

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Eren FIÇICI

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE
OBSESYON DÜZEYLERİNİN 40 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSKİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem Mestçioğlu

İSTANBUL, 2022

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Eren FIÇICI
(172005256)

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE
OBSESYON DÜZEYLERİNİN 40 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSKİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Mestçioğlu

İSTANBUL, 2022

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Eren FIÇICI

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE
OBSESYON DÜZEYLERİNİN 40 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSKİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih : 20/01/2022

Tez Danışmanı: Dr. Öğr.Üyesi Özlem Mestçioğlu

Diğer Juri Üyeleri:

Dr. Öğr. Üyesi Pınar Arslantürk/İstanbul Okan Üniversitesi

Dr. Alişan Burak Yaşar/Gelişim Üniversitesi

İSTANBUL, 2022

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin ilk anından beri her zaman destek vermiş danışman hocam sayın Dr. Özlem Mestçioğlu'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgileri ile bana her zaman ışık tutan sayın Dr. Görkem Gökçelioğlu'na,

Sürecin her bir noktasında yardım eden ve beni cesaretlendiren sayın Nöropsikolog Beyza Sevim'e;

emekleri ve sabırları için sonsuz teşekkür ederim.

Yaşadığım tüm aksaklıklarda yanımda olan aile ve arkadaşlarıma da ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SEMBOLLER	vii
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Çocukluk Çağı Travmaları	
4	
2.1.1 Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri	6
2.1.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları	10
2.1.3 Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı ve Belirtileri	11
2.1.4 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı	12
2.1.5 Çocukluk Çağı İstismar ve İhmaline Neden Olabilecek Risk	
Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	15
2.1.6 Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Aile ve Ebeveyn	
Özellikleri	16
2.1.7 Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Çocuğa Ait	
Özellikler	18
2.1.8 Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Toplum Özellikleri	19
2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk	21
2.2.1 Tanım ve Tarihçe	21
2.2.2 Psikososyal kuramlar	25

Davranışçı model	25
Psikanalitik teori	26
2.2.3 OKB ve Genetik Çalışmalar	28
2.2.4 Obsesyon Tipleri	28
2.2.5 Kompulsiyon Tipleri	29
Temizlik Kompulsiyonları	30
Kontrol Etme Kompulsiyonları	30
Düzenleme Kompulsiyonları	30
Tekrarlama Kompulsiyonları	30
Sayma Kompulsiyonları	30
Dokunma Kompulsiyonları	31
Biriktirme Kompulsiyonları	31
2.2.6 Epidemiyoloji	31
2.3. Bilişsel Bütünlüğü ile OKB	36
2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar	40
2.4.1 Kardiyovasküler Hastalıklar Tanımı	40
2.4.2 Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri	41
2.4.3 Risk Faktörleri	42
Tütün ve Tütün Ürünleri	44
Hipertansiyon	44
Diyabet	45
Hiperlipidemi	45
Obezite	46
Aile öyküsü	46
Yaş ve Cinsiyet	46
Stres	47
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1 Araştırmanın Yöntemi	48
3.1.1 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	48
3.1.2 Veri Toplama Araçları	48
3.1.3 Verilerin Analizi	51
BÖLÜM 4. BULGULAR	53

BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇ	69
5.1 Tartışma	69
5.2 Sonuç ve Öneriler	74
KAYNAKLAR	76
EKLER	87
EK-A	87
EK-B	89

ÖZET

‘ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE OBSESYON DÜZEYLERİNİN 40 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSKİ AÇISINDAN İNCELENMESİ’

Bu araştırma, 40 yaş üstü, kardiyovasküler tanı almış bireylerin, çocukluk çağı travmaları ve obsesyon düzeylerinin arasındaki ilişkiyi araştırması amaçlanmaktadır. Araştırmaya İstanbul’da yaşayan; toplamda 442 kişi; 40 yaş ve üstü birey katılım sağlamıştır. Katılım sağlayan kişilere Sosyo-demografik bilgi formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği’nin Türkçesi 2.0 (CTQ) verilmiştir. İlişkisel tip araştırma modeli uygulanan bu çalışmada; çocukluk çağı travması yaşayan kişilerin obsesyon düzeylerinin kardiyovasküler hastalık arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Verilerin elde edilmesinde normallik dağılım testlerinden Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup analiz sonucunda normallik varsayımları sağlandığından parametrik testlerden faydalanılmıştır. Kare ilişki testi, bağımsız örneklem t testi, One-way ANOVA testi sonucu kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Kardiyovasküler tanı almış olmanın; obsesyon puanları ve çocuk çağı travmaları arasındaki bağın anlaşılması için yapılmış bu çalışmanın sonucunda; çocukluk çağı travmaları ve kardiyovasküler hastalık tanısı almış olmak arasında anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Aynı zamanda; çocukluk çağı travmaları ve kardiyovasküler hastalık tanısı almış olma arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak; obsesyon puanı ve çocukluk çağı travmalarının direkt olarak kardiyovasküler tanı alma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler:Obsesyon, kardiyovasküler hastalık, çocukluk çağı travmaları
Tarih :

ABSTRACT

INVESTIGATION OF CHILDHOOD PSYCHIC TRAUMAS AND OBSESSION LEVELS IN TERMS OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK IN PEOPLE OVER 40'

In this study, it was aimed to examine the relationship between having cardiovascular diagnosis, obsession scores and childhood traumas of people who are 40 years and older. 442 people who live in Istanbul participated in the study. Demographic information form, Yale Brown OCD Self Scale and Childhood Trauma Questionnaire were given to participants. Relational type model was used for this study to examine the relation between having cardiovascular diagnosis, obsession scores and childhood traumas of people who are 40 years and older.

In this study, relation between having cardiovascular diagnosis and childhood trauma scores were found significant. Also a significant relation between having cardiovascular diagnosis and obsession score was found. But the results show that the obsession score and childhood traumas has no significant effect on having cardiovascular disease.

Key words: Obsession, cardiovascular disease, childhood traumas

Date:

SEMBOLLER

$\bar{X}$: Ortalama
SS. : Standart sapma
Sd. : Serbestlik Derecesi

KISALTMALAR

- DSM-5** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ (LIST OF TABLES)

	<u>SAYFANO</u>
Tablo 1 Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 2 Kişilerin Ruhsal Sağlık Sorunlarına Ait Dağılım	55
Tablo 3 Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 4 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normallik Dağılımı Analizi	57
Tablo 5 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 6 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Cinsiyetler Arasında Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 7 Kişilerin Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Grafiği ve Karşılaştırılması	60
Tablo 8 Kişilerin Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Grafiği ve Karşılaştırılması	61
Tablo 9 Kişilerin Çalışma durumu ile Kardiyo Vasküler Hastalık Arasındaki İlişki Analizi	62
Tablo 10 Kişilerin Ruhsal Hastalık Sorunu ile Kardiyo Vasküler Hastalık Arasındaki İlişki Analizi	63
Tablo 11 Kişilerin Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 12 Kişilerin Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 13 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeklerinin Korelasyon Analizi	64
Tablo 14 Çocukluk Çağı Travma ve Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi	65
Tablo 15 Çocukluk Çağı Travma ve Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi	66
Tablo 16 Çocukluk Çağı Travma ve Obsesyon Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi	66
Tablo 17 Çocukluk Çağı Travma ve Kompulsiyon Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi	67
Tablo 18 Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi	67

BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk döneminde yaşanabilen travmatik durumlar; kişilerin fiziken veya ruhen karşı koyamayacağı negatif durumun içerisinde kalması, cinsel saldırganlığa maruz kalması, bakım verenlerinin ölümü, anne baba ayrılıkları, mecburi ülke ya da şehir değişiklikleri, fiziksel şiddeti görmeye mecbur kalması, depresyon, yangın vs. gibi yıkımlarla karşılaşması olarak açıklanmaktadır (Herman, 2011; akt. Helvacı-Çelik ve Hocaoglu, 2018). 18 yaş öncesi çocukluk olarak kabul edilen süreç içerisinde görülebilen bu travmatik durumların çocuğa gelişimsel süreçte etki ettiği her bir davranış biçimi bu tanımın içerisine girmektedir (Karaman-Kepenekçi, 2001).

Kardiyovasküler hastalıklar kalp ve damar rahatsızlıkları olarak bilinmektedir ve birçok insanın hayatını kaybetmesine neden olan ciddi rahatsızlıklardır. Ölüm ile sonuçlanan hastalıkların %31'lik bir oranını kalp ve damar rahatsızlıkları oluşturmaktadır (akt. Erdoğan, 2017). Hatta kardiyovasküler hastalıkların mortaliteye en çok sebep olan hastalık grubu olduğu görülmüştür (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmaya göre ise; 45-74 yaş arasındaki bireylerde kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle ölüm Avrupa ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır (Onat ve diğerleri, 2014). Kişinin beslenme alışkanlıkları, genetik yatkınlık, stres algısı gibi faktörler kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır. Özellikle yüksek stres algısı kalp ve damar hastalıkları için tetikleyici bir özelliktir. Negatif psikolojik durumlar kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda yaygın olarak görülmektedir. Şimdiye kadar, özellikle akut koroner sendrom (ACS) gibi büyük bir kardiyak rahatsızlık yaşayan hastalarda, kötü kalp sağlığı ile ilişkisi ve yüksek prevalansı göz önüne alındığında depresyon en çok bu popülasyonda dikkat çekmiştir (Celano ve ark., 2016).

Depresyonla birlikte, son zamanlarda oldukça yaygın olan ve sıklıkla depresyonla birlikte ortaya çıkan anksiyete ve bununla ilişkili bozukluklar (Örneğin obsesif kompulsif bozukluk) da depresyondan bağımsız olarak kardiyovasküler hastalığın seyrini etkileyebilecek başka önemli bir psikolojik yapı olarak ortaya çıkmıştır (Celano ve ark., 2016). Kardiyovasküler hastalıklar ve obsesyon seviyelerinin ilişkisini

inceleyen bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarının OKB olmayan kişilere kıyasla en az bir metabolik veya kardiyovasküler komplikasyona sahip olma olasılığı %45 daha fazla olduğu bulunmuştur (Isomura ve ark., 2018). Dahası incelemelerin sonunda 47 yaşlarındaki OKB kohortunun yarısından fazlasının, genel popülasyondaki kişilerin yaklaşık %35'i ile karşılaştırıldığında en az bir kardiyovasküler komplikasyon geliştirmesi beklenmektedir. Bu sonuçlar OKB hastalarında kalp ve damar sağlığını dikkatle izlemenin önemini vurgulamaktadır (Albert ve ark., 2013). Bunun yapılmaması durumunda OKB grubunda artmış kardiyovasküler morbidite ve mortalite sonuçları ile karşılaştırılabilir (Meier ve ark., 2016). Yapılan bir başka çalışmada OKB ile akut koroner sendromunun (ACS) depresyon komorbiditesi ve tedavisi ile birlikte uzun dönem prognozu arasındaki ilişki araştırılmıştır (Lee ve ark., 2019). Araştırma ACS'nin erken evresinde obsesyon düzeylerinin değerlendirilmesini önermektedir. Bulgular OKB tedavisinin, ACS'li hastaların uzun dönemli kardiyak sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir.

Yaşı 18'den küçük olan çocuklara yapılan her kötü davranış istismar veya ihmal olarak değerlendirilir. Bu davranışlar çocuğun zihinsel, fiziksel ve ruhsal olarak gelişimini olumsuz yönde etkiler (WHO, 2019). Travmaları yaşanan herhangi bir negatif hisse sebep olan durumlardan ayıran ise sağlıklı yaşama tehdit oluşturabilecek bir etkisinin olmasıdır (Karakaya & Coşkun, 2008). Yaşanılan bu durum içerisinde çocuk, dayanılması zor olan çaresizlik duygusunu hisseder. İçinde bulunulan bu durumun üstesinden gelmek için kullanılan savunma mekanizmalarının yeterli olmayacağı en zor durumlardan birisi bu çağlarda yaşanılanıdır (Şar, 1997). Yapılan bu davranışlarda yapan kişinin asıl arzusu önemli değildir; asıl durum çocuğun yaşanılan olayda içinde kaldığı durumdur (Bahar, Savaş ve Bahar, 2009). Genellikle ebeveynler veya bakım verenler kimseler tarafından maruz bırakılan bu his; çocuğun fiziken ve ruhen tehlike içerisinde kalmasına sebep olur (Taner ve Gökler, 2004)

Çocukluk döneminde hissedilen bu olumsuz etkenler, çocuğu çökkün duygudurum bozukluğuna yatkın hale getirir. (Green ve ark., 2010). Ülkemizde yapılan ve yaşları 12-17 arasında değişen çocuklarla gerçekleştirilen çalışmada %60'ı duygusal, %48'i bedensel, %8'i cinsel olarak istismar edildiği gösterilmiştir (Irmak, 2008). Ülkemizde

yapılan ve yaşları 12-17 arasında değişen çocuklarla gerçekleştirilen çalışmada %60'ı duygusal, %48'i bedensel, %8'i cinsel olarak istismar edildiği gösterilmiştir (Irmak, 2008). Yapılacak bu çalışmayla beraber çocukluk çağı travmalarının obsesyonel özelliklere sahip olmaya sebebiyet verdiği; bununla beraber kardiyovasküler hastalıklara sahip olma riskini arttırdığına yönelik bulgular aranmıştır. Bununla beraber önlemeye yönelik bulgulara da eklenmiştir.

Özetle, bu kapsamda yapılacak olan bu çalışmanın, çocukluk çağı travmaları ile obsesyon düzeylerinin 40 yaş üstü kişilerde kardiyovasküler hastalıklar riski açısından incelenmesi ile aradaki ilişkiyi anlamak ve buna dair önlemler almak açısından önemli olduğu düşünülmekte ve ilgili konulara dair bilgi eksikliğinin giderilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın ana hipotezleri şu şekildedir:

H1: 40 yaş üstü kardiyovasküler hastalık tanısı almış bireyler çocukluk çağı travma skorları kardiyovasküler hastalık tanısı almamış bireylere oranla daha yüksektir.

H2: 40 yaş üstü kardiyovasküler hastalık tanısı almış bireylerin obsesyon düzeyleri 40 yaş üstü tanı almamış bireyler oranla daha yüksektir.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

18 yaşının altındaki tüm bireyler çocuktur. Bu nedenle 18 yaş altında olan bireylere yönelik her türlü kasıtlı, tekrarlama niteliği olan insan davranışının çocukta fiziksel, ruhsal ve psikososyal gelişimi olumsuz etkilemesi tavrı; çocuk istismarı ve ihmal edilme tanımını oluşturmaktadır (DSÖ, 2006). Çocukluk döneminde fiziken, cinsel olarak veya ruhsal etki bırakabilecek; bütün negatif yaşantılar çocuk çağı travmaları olarak adlandırılır (WHO, 2016). Çocuğa bakım veren kimse veya çevresi tarafından bırakılabilecek bu etkiler travma tanımının içerisine girer (Tıraşcı ve Gören, 2007). Yaşanılan bu olayların sonucunda bireyin durumla başa çıkabilmesi imkansız hale gelir ve iz bırakabilecek bir duruma dönüşür (Şar, 1997).

