.00±0.00	
Toronto aleksitimi ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	52.60±12.64	0.203
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	57.29±11.80	
	3. Annem öldü	50.47±10.37	
	4. Baba öldü	53.76±11.71	
	5. Anne baba öldü	56.00±0.00	

p<0.05

Tablo 4.29’da katılımcıların not ortalaması 2.01-2.50 olanlar duygularını tanımadaki güçlük alt ölçeğinde not ortalaması 3.51 ve üstü olanlardan, dışa dönük

düşünme alt ölçeğinde not ortalaması 2.51-3.00, 3.01-3.50 ile 3.51 ve üstü olanlardan ve Toronto aleksitimi ölçeğinde not ortalaması 3.01-3.50, 3.51 ve üstü olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.29. Toronto aleksitimi ölçeği ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	19.36±8.65	0.004* 2>5
	2. 2.01-2.50	18.49±6.39	
	3. 2.51-3.00	17.86±7.24	
	4. 3.01-3.50	16.48±7.03	
	5. 3.51 ve üstü	15.08±5.60	
Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	13.72±4.39	0.290
	2. 2.01-2.50	13.89±4.08	
	3. 2.51-3.00	13.62±4.35	
	4. 3.01-3.50	12.94±4.16	
	5. 3.51 ve üstü	12.86±4.43	
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	23.02±4.05±	0.004* 2>3,4,5
	2. 2.01-2.50	23.15±4.27	
	3. 2.51-3.00	21.85±3.91	
	4. 3.01-3.50	21.29±4.16	
	5. 3.51 ve üstü	21.06±3.91	
Toronto aleksitimi ölçeği	1. 2.00 ve altı	56.10±14.43	0.003* 2>4,5
	2. 2.01-2.50	55.54±12.23	
	3. 2.51-3.00	53.33±12.46	
	4. 3.01-3.50	50.72±12.00	
	5. 3.51 ve üstü	49.00±11.83	

p<0.05

Tablo 4.30’da katılımcıların ebeveyn durum değişkeni, Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt ölçeklerinde alınan puanlar üzerinde anlamlı bir fark yaratmadı.

Tablo 4.30. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının ebeveyn durumu değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Yapısal stil alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	13.44±3.80	0.169
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	12.06±2.67	
	3. Annem öldü	13.06±3.45	
	4. Baba öldü	13.18±3.59	
	5. Anne baba öldü	10.00±0.00	
Gelecek algısı alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	14.24±4.23	0.087
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	12.64±3.83	
	3. Annem öldü	14.23±3.01	
	4. Baba öldü	13.42±3.86	
	5. Anne baba öldü	10.00±0.00	
Aile uyumu alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	21.47±5.72	0.062
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	18.71±4.76	
	3. Annem öldü	21.06±4.79	
	4. Baba öldü	2.96±5.57	
	5. Anne baba öldü	20.00±0.00	
Kendilik algısı alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	21.322±5.49	0.335
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	19.74±4.93	
	3. Annem öldü	21.94±4.48	
	4. Baba öldü	20.45±4.47	
	5. Anne baba öldü	21.00±0.00	
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	20.45±5.19	0.391
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	19.16±4.67	
	3. Annem öldü	21.23±4.78	
	4. Baba öldü	20.60±4.97	
	5. Anne baba öldü	26.00±0.00	
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	26.20±6.13	0.255
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	24.45±4.95	
	3. Annem öldü	26.00±6.78	
	4. Baba öldü	25.55±6.11	
	5. Anne baba öldü	31.00±0.00	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	1. Anne baba sağ ve birlikte	11.12±23.65	0.054
	2. Anne baba boşanmış/ayrı	106.77±17.05	
	3. Annem öldü	117.53±21.61	
	4. Baba öldü	114.18±22.97	
	5. Anne baba öldü	118.00±0.00	

p<0.05

Tablo 4.31’de katılımcılardan not ortalaması 3.51 ve üstü olanlar yapısal stil alt ölçeğinde ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinde not ortalaması 2.00 ve altı ile 2.01-2.50 olanlardan, gelecek algısı alt ölçeğinde not ortalaması 2.01-2.50 olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları görüldü. Not ortalaması 3.01-3.50 olanlar gelecek algısı alt ölçeğinde ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinde not ortalaması 2.00 ve altı ile 2.01-2.50 olanlardan, kendilik algısı alt ölçeğinde ve sosyal kaynaklar alt ölçeği not ortalaması 2.01-2.50 olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü. Not ortalaması 2.51-3.00 olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinde not ortalaması 2.01-2.50 olanlardan yüksek puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.31. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının okul başarı düzeyi değişkeni bakımından incelenmesi

		ort±ss	P
Yapısal stil alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	12.08±3.29	0.001* 5>1,2
	2. 2.01-2.50	12.51±3.19	
	3. 2.51-3.00	13.45±3.72	
	4. 3.01-3.50	13.64±3.88	
	5. 3.51 ve üstü	14.48±4.24	
Gelecek algısı alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	12.43±3.91	<0.001* 4>1,2 5>2
	2. 2.01-2.50	12.98±4.04	
	3. 2.51-3.00	14.14±4.11	
	4. 3.01-3.50	14.66±4.26	
	5. 3.51 ve üstü	15.54±3.88	
Aile uyumu alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	20.46±5.32	0.072
	2. 2.01-2.50	19.78±6.22	
	3. 2.51-3.00	21.63±5.74	
	4. 3.01-3.50	21.67±5.37	
	5. 3.51 ve üstü	22.06±4.71	
Kendilik algısı alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	19.61±4.92	0.020* 4>2
	2. 2.01-2.50	20.04±5.31	
	3. 2.51-3.00	21.31±5.42	
	4. 3.01-3.50	21.93±5.24	
	5. 3.51 ve üstü	21.88±5.87	
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	18.92±4.92	0.022
	2. 2.01-2.50	19.35±5.29	
	3. 2.51-3.00	20.62±5.21	
	4. 3.01-3.50	20.80±4.78	
	5. 3.51 ve üstü	21.40±5.47	
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	1. 2.00 ve altı	24.49±5.59	0.005* 4>2
	2. 2.01-2.50	24.80±5.79	
	3. 2.51-3.00	26.06±6.34	
	4. 3.01-3.50	27.25±5.67	
	5. 3.51 ve üstü	26.12±6.41	
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	1. 2.00 ve altı	108.00±21.06	<0.001* 4>1,2 5>1,2 3>2
	2. 2.01-2.50	109.47±22.65	
	3. 2.51-3.00	117.26±23.46	
	4. 3.01-3.50	119.96±22.83	
	5. 3.51 ve üstü	121.48±23.55	

p<0.05

Tablo 4.32’de ekonomik durumu çok düşük olan katılımcıların ekonomik durumları orta, yüksek ve çok yüksek olan katılımcılardan daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanı aldıkları görüldü. Ekonomik durumu düşük olanlar katılımcılar, ekonomik durumu orta, yüksek ve çok yüksek olanlara göre daha yüksek puanlar bildirdi.

Tablo 4.32. Çocukluk çağı travmaları ölçeği’nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi

	1.Çok düşük ort±ss	2.Düşük ort±ss	3.Orta ort±ss	4.Yüksek ort±ss	5.Çok yüksek ort±ss	p	
Fiziksel istismar alt boyutu	9.56±5.69	6.64±3.50	5.96±2.64	5.74±2.07	5.00±0.00	<0.001*	1>3,4
Fiziksel ihmal alt boyutu	10.25±2.70	9.24±3.36	7.36±2.79	6.75±2.54	5.20±0.45	<0.001*	1>3,4,5 2>3,4,5
Duygusal istismar alt boyutu	12.12±4.96	9.14±4.72	7.70±3.63	7.16±3.37	5.20±0.45	<0.001*	1>3,4,5 2>4
Duygusal ihmal alt boyutu	12.56±3.81	13.05±5.45	10.12±4.68	9.21±4.64	5.40±0.89	<0.001*	1>4,5 2>3,4,5
Cinsel istismar alt boyutu	8.12±5.08	6.61±3.05	5.99±2.74	5.65±1.77	5.40±0.89	0.006*	
Çocukluk çağı travmaları ölçeği	52.62±15.62	44.69±15.79	37.14±12.87	34.50±11.09	26.20±2.68	<0.001*	1>3,4,5 2>3,4,5

Tablo 4.33’te ekonomik durumu çok düşük olanların kısa semptom envanterinde ekonomik durumu orta, yüksek ve çok yüksek olanlarda daha yüksek puanlar aldıkları görüldü. ekonomik durumu düşük olan grup, ekonomik durumu orta olan gruptan daha yüksek puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.33. Kısa semptom envanteri’nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi

	1.Çok düşük ort±ss	2.Düşük ort±ss	3.Orta ort±ss	4.Yüksek ort±ss	5.Çok yüksek ort±ss	p	
Anksiyete alt ölçeği	26.37±15.74	20.22±12.49	16.55±11.75	14.39±11.40	7.60±6.88	0.002*	1>4,5
Depresyon alt ölçeği	32.81±8.83	23.06±11.30	19.34±11.80	18.23±11.48	13.00±13.56	<0.001*	1>3,4,5 3>4,
Somatizasyon alt ölçeği	19.25±9.05	12.56±8.12	9.98±7.78	10.19±7.65	5.00±5.565	<0.001*	1>3,4,5
Olumsuz benlik alt ölçeği	24.06±10.81	18.54±10.90	14.75±10.96	12.19±9.56	8.20±8.95	<0.001*	1>3,4,5 2>3,4
Hostilite alt ölçeği	15.12±6.15	12.28±6.03	9.91±5.77	10.49±6.68	5.40±6.85	<0.001*	1>3,5 2>3
Kısa semptom envanteri	11.,62±45.68	86.67±44.41	70.53±43.65	65.49±42.12	39.20±38.38	<0.001*	1>3,4,5 2>3

