

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SİNİR BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI



ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMASININ MULTİPL
SKLEROZ HASTALARINDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE
İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Aziza NURİYEVA

Danışman

Prof. Dr. Murat TERZİ

SAMSUN

2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Aziza NURİYEVA tarafından, Prof. Dr. Murat TERZİ danışmanlığında hazırlanan “ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMASININ MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE İNCELENMESİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Murat TERZİ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Faruk TAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bakım Hizmetleri Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Doç. Dr. Kürşat AKPINAR Samsun Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY
08 /03 / 2022

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet (EK 4)

Hayır

İmza
28/12/2021
Aziza NURİYEVA

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Multipl Skleroz Hastaları ve Sağlıklı Bireylerde İncelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 28/12/2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 3

Tek kaynak oranı : % 3 çıkmıştır.

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY
08/03/2022

İmza
28/12/2021
Prof. Dr. Murat TERZİ

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMASININ MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE İNCELENMESİ

Aziza NURİYEVA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sinir Bilimleri Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Ocak/2022

Danışman: Prof. Dr. Murat TERZİ

Araştırmanın amacı, çocukluk çağı ruhsal travmalarının MS hastalığının yaranması ve gelişmesinde ne denli etkisi olduğunu araştırmaktır.

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğinin’de ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi kampüsünde 31.10.2019-30.12.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerin toplanması zamanı hastalara Demografik Bilgiler Formu ile birlikte Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Veri toplama aracının kapsam geçerliliği için uzman görüşü alındı. Veriler IBM SPSS 22.0 programında analiz edildi. Güvenilirlik analizi için genel ve her bir alt ölçek için Cronbach alfa ile bakıldı. Geçerlilik analizi için açıklayıcı faktör analizi yapıldı. Örneklem yeterliliği için KMO testi yapıldı. Maddeler arasında korelasyon olup olmadığına bakmak için Bartlett's Test of Sphericity testi kullanıldı. Veriler normal dağılım göstermediğinden iki bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden çok bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi ile yapıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların %76'sı kadın, %24'ü erkek cinsiyettedir. Katılımcılarına yaşlarına bakacak olursak, %28 24 ve altı, %29 25-34, %17 35-44 ve %16 45 yaş ve üzeri olarak saptanmıştır. %47 evli, %53 bekar, %15 ilkokul/ortaokul mezunu, %18 lise, %6 önlisans, %45 lisans, %16 lisans üstü olarak bulunmaktadır. Çalışma durumuna bakacak olursak %45 çalışmakta, %55 çalışmamaktadır. Katılımcıların %50'i MS hastası, %50'i sağlıklı bireylerdir. MS hastalığına depresyon ve anksiyetenin olumsuz yönde etkisi görülmektedir.

Sonuç itibarıyla çocukluk çağı ruhsal travmaları bireyde depresyon, anksiyete gibi olumsuz psikolojik sorunların oluşmasına ve bundan kaynaklı stresle başa çıkamada yetersiz olabilecek beceriler geliştirmesine katkı sağlamaktadır. MS hastalarıyla yapılan bu çalışma sonucunda ebeveynlerin çocuklarına karşı daha dikkatli olması gerektiği ve gelecek dönemlerinde olası zorluklar karşısında daha sağlıklı bir psikolojiesahip olması için elinden geleni yapmasına, aynı zamanda doktorların tedavi zamanı hastaların psikolojik rahatsızlıklarına daha fazla dikkat etmelerine olanak sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travması, Multipl Skleroz, Depresyon, Anksiyete.

ABSTRACT

MUTUAL EXAMINATION OF CHILDHOOD MENTAL TRAUMA IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS AND HEALTHY INDIVIDUALS

Aziza NURİYEVA

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Neuroscience

Master, January/2022

Supervisor: Prof. Dr. Murat TERZI

The aim of the study is to investigate the effect of childhood mental traumas on the occurrence and development of MS disease.

The research was carried out at Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Neurology Polyclinic and Ondokuz Mayıs University campus between 31.10.2019-30.12.2019. At the time of data collection, the Childhood Mental Trauma Scale (CTQ-28) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) were administered to the patients along with the Demographic Information Form. Expert opinion was taken for the content validity of the data collection tool. Data were analyzed in IBM SPSS 22.0 program. For reliability analysis, Cronbach's alpha was used for general and each subscale. Explanatory factor analysis was performed for validity analysis. KMO test was performed for sample adequacy. Bartlett's Test of Sphericity was used to see if there was a correlation between the items. Since the data did not show normal distribution, Mann-Whitney U test was used for comparisons of two independent groups, and Kruskal-Wallis H test was used for comparisons of more than two independent groups. It was done with Dunn's test for multiple comparisons. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

76% of the participants were female and 24% were male. If we look at the ages of the participants, 28% were 24 and below, 29% were 25-34%, 17% were 35-44%, and 16% were 45 years and older. 47% married, 53% single, 15% primary/secondary school graduate, 18% high school, 6% associate degree, 45% undergraduate, 16% graduate. If we look at the working situation, 45% works, 55% does not. 50% of the participants are MS patients and 50% are healthy individuals. Depression and anxiety have negative effects on MS disease.

As a result, childhood mental traumas contribute to the formation of negative psychological problems such as depression and anxiety in the individual, and to develop skills that may be insufficient to cope with stress due to this. As a result of this study with MS patients, it will enable parents to be more careful with their children and to do their best to have a healthier psychology in the face of possible difficulties in the future, and also to allow doctors to pay more attention to the psychological disorders of patients during treatment.

Keywords: Childhood Trauma, Multiple Sclerosis, Depression, Anxiety.

TEŐEKKÖR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini hiç esirgmeden benimle paylaşan, hep destek olan danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Murat TERZİ'ye, istatistiksel konularda hep yol gösterici olan, yurtdıőında olsam dahi rahatlıkla iletişim kurup bilgilerinden faydalanmama olanak sağlayan kıymetli hocam Prof. Dr. Yüksel TERZİ'ye, yurtdıőında olmama rağmen her türlü bilgi ve gelişmelerden beni haberdar eden Sınır Bilimleri Arő. Gör. Elif Merve HELVACI' ya, eğitimim boyunca her anlamda hep yanımda olan canım aileme, manevi desteğini benden hiç esirgmeden yanımda olan değerli eőim Adem KHUDIYEV'e ve son olarak, tüm katılımcılara katkılarından dolayı teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Aziza NURİYEVA

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	10
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. Multipl Skleroz	11
2.1.1. Multipl Skleroz Tanımı ve Tarihçesi	11
2.1.2. Multipl Skleroz Epidemiyolojisi.....	12
2.1.3. Multipl Skleroz Etyolojisi	13
2.1.4. Multipl Skleroz Belirti ve Bulguları	14
2.1.5. Multipl Skleroz Sınıflandırılması	16
2.1.6. Multipl Skleroz Tanısı ve Tedavisi.....	18
2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travması.....	20
2.2.1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Tanımı ve Tarihçesi.....	20
2.2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Epidemiyolojisi.....	23
2.2.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Sınıflandırılması.....	25
2.2.3.1. İhmal	26
2.2.3.2. İstismar	27
2.2.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Risk Faktörleri	31
2.3. Multipl Skleroz ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travması	32
3. MATERYAL VE METOT.....	35
3.1. Materyal.....	35
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	35
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	35
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.2. Metot	36
3.2.1. Veri Toplama Araçları	36
3.2.1.1. Demografik Bilgiler Formu	36
3.2.1.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği	36
3.2.1.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	37
3.2.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	38
3.2.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	38
3.2.4. Etik Konular	38
4. BULGULAR.....	40
4.1. Betimsel İstatistikler	40

4.2. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin demografik değişkenlere göre incelenmesi	41
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	48
KAYNAKLAR	50
EKLER.....	52
ÖZ GEÇMİŞ	61



SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- UNICEF** : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- KİS** : Klinik İzole Sendrom
- LP** : Lomber ponksiyon
- MRG** : Manyetik Rezonans Görüntüleme
- MS** : Multipl Skleroz
- MSS** : Merkezi Sinir Sistemi
- RRMS** : Relapsing Remitting Multipl Skleroz
- PPMS** : Primer Progresif Multipl Skleroz
- PMS** : Progresif Multipl Skleroz
- PRMS** : Progresif Relapsing Multipl Skleroz
- SPMS** : Sekonder Progresif Multipl Skleroz
- ÇÇRT** : Çocukluk Çağı Ruhsal Travması
- CTQ-28** : Çocukluk Çağı Ruhsal Travma ölçeği-28
- HAD** : Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. MS hastalarının ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik tanıtıcı özelliklerinin frekans dağılımı.....	40
Tablo 4.2. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin güvenilirlik sonuçları.....	41
Tablo 4.3. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin cinsiyete göre incelenmesi	41
Tablo 4.4. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin yaşa göre incelenmesi.....	42
Tablo 4.5. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin medeni duruma göre incelenmesi.....	43
Tablo 4.6. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin eğitime göre incelenmesi	43
Tablo 4.7. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin çalışma durumuna göre incelenmesi	44
Tablo 4.8. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin katılımcıların gelir düzeylerine göre incelenmesi	44
Tablo 4.9. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin katılımcıların kaç çocuk sahibi olması açısından değerlendirilmesi	45
Tablo 4.10. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin katılımcıların sağlık sorunu açısından incelenmesi	46

1. GİRİŞ

MS hastalığı aşamalı olarak ilerleyen ve kişinin merkezi sinir sisteminin beyaz maddesine yapılan otoimmün bir saldırı sonucu meydana gelen hastalıktır. Her bir hastalık gibi MS hastalığının da gelişmesine hastanın stresle başa çıkma becerilerinin olması etki etmektedir. Stresle başa çıkma becerileri ta çocukluk yaşlarından beri süregelen kazandırılmış becerilerdendir. Araştırmalar depresyon, anksiyete, panikatak gibi psikopatolojik durumların meydana gelmesine çocukluk çağı yaşantılarının etki ettiğini ortaya koymaktadır. Kişide benlik saygısı, özdeğer ve özgüven becerilerinin gelişimi çocukluk çağına bağlı olarak gelişmektedir. Ve bu gibi becerilerin gelişmemesine istismar ve ihmal gibi çocukluk çağı travmatik yaşantıları oldukça etki etmektedir.

MS hastalığının olumlu yönde gelişimi açısından depresyon ve anksiyete gibi olumsuz etkilerin olmaması mutlaktır. Hatta bir çok hastada bu gibi durumlara bağlı olarak intihar olasılıklarının yüksek olduğu da bilinen bir gerçektir. MS hastalığının etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir ve esas sebebiyyet verecek nedenler daha bulunamamaktadır. Buna bağlı olarak da çalışmamızda MS hastalığının oluşumu ve gelişimine ÇÇRT'nın ne denli etki edebileceği araştırılmaktadır.

Hastalarla ve sağlıklı bireylerle karşılıklı olarak yapılan bu çalışmada ÇÇRT'nın hayatın her alanında etkisi göz önünde bulundurularak MS hastalarında da ister psikolojik, isterse de fizyolojik açıdan nasıl bir etki etmiş olabileceği araştırılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Skleroz

2.1.1. Multipl Skleroz Tanımı Ve Tarihçesi

Multipl Skleroz MSS'nin otoimmün kronik nörolojik bir hastalığı olup genellikle aşamalı olarak ilerleyen bozukluğudur. Hastalığın belirli belirti ve bulguları vardır. Bu belirtiler ve bulgular genel olarak fizyolojik ve psikolojik olmakla iki gruba ayrılabilir. Aşamalı olarak ilerleyen bu hastalıkla sonraki dönemlerde genellikle engellilik durumları ortaya çıkmaktadır. Lakin bu her zaman böyle değildir. Hastalığın yaygınlığına bakacak olursak genel olarak dünyada iki milyondan fazla MS hastası vardır. (Cotsapas, et al., 2018). Ve ilaveten MS genç bireyler arasında en yaygın olan sinir hastalığıdır. Bu hastalığın tedavisinin araştırılması toplumsal boyutta bir önem kazanmıştır ve düşünülüyor ki, bunun sebebi genellikle genç yaşlardaki insanlarda varolup iş gücü kaybına ve yaşam kalitesine negatif yönde etki etmesidir (Mirza, 2002). MS hastalığının tanımlayıcı özelliklerinden en önemlisi zamansal ve uzamsal dağılım gösteren lezyonlara sahip oluşudur (O'Connor, 2002).

Hastalığın ismine ilişkin terimsel farklılıklar olsa da, sonuç olarak 1950 senesinde Multiple Sclerosis esas isim olarak kabul edilmiştir (Maglione, 2016). MS hastalığını kendinden önceki bilgileri toplayarak ve üzerine kendi katkılarını da ekleyip ilk olarak tanımlayan kişi ise Jean Martin Charcot olarak tarihe geçmektedir (Compston, 1985). Charcot toplamış olduğu 33 vaka'dan yola çıkarak hastalığın en ayrıntılı tablosunu sunmuştur (Compston, et al., 2005).

Her bir hastalık gibi MS hastalığı da şu günümüze kadar farklı farklı şekillerde, bir çok araştırmacı tarafından yenilikler eklenerek hakkında bir sıra değişiklikler yapılarak günümüze gelmiştir. 1916 senesinde Dawsonun beynin kan damarlarında tanımlamış olduğu iltihap ve miyelin hasarının sonucunda MS hastalığının sebepleri dış etkenlere bağlı olarak araştırılmıştır, lakin bundan bir sonuç elde edilememiştir. Daha sonrasında hastalığın otoimmün yapısına ışık tutacak önemlibir buluşu River'in hayvanlarla yaptığı çalışmadan elde etmişlerdir. River hayvanların vücuduna sağlıklı miyelin enjekte etmiş ve sonrasında otoimmün bir yanıt sonucu MS belirtilerinin ortaya çıktığını gözlemlemiştir (Rivers and Schwentker, 1935). 1942 senesinde Kabat'ın hastalıkta önemli rolü olan immünglobulinleri keşfetmesi de MS hastalığının daha detaylı öğrenilmesine katkıda bulundu (Kabat, et al., 1942). Daha

sonra 1951 yılında Jonsson MS tedavisinde kortizonun kullanımına ilişkin hazırlamış olduğu raporla tedaviye büyük bir katkı sağladı (Jonsson, et al., 1951). MS hastalığının araştırılmasında 1970 ve 1980'ler en önemli yıllar olarak geçmektedir ki, bu yıllarda Manyetik rezonans görüntüleme sisteminde çok önemli ilerlemeler kayda alınmıştır (Cotsapas, et al., 2018).