Çocukluk çağı travmalarının terör, savaş, doğal afetler, aile içi şiddet, cinsel veya fiziksel istismar, ihmal gibi uzun süreli psikolojik ve fiziksel etkilere neden olan olay ve durumların sonucunda oluşmakta olduğu bilinmektedir (National Child Traumatic Stress Network, 2003). Yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, çocukluk çağı travmalarının psikopatolojik açıdan büyük bir risk olgusu olduğu görülmüştür (Teicher ve Samson, 2012, Jaffee, 2017, Newbury ve ark., 2018). Travmatik olaylara maruz kalan kişinin ilgili konuşmalardan, insanlardan, nesnelerden, yerlerden veya durumlardan kaçındığı; onlara travmayı hatırlatan öğelerden uzak durmayı yeğledikleri görülmektedir (Coates ve Gaensbauer, 2009). Oyuna veya diğer şeylere ilgileri genellikle azalmakta, yakın ilişkilerinden çekilme dikkat çekmektedir. Yaygın semptomlar arasında öfke nöbetleri, artan sinirlilik, uykuda huzursuzluk, sürekli uyanıklık durumu, konsantrasyon güçlüğü, abartılı irkilme tepkileri, artan fiziksel saldırganlık ve artan aktivite ifade edilmektedir (De Young ve diğerleri, 2011).

İhmal ve istismar, çocukluk çağı travmaları içerisinde geniş bir yer kaplamaktadır. Çocuğun, bir yetişkin tarafından ruhsal yahut fiziksel olarak zarar görmesi ve bu zararın ihtimal ve tehdidine maruz kalması sonucu oluşmaktadır. (Leeb ve ark., 2008). Çocuklara yönelik istismar ve ihmal; gerçekleşme sebebi, yöntemleri ve sonucunda ortaya çıkan bulgulara göre farklı tanımlara sahiptir. Disiplinler arası bir olgu niteliği

taşıyan çocuk istismarı ve ihlali, sosyal bakımdan değerlendirilirken çocuğun bakımı ile yükümlü olan bireyler ve onların tutumları ile; sağlık bakımından değerlendirildiğinde çocuğun bedeninde oluşmuş olan hasar ve bunun fiziksel getirileri ile, hukuki açıdan yapılan değerlendirmelerde ise suç ve masumiyet olgusunun emarelerine yönelik değerlendirmeler yapılmaktadır (Polat, 2001). Çocuğa yönelik istismar ve ihmal, çocuğun anne babası yahut bakımı ve eğitimi ile yükümlü bireylerin ya da tanımadığı herhangi yabancı bir bireyin çocuğa verdiği psikolojik yahut duygusal zararlar; sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen ve gelecek dönemde kalıcı izler bırakan tutumlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Güler ve ark., 2002). Bununla birlikte Enginer (2007), istismar ve ihmalin çocuğun sağlığına yönelik bir tehlike olduğunu ve yaşamı boyunca devam edecek sorunlara yol açabileceğini belirtmektedir. Çocuğun ihmal edilmesi, pasif bir tutum ve eylem iken istismar aktif bir eylem içermekte ve durumun istismar olarak kabul görmesinde önkoşul görevi görmektedir (Kara, 2004). Kötü muameleye maruz kalan çocuklar, genellikle kötü muamelenin etkilerini ayırmayı zorlaştırabilen diğer olumsuz deneyimlerden (örneğin, ebeveyn madde kullanımı, aile içi şiddet, yoksulluk) de etkilenmektedir (Rosen ve ark., 2018)

Diğer bir deyişle fiziki, ruhi yahut cinsel yönden çocuğa zarar verebilecek, toplumsal olarak yasaklanan ve kasıtlı olarak gerçekleştirilen olaylar çocuk istismarı iken; çocuğun elzem ihtiyaçlarının karşılanmaması dolayısı ile fiziki yahut ruhsal yönden gördüğü tüm zararlar pasif eylemler olarak nitelendirildiğinden ihmal olarak değerlendirilmektedirler. Bu ihtiyaçlara; yemek, eğitim, barınma, sağlık gibi temel ihtiyaçlar örnek verilebilir ve karşılamakla yükümlü bireyler ise çocuğun bakımı ile yükümlü kişilerdir (Şenkal 2015). Yeterli bakımın olmadığı; çocuk istismarı ve ihmalinin söz konusu olduğu durumlarda çeşitli psikolojik sorunlar dikkat çekmektedir. Kötü muamele, mağdurların tecrit, korku ve güvensizlik hissetmelerine neden olabilmekte ve bu da eğitim zorlukları, düşük özgüven, depresyon ve ilişki kurma ve sürdürmede sorun olarak yaşam boyu süren psikolojik sonuçlara dönüşebilmektedir (Cicchetti ve ark., 2016).

Türkiye’de yapılan bir çalışmanın sonucunda fiziki olarak istismara uğrayan çocukların sıklığı ortalama olarak %30-35’tir (Şahin, 2006). Cinsel travmaya maruz bırakılma

oranı yüzde 4 ile 18 arasındadır. Yaşları yedi ila on dört arasında olan kızların en çok ebeveynleri, akranları ve öğretmenleri tarafından fiziksel istismara uğramaktadırlar. Erkeklerde ise akranlar, öğretmenler, ebeveynler ve çevrelerce fiziksel istismara uğramaktadırlar (UNICEF, 2010). Yaşları üç ile on sekiz arasında değişen bir grup çocuğun dahil edildiği çalışmada; ortalama olarak %14'ünün fiziksel veya sözlü şiddetin bir çeşidine mutlaka maruz kaldıkları görülmüştür (Şahin, 2006).

2.1.1.Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Travma, ani olarak gerçekleşen ve bireyin fiziksel ya da ruhsal olarak zarar görmesini sağlayan, bireyi yaralayan veya sarsan her türlü olay şeklinde tanımlanır. Kelime anlamı olarak incelendiğinde travma, eski Yunanca'da yara, bıçak yarası anlamına gelmektedir (Ferenczi, 2018).

Terr (1991) psikolojik travmayı, bireyin beklemediği bir anda gerçekleşen bir ya da birden çok zarar verici dışsal olayın bireyin geçmişte deneyimleyip oluşturduğu merkezi başa çıkma ve savunma mekanizmalarının yetersiz kaldığı ve geçici bir süre çaresizlik duygusunun devamlılığını sağlayan olaylar olarak tanımlamıştır. Travma kavramının anlam alanının genişlemesi ilk kez 1870 yılında Fransa Prusya Savaşı sonrası görülmüştür. Savaştan dönen askerlerde gözlemlenen ruhsal farklılıklar, travmalarının psikolojik boyutunu göz önüne sermiş, psikolojik travmaların belirtilerini daha da gözlemlenebilir hale getirmiştir (Kokurcan ve Özsan, 2012).

Russel'in çalışmasına göre (2006), psikolojik travma bireyin gözle görülmeyen hem psikolojik hem fiziksel yaralarına verilen isimdir. Bireyin öznel olarak iyi olmayı tercih etmesinin sonucunda yıkıcı ve sarsıcı sonuçlar ortaya çıkar. Bireyin hem fiziksel hem ruhsal olarak iyileşmesi oldukça zaman alır.

Hobfoll, Tirone, Holmgreen ve Gerhart' a (2016) göre, psikolojik travma; hayatı ve öznel olarak iyi oluşa yıkıcı bir biçimde zarar veren, şiddetli, beklenmedik, nadiren gerçekleşen olaylar sonucunda bireyin sağlıklı bir şekilde hayatına devam edebilecek fiziksel ve ruhsal bütünlüğü tehlikeye atan olaylar sonrasında meydana gelmektedir.

Travmalar gündelik hayatın dışında olarak kavramsallaştırılrsa da her gün evinde fiziksel veya psikolojik şiddet gören bir kadın veya bir  ocuk için bu durum ne yazık ki gündelik hayatın alışılagelmiş bir deneyimi olarak görülüyor olabilir (Herman, 2019).

Yukarıda bahsedilen durumların dışında doğal afetler, terör, korku, çaresizlik, başarisızlık, çeşitli kazalar yaşanması veya bu olayların duygusal bağ kurulan, sevilen birinin başına gelmesi de travma oluşturabilir.

Dünyadaki ölümlerin %9-10'u travmaya bağlıdır ve her yıl 45 milyondan fazla insan travma kaynaklı orta ya da şiddetli sakatlıkla yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadır (WHO, 2010).

Bireyin yaşamının her döneminde gerçekleşebilecek olan travmatik durumlar, çocukluk  ağı travmalarını anlama sürecinde kilit kavram olarak ele alınabilir. Çocuklukta yaşanan travmalara kişisel sorunlar sebep olabileceği gibi deprem, yangın, sel gibi doğal afetler de sebep olabilir (van der Kolk, 2005).

DSÖ' ye (2006) göre çocuğa yönelik kötü muamele: 18 yaşını doldurmamış, her türlü gelişim evresinde ve her türlü sosyal ortamda gerçekleşebilen, çocuğun yaşamasına, sağlıklı bir psikolojiye veya fiziksel özelliklere sahip olmasına, gelişimine, özgüvenine zarar veren davranışlardır. Aynı zamanda ebeveyn ya da çocuğun bakımından sorumlu olan kişiler, aile  yeleri veya üçüncü şahışlar tarafından fiziksel ya da duygusal, cinsel, ticari amaçlı veya farklı şekillerde sömürülmesini içerir.

DSÖ  ocuğa yapılan istismar ve kötü davranışların tamamını; sorumluluk,  zg ven ve yetenekleri ile ilgili olan ve çocuğun gelişmesine, sağlıklı ve huzurlu bir şekilde yaşamını sürdürmesine engel olan veya zarar veren her türlü psikolojik kötü davranışı, içeren davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır. Bu tanımın içinde  ocuk ihmali ve çeşitli çıkarlar için çocuğun fiziksel veya psikolojik olarak kullanılması içeren davranışlar da yer almaktadır.

Çocukluk travmaları tanımı çocuğun bakımından sorumlu olan kişiler ya da ebeveynleri tarafından fiziksel, duygusal ve cinsel olarak istismar edilmesi; duygusal ve fiziksel olarak ihmale uğraması şeklinde tanımlanmaktadır.

Çocukluk  ağı travmaları incelendiğinde en sık karşılaşılan travma sebeplerinin cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, aile içi fiziksel ya da duygusal şiddet, zorbalık,

yetersiz maddi durumdan dolayı ortaya çıkan sorunlar, ebeveynlerden birinin ya da ikisinin yoksunluğu, okul veya toplumsal şiddet, sağlık sorunları sebebiyle oluştuğu görülmüştür. Ani ve sık sık şehir, yer değiştirmeden kaynaklı adaptasyon problemleri, hayati tehlikesi olan sağlık problemleri, sevilen birinin kaybı, işkence, savaş, terör, doğal afet gibi durumlarda travmatik olaylar arasında yer almaktadır (Oral ve ark., 2015).

Olumsuz çocukluk deneyimlerinin istismar boyutu fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere üç şekilde ele alınırken; aile kavramının bozulması kavramı ebeveynlerden birinin psikolojik rahatsızlığının, madde veya alkol bağımlılığının olması, ebeveynlerden birinin yasalara aykırı suç işlemesi ve anneye şiddet uygulanması başlıkları altında kavramsallaştırıldığı görülmektedir (Felitti ve ark., 1998).

Çocuğun yeterli beslenmesi, sağlığı ve kişisel hijyeninin sağlanması gibi ihtiyaçlarının, çocuğun bakımından sorumlu kişiler veya ebeveynleri tarafından yerine getirilmemesi sonucunda çocuğun zarar görmesi fiziksel ihmal olarak adlandırılır (Taner ve Gökler, 2004). Finkelhor ve Korbin (1988) fiziksel istismarı, çocuğa bilinçli olarak yapılan, fiziksel olarak yaralayıcı ve zarar verici, psikolojik olarak küçük düşürücü davranışlar olarak tanımlamaktadır.

DSÖ'nün tanımına göre fiziksel istismar çocuğa karşı bilinçli olarak uygulanan fiziksel güç sonrasında çocuğun sağlığı, özgüveni ve gelişim sürecinin zarar görmesi anlamına gelir. Çocuğun vücudunda 48 saatten fazla iz kalacak şekilde aile bireylerinin birinden veya ebeveynlerinden şiddet görmesi de fiziksel istismar olarak tanımlanır. Ayrıca şiddet davranışlarına örnek verecek olursak çocuğu sarsma, yumruk veya tokat benzeri el ile şiddet uygulama, tekme atma, boğma veya nefes almasını engelleyici hareketlerde bulunma, dövme, itip kakma, yaralama, hareket kısıtlaması için bağlama veya kapalı, dar bir alana kilitleme olarak örneklendirilebilir (Kaplan ve David 1996).

Kimi kaynaklarda fiziksel istismarın toplumda karşılaşımla oranının, kayıtlara geçenden çok daha fazla olduğu yer almaktadır. Bunun sebebi aslında istismar olan durumun kayıtlara kaza adı altında işlenmesidir.

Duygusal istismar çocuk veya gençlerin, olumsuz etkilendiği davranışlara maruz bırakılması, sevgi, ilgi ve bakımdan yoksun bırakılarak psikolojik olarak yoksunluk hissi yaşama durumudur (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

Bernstein, 2003'te yaptığı bir çalışmada duygusal istismarın tüm istismar türlerinde bulunan, belirtileri fiziksel değil ruhsal olan, kişinin ruhsal sağlığında derin yaralar açan bir durum olduğunu, ebeveyn ya da çocuğun bakımından sorumlu kişilerin çocuğun benlik imajına sözlü ya da sözsüz davranışlarla verdiği zarar olduğunu açıklamıştır.

3 yaşına gelmiş bir çocuğun beyni erişkinlik dönemindeki beyin boyutunun %90'ını oluştururken, ilgisiz ve yeterli uyaran almayan çocuk beyni gelişimi yavaşlayabilir ya da olumsuz yönde ilerleyebilir. Fazla stres beynin korku ve endişe bölümlerinin daha fazla çalışmasına sebep olurken diğer bölümlerin gelişimini yavaşlatmaktadır. Bu sorun bireyin ilerleyen yaşlarda öğrenme güçlüğü gibi çeşitli sorunlarla karşılaşmasına sebebiyet verebilir (Information, 2003).

Çocuğun isteklerinin göz ardı edilmesi, reddetme, tehdit etme veya sevdiği bir şeyden mahrum bırakma, çocuğu istemediği uygunsuz davranışlar yapmak için zorlama veya bir ortamda çocuğu izole etme, hakaret etme gibi davranışlar duygusal istismar örneklerindendir (Glaser, 2002).