Tablo 4.34'te ekonomik durumu çok düşük olan katılımcıların duygularını tanımadada güçlük alt ölçeğinde çok yüksek ekonomik duruma sahip olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.34. Toronto aleksitimi ölçeği'nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi

	1.Çok düşük ort±ss	2.Düşük ort±ss	3.Orta ort±ss	4.Yüksek ort±ss	5.Çok yüksek ort±ss	P	
Duygularını tanımadada güçlük alt ölçeği	22.00±6.80	19.30±6.79	17.17±6.93	16.96±8.25	11.00±5.10	<0.001	1>5
Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği	14.00±4.27	14.54±4.16	13.28±4.20	13.39±4.63	10.00±6.28	0.031*	
Dışa dönük düşünme alt ölçeği	21.61±4.21	22.01±4.05	21.97±4.13	21.70±3.80	18.80±3.35	0.448	
Toronto aleksitimi ölçeği	57.62±13.65	55.85±11.99	52.43±12.41	52.05±12.73	39.80±14.02	0.015*	

Tablo 4.35'te ekonomik durumu yüksek olanların ekonomik durumu düşük ve çok düşük olanlardan yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinde daha yüksek puan aldıkları saptandı. Ekonomik durumu orta olanların düşük olanlardan daha yüksek puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.35. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği' nin ekonomik durum değişkeni ile ilişkisi

	1.Çok düşük ort±ss	2.Düşük ort±ss	3.Orta ort±ss	4.Yüksek ort±ss	5.Çok yüksek ort±ss	p	
Yapısal stil alt ölçeği	13,06±3,51	12,53±3,68	13,45±3,72	13,58±3,90	15,00±5,24	0,205	
Gelecek algısı alt ölçeği	12,56±4,02	13,19±4,22	14,18±4,14	15,18±4,22	15,20±4,60	0,018*	4>2
Aile uyumu alt ölçeği	19,56±5,37	19,15±5,97	21,60±5,51	22,75±5,95	26,40±5,13	0,001*	3>2
Kendilik algısı alt ölçeği	18,25±5,52	20,09±4,96	21,26±5,48	22,79±4,49	25,20±6,42	0,003*	4>1
Sosyal yeterlilik alt ölçeği	18,62±5,31	18,96±4,72	20,43±5,16	22,49±4,72	24,80±4,66	<0,001*	4>2,3
Sosyal kaynaklar alt ölçeği	23,37±4,88	23,91±6,39	26,27±6,05	27,89±5,49	29,40±6,07	<0,001*	3>2 4>2
Yetişkinler İçin psikolojik dayanıklılık ölçeği	105,44±20,52	107,83±24,10	117,19±23,03	123,68±21,25	136,00±28,2	<0,001*	4>1,2 3>2

Tablo 4.36'da çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt ölçekleri ile kısa semptom envanteri ile alt ölçekleri arasında orta düzey pozitif ilişki bulundu.

Tablo 4.36. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile kısa semptom envanteri ilişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	p	1	0.433 <0.001	0.595 <0.001	0.426 <0.001	0.520 <0.001	0.614 <0.001	0.280 <0.001	0.273 <0.001	0.304 <0.001	0.325 <0.001	0.330 <0.001	0.331 <0.001
2	p		1	0.468 <0.001	0.617 <0.001	0.326 <0.001	0.757 <0.001	0.325 <0.001	0.308 <0.001	0.310 <0.001	0.360 <0.001	0.318 <0.001	0.359 <0.001
3	p			1	0.581 <0.001	0.438 <0.001	0.794 <0.001	0.387 <0.001	0.414 <0.001	0.381 <0.001	0.458 <0.001	0.415 <0.001	0.454 <0.001
4	p				1	0.327 <0.001	0.889 <0.001	0.350 <0.001	0.350 <0.001	0.317 <0.001	0.377 <0.001	0.375 <0.001	0.387 <0.001
5	p					1	0.529 <0.001	0.265 <0.001	0.271 <0.001	0.294 <0.001	0.313 <0.001	0.274 <0.001	0.312 <0.001
6	p						1	0.417 <0.001	0.428 <0.001	0.404 <0.001	0.471 <0.001	0.443 <0.001	0.476 <0.001
7	p							1	0.854 <0.001	8.812 <0.001	0.720 <0.001	0.818 <0.001	0.946 <0.001
8	p								1	0.756 <0.001	0.722 <0.001	0.819 <0.001	0.938 <0.001
9	p									1	0.708 <0.001	0.656 <0.001	0.863 <0.001
10	p										1	0.688 <0.001	0.907 <0.001
11	p											1	0.809 <0.001
12													1

1.Fiziksel istismar alt boyutu, 2.Fiziksel ihmal alt boyutu, 3.Duygusal istismar alt boyutu, 4.Duygusal ihmal alt boyutu, 5.Cinsel istismar alt boyutu, 6.Çocukluk çağı travmaları ölçeği, 7.Anksiyete alt ölçeği, 8.Depresyon alt ölçeği, 9.Somatizasyon alt ölçeği, 10.Olumsuz benlik alt ölçeği, 11.Hostilite alt ölçeği, 12.Kısa semptom envanteri

Tablo 4.37’de çocukluk çağı travmaları ölçeği ile aleksitimi ölçeği arasında orta düzey pozitif ilişki olduğu görüldü. Cinsel istismar alt boyutu ve fiziksel İstismar alt boyutu ile dışa dönük düşünme alt ölçeği arasında ilişki görülmedi.

Tablo 4.37. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve Toronto aleksitimi ölçeği arasındaki ilişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	0.433 <0.001	0.595 <0.001	0.426 <0.001	0.520 <0.001	0.614 <0.001	0.287 <0.001	0.220 <0.001	0.009 0.814	0.249 <0.001
2		1	0.468 <0.001	0.617 <0.001	0.326 <0.001	0.757 <0.001	0.306 <0.001	0.210 <0.001	0.184 <0.001	0.306 <0.001
3			1	0.581 <0.001	0.438 <0.001	0.794 <0.001	0.372 <0.001	0.345 <0.001	0.100 0.010	0.364 <0.001
4				1	0.327 <0.001	0.889 <0.001	0.319 <0.001	0.296 <0.001	0.289 <0.001	0.346 <0.001
5					1	0.529 <0.001	0.258 <0.001	0.175 <0.001	0.054 0.168	0.222 <0.001
6						1	0.398 <0.001	0.331 <0.001	0.171 <0.001	0.397 <0.001
7							1	0.729 <0.001	0.244 <0.001	0.905 <0.001
8								1	0.299 <0.001	0.856 <0.001
9									1	0.547 <0.001
10										1

1.Fiziksel istismar alt boyutu, 2.Fiziksel ihmal alt boyutu, 3.Duygusal istismar alt boyutu, 4.Duygusal ihmal alt boyutu, 5.Cinsel istismar alt boyutu, 6.Çocukluk çağı travmaları ölçeği, 7. Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği, 8. Duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği, 9. Dışa dönük düşünme alt ölçeği, 10. Toronto aleksitimi ölçeği

Tablo 4.38’de çocukluk çağı travmaları ölçeği ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki görüldü.

Tablo 4.38. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin ilişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	r	1	0.433	0.595	0.426	0.520	0.614	-0.168	-0.194	-0.291	-0.188	-0.85	-0.240	-0.260
	p		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.030	<0.001	<0.001
2	r		1	0.468	0.617	0.326	0.757	-0.212	-0.311	-0.439	-0.261	-0.257	-0.420	-0.431
	p			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
3	r			1	0.581	0.438	0.794	-0.234	-0.280	-0.460	-0.253	-0.179	-0.338	-0.390
	p				<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
4	r				1	0.327	0.889	-0.240	-0.338	-0.549	-0.319	-0.256	-0.441	-0.485
	p					<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
5	r					1	0.529	-0.147	-0.156	-0.257	-0.141	-0.071	0.202	-0.216
	p						<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.069	<0.001	<0.001
6	r						1	-0.275	-0.354	-0.572	-0.321	-0.248	-0.458	-0.502
	p							<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
7	r							1	0.506	0.377	0.493	0.32	0.415	0.638
	p								<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
8	r								1	0.452	0.686	0.416	0.519	0.767
	p									<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
9	r									1	0.456	0.355	0.648	0.737
	p										<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
10	r										1	0.494	0.558	0.807
	p											<0.001	<0.001	<0.001
11	r											1	0.568	0.695
	p												<0.001	<0.001
12	r												1	0.834
	p													<0.001
13	r													1
	p													

1.Fiziksel istismar alt boyutu, 2.Fiziksel ihmal alt boyutu, 3.Duygusal istismar alt boyutu, 4.Duygusal ihmal alt boyutu, 5.Cinsel istismar alt boyutu, 6.Çocukluk çağı travmaları ölçeği, 7. Yapısal stil alt ölçeği, 8. Gelecek algısı alt ölçeği, 9. Aile uyumu alt ölçeği, 10. Kendilik algısı alt ölçeği, 11. Sosyal yeterlilik alt ölçeği, 12. Sosyal kaynaklar alt ölçeği, 13. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

Tablo 4.39’da çocukluk çağı travmaları ölçeği ile kısa semptom envanteri ve Toronto aleksitimi ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulundu. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği negatif yönlü güçlü bir ilişki bulundu. Kısa semptom envanteri ile Toronto aleksitimi ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu görüldü. Kısa semptom envanteri ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki bulundu. Toronto aleksitimi ölçeği ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki bulundu.