2.1.2. Multipl Skleroz Epidemiyolojisi

MS hastalığının dağılımı genel olarak bölgesel açıdan farklılık göstermektedir. Risk bölgeleri genellikle gelir düzeyi yüksek olan ülkeler olarak bilinmektedir. İlâveten erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla MS'e rastanılmaktadır. Hastalığın belirtilerinin ortaya çıktığı yaş dönemleri esasen 20 ila 40 yaş arası olarak bilinmektedir. Çok nadiren olsa bile bazı durumlarda ilk semptomlara 10 yaş altı ve 60 yaş üstü dönemlerde de rast gelinmektedir. (Eraksoy ve Akman-Demir, 2009). Bu hastalık gençlerin travmatik esaslı olmayan engellilik durumlarının en yaygın sebeplerindedir. Araştırmalara istinaden söyleyebiliriz ki, bu hastalık sosyoekonomik açıdan yüksek olan kişi ve ülkelerde daha sık görülmektedir. Dağılımına bakacak olursak genel olarak Avrupa (108/100.000) ve Kuzey Amerika'da (140/100.000 nüfus) daha yüksek düzeyde, Doğu Asya'da (2.2/100.000 nüfus) daha düşük bir dağılıma sahip olduğunu görebiliriz. Dünya genelinde 2.5 milyon kişiyi etkileyen bu hastalık, yalnız Amerikada 400.000 kişiyi etkisi altına almaktadır. Hatta söyleyebiliriz ki, Amerikada her hafta yaklaşık olarak 200'den çok kişiye hastalık tanısı konulmaktadır. (Leray, et al., 2015)

Avrupa genelinde yapılan araştırmalara bakacak olursak, burada Güney Avrupa ülkelerine kıyasla Kuzey Avrupa ülkelerinde hastalığın sıklığının daha fazla olduğu, kadınların erkeklerin neredeyse iki katı fazla hastalığa yakalandığını ve yaş aralıklarının 35-64 olduğu gözlemlenmiştir. (Pugliatti, et al., 2006)

Türkiye dahilinde yapılan bir çok araştırmalara göre (ülkemizde epidemiyolojisine ilişkin sistematik bir araştırma yapıldığı henüz görülmemektedir) MS hastalığının insidansı ve prevalansının komşu ülkelerle benzerlik gösterdiği kısmen görülmektedir. Edirne örneğine bakacak olursak, hastalığın görülme sıklığının 33.9/100000 olarak saptandığını ve bu sonucun Bulgaristan, İran ve Yunanistan gibi komşu olan ülkelerle benzerlik gösterdiği belirtilmiştir. İstanbul'da yapılan çalışmalarda ise MS prevalansının sıklığı 100/100000 oranında saptanmıştır

(Eraksoy, vd., 2013). Ülkemiz MS hastalığı açısından orta risk bölgesi olarak geçmektedir. İlaveten iklime bağlı olarak değişim gösterdiği de aşıkardır, buradan yola çıkarak belirte biliriz ki, MS daha soğuk iklime sahip olan Kuzey Doğu Türkiye’de, kışın daha uzun sürdüğü bilinen Kars’ta araştırılmış ve sonuç olarak bu bölgelerde sıklığı 68,97/1000,000 olarak, cinsiyet farklılıklarına dair yapılan çalışmalarda ise kadınlarda erkeklere kıyasla 4 kat daha fazla risk taşıdığı belirlenmiştir (Alp, vd., 2012). Ek olarak yapılan başka çalışmalarda ise Orta Karadeniz bölgesi MS açısından risk taşıyan bir bölge olarak belirtilmiştir (Terzi ve Akdemir, 2011).

2.1.3. Multipl Skleroz Etyolojisi

Yapılan bir çok araştırmalara rağmen MS hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Çünkü bu hastalığın etyolojisine dair bir çok fikir ve bu fikirlere uygun çalışma sonuçları ortaya konmaktadır. Etyolojisine dair düşünceler MS hastalığının çevresel, genetik faktörlerden kaynaklı olarak oluştuğu yönündedir. İlk önce genetik faktörlere dair yapılan araştırma sonuçlarında gelinen kararları gözden geçirecek olursak, MS’in ırka bağlı bir değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Siyah ırk veya negroid ırkı, Asya kökenli ırk veya mongoloid ırkı beyaz ırka kıyasla daha az MS hastalığı riski taşımaktadır (Mirza, 2002). Hastalığa genetik yatkınlığın etkisini araştıran çalışmalar sonucunda ise hastalığın genetik yatkınlığa bağlı olduğu gibi sonuçlar elde edilmiştir. İkizler üzerinden yapılan genetik yatkınlık çalışmalarında ise benzerliği %100 olan ikizlerde hastalığa yakalanma riski %25’tir. Genetik benzerliği %25 olan kısmen uzak ikinci derece akrabalarda hastalığa yakalanma riski %1-%2 , benzerliği %12,5 olan daha uzak akrabalarda bu risk %1’den aşağı olarak saptanmaktadır (Sadovnick, et al., 1999). Buna ilişkin 2003 senesinde yapılan araştırmada literatür taraması yapılmış ve 308 MS hastası olan ikizlerin 62’sinin bir diğerinde de MS olduğu saptanmaktadır (Willer, et al., 2003).

MS hastalığının etyolojisinin yalnızca genetik faktörlerden kaynaklanmadığı kesindir. Çevresel faktörlere dair yapılan araştırmalarda MS’in bölgesel olarak farklılık gösterdiği ve bu bölgesel faktörlerin belirli yaş aralığında etki etdiğine dair kanıt niteliğinde bir çok sonuçlar elde edilmiştir. Şöyle ki, MS hastalığının bölgesel olarak çoğunluk teşkil ettiği bir yerde yaşayan çocuk 15 yaşından sonra bir göç durumu yaşamış ise gittiği yer farketmeksizin risk taşımaktadır, yok eğer tam tersi riskli bölge olmayan bir yerde ilk 15 senesini geçirmiş ve sonrası bir göç durumu söz konusu ise düşük risk taşımaktadır (Kampman and Brustad, 2008). En son etyoloji

araştırmalarında hastalığa sebep olabilecek faktörler içerisinde hastanın eğitim durumu, mesleği, doğum senesi veya ayı, yaptırdığı aşılar ve diyetler gibi etki edebilecek faktörlere dair çalışmalardan kesin bir sonuç elde edilmemiştir (Mirza, 2002).

2.1.4 Multipl Skleroz Belirti ve Bulguları

MS hastalığı zamanı oluşabilecek rahatsızlıklar hastalığın ilk dönemlerinde kısa süreli ataklarla kendini göstermektedir. Bu ataklar beynin veya omuriliğin herhangi bir bölgesinde oluşan plaklar sonucu meydana gelmektedir. Hastanın tedaviyigeciktirmesi gibi durumlarda zamanla ataklar yerini görme kaybı, denge veya yürümebozukluğu, konuşma bozukluğuna veya peltek konuşma gibi bozukluklara vermektedir. Lakin bazı durumlarda tedavi edilse bile hasarlar kısmen geçebilir veya kalıcı olabilir (Schapiro, 2006). Bazı hastalarda MS belirtilerinin hepsi, bazılarında ise bir kısmı görülebilmektedir, ilaveten hastalığın hiçbir belirtisinin görülmediği remisyon dönemleri de vardır.

Sıkca rastalanan MS belirti ve bulguları aşağıdakilerdir:

Görme ile ilgili bozukluklar: Optik nörit MS'te en sık rastlanılan görme bozukluğu bulgularındandır. Hastaların %20'de optik nörite rastlanılmaktadır ve genel olarak hastaların yarısını belirli bir seyr zamanı etkilemektedir (Balcer, 2006).

Miyelit: Omurilik iltihabı diye isimlendirilen miyelit omuriliğin servikal veya torakal bölgesini etkileyen iltihaplanmadır. MS hastalığında kısmi miyelit söz konusudur. Bu iltihaplanma durumu geçici olmakla beraber, MS hastalarının omuriliğindeki asimetrinin bozukluğuna bağlı olarak oluşmaktadır.

Beyin sapı bulguları: MS hastalarının genellikle %40-70'de görülen beyin sapı bulgularına görme bozuklukları, konuşma ve dil bozuklukları, yutkunmada zorlanma, fasiyal sinir bozuklukları veya yüz sinirlerinde seyirme gibi zorluklar görülmektedir (Cordonnier, et al., 2003).

Motor Bozukluklar: MS hastalığı zamanı motor belirtiler olarak kas güçsüzlüğüne bağlı olarak meydana gelen ve daha çok bacakları etkileyen kortikospinal tutulumdan bahsedebiliriz. MS'de hemiparezi, paraparezi, quadriparezi, monoparezi, kas zayıflığı, spastisite ve patolojik refleksler, tremor, dizartri ve spastisite gibi rahatsızlıklar görülmektedir ve bu rahatsızlıklar kişiden kişiye değişebilmektedir. MS hastalığında

aynı zamanda sık görülen motor bozukluklara spastik paraparezi de ait edilmektedir (Miller, et al., 2003).

Somatosensoryel (duyusal) bulgular: Duyusal bozukluklara genellikle MS hastalığının ilk aşamalarında sıkça rastlanılmaktadır, lakin her uyuşukluk ve karıncalanma gibi bozukluklar hastalık belirtisi olarak tanımlanmamaktadır, bunun için bu uyuşukluk durumlarının saatler ve günler sürmesi gerekmektedir. Duyusal şikayetlere ağrı, uyuşukluk, tat ve koku duyusunda bozukluklar, yanma ve iğnelenme gibi hissiyatlar, ağrı, parestezi, vibrasyon gibi belirtiler at edilmektedir. Bu gibi bozukluklar hastalığın seyri boyunca %52-70 oranında görülmektedir (Minden, et al., 2006).

Yorgunluk: Hastalık zamanı aileyi, sosyal yaşam kalitesini etkileyecek derecede yorgunluktan söz edilmektedir (Bradley, et al, 2004). Bu belirti hastaların %83'de bulunmakla beraber onun yaşamının her alanına etki eden bir semptomdur. (Minden, et al., 2006). Bu hastalarda yorgunluğa sebep olarak anemi, hipotroid, depresyon, uyku bozukluğu, adrenal yetmezlik gibi sorunlar gösterilebilir. Yorgunluk hastalar açısından hep bir enerji kaybı ve bitkinlik durumu gibi nitelendirilmektedir.

Mesane ve bağırsak fonksiyon bozukluğu: Hastaların genel olarak %80'de mesane sorunu, %60'da ise bağırsak sorunu olduğu görülmektedir. Mesane sorunlarına yetiştirememe, gece sık sık idrara gitme gibi sorunlar ait edilmektedir. Aynı zamanda idrar tutma veya boşaltma sisteminde bozukluklar veya her iki durumun aynı anda gözükmesi gibi sıkıntılar hastaları rahatsız etmektedir. Bağırsak fonksiyon bozuklukları yukarıda belirtildiği üzere mesane bozukluklarından daha az görülmektedir, lakin yine de hastaları yeteri kadar rahatsız eden bir durumdur, en sık rastlanılan bağırsak sorunu ise kabızlık olarak geçmektedir (McDonald and Compston, 2006). Bu hastalığa bağlı olarak gerçekleşen bağırsak sorunları omurilikte meydana gelmiş hasarla ilişkilendirilmektedir (Chia, et al., 1995).

Dengesizlik: Hastaların %50'de görülen denge bozukluklarının incelenmesi zamanı oldukça dikkatli olmakta yarar vardır. Çünkü MS hastalığında görülen denge bozukluklarına serebellardisfonksiyon, vestibüler fonksiyonda bozukluk, duyuşal bozukluk ve güçsüzlük sebebiyyet verebilmektedir (Gelfand, 2014). Aynı zamanda MS hastalarında konuşma bozukluğu neticesinde iletişim sorunlarına sebep olabilecek

yumuşak damak ve ağız kaslarında koordinasyon bozuklukları da görülebilmektedir. (Ropper and Brown, 2006).

Bilişsel bozukluklar: MS hastalarının %40-70'de görülen bilişsel bozukluklar daha çok dikkat, hafıza problemleri gibi sorunlarla kendini göstermektedir. Aynı zamanda hastalarda depresyon, öföri, kararsızlık veya karar vermede zorlanma, değişken duygu durumuna sahip olma gibi psikolojik bozukluklar görülmektedir (Üstün, 2006). Hastalarda uzun süreli sözlü ve görsel bellek bozuklukları da dikkat çekmektedir (Chiaravalloti and DeLuca, 2008).

Cinsel işlev bozuklukları: Cinsel işlev bozuklukları cinsiyet farklılıklarına bağlı olarak değişik şekilde kendini göstermektedir. Kadınlarda vajinal lubrikasyonda azalma ve genital uyarımda zayıflık, erkeklerde ise ejakülasyon ve ereksiyon sorunları, libido kaybı gibi cinsel işlev bozuklukları görülmektedir (Boz, 2009).

Paroksizmal belirtiler: MS hastalığında bazı durumlarda epileptik nöbetlerin olduğu da gözlemlenmektedir.

2.1.5. Multipl Skleroz Sınıflandırılması

MS hastalığının sınıflanması Lublin ve arkadaşları tarafından 1996 senesinde yapılmıştır ve bu sınıflanma aşağıdaki gibidir:

Tekrarlayan-Düzelen MS: Relapsing - Remitting diye geçen, MS'in en yaygın görülen tipidir. Hastalar hastalığın belirli aşamalarında ataklar ve atak sonrası düzelmeler yaşamaktadırlar. %80-90 hasta bu seyr tipini geçirmektedir. Genellikle ataklararası dönemlerde hastaların durumu stabildir.

İkincil İlerleyen MS: Sekonder Progresif MS genel olarak hastaların çoğunda olmasa bile bazılarında görülebilen bir hastalık tipidir. SPMS hastanın durumunun ataklar sonrası iyileşmeden çıkıp giderek kötüleştiği ve engellilik gibi durumlarla karşılaştığı bir MS türüdür. Engellilik zamanla yaranmaktadır ve araştırmalara göre bu durum yaklaşık 10-15 sene kadar zaman içerisinde gerçekleşebilmektedir (Rolak, 2009).

Birincil İlerleyen MS: Primer Progresif MS diye geçen ve akut atakların görülmediği, hastalığın seyrinin giderek kötüleştiği bir MS türüdür. Engellilik durumu hastalığın ilk aşamalarından itibaren görülmektedir. PPMS yaklaşık %10 MS hastasında görülmektedir ve 40 yaş üzeri hastalarda daha fazla olmaktadır (Turan, 2002).

İlerleyen Yineleyen MS: Progresif Relapsing MS'te hastalık başlangıçtan itibaren giderek ilerler ve PPMS'den farklı olarak ise ara sıra akut ataklarla karakterize edilmektedir (Cook, 2006; Lublin and Reingold, 1996).

Lublin ve arkadaşları daha sonralar yaptıkları araştırma ve çalışmaların sonucunda bu sınıflanmaya yeni bir kategoriler önermişlerdir, bu kategoriler ise aşağıdaki gibidir:

Klinik İzole Sendrom: İlk nörolojik atağa verilen isim KİS olarak adlandırılmaktadır. Beyinde veya omurilikte oluşan bir veya birden fazla plaklardan kaynaklı meydana gelmektedir. KİS'in bulguları esasen bir semptom epizodu, medulla spinalis veya daha az görülen hemisferik tutulum, beyin sapı sendromu gibi belirtilerle görülmektedir. MR'da çoğunlukla MS'i düşündüren semptomatik veya asemptomatik plaklarla ortaya çıkmaktadır (Turan, 2009).

Ataklarla Seyreden MS (RRMS): Bu tip ataklarla seyreden MS türünde ataklar sonrasında tam ya da kısmen düzelmeye dönemleri söz konusudur. Ataklar arası dönemde hastalıkta hiçbir şekilde ilerleme gözlemlenmemektedir, ilaveten hastaların bazılarında atakların sık görülmesinin ve hangi sebeple görülmesinin nedenlerine ilişkin fazla bir bilgi yoktur (Polman, et al., 2006). Bu hastalık tipi kendisinin iki türde göstermektedir; aktif RRMS ve aktif olmayan RRMS. Aktif RRMS ataklarla seyreden, aktif olmayan RRMS ise ataksız şekilde var olan bir hastalık dönemidir (Lublin, et al., 2008).

Progresif Seyreden MS (PMS): MS'in bu sınıfında hastalığın seyri zamanı engellilik durumlarının arttığı gözlemlenmektedir.

Aktif, progresif MS : hastalık zamanı ataklarla beraber hastalığın ilerlediği seyr tipidir.

Nonaktif, progresif MS: ataksız olmasına rağmen hastalığın ilerlediği seyr tipidir.

Aktif, nonprogresif MS: ataklar görülse bile hastalığın ilerlemediği seyr tipidir.

Nonaktif, nonprogresif MS: ataksız ve ilerlemeden sabit şekilde kalan bir hastalık türüdür (Lublin, et al., 2008).