Cinsel istismar, çocuğun ebeveynleri, bakımından sorumlu kişiler ya da aile üyelerinden bir yetişkin tarafından cinsel doyum için obje olarak kullanılmasıdır (Finkelhor ve Korbin, 1988; Polat, 2015). Çocuklara uygulanan tecavüz, teşhircilik, encest ilişkisi, cinsel içerikli konuşmalarda bulunmak, zorla pornografik film izlettirme, cinsel organlara dokunma veya dokundurma, oral seks gibi cinselliğe dair eylemler içeren durumlar cinsel istismar olarak tanımlanır (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Cinsel istismara uğrayan mağdurlar, olumsuz etkilerini kısa veya uzun dönemde yaşamaktadır. Kısa dönem sonucu olarak bıkınlık, öfke kontrol problemleri, düşmanlık gibi kin duyguları besleme ve suçluluk gibi uzun sürmeyen, devamlılık göstermeyen duygu durumlarıdır. Uzun dönem sonuçları ise borderline kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu gibi problemlerin yanı sıra iletişimsel olarak konuşma bozukluğu gibi sorunları beraberinde getirebilir. (Bulut, 2007)

Çocukluk travmasına maruz bırakılmış kişilerin ebeveynlerinden gelişimleri için gerekli olan güven, ilgi, sevgi, şefkat gibi ruhsal ihtiyaçları karşılayamadıkları, ayrıca ebeveynleri tarafından psikolojik veya fiziksel zarara uğramaları gibi olumsuz durumlar göz önüne alındığında bireyin öz benlik anlayışı, kendini algılaması olumsuz etkilenebilir (Duru ve Balkıs, 2021) ve olumsuz bir benlik kavramı geliştirilmesine ortam hazırlayabilir. Ebeveynle kurulan ilişki çocuğun kendisini algılayış biçimini ve kendisine yönelik değerlendirmelerini etkilemektedir (Duru ve Balkıs, 2021).

Çocuk ihmal ve istismarının küresel bir sorun olduğu yapılan araştırmalarda oldukça açık bir şekilde görülmektedir. Başka bir deyişle ne yazık ki, çocuk ihmal ve istismarının dünya genelinde görülme oranı yüksektir (Kessler ve ark., 2010; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2010; United States Department of Health & Human Services [USDHHS], 2020; Quilet-Morin vd., 2015). Buna bağlı olarak travmatik sorunlar yaşayan bireylerin oranı da paralel olarak artmaktadır.

2.1.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları

Özcebe (2009) çocuk istismarı ve ihmalinin hem buna maruz bırakılan çocuk hem de çocuğun içinde yaşadığı toplum açısından ciddi sonuçlar doğurduğunu ve hem zihinsel hem de psikiyatrik bazı bozukluklara zemin hazırlayan önemli bir sağlık sorunu olduğunu ifade etmektedir. Yaşanan travma, boyutundan bağımsız olarak kısa bir süre sonra ortaya çıkabileceği gibi uzun bir süre herhangi bir belirti vermeyip etkileri yıllar sonra da görülebilmektedir. Yetişkinlik dönemi açısından önemli bir tetikleyici olan çocukluk dönemi ihmal ve istismarının hatırlanmamasının bireyde tahribata yol açmayacağını düşüncesi büyük bir yanılgı olarak ortaya çıkmaktadır. Hatırlanmayan ihmal ve istismarın bireyde ileri dönemde gelişen psikolojik ve sosyal birtakım sorunlara zemin hazırladığı ve tetikleyici etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Devamlı olarak yaşanan travmatik durumların yaşayan kişi üzerinde yaratmış olduğu etkilerin içeriğinde ilişkilene şekli, bireyin kendisini algılayış biçimi, fiziksel olarak gelişimi etkileme, düşünsel ve duygusal olarak görülen zararlar vardır (Teague, 2013). Çocuğun en önemli büyüme sürecinde yaşanan bu durumun bakımını üstlenen

kişilerce ihmal ya da travmaya uğramış olması sonucu gelişimsel travma durumunun içine girer (Bretherton ve Munholland, 1999). Bu durumda çocuğun güvenli ilişkilenmesi de sekteye uğrar.

Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğuna sebebiyet veren durumların başında aile içi yahut toplumsal şiddet, teröre maruz kalma ve kötü muamele gelmektedir. Bireylerde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon gibi psikosomatik rahatsızlıklar ve madde kullanımı, alkolizm gibi risklerin çocukluk travmaları ile pozitif yönlü bir korelasyon içinde olduğu saptanmıştır (Clark ve ark., 1997; Dube ve ark., 2003). Brown ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışma sonucunda, ergenlik döneminde istismar ve ihmale maruz kalan çocuklar depresyon ve geri çekilme içe yönelik tutum ve davranışlar sergilerken daha küçük yaşlarda buna maruz kalan çocukların saldırganlık, dürtüsellik gibi dışa yönelim sorunları yaşadığı görülmüştür. 2008 yılında Zahn-Waxler ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Brown ve arkadaşlarının çalışmasını doğrular niteliktedir. İki çalışma da bireylerin travmaya maruz kaldığı dönemin travmanın onlarda yol açacağı etki üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu bağlamda, çocukluk çağında yaşanan travmaların; bireylerin psikopatolojik durumlarını aydınlatma açısından önemi olduğu savunulabilir.

2.1.3 Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı ve Belirtileri

Bir bebeğin doğduğu andan itibaren erişkinliğe ulaşana kadar yaşadığı veya şahit olduğu fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar gibi çocuğun zihninde ürkütücü bir şekilde yer edinen korku dolu durumlar çocukluk travması olarak adlandırılır (Herman, 2011).

Çocukluk çağı travmalarında sıklıkla karşılaşılan istismar ve ihmal, çocukların ebeveynlerinin ya da üçüncü şahıslar tarafından davranışsal, sosyal, bilişsel veya fiziksel olarak kısıtlayıcı davranışlara maruz bırakılması sonucunda çocuğun gelişimini engeller. (Güler ve ark., 2002). Çocukların sağlığını etkileyen, fiziksel ve ruhsal gelişimine engel olabilecek her türlü kötü davranış, cinsel istismar, çocukların bir amaç uğruna kullanılması, duygusal olarak manipüle edilmesi gibi durumların tamamını

çocuk istismarı olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (1999), çocuk ihmali ise çocuğun doğumundan itibaren bakımından sorumlu olan kişilerin çocuğun büyüüp gelişebilmesi için ihtiyacı olan yeterli ilgi ve alakayı fiziksel ve ruhsal olarak göstermemesi sonucunda çocuğun bu duygu ve davranışlardan mahrum kalarak büyümesi olarak tanımlamıştır. Bu iki kavramın farkı ise ihmalin pasif, istismarın aktif davranışları barındırmasıdır.

Çocukluk çağı travmalarının en zor tedavi edilen travma olmasının sebebi, istismar veya ihmalin genellikle çocukların yakınları tarafından gerçekleştirilmesidir. Çocuğun yakınları tarafından gerçekleştirilen istismarın tekrar edilebilir bir durum olması, çocuğu yaşam boyu etkileyecek ve tekrarı olmasa bile çocuk maruz kaldığı istismarın tekrarının korkusuyla yaşamına devam edecektir. Çocuk istismarı ve çocuk ihmali, yalnızca maruz bu duruma maruz kalan, şahit olan çocuk ve ebeveynleri değil, çocuğun yaşadığı toplumu da etkisi altına alan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. (Taner ve Gökler, 2004). Bostancı ve arkadaşlarının 2006'da yaptığı bir araştırmanın sonucunda çocukluk çağı travmalarının, sadece belli bir ekonomik veya sosyal sınıfta görülmediği, toplumun her kesiminde, çeşitli sosyoekonomik düzeylerde karşılaşıldığını saptamışlardır.

Çocukluk çağlarında istismar ve ihmalle karşılaşan bireylerin ilerleyen yaşlarda psikiyatrik bozukluklara karşı daha meyilli oldukları ve risk grubu içine dahil edildikleri bilinmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda çocukluk çağlarında travmatik durumlara maruz kalan kişilerin %35-57'sinin erişkinliğe ulaştıklarında çeşitli ruhsal bozukluk semptomları gösterdikleri saptanmıştır (Goodman ve ark., 1997; Mueser ve ark., 2004). Erken çocukluk döneminde çocuğun karakteri ve kimlik olgusu oluşurken maruz kaldığı istismar ve ihmalin, erişkinlikte bireyin deneyimlediği travmatik durumlara göre travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde daha etkili bir tetikleyici olduğu saptanmıştır (Davies-Netzley ve ark. 1996; Neria ve ark., 2002). Shipman ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılan bir araştırmada çocukluk travmasına maruz kalmış bireylerin, erişkinlikte kimi duyguları saptama ve göstermede sıkıntılar yaşadığı gösterilmiştir.

2.1.4 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı

Gerçekleştirilen Kültür ve inanç biçimleri çocuklar üzerinde oldukça etkilidir. Eski çağlarda çocukların bir eşya gibi kullanıldığı, katledildiği, kurban edildiği veya başkalarına köle olarak satıldığı görülür. Çini Hindistan, Meksika ve Peru gibi ülkelerde doğan bebekler canlı canlı nehre atılır. Eğer çocuk güçlü ise, boğulmayacak ve kendini kurtaracaktır. Onun yaşamayı hak ettiği düşünülür. Fakat bebekler su üzerinde kalmayı başaramazlarsa ölmeyi hak ettikleri düşünülürdü. Roma'da ise babaların çocuklarını satma, öldürme haklarına kanun izin verirdi. Çocuklar çalışabilecek durumda ise yaşama şansına sahip olduğu düşünülürdü. İslamiyet öncesi Arap halklarında kız çocuğunun doğması toplumda bir utanç olarak görülür bu sebepten dolayı doğan çocuk eğer kız ise diri diri toprağa gömülürdü. Çeşitli medeniyetlerde ise ailenin ilk çocuğu doğduktan hemen sonra Tanrı'ya kurban edilirdi (Dönmez, 2018).

Hugo ve Dickens gibi yazarlar romanlarında çocukluk çağı travmalarına değinmiştir. Akduman'a göre ilk kez 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde Tardieu, çocukların maruz kaldığı fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalden bahsetmiştir. Çocuk yetiştirmenin ve çocuğa eğitim vermenin anne babanın sorumluluğu olduğu anlayışı geçtiğimiz yüzyıl başlarında, savaşımlara şahit olmuş ve ebeveyn kaybı yaşamış milyonlarca çocuğun fark edilmesiyle anlaşılmıştır.

Savaşın çocuklarının üzerindeki yıkıcı etkilerinin fark edilmesi ve özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra çocukların korunması ve himaye altına alınmasını hedefleyen ulusal ve uluslararası örgütün oluşması ve sahada aktif olması bu alanda yaşanan en büyük gelişmelerden biridir. Çocukluk çağı travmalarının ruhsal bozukluklar ile olan etkileşimi ile alakalı bilimsel olarak hazırlanan ilk kayıtlar ve tanımlama süreci II. Dünya Savaşı sırasında olmuştur. Savaş sonrasında ebeveyn kaybı yaşayan ya da savaş toplama kamplarından canlı çıkan çocuklarda ruhsal tepkiler gözlenmiştir. Takip eden yıllarda ise doğal afetlerin sebep olduğu ruhsal bozukluklar ve tepkiler incelenmeye başlamıştır. Caffey'in 1946'da yaptığı bir araştırmada çocuk istismarı ve uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematoma arasındaki bağlantıyı ortaya çıkarması ile istismar konusu yeniden gündeme gelmiştir. Kempe 1962'de ilk defa hırpalanmış çocuk (battered child) terimini kullanmış ancak bu söz öbeği zamanla çocuk istismarı (child abuse) olarak

kullanılmaya başlanmıştır. 1960'lı yıllardan sonra özellikle cinsel istismar mağduru olan çocukların tespit edilmesi üzerine yapılan çalışmalar artmıştır. Çocuklarda oluşan travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yapılan bazı araştırmalar ile önem kazanmıştır. Zamanla oluşan toplumsal duyarlılık sonucunda 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 'Çocuk ihmalini ve istismarını önleme ve tedavi yasası' çıkmıştır (Tunçer, 2019). Bu hususta ortaya çıkan en önemli olay ise Birleşmiş Milletler'in kabul ettiği Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Bu sözleşmenin 19. Maddesi ile çocuğun büyütülmesi ve her türlü fiziksel ve duygusal ihtiyacından sorumlu olan kişiler tarafından çocuğa uygulanan herhangi bir kötü davranış sonrası çocuğun korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin sorumluluğunda olması zorunluluğu getirilmiştir (UNICEF, 1989).

Türkiye'de ise çocuk istismarı veya ihmali ile ilgili araştırmalar henüz yeni başlamış olup, fiziksel şiddetin bakım verenler tarafında çocuğa karşı bir eğitim aracı görmesiyle bildirime engel olmaktadır (WHO,2016). Bu çalışmalar daha çok adli tıp, sosyal pediatri, sivil toplum kuruluşları, çocuk ve ergen ruh sağlığı ile erişkin ruh sağlığı uzmanlarının önderliğinde yapılmaktadır.

Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği (ÇİİÖD), Türkiye Korunmaya Muhtaç Çocuklar Vakfı, Gündem Çocuk Derneği, Çocukları- Kadınları ve Aileleri Koruma Derneği, Çocuk Akıl Sağlığı ve Rehberliği Derneği, Çocuk Hakları Zirvesi ve Kalkınma Derneği, Çocuk Alanında Çalışan Avukatlar Ağı (ÇAÇAV), Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, gibi kurum ve kuruluşlar ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalini önlemek üzere araştırmalar yapmaktadır. Aynı zamanda bu çalışmalara destek veren üniversiteler de bulunmaktadır. Bunlara Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma-Uygulama ve Araştırma Merkezi, Marmara Üniversitesi Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul Kültür Üniversitesi Şiddeti Araştırma ve Önleme Seksiyonu, İstanbul Bilgi Üniversitesi ÇOÇA-Çocuk Çalışmaları Birimi, Maltepe Üniversitesi Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar için Uygulama ve Araştırma Merkezi gibi çeşitli birçok üniversite uygulama merkezi vardır. Bunlara ek olarak yeni kurulan sivil toplum kuruluşlarından olan 'Hayat Sende Akademisi', daha çok

yetiştirme yurtlarında büyümüş çocukları desteklemeye yönelik kurulan kurum ve kuruluşlardandır.

Çocuğun barındığı ev, eğitim gördüğü okul, kendini ruhsal ve fiziksel olarak geliştirdiği oyun alanları dahil olmak üzere her türlü alanda çocuğa karşı oluşabilecek bir kötü davranış riski vardır. Turan ve Traş'ın çalışmasında (2016), milyonlarca çocuk ve ergenin istismar ve ihmalle karşı karşıya kaldığı, çocukların bu durumlardan birkaçını birlikte deneyimlediği saptanmıştır. İstismar ve ihmalin dile getirilmemesi, mağdur tarafından saklanması, toplumda konusunun dahi açılmamasından dolayı çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı saptanamamaktadır.