Tablo 4.39. Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbiri ile ilişkisi

		1	2	3	4
1.Çocukluk çağı travmaları ölçeği	r	1	0.476	0.397	-0.502
	p		<0.001	<0.001	<0.001
2.Kısa semptom envanteri	r		1	0.680	-0.522
	p			<0.001	<0.001
3.Toronto aleksitimi ölçeği	r			1	-0.564
	p				<0.001
4.Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği	r				1

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın bu bölümünde araştırmada elde edilen bulgular ulusal ve uluslar arası literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Bu çalışmada katılımcıların %33.0'nın aktif sigara kullandığı, %11.4'ünün aktif alkol kullandığı ve aktif madde kullanan bireye rastlanmadığı belirlenmiştir. Literatürde bildirilen sigara kullanım oranlarının %34.2 ile %48.2 arasında değiştiği göz önünde bulundurulduğunda (149-151), bu çalışmada elde edilen oran, genel eğilimle tutarlılık göstermektedir. Alkol kullanım oranı ise çalışmamızda %11.4 olarak saptanmış olup, önceki araştırmalarda bildirilen %10–20 aralığıyla benzerlik taşımaktadır (152-154). Öte yandan, çalışmamızda aktif madde kullanımına rastlanmaması, literatürdeki %1.3 ila %4 arasında değişen oranlarla karşılaştırıldığında dikkat çekicidir (149-151). Bu farklılık, örneklemen sosyo-kültürel yapısı, bireylerin madde kullanımına ilişkin damgalanma korkusu, yasal ve sosyal yaptırımlar gibi faktörlerle açıklanabilir (149,155). Elde edilen bulgular, özellikle sigara ve alkol kullanımının üniversite öğrencileri arasında yaygınlığını sürdürdüğünü ve bu durumun hâlen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 38.1 olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar alt boyutundan 6.10, fiziksel ihmal alt boyutundan 7.60, duygusal istismar alt boyutundan 7.91, duygusal ihmal alt boyutundan 10.41 ve cinsel istismar alt boyutundan 6.08 puan aldıkları görülmektedir. Türkiye, Kanada, Hollanda'da yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları ölçeğinden alınan puanlar sırasıyla 32.9, 37.8 ve 33.5 olarak bulunmuştur (142, 156, 157). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Mevcut çalışmada katılımcıların kısa semptom envanteri'nden aldıkları puan 72.91 olarak saptanmıştır. Alt ölçek düzeyinde incelendiğinde, en yüksek puan ortalamalarının depresyon ve anksiyete alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Bu bulgular, öğrencilerin duygudurum bozuklukları açısından risk altında olabileceğini düşündürmektedir. Eisenberg ve ark. ABD'de gerçekleştirdiği çalışmada üniversite öğrencilerinin %15'inden fazlasının depresyon belirtileri gösterdiği, önemli bir kısmının ise anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (158). Benzer şekilde Kessler ve ark. anksiyete

bozukluklarının genç erişkinler arasında yaygın olduğunu ve çoğunlukla erken yaşlarda başladığını ortaya koymuştur (159).

Mevcut çalışmada somatizasyon (10.49), olumsuz benlik (15.15) ve hostilite (10.33) alt ölçeklerinden elde edilen puanlar ise, katılımcıların yalnızca duygusal belirtiler değil, aynı zamanda bedensel yakınmalar ve kişilerarası ilişkilerde öfke gibi dışavurumlarla da başa çıkmakta zorlandıklarını göstermektedir. Ruhsal sıkıntıların somatik belirtilerle birlikte görülmesi, üniversite öğrencileri arasında yaygın olan psikolojik stresin fiziksel düzeyde de kendini gösterebileceğine işaret etmektedir (160). Ayrıca olumsuz benlik algısı ve düşmanca tutumların varlığı, öz-yeterlilik algısı ile sosyal ilişkilerdeki işlevselliği olumsuz etkileyebileceğinden, psikososyal destek mekanizmalarının önemi bir kez daha vurgulanmaktadır (161).

Çalışmamızda katılımcıların çocukluk döneminde travma varlığına ilişkin elde ettiğimiz bulgular değerlendirildiğinde; katılımcıların %24.0' ü fiziksel istismar, %40.9'u fiziksel ihmal, % 39.8 duygusal istismar, % 29.8'i duygusal ihmal ve %20.72'sinin cinsel istismara maruz kaldıkları görülmektedir. Çocukluk çağında travma görülme oranı %40.7 olarak bulunmuştur. 2022 yılında üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travma maruziyeti bizim çalışmamızdan daha yüksek çıkmıştır (162). Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %18.9'unun fiziksel istismara, %17.8'inin cinsel istismara ve %31.5'inin duygusal istismara maruz kaldığı; bununla birlikte, %95.8'inin duygusal ihmale ve %99.7'sinin fiziksel ihmale uğradığı belirlenmiştir (142). 2019 yılında yapılan meta analiz çalışmasında major depresif bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı fiziksel istismar oranı %17.0, fiziksel ihmal %31.0, duygusal istismar %33.0, duygusal ihmal %37.0, cinsel istismar %19.0 bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan hastalar yaygınlık oranı fiziksel istismar %18.0, fiziksel ihmal %30.0 duygusal istismar %30.0, duygusal ihmal %31.0 ve cinsel istismar %22.0'dır (163). Sağlık bireylerle yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travma oranı %62.5 olarak bulunmuş (164). 2011-2014 yılları arasında ABD'de 23 eyaletten alınan verileri kullanan bir çalışmada çocukluk çağı travma yaygınlığı %61.55 bulunmuş (165). 2011-2020 yılları arasında veri toplanarak yapılan bir başka çalışmada da çocukluk çağı travma yaygınlığına %63.9 bulunmuştur (166). Yapılan bir meta analiz çalışmasında çocukluk çağı duygusal istismarının yaygınlığı %36.3 bulunmuştur. Cinsiyet

farklılıklarının ve kıtalar arası farklılıkların olmaması, çocukluk çağı istismarının evrensel bir olgu olduğunu göstermektedir (167).

Bu çalışmada erkek katılımcıların fiziksel ihmal alt boyotunda kadınlardan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Diğer alt ölçekler ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinde fark görülmemektedir. Güney Kore’de yapılan bir çalışmada erkekler fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçeklerinde kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek puan aldılar. Duygusal istismar ve duygusal ihmal erkekler ve kadınlar arasında anlamlı derecede farklılık göstermedi. Çocukluk çağı travma ölçek puanında erkekler kadınlardan daha yüksek puan bildirdiler (168). Yurt dışında yapılan başka bir çalışmada kadınlar cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar alt ölçeğinde erkeklerden daha yüksek puan aldılar. Fiziksel ihmal veya duygusal ihmal alt ölçeklerinde cinsiyet arası fark ortaya çıkmamıştır (169). Türkiye’de yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer bulgular bulunmuştur. Fiziksel ihmal alt boyutunda erkeklerin daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (150). Çalışmamız kızların daha yüksek çocukluk çağı travması bildirdiği çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu durumun çocuk yetiştirme tarzındaki kültürel farklardan etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca erkek çocuklarının daha güçlü ve kendi ihtiyaçlarını giderebileceği düşüncesi erkek çocuklarının fiziksel bakımının göz ardı edilmesine neden olabilmektedir.

Çalışmamızda ekonomik durumu çok düşük olan katılımcıların ekonomik durumları orta, yüksek ve çok yüksek olan katılımcılardan daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanı aldıkları görülmektedir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada düşük ve düşük-orta sosyoekonomik statüye sahip kişiler, orta ve üst-orta statüye sahip olanlardan anlamlı derecede daha yüksek çocukluk çağı travması aktarmışlardır (170). Ülkemizde yapılan çalışmalarda düşük gelir düzeyine sahip kişilerin daha yüksek çocukluk çağı travması bildirdikleri görülmektedir (171, 172). Çalışmalar sosyo ekonomik düzeyin çocukluk çağı travması için önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Ekonomik durumların neden olduğu yaşam stresi ebeveynler üzerinde yük oluşturmakta ve çocukların daha fazla istismar ve ihmale açık hale getirebilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların fiziksel ihmal alt ölçeğinde not ortalaması 2.01-2.50 olanların not ortalaması 3.01-3.50 olanlardan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Not ortalaması 2.01-2.50 olanların not ortalaması 3.51 ve üstü olanlardan duygusal ihmal alt ölçeğinde daha yüksek puan almışlardır. Not ortalaması 2.01-2.50 olanların not ortalaması 2.51-3.00, 3.01-3.50, 3.51 ve üstü olanlardan daha yüksek çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı bildirmişlerdir. Amerika’da üniversite öğrencileri ile yapılan bir

çalışmada akademik başarısı düşük olanların daha yüksek çocukluk çağı travması bildirdikleri görülmüştür (173). Çocukluk travmasının bir bireyin beyninin bölgelerini değiştirdiği ve akademik bir ortamda başarılı olma becerisine etkilediği bilinmektedir. Çocukluk travmasının, dikkat ve bilişsel kontrol için kullanılan beyin bölgelerindeki aktivasyonu azaltacak şekilde beyni değiştirdiği ve nihayetinde öğrenmede ve okul hayatı boyunca başarılı olmada zorluklara neden olduğu bulunmuştur (174). Çocukluk travmasına maruz kalma arttıkça, bireylerin okul ortamında başarılı olmalarını zorlaştıran bir sağlık sorunu bildirme olasılıkları daha yüksektir (175). Çocukluk çağı travması bilişsel ve duygusal gelişimi olumsuz etkileyerek akademik başarıyı düşürebilmektedir. Bu durum beynin dikkat, hafıza, yürütücü işlevler ve bilişsel kontrolle ilgili bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişikliklere neden olmaktadır (4).