2.1.6. Multipl Skleroz Tanı ve Tedavisi

MS tanısının konması sisteminin en önemli prensipi hastalığın zaman ve mekanda dağılımı olmaktadır. İlk olarak 1965 senesinde Schumacher Paneli ile belirlenen bu sistem klinik özellikleri esas alan bir tanı sistemidir. Tanı kriterleri sonralar geliştirilse bile tüm geliştirilmiş tanı kriterlerinde bu sistem esas alanmıştır. Daha sonralar 1983 yılında öne sürülen Poser tanı kriterleri MS tanısında uzun yıllar kullanılarak Schumacher Paneli'nin yerini almıştır. Poser kriterlerinde diğer kriterlerden farklı olarak laboratuvar kriterleri de ele alınmıştır. Daha sonralar 2001 yılında tanıya ilişkin McDonald tanı kriterleri adını alan yeni tanı kriterleri geliştirilmiş olup uluslararası bir panelde yayınlanmıştır. Zamanla gelişen ve ilerleyen tekniklere istinaden tanı kriterlerine yeniden bakılmış ve 2010 yılında McDonald kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır (Ünal, vd., 2016). En son 2017 revizyonu yayınlanmıştır, lakin 2010 revizyonundan çok bir farkı bulunmamaktadır. McDonald tanı kriterlerine göre lezyonların SSS'de birden fazla görünür olması ve atakların en az iki kez üst üste yaşanması MS belirtileri olarak ele alınabilir (Ünal, vd., 2013; Mutlu ve Akman-Demir, 2008). Hastanın bilişsel rahatsızlıklarını öğrenme ve hastalığın gidişatını takip etme açısından son zamanlarda nöropsikolojik testlere de başvurulmaktadır (Çömez-Yılmaz, 2006). Zamanla tanı açısından bir çok şey değişse de önem arz eden iki en başlıca esas vardır. Bunlar hastanın nörolojik hastalık öyküsünü öğrenmek ve muayene olarak bildirilmektedir.

Aşağıdaki tanı kriterlerini belirtmekte fayda vardır:

- Manyetik Rezonans Görüntüleme: MRG çoğunlukla doktorların sık tercih ettikleri en duyarlı MS tanı kriterisidir. Bu inceleme tekniği sayesinde hastaların %85-90'da patolojik olan belirtiler kendini göstermektedir. Sinir dokusu dahilindeki lezyon dağılımı sayesinde MS teşhisi konabilmektedir (Terzi, 2005).
- Lomber ponksiyon: LP daha çok MRG'nin sonuçlarının yetmediği durumlarda ve ya hastanın MRG çekilemediği zamanlarda kullanılan birtanı kriteridir. Bu zaman hastanın BOS değerlendirmesine bakılmaktadır (Grossman, et al., 2000; Wattjes, et al., 2009; Stankiewicz, et al., 2011). MS hastalarında Ig G göstericisinde bir yükselme söz konusu olmaktadır, lakin bu her zaman MS belirtisi olduğu anlamına gelemaz. O sebeple de yalnızca bu sonuçla MS teşhisi konulamaz.

- Kan testi: Genel olarak MS hastalarının özellikle de akut ataklar sırasında kan lenfositlerinde T ve B hücrelerindeki değişiklikler hastalığın belirtisi olarak ele alınmaktadır (Avcı, 2006).
- Uyandırılmış Potansiyeller: EP hastaların subklinik lezyonlarının tesbit edilmesi için kullanılan uygulanması basit ve ucuz olan bir tanı yöntemidir. Bu yöntemle lezyonlar duysal, somatosensoriyel ve görsel uyandırılmış potansiyeller vasıtasıyla tesbit edilmektedir.

MS hastalığının tedavisine ilişkin bir çok araştırmalar yapılsa da hastalığı kesin olarak sonlandırabilecek bir tedavi türü henüz bulunmamaktadır. Her ne kadar bu buluş gerçekleştirilirse de hastalığın atak sıklığını, hastalığın seyrini ve hastalık süresini iyi yönde değiştirecek tedavi yöntemleri araştırılmaktadır (Murray, 2006).

MS tedavisinde 3 başlıca bölge yapılır: atak sıklığının tedavisi, semptom tedavisi ve hastalık seyrine etki edecek tedavi yöntemleri.

İlk olarak atak tedavisine bakacak olursak, MS hastalığı kendisini ataklarla belli eden hastalık türüdür ve bu atakların hastanın üzerinde hangi tesirleri bıraktığını ve hangi atağın tedavi edileceğini kesin belirleyen hekimler kortikosteroidler vasıtasıyla tedaviye başlamaktadırlar. Onu da belirtmemiz gerekiyor ki, ilaç tedavisinden daha önce hastalığın ataklarının istirahat halinde kendiliğinden geçeceğine dair düşünceler hakim idi. Kortikosteroidlerin atak tedavisi sırasında uzun süredir kullanılmasının esas sebebi bağışıklık sistemi üzerindeki ketleme etkisi ve antiinflamatuar özellikleridir. Bu tedavi sırasında hastanın önceden kalan enfeksiyonları da sıradan çıkarılmalı ve gelecek enfeksiyonları önleyici önlemler alınmalıdır (Tanık, 2006). Şu anki zaman diliminde ise tedavi yöntemine yüksek doz metilprednizolon'da dahil edilmektedir. Belirtilen tedavilere yanıt vermeyen hastalar için yeni tedavi yöntemleri üzerinde çalışmalara devam edilmektedir (Ünal ve Emre, 2009).

MS'in belirli bulgularına yönelik multidisipliner bir tedavi yaklaşımı olan semptomatik tedavi sırasında gerek farmakolojik, gerekse de non-farmakolojik yöntemlere başvurulmaktadır (Demirci, 2009).

Uzun süreli tedavi yöntemlerine ait edilen hastalığın seyrine ilişkin ilerlemeleri esas alan tedavi yöntemlerinde atak olasılığında düşüş sağlama, MRG vasıtasıyla

belirgin olarak görülebilen hastalık aktivitesinde ve geridönüşümsüz olacak şekilde engellilik durumunda gerileme gibi durumlar esas alınmaktadır. Bu tedavi yöntemi zamanı immünmodulator ve immünosupresif diye tanımlanan ilaçlar hastalığın seyrine bağlı olarak kullanılmaktadır (Akman-Demir, 2010). Türkiyede 1995 yılından itibaren interferonlar, 1999 senesinden itibaren ise glatiramerasetat MS tedavisinde kullanılmaktadır ve bu ilaçlara ilişkin yapılan araştırmalarda MS tedavisindeki tesiri ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (Eraksoy, 2011).

2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travması

2.2.1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Tanımı ve Tarihçesi

Tanımı: Bir bireyin 18 yaşından önce maruz kaldığı duygusal, fiziksel ve cinsel istismar veya ihmalin tümü, ilaveten ebeveyn kaybı veya boşanması, göç, şiddet tanıklığı, doğal afetler veya kazalara şahit olma gibi durumlar da çocukluk çağı travması olarak ele alınmaktadır (Herman, 2011). Yukarıda belirtilen tanımda bahsi geçen istismar veya ihmale bakımvereni veya bir başkası tarafından çocuğa onun gelişimini engelleyebilecek, onu fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan zarara uğratacak, sağlığını ve güvenliğini tehlikeye atacak eylem veya eylemsizliklerin hepsi ait edilmektedir (Çetin, G., vd., 2001; Taner ve Gökler, 2004). ÇÇT'nin tanımlanmasını, tesbit ve tedavi edilmesini zorlaştıran en önemli unsur onun çocuğa çoğu zaman en yakınları tarafından uygulanması ve tesirlerinin uzun süre kalıcı olmasıdır (Yılmaz, vd., 2003; Johnson, 2000). ÇÇT'si etnik grup, sosyal sınıf veya herhangi bir sosyoekonomik farklılık gözetmeksizin her bir kültürde kendini gösterebilen bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. DSÖ'ye göre çocuk istismarı 'Bir yetişkin tarafından çocuğun sağlığına, fiziksel ve psikososyal gelişimine olumsuz olarak etki eden kasten veya bilmeyerek yapılan tüm davranışlar' dır. Tanıma dikkat edecek olursak esas ele alınan mesele eylemi uygulayan şahsın niyeti değil, eylemin çocuğa nasıl bir etki ettiğidir (Bahar, vd., 2009). Çocuk İstismarı ve ihmalden bahsederken önemli bir noktaya değinmemizde fayda vardır ki, bu da istismar ve ihmal arasındaki farktır. İstismar aktif, ihmal ise pasif bir travma yaratıcı olarak ele alınmaktadır (Aral ve Gürsoy, 2001). Genel olarak bakıldığında ÇÇT kültürel ve toplumsal açıdan farklılıkların olması nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır, lakin tüm bu zorluklara rağmen ortak bir kaç görüşten yola çıkarak genel bir tanım yapılabilmektedir. Bu ortak görüşlere travmanın kaza dışı oluşu, tekrarlanma

olasılığının yüksekliği ve en esası çocuğun ister fiziksel, ister zihinsel, isterse de psikososyal açıdan gelişimine olumsuz etkisi ait edilmektedir. ÇÇT'ye zemin hazırlayacak etkenlere ailenin sosyoekonomik açıdan düşük oluşu, geniş aile yapısına sahip olma, eğitim düzeyinin düşüklüğü, göç, tek ebevenli ailede büyüme, ebeveyn çocuk ilişkisinin zayıflığı, ebeveynde madde kötüye kullanım öyküsünün varlığı, psikiyatrik bozukluğa sahip ebeveyn tarafından yetiştirilme gibi durumlar dahildir (Polat, 2007). İlâveten erken evlilik yapmış ve daha duygusal açıdan yetişkinliğe ulaşmamış ebeveynlere sahip olan çocuklarda da ÇÇT görülme riski yüksek olmaktadır. Bu gibi durumların yanı sıra küçük yaşlarda çalışmaya mecbur kalan, çeşitli ihmal ve istismar durumuyla karşılaşan pek çok çocuk vardır.

Tarihçesi: ÇÇT'lerinin tarihine bakacak olursak bu ta eski zamanlarda süregelen bir travma türüdür, hatta diyebiliriz ki, her ne kadar araştırmalar ve bu yönde çalışmalar yeni dönemlere denk gelse de travmalar insan var olduğu zamandanberidir mevcut olmakta. Eski dönemlere bakacak olursak çocukların köle olarak satılıp mal yerine konduğu ve kurban edildiğini görebiliriz. Hatta o dönemlerde gerek Hindistan, gerek Çin, Meksika, gerekse Peru gibi ülkelerde çocukların hayatta kalmaya layık olup olmadığını deneme amacıyla bebekken nehre atarlarmış ve güçlü, meşru olan çocuklar hayatta kalabilirlerken, ölenlerin bunu hak ettiklerini düşünürlermiş. Roma'ya baktığımızda ise yine başka bir akıl almaz travma çağlarını görebiliriz, şöyle ki, Romada babalarının çocukları istediği takdirde zayıf bir çocukise öldürme, satma ve terk edebilme gibi hakları varmış, üstelik bu kanunla tastik edilmekteymiş. İslamiyet öncesi arapların kız çocuklarını diri ve sağ iken toprağa gömmesi de bu tür insanlık dışı travmatik olaylara örnek olabilir (Polat, 2007). Tarih boyunca ÇÇT'nin türü ve anlayışına kültürel inanışların da etkisi kaçınılmazdır. Romanlarda kendi kültür ve inanışından yola çıkarak ÇÇT'na değinen bir çok yazar vardır ki, bunlara Hugo ve Dickens örnek verilebilir.

ÇÇT'nin tarihte travma türü olarak ele alındığı zamanlara gelecek olursak, ilk olarak 1860 senesinde Paris Tıp Akademisi'nde Tardieu ÇÇT'na değinmiş ve çocukların yaşadıkları fiziksel ve cinsel istismarları ele almıştır (Yaşar ve Akduman, 2007). Çocuğun eğitiminin ve yetiştirilmesinin anne ve babanın görevi olduğu geçen yüzyılın başlarında ele alınmıştır. Buna sebep ise dünya savaşları sonrası etkilenen ve kimsesiz kalan çocuklar olmuştur. II. Dünya Savaşı sonrası organize edilen ulusal ve

uluslararası toplumsal kurumlarda ÇÇT'nin ele alınması bu istikametteki en önemli gelişmelerden olmaktadır (Polat, 2001).

II. Dünya Savaşı'ndan sonra ebeveynini kaybeden veya toplama kamplarından kurtulan çocukların ruhsal tepkileri analiz edilerek ÇÇT'nin ilk bilimsel araştırmaları kaydedilmiştir. Tarih bu ya daha sonralar çoğunlukla doğal afetlerin yaşandığı döneme denk geldiğinden bu olayların çocuk üzerinde etkisi ve çocuğun tepkileri öğrenilmiştir. Daha sonralar 1946 senesinde Caffey'in sayesinde gündeme gelen çocukluk çağı travmaları konusu, 1962'de Kempe'nin hırpalanmış çocuk ('battered child') terimi ile yine dikkat çekmekteydi. Bu ele alınan terim sonralar çocuk istismarı ('child abuse') diye geçmekteydi (Nimkin and Kleinman, 2001; Pressel, 2000). Genel olarak 1960 yılından beri ÇÇT özellikle de cinsel istismar yaşayan çocuklara çok sık rastanıldığından ve tesbit edildiğinden bu alana olan ilgi artmıştır. Daha sonralar yine Caffey'in öncülüğünde 1972 senesinde 'dövülmüş bebek sendromu' tanımı öne sürülmüştür. Daha sonralar insan eliyle hayata geçirilen travmatik olaylardan yola çıkarak gelişen toplumsal duyarlılığa ABD'de 1974 senesinde 'Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Yasası' oluşturulmuştur. Tarihte çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin atılmış en önemli adım 1989 yılında BM'nin 'Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni kabul etmesi olmuştur. Bu sözleşmenin 19.maddesine istinaden çocuğa bakımveren kişilerden gelebilecek her türlü zarardan onu korumak ve muhafaza etmek sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğündedir (Polat, 2002).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin çalışmalar daha yeni yeni gelişmektedir ve bu yönde bir çok sivil toplum kuruluşları yaratılmıştır. Bu kuruluşlara Türkiye Korunmaya Muhtaç Çocuklar Vakfı, Çocuk Hakları Zirvesi ve Kalkınma Derneği, Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, Çocuk Alanında Çalışan Avukatlar Ağı (ÇAÇAV), Gündem Çocuk Derneği gibi bir çok dernek ve kuruluşlar örnek olarak gösterilebilir. Bunlarla beraber bir çok üniversitelerin dahilinde de çocuk haklarını koruma ve muhafaza etmeye yönelik araştırma ve uygulama merkezleri açılmaktadır. Genel olarak ise çocuk istismarının karşısını alma ve onları muhafaza etme görevi 'Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu' na aittir.