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi raporunda, 2008 yılında 772.000 çocuğun istismar ve ihmalle karşılaştığı verisi girilmiştir. İhmal ve istismar kaynaklı ölüm raporları incelendiğinde ölüm oranının 10.000'de 2.33 olduğu saptanmıştır. Bu istismar ve ihmalin çoğunlukla çocuğun bir yakını veya tanıdığı bir kişi tarafından gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Bu çocukların %80,1'i aileleri, %6,5'i ise akraba veya tanıdıkları tarafından istismara veya ihmale maruz kalmıştır. Çocukların maruz kaldığı istismar ve ihmal türleri incelendiğinde %16,1'i fiziksel istismar, %9,1'i cinsel istismar, %7,3'ü duygusal istismara uğradığı saptanırken, çalışmanın %71,1'ini çocuk ihmalinin oluşturduğu görülmektedir (NCANDS, 2008).

Rusya, İzlanda, Hindistan ve Kolombiya'da yapılan bir araştırmada son bir yıl içinde istismara ve ihmale uğrayan çocukların %49'unun erkek olduğu belirtilmiştir. Zolotor ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı araştırma sonucunda istismar ve ihmalle karşılaşan çocukların %66'sının duygusal istismara, %55'inin fiziksel istismara, %18'inin cinsel istismara uğradığı saptanırken, %37'sinin ise çocuk ihmaline uğradığı belirtilmiştir.

Oral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre (2001), İzmir'de 50 istismar ve ihmal durumunun incelendiği bir çalışmada çocukların %60'ının fiziksel istismara, %26'sının cinsel istismara, %18'inin duygusal istismara ve %20'sinin çocuk ihmaline uğradığı saptanmıştır. Bu çocukların %38'i babaları tarafından, %28'i anneleri tarafından, %34'ünün ise birden fazla kişi tarafından istismar edildiği ortaya çıkmıştır.

Devi ve arkadaşlarının çalışmasında (2019), Singapur’da yapılan bir araştırmada şizofreni gibi duygu durum bozuklukları veya herhangi bir psikiyatrik bozukluk teşhisi konulan 354 kişinin çocukluk travmalarının şiddeti incelenmiştir.

Duygu durum bozukluğu tanısı konulan grupta en çok karşılaşılan travma türünden ikisinin duygusal ihmal (n=81, %59,1) ve fiziksel ihmal (n=74, %54) olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada ise psikiyatrik bozukluk tanısı konulan 183 kişiden %81,6’sının çocuklukta duygusal ihmale ve %72,1’inin fiziksel ihmale uğradığı saptanmıştır. (Örsel ve ark., 2011).

2.1.5 Çocukluk Çağı İstismar ve İhmaline Neden Olabilecek Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Bu başlık altında çocukluk çağı travmalarına sebebiyet verecek risk faktörleri ve koruyucu etmenler ele alınacaktır.

2.1.6 Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Aile ve Ebeveyn Özellikleri

Çocuk istismarı ve çocuklukta yaşanan ihmal; çocuğun ruhsal sağlığını etkileyen ve hayatı boyunca bilinçaltında kalıcı hasar bırakan bir problemdir. Çocuk istismarının tanımının çeşitlenmesinde kültürel ve toplumsal gelenekler, inanç biçimleri büyük rol oynasa da tekrarının olma ihtimalinin yüksek oluşunun; fiziksel ve ruhsal sağlığa olan olumsuz etkilerinin yanı sıra çocuğun psikososyal gelişimini de olumsuz yönde etkilediği, ruh sağlığı çalışanlarının yaptığı araştırmalar tarafından ortaya konmuştur.

Bahsedilen çerçeve etrafında bakıldığında, çocukluk çağı travmalarının genellikle ailenin yapısı, sosyo-ekonomik durumu, ebeveynlerin (ya da birincil bakım verenlerin) psikolojik durumu ve psikiyatrik sağlıkları ve aile içindeki sağlıklı iletişim ile ilgili olduğu görülmektedir.

Ailenin yapısı ve sosyo-ekonomik durumu etrafında incelendiğinde ekonomik gelir düşüklüğü, ailenin fazla bireyden oluşması, göç, yetersiz eğitim düzeyi, tek ebeveynli

aile, düşük evlilik kalitesi gibi ailenin sahip olduğu öykü ve yapı, çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında zemin hazırlayıcı etken olarak gösterilmektedir.

Ailenin ekonomik gelirinin ortalamanın altında bulunması, refah seviyesinin düşük olması veya çocuğun yetiştirilmesinden tek bir ebeveynin sorumlu olması çocuk istismarını veya ihmalini arttıran etkenlerden birkaçıdır. (Horton ve Cruise, 2001). Bulut, 1996’da yaptığı çalışmada genç yaşta anne olan kişilerin çocuklarını ihmal ve istismar etme riskinin, diğer yaş grubunda bulunan annelere göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Aynı bir stres faktörü olarak ele alınan bir diğer olumsuz durum ise ebeveynlerden birinin kaybı olarak görülmektedir. Doğal veya farklı sebeplerden ötürü (ölüm, boşanma gibi) sebeplerden dolayı dağılan ailelerin çocukları ise önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (Goddard ve Bedi, 2010).

Bakım veren ebeveynin psikolojik karakteri ve durumu ise diğer bir önemli etken olarak ortaya konmaktadır. Zayıf ebeveyn çocuk ilişkisi ve ebeveynde madde kullanım öyküsü ise örnek olarak verilebilir. Ammerman ve arkadaşlarının 1999’da yaptığı çalışmaya göre uyuşturucu madde kullanımı veya bağımlılığı geliştiren aile veya ebeveynlerde çocukların fiziksel veya duygusal istismara uğrama, ihmal edilme ihtimallerinin diğer aile ve ebeveynlere göre çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir. İstismar mağduru çocuklar incelendiğinde bu çocukların ailelerinin %40’ı ile %80’inde madde bağımlılığı saptanmıştır.

Ayrıca duygusal olarak yeterli olgunluğa erişememek, erken yaşta ebeveyn olmak gibi çocukla duygusal bağ kurmada zorluk çıkaran durumlar, çocuk istismar ve ihmaline neden olabilmektedir. Yeme bozukluğu olan, sürekli ağlayan veya mızızızlanan, ebeveyn ile iyi iletişim kurmayan, zihinsel veya fiziksel gelişiminde bozukluk yaşayan çocukların daha çok istismar edildiği görülmüştür.

Travmatik durumlarla karşı karşıya kalan çocuklar için en önemli risk ve koruyucu faktörlerden biri kesinlikle ebeveyn çocuk ilişkisidir. Bu ilişki, çocuklar korunmaya ihtiyaç duydukları anda, tehdit altında, savunmasız veya sıkıntılı hissettiklerinde, ebeveynlerin çocuklardaki “güvenlik hissi” duygusunu etkileme mekanizması olarak işlev görmektedir. Yani ebeveyn ile güvenli duygusal bağ kurmak çocuklarda travmatik deneyime karşı alınacak en büyük önlemlerden biridir (Seifer ve Dickstein, 2000). Bu

bakımdan bakıldığında, ebeveyn-çocuk ilişkisinin gerek olumlu gerekse olumsuz anlamda önemli bir etken olduğu görülebilmektedir.

Diğer yandan, ebeveynlerdeki ruhsal bozuklukların da çocuklardaki bazı gelişimsel sorunlarla doğrudan bağlantılı olduğu saptanmıştır (Seifer ve Dickstein, 2000). Aileden gelen travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri bebeklerin davranışları ve gelişme becerilerinde yadsınamaz bir etkiye sahip olduğu Schuegel ve arkadaşlarının 1999'da yaptığı çalışma sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan bir araştırmada, ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu saptanmayan çocukların %12,9'unda travma sonrası stres bozukluğu saptanırken; sadece bir ebeveyn travma sonrası stres bozukluğu tanısına sahip olduğunda ise çocukların %23,3'ünde travma sonrası stres bozukluğu görülmüştür. Her iki ebeveynin de travma sonrası stres bozukluğu tanısı aldığı durumlarda travma sonrası stres bozukluğu olan çocukların yüzdesi %41,2'ye yükselmiştir (Sack, Clarke ve Seeley, 1995).

Çocuk istismar ve ihmalinin yaşandığı ailelerde, çocuk bakımının değişkenlik gösterdiği ve ebeveynlerin kendi çocukluklarında istismar veya ihmale uğramış olabileceği gibi ebeveynlerde şizofreni, depresyon, alkol veya madde bağımlılığı, anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların bulunabildiği görülmektedir.

Kimi çocuklar yetişkinler tarafından cinsel istismara uğrarken kimileri fiziksel olarak sömürülerek zorla çalıştırılır. Türkiye'de pek çok çocuk ve genç ya ailelerinin geçimine destek olmak ya da kendilerini geçindirmek için erken yaşta iş hayatına atılmakta ve türlü türlü istismar ve ihmal biçimleriyle karşılaşmaktadır. Engeli bulunan çocukların büyük bir kısmının gelişmelerini ve sürdürebilmeleri ve refah seviyesinde yaşayabilmeleri için gerekli olanaklar sağlanmamaktadır.

Anne-baba tarafından ihmal ve istismara maruz kalma, anne-baba arasındaki fiziksel veya duygusal şiddete şahitlik etme gibi çeşitli aile sorunlarının çocukta yarattığı duygular çocuğun hayat tarzını ve erişkinlikte kuracağı yaşamını önemli ölçüde etkileyerek istismarcı bir kişilik kazanmasına yol açabilir.

Ezen ve Açıkgöz 2017'de yaptıkları bir çalışmada istismar eden kişinin kendi çocukluk çağlarında istismara uğramış olduğunun saptanması çocukluk travmalarının tedavi edilmemesinin riskini göz önünde bulundurur. Kendi çocukluk çağında istismara

kişiler ileride anne olduklarında kendi çocuklarını istismar etme durumları incelendiğinde bu annelerin çocukluk çağlarında duygusal ihmal ve istismarla karşılaştıkları saptanmıştır. İncelemeye tabi tutulan annelerin, kendi çocuklarına en çok fiziksel istismar uyguladığı saptanmıştır. Kendi çocukluk dönemlerinde ihmal ve istismara uğrayan bireylerin, çocuk sahibi olduklarında kendi çocuklarını da istismar ve ihmale maruz bırakabilecekleri görülmüştür. Dilillo, Tremblay ve Peterson (2000) da çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarının, birey erişkinliğe ulaştıktan sonra başka çocuklara fiziksel istismar uygulama riskini arttırdığını bulmuştur.

Güvenli bağlanma ile beraber ev kuralları ile çocuğun takip edilmesi, ailenin her bireyi tarafından çocuğun desteklenmesi, ebeveyn ve çocuk ilişkisinin istikrarlı ve sağlam kurulması ile çocuk her türlü istismar ve ihmalden korunabilir (Family Support Network, 2002). Lerman'ın araştırmasına göre (2002), son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde evli ve aynı evde yaşayan ebeveynlerden oluşan ailelerin daha düzenli yaşantılara sahip olduğu ve maddi sorunlara daha az maruz kaldıklarını belirtmiştir.

2.1.7 Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Çocuğa Ait Özellikler

Çocuklar, ihmal ve istismardan sorumlu tutulamazlar. Fakat çocuğa ait bazı tutum, davranışlar ve özelliklerin, kötü muamele riskini artırdığı saptanmıştır. Crosse ve arkadaşlarının 1993'te yaptığı çalışma sonucunda, bedensel bir engele sahip olan yahut zihinsel gerilik yaşayan çocukların istismara uğramasının büyük ölçüde daha olası olduğu saptanmıştır.

Bazı araştırmacılar, toplumun engelli bireylere karşı olan olumsuz yargılarının engelli çocuklarda kötü muameleye karşı savunmasızlığı artırdığını öne sürmektedirler (Sobsey, 1994; Westcott, 1993). Özellikle iletişim kurma güçlüğü yaşayan çocuklar fiziksel istismar konusunda açık bir hedef olarak görülmektedirler. İhtiyaçlarını belirtme konusunda sorun yaşayan çocukların ise daha büyük ihmaller ile karşılaştıkları bilinmektedir. Fiziksel yahut zihinsel engele sahip olan çocuklar, güven bağı kurarken herhangi bir engeli olmayan çocuklara oranla istismara daha çok zemin hazırlayabilecek tutumlar sergileyebilirler. Bununla birlikte bu bağı daha çok insan ile de kurabilir ve

sınır aşımının kontrolünü sağlayamazlar. Bu durum, cinsel istismar açısından potansiyel oluşturmaktadır (NCCAN., 1993).

Önemli bulgulardan biri ise, yaş ve cinsiyete dair saptamalardır. Yaşı daha küçük olan çocukların istismara uğramasının daha büyük yaştaki çocuklara oranla daha olası olduğu ve çocuğun yaşının büyümesi ile birlikte cinsel istismarın boyutunun arttığı saptanmıştır (Mraovick ve Wilson, 1999). Aynı şekilde kız çocukları ve ergenlerin erkek çocuklara oranla çok daha yüksek ölçüde cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Fiziksel ve duygusal istismarda ise bu ölçütler anlamlı değişkenlik göstermemektedir (Mraovick ve Wilson, 1999).

Family Support Network'e (2002) göre, çocukların ihmal ve istismardan korunabilecekleri bazı özellikleri de söz konusudur. Bunlara; akranlar arası iyi ilişkiler, sağlıklı bir beden ve zihin durumu, başa çıkma stillerinin aktifliği, sosyal beceri kuvveti, benlik anlayışının olumlu bir seyir halinde olması, iç kontrol anlamında odak yakalama ve başa çıkılamayacak herhangi bir durum karşısında yardım isteyebilme ile özerklik arasında pozitif yönlü bir denge kurulması gibi örnekler verilebilir.

2.1.8 Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Toplum Özellikleri

Toplumsal etmenlerin de çocuklara yönelik ihmal ve istismar ile bir bağı olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle yoksulluğun, ülke çapında gerçekleştirilen çalışmaların büyük bölümünde çocuğa yönelik kötü tutumlar ile ilişkilendirildiği saptanmıştır (Sedlak ve Broadhurst, 1996). Lee ve George (1999) ise, çocuklara yönelik kötü muamelenin yoksulluk ile güçlü bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Toplum seviyesinde çocuklara yönelik kötü tutumlarla ilişkisi olan bir diğer değişken ise işsizliktir. Çocuklara yönelik kötü tutum raporları incelendiğinde, işsizliğin kanıtlanmış-kanıtlanmamış hemen tüm kötü muamele raporları ile pozitif yönlü bir korelasyon içinde olduğu tespit edilmiştir (Zuravin, 1989).

Krishnan ve Morrison'ın 1995 yılında Kanada'da yapmış oldukları çalışma ise bu tezi doğrular niteliktedir. Çalışmada, bir bölge seçilmiş ve o bölgedeki işsizliğin

yüzdelik dilimi ile çocuklara yönelik kötü tutum raporları arasındaki ilişki incelenmiştir. İnceleme sonucunda, işsizlik ile çocuğa yönelik kötü muamelenin olumlu bir korelasyon yarattığı saptanmıştır. Gilham ve arkadaşlarının 1998’de yapmış olduğu çalışmada ise, işsizlik ile mücadele eden erkeklerin oranının yüksek olduğu bölgelerde çocuğa yönelik fiziksel istismarın arttığı ortaya konmuştur. Bu bağlamda çocuk istismarı ve ihmalinin işsizlik oranları ile pozitif yönlü bir korelasyon içinde olduğu söylenebilir (Freisthler ve ark., 2004).