Bu çalışmada katılımcıların %16.7'sinin intihar etmeyi düşündüğü ve %4.6'sının en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir. Demir'in 2022 yılında genç yetişkinler ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %14.83'ü intihar etmeyi düşündüklerini aktarmışlardır (176). Karkın ve Eskin'in yaptığı bir meta analiz çalışmasına göre Türkiye'de genç yetişkinler arasında intihar düşüncesi yaygınlığı %2.5 ile %42.5 arasında değişmekte ve intihar girişimleri %2.2 ile %11.5 arasında değişmektedir (177). bizim yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz bulgularda bu aralıkta bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre, 2023 yılında tüm yaş grupları için kaba intihar oranı 100.000 kişide 4.76 ve en yüksek intihar oranları 20-24 ve 25-29 yaş aralığındaki bireylerde görülmektedir (178). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, Türkiye'de intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin intihar ölümlerinden çok daha yaygın olduğunu göstermiştir (179). İntihar düşüncesi ve önceki girişimler intihar ölümlerinin güçlü öngörücüleri olduğundan, Türk popülasyonunda intihar düşünceleri ve davranışları için risk faktörlerini anlamak çok önemlidir (177, 180).

Çalışmamızda intihar düşüncesi ve girişimi olan katılımcıların fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur. Fiziksel ihmal, cinsel istismar ve ensest ile intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (181). Yurt dışında sağlıklı yetişkinler ile yapılan bir çalışmada cinsel istismarın intihar düşüncesi ile ilişkisi bulunmuş diğer çocukluk çağı travmalarının intihar düşüncesi doğrudan ilişkisi bulunamamıştır (182). Yapılan bir meta analiz çalışmasında çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi olasılığını önemli ölçüde arttırdığı

görülmektedir. Cinsel istismar, intihar girişimi riskini 2 kat artırdığı görülmüştür. Fiziksel ve duygusal istismar, intihar girişimi riskini 2.5 kat duygusal ihmal 2.3 kat arttırmış, fiziksel ihmal ile intihar girişim riski arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çocukluk çağı kötü muamelesi ile intihar girişimleri arasındaki ilişkinin, ciddi psikiyatrik sorunları ile bilinen bir psikiyatrik sorunu sorunları olmayan bireyler arasında farklılığın olmaması, çocukluk çağı kötü muamelesinin intihar riskleri üzerindeki etkisinin doğrudan ve tanı ötesi olduğunu ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır (183). Yapılan çalışmalar bizlere çocukluk çağında kötü muameleye uğramış kişilerin, yaşam streslerinin veya olumsuz yaşam olaylarının etkisini dengeleme yeteneklerinin daha düşük olduğunu ve bundan dolayı psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğunu ve intihara daha yatkın olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik tanı alanların fiziksel, duygusal, cinsel istismar alt ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda çalışmamız ile uyumlu bir şekilde psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travması aktardıkları görülmektedir (184-187). Borderline hastalar ile yapılan çalışmada bu hastaların %27.4'ünün cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir. Aynı çalışmada psikiyatrik tanısı olmayan hastalardan da anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (1). Hovens ve arkadaşlarının çocukluk çağı travması ve çocukluk çağı kötü yaşan olaylarını yaşayanları karşılaştırdıkları çalışmada çocukluk çağı travması olan hastaların kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek depresyon ve anksiyete tanısı aldıkları görülmektedir (24). Bu bulgular, çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik deneyimlerin, bireyin psikolojik sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yarattığını; özellikle psikiyatrik bozuklukların gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla çocukluk çağı travmalarının erken dönemde tanılanması ve bu bireylere yönelik uygun psikososyal müdahale programlarının geliştirilmesi, ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi ve azaltılmasında büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda ailesinde psikiyatrik tanısı olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden daha yüksek puan bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde ailesinde psikiyatrik tanısı olanların daha yüksek çocukluk çağı travması bildirdikleri görülmektedir (22,188). Bu durum, ailedeki psikiyatrik hastalıkların yalnızca genetik yatkınlıkla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bireyin maruz kaldığı çevresel ve duygusal ihmal/istismar risklerini de artırabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün, bireyin

çocuklukta travmatik yaşantılara maruz kalma olasılığını artıran önemli bir risk faktörü olduğu ve bu durumun bireyin ileriki yaşamındaki ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Bu nedenle, ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici çalışmalar planlanırken, aile öyküsünün dikkatle değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ölçek puanı ve alt ölçekleri ile anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite arasında orta düzey pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda çocukluk çağı travması olan katılımcıların kısa semptom envanterinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek almışlardır. Türkiye’de psikiyatri polikliniğe başvuran hastalar ile yapılan bir çalışmada fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismarın, anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite ile orta düzey ilişkisi olduğu görülmektedir (189). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada travma ve depresyon arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğunu, yani daha yüksek travma bildirimlerinin daha fazla depresyon semptomuyla ilişkili olduğunu göstermiştir (190). Yapılan bir çalışmada fiziksel ve duygusal istismara uğramış, ihmal edilmiş bireylerin, istismara uğramamış bireylere göre depresif bozukluklar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (191). Ülkemizde gerçekleştirilen bir araştırma, çocukluk çağı travmalarının yalnızca dissosiyasyonla değil, aynı zamanda majör depresyon ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer psikopatolojilerle de ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (192). Her ne kadar tüm depresyon tanılarının etiyolojisinde çocukluk çağı travmaları belirleyici olmasa da, mevcut bulgular bu travmaların depresyonun seyrini ve kronikleşme eğilimini anlamlı düzeyde etkilediğini göstermektedir (193, 194). Çocukluk çağı travmasına maruz kaldıktan sonra bireylerin %18.3’ünün yetişkinlikte anksiyete bozukluğu belirtileri gösterdiği bulunmuştur (195). Çocukluk çağı travmasına maruz kalma deneyimi ve miktarının bir bireyin anksiyete bozukluğu semptomları oranıyla pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (196, 197). Çocukluk travmasından sonra anksiyete konusunda kadınlar çocukluk travmasının etkilerine karşı daha hassastır ve bu da maruziyetten sonra erkeklere kıyasla daha fazla anksiyete belirtileri göstermelerine neden olmaktadır (198). Latin Amerikalı çocuklarla yapılan çalışmada çocukluk travması yaşayan çocukların arkadaşlarına yönelik daha fazla düşmanca tavır sergiledikleri görülmektedir (199). Hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmasının somatik belirtiler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (200, 201) .

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlik dönemindeki psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Özellikle fiziksel ve duygusal

ihmalin psikolojik dayanıklılık ile daha güçlü ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Çocukluk çağı travması olan katılımcılar psikolojik dayanıklılık ölçeğinden daha düşük puan almışlardır. Çin’de yapılan bir çalışmada da çalışmamızı destekleyecek şekilde çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada da ihmal ile psikolojik dayanıklılık diğer çocukluk çağı travma türlerine göre daha güçlü bir ilişki göstermiştir (200). Türkiye’de sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışma da çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuş ve duygusal ile fiziksel ihmal psikolojik dayanıklılık ile daha güçlü negatif ilişki göstermiştir (201). Çin’de yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmasının psikolojik dayanıklılık üzerinde doğrudan bir etkisi olduğunu gösterdi. Çocukluk travmasına daha fazla maruz kaldığını bildiren katılımcıların daha düşük düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip oldukları görüldü (202). Flores ve arkadaşlarının Amerikalı latin çocuklarla yaptığı çalışmada çocukluk travması ve dayanıklılık arasından negatif ilişki bulunmuştur (199). Çocukluk travması bireyin psikolojik gelişimi üzerinde kalıcı olumsuz bir etkiye sahip olabilmekte ve dayanıklılık geliştirme kapasitelerini engelleyebilmektedir (202). Çocukluk döneminde uzun süreli strese altında olmanın baş etme stratejileri ve stresle ilişkili tepkilerde önemli bozulmalara neden olduğu görülmektedir, bu durum kişide psikolojik dayanıklılığı gelişimi üzerine olumsuz etki etmektedir (203). Travmatik deneyimlerin ardından uyum sağlama ve stresle baş etme becerileri, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip bireylerde bozulabilir ve bu durum psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Buna karşılık, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişiler, sosyal destek kaynaklarını ve problem odaklı başa çıkma stratejilerini etkin biçimde kullandıklarından, travmatik olaylar veya stres karşısında daha az psikopatoloji geliştirme eğilimindedir. Nitekim, yapılan araştırmalar da düşük psikolojik dayanıklılığın TSSB gelişimi açısından bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (204, 205). Psikolojik dayanıklılık ve depresyon arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğunu, yani daha yüksek dayanıklılık bildirimlerinin daha az depresyon bildirimiyle ilişkili olduğunu; ve travma ve dayanıklılık arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğunu, yani daha yüksek travmanın daha az dayanıklılıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (190).