2.1.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Epidemiyolojisi

Çocukluk Çağı Travması genel epidemiyolojisinin araştırılması oldukça zor bir çalışma olmaktadır, çünkü DSÖ'nün de belirttiği üzere bu konu üzerine tüm dünyada yapılan araştırmalar mekansal olarak değişiklik göstermektedir ve bu yönde yapılan tanımlamalar ve yöntemler farklılıklarıyla dikkat çekmektedir. Bundan dolayı kesin bir veri karşılaştırılması yapılamamaktadır ve bu ÇÇRT epidemiyolojisinin öğrenilmesini oldukça zorlaştırmaktadır. Yukarıda belirtilen sorunlara bağlı olarak çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığına ilişkin net bir fikir belirtilememektedir (Kaplan and Sadock, 2004). ABD'de belirli aralıklarla ulusal yaygınlık araştırması çalışmaları yapılmaktadır ve bu çalışmalara istinaden belirtebiliriz ki, 2016 senesinde çocukluk çağı travmasına maruz kalan çocukların % 28,5'in üç yaşından küçük, % 74,8 ihmal, % 18,2 istismar ve % 8,5 ise cinsel istismar maduru olmaktadır, ilaveten %14'ü farklı travma türlerine aynı anda maruz kalmaktadır ve bu travma türleri genellikle fiziksel ihmal ve istismar olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda belirtilen çalışmalarda çocuklar ve yetişkinler için belirlenen farklı risk faktörlerinden de bahsedilmektedir. Bu risk faktörlerine çocuk için 9 ve yetişkinler için 12 risk faktörü grubu ait edilmektedir, daha sonra bahsedeceğimiz bu konu hakkında kısaca belirtecek olursak, yetişkinler için en yaygın risk faktörlerine madde ve alkol bağımlılığı, maddi yetersizlik durumları ve yaşam alanı sıkıntıları ait edilmektedir. Kessler DSÖ anket sonuçlarından yola çıkarak dünya genelinde her üç çocuktan birinde ve hatta daha fazlasında çocukluk çağı travması olduğunu belirtmektedir (Kessler, et al., 2010). Genel olarak ÇÇRT ile ilgili dünya çapında yapılan çalışmalara bakacak olursak Gürcistan'da 11 ila 17 yaş arası 100 çocukla yapılan epidemiyolojik araştırma çalışmasında %59,1 duygusal istismar, %54 fiziksel istismar, %28,6 şiddet, %24,8 ihmal, %7,8 cinsel istismar ile karşılaşılmaktadır (Lynch, et al., 2008). Hindistan, Kolumbiya, İzlanda ve Rusya'da yapılan uluslararası bir çalışmada toplam 459 çocukta son bir yılda maruz kaldıkları ÇÇT araştırılmış ve çocuklarda %66 duygusal istismar, %55 fiziksel istismar, %51 şiddete maruz kalma, %37 ihmal ve %18 cinsel istismar yaşantıları olduğu belirlenmiştir (Zolotor, et al., 2009). İlaveten, DSÖ yaptığı cinsel istismar araştırma çalışmasında genel olarak dünyada erkeklerin %5-10'nun, kadınların ise %20'nin çocuklukta cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (WHO, 2010). Fiziksel istismarın yaygınlığına dair ABD, Şili, Mısır, Filipinler ve Hindistan'da yapılan bir araştırmada yaygınlık oranları sırasıyla şöyle

saptanmaktadır: ABD ve Şili %4-85, Mısır %26-72, Filipinler %21-82, Hindistan %36-70 (Runyan, et al., 2002). İngiltere’de ÇÇT’ye dair yapılan çalışma sonuçlarında ise çocukların bakımveren tarafından fiziksel istismara uğrama oranı %7, fiziksel ihmal yaşama sıklığı ise %6 olarak saptanmaktadır (May-Chahal and Cawson, 2005). Aynı zamanda dikkat çeken bir konu da psikiyatrik bozukluklar üzerinde ÇÇT etkisi olmaktadır, bu sebeple de depresyon, bipolar, şizofreni hastaları ve sağlıklı bireylerle yürütülen yakın zamanlı çalışma sonuçları incelenmiş sırasıyla %55.5, %61.8, %47.2 ve %20.5 en az bir travma türünün geçirmiş olmaları bulunmuştur. Bu çalışmada en sık karşılaşılan ÇÇT türü fiziksel ve duygusal ihmal, en az rastlanılan ise fiziksel ve cinsel istismar olarak geçmektedir (Xie, et al., 2018).

Türkiye dahilinde ÇÇT ile ilgili araştırmaların yapılmasına son yıllarda daha kesin belirtecek olursak son 20 yılda sıkça rastlanılmaktadır. Bir çok çalışmanın sonucuna bakılarak şöyle bir netice gözlemlenmiştir: fiziksel istismar %15-75, cinsel istismar %20 35,36. Psikiyatri polikliniğine getirilen çocukların %36’sı fiziksel istismara ve %52’si duygusal istismara maruz kalmaktadır (Kaplan, vd., 2001). İstanbul’da 49 okuldan 440 öğrenciyle (altı, yedi ve sekizinci sınıf) yapılan araştırma çalışmasında yüz yüze tekniği kullanılmış ve çocukların evlerinde maruz kaldıkları şiddet oranının %73,4 olduğu bulunmuştur (Cankur, vd., 2012). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine gelen ve ilk defa kayıt yaptıran hastaların kadın olmak üzere 150’si ile yapılan bir araştırma çalışmasında %24.7 duygusal ihmal, %22 cinsel istismar, %18.7 duygusal istismar, %17.3 fiziksel ihmal, %15.3 fiziksel istismar, %13.3 ensest, %11.3 ensest dışı cinsel istismar olarak saptanmıştır. İzmir’de 477 okul öğrencisiyle (12-17 yaş) yapılan bir anket çalışmasında ise %60 duygusal istismar, %55 aile içi şiddete tanık olma, %48 fiziksel istismar, %17 fiziksel ihmal ve %8 cinsel istismar türleri saptanmaktadır (Yanik ve Özmen, 2002). Cinsel istismar hariç diğer ÇÇT türlerinde olaya maruz bırakan şahıs %77 oranında aile fertleri, %11 oranında diğer akrabalar, %5 oranında çocuğun bakımıyla ilgisi olmayan şahıslar ve %2 oranında diğer bakımveren yakınlar olarak belirlenmiştir (Kara, vd., 2004).

Türkiye’de rastlanılan en sık istismar tipleri sayılan tokat atma, acı bibersürme, çimdikleme, kulak çekme gibi fiziksel istismar türleridir. İlaveten çocuğa bakımverenkişilerin genellikle kadın olması olasılığının yüksekliğinden yola çıkacak olursak fiziksel istismara sebebiyyet veren kişilerin de çoğunlukla kadınlar olması olasılığı yüksektir. 2012 senesinde yapılan bir çalışmada saç çekme, tokat atma, kulak çekme cisim fırlatma, elle şiddet uygulama en sık rastlanılan fiziksel istismar

türleri olarak belirtilmiştir. Duygusal istismar türlerinden ise ülkemizde en çok yaygın olanları çocuğa küfretme, aşağılama, reddetme, tehdit, korkutma, küçük düşürme, alay etme gibi istismar türleridir (Koç, 2012). Dünya üzerinde cinsel istismarla ilgili yapılan çalışmalara bakacak olursak yirmi bir farklı ülkede 38 bir birinden bağımsız makale ve buna uygun olarak 39 yaygınlık belirleme çalışmasında cinsel istismarın kadınlarda %0-50, erkeklerde %0-60 olarak belirlenmiştir. Farklı ülkelerden elde edilen bu sonuçlar çocukluk çağı cinsel istismarın dünya genelinde bir sorun olduğunu kanıtlamaktadır (Pereda, et al., 2009). Cinsel istismara uğrama dönemi genellikle ergenlik olarak ele alınmaktadır ve erkeklere oranla kızlar 3 kat daha fazla bu dönemdecinsel istismara uğramaktadır (Kanbur ve Akgül, 2010).

Duygusal ihmal ve istismar türleri literatürde en az çalışılan ÇÇT türü olsalar da en yaygın rastlanabilecek türlerdir. Çocukluk çağında belirlenmesini zorlaştıran nedenlere fiziksel istismar kadar belirgin bir göstergesi olmayışını ait edebiliriz. Nitekim duygusal istismar en sık rastlanılan ÇÇT türüdür ve daha sonrasında fiziksel istismar, aile içi şiddete tanık olma, ihmal ve cinsel istismar gelmektedir. İlâveten duygusal istismar diğer tüm çocukluk çağı travma türleriyle beraber gözlemlenebilmekte ve çoğunlukla onlara eşlik etmektedir. Duygusal ihmal ile ilgili yapılan psikiyatrik örnekleminde bir çalışmada %81,6 sıklığında bu ihmal türüne rastlanılmaktadır (UNICEF, 2012).

Türkiye’de çocukluk çağı travmalarının öğrenilmesi ve araştırılmasına dair yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarınabakacak olursak, CTQ ölçeğinin Şar ve arkadaşları tarafından ilk kez 2012 senesinde ülkemize uyarlanması yapılmıştır. CTQ-28 diye geçen soru listesi Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen CTQ ölçeğinin sonradan düzenlemeler yapılan 28 soruluk kısaltılmış halidir. Buna ekolarak Nijenhuis, Van der Hart ve Vanderlinden tarafından 2001 yılında geliştirilmiş TEQ ölçeği (Travmatik yaşantılar ölçeği) 2002 senesinde Şar tarafından ülkemize uyarlanmıştır. 2003 yılında ise Yargıç, Tutkun ve Şar, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi’ni geliştirmişlerdir (Şar, vd., 2012).

2.1.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Sınıflandırılması

Literatürde ÇÇRT ihmal ve istismar olmak üzere iki ayrı sınıfa bölünmektedir. Bunlar da kendi dahilinde fiziksel, duygusal ihmal ve fiziksel, duygusal, cinsel istismar olarak ayrılmaktadırlar.

2.1.4.1. İhmal

Genel olarak ihmal, anne-baba veya bakımveren tarafından çocuğa gelişimim açısından gerekli olacak olanakların sağlanmaması veya oluşabilecek herhangi bir tehlikeli durumlara karşı çocuğun korunmaması ait edilmektedir. Her ne kadar literatürde iki ayrı sınıfa bölünse de ihmalin çok farklı türleriyle karşılaşılabılıriz. Bunları fiziksel, duygusal, sosyal, eğitimsel, tıbbi ihmal gibi sınıflandırmalara ayırabiliriz. Çocuğun 18 yaşından küçük dönemlerinde gerekli olan ve gelişimini etkileyen duygusal ihtiyaçlarının ödenmemesi duygusal ihmal, bakımveren tarafından gerekli fiziksel temasın (okşanma, sarılma, öpme gibi) olmaması fiziksel ihmal, çocuğun sağlığını etkileyen tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması veya geciktirilmesi tıbbi ihmal, kurum ve kuruluşlar tarafından gerekli olan desteğin yapılmaması sosyal ihmal, çocuğun yetenek ve gelişimine uygun eğitim olanaklarından mahrum edilmesi eğitim ihmali olarak geçmektedir (Akduman, vd., 2005).

Çocuk ile anne-baba arasındaki iletişim kopukluğu, çocuğun sorularına yanıt verilmemesi, çocuğun ister kıda, isterse de diğer gerekli ihtiyaçlarının karşılanmaması ihmal olarak ele alınmaktadır. Bu gibi ihmalin yaratabileceği olumsuz etkiler sonucu çocuklarda genellikle psikososyal uyumsuzluk, büyüme gerileme gibi durumlar söz konusu olmaktadır. İhmal yaşayan çocukların ailelerinde anne yaşının küçük olması, tek ebeveyne sahip olma, annenin ve ya bakımverenin ebeveynlik bilgi ve yetisinin yetersiz oluşu ve çocuğa verilen bakımın yeterince düşük kalitede oluşu dikkat çekmektedir.

Çocuğun üç yaşından önce ihmale maruz kalması gelecek dönemlerde iletişim ve psikososyal uyum sağlayamamasına, bağlanma ve yakın ilişkiler kuramamasına sebep olmaktadır. Merhamet, sempati, pişmanlık ve en önemli insani duygu olan empatinin sağlanması çocukluk yaşlarından bakımvereni örnek alarak gelişmektedir ve ihmal yaşayan çocuklarda bu tür duyguların gelişimin de sorunlar kaçınılmazdır. Bir yaş altı çocuklarda yaşanan ihmal durumu daha kalıcı ve geridöndürülemez hasarların var olmasına neden olmaktadır. İhmal edilen bebeklerde apati, azim ve esnekliğin olmayışı, pasiflik gibi olumsuz etkiler gözlemlenmektedir, ilaveten duygu düzenlemede de zorluk çekmektedirler. Bu dönemde ihmal edilen çocuklarda başkalarına karşı kendisini zayıf, güçsüz olarak görme, diğer insanları ise ulaşılmaz görme gibi özgüven sorunları da saptanmaktadır. Erken çocukluk döneminde ihmal edilen çocuklarda ise genellikle bilişsel alanda gerileme gibi durumlar söz konusu

olmaktadır. Bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde ihmal edilme aynı zamanda çocukların fiziksel gelişimine de olumsuz etki etmektedir (Hornor, 2012)

Fiziksel ihmal: 18 yaşından küçük bireylerin fiziksel ihtiyaçlarının, beslenme, hijyen veya bakımverme gibi gerekli ihtiyaçlarının karşılanmaması, çocuğun veya gencin yeterli sağlık imkanlarından mahrum edilmesi, dışlanması, evden kovulması, yalnız bırakılması gibi olumsuz davranışların hepsi fiziksel ihmal olarak ele alınmaktadır (Kaplan, vd., 1999). Fiziksel ihmale uğrayan çocuklarda fizyolojik açıdan gerileme görülmektedir, ilaveten çocuğun sosyal, duygusal, bilişsel ve davranışsal gelişiminde de gerilik ve olumsuzluk saptanmaktadır. İhmal yaşayan çocuklar istismara maruz kalanlara kıyasla daha çok içe kapanık, bilişsel ve akademik açıdan gelişmemiş bireyler olmaktadır (Yurdakök, 2010).

Duygusal ihmal: Duygusal ihmal dediğimiz genellikle çocukların bakımveren tarafından karşılanması gerekli olan duygusal, psikolojik, sevgi ve şefkat görme ihtiyaçlarının ödenmemesi olarak ele alınmaktadır (Şar, vd., 1998). Duygusal ihmal ve istismarla ilgili çalışmalara her ne kadar literatürde fazla rastlanmasa da bu tür travmaları yaşayan çocukların sayısı oldukça fazladır. Psikiyatrik hastalıkların sebeplerinin araştırıldığı bir çalışmada ihmal ve istismara uğrama olasılıklarının incelenmesi sonucu duygusal ihmal %81.6 olarak saptanmıştır. Çocukluk döneminde duygusal ihmal yaşama olasılığı daha yüksek olmasına rağmen ölçülmesi ve belirlenmesi zor olduğundan tesbiti genellikle yalnızca hasar görüldükten sonra yapılabilmektedir. Bu tür ihmal ve istismar durumları diğer travma türleriyle beraber görülmektedir, hatta yapılan bir çalışmada fiziksel ihmal veya istismar yaşantılarının %90'da duygusal ihmal veya istismar olduğu belirlenmiştir.

Genel olarak çok derin ihmal edilmiş, kronik ihmal durumu yaşayan çocuklar başka kişilerle iletişim zamanı özel alan eddiğimiz iletişim alanını doğru belirleyememekte ve karşısındaki kişi farketmeksizin yabancı olan insanlara bilesevgi gösterebilir veya çok yakın insanlara oldukça mesafeli davranabilir. Bu da ihmalin çocuk üzerindeki olumsuz etkileri sonucu meydana gelen psikososyal iletişim kopukluğundan kaynaklanmaktadır.

2.1.4.2. İstismar

Fiziksel istismar: Fiziksel istismar genel tanım açısından çocuğun kaza dışı yaralanması olarak ele alınmaktadır (Polat, 2004). UNICEF ve DSÖ ayrı ayrı benzer tanımlamalar yapmaktadır. DSÖ'ye göre fiziksel istismar, çocuğu sağlığı, gelişimi ve

onuru açısından zarara uğratabilecek her tür kasten yapılmış fiziksel güç kullanımı, UNICEF'e göre de çocuğun gelişim ve fealiyyetini hasara uğratacak her türlü kaza dışı yapılan acı verici ve yasak olarak geçen davranışlardır. Fiziksel istismar genellikle bakımveren tarafından itaati sağlama amacıyla kasten çocuğa öfke boşaltma veya cezalandırma niyetiyle fiziksel acı verecek, iz bırakacak veya bırakmayacak şekilde yapılan şiddet uygulamasıdır. Fiziksel istismar da hafif orta ve şiddetli olabilmektedir. Ağıza biber sürme, sasma,kulağını, saçını çekme, hafif vurma gibi eylemler orta derece sayılsa da fiziksel istismara girmektedir, daha ağır şiddetli fiziksel istismar eylemlerine ise çocuğa şiddetli ağır darbelerle vurma, boğma, yakma gibi canını acıtacak, hatta ölüme sebebiyyet verecek eylemler ait edilmektedir.