Çocukları çocukluk çağı travmalarından bir başka deyişle istismar ve ihmalden koruyabilecek çevresel faktörler ise, sosyo ekonomik anlamda orta ile yüksek bir seyir, yeterli barınma koşullarının oluşturulması, aile bireylerinin istikrarlı şekilde istihdam edilmeleri, sağlık ve sosyal anlamdaki hizmetlere kolay erişim sayılabilir. Bunların yanında aile bireylerinin dışında rol modellere ve destekleyici tutum sergileyen yetişkin bireylere de ihtiyaç vardır (Family Support Network, 2002). Kültürel ve dil ile ilişkili bariyerler, travmayla ilgili semptomları tanıma veya bu semptomların etkilerini gözlemlene becerisine müdahale edebilmektedir (Langley ve ark., 2013). Diğer bir deyişle, kültürden kültüre değişim gösteren tRavma tanımları ve içerikleri gözlemlenmektedir. Travma yalnızca içsel bir süreç olarak değerlendirilmemeli, öncelikle dışsal bir olayın deneyimidir, bu nedenle bireyin travmatik bir deneyime tepkisi, çeşitli sosyo kültürel faktörlerin yanı sıra ona verilen anlama da bağlıdır (deVries 2007).

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

OKB, obsesyonların ve/veya kompulsiyonların mevcudiyetiyle belirtilen bir bozukluktur. Obsesyonlar girici ve arzu edilmeyen biçimde meydana gelen yineleyici ve devamlı fikirler, dürtüler veya imajlar, kompulsiyonlar ise bir bireyin bir obsesyona karşın veya sert şekilde tatbik edilmesi icap eden normlara uygun biçimde yapmaya yükümlülük duyduğu yineleyen hareketler ya da bilişsel çabalar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

OKB bireyde mühim seviyede soruna sebebiyet veren müdahaleci ve idare edilemeyen obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize nöropsikolojik bir aksaklıktır. OKB ile beraber görülen kompulsiyonlar takıntılı fikirler, imgeler, dürtüler hastanın yaşam niteliğinin azalmasında önemli yer tutmaktadır. Fakat rasyonel perspektifte bütünyle obsesyonlarla alakası tespit edilememektedir (Dykshoorn, 2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) yineleyici, inatçı fikir, imaj, dürtü, istemsiz, zihin dışı gayretle uzaklaştırılmaz, kontrol dışı ve egonun arzu dışı istekleri şeklindeki kavramlarla belirtilmektedir. OKB temelinin meydana gelmeye başladığı evrelerin çocukluk evreleri olduğu belirtilmektedir (Aşkın ve ark., 2007). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve travmatik tecrübeler arasında oluşan etkileşim kaygı bozukluğu kapsamı dahilinde devamlı araştırılmıştır. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısına göre, (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), dünya popülasyonunun on iki aylık OKB tecrübesinin 1.1-1.8% civarında yaygınlığı belirlenmiştir (Dykshoorn, 2014).

DSM-IV TR’de (2000) “Anksiyete Bozuklukları” başlığı kapsamında gruplandırılan OKB, DSM-V gruplamasında bu başlık altından alınıp “Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar” altında gruplandırılmıştır. OKB DSM-5 tanı kıstasları şu şekildedir:

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) veya ikisinin de beraber mevcudiyeti:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Bazı vakitler arzu edilmeden ve zorla oluyor gibi yaşanan, birçok insanda görünür bir endişe veya strese sebep olan, tekrar edici ve devamlı fikirler, güdüler veya imajlar.

2. Birey, bu fikirlere, güdülere veya sembollere dikkat etmemeye veya bunları baskılamaya uğraşır veya bunları farklı bir fikir veya fiille hafifletme (bir kompulsiyonu gerçekleştirerek) çabasında bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Bireyin takıntılı fikirlerine tepki biçiminde veya sert bir şekilde uyulması icap eden normlara göre gerçekleştirmeye mecburmuş gibi hissettiği tekrarlayıcı hareketler (misal, tertip etme, sürekli kontrol etme, el yıkama) veya bilişsel faaliyetler (misal, sayı sayma, bazı kelimeleri sessizce tekrarlama).

2. Bu hareketler veya bilişsel faaliyetler, ortaya çıkan endişe veya sorundan muhafaza olma veya bunları hafifletme veya korku duyulan bir olay veya halden kaçınma maksadıyla gerçekleştirilir. Fakat bu hareketler veya bilişsel faaliyetler, hafifleteceği veya muhafaza olunacağı düşünülen hallerde realist bir şekilde alakalı değildir veya fazla bir seviyededir.

Not: çocuklar bu hareketlerinin veya bilişsel faaliyetlerinin hedeflerini anlatamayabilirler.

B. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar bireyin vaktini alır (misal, günde bir saatten fazla vaktini alır) veya klinik bakımdan görünür bir soruna veya sosyal, işle ilgili konularda veya mühim diğer fonksiyonellik sahalarında fonksiyonellikte azalmaya sebebiyet verir.

C. OKB göstergeleri, bir maddenin (kötü maksatla alınan bir madde, bir ilaç) veya herhangi bir sağlık sorununun fizyolojiyle alakalı etkilerine bağlı değildir.

D. OKB, diğer bir psikolojik bozukluğun göstergeleriyle daha iyi izah edilemez (misal, anksiyete bozukluğundaki gibi fazla vehimler; beden algısı bozukluğundaki gibi fiziki görünüşle çok meşgul olma; istifçilik bozukluğundaki gibi elindekileri atamama veya onlardan ayrılmakta zorluk yaşama; saç yolma bozukluğundaki gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğundaki gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğundaki gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarındaki gibi törensel yeme hareketi; maddeyle alakalı ve bağımlılık bozukluklarındaki gibi maddeleri veya sürekli kumar oynamayı düşünme; hastalık anksiyetesi bozukluğundaki gibi sürekli bir hastalıkla alakalı düşünme; cinsel sapkınlık bozukluklarındaki gibi cinsel fikirler veya hayaller; yıkıcı bozukluklarda, dürtü kontrolü ve davranım bozukluklarındaki gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğundaki gibi suçlulukla alakalı zihinsel meşguliyetler; şizofreni açılımı dahilinde ve psikozla giden öteki bozukluklardaki düşünce girdisi ya da sanrısallıklar veya otizm açılımı dahilindeki gibi tekrar edici hareket şekilleri).

Varsa ifade ediniz:

İçgörüsü iyi veya epey iyi: Kişi, OKB inanışlarının muhakkak veya ihtimalle reel olmadığını veya reel olabileceğinin veya olmayabileceğinin farkındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, OKB inanışlarının ihtimalle reel olduğunu tahmin eder.

İçgörüsü yok/sanrısaral inanışlar: Kişi, OKB inanışlarının reel olduğuna net bir biçimde emin olmaktadır.

Varsa ifade ediniz:

Tikle alakalı: Bireyin o esnada veya eskiden bir tik bozukluğu hikayesi bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması

ICD-10' a (1993) göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir:

Obsesyonel göstergeler ya da kompulsif davranışlar, minimum iki hafta (üst üste 2 hafta) süreyle pek çok gün yaşanmalı, sorun yaratıcı ve gündelik faaliyetleri engelleyici vasıfta olmalıdır.

Obsesyonel göstergeler aşağıda belirtilen vasıfları barındırmalıdır:

- a. Bunlar, bireyin fikirleri veya dürtüleri olarak belirtilebilirler.
- b. Bu fikirler veya davranışlardan yola çıkarak minimum birine karşı, birey, direnç sergiliyor olmalıdır. Hastanın artık direnemediği başka fikirler ya da davranışlar veya olabilir.
- c. Bu hareketi yapma fikri zevk verici olmamalıdır (sadece gerginlik veya sıkıntının atlatılması mevzu bahistir.
- d. Fikirler, semboller ve dürtüler, rahatsız edici şekilde tekrar edici olmalıdır.

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

F42.0 Obsesyonel fikirler veya tekrar edici fikirlerin (ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsif davranışların (obsesyonel ritüellerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel fikirlerin ve davranışların beraber olduğu, karışık tip

F42.8 Diğer obsesif kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

OKB'nin üç önemli unsuru bulunmaktadır. İlki bireyde yineleyici ve güçleştirici vasıftaki düşünce, imge ve dürtü olmasıdır. İkincisi bu düşünce ve hareketlerin zihinsel ve davranışsal biçimde idare edilme gayreti bulunmasıdır. Bu durumu birey kimi zaman başarılı bir biçimde kontrol edebilir. Kimi zaman da kontrol gayreti sadece eskide kalmıştır. Artık birey bu hallere tamamıyla esir olmuştur. Son olarak da birey obsesyonların iç temelli olduğunun bilincindedir (Rasmussen ve Elsen, 1992).

OKB'nin ortaya çıkışı sıklıkla çok belirgin değildir, çok az tetikleyici olay gözükür. Hissedilen sıkıntılı durumlar belirtilerin artmasına sebep olabilir. OKB; kronik, ilerleyen ya da dalgalı görünümlü olabilir (Fenske ve Schwenk, 2009; Kempe PT, van Oppen P, de Haan vd., 2007). Bu durum da rahatsızlık tedavi edilmeden de belirti yoğunluğunun çoğalıp azalabildiğini ortaya koymaktadır. Birtakım araştırmalarda OKB belirtilerinde dalgalanmalar olmakla beraber, pek çok vakada belirtiler stabil kalmıştır. Bu durum da birtakım hastaların belirtileriyle birlikte hayatını sürdürmeyi ve mücadele etmeyi öğrendiklerini veya esir olduklarını akla getirmektedir. Hastaların belirtilerin ortaya çıkması ve tedavi istekleri arasında hemen hemen yedi sene geçtiği belirlenmiştir. Hastaların belirtilerin mantıklı olmadığını ve alışılmışın dışında olduğunu anlayabilmesine karşılık, belirtilerin kendisinden dolayı olduğuna inanarak utanma, çıldırma düşüncesine sahip olabilir. Bu durum tedavi isteğini erteletebilir veya ilk adım ya da psikiyatri haricinde bir doktora fizyolojik belirtiler ile gidebilir.

OKB kadınlarda hamilelik döneminde ortaya çıkabilir ya da şiddetlenebilir. Hamilelikte başlayan OKB'de depresyon, kendiliğinden ortaya çıkan şiddet fikirleri ile kirlilik obsesyonlarının yoğunluğu ve SSRI'lara pozitif dönüş vardır. Lohusalık döneminde OKB ortaya çıkabilir ya da şiddetlenebilir, emzirmenin OKB şiddetini çoğalttığını belirten veri bulunmamaktadır (House ve ark., 2016).

2.2.2.Psikososyal kuramlar

Davranışçı model

Öğrenme temeline dayanan davranışçı yaklaşıma göre obsesyonlar koşullu uyaranlardır ve esasta ürkütücü olmayan ve herkesin aklında oluşabilecek fikirler koşullanma vasıtasıyla kaygı gibi rahatsızlık verici hislerle ilgili olmaktadır. Fikirlerin meydana

getirdiği kaygıdan muhafaza olmak adına kaçınma hareketleri ve yineleyici hareketler meydana gelmektedir. Neticede kaygıyı azalttığı bilinen hareketler kompulsif özellik edinmeye başlamaktadır. Bu şekilde meydana gelen kısır döngünün son bulmasına dair hareketler, davranışçı terapi modeli olarak alıştırmaya ve tepkiye mani olma çabalarının ilerlemesine sebep olmuştur (Senormancı vd., 2012).

Bilişsel davranışçı model

Salkovskis (1985), davranışçı yaklaşım üstüne tesis ettiği bilişsel davranışçı yaklaşımla obsesyonlara yeni bir bakış açısı ve tedavi modeli geliştirmiştir. Bu modelde obsesyonlar normal girici fikirler şeklinde ifade edilmektedir. İnsan bu fikirleri şahsına veya etrafına zarar verebilecek bir uyarıcı olarak yanlış algılamakta ve bu zararlardan ya da engellenmesinden yükümlü olduğuna inanmaktadır. Bu algılama aşağıdakiler gibi türlü etkileri barındırır:

- Kaygı ve rahatsızlık artışı ve depresyon
- Dikkatlerin hem intrüzyonlara hem de ortamındaki tetikleyicilere yoğunlaşması,
- Bireyin yükümlülüğünü azaltmak için ya da yükümlülüğünden kaçmak için gerçekleştirdiği belirli olan ve olmayan "nötrleştirici" tepkileri kapsayan hareket ile ilgili tepkiler fazla yükümlülük hissini sahip olan insan bilişsel fazla kontrol ve hareket ile ilgili fazla uğraş gayretine düşer. Fazla kontrol gayretleri, türlü sebeplerle stresi çoğaltır. Bilişsel eyleme doğrudan ve bilinçli odaklanma, zihin kapsamını farklılaştırabilir. Bilişsel eylemleri idare etme gayretleri esasen başarısızlığa ve de aksi etkilere sebep olmaktadır. Zararın engellenmesine dair çabalar ve yükümlülük hissi, endişeyi çoğaltır ve çoğalmış yükümlülük hissini gidermek maksadıyla nötrleştirme veya kompulsif hareketler yapmaya sebep olmaktadır. Kompulsiyonların mevcudiyetiyle belirtilen bir bozukluktur. Obsesyonlar, girici (intruziv) ve arzu edilmeyen biçimde meydana gelen yineleyici ve devamlı fikirler, dürtüler ya da semboller; kompulsiyonlar ise birinin bir obsesyona karşılık veya sert bir biçimde tatbik edilmesi icap eden normlara uygun olarak yapmaya zorunlu hissettiği yinelenen hareketler ya da bilişsel çabalar (American Psychiatric and Force, 2013).

OKB, yapılandırılmış gruplandırmalara 1980’de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir. DSM-III-R’da (1987) ise gündelik hayatı sekteye uğratan minimum bir saat süren obsesyonlar veya kompulsiyonlar veya her ikisinin beraber olması şeklinde belirtilmiştir.

Psikanalitik teori

Psikodinamik kurama göre OKB bulguları, bastırılmış zihin dışı dürtülerin neticesinde meydana gelirler. Bastırılan dürtülerin meydana getirdiği kaygı neticesinde ödipal fazdan sık ambivalans hisleriyle alakalı anal faza regrese olunmaktadır (Topçuoğlu, 2003). OKB’nin esas hususları olan obsesyonların ve kompulsiyonların birtakımlarının zihin dışı dürtülerin gizli ve çarpıtılmış unsurları; kimilerinin süperegounun dürtülere karşı olan tehditleri, kimilerinin ise bu ikisi içerisinde çatışmayı belirttikleri görülmüştür (Topçuoğlu, 2003).