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasında orta düzey pozitif ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar alt boyutu ve fiziksel istismar alt boyutu ile dışa dönük düşünme alt ölçeği arasında ilişki bulunamamıştır. Çocukluk çağı travması olan katılımcılar aleksitimi ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Zdankiewicz-Scigala ve

Scigala, aleksitimi ile duygusal ihmal arasında ilişki bulmuşlardır, fakat fiziksel, duygusal veya cinsel istismar ile ilişki bulamamışlardır (206). Benzer şekilde, Aust ve arkadaşları, duygusal ihmal ile aleksitimi arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir, fakat diğer çocuk istismarı türleri ile alakesitimi arasında bir ilişki bulunamamıştır (207). Feyzioğlu ve arkadaşları çocukluk çağı travması ve alekstimi arasında cinsel istismar alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerde, anlamlı pozitif ilişki buldu (208). Paivio ve McCulloch'un cinsel istismar hariç, çocuk istismarının üniversite öğrencilerinde aleksitimi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (209). Çocukluk çağı kötü muamelesi ile yetişkinlik dönemi aleksitimi arasındaki korelasyonu oluşturabilecek birkaç olası mekanizma vardır. Örneğin, travmatik deneyimlerden sonra kişinin duygusuyla başa çıkmaması olumsuz bir başa çıkma mekanizmana neden olabilir (210). Başka bir olası açıklama, çocuk istismarı ve ihmalinin, çocukların duygu düzenlemesini öğrenme şansının olmadığı işlevsiz ailelerde daha yaygın olması olabilir (211). Duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal deneyimleri, fiziksel istismar veya cinsel istismardan daha fazla aleksitimi gelişiminde etkili gibi görünmektedir. Aleksitimi duygusal zeka ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğundan, duygusal istismar veya ihmalin ciddi bir etkiye sahip olması makul görünmektedir (212). Özellikle ihmal, daha yüksek aleksitimiye yol açıyor gibi görünmektedir. İhmal, çocuklarının duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını algılayamayan veya karşılayamayan ebeveynlere yöneliktir; bu nedenle, bu çocuklar rol modelleme yoluyla duygusal iletişimin yönlerini öğrenemezler (213). Bu, çocuklukta belirli duygusal becerilerin öğrenilmemesi nedeniyle aleksitiminin ortaya çıkabileceğini öne süren gelişimsel teorilerle uyumludur (214).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmasının yaygınlığı ve çocukluk çağı travmasının demografik değişkenler, aleksitimi, psikolojik semptom, psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi bakılmıştır.

- Çalışmaya İnönü üniversitesinde okuyan 658 lisans ve ön lisans öğrencisi dahil edilmiştir. Katılımcıların %61.1'i kadın %38.9'u erkektir.
- Katılımcıların yaş ortalaması 21.38 bulunmuştur.
- Çalışmada çocukluk çağı travması olan katılımcıların daha düşük akademik başarı gösterdiği görülmüştür.
- Katılımcıların %33.0' ünün aktif bir şekilde sigara kullandığı, %11.4'ünün aktif alkol kullandığı ve %1.4'ünün hayatlarının herhangi bir döneminde madde kullandıkları görülmüştür.
- Çalışmada en fazla maruz kalına istismar türü duygusal istismardır. Katılımcıların % 40.7'si en bir çocukluk çağı travmasına maruz kaldıkları görülmüştür.
- Çocukluk çağı travması olan katılımcıların daha fazla psikolojik semptom gösterdiği görülmüş ve aleksitimi puanlarının yüksek puan olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmasına maruz kalanların daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip oldukları görülmüştür.
- Aleksitimi ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif, psikolojik semptomlar ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızın sonuçlarına göre intihar düşüncesi ve intihar girişimi olan katılımcıların çocukluk çağı puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir.
- Çalışmamızın sonuçlarına göre, kendisinde ve/veya ailesinde psikiyatrik tanısı olan kişilerin çocukluk çağı travma puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir.
- Elde ettiğimiz sonuçlar psikolojik belirtiler (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite) ile çocukluk çağı travması arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir.
- Bulgularımız doğrultusunda aleksitimi ve çocukluk çağı travması arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Hipotezimizin doğrulandığı görülmektedir.

- Elde edilen bulgular doğrultusunda çocukluk çağı travması ile yetişkinlik dönemi psikolojik dayanıklılık arasında negatif ilişki bulunmuştur. Hipotezimiz beklentilerimiz doğrultusunda doğrulanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir.

- Elde edilen veriler İnönü üniversitesi öğrencileriyle sınırlı olduğundan, farklı üniversite veya coğrafi bölgelerdeki öğrencilerle benzer çalışmalar yapılması, bulguların genellenebilirliğini artıracaktır. Ayrıca cinsiyet, sosyoekonomik düzey, aile yapısı gibi değişkenlere göre alt gruplar arası karşılaştırmalar yapılması önerilir.
- Araştırma bulgularınız temel ilişkileri ortaya koymakla birlikte, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerinin daha net anlaşılabilmesi için ileri düzey çok değişkenli istatistiksel analizlerin uygulanması önerilir. Bu tür modellerle hem doğrudan hem dolaylı etkiler değerlendirilebilir ve psikolojik dayanıklılık gibi aracı değişkenlerin rolü daha net anlaşılabilir.
- Bulgular, üniversite öğrencilerinin önemli bir kısmının travma öyküsüne sahip olduğunu ve bu bireylerde çeşitli psikolojik zorlukların daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, üniversitelerde faaliyet gösteren öğrenci destek birimlerinin güçlendirilmesi, travma temelli danışmanlık hizmetlerinin yapılandırılması ve sistematik psikoeğitim programlarının sunulması önem arz etmektedir.
- Akademik araştırma bulgularının yalnızca literatüre katkı sunmakla sınırlı kalmaması, aynı zamanda psikolojik danışma merkezleri, rehberlik birimleri, sağlık politikaları ve gençlik programları gibi uygulama alanlarına yansıtılması büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Zannarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(8):1101-06.
2. Vythilingam M, Heim C, Newport J, Miller AH, Anderson E, Bronen R, et al. Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2072–80.
3. Herman JL, Travma ve İyileşme. Tosun T (Çeviren). 9. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları, 2023.
4. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(3):241–66.
5. Cameron K, Ogrodniczuk J, Hadjipavlou G. Changes in alexithymia following psychological intervention: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22(3):162–78.
6. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom*. 2004;73(2):68–77.
7. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1985;147:598–611.
8. Van der Kolk BA, Weisaeth L, Van der Haat O. History of trauma in psychiatry. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, 1st ed. New York, The Guilford Press, 2007;47–74.
9. Reyes G, Elhai JD, Ford JD. *The encyclopaedia of psychological trauma*. 1st ed. New York, Hoboken (NJ), 2008;103-107.
10. Colman AM. *Oxford dictionary of psychology*. 1st ed. Oxford, Oxford University Press, 2015.
11. Holdorff B, Denning T. The fight for ‘traumatic neurosis, 1889–1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *Hist Psychiatry*. 2011;22(4):465–76.
12. Monson CM, Friedman MJ. Back to the future of understanding trauma. In: Follette VM, Ruzek JI (eds). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. 1st ed. New York, Guilford Press, 2006:1–16.

13. American Psychiatric Association. Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı: Dördüncü baskı (DSM-IV) (Köroğlu E, çev.). Washington (DC), Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994.
14. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry*. 1994;1(5):253–65.
15. Van der Kolk BA, The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma, 3th ed. New York, Penguin Books, 2014.
16. Ruppert F, Travmatik yaşantılar: Sembioz ve otonomi. Zengin F (Çeviren). İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2016.
17. Van der Kolk BA. Beden kayıt tutar: Travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden. Cihanşümül MN (Çeviren). 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2018.
18. Soleimanpour S, Geierstanger S, Brindis CD. Adverse childhood experiences and resilience: Addressing the unique needs of adolescents. *Acad Pediatr*. 2017;17(7S):108-14.
19. Greenberg DM, Baron-Cohen S, Rosenberg N, Fonagy P, Rentfrow PJ. Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLoS One*. 2018;13(10):e0203886.
20. American Psychological Association. Children and trauma: Update for mental health professionals. Washington, American Psychological Association, 2008.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse Childhood Experiences. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>. Son Erişim Tarihi 12 Mayıs 2025
22. Öztürk E. Travma ve dissosiyasyon: Psikotraumatoji temel kitabı, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2020:1–210.
23. Lanius RA, Vermetten E, Pain C. The impact of early life trauma on health and disease, 1st ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2010.
24. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010;122(1):66–74.
25. Hovdestad WE, Shields M, Shaw A, Tonmyr L. Childhood maltreatment as a risk factor for cancer: Findings from a population-based survey of Canadian adults. *BMC Cancer*. 2020;20(1):1-11.