Fiziksel istismarın yukarda da belirttiğimiz üzere tesbiti çok kolaydır, lakin burada da bazı sıkıntılar vardır ki, bunlara fiziksel istismarın toplumsal ve kültürel açıdan farklı şekilde tanımlanmasıve kabul edilmesidir. Hatta bazen fiziksel istismar diye geçen eylemler bazı toplumlarda çocuğun disiplini ve terbiyesi açısı-ındanönemli eylemler olarak geçmektedir. Fiziksel istismarın sebepleri genellikle anne- babanın olgun olmayışı, kendilerinin de çocukluk döneminde istismara maruz kalmış olabileceği, ailede maddi sıkıntılar, tek ebeveyne sahip olma veya bir ebeveyni kaybetme, aile bireylerinde ruhsal veya fiziksel hastalığın varlığı, çocuk sayısının fazla olması, ailede alkol maddebağımlısı bireylerin olması, sosyal destek yokluğu ve parçalanmış aile ilişkileri olmaktadır. Fiziksel istismara uğrayan çocuklar çevresiyle iletişim sorunları yaşamaktadır, onlar genellikle şiddetin, kavganın çok olduğu ortamlara meyletmekteler, ilaveten öfke ve istismarın yoğun olduğu ilişkilere yönelmektedirler. Her zaman böyle değildir, bazen istismara maruz kalan çocukların daha farklı tepkiler verdikleri de gözlemlenmektedir. Bazı durumlarda bu çocuklarda intihara meyletme ve depresyon, içe kapanıklık, öfke kontrolünü sağlayamadığı için kimseyle iletişim kurmama gibi durumlarda söz konusu olmaktadır. Fiziksel istismarla daha sık görülen sorunlara Taner ve Gökler madde kötüye kullanımını, tehlikeli cinsel deneyimler veya bunun gibi sağlığa tehlikeli olabilecek davranışları, psikopat kişilik bozukluğunu, kaygı bozukluğunu, DEHB gibi bozuklukları ait etmekteler (Taner ve Gökler, 2004). Şiddetli istismara maruz kalmış çocuklarda daha sonralar TSSB görülmesi kaçınılmazdır. Bazı kişilerde ise çocukluğun getirdiği bu ağır travmalar sonrasında şizofreni, bipolar bozukluk, unipolar depresyon gibi ağır psikiyatik rahatsızlıklargözlemlenmektedir (Hancı, 2002; Topbaş, 2004).

Duygusal istismar: Çocukların ihtiyacı olan sevgi, şefkat, ilgi ve bakımdan

mahrum edilerek duygusal ve psikolojik açıdan hasar almasına neden olan davranışların tümü duygusal istismar olarak geçmektedir. UNICEF'in vermiş olduğu tanımlanmaya istinaden duygusal istismar çocuğun arzu ve isteklerinin hep hor görülmesi ve kötülenmesi, insanüstü güçlerle, sosyal çevresi bakımından zarar verme veya terk etme ile korkutulup tehdit edilmesi, sosyal ilişkilerden mahrum bırakılması, toplum açısından doğru karşılanmayan yöntemlerle yetiştirilmesi, yaşına ve kapasitesine uygun olmayan şeylerin talep edilmesi gibi durumlardır (Güler, vd., 2002).

Duygusal istismar da duygusal ihmal gibi tanımı ve belirlenmesi oldukça zor ÇÇT türüdür, lakin buna karşın en sık rastlanılan travma türüdür. Çocuğun yakın çevresi tarafından duygusal istismara uğrama olasılığı daha yüksektir ve bu nedenle de potansiyel açıdan en yıkıcı ve kalıcı tesirlere sebep olabilecek travma türü olarak geçmektedir. Bu travmaya maruz kalan çocuklarda genellikle özgüven eksikliği, kendini başkalarıyla kıyaslama ve bağımlı kişilik oluşturma, gerginlik, uyumsuzluk gibi sorunlar gözlemlenmektedir. Çocuğun fiziksel gelişimine de olumsuz etki eden bu travma türü ile ilgili beş farklı ülkede yapılan araştırma da bağırmanın en sık rastlanılan (%75-80) duygusal istismar eylemi olduğu saptanmıştır. Duygusal istismar diğer istismar ve ihmal türleriyle birlikte görülebilmektedir. Yapılan bir araştırma çalışmasında duygusal ihmal veya duygusal istismarın yanı sıra fiziksel ve cinsel istismarın da görülmesi sıkça rastlanılan durum olarak belirlenmiştir. Fiziksel ihmal veya istismar gibi travmaların yaşandığı durumların %90'da duygusal istismar ve ihmal görülebilirliği saptanmıştır (Taner ve Gökler, 2004).

Fiziksel istismarın gözle görülecek etkileri aradan kalksa dahi duygusal istismarın etkisi bir ömür sürebilmektedir ve her ne kadar bu travma türü önemsenmese de bir çocuktan bir canı yaratabilecek etkiye sahiptir. Unutmamamız gerekir ki, özgüvensiz bir ferdin yapabileceği oldukça fazla olumsuz eylemler vardır.

Cinsel istismar: Toplumun en fazla konuşulan ve istismar denilince akla ilk gelen travma türü olan cinsel istismar bir yetişkin tarafından kendi arzu ve isteklerini karşılama amacıyla çocuk veya ergene güç kullanarak, tehdit ederek veya kandırarak cinsel saldırı da bulunması durumudur. Hatta cinsel istismar iki çocuk arasında da yaşanabilmektedir, eğer aralarındaki yaş farkı 4 ve üstü ise küçük çocuğun cinsel isteklerin karşılanması amacıyla diğer çocuk tarafından zorla veya ikna yoluyla cinsel eylemlere maruz bırakılıyorsa bu cinsel istismar olarak geçmektedir. UNICEF'in vermiş olduğu tanımlamada cinsel istismar, yetişkin bireylerin kendi

ihtiyaç ve gerekliliklerini düşünerek bunları karşılama maksadıyla çocukların rızası olmadan onlarla ilişki kurmaya mecbur etme veya para karşılığında çocuğu fuhuş ve bu gibi durumlara mecbur etme eylemidir. Genel olarak ise çocuğun yasalara ve yaşına uygun olmayacak şekilde cinsel aktivitelere mecbur edilmesi eylemi cinsel istismar olarak geçmektedir (Aktepe, 2009). Cinsel istismar sadece istismarcının çocuğun cinsel organına veya vücuduna dokunması eylemi değildir, o aynı zamanda çocuğa karşı sözlü cinsel tacizde bulunulması, cinsel içerikli film veya başka şeyler izletilmesidir (Kanbur ve Akgül, 2010).

Cinsel istismar çoğunlukla istismarcı tarafından çocukların korkutulmasından kaynaklı olarak gizli kalmaktadır ve hatta bazı vakalarda yetişkinliğe kadar çocuğun bu durumu sakladığı görülmektedir. Çoğunlukla da eğer çocukta her hangi bir fiziksel belirti oluşmuşsa belli olmaktadır (Friedrich, et al., 2001). Cinsel istismarlar ya temas içermeyen, ya da cinsel dokunma mecburiyetiyle yapılan türde olmaktadır. Ülkemizde cinsel istismar türleriyle ilgili yapılan çalışmalarda genellikle çocukların temas içeren cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Çoğunlukla erkek çocuklar anal sürtünmeyle, kız çocuklar ise okşama, dokunma ve öpme gibi eylemlerle taciz edilmektedir. Yaşın artmasıyla çocuklara uygulanan taciz şekilleri de git gide ağır hal almaktadır. Bu bulgular tabii ki de buzdağının görünen tarafı misalidir, çünkü ne yazık ki, cinsel istismara maruz kalanların neredeyse %15'i bilinmektedir (Çetin, vd., 2008).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda aile içi durumların iyi olmadığı, ailede şiddet, alkol madde kullanımı gibi olumsuz etkenler söz konusu olmaktadır. Aynı zamanda bu aile yapısında genellikle baba da antisosyal davranışlar, anne de ise depresyon gibi sorunlar görülmektedir. İlaveten annenin eğitim ve gelişim durumu ile çocuğun cinsel istismara uğrama olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Özen ve Şener, 1997).

Çocukluk çağı cinsel istismara uğramanın en sık rastlanıldığı yaş dönemi 8-12 olarak saptanmıştır. İstismarcı genellikle erkekler olarak bildirilmektedir, %5-15 olasılığında istismarcı rolünde kadınlar yer almaktadır. Çocuğun ailenin dışından biri tarafından istismara uğrama olasılığı %30-50 olarak bildirilmektedir, aile içi enstistismar türlerinde ise çoğunlukla baba istismarcı olarak geçmektedir. Üvey babanın istismarcı olma olasılığı biolojik babaya kıyasla 4 kat daha fazladır. Cinsel istismara aile içi durumların etkisi oldukça fazladır. Sağlıklı olmayan aile içi ilişkiler, ebeveyn çocuk arasında sevgi ve hoşgörünün olmadığı aile yapısında çocuğun olası durumlar

karşısında yalnız kalmasına ve istismara maruz bırakılmasına sebebiyet verebilecek etkenlerdendir. Ensest istismarlarda genellikle istismarcının çocukluğunda cinsel istismara maruz kaldığı saptanmaktadır. İlâveten çocuğunu bu istismardan koruyamayan annelerde genellikle depresyon gibi psikolojik sorunların olduğu belirtilmektedir (Glaser, 2002).

2.1.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasının Risk Faktörleri

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının oluşumuna katkıda bulunan risk faktörlerine bireysel, ailesel ve toplumsal faktörleri ait edebiliriz. Bu gibi risk faktörleri ÇÇT'nin oluşmasındaki kesin sebep olarak belirlenmemelidir, bunlar bu travmaların ortaya çıkmasına vesile olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre bu risk faktörleri kişisel, ailesel ve toplumsal olarak üçe ayrılmaktadır (Güler, vd., 2002; Armağan, 2007).

A) Kişisel faktörler: Kişisel faktör türlerini ebeveyne ve çocuğa bağlı olmak üzere iki alt gruba ayırabiliriz. Ebeveyne ilişkin olabilecek faktörlere ebeveynde çocuğu istememe gibi olumsuz düşünceler, ebeveynlik bilgisinin yetersizliği, ebeveynde alkol veya madde kullanımı, empati yoksunluğu, tek ebeveynlik, maddi sıkıntılar, çocuğun dönemsal psikolojik ihtiyaçlarıyla ilgili bilgi yetersizliği gibi olumsuz etkenler ait edilmektedir. Bu gibi faktörlere çoğunlukla anne veya babanın da küçük yaşlarda travmaya maruz kalması sebebiyet verebilmektedir.

Çocuğun kendisine bağlı olabilecek risk faktörlerine ise çocukta her hangi bir mental veya fiziksel hastalığın varlığı, prematüriteye sahip olma, cinsiyet sebebiyle veya istenmeyen hamilelikten doğmuş olması gibi faktörler ait edilmektedir. Aile içi sevgisizlik ve duygusal sorunlar da çocuğa etki edebilmektedir. Zor çocukluk dönemi geçiren veya zeka geriliği, fiziksel, bedensel engellilikle doğmuş olan çocuklar da travmatik olaylar için daha çok risk taşımaktalar. Ebeveyn bakış açısıyla söyleyecek olursak ele alınması zor, yavaş gelişim gösteren veya disipline edilme açısından oldukça zor olan çocuklar, özellikle de son dönemlerde sıkça rastladığımız hiperaktiviteye sahip çocuklar da travmatik yaşantılar açısından risk taşımaktadırlar (Sadock, 2004).

B) Ailesel Faktörler: Ailesel faktörlere aile içi durumlardaki zorluklar ait edilmektedir. Daha geniş anlatacak olursak buraya sosyoekonomik durumun düşük olması ve sosyal desteğin olmaması, ebeveyn kaybı veya tek ebeveyne sahip olma, aile içi şiddet, stress düzeyinin yüksek oluşu, geniş aileye sahip olma, sosyal açıdan

izole edilme gibi olumsuz etkiler ait edilmektedir. Bazı kişiler kendi ailesinin uygulamış olduğu travmatik etkileri bir gelenekmiş gibi istemsizce kendi ailesine uygulayabilmektedir ve hatta bazen bunun doğru ve disiplin açısından oldukça gerekli olduğunu da düşünebilirler. Bazı durumlarda ise kendisi travmaya maruz kalmış, lakin bunu çocuğuna uygulamak istemeyen ebeveynlerin ne yapacakları hususunda bilgi eksikliği nedeniyle olumsuz davranışları kendi çocuklarına da uyguladıklarını görmekteyiz. Aile içi fertlerin say çokluğu ve maddi yetersizlik bazı durumlarda stresin çoğalmasınave bununla beraber saldırgan ve agresif davranışların artması sonucu çocuğun istismara uğramasına neden olmaktadır. Ebeveynin psikolojik açıdan rahatsızlığa sahip olması da çocukta travmatik yaşantıların oluşumuna sebep olmaktadır. Özellikle çocuğa sanki kendisinden büyükmüş gibi davranan ebeveynlerin çocuğundan yaşına uygun olmayan beklentilerde bulunması çocukta anne-baba kavramını derinden sarsmakta ve onun güven, bakım, huzur ve sevgi gibi gerekli olabilecek ihtiyaçlarının arşılanmaması sonucu travmatik yaşam öyküsüne sahip olmasına neden olmaktadır. Bu gibi ebeveyn modellerin de genellikle çocukluktan kaynaklı tekrarlama durumu söz konusu olmaktadır, hatta bu ebeveynlerin %90'da bakımveren tarafından istismara uğrama öyküsü vardır.

C) Toplumsal Faktörler: Toplumsal faktörlerden söz edecek olursak buraya kendi sosyal çevresi tarafından çocuğun kendisine değersiz hissettirilmesi, organize şiddet dediğimiz savaşıve kavgalara şahit olma, sosyal berabersizlik, şiddeti ve dayağı normalmiş gibi sunan ve destekleyen sosyal çevreye sahip olma gibi olumsuz etkenler ait edilmektedir. Bir topluma ait olma veya kendini bir toplumun parçası gibihissetme işgüdüsel olarak insanın gerekli ihtiyaçlarındandır ve bu sebeple de sosyal açıdan engellenmiş çocukların istismar ve ihmale uğrama riski oldukça fazladır. Toplumsal risk faktörlerinin çocuk üzerinde en çok etki edenlerine ise toplumsal açıdan gelir düzeyi farklılıklarını ait edebiliriz (Odağ, 2001).

2.3. Multipl Skleroz ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travması

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının bireyin yaşamı ve gelişimi üzerindeki etkisi uzun yıllardır araştırılmakta ve her geçen sene konu üzerine yeni bilgiler edinilmektedir. Çocukluk çağı bireyin yaşamını ister fizyolojik, ister psikolojik, isterse de toplumsal ilişkiler açısından oldukça etkileyen bir etkidir. Yukarıda belirtildiği üzere bir çok araştırmalarda çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisi sonucunda bireylerin zihinsel gelişimin de oldukça belirgin bir şekilde gerileme söz konusu

olmaktadır. Yalnızca zihinsel olmakla kalmayıp fiziksel ve psikolojik gelişim açısından da çocuğa olumsuz etki etmektedir. Travmanın yaşandığı yaş aralığı ve süresi de önem arz etmektedir. Çocuk psikolojisi ve travma üzerine uzman psikiyatr Dr. Bruce D. Perry'nin belirttiği gibi insan beyni hayatın ilk dönemlerindeki yaşantılara bağlı olarak gelişim sağlamaktadır ve hatta beynin büyük bir kısmının gelişimi yaşamın ilk üç senesinde gelişim sağlamaktadır. Eğer bir çocuk küçük yaş, özellikle de ilk üç yaş döneminde travmatik yaşantıya maruz kalmış ise beyinde yapabileceği olumsuz etkiler kaçınılmazdır.

Multipl Skleroz hastalığının Merkezi Sinir Sisteminin kronik nörolojik rahatsızlığı olduğu gerçeğine dayanarak çocukluk çağı örselenme yaşantıları da MS'in oluşum ve gelişmesine etki edebilmektedir. En önemli etkisi ise genel olarak hastalığın olumsuz yönde gelişmesine katkı sağlamasıdır. Her ne kadar literatürde bu yönde araştırmalara çok az rastlansa da son dönemlerde yapılan çalışmalarda bu konu üzerine bilgiler karşımıza çıkmaktadır. MS hastalarının hastalığa bağlı olarak psikolojik açıdan etkilenmesi ve depresyon, anksiyete gibi rahatsızlıklar sonucu hatta intihar etme gibi olumsuz davranışlarda bulunması araştırmalarda sıkça rastanılan durumlardır. Erken yaş travmalarının yaratmış olduğu etki nedeniyle insanlarda özgüvensizliğe bağlı depresyon ve anksiyete gelişimi oluşmaktadır ve eğer bu bireyler MS hastalığı dahil herhangi başka hastalığa yakalanırsa diğer sağlıklı bireylerden farklı olarak hastalık karşısında daha çabuk pes edebilirler. Beynin yapısal ve işlevsel fonksiyonları açısından oldukça etkili olan erken yaş travmaları ilerki yaş travmalarından daha farklıdır. (O'Connell, et al., 2009).