Psikanalitik yaklaşım saldırgan ve cinsel dürtülerle mücadele etmede yararlanılan üç esas savunma sistemini ileri çıkarmaktadır: Yalıtma (izolasyon), yapboz (undoing) ve karşıt tepki meydana getirme (reaksiyon formasyon). Yalıtma vasıtasıyla dürtünün hissî bileşiminden uzaklaşması ve salt fikir kapsamıyla zihin seviyesine ulaşması mevzu bahistir. Yap-boz vasıtasıyla kompulsif özellik gösteren faaliyetin bir ikincisi vasıtasıyla ortadan kaldırılması ve bu tür faaliyetler vasıtasıyla bireyin egoyu riske atan, ürkütücü obsesif fikirlerden kurtulması ve egounun bu dürtüleri görmezden gelmesi mevzu bahistir. Karşıt tepki oluşturmada dürtülerin baskısı altında ego adeta bunlar devam edecekmişçesine her saniye riske karşı hazırlıklı olmayı kapsayan bir tavır oluşturur. Bu tavır sıklıkla dürtüsel kapsamın aksi doğrultuda meydana gelebilir. Böylece iptal edilen tavrın zararlı olan veya moral bakımdan onaylanmayan kapsamı zihin dışında tutulmaktayken, zihin alanında dürtüsel kapsamın aksi bulunur. Kirlilik dürtülerine rağmen zihin dışı sahada bu dürtüler mevcudiyetlerini devam ettirirken zihin seviyesinde bireyin çok fazla temiz olmayı seçmesi, kirlenme obsesyonları neticesinden ilerleyen temizlenmeye dair kompulsif hareketler oluşabilmektedir (Freud, 1966).

Psikanalitik perspektiften OKB’nin meydana gelmesinde temel görevi bulunan yapı gerilemedir (regresyon). Gerileme; bireyin girmiş olduğu nesne veya tatmin şekillerine

geri gidilmesidir. Bu hastalarda, ödipal evreye ait arzu ve güdülerin meydana getirdiği önemli çatışma hallerinde, bu arzular bütünüyle veya kısmen terk edilerek anal evrenin arzu veya ihtiyaçlarına geri gidilmektedir. Böylece ödipal evreye ait güdü ve arzuların sebebiyet vereceği kaygıdan kaçınılırken, anal evreye dair çatışmalar yüzeye çıkmaktadır. Anal evrenin temel hususlarından biri neredeyse eşit seviyedeki karşıt dürtüler içerisinde çatışmanın meydana gelmesidir. Aynı anda sevgi ve kin hisleri bulunan bireyin his ve hareketlerinde çift değerlilik bulunmaktadır. Bu hususundan dolayı da her faaliyetinde sevgi ve kin arasındaki zıtlığı özümser. Bu hal net bir şekilde faaliyete geçme evresinde ortaya çıkan çekimserlikte, karar verememe durumunda baş gösterir.

Psikanalitik kuram, agresiflik ve cinsel dürtülerle mücadele etmek adına yararlanılan anal evreye özgü üç esas savunma mekanizması belirtmiştir. Yalıtma (isolation), yapma bozma(undoing), karşıt tepki geliştirme (reaction formation). OKB göstergelerin biçimini ve vasfını teşkil eden de bahsi geçen savunma mekanizmalarıdır. Yalıtma tam manasıyla meydana geldiğinde dürtünün hissi unsuru düşünsel kapsamından uzaklaşarak zihin dışına itilmektedir. Bu biçimde hasta yalnızca histen soyutlanmış bir fikrin bilinç seviyesinde farkına varmaktadır. Kompulsif faaliyetlerin, dürtünün kontrolünü ve kaygının giderilmesini hedefleyen yapma bozma mekanizmasının bir neticesi şeklinde meydana geldiği ifade edilmektedir. Yapma bozma mekanizması ile fiilin gerçekleşmesi ikinci ile ortadan kaldırılmakta bu sayede adeta hiçbir faaliyette bulunulmamış gibi olmaktadır. Hastalar bu şekildeki fiiller vasıtasıyla ürkütücü obsesif his ve fikirlerden mantıklı olmayan bir şekilde tahmin ettikleri yıkımı engellemeye veya sekteye uğratmaya uğraşırlar. Egonun riskli addettiği birtakım dürtülerin yansımaları bu şekildeki bir mekanizmayla sekteye uğramakta veya diğer bir deyişle olmamış kabul edilmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta yararlanılan diğer bir mekanizma karşıt tepki geliştirmektir. Bu mekanizmadan faydalanan birey, dürtüsel bir riskin tehdidiyle yüzleştğinde kişilik sistemini bu dürtüsel risk devamlı şekilde oluyormuş gibi farklılaştırarak her daim riske karşı hazırlıklı bulunan bir tavrı özümser. Bu bireyler bilinç seviyesinde temelde bulunan dürtünün aksi bir tavır gösterirler. Misal; nefretin zihin dışı bırakılması, sevginin çok fazla öne çıkarılmasıyla teşkil edilmektedir. Bu

sayede iptal edilen tavrın zihin dışı şekilde devam etmesine rağmen nefretin konumunu sevgi, kabalığın konumunu nezaket, zıtlığın konumunu uyum almaktadır (Freud, 1966).

2.2.3 OKB ve Genetik Çalışmalar

OKB ile alakalı kalıtsal bilgiler, çevresel etmenlerin seçilme zorluğuyla beraber bazı kalıtsal unsurların bulunduğunu destekler niteliktedir. 16 OKB'li çocuk ve adolesanın 145 yakını analiz edilmiş babaların %15'inde, annelerin %9'unda OKB tespit edilmiş, ayrıca anne ve babaların %13'ünde klinik belirtiler vermeyen OKB tespit edilmiştir. Babaların %20'si, annelerin %2'sinde obsesif kişilik hususları tayin edilmiştir. OKB ve klinik verileri bulunmayan OKB adına yaşa göre ayarlanmış riskin %35 şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Simetri obsesyonları ve düzenleme kompulsiyonları bulunan hastaların akrabalarında bu oran %45 şeklinde belirlenmiştir. OKB'de ikiz araştırmaları gerçekleştirilmiş. OKB konkordans miktarı tek yumurta ikizlerde %75 şeklinde, çift yumurta ikizlerde ise %47 olarak saptanmıştır. İkizlerle gerçekleştirilen araştırmalar genetik bir etken bulunduğunu destekler niteliktedir (Iervolino, 2011; Nestadt, 2000).

2.2.4 Obsesyon Tipleri

Saldırganlık Obsesyonları: saldırganlık obsesyonlarının kapsamında veya bunların gerisindeki izlenimlerde mühim oranda bulunmakta ve genellikle başkalarına karşı yaralama, öldürme türlü biçimlerde zararda bulunma fikirleri şeklinde meydana gelmektedir. Bu hastalığa sahip olanlarda düşünce büyüğü bir etki barındırmaktadır. Aynı zamanda faaliyetle denk tutulur. Bundan dolayı sevilen birine karşı duyulan öfke, onu kaybedeceğine dair bir fikir, bu bireyler üstünde baskın suçluluk hislerinin de yer aldığı o birey gerçek manada ölmüş veya ölecekmiş şeklinde bir etki yapar. Saldırganlık obsesyonu bulunan bireyler makas, bıçak gibi tehlikeli materyallerden, sevdikleri insanlarla tek kalmaktan uzak dururlar. Kimi hastalar ise, daha ziyade kendilerine zarar vermekten çekinirler. Bu şekildeki obsesyonlar pencereden atlama, kendilerini arabaların önüne atma fikirleri meydana gelebilir (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

Bulaşma ve Kirlilik Obsesyonları: Tuvalet sonrası üzerine idrar gelmiş olabileceği, tokalaşma ile veya kapı kulpları, para şeklindeki unsurlara temas etmeyle idrar, dışkı gelebileceği biçiminde meydana gelir (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

Kuşku Obsesyonları: Bir faaliyeti gerçekleştirdiğinden şüphe etme durumudur. Ocağı kapatıp kapatmadığından, ütünün fişini çekip çekmediğinden emin olamazlar. Bunun sonrasında kontrol etme kompulsiyonu ortaya çıkar (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

Cinsel Obsesyonlar: Bu obsesyon birey adına çoğunlukla utanç veren ve onaylanmayan bir vasıftır. Birey çocuklarıyla, ebeveyniyle cinsel birliktelik yaşadığı fikir veya imajlarını barındırırlar. (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

Simetri ve Kesinlik İhtiyacı ile Birlikte Olan Obsesyonlar: Olayların ve unsurların spesifik bir tertip ve konumda bulunması veya eşyaların net bir simetri içerisinde olmasıyla ifade edilir.

Dinsel Obsesyonlar: Sıklıkla dindar bir kişide günah addedilen fikirlerin zihne gelmesi biçimindedir.

Somatik Obsesyonlar: AIDS, kanser, kuduz şeklinde yaşamı tehdit eden bir rahatsızlığa yakalanma ile alakası bulunabilir. Bu tarz durumlarda devamlı bu rahatsızlıklara yakalanma endişesi taşır ve muhafaza olmak adına türlü tedbirler uygulamaktadır (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

2.2.5 Kompulsiyon Tipleri

Obsesyonlara tepki şeklinde meydana gelen veya bazı normlara göre, kimi vakit de sıradan biçimde tatbik edilen tekrarlayıcı ve spesifik bir hedefe doğru olan kompulsif davranışların en fazla ortaya çıkanları temizlik ve kontrolle alakalı olanlarıdır. Bu davranışlar bir sorunu ortadan kaldırmak, korku veren bir olayı etkisiz hale getirmek veya engellemek üzere gerçekleştirilmektedir. Fakat gerçekleştirilen eylem engellenmesi amaçlanan şeyle gerçekçi bir şekilde alakalı değildir veya fazladır. Kompulsiyonlar; bilişsel hareketler şeklinde de belirtilmektedir. Kaygıyı azaltmayı hedefleyen tekrarlayıcı şekilde dua etme, evlerin konumu sayma, birtakım kelimeleri

belli sayılarda tekrar etme şeklindeki düşünsel aşamalar bu duruma örnek gösterilebilir (Rasmussen ve Elsen, 1992).

Temizlik Kompülsiyonları

Tekrarlayan şekilde el yıkama, duş alma, devamlı ev ve eşya temizleme, uzun süre bulaşıkları ve çamaşırları yıkama biçiminde ortaya çıkan kompülsüyonlardır. Bu halde birey kendini, malzemelerini veya etrafını kirli sanmasının hissini atlatmaya çalışmaktadır (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

Kontrol Etme Kompülsiyonları

Genellikle emniyeti sağlamakla alakalı meydana gelir. Doğal gaz vanasının kapalı olup olmadığı veya ütünün fişinin çekilip çekilmediği pek çok defa kontrol edilir. Bunun amacı evdekilerin doğal gazdan zehirlenmesi, evde patlama olması veya yangın çıkması şeklindeki kötü olayları engellemektir.

Düzenleme Kompülsiyonları

Bir düzen ve simetri oluşturmak için eşyaları belirli bir tertip içerisinde tutmaya özen gösterme şeklindeki kompülsüyonlardır. Genellikle bir rahatsızlık hissini rahatlatmak için gerçekleştirilir (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

Tekrarlama Kompülsiyonları

Bazı hareketlerin belirli bir şekilde ve sayıda tekrarlandığı kompülsüyonlardır. Bu tarz hallerde ritüelin tam manasıyla gerçekleştirildiğinden emin değildir ve emin oluncaya kadar tekrarlanır.

Sayma Kompülsiyonları

Bilişsel kompülsüyonlardır. Apartman katlarını, araç plakalarını sayma biçiminde meydana gelir.

Dokunma Kompülsiyonları

Bireyin kendini bazı nesnelere temas etmek mecburiyetinde hissettiği kompülsüyonlardır.

Biriktirme Kompülsiyonları

Bir nesneyi ihtiyaç olmadığı halde satın alma, var olan hiçbir nesneyi atamama şeklindedir. OKB verileri cinsiyet bakımından ele alındığında kadınlarda kirlilik obsesyonları ve temizlik kompülsiyonları; erkeklerde de saldırganlık, cinsellik, düzenlilik, simetri obsesyonları ve kontrol kompulsiyonu daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Stoll ve ark., 1992; Rasmussen ve Elsen, 1992).

2.2.6 Epidemiyoloji

OKB 1980’li yıllara değin nadir ortaya çıkan bir rahatsızlık şeklinde görölse de duyarlı değerdendirme ölçülerinin ilerletilmesiyle, psikiyatrik rahatsızlıklar arasında dördüncü yoğunlukta yer almaktadır (Stoll ve ark., 1992). OKB’nin hayat boyu prevalansı ülkeden ülkeye farklılık arz eder. Araştırmaların belirli bir bölümü yetişkin popülasyonda cinsiyet farkı bulunmadığını ortaya koymaktadır. Ancak bazı araştırmalara göre kadınlarda daha fazladır. Yedi farklı ülkede gerçekleştirilen epidemiyolojik araştırmaların değerdendirmesinde, kadın-erkek oranı 1.2-1.8 şeklinde belirlenmiştir. Çocuk ve ergenlerde ise erkeklerde kızlara nazaran daha fazladır. Etnisite, eğitim, medeni hal, meslek, mali hal, kültür, şeklindeki sosyodemografik etkenlerle ilişkili olmadığı vurgulanmıştır (Grisham vd., 2011).

Cinsiyette; çocukluk ve ergenlikte OKB’nin erkeklerde daha fazla ortaya çıktığı, erkek çocuklarında çok erken yaşlarda belirtilerin görüldüğü belirlenmiştir. Hastaların %25’inde belirtiler çocukluk döneminde, %29’unda ergenlik evresinde ortaya çıkmaktadır. Ergenlerde gerçekleştirilen araştırmalarda belirtilerin 9-18 yaş aralığında ortaya çıktığı saptanmıştır (Grisham vd., 2011; Marsh, Maia ve Peterson, 2009).

OKB’nin hayat boyu yaygınlığı %2,5-3, 12 aylık sıklığı %1,2 şeklinde tespit edilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması 12 aylık prevalans %0,5 (kadınlarda %0,6 erkeklerde %0,2) olarak belirlenmiştir (Erol, Kılıç ve Ulusoy, 1998). 2000 senesinde Konya’da gerçekleştirilen bir çalışmaya göre 12 aylık OKB sıklığı, DSM-4 ölçütleri göz önüne alındığında %3, ICD-10 ölçütlerine göre ele alındığında ise %2,2 olarak belirtilmiştir (Cilli vd., 2004). Türkiye Psikiyatri Derneği (bt) bulgularına göre OKB’nin her 100 kişiden 2-3’ünde görüldüğü bilinmektedir.