26. Schaefer K. A pilot study of the relationship between childhood trauma among prisoners and the types of crimes committed by those prisoners [master's thesis]. Detroit (MI): Wayne State University; 2019.
27. Semiz Ü, Öner Ö, Cengiz F, Bilici M. Childhood abuse and neglect in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2017;27(4):344–8.
28. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology.* 2011;214(1):17-31.
29. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2004;65(1):18-28.
30. Briere J, Scott C. Biology and psychopharmacology of trauma. In: Briere J, Scott C (eds). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*, 1st ed. Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 2006:185–229.
31. De Kloet ER, Sibug RM, Helmerhorst FM, Schmidt MV. Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29(2):271-81.
32. Bowlby J. *Attachment and loss. Volume II: Separation, anxiety, and anger*, 1st ed. London, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1973.
33. Carlson EB, Furby L, Armstrong J, Shlaes J. A conceptual framework for the long-term psychological effects of traumatic childhood abuse. *Child Maltreatment.* 1997;2(3):272–95.
34. Ullman SE. Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and ptsd symptoms in child sexual abuse survivors. *J Child Sex Abus.* 2007;16(1):19-36.
35. Moran PB, Eckenrode J. Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1992;16(5):743-54.
36. Peterson C, Seligman ME. Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues.* 1983;39(2):103–16.
37. Cicchetti D. Developmental psychopathology: Some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology.* 1989;1(1):1–4.
38. Malizia N. The psychological trauma in children and adolescents: Scientific and sociological profiles. *Sociology Mind.* 2017;7(01):11.
39. Green BL, Krupnick JL, Stockton P, Goodman L, Corcoran C, Petty R. Effects of adolescent trauma exposure on risky behavior in college women. *Psychiatry.* 2005;68(4):363-78.

40. Sansone RA, Muennich E, Barnes J, Wiederman MW. Childhood trauma and sexual behavior in adulthood among internal medicine outpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2009;13(4):341-4.
41. Secor-Turner M, McMorris B, Sieving R, Bearinger LH. Life experiences of instability and sexual risk behaviors among high-risk adolescent females. *Perspect Sex Reprod Health.* 2013;45(2):101-7.
42. Malarbi S, Abu-Rayya HM, Muscara F, Stargatt R. Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;72:68-86.
43. Gümüş-Saçarçelik G. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları [uzmanlık tezi]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
44. Fratto CM. Trauma-informed care for youth in foster care. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(3):439-46.
45. La Greca AM, Boyd BA, Jaycox LH, Kassam-Adams N, Mannarino AP, Silverman WK, et al. Children and trauma: Update for mental health professionals. Washington (DC): American Psychological Association, Public Interest Directorate, Children Youth and Families Office; 2008.
46. Morris MC, Marco M, Maguire-Jack K, Kouros CD, Im W, White C, et al. County-level socioeconomic and crime risk factors for substantiated child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect.* 2019;90:127–38.
47. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry.* 2008;49(2):163-9.
48. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2004;35:35–44.
49. Dye H. The impact and long-term effects of childhood trauma. *J Hum Behav Soc Environ.* 2018;28(3):381–92.
50. Hepworth I, McGowan L. Do mental health professionals enquire about childhood sexual abuse during routine mental health assessment in acute mental health settings? A substantive literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;20(6):473-83.

51. Glod CA. Long-term consequences of childhood physical and sexual abuse. *Arch Psychiatr Nurs*. 1993;7(3):163-73.
52. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician*. 2000;61(10):3057-64.
53. Straus MA. Children should never, ever, be spanked no matter what the circumstances. In: Loseke DR, Gelles RJ, Cavanaugh MM (eds). *Current controversies on family violence*. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications, Inc.; 2005:137–58.
54. Berkowitz CD. Physical abuse of children. *The New England Journal of Medicine*. 2017;376(17):1659-1666.
55. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related ptsd symptoms. *JAACAP Open*. 2004;43(4):393-402.
56. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*. 2001;91(5):753-60.
57. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2007;31(5):517-30.
58. Riggs SA, Kaminski P. Childhood emotional abuse, adult attachment, and depression as predictors of relational adjustment and psychological aggression. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2010;19:75–104.
59. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):697-714.
60. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*, 1st ed. New York, The Guilford Press, 2007.
61. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. *Canadian Family Physician*. 2013;59(8):831-6.
62. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(2):185-222.
63. Edwards E, Harkins K, Wright G, Henn F. Effects of bilateral adrenalectomy on the induction of learned helplessness behavior. *Neuropsychopharmacology*. 1990;3(2):109-14.

64. Polat O. Klinik adli tıp: Adli tıp uygulamaları, 8. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2017.
65. De Braal B. Understanding emotional abuse. *Journal of Family Medicine and Health Care*. 2010;20(3):82-4.
66. Aksel Ş, Yılmaz Irmak T. Review of child abuse and neglect literature in Turkey. In: Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect; 2005; Warsaw, Poland. p. 14.
67. Christ C, De Waal MM, Dekker JJM, Van Kuijk I, Van Schaik DJF, Kikkert MJ, et al. Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211882.
68. Leeb R, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf Son Erişim Tarihi 24 Mayıs 2025.
69. World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention (WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization. <http://www.who.int/mip2001/files/2017/childabuse.pdf> Son Erişim Tarihi 24 Mayıs 2025.
70. Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorenson SB, Forsythe AB, Telles CA. Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):843-50.
71. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *JAACAP Open*. 1996;35(10):1365-74.
72. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB. Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(9):1322-8.
73. Fendrich M, Mackesy-Amiti ME, Wislar JS, Goldstein PJ. Childhood abuse and the use of inhalants: differences by degree of use. *American Journal of Public Health*. 1997;87(5):765-9.

74. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *JAACAP Open*. 1996;35(10):1355-64.
75. Fleming J, Mullen P, Bammer G. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse and Neglect*. 1997;21(1):49-58.
76. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child*. 1994;4(2):54-69.
77. Resick PA. The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence*. 1993;8(2):223-55.
78. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanson H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization; 2004:1851-940
79. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010;85(7):618-29.
80. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(1):10-32.
81. Dir AL, Coskunpinar A, Cyders MA. A meta-analytic review of the relationship between adolescent risky sexual behavior and impulsivity across gender, age, and race. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(7):551-62.
82. Roy A. Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*. 2005;9(2):147-51.
83. Gagnon J, Daelman S, McDuff P, Kocka A. Upps dimensions of impulsivity: Relationships with cognitive distortions and childhood maltreatment. *J Individ Differ*. 2013;34(1):48.
84. Feerick MM, Snow KL. The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *J Fam Violence*. 2005;20:409-19.
85. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry*. 2013;54(1):16-27.

86. Paul JP, Catania J, Pollack L, Stall R. Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The urban men's health study. *Child Abuse Negl.* 2001;25(4):557-84.
87. Zucker KJ, Lawrence AA. Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the world professional association for transgender health. *Int J Transgend Health.* 2009;11(1):8–18.
88. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;190:47-55.
89. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry.* 2015;30(6):665-80.
90. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK. Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2010;34(9):647-58.
91. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(3):345-55.
92. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):679-95.
93. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, et al. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* 2010;126(1-2):103-12.
94. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics.* 2020;146(4): e20200438.
95. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the world mental health survey consortium. *Psychiatric Medicine.* 2016;46(2):327-43.
96. Mauritz MW, Goossens PJ, Draijer N, van Achterberg T. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *Eur J Psychotraumatol.* 2013;4(1):19985.
97. Adams RE, Ritter C, Bonfine N. Epidemiology of trauma: Childhood adversities, neighborhood problems, discrimination, chronic strains, life events, and daily

- hassles among people with a severe mental illness. *Psychiatry Research*. 2015;230(2):609-15.
98. USA Department of Health & Human Services. Child maltreatment. 2020: 31st year of reporting. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm2020.pdf> Son Erişim Tarihi 17 Mart 2025.
99. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Perkins C, Lowey H. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*. 2014;12:72.
100. Wanamaker KA, Brown SL, Czerwinsky AM. Abuse, neglect and witnessing violence during childhood within justice-involved samples: A meta-analysis of the prevalence and nature of gender differences and similarities. *Journal of Criminal Justice*. 2022;82:101990.
101. Pan Y, Lin X, Liu J, Zhang S, Zeng X, Chen F, et al. Prevalence of childhood sexual abuse among women using the childhood trauma questionnaire: A worldwide meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(5):1181-1191.
102. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P, et al. Child maltreatment: Variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet*. 2012;379(9817):758-72.
103. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
104. Lynch M, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A. National study on violence against children in Georgia. Tbilisi, UNICEF Georgia, 2007.
105. Sofuoğlu Z, Cankardař-Nalbantçılar S. Hastanelere yönlendirilen adli çocuk istismarı olguları ile sağıık çalışanlarınca saptanan çocuk istismarı olgularının özelliklerinin karşılaştırılması. *İzmir Behçet Uz Hastanesi Dergisi*. 2018;8(3):119–95.
106. Akyuz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European Psychiatry*. 2005;20(3):268-73.
107. Balcı İ. Çocukluk çağı travmaları ile baş etme yönelimli psiko-eğıitim programının psikolojik sağıamlık üzerindeki etkisi [doktora tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2018.

108. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı: 5. Baskı (DSM-5). Tanı ölçütleri başvuru elkitabı (Köroğlu E, çev. ed.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
109. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):441-448.
110. Ungar M. Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth. *Child Abuse Negl*. 2019;96:104098.
111. Smeeth D, Beck S, Karam EG, Pluess M. The role of epigenetics in psychological resilience. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):620-629.
112. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65-76.
113. American Psychological Association. The road to resilience. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> Son Erişim Tarihi 15 Nisan 2025.
114. Cal SF, Bernardes Santos KO, Wenzel F, Gonçalves de Oliveira LC, Hohl A, Zenker C. Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychol*. 2015;2(1):1024928
115. Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(2):257-62.
116. Mehta M, Whyte E, Lenze E, Hardy S, Roumani Y, Subashan P, et al. Depressive symptoms in late life: Associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Environ Res Public Health*. 2008;23(3):238-43.
117. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience?. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(5):258-65.
118. Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(8):1041-53.
119. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: İmplications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*. 2000;12(4):857-85.
120. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(11):745.

121. Gunnar MR, Fisher PA. Early experience, Stress, and prevention Network. Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Dev Psychopathol.* 2006;18(3):651-77.
122. Carter CS. The chemistry of child neglect: do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2005;102(51):18247-8.
123. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychother.* 2004;161(8):1417-25.
124. Cicchetti D, Rogosch FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: A multilevel perspective. *Dev Psychopathol.* 2007;19(3):787-809.
125. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973;22(2):255-62.
126. Nemiah JC. Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychother Psychosom.* 1977;28(1-4):199-206.
127. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomy patients. *Psychother Psychosom.* 1977;28(1-4):148-55.
128. Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Adam EC, Medina TBH, España JJS. Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional answers. *Pers Individ Dif.* 1998;24(6):767-72.
129. Luminet O, Nielson KA, Ridout N. Cognitive-emotional processing in alexithymia: An integrative review. *Cogn Emot.* 2021;35(3):449-487.
130. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother.* 1979;33(1):17-31.
131. Krystal H. Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanal Inq.* 1997;17(2):126-50.
132. Epözdemir H. Aleksitimi: Psikolojik bir semptom mu, yoksa bir kişilik özelliği mi?. *Türk Psikoloji Yazıları.* 2012;15(30):25.
133. Borens R, Grosse-Schulte E, Jaensch W, Kortemme KH. Is 'alexithymia' but a social phenomenon? An empirical investigation in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1977;28(1-4):193-8.

134. Myles LAM, Merlo EM. Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: A cross-sectional study. *Journal of Mind and Medical Sciences*. 2021;8(1):86–93.
135. Gaggero G, Bonassi A, Dellantonio S, Pastore L, Aryadoust V, Esposito G. A scientometric review of alexithymia: Mapping thematic and disciplinary shifts in half a century of research. *Front Psychiatry*. 2020;11:611489.
136. Veirman E, Van Ryckeghem DML, Verleysen G, De Paepe AL, Crombez G. What do alexithymia items measure? A discriminant content validity study of the Toronto-alexithymia-scale-20. *PeerJ*. 2021;29(9):e11639.
137. Eichhorn S, Brähler E, Franz M, Friedrich M, Glaesmer H. Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 27:5.
138. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189(5):311-16.
139. Ditzer J, Wong EY, Modi RN, Behnke M, Gross JJ, Talmon A. Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2023;149(5-6):311-329.
140. Hamidi S, Heidari M, Alavi M, Vahdat R. A study and comparison of alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:1367–70.
141. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(8):1132-6.
142. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliği. *Türkiye Klinikleri*. 2012;32(4):1054–63.
143. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring and procedures manual II. *Clinical Psychometric Research*; 1992.
144. Şahin NH, Durak A. Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(31):4–56.
145. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto alexithymia scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom*. 1986;45(4):207-15.

146. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale--I. item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994;38(1):23-32.
147. Beştepe E, Tüzer V, Önder ME. Psikiyatrik ve psikosomatik hasta ve kontrol grubunda aleksitimi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi.* 2000;8:175–81.
148. Basım HN, Çetin F. The reliability and validity of the resilience scale for adults-Turkish version. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(2):104-14.
149. Bozkurt B. Depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişki [yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2023.
150. Kılıç BSSP. Beliren yetişkinlikte depresyon, intihar olasılığı ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki: Psikolojik acı ve koruyucu faktörlerin rolü [doktora tezi]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2024.
151. Nart Ö. Bir üniversite hastanesinde psikiyatri polikliniği ergen birimine başvuran kişilerde intihar olasılığının, benlik saygısı, psikolojik dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve önceki intihar girişimleriyle ilişkisi [tıpta uzmanlık tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2018
152. Öztürk O, Deveci SE, Acemoğlu H, Ay N, Ögel K. Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2013;14(2):136-143.
153. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Turkish Journal of Public Health .* 2011;9(1):33-44.
154. Çakıl G. Üniversite örnekleminde travma sonrası bilişler ile intihar olasılığı arasındaki ilişki [yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
155. Korkut Y, Demirbaş H. Türkiye’de madde kullanım bozukluğu: Epidemiyolojik veriler ve toplum temelli koruyucu yaklaşımlar. *Bağımlılık Dergisi.* 2020;21(3):156-164.
156. Paivio SC, Cramer KM. Factor structure and reliability of the childhood trauma questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse Negl.* 2004;28(8):889-904.
157. Thombs BD, Bernstein DP, Lobbestael J, Arntz A. A validation study of the Dutch childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse Negl.* 2009;33(8):518-23.

158. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am J Orthopsychiatry*. 2007;77(4):534-42.
159. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
160. Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med*. 2003;65(2):259-67.
161. Andrews B, Wilding JM. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br J Psychol*. 2004;95(4):509-21.
162. Yalçın Sevinç ÇP. Üniversite öğrencilerinde internet ve sosyal medya bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları, siber dissosiyasyon ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2022.
163. Zhang S, Lin X, Yang T, Zhang S, Pan Y, Lu J, et al. Prevalence of childhood trauma among adults with affective disorder using the childhood trauma questionnaire: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;276:546-554.
164. Wattanatchariya K, Narkpongphun A, Kawilapat S. The relationship between parental adverse childhood experiences and parenting behaviors. *Acta Psychol (Amst)*. 2024;243:104166.
165. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*. 2018;172(11):1038-1044.
166. Swedo EA, Aslam MV, Dahlberg LL, Niolon PH, Guinn AS, Simon TR, Mercy JA. Prevalence of adverse childhood experiences among u.s. adults - behavioral risk factor surveillance system, 2011-2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2023;30;72(26):707-715.
167. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, Van IJzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2012;21(8):870–90.
168. Kim S, Kim GU, Park S. Prevalence of traumatic experiences in South Korean adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3959.

169. Rosen LN, Martin L. Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in the U.S. army. *Child Abuse Negl.* 1996;20(12):1149-60.
170. Dichsen T. The relationship between childhood trauma, resilience, and substance use [yüksek lisans tezi]. Carbondale (IL): Southern Illinois University; 2021.
171. Zeren C, Yengil E, Çelikel A, Arık A, Arslan M. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi.* 2012;39(4):536–41.
172. Türkkan T, Odacı H. Liseli ergenlerde çocukluk çağı örselenme yaşantılarının cinsiyet, gelir düzeyi ve ebeveyn eğitim durumuna göre incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet.* 2018;29(1):71–89.
173. Lipowski K. Childhood trauma and undergraduate college success rates: Examining the mediating roles of anxiety, substance use, and self-esteem [doktora tezi]. Lynchburg (VA): Liberty University; 2023.
174. Ross MC, Heilicher M, Cisler JM. Functional imaging correlates of childhood trauma: A qualitative review of past research and emerging trends. *Pharmacol Biochem Behav.* 2021;211:173297.
175. Hinojosa R, Nguyen J, Sellers K, Elassar H. Barriers to college success among students that experienced adverse childhood events. *Journal of American College Health.* 2019;67(6):531-540.
176. Demir B. The effect of psychological strains on suicidal thoughts: The mediator role of interpersonal needs [doktora tezi]. Ankara: Middle East Technical University; 2024.
177. Karkın AN, Eskin M. Prevalence, correlates, and risk factors of suicidal ideation and attempts in Turkey. *Neuropsychiatric Investigation.* 2023;61(1):19–36.
178. Turkish Statistical Institute (TURKSTAT). Suicide statistics. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar&dil=1> Son Erişim Tarihi 10 Aralık 2024.
179. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2003;48(5):324-9.
180. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health.* 2022;25(4):148-155.