Bazı kaynaklarda kritik yaş dönemleri bebeklikten ergenliğe kadar geçen süre olarak kaydedilmektedir. Bunun sebebi beynin bu yaş dönemlerinde bireyin ihtiyacı olan tüm bilgi ve becerileri geliştirebileceği dönem olarak geçmesidir. ÇÇT'nin beynin yapısal ve işlevsel olarak gelişiminde olumsuz etkilere sebep olduğu bilinmektedir. (Kindsvatter and Geroski, 2014). Bu gibi etkiler sonrasında çocuklarda ilerleyen yaşlarda motor ve dil becerilerinde de gerileme söz konusu olmaktadır. (Prasad, et al., 2005). Çocukluk çağı ihmal yaşantılarına bağlı olarak çocuklarda öz denetim bozuklukları da ortaya çıkmaktadır. Öz denetim becerilerindeki bozukluklar sonucunda çocukta sosyal çevreyle iletişim kuramama ve içine kapanıklık gibi sorunlar da oluşmaktadır ve buna bağlı olarak birey farklı psikopatolojik durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir (O'Connell, et al., 2009). Aynı zamanda çocukluk çağı travmaları stresle başedebilmede etkili olan korku ve

kaygıyla baş edebilme becerilerinin gelişmesine deetki etmektedir. Bu gibi becerileri gelişmeyen çocuklarda yaşantılar karşısında ya aşırıduygusal davranma ya da agresif davranışlar sergileyerek saldırganlıkla çözüm bulmaya çalışma gibi eylemlerde bulunma söz konusu olmaktadır. (Gerson and Rappaport, 2013).

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının insan hayatı üzerinde bu denli etkisine dayanarak MS hastalığının da gelişimin de yapabileceği etkilerin araştırılması önem arz etmektedir. İlaveten ÇÇRT intihar olasılığını tetikleyebilen risk faktörlerindendir ve MS hastalarının da diğer populyasyona göre intihara meyletmesi durumu söz konusu olduğundan bu konu üzerine daha çok çalışılması ve araştırılma yapılması gereklidir. ABD’de bu sene yeni doğmuş fareler üzerinde yapılan bir araştırmada yeni doğan farelerin bir kısmını annelerinden ayırmış ve salin enjekte etmişler ve sonuç olarak travmayı yaşayan farelerde yaşamayanlara kıyasla deneysel otoimmün ensefalomyelit (EAE) geliştirme olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bu çalışmada travma yaşayan farelerin tedavi maksatlı enjekte edilen interferon beta-1a’ya olumlu yanıt vermemekte oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada araştırmacılar sonuç itibarile her MS hastasının ÇÇRT yaşamış olabileceği ihtimalinin ve hastalığın bundan kaynaklı var olabilmesinin doğru düşünce olmamasının yanı sıra ÇÇRT’nin MS için bir risk faktörü taşıdığını vurgulamaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırmamızın amacı, sağlıklı bireylerle ve MS hastalarıyla çocukluk çağı örselenme yaşantılarının depresyon, kaygı eşliğinde incelenmesi sonucunda hastalığın çocukluk çağı travmalarına bağlı olarak gelişiminin araştırılmasıdır. Araştırmamız tanımlayıcı tip de bir çalışma olarak geçmektedir.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi kampüsünde 31.10.2019-30.12.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde kayıtlı MS hastaları oluşturmaktadır. Tez çalışmasında alınacak örneklem sayısı ise $\alpha=0.05$ önem düzeyinde power analiz yapılması sonucunda 50 kişi olarak hesaplanmaktadır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Sağlıklı birey ve MS hastası olma;
- Araştırmaya gönüllü olarak katılma;
- Soruları cevaplamada her hangi zihinsel engellilik taşımama;

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Kontrol grubun sağlıklı bireyler olmaması ve hasta grubunun MS hastası olmaması;
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmama;
- Soruları cevaplamada zihinsel engelliliğe sahip olma.

Araştırma zamanı polikliniğe gelen hastalarla ve kampüs dahilindeki personel ve öğrencilerle yüz yüze görüşmeler yapılarak sonuç elde edilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Veri Toplama Araçları

İki gruba Demografik Bilgiler Formu ile birlikte Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Ve aynı zamanda çocukluk çağı travmatik yaşantılara bağlı olan, lakin ölçeğimizde (CTQ-28) adı geçmeyen bazı önemli konulara ilişkin sorular soruldu. Verilerin toplanılması yaklaşık olarak 25-30 dakika zaman aldı.

3.2.1.1. Demografik Bilgiler Formu

Demografik bilgiler formunda hasta ve sağlıklı gönüllülerden bazı demografik özellikleri sorulmuştur. Buraya gönüllü bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni ve eğitim durumu, mesleği, şu anki zaman dahilinde çalışıp çalışmama durumu, ailenin aylık ortalama gelir düzeyi, çocuk sahibi olup olmaması ve var ise kaç çocuğunun olması ve sağlık durumuna ilişkin sorular dahildir. (Ek 1)

3.2.1.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Araştırmada gönüllü bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu yaşantıların yaşam üzerinde etkisinin belirlenmesi amacıyla Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28) kullanılmıştır. Bu ölçek 1994 yılında Bernsteyn ve ark. tarafından geliştirilmiş ve 1996 senesinde Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 senesinde V. Şar ve ark. tarafından yapılmıştır. Çocukluğa dayalı travmatik yaşantıların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen bu ölçek üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan ibarettir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşan ve özgün yazarınca sonradan kısaltılarak 28 maddelik bir ölçek haline gelen ölçeğimiz İngilizce özgün biçiminden Türkçe'ye çevrilmiş, her iki dile hakim uzman tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiş ve karşılaştırma yapılarak iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır. Maddelerin anlaşılabilirliğini saptama amacıyla ilk çeviri versiyon üzerinden pilot çalışma yapılmış ve ölçeğe son şekli verilmiştir. Bu ölçek vasıtasıyla çocukluk çağı duygusal, fiziksel ihmal ve duygusal, fiziksel, cinsel istismarını konu alan beş alt puan ve bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Puanlar 'hiçbir zaman' (1), 'nadiren' (2), 'zaman zaman' (3), 'sıklıkla' (4) ve 'çok sık' (5) olarak 5 tip yanıt seçeneklerinden elde edilen sonuçlara bağlı olarak hesaplanmaktadır. CTQ ölçeğinin genel hesaplanma durumuna bakılırsa öncelikle

olumlu ifadeler olarak nitelendirdiğimiz 2,5,7,13,19,26 ve 28 numaralı maddelerden aldığımız puanlar ters çevrilir. Şöyle ki, 1 puan ise 5 puana, 2 puan ise 4 puana dönüştürülür. Daha sonra duygusal istismarın numaralandırıldığı maddeler 3,8,14,18,25, fiziksel istismarın numaralandırıldığı maddeler 9,11,12,15,17, duygusal ihmalin numaralandırıldığı maddeler 5,7,13,19,28, fiziksel ihmalin numaralandırıldığı maddeler 1,2,4,6,26 ve cinsel istismarın numaralandırıldığı 20,21,23,24,27 sayılı maddelerden elde edilen puanlar öncelikle ayrı ayrı, sonra toplam puan olarak hesaplanır. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasında değişmektedir. Duygusal istismar puanları için kesme noktası 7, fiziksel istismar için 5, duygusal ihmal için 12, fiziksel ihmal için 7 ve cinsel istismar için 5, toplam puan için ise 36 olarak değerlendirilmektedir. Olumlu maddeler olmasına bakmaksızın 10,16 ve 22 sayılı maddeler hiçbir şekilde toplam puana dahil edilmemekte ve ölçeğin minimizasyonu ile ilgili maddeler olarak nitelendirilmektedir. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Şöyle ki, bu maddelerden aldığımız puanlar ‘çok sık’ (5) olarak cevaplandırılmış ise minimizasyon puan hesaplanmasına katılır ve herbiri 1 puan olarak değerlendirilerek toplanıp 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği katsayısı V. Şar ve arkadaşları tarafından 0,93 olarak bulunmuştur. Alt puanlar için ise korelasyon katsayıları şöyle olmuştur: Duygusal istismar ($r=0,90$ $p<0,001$), duygusal ihmal ($r=0,85$ $p<0,001$), fiziksel istismar ($r=0,90$ $p<0,001$), cinsel istismar ($r=0,73$ $p<0,001$), fiziksel ihmal ($r=0,77$ $p<0,001$), minimizasyon ($r=0,71$ $p<0,001$).

3.2.1.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) 1983 yılında Zigmond tarafından geliştirilmiştir. (Zigmond, 1983). Ölçeğin 1997 senesinde Aydemir ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için 0.7784 olarak bulunmuştur ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.8161-0.8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.7374-0.7795 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi anksiyeteyi, diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve ark yaptıkları geçerlik, güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7 olarak saptanmıştır (Aydemir ve ark., 1997). Buna göre bu

puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.

3.2.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Bu araştırma MS hastaları ve sağlıklı bireylerle planlanan tarihlerde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğinin’de MS hastaları ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi dahilinde üniversite öğrencileri ve çalışanlarıyla yapılmıştır. Ölçekler ve anketler yardımcı araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır. Görüşmelerin her biri 20-30 dakika sürmüştür. Ölçek ve anketler yapılmadan önce uygulama yapılacak kişilere araştırmanın amacı açıklanmış ve buna ilişkin herhangi soruları varsa hepsi cevaplandırılarak uygulamaya geçilmiştir. Şahıs araştırmanın amacını anladıktan sonra gönüllü olmadığını beyan ettiği takdirde araştırmaya dahil edilmemiş ve diğer şahıslarla görüşmelere geçilmiştir. Daha sonra gönüllü olur formunu okuyup imzalayarak araştırmaya gönüllü olarak katıldığını beyan eden hasta veya sağlıklı bireyler üzerinde ölçek ve anketlerimiz uygulanmıştır. Gönüllü bireylerin, özellikle de hastaların soruları cevaplayabilecek durumda olmasına, psikolojik ve fizyolojik düzeyde iyi hissetmesine hususi önem gösterilmiştir. Şahıs gönüllü olduğu takdirde bile araştırmanın yapıldığı sırada psikolojik ve fizyolojik açıdan rahatsızlık duyduğunu ve araştırmadan çekilmek istediğini söylediği takdirde yine aynı şekilde rızasına uygun olarak sonlandırma yapılmıştır. Hastaların EDSS puanları ise kayıtlardaki bilgilerden elde edilmiş olup, hastaların nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiştir.

3.2.3. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler IBM SPSS 22.0 programında analiz edildi. Güvenilirlik analizi için genel ve her bir alt ölçek için Cronbach alfa ile bakıldı. Geçerlilik analizi için açıklayıcı faktör analizi yapıldı. Örneklem yeterliliği için KMO testi yapıldı. Maddeler arasında korelasyon olup olmadığına bakmak için Bartlett's Test of Sphericity testi kullanıldı. Veriler normal dağılım göstermediğinden iki bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden çok bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi ile yapıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.2.4. Etik Konular

Çalışmanın etik ilkelere uygunluğu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik onam alındı (Ek 8). Araştırmada örnekleme alınan hastalara ve sağlıklı bireylere açıklama yapılarak

gönüllü olur formları verilmiştir, araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmak için onayları alınmış ve katılımcılara bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Betimsel İstatistikler

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir. Araştırmamıza 100 gönüllü katılım sağlamaktadır. Sosyodemografik analizler sonucunda katılımcıların %76’nın kadın, %24’nün erkek olduğu ve yaş yüzdelerinin %38 24 yaş altı, %29 25-34, %17 35-44 ve %16 45 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. %47 katılımcının evli, %53’nün ise bekar olduğu, %45’nin hal hazırda çalıştığı, %55’nin ise çalışmadığı ve meslek açısından %21’nin ev hanımı, %5’nin emekli, %24’nün öğrenci, %13’nün öğretmen ve %37’nin diğer meslek sahibi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. MS hastalarının ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik tanıttıcı özelliklerinin frekans dağılımı

		Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Toplam yüzde
Cinsiyet	Kadın	76	76,0	76,0	76,0
	Erkek	24	24,0	24,0	100,0
Yaş	24 ve altı	38	38,0	38,0	38,0
	25-34	29	29,0	29,0	67,0
	35-44	17	17,0	17,0	84,0
	45 ve üstü	16	16,0	16,0	100,0
Medeni Durum	Evli	47	47,0	47,0	47,0
	Bekar	53	53,0	53,0	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul/ortakul	15	15,0	15,0	15,0
	Lise	18	18,0	18,0	33,0
	Önlisans	6	6,0	6,0	39,0
	Lisans	45	45,0	45,0	84,0
	Lisans üstü	16	16,0	16,0	100,0
Meslek	Ev hanımı	21	21,0	21,0	21,0
	Emekli	5	5,0	5,0	26,0
	Öğrenci	24	24,0	24,0	50,0
	Öğretmen	13	13,0	13,0	63,0
	Diğer	37	37,0	37,0	100,0

Çalışma Durumu	Çalışıyor	45	45,0	45,0	45,0
	Çalışmıyor	55	55,0	55,0	100,0
Gelir	<3000	30	30,0	30,0	30,0
	3001-5000	42	42,0	42,0	72,0
	5001-7000	16	16,0	16,0	88,0
	7001 ve üzeri	12	12,0	12,0	100,0
Çocuk Sayısı	Hiç yok	58	58,0	58,0	58,0
	Tek çocuk	9	9,0	9,0	67,0
	2 çocuk ve üzeri	33	33,0	33,0	100,0
		50	50,0	50,0	50,0
Sağlık Sorunu	Var (MS)				
	Yok	50	50,0	50,0	100,0

Katılımcıların eğitim durumları açısından değerlendirecek olursak ilkokul/ortaokul %15, lise %18, önlisans %6, lisans %45, lisans üstü %16 olarak, gelir düzeyleri ise %30 3000'nin altında, %42 3001-5000, %16 5001-7000, %12 7001 ve üzeri olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %58'nin çocuk sahibi olmadığı, %9'nun tek çocuk sahibi olduğu ve %33'nün 2 ve daha fazla çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda katılımcıların %50'i MS hastalarından, %50'i ise sağlıklı bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4.2. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin güvenirlik sonuçları

	Cronbach's Alpha	Öğeler sayısı
CTQ-28	,798	28
HAD	,916	14

4.2. CTQ-28 ve HAD Ölçeklerinin Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

Tablo 4.3. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin cinsiyete göre incelenmesi

	Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks
Kadın	Min	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
	Max	21,00	17,00	22,00	24,00	19,00	17,00	16,00
	Range	16,00	12,00	17,00	19,00	14,00	12,00	17,00
	Median	5,00	5,00	7,00	10,00	5,00	12,00	3,00
Erkek	Min	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	1,00	,00
	Max	19,00	20,00	16,00	19,00	5,00	15,00	20,00
	Range	14,00	15,00	11,00	14,00	,00	12,00	19,00

Median	6,00	5,00	8,00	9,00	5,00	11,50	2,50	4,50
P	0,108	0,330	0,931	0,913	0,100	0,772	0,932	0,238

Duy_İs - Duygusal İstismar
 Fiz_İs - Fiziksel İstismar
 Fiz_İh - Fiziksel İhmal
 Duy_İh - Duygusal İhmal
 Cin_İs - Cinsel İstismar
 Min - Minimizasyon
 Depr - Depresyon
 Anks - Anksiyete

Tablo 4.3'e istinaden belirtebiliriz ki, CTQ-28 ve HAD ölçekleri cinsiyete göre bir farklılık göstermemektedir ($p>0.005$).