Toplum merkezli OKB prevalans çalışmalarında kadınlarda daha yüksek oran belirlenirken klinik araştırmalarda kadın ve erkeklerde aynı oranlar belirlenmektedir (Torres vd., 2006). Bu durum, OKB bulgularının erkeklerin fonksiyonelliğine daha fazla etkide bulunduğu ve tedavi bulma çabasının bu sebeple daha fazla olduğu belirtilerek izah edilmeye uğraşmıştır (Torresan vd.,2013). Hastalığın ortalama ortaya çıkış yaşı 20-25 olarak belirtilmekle beraber; olguların neredeyse yarısında bulguların çocukluk veya ergenlik evresinde ortaya çıktığı belirtilmiştir (Rosenberg ve Hanna, 2000; Türkiye Psikiyatri Derneği, bt).

2.2.7 Klinik Özellikler ve Tanı

Obsesyon ve kompulsiyonlar yaş durumuna, cinsiyete ve kalıtsal hususlara göre farklılık arz edebilir. Yetişkinlerde en çok ortaya çıkan obsesyonlar sırayla; şüphe (kuşkuculuk), somatik obsesyonlar, bulaşma, simetri, saldırganlık ve cinsel obsesyonlardır (Torres ve Prince, 2006). En yoğun ortaya çıkan kompulsiyonlar ise sırayla; kontrol etme, sayma, yıkama, doğrulama, istifleme simetri ve düzendir. Bulaşma obsesyonu en fazla ortaya çıkan çeşittir. Bu obsesyonu nötralize etmek için yıkama ve bulaş temelden uzaklaşma kompulsiyonları seçilir. Bulaşma obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu bulunan kişiler ilk ziyaretlerini psikiyatri yerine ellerde çatlama, deride soyulma yakınmaları ile dermatolojiye yapabilirler. Şüphe (kuşkuculuk), bulaş obsesyonundan sonra ikinci yoğunlukta görülmektedir (Fenske ve Petersen, 2015). Nötralize etmek adına kontrol etme kompulsiyonu seçilir. Kişi, kapıyı, doğalgazı, elektriği, camları yeniden yeniden kontrol eder. Girici düşünceler, hastanın bilişinde cinsel içerikli, dinle alakalı, ayıp addedilen, toplum nezdinde onaylanmayacak hususlarda tekrarlayan fikirlerdir. Birey bu fikirleri uzaklaştırmak, nötralize etmek adına düşüncesele kompulsiyonları tercih eder. Simetri ve düzen, eşyaların ve nesnelerin devamlı şekilde belirli bir düzen, sıra, simetri içerisinde bulunmasını arzular. Bu hususta vakit sarf eder.

DSM-5'e göre OKB teşhisi koyabilmek adına obsesyon, kompulsiyon veya her ikisinin beraber mevcudiyeti gerekmektedir. Bu obsesyon ve/veya kompulsiyonlar bireyin gün içerisinde minimum bir saat zamanını almalı, toplumsal, mesleki, öteki

mühim fonksiyonellik sahalarında bir kayıp yaşatmalıdır. Bu göstergelerin madde alımı veya diğer bir tıbbi rahatsızlıkla alakası bulunmamalıdır. Bununla birlikte DSM-5'e göre bireyin bu bozukluk karşısında içgörüsünün bulunup bulunmadığı, tanı zamanında veya eskide tik bozukluğu tanısı konup konmadığı ifade edilmelidir.

Psikolojik muayenede, obsesyon ve kompulsiyonların haricinde de kişide özenli, ayrıntıcı, saygılı, kuralcı bir davranış dikkat çekebilir. Bununla birlikte alınan olası MDB tanısıyla alakalı bitkin duygulanım, depresif fikirler, özkıyım (intihar) fikirleri olabilir. İntihar tehlikesine dikkat edilmelidir (Torres ve Prince, 2006).

OKB'li hastaların önemli bir kısmında obsesyon ve kompulsiyonlar aynı anda yer almaktadır. Hastaların çoğu hem obsesyon hem de kompulsiyonlardan şikayet ederken, yalnızca obsesyonlardan ya da yalnızca kompulsiyonlardan şikayet etmekte olanlara da rastlanmaktadır (Şahin, 2012). Hastaların önemli bir kısmında birçok obsesyon (%33-60) ve birçok kompulsiyon (%38-48) aynı anda bulunmaktadır (Juang ve Liu, 2001).

OKB hastalarında en fazla ortaya çıkan obsesyon türleri kirlenme/bulaşma, şüphe ve simetri/düzen obsesyonları, saldırgan, cinsel, dinsel ve somatik obsesyonlardır. En fazla ortaya çıkan obsesyonlar kirlenme-bulaşma obsesyonlarıdır (Alıcı, 2014; Tatlı, 2012). Kirlenme obsesyonuna genellikle bireyin bulaştırıcı olduğuna inandığı nesnelerden uzaklaşma hareketi veya obsesyonlardan doğan kaygıyı kaybetmek adına kompulsiyonu eşlik eder. Şüphe/emim olamama obsesyonları, kirlenmeden sonra en fazla görülen ikinci obsesyondur (Yılmaz, 2020). Bunları saldırgan, somatik, simetri, cinsel ve dinsel kapsamlı obsesyonlar takip eder (Yılmaz, 2020). OKB'lilerde saldırganlık obsesyonlarının sıklığı %10-20 arasında; cinsel obsesyonlar ise yaklaşık %13-26 oranında ortaya çıkmaktadır (Koyuncu, 2012). Dinsel obsesyonlar Batı ve Asya ülkelerinde %4-10 arasında ortaya çıkarken (Koyuncu, 2012); dindarlığın daha fazla olduğu Arap ve Yahudi kökeninden yaşayan kişilerin daha fazla yaşadığı ülkelerde %40-60 gibi yüksek seviyelerde belirtilmiştir (Yılmaz, 2020).

Bir diğer ortaya çıkan kompulsiyon da "temizleme" olarak ifade edilmektedir (Uyaver, 2010). Kontrol kompulsiyonu OKB hastalarında %28-45 civarında ortaya çıkmaktadır. Yineleme kompulsiyonlarının görülme sıklığı %11,1 iken sayma

kompulsiyonlarının görülme sıklığı %8'dir. OKB hastalarında sıralama ve simetri kompulsiyonları görülme sıklığı sırasıyla %5,9 ve %13,5 olarak tespit edilmiştir (Juang ve Liu, 2001).

OKB'nin belirti kapsamlarını boyutsal şekilde ele alan "belirti boyutları" kuramına göre insanlar değişik belirti boyutları üstünde türlü seviyeleri (örn. düşük, orta, yüksek) barındırabilirler. OKB'nin belirti alt boyutlarını gün yüzüne getirmede sıklıkla faktör analizi tekniğinden yararlanılmıştır Hodgson ve Rachman (1977) tarafından ilerletilen Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory) üstünde gerçekleştirilen faktör analizi neticelerine göre kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve şüphe olmak üzere dört belirti boyutuna ulaşılmıştır. Burns ve arkadaşları ise Padua Envanteri'nin faktör analizi tekniğini hayata geçirerek ölçeğin, 1) Kendine/diğerlerine zarar vermeye dair obsesyonel fikirler 2) Kendine/başkalarına zarar vermeye dair obsesyonel dürtüler 3) Kontrol etme obsesyon ve kompulsiyonları 4) Bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları 5) Kişisel-bakım törenleri olmak üzere 5 faktörlü bir sistemi barındırdığını meydana çıkarmışlardır (Burns vd., 1996).

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nden (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) yararlanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda ise saldırganlık, cinsel, din ve somatik kapsamlı obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları, simetri obsesyonları ve düzenleme kompulsiyonları, kirlenme obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları ve de biriktirme olarak dört belirti boyutu saptanmıştır (Summerfeldt vd., 2004).

Zihinsel yaklaşım düzleminde obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar şeklinde iki farklı sınıfa bölünebileceği ifade edilmektedir. Otojen obsesyonlar sıklıkla fark edilebilen bir uyarı olmadan akla gelen, kişiliğe yabancı olan, dinsel, cinsel ve saldırganlık içerikleri olan obsesyonlardır. Reaktif obsesyonlar ise daha görünür olan bir dış uyaranla meydana gelen daha realist, akılcı izlenimi olan, kirlenme, bulaşma, simetri-düzen, somatik obsesyonlardır (Doğan vd., 2013).

Otojen obsesyonlar, daha fazla suçluluk hissine sebebiyet vermektedir. Fikrin kendisi epay tehlikeli olarak görülmektedir ve birey arzu edilmeyen fikirlere karşı bastırma yöntemi oluşturmaktadır bu fikirlerin obsesyonlara evrilmesini ve devam ettirilmesine

neden olur. Bundan dolayı otojen obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi güç olan bilişsel törenler veya kaçınma hareketleri eklenmektedir (Doğan vd., 2013).

Reaktif obsesyonlarda ise bu obsesif fikirlerin oluşmasına yönelik kaygılar daha fazla bulunduğundan ve bununla birlikte reaktif obsesyonu bulunanlar bu ihtimal dahilindeki engellemek adına daha fazla yükümlülük duygusuna sahip olduklarından yöntem olarak endişeyi düşürme hareketlerinden faydalanırlar. Bundan dolayı fikirlerle alakalı hali düzeltmek veya fikrin gerçekliğini kontrole dair gerçekleştirilen fark edilebilir törenler takip etmektedir (Lee and Kwon, 2003). Otojen obsesyonlarda obsesyonu tetikleyen uyarının belirtilmesi daha güçtür ve fikrin kapsamıyla daha az alakalı ve daha imgeseldir. Ego-distonisite ve görülen mantık dışılık reaktif obsesyonlara nazaran daha fazladır. Otojen obsesyonlarda otomatik fikirlerin farkına varılabilirliği daha fazladır; sonraki hareketler reaktif obsesyonlara nazaran daha saklı ve çekingendir (Doğan vd., 2013).

Otojen obsesyonlardaki girici fikirleri bastırma yönelimi ile negatif duygudurum arasında bir alaka vardır. Birey daha negaştif bir duygudurum içinde yer aldığında girici fikirleri bastırmak daha güç olmaktadır.

Birtakım araştırmacılar komorbidite temelli bir OKB alt gruplandırması tavsiye etmişlerdir. (Nestadt vd., 2013). Bu araştırmacılar OKB'yi üç şekle ayırmışlardır: 1) Basit OKB grubu, bunlarda majör depresif bozukluk (MDB) en fazla ortaya çıkan ek bozukluktur; (2) Tiklerin ileri çıktığı ve afektif bulguların epey seyrek olduğu tik ile alakalı OKB ve (3) panik bozukluğun (PD) ve afektif bulguların fazla seviyede olduğu duygularla alakalı OKB çeşididir. Bir şekle dahil olan üyeler, benzer klinik göstergelere sahip olabilmektedir.

Örneğin, tikle alakalı OKB hastaları çoğunlukla erkektir ve yüksek zihinle karakterizedir. Affekt alakalı OKB hastalar sıklıkla kadındır, genç başlangıç yaşı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu hususları sergilerler, hastalarda tabu fikirler çoktur ve hastalar düşük zihinsellikle karakterizedir (Nestadt vd., 2013).

2.2.8 Tedavi

Klinik alışmalar OKB tedavisinde en başarılı neticelerin ilaç tedavisi, zihinsel davranışçı terapi ya da ikisinin beraber tatbiki ile ulaşılmıştır. İlaç tedavisinde serotonerjik dizgeye etkisi bulunan trisiklik antidepresanlardan bilhassa klomipramin ve SSGİ grubu ilaçlar ilerde gelmektedir. OKB tanılı hastalar sıklıkla anksiyete bozuklukları ve MDB’de yararlanılardan daha ileri dozlarda ilaca yanıt verirler. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda klomipramin dozunu 300 mg/g, fluoksetin dozunu 60-80 mg/g, paroksetin dozunu 60-80 mg/g, sertralin dozunu 200 mg/g, fluvoksamin dozunu 200-300 mg/g’ye arttırmak icap edebilir. Etki başlangıcı sıklıkla 4-6 haftalık ilaç kullanımının ardından görülür. Birtakım hastalarda bu süre daha da ileri olabilir. Gerçekleştirilen araştırmalar daha evvel bahsedilen ilk aşama tedaviden yarar görmeyen hastalar için tedaviye atipik antipsikotikler, mirtazapin veya duygudurum tertipleycilerinden birinin dahil edilmesini tavsiye etmektedir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), OKB tedavisinde etkin bir tedavi metodudur, bu terapide davranışçı metot olarak hastalara maruziyet (exposure) ve yanıt geciktirme (response prevention) tavsiye edilir. Farmakoterapi ile beraber tatbik edilmesi tedaviye yanıt oranını oaltmaktadır. Elektrokonvusif tedavinin (EKT), anti-obsesyonel etkisi net olmamakla beraber OKB’ye eşlik eden psikotik, depresif belirtilerin ve intihar fikirlerinin olması halinde seçilmesi tavsiye edilmektedir (Krzyszkowiak, 2019).

OKB hayat boyu süren ve mühim oranda fonksiyonellik yitimine sebep olan bir rahatsızlıktır. Farmakoterapi ve BDT’nin beraber tatbik edilmesinin eski senelere nazaran tedavide başarı seviyesini oaltmıştır. Buna karşın hastaların hemen hemen 1/3’nde görünür seviyede iyileşme, 1/3’nde kısmen iyileşme seyredilir. te bir oranında hastadaysa düzelme seyredilmez, semptomlar benzer şekilde veya artarak sürer. Erken başlangıç, birlikte devam eden MDB tanısı, sanrısal fikirlerin mevcudiyeti, erkek cinsiyet kötü prognoz belirtisidir (Krzyszkowiak, 2019).

2.3. Bilişsel Bütünlüğü ile OKB

Rachman (1976), düşünce eylem kaynaşması (DEK) ifadesiyle st-zihinleri OKB’ye katmaya çalışmıştır. Bu ifade doğrultusunda düşüncelerle eylemleri aynı gören

üstzihinsel inançlar mevcuttur. Bu üst-zihinsel inançlar düşüncelerin neticeleriyle alakalıdır ve eğer insan bir şeyi düşünüyorsa mazide bu eylemi gerçekleştirdiğine yönelik inançları yer almaktadır. Bu inançlar düşünce ya da hareketlerin idaresi gibi davranışsal tepkilere sebep olabilir. OKB tanısı konmuş olan hasta bu inançları kabul etmese de tetikleyici şartlar altında şüphe çoğalmaktadır (Wells, 1997).

Düşünce eylem kaynaşmasının temeline dikkat edildiğinde; belirttiği girici fikirlerin obsesyonel sorunların devam ettirilmesinde önemli görevi bulunduğu düşüncesi bulunmaktadır. Salkovskis (1985), düşünmenin gerçekleştirmek gibi kötü olması veya bir eyleme dair meydana gelen düşüncenin eylemi yapmaya eşit olarak addedilmesi inancının OKB’de sık ortaya çıktığını ifade etmektedir. Ancak bu kavramı, zararda bulunmakla alakalı çok fazla yükümlülük olarak açıklamıştır (Salkovskis, 1985). Daha sonra yapılan çalışmalar da düşüncelerle alakalı yükümlülüğün düşünce ve eylemin psikolojik olarak kaynaşmasına sebep olabileceğini ortaya koymuştur (Rachman, 1993).