181. Yargıç İ, Ersoy E, Batmaz Oflaz S. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(4):277–84.
182. Bahk YC, Jang SK, Choi KH, Lee SH. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: Role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investig*. 2017;14(1):37-43.
183. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(7):1057-1078.
184. Dehghan Manshadi Z, Neshat-Doost HT, Jobson L. Cognitive factors as mediators of the relationship between childhood trauma and depression symptoms: the mediating roles of cognitive overgeneralisation, rumination, and social problem-solving. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2320041.
185. Danese A, Widom CS. Associations between objective and subjective experiences of childhood maltreatment and the course of emotional disorders in adulthood. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(10):1009-1016.
186. Almeida MG, Virginio MEC, Almeida JRA. The relationship between psychiatric symptoms and childhood trauma. *European Psychiatry*. 2023;66(S1):S905.
187. Kaya ř, Taşcı G, Kılıç N, Demir B, Özsoy F. Relationship between psychiatric symptoms, childhood traumas, and types of crime of convicts in Elazig closed prisons. *J Exp Clin Cancer Res*. 2023;40(1):94–9.
188. Işık M, Yıldırım A, Boysan M, Murat D. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların annelerinde dissosiyatif yaşantılar, çocukluk çağı travması ve aleksitimi. *Yeni Symposium*. 2017;55(3):7-10.
189. Güreřen Ü, Dereboy Ç. Pathways between childhood trauma and adulthood psychopathology: A network study. *Current Psychology*. 2024;43(12):11267–75.
190. Watters ER, Aloe AM, Wojciak AS. Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: A multivariate meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(1):231–44.
191. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
192. Zoroęlu SS, Tüzün Ü, şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2):69–78.

193. Bülbul F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(2):93-9.
194. Hill J. Childhood trauma and depression. *Curr Opin Psychiatry*. 2003;16(1):3-6.
195. Novais M, Henriques T, Vidal-Alves MJ, Magalhães T. When problems only get bigger: The impact of adverse childhood experience on adult health. *Front Psychol*. 2021;12:693420.
196. Pham TS, Qi H, Chen D, Chen H, Fan F. Prevalences of and correlations between childhood trauma and depressive symptoms, anxiety symptoms, and suicidal behavior among institutionalized adolescents in Vietnam. *Child Abuse Negl*. 2021;115:105022.
197. Bruijnen CJWH, Young SY, Marx M, Seedat S. Social anxiety disorder and childhood trauma in the context of anxiety (behavioural inhibition), impulsivity (behavioural activation) and quality of life. *South African Journal of Psychiatry*. 2019;25:1189.
198. Vaughan G, Kompanijec K, Malik S, Bechard AR. Childhood trauma and post-trauma environment affect fear memory and alcohol use differently in male and female mice. *Drug Alcohol Depend*. 2021;219:108471.
199. Flores E, Cicchetti D, Rogosch FA. Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Dev Psychol*. 2005;41(2):338-51.
200. Chen Y, Huang CC, Yang M, Wang J. Relationship between adverse childhood experiences and resilience in college students in China. *Journal of Family Violence*. 2023;38(4):623-632.
201. Güler K, Demir ZG, Yurtseven CS. Investigation of the relationship between childhood traumas, psychological resilience, cognitive flexibility and emotion regulation skills in adults. *European Research Journal*. 2024;10(2):166-77.
202. Dong C, Xu R, Xu L. Relationship of childhood trauma, psychological resilience, and family resilience among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(2):852-859.
203. Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, Acanfora M, Caldarola G, Moccia L, et al. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *J Psychosom Res*. 2018;106:25-28.
204. Sakarya D, Güneş C. Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 2013;21(1):25-32.

205. Valentiner DP, Foa EBDS, Riggs DS, Gershuny BS. Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *J Abnorm Psychol.* 1996;105(3):455-8.
206. Zdankiewicz-Ścigała E, Ścigała DK. Attachment Style, Early childhood trauma, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Structural equation model of dependencies. *Front Psychol.* 2020;10:2957.
207. Aust S, Härtwig EA, Heuser I, Bajbouj M. The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychol Trauma* 2013;5(3):225–32.
208. Feyzioğlu A, Taşlıoğlu Saymer AC, Özçelik D, Tarımtay Altun F, Budak EN. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between early childhood trauma and alexithymia. *Current Psychology.* 2022;42:17851–61.
209. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl.* 2004;28(3):339-54.
210. Fang S, Chung MC, Wang Y. The impact of past trauma on psychological distress: the roles of defense mechanisms and alexithymia. *Front Psychol.* 2020;11:992.
211. Khan AN, Jaffee SR. Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2022;63(9):963-972.
212. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Pers Individ Dif.* 2001;30:107–15.
213. Berenbaum H. Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *J Psychosom Res.* 1996;41(6):585-95.
214. Montebanocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N. Adult attachment style and alexithymia. *Pers Individ Dif.* 2004;36:499–507.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onayı





EK-3. Çalışma İzin Kararı



EK-4. Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- 1) Yaşınız:.....
- 2) Cinsiyetiniz:
a) Kadın b) Erkek
- 3) Fakülteniz/Bölümünüz:...../.....
.....
- 4) Sınıfınız:
- 5) Anne ve babanız
a) Birlikte yaşıyorlar b) Boşanmış/ayrı c) Annem öldü d) Babam öldü
e) Annem ve babam öldü
- 6) Kardeş sayınız:
- 7) Siz kaçınıcı çocuksunuz:.....
- 8) Nerede büyüdüünüz
a) Köy b) İlçe merkezi c) İl merkezinde
- 9) Babanızın eğitim düzeyi
1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6. Yükseköğretim mezunu
- 10) Annenizin eğitim düzeyi
1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6. Yükseköğretim mezunu
- 11) Babanızın işi
1. Memur 2. Emekli 3. İşçi 4. Serbest meslek
- 12) Annenizin işi
1. Ev hanımı 2. Memur 3. Emekli 4. İşçi 5. Serbest meslek
2. Ekonomik durumunuz:
a) Çok düşük
b) Düşük
c) Orta
d) Yüksek
e) Çok yüksek
- 13) Şu anda yaşadığınız yer
a) Ailemin yanında b) arkadaşlarla c) yurttan d) Diğer (belirtiniz).....
- 13) Okuldaki başarı düzeyiniz
a) 2.00 ve altı b) 2.00-2.50 c) 2.50-3.00 d) 3.00-3.50 e) 3.50 ve üstü
- 14) Sigara kullanım durumunuz nedir?
a) Hiç kullanmadım
b) Kullandım bıraktım
c) Ayda birkaç kullanıyorum
d) Haftada birkaç kullanıyorum

- e) Her gün düzenli kullanıyorum
- 15) Sigara kullanmaya kaç yaşında başladınız?
- 16) Sigarayı kaç yıldır kullanıyorsunuz?
- 17) Alkol kullanım durumunuz nedir?
- a) Hiç kullanmadım
- b) Kullandım bıraktım
- c) Ayda birkaç kullanıyorum
- d) Haftada birkaç kullanıyorum
- e) Her gün düzenli kullanıyorum
- 18) Alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız?
- 19) Alkol kaç yıldır kullanıyorsunuz?
- 20) Alkol kullanımını başarısız bırakma girişimleriniz oldu mu?
- a) Evet b) Hayır
- 21) Uyuşturucu madde kullanım durumunuz nedir?
- a) Hiç kullanmadım
- b) Kullandım bıraktım
- c) Ayda birkaç kullanıyorum
- d) Haftada birkaç kullanıyorum
- e) Her gün düzenli kullanıyorum
- 22) Uyuşturucu madde kullanmaya kaç yaşında başladınız?
- 23) Uyuşturucu madde kaç yıldır kullanıyorsunuz?
- 24) Uyuşturucu madde başarısız bırakma girişimleriniz oldu mu?
- b) Evet b) Hayır
- 25) Uyuşturucu madde kullanım deneyiminiz olduysa hangi maddeleri kullandınız?
(Belirtiniz)
-
- 26) Daha önce hiç intihar etmeyi düşündünüz mü?
- a) Evet (yıl....., kaç kere) b) Hayır
- 27) Daha önce hiç intihar girişiminiz oldu mu?
- c) Evet (yıl....., kaç kere) d) Hayır
- 28) Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?
- a) Hayır b) evet Belirtiniz (konulan tanı):.....
- 29) Şuan herhangi bir psikiyatr ya da psikolojik tedavi görüyor musunuz?
- a) Hayır b) evet Belirtiniz:.....
- 30) Şuan herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?
- a) Hayır b) evet Belirtiniz:.....
- 31) Ailenizde psikiyatrik bir tedavi gören var mı?
- a) Hayır b) evet Belirtiniz:.....

EK-5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uygun olanı X ile işaretleyiniz. 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

	1	2	3	4	5
Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım					
Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı					
Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım					
Sevildiğimi hissediyordum					
Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi					
Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
Çocukluğum mükemmeldi.					
Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
Ailemde birisi benden nefret ederdi					
Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı					
Birisi bana cinsel tacizde bulundu					
Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum					
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK-6. Toronto Aleksitimi Ölçeği

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığı anda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.....	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.....	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse

EK-7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

YETİŞKİMLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ... olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözemem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi... hissedirim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni...	
Bazı yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri cesaretlendirebilir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarının arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başıyaya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-8. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini X işaretleyerek gösterin.

	HİÇ	BİRAZ	ORTA DERECE	EPEY	ÇOK FAZLA
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık ve baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamakta güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs(kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Açık alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmadan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					

	HİÇ	BİRAZ	ORTA DERECE	EPEY	ÇOK FAZLA
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer etkinliklerde uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok daha fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymama					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız kalındığında/bırakıldığında sinirlilik hissetme					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duygusu					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu hissi					