Tablo 4.4. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin yaşa göre incelenmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks
24 ve altı	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	,00	1,00
	Maximum	17,00	17,00	14,00	19,00	19,00	15,00	13,00	14,00
	Range	12,00	12,00	9,00	14,00	14,00	10,00	13,00	13,00
	Median	6,00	5,00	6,00 ^a	9,00 ^a	5,00	13,00	4,00	6,00
25-34	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	1,00	,00
	Maximum	19,00	20,00	16,00	19,00	9,00	15,00	20,00	16,00
	Range	14,00	15,00	11,00	14,00	4,00	12,00	19,00	16,00
Yaş	Median	5,00	5,00	6,00 ^a	9,00 ^a	5,00	13,00	2,00	4,00
	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
	Maximum	16,00	12,00	18,00	19,00	6,00	15,00	17,00	14,00
	Range	11,00	7,00	13,00	14,00	1,00	12,00	17,00	14,00
35-44	Median	6,00	5,00	10,00 ^b	15,00 ^b	5,00	9,00	4,00	4,00
	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
	Maximum	21,00	12,00	22,00	24,00	5,00	15,00	14,00	16,00
45 +	Range	16,00	7,00	17,00	19,00	,00	12,00	14,00	16,00
	Median	5,50	5,00	10,00 ^b	13,00 ^b	5,00	10,50	2,50	6,50
	P	0,066	0,571	0,000*	0,024*	0,556	0,122	0,541	0,264

CTQ-28 ölçeğinin alt ölçeklerinden olan fiziksel ve duygusal ihmal açısından yaşa göre farklılıklar olduğu saptanmaktadır ($p=0,000$; $0,024$). Lakin HAD ölçeğinin yaşa göre bir farklılığı bulunmamaktadır ($p>0,005$).

Tablo 4.5. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin medeni duruma göre incelenmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks	
Medeni Durum	Evli	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
		Maximum	21,00	12,00	22,00	24,00	19,00	15,00	17,00	16,00
		Range	16,00	7,00	17,00	19,00	14,00	12,00	17,00	16,00
	Median	5,00	5,00	9,00	12,00	5,00	11,00	3,00	4,00	
	Bekar	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
		Maximum	19,00	20,00	18,00	19,00	9,00	15,00	20,00	16,00
		Range	14,00	15,00	13,00	14,00	4,00	12,00	20,00	16,00
		Median	6,00	5,00	6,00	9,00	5,00	13,00	3,00	6,00
	P	0,698	0,571	0,013*	0,006*	0,202	0,184	0,679	0,180	

Tablo 4.5'e göre, CTQ-28 ölçeğinin alt ölçeklerinden olan fiziksel ve duygusal ihmalin medeni duruma göre farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir ($p=0,013$; $0,006$). HAD ölçeği medeni durum açısından hiç bir farklılık göstermemektedir ($p>0,005$).

Tablo 4.6. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin eğitime göre incelenmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks
İlkokul +	Min	5,00	5,00	6,00	6,00	5,00	3,00	1,00	,00
	Max	13,00	9,00	15,00	19,00	5,00	14,00	15,00	16,00
	Range	8,00	4,00	9,00	13,00	,00	11,00	14,00	16,00
Ortaokul	Median	8,00	5,00	12,00 ^b	16,00 ^b	5,00	9,00 ^b	6,00	6,00
	Min	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	1,00
	Max	16,00	12,00	18,00	20,00	19,00	15,00	11,00	13,00
Lise	Range	11,00	7,00	13,00	15,00	14,00	12,00	11,00	12,00
	Median	5,50	5,00	9,00 ^{ab}	14,00 ^b	5,00	10,00 ^b	2,50	6,00
	Min	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
Lisans +lisansüstü	Max	21,00	20,00	22,00	24,00	8,00	15,00	20,00	16,00

Range	16,00	15,00	17,00	19,00	3,00	12,00	20,00	16,00
Median	5,00	5,00	6,00 ^a	8,00 ^a	5,00	13,00 ^a	2,00	5,00
p	0,163	0,816	0,000*	0,000*	0,430	0,005*	0,051	0,521

Tablo 4.6'daki sonuçlara göre fiziksel ve duygusal ihmal eğitim durumları açısından farklılık göstermektedir (p=0,000; 0,000). HAD ölçeğinin eğitim durumuyla hiç bir farklılığı saptanmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.7. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin çalışma durumuna göre incelenmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks
Çalışan	Min	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	,00	,00
	Max	13,00	8,00	15,00	19,00	7,00	15,00	14,00	14,00
	Range	8,00	3,00	10,00	14,00	2,00	10,00	14,00	14,00
	Median	5,00	5,00	6,00	8,00	5,00	13,00	2,00	4,00
Çalışmayan	Min	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
	Max	21,00	20,00	22,00	24,00	19,00	15,00	20,00	16,00
	Range	16,00	15,00	17,00	19,00	14,00	12,00	20,00	16,00
	Median	6,00	5,00	8,00	11,00	5,00	10,00	4,00	6,00
P	0,005*	0,027*	0,002*	0,004*	0,632	0,009*	0,003*	0,081	

Tablo 4.7'e istinaden belirtebiliriz ki, CTQ-28 alt ölçeklerinden cinsel istismar hariç hepsinde çalışma durumuyla ilgili anlamlı fark görülmektedir (p=0,005; 0,027; 0,002; 0,004). HAD'ın depresyon alt ölçeği ile katılımcıların çalışma durumu arasında anlamlı fark görülmektedir (p=0,003).

Tablo 4.8. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin katılımcıların gelir düzeylerine göre incelenmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks
<3000	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
	Maximum	17,00	17,00	18,00	20,00	9,00	15,00	14,00	14,00
	Range	12,00	12,00	13,00	15,00	4,00	12,00	14,00	14,00
	Median	6,00	5,00	8,00 ^b	11,00 ^b	5,00	10,50 ^b	3,00 ^b	6,00

Gelir	3001-5000	Minimu	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
		Maximu	19,00	20,00	16,00	19,00	19,00	15,00	20,00	16,00
		Range	14,00	15,00	11,00	14,00	14,00	12,00	20,00	16,00
		Median	6,00	5,00	8,00 ^b	10,00 ^b	5,00	10,00 ^b	4,00 ^b	6,00
	5001-7000	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	8,00	,00	,00
		Maximum	9,00	9,00	9,00	15,00	5,00	15,00	17,00	12,00
		Range	4,00	4,00	4,00	10,00	,00	7,00	17,00	12,00
		Median	5,00	5,00	6,00 ^a	9,00 ^{ab}	5,00	14,00 ^a	3,00 ^b	3,50
	>7000	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
		Maximum	21,00	12,00	22,00	24,00	5,00	15,00	6,00	10,00
		Range	16,00	7,00	17,00	19,00	,00	12,00	6,00	10,00
		Median	5,00	5,00	6,00 ^a	6,00 ^a	5,00	15,00 ^a	1,00 ^a	3,50
	p	0,069	0,602	0,043*	0,044*	0,062	0,001*	0,024*	0,117	

Tablo 4.8'e göre katılımcıların gelir düzeyi ile CTQ-28'in alt ölçeği olan duygusal, fiziksel ihmal ve HAD ölçeğinin depresyon alt ölçeği arasında anlamlı fark görülmektedir (p=0,044; 0,043; 0,024).

Tablo 4.9. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin katılımcıların kaç çocuk sahibi olması açısından değerlendirilmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks	
Çocuk sayısı	hiç yok	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
		Maximum	19,00	20,00	18,00	19,00	19,00	15,00	20,00	16,00
		Range	14,00	15,00	13,00	14,00	14,00	12,00	20,00	16,00
		Median	6,00	5,00	6,00 ^b	9,00 ^b	5,00	13,00	2,00	5,00
	tek çocuk	Minimum	5,00	5,00	5,00	6,00	5,00	5,00	,00	,00
		Maximum	11,00	6,00	14,00	18,00	6,00	15,00	8,00	13,00
		Range	6,00	1,00	9,00	12,00	1,00	10,00	8,00	13,00
		Median	5,00	5,00	7,00 ^b	9,00 ^b	5,00	12,00	3,00	4,00
	2 ve üzeri	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
		Maximum	21,00	12,00	22,00	24,00	5,00	15,00	17,00	16,00
		Range	16,00	7,00	17,00	19,00	,00	12,00	17,00	16,00
		Median	6,00	5,00	10,00 ^a	15,00 ^a	5,00	10,00	4,00	6,00
	p	0,546	0,745	0,000*	0,002*	0,119	0,079	0,286	0,452	

Tablo 4.9'da görüldüğü üzere çocuk sayısı ile fiziksel ve duygusal ihmal arasında anlamlı fark olduğu saptanmaktadır (p=0,000; 0,002).

Tablo 4.10. CTQ-28 ve HAD ölçeklerinin katılımcıların sağlık sorunu açısından incelenmesi

		Duy_İs	Fiz_İs	Fiz_İh	Duy_İh	Cin_İs	Min	Depr	Anks
v a r	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	,00	,00
	Maximum	21,00	20,00	22,00	24,00	9,00	15,00	20,00	16,00
	Range	16,00	15,00	17,00	19,00	4,00	12,00	20,00	16,00
	Median	6,00	5,00	9,00	14,00	5,00	9,00	3,00	4,50
Sağlık Sorunu y o k	Minimum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	,00	,00
	Maximum	17,00	17,00	15,00	19,00	19,00	15,00	14,00	14,00
	Range	12,00	12,00	10,00	14,00	14,00	10,00	14,00	14,00
	Median	5,00	5,00	6,00	7,50	5,00	13,00	3,00	6,00
	P	0,346	0,868	0,000*	0,000*	0,143	0,001*	0,586	0,465

Tablo 4.10'da da görüldüğü üzere MS hastası olan ve sağlık sorunu olmayan kişilerin duygusal ve fiziksel ihmal açısından aralarında anlamlı bir fark görülmektedir ($p=0,000$; $0,000$). Diğer CTQ-28 alt ölçekleri ve HAD ölçeğinin hastalıkla arasında hiç bir anlamlı fark görülmemektedir ($p>0,005$).

İlaveten maddeler arası korelasyona ve örneklem sayısının yeterliliğine de bakılmış ve sonuç olarak maddeler arasında iyi bir korelasyon olduğu (Bartlett's Test of Sphericity; $p<0,05$) ve örneklem sayısının yeterli olduğu ($K.M.O.>0,07$) bulunmuştur.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmamızın temel amacı MS hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ortaya çıkarılması ve bu olumsuz yaşantıların hastalık üzerinde ne denli etki ettiğini araştırmaktır. MS hastalığı aşamalı olarak ilerleyen ve kişinin merkezi sinir sisteminin beyaz maddesine yapılan otoimmün bir saldırı sonucu ortaya çıkan hastalıktır. Bu hastalıkla ilgili daha çok bilgi almak amacıyla pek çok araştırmalar ve deneyler yapılmıştır. Hastalık üzerine yapılan çalışmalara son zamanlarda hastalığa etki edebilecek psikiyatrik bozukluklar ve psikolojik olarak meydana gelebilecek sorunlar da ait edilmektedir. Bu nörolojik bozuklukta her zaman olmasa da genel olarak aşamalı bir şekilde motor işlev bozuklukları ve bunun üzerine engellilik durumları söz konusu olabilmektedir. Kişinin bu gibi problemlerle başa çıkması oldukça zor olmanın yanı sıra, onun psikolojisine bağlı olarakta değişiklik göstermektedir. Şöyle ki, hayatta her zaman zorlukla baş edebilme durumu kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bu da şahsın psikolojisinden ve o yaşa kadar süregelen yaşanmışlıklarına bağlıdır. Hayatımızın genel yaşamımıza yön veren ve bizi biz yapan en önemli dönemi ise çocukluk çağı dönemidir. Freud'a göre bir insanın ruh sağlığını incelediğimizde bakmamız gereken en önemli yerler çocukluk çağı yaşantılarıdır. Dinamik terapistlerin de her zaman desteklediği düşüncelerden biri budur.

Yani genel olarak bakacak olursak, psikiyatrik rahatsızlıklar MS hastalığının en yaygın olan ve tedavisi sırasında ilk düzeltilmesi gereken rahatsızlıklardandır, çünkü hastalığın seyri ve hastanın hastalıkla başa çıkmasına en çok etki eden faktörlerdendir. Aynı zamanda MS ile ilgili yapılan bir çok araştırmada hasta bireylerin psikolojisi ve hastalığın psikopatolojisi arasındaki anlamlı ilişkilerin bulunması çocukluk çağı travmatik yaşantıların hastalığa ve hastalığın oluşmasında negibi bir etki sağladığı veya aralarında anlamlı bir ilişkinin olup olmaması dikkatimizi çekmiş ve bu araştırmayı yapmamıza vesile olmuştur. (Marrie, et al., 2015)

MS hastalığı ile psikolojinin özellikle de son dönemlerde kesiştiği bir çok çalışma mevcuttur. Hatta hastalığın kişide kendi bağışıklık sisteminin kendi sinir sistemine saldırması gibi esas var oluş şekli de psikanalizin kendini yıkım gibi

kuramsal bakış açısına dair özelliklerle de karşılaştırması yapılmaktadır. İlaveten bazı çalışmalarda MS hastalığının bireyselleşmeye meyli eden yüksek gelirli ülkelerde daha fazla olmasına, erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görülmesine, enfeksiyon kaynaklı olmayan kendi kendine bağışıklık sistemi hastalığı olmasına ve bir çok araştırmacının hastalarla yaptığı görüşmeler sonucunda yapmış olduğu çıkarımlarına dayanarak MS hastalığı ile ilgili psikanalitik çalışmalar yapılmış ve bağımlılık ihtiyacı, bireyselleşme gibi kişinin yaşamında yer alan önemli konular MS nedenleri olabilecek ihtimaller olarak ele alınmıştır.

Gökyüzü gibi bir şey bu çocukluk, hiçbir yere gitmiyor. Ünlü türk şairi Edip Cansever'in yazmış olduğu bu dizeler bizlere çok şey anlatmaktadır. Gerek kronik nörolojik açıdan rahatsızlık olarak geçen MS hastalığı, gerekse de tüm diğer hastalıklar hepsi bir gökyüzü misali bizlerle beraber gelen çocukluğumuzdan kaynaklı yaşantılarımıza bağlı olarak oluşmakta veya gelişmektedirler.

Literatürde MS hastalarının ayrılma-bireyselleşme gibi çocukluk dönemine ait önemli psikolojik süreçte sorun yaşadığına dair bir çok çalışma vardır. Mahler'e göre bebek doğduğu andan itibaren fizyolojik açıdan olduğundan da fazla psikolojik açıdan bakıma muhtaçtır, belirli yaşa geldiğinde ise ayrılma ve bireyselleşme dediğimiz psikolojik büyüme dönemini sağlıklı bir şekilde geçirmesi gerekmektedir. Bazı ebeveynlerde çocuklar ya hiç bakım görmeden ihmale uğratılmış erken ayrılma yaşamıştır, ya da aşırı bağlanma sonucunda ayrılma ve bireyselleşme dönemini hiç yaşamamıştır. Her iki durum sağlıksız olarak ele alınmaktadır. Ve yukarda da belirtildiği üzere bir çok çalışmada MS hastalarında bağımlılık ihtiyacı oldukça fazla olarak bulunmaktadır. Horrower'in 61 MS hastası, 100 sağlıklı birey ve 200 diğer psikopatolojik sorunlara sahip kişilerle yapmış olduğu çalışmada MS hastalarının daha fazla bağımlılık ihtiyacına sahip oldukları saptanmıştır. (Horrower, 1950, akt. VanderPlate, 1984). Bu bilgilere ek olarak Freud'un nesne kaybı sorunsalının kadınlarda daha fazla olması ve MS hastalığının da erkeklere oranla kadınlarda daha sık rastlanması olasılıkları da ihtimal olarak belirtilebilir. Tüm bu sorunların temel kaynağının çocukluk çağı yaşantıları olması durumu da kaçınılmazdır.

Sonuç itibarile araştırmamızda 45 yaş üstü bireylerin kendisinin çocukluk çağında duygusal ve fiziksel açıdan ihmale uğratıldığını düşünmesine, çok az geçmiş dönem sayılsa da bundan önceki dönemlerde ebeveynlerin çocuklarla az zaman geçirmesi veya ailelerin hep çok sayıda bireylerden oluşması, geniş aile yapısına sahip olması durumu sebep olarak gösterilebilir. Çocukluk çağı travmalarının bireyin

hayatının her alanında etki ettiğini çalışmamız boyunca görmekteyiz. ÇÇRT'sı belki MS hastalığının kesin sebebi olarak bulunmaya bilir, hatta ölçeklere bağlı olarak sonuçlarda çıkan neticelere göre hastalığın yaranmasına etki etmiş olmaya da bilir, lakin bu çalışma boyunca hastalarla görüşmeler yaptığım zaman onların her birinin nedimli psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını görmekteydim. İhmal diye belirttiğimiz, belki de çoğumuzun dikkat etmediğimiz çocukluk çağı travmatik yaşantı türü evladımızın her anlamda hayatını zorlaştırabilmektedir. Hayat geç kalmaya asla mücade etmez, geçip giden zamanın telafisi ise yoktur. Katılımcılara vermiş olduğum sözden ötürü detaylı olarak anlatmam etik kurallara aykırı olacaktır, lakin çocukluk çağı travmatik yaşantılarının insanın psikolojik olarak ayakta duramamasına tesirini ben bu çalışmam boyunca çok net bir şekilde görmekteydim. Fiziksel yaralar belki uzun süre geçse bile iyileşebilir, ama duygusal ve psikolojik yaraların iyileşmesi oldukça zordur ve hatta bazen imkansız da diyebiliriz. Biz çocuklarımızın hep fiziksel yönlerini önemsemekten artık vazgeçmeliyiz, bazen ebeveynlerin farklı şekillerde söylemeden ve direk eyleme sunmadan sevgi göstermeye çalıştıklarını, kolayca yapılabilecek bir eylemi daha da zorlaştırdıklarını görüyoruz, lakin çocukların direk söylenen sevgi ve şefkat sözlerine, bunun yanı sıra da yapılan sevgi ve şefkat eylemlerine ihtiyaçları vardır. Umarım bu çalışmamız MS hastaları da dahil olmakla tüm çocukluk çağı travmaları yaşayıp şu anda bundan kaynaklı sağlık sorunları olan insanların hayatına az da olsa etki eder. Tüm bu araştırma sonucunda elde edilen neticelere istinaden şu öneri de buluna biliriz: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmasına ilişkin MS hastalarıyla daha fazla çalışmalar yapılmalı ve hastanın stresle başa çıkması hastalığın gidişatı açısından önemli olduğu için ve her hastanın da bu beceriyi geliştiremediğinden mutlak surette hastaların psikolojik destek alarak tedavi edilmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

- Akbaş, S., Turla, A., Karabekiroğlu, K., Şenses, A., Karakurt, M.N., Taşdemir, G.N., Böke, Ö. (2009). Adli makamlarca çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların, istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. *Adli Bilimler Dergisi*, 24-32.
- Akman-Demir, G. (2012). Multipl Skleroz Tedavisi. *Klinik Gelişim*, 65-70.
- Aksel, Ş., Yılmaz Irmak, T. (2005). Review of child abuse and neglect literature in Turkey. *Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect*.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 95- 119.
- Alp, R., İlhan-Alp, S., Plancı, Y., Yapıcı, Z., Türk-Börü, Ü. (2012). The Prevalence Of Multiple Sclerosis In The North Caucasus Region Of Turkey: Door-To-Door Epidemiological Field Study. *Archives of Neuropsychiatry*, 272-275.
- Aral, N., Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*. 152-5
- Armağan, E. (2007). Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. *New Symposium Journal*, 170-173.
- Avcı, FD. (2006). 'Multiple skleroz hastalarında alt ekstremite duyu değişikliklerinin denge üzerine etkisi'. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bahar, G., Savaş, H. A., Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, , 51-65.
- Baker, AW., Duncan, SP. (1985). Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl*, 457-467.
- Balcer, L, J. (2006). Optic Neuritis. *New England Journal of Medicine*, 1273–1280.
- Ballı, Ö. (2010). 'Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesine Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi'. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana.
- Bonhomme, GR., Waldman, AT., Balcer, LJ. (2009). Pediatric optic neuritis: brain MRI abnormalities and risk of multiple sclerosis. *Neurology*, 55-58.
- Boz, C. (2009). Multipl Skleroz'da klinik bulgular ve semptomlar. *Türkiye Klinikleri J. Neur*, 9-14.
- Bradley, W., Daroff, R., Fenichel, G., Jankovic, J. (2004). Neurology in Clinical Practice Principles of Diagnosis and Management. *Fourth Edition*, 1631- 1664.
- Cankur, S., Kırımsoy, E., Şekercioğlu, G., Özkol, H., Yıldırım, E., Erdoğan, N., Sav, C., Dülger, K., Tekeoğlu, M., Mısırlıoğlu, İ., Demircan, T., Erbaş, R. (2012). Çocukların ev içinde yaşadıkları şiddet araştırması. *İstanbul: Genç Hayat Yayınları*.
- Chia, Y., W. Fowler, C. J., Kamm, M. A., Henry, M. M., Lemieux, M. C., Swash M. (1995). Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. *Journal of Neurology*, 105–108.
- Chiaravalloti, N. D., Deluca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 1139–1151.
- Cordonnier, C., De Seze, J., Breteau, G., Ferriby, D., Michelin, E., Stojkovic, T., Vermersch, P. (2003). Prospective study of patients presenting with acute partial transverse myelopathy. *Journal of Neurology*, 1447– 1452.

- Cotsapas C., Mitrovic M., Hafler D. (2018). Multiple sclerosis. In Neurogenetics, Part II Elsevier B.V, 723–730.
- Çömez-Yılmaz N. (2006). "MS ve Otoimmünite". Tıpta Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Demirci, S. (2009). Multipl Sklerozda Semptomatik Tedaviler. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 2(2). 91–96.
- Eraksoy, M. (2011) Düünden Bugüne, Multipl Skleroz'da Hastalık Sürecini Kontrol Eden Tedaviler. *Nöro-Psikiyatri Arşivi*, 46–55.
- Eraksoy, M., vd. (2013). *Nöroloji Temel Kitabı. 1. Baskı*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Erkman, F. (1999). Çocukların duygusal ezimi. Çocuk İstismarı ve ihmali. 2. Baskı. *Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği*, Ankara, 127-134.
- Friedrich, W.N., Fisher, J.L., Dittner, C.A., Acton, R., Berliner, L., Butler J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreat*, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11217169/>
- Gelfand, J. M. (2014). Multiple sclerosis : diagnosis, differential diagnosis, and clinical presentation. In *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24507522/>
- Gerson, R. ve Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 137-143.
- Glaser, D. *Child Sexual Abuse. In: Rutter M, Taylor T, eds. Child and Adolescent Psychiatry, 4nd ed.* (2002). Massachusetts: Blackwell Publishing Company.
- Gökler, I. (2002). Child Abuse And Neglect: Effect of Early Stress On Neurobiological Development. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 47-57.
- Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 47-76.
- Grossman, R.I., Barkhof, F., Filippi, M. (2000). Assessment of spinal cord damage in MS using MRI. *J. Neurological Sciences*, 3-9.
- Hancı, İ.H. (2002). Adli Tıp ve Ali Bilimler 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Herman, J.L. (2011). Travma ve iyileşme. Tosun T. (çev.) 1. Baskı, İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 436- 442.
- Johnson, C F. (2000). Abuse and Neglect of Children. Behrman RE, -Kliegman RM, -Arvin AM (eds), in: *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16th ed. Philadelphia: WB Saunders.
- Jonsson, B., Von Reis, G., Sahlgren, E. (1951). Experience of ACTH and cortisone treatment in some organic neurological cases, *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica. Supplementum*, 60–65.
- Julia Métraux. (2021, February). Study: Childhood Trauma May Impact Development of Multiple Sclerosis, from <https://www.verywellhealth.com/study-childhood-trauma-could-affect-multiple-sclerosis-5111347>
- Kabat, E. A., Moore, D. H., Landow, H. (1942). An Electrophoretic Study Of The Protein Components In Cerebrospinal Fluid And Their Relationship To The Serum Proteins. *Journal of Clinical Investigation*, 571–577
- Kampman, M.T., Brustad, M. (2008). Vitamin D: a candidate for the environmental effect in multiple sclerosis - observations from Norway. *Neuroepidemiology*.

- Kanbur, N., Akgül, S. (2010). Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 491-502.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1214- 1222.
- Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 140-151.
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*, 378-385.
- Kindsvatter, A. ve Geroski, A. (2014). The impact of early life stress on the neurodevelopment of the stress response system. *Journal of Counseling & Development*, 472-480.
- Leray, E., Moreau, T., Fromont, A., Edan, G. (2015). Epidemiology of multiple sclerosis. *Revue Neurologique*, 3-13
- Lublin, F. D., Reingold, S. C. (1996). Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. *Neurology*, 907-911.
- Lublin, F.D., Miller, A.E. (2008). Multipl Skleroz ve Santral Sinir Sisteminin Diğer Demiyelinizan Hastalıkları. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J (eds.). in: . *Neurology in Clinical Practise*. Kurne A. (çev), 5. Baskı. İstanbul, Veri Medikal Yayıncılık, 1583-1605.
- Lynch, M.A., Saralidze, L., Gogvadze, N., Zolotor, A. (2008). National study on violence against children in Georgia.
- Maglione, P. J. (2016). Nineteenth Century Neurologists, and Twentieth Century Immunotherapy: The Eccentric History of Multiple Sclerosis. *Einstein Journal of Biology and Medicine*, 73
- Marrie, R. A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P. S., Reider, N. (2015). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 305-317
- May-Chahal, C., Cawson, P.(2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*, 969- 984.
- McDonald, I., Compston, A. (2006). The symptoms and sign of multiple sclerosis. in: *Compston A Ed., McAlpine's multiple sclerosis. 4th ed.* (s. 287-346). Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Miller AE, Lublin FD, Coyle PK. (2003). *Multiple sclerosis in clinical practice. 1st ed.* (s. 1-217). London and New York: Martin Dunitz.
- Minden, S. L., Frankel, D., Hadden, L., Perloff, J., Srinath, K. P., Hoaglin, D. C. (2006). The Sonya Slifka Longitudinal Multiple Sclerosis Study: methods and sample characteristics. *Multiple Sclerosis Journal*, 24-38.
- Mirza, M. (2002). Multipl Sklerozun Etyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Erciyes, Medical Journal*, 40- 47.
- Murray, T. J. (2006). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *J Epidemiol.*
- Mutlu, M. ve Akman-Demir, G. (2008). Multipl Skleroz Tanısında Tarihsel Gelişim ve Son Durum. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45/1-5.
- Nimkin, K., Kleinman, P.K. (2001). İmaging of child abuse. *Radiol Clin North Am*, 843-864.

- O'Connell, M. E., Boat, T. ve Warner, K. E. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities (Vol. 7), *National Academies Press, Washington, DC*.
- O'Connor, P. (2002). Key Issues In The Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis:An Overview. *Neurology*, 1-32.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö., Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3-22.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A.K., Kahiroğulları, E.K., Aktaş, E.A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.
- Özen, N.E., Şener, Ş. (1997). Çocuk ve Ergende Cinsel İstismar. *İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 473-491.
- Pelendecioğlu, B., Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 49-62.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gómez-Benito, J. (2009) The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*, 331- 342.
- Polat, O. (2002). Çocuk Hakları Nedir?", *İstanbul: Analiz Yayınları*, 2002, ss. 5-39.
- Polat, O. (2001). Çocuk ve Şiddet. *İstanbul: Der Yayınları*, 38-76.
- Polat, O. (2004). Klinik Adli Tıp. *Ankara: Seçkin Yayıncılık*, 85-131.
- Polat, O. (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Önleme ve Rehabilitasyon. *Ankara: Seçkin Yayıncılık*, 257-273.
- Polman, C.H., Thompson, A.J., Murrat, J.T. (2006). Multiple Sclerosis: The guide to treeatment and management. *New York, Demos Medical Publishing*.
- Pressel, D.M. (2000). Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician*, 3057- 3064.
- Pugliatti, M. (2006). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology*, 700-722.
- Rivers, T. M., Schwentker, F.F. (1935). Encephalomyelitis accompanied by myelin destruction experimentally produced in monkeys. *The Journal of Experimental Medicine*, 689-702.
- Runyan, K.M. (2002). *Child abuse and neglect by parents and othercaregivers*.
- Sadovnick, A. (1999). Genetic counselling in multiple sclerosis: risks to sibs and children of affected individuals. *Clinical Genetics*, 118- 122.
- Santos, J.C. (2006). Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med*, 300-303.
- Stankiewicz, J.M. (2011). Brain MRI lesion load at 1.5T and 3T versus clinical status in multiple sclerosis. *J Neuroimaging*, 50-56.
- Şar, V., Öztürk, E., İkikardes, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 1054-1063.
- Şar, V. ve Köroğlu, E., Güleç, C. (drl.). (1998). Kötüye Kullanım ve İhmalle ilişkili Sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt.2, Ankara: Hekimler Yayın Birliği*.
- Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 82-86.

- Tanık, N. (2006). *Multiple Skleroz'da depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi*. Uzmanlık Tezi. Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Van.
- Terzi, M., Ünal Akdemir, M. (2011). *Multipl Skleroz'un Orta Karadeniz bölgesindeki prevalansı ve hastaların demografik özellikleri*. Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun.
- Terzi, M. (2005). Multiple Skleroz hastalarında beyin omurilik sıvısı total tau protein düzeyi ve difüzyon ağırlıklı beyin magnetik rezonans görüntüleme ile olan ilişkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı*, Samsun.
- Tıraşçı, Y., Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 70-74.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 76-80.
- Turan, Ö. F. (2009). Klinik İzole Sendromlar. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 15-21.
- Türk Pediatri Arşivi, *Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi*, 47/2
- Türk Pediatri Arşivi, *Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması*, 47-56.
- Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010)*. UNICEF.
- Ünal, A., Emre, U. (2009). Multipl Sklerozda Atak Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*, 75-80.
- Ünal, A., Mavioğlu, H., Emre, U. (2016). Multipl Skleroz. *Multipl Skleroz Tanı Ve Tedavi Kılavuzu*, İstanbul, Galenos Yayınevi, 1-14.
- Üstün, E. (2008). *Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas.
- Vanderplate, C. (1984). Psychological aspects of multiple sclerosis and its treatment: toward a biopsychosocial perspective. *Health Psychology*, 253-272.
- Wallace, Edwin, R. (1994). *Dinamik Psikiyatri (Kuram ve Uygulaması)*. Çev.: Hakan ATALAY, Eylül Yay., İstanbul.
- Wattjes, M.P., Barkhof, F. (2009). High field MRI in the diagnosis of multiple sclerosis: high field-high yield?. *Neuroradiology*, 279-292.
- Willer, C. J., Dymont, D. A., Risch, N. J., Sadovnick, A. D., Ebers, G. C. (2003). Twin concordance and sibling recurrence rates in multiple sclerosis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 12877- 12882
- World Health Organisation (WHO), 2010.
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord*, 41-48.
- Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri poliklinigine basvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yasantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 140.
- Yaşar, Z.F., Akduman, G.G. (2007). Çocuk ihmali-istismarı ve adli dış hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 389-394.
- Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 295-298.

Yurdakök, K., İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 423-433.

Zolotor, A.J., Runyan, D.K., Dunne, M.P., Jain, D., Péturs, H.R., Ramirez, C. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument developmentand multi-national pilot testing. *Child Abuse Negl*, 833-841.