Düşünce eylem kaynaşması kavramını belirten kişiler Shafran, Rachman ve Thordarson’dur (Shafran ve ark., 1996). Bu kavramın mühim bir yeri arzu edilmeyen girici düşüncelere bireylerin atfettiği önemdir. Araştırmacılara göre girici düşünceler obsesyonun olgunlaşmamış halidir ve evrenseldir. Fakat bu düşünceler sıklaşıp, baskıcı, güçleştirici ve uzun zamanlı bir hal aldığıda obsesyona evrilmektedir (Rachman, 1997). Girici düşünceyle alakalı gerçekleştirilen kötü senaryolar kişi adına tehdit oluşturan olası uyarıcı aralığını yükseltir ve bu tehdidin boyutu çoğalır. Kapsamlı bir uyarıcı aralığı nötr konumdan tehde evrilir. Bu durumun neticesinde birçok şey obsesyonları harekete geçirir. İç ve dış uyarıcılar, kapsamı ve birey adına önemine göre tehde evrilmektedir (Rachman, 1998). Obsesyona daha eğilimli bireylerin fikirlerini daha mühim şekilde belirttikleri ve daha şahsi manalar yükledikleri ifade edilmiştir. Bunun neticesinde de mühim gördüğü şeyler obsesyonlarının esasını teşkil etmektedir. İfade edilen görüşün delillerinden biri zihinlerin anksiyeteye sebep olduğunun gerçekleştirilen araştırmalarla ortaya konmuş olmasıdır. Bir diğeri ise obsesyonlara atfedilen önemdir. OKB tanısı almış 20 kişinin obsesyonlarını, berbat korku verici, ahlaki olmayan, günah, tehlikeli şekilde gördüğü ifade edilmiştir. Bireyler bunları kişiliklerindeki saklı unsurlar olarak görmekte bunun neticesinde de kendilerini

yükümlü görmektedirler. Bir diğer delil olarak da zihinsel çarpıtmalar belirtilmektedir. DEK ve çoğalmış yükümlülük duygusun da obsesyonların ilerlemesinde rol aldığı görülmektedir (Rachman, 1997).

Düşünce eylem kaynaşmasının Ahlak ve Olabilirlik şeklinde iki yönü bulunmaktadır. Düşünce eylem kaynaşması-Ahlak (DEK-Ahlak) bireyin arzu edilmeyen girici fikirleri olmasının ahlaki yönden bu fikri gerçekleştirmekle aynı görülmesidir. Örneğin; çocuğuna kötü bir şey yapmakla alakalı bir girici düşüncesi olan anne, kendisini bu olay meydana gelmiş gibi ahlaken yükümlü hisseder (Shafran, Thordarson ve Rachman, 1996). Düşünce eylem kaynaşması-Olabilirlik (DEK-Olabilirlik) ise bireyin, arzu edilmeyen girici düşüncelere sahip olmasının bu düşüncelerin olma ihtimalini çoğalttığını düşünmesidir. Örneğin; bir yakınının kaza yapacağını düşünen bir kişi, bunu düşünmesinden dolayı yakınının kaza geçirme ihtimalinin arttığını düşünmektedir. DEK-Olabilirlik boyutunun Kendisi ve Diğerleri olmak üzere iki alt yönü mevcuttur. DEK-Olabilirlik Kendisi alt boyutu fikirlerin bireyin yaşayabileceği negatif olayların ihtimalini çoğaltabileceğine yönelik inancıdır. DEK-Olabilirlik-Diğerleri ise fikirlerin öteki kişilerin yaşayabileceği olumsuz olay ihtimalini çoğaltacağına olan inançtır (Shafran ve Rachman, 2004). Netice olarak bu negatif analizler bireyin yükümlülük algılarını çoğaltarak negatif neticelerin engellenmesine dair fonksiyonel olmayan hareketlerin veya sorunun meydana gelmesine sebep olur (Amir ve ark., 2001).

Literatürde özellikle OKB ve DEK alakasını çalışan birçok araştırma bulunmaktadır. Literatür ele alındığında OKB, kaygı bozuklukları ve depresyonu mukayese eden araştırmaların bulunduğu bilinmektedir. Genel manada DEK'in OKB ile alakası bulunduğu (Abramowitz ve ark., 2003; Coles ve ark., 2001; Yorulmaz ve ark., 2004; Yorulmaz ve ark., 2008), fakat bu alanın OKB'ye has olmadığı belirlenmiştir (Muris ve ark., 2001; Rassin, Diepstrassen ve ark., 2001; Thompson-Hollands, ve ark., 2013). Araştırmaların önemli bir kısmında OKB'nin DEK-Olabilirlik ile alakası bulunduğu belirlenmiştir (Shafran ve ark., 1996; Abramowitz ve ark., 2003; Muris ve ark., 2001; Thompson-Hollands ve ark., 2013). Fakat OKB'nin DEK-Ahlakla alakalı olduğunun tespit edildiği birtakım araştırmalar da bulunmaktadır (Yorulmaz ve ark., 2004; Piri ve Kabakçı, 2007; Aydın ve ark., 2012).

Üst-biliş modelin esasında kaygılar bulunmaktadır. Kaygılar, sorun giderme maksadıyla kullanılan negatif fikirlerdir. Sıklıkla kapsam açısından farklılaşmakla beraber; gündelik hayat olayları ya da eskiye ve geleceğe yönelik negatif fikirlerden meydana gelmektedir. Kaygı bozuklukları bakımından da benzerlikleri bulunmasına karşın Genellenmiş Anksiyete Bozukluğu'nda (GAB) ve OKB'de daha az idare edilebilirlerdir (Wells, 1995).

Obsesif Kompulsif Bozukluğu idrak edebilmek adına iki çeşit zihin belirtilmiştir. İlki dışsal etmenler ve fiziksel duyumlar gibi zihinsel olmayan içsel uyarıcıların analiz edilmesidir. İkincisi ise, zihinlerle alakalı analizlerdir. Klinik çalışmalarla sağlıklı bireylerdeki girici fikirleri ayırmak, ikinci çeşit olan zihinlerin analiziyle yapılabilmektedir (Wells, 1995). Esas olarak Üst-biliş kuramı ele alındığında psikopatolojilerin meydana gelmesi ve devam ettirilmesinin esasında da fonksiyonel olmayan inançlarla alakalı zihinlerin bulunduğu ileri sürülmektedir. Kuramda, zihinsel işlemlerle beraber fikirlerin üst-bilişsel yönlerine bakılmaktadır (Wells ve Matthews, 1994).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun üst-biliş yaklaşımı Salkovskis'in (1989) modeline göre ileri letilmiştir. Salkovskis'in modelinde OKB'de girici fikirlerle alakalı sorunun esası bu fikirlerle alakalı analizden doğmaktadır. Negatif şekilde analiz ettikleri fikirleri idare edemezlerse bireyler bu fikirlerden yükümlü olacaklarına inanmaktadırlar. Bu yükümlülükleri azaltmak adına da bazı nötr hareketler yaparlar. Bu hareketler yükümlülüğü ve sorunu azalttığından dolayı fikirler güçlenmektedir. Genel manada Salkovskis'in yaklaşımı yükümlülüğe odaklanmaktadır. Buradan hareketle Wells ve Matthews, bu yaklaşıma esas olarak üst zihinleri katmıştır. Üst-bilişsel yaklaşıma göre hastanın zihnini idare etmeye dair gerçekleştirdiği davranışsal hareketlerin birtakımı girici fikirlerin negatif neticelerini engellemek adına, birtakımı ise kaygı ve stresin azaltılabilmesi adına gerçekleştirilmektedir. Bu iki şartta da stres azalacağı için bu hareketlerle alakalı düşünceler de kuvvetlenmektedir. Fakat biraz vakit geçtikten sonra hareketler çoğalır ve sorunun öteki sebebi durumuna gelirler. Nötr hale gelen hareketlerin kuvvetlenmesiyle birlikte bu yaklaşımda, girici fikirlerin üstünde fazlaca

kalmanın tekrarlayıcı fikirleri ve kaygıyı çoğaltabileceği ve kaygıdan çekinmeye sebep olabileceği ileri sürülmektedir (Wells, 1997).

Üst-biliş yaklaşımında OKB göstergeleri olan biri; bir fikir, dürtü veya duyguyla meydana gelen tetikleyici neticesinde sıkıntı çekmeye başlamaktadır (Misal: Yerde böcek vardı.). Bu girici fikirler, bireyin bunların manaları ve önemine yönelik üst-bilişsel düşüncelerini aktif hale getirmektedir. Bu düşünceler sıklıkla fikirlerin ve fiillerin bir araya gelmesiyle alakalıdır. Birey, yanlış olan fikirler neticesinde yaşadığı içsel tecrübelerin dışarıda da yankılarının bulunabileceğini düşünmektedir (Misal: Yerin kirli olduğu fikrine sahip olmak, yerin kirli olduğu manasını taşır). Fonksiyonel bulunmayan üst-bilişsel inançların faal olmasıyla beraber girici fikrin tehdit anlamı taşıdığına yönelik negatif analizler meydana gelmekte, bu durum da fazla negatif hislere sebebiyet vermektedir (Misal: Mikropları çoğaltıp çocuğumun hasta olmasına neden olabilirim). Hislerde oluşan farklılık uyarılmanın çoğalmasına ve girici fikrin çoğalmasına neden olmaktadır. Girici fikrin tehlikeli şekilde addedilmesinden sonra bireyin törenlere dair düşünceleri faal olmakta ve tören veya nötrleme hareketleri tehdidi düşürmek adına meydana gelmektedir (Misal: Bütün şeyleri 20 kez dezenfekte edersem emniyette oluruz) (Wells, 2009).

Obsesif Kompulsif Bozukluk'un üst-bilişle olan alakasının araştırılan birçok araştırma yer almaktadır. Fikir aşamalarını takip etme ve bilincinde olma şeklinde izah edilen zihinsel farkındalık ve obsesif kompulsif göstergelerin alakasını ele alan araştırmalar değerlendirildiğinde öteki bozukluklara nispetle OKB teşhisi konmuş bireylerde zihinsel farkındalığın daha fazla olduğu belirtilmektedir (Janeck ve ark., 2003; Cohen ve Calamari, 2004; de Bruin ve ark., 2007). Bununla birlikte OKB teşhisi konmuş bireylerin; gerçekliğin takibi ve üst-bilişsel unsurlar içerisinde yer alan zihinsel güvenlerinin az olduğu belirtilmiştir (Hermans ve ark., 2003). Üst-bilişler ve obsesif kompulsif göstergeler arasındaki alakayı ele alan araştırmalardaysa üst-bilişlerin obsesif kompulsif göstergelerle alakalı olduğu (Wells ve Papageorgiou, 1998; Emmelkamp ve Aardema, 1999), birtakım araştırmalarda da üstbilişlerin OKB'yi yordadığı neticesine varılmıştır (Gwilliam ve ark., 2004; Myers ve Wells, 2005; Irak ve Tosun, 2008; Myers ve ark., 2009; Solem ve ark., 2010). Aynı şekilde fikirlerin idare güçlüğü ve

tehlikelerine yönelik negatif düşüncelerin kaygı ve obsesif göstergelerle alakalı olduğu, pozitif düşüncelerinse çekinme ve reddetme gibi fonksiyonel olmayan mücadele yetileriyle alakası bulunduğu belirtilmiştir (Sica ve ark., 2007).

2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar

2.4.1 Kardiyovasküler Hastalıklar Tanımı

Dünya genelinde bulaşıcı hastalıkların dışındaki ölümler incelendiğinde en sık karşılaşılan ölüm nedeni, kalp ve kan damarlarının anormal aktivitelerini içeren hastalıkların genel adı olan kardiyovasküler hastalıklardır (Koldas, 2008). Kalp damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, konjestif kalp yetersizliği, periferik damar hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi hastalıklar grubudur (Tekbaş, 2008).

Uzmanlar ölüm sebeplerini incelediğinde kardiyovasküler hastalıklar (KVH) sebebiyle ölenler, 2014'te elde edilen verilerde %40 oranını gösterirken, 2015 verilerinde %40,3 oranı ile %0,3 artış göstermiştir. KVH risk faktörlerini saptamak üzere 1990'da yapılan bir kohort çalışması olan "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" araştırmasında elde edilen veriler doğrultusunda cinsiyet gözetmeksizin hem erkek hem kadınlarda ölüm nedenlerinin başında gelen KVH, 45-74 yaş aralığında olan bireylerde daha sık görülmektedir (Onat ve ark., 2004).

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre; yaşı 40'ın üstünde olan bireylerin kardiyovasküler rahatsızlıklara yatkınlıklarının daha fazla oldukları görülmüştür. Hatta yaşıt kadın ve erkekler karşılaştırıldığında kadınların daha büyük bir tehlike altında olduğu görülmüştür (Jennifer L. R., Jarrod J., ve diğ., 2019).

2.4.2 Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalıkların oluşmasını tetikleyen risk faktörlerinin saptanarak, riski yüksek çıkan hastaların bilinçli bir şekilde korunması hayati önem arz eder. Primer korunma önlemleri olarak uzmanlar hastalara, düzenli ve sağlıklı beslenme, sigara

tüketimini sonlandırma, düzenli egzersiz yapma gibi çeşitli davranış değişiklikleri önerir. Bunun sebebi aynı zamanda kan basıncı ve kilo kontrolünü sağlamaktır.

Kişilerin kardiyovasküler hastalık geliştirme riskinin saptanması koruyucu davranışlar oluşturma ve tedavi gelişimi açısından önem arz eder (Keleşoğlu, 2018). Kardiyovasküler risk faktörlerinin saptanması, hastada oluşacak riskin belirlenmesi ve bunu üzerine hastaya korunma amaçlı verilen davranış değişiklikleri ve uygun tıbbi tedavi aracılığıyla mümkün olmaktadır. Hastanın hangi risk grubunda yer alıyorsa o gruba ait hedeflenen değerlere ulaştırılması ve o değerlerde stabilitesinin korunması oldukça önemli bir husustur (Tekin, 2018).

Türkiye’de Aile Sağlık Merkezlerinde kan basıncı takibi, obezite izlemi, serum lipid profil taraması, düzenli beslenme, sağlıklı oranda tuz tüketimi, hipertansiyon gibi risk faktörlerini önleyici, KVH oluşmasını engellemek amaçlı broşürler hazırlanıp dağıtma uygulamaları yapılmaktadır.

Aile Sağlık Merkezlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin, kardiyovasküler hastalıkların bireylerde oluşabilecek risk durumunu belirleme ve bunun sonucunda erken tanı ile uygun tedaviye yönlendirmede ayrıca oluşabilecek komplikasyonların azaltılması için toplumda farkındalık yaratma, bireyleri bu konuda bilinçlendirme, düzenli beslenme ve sağlıklı yaşam konusunda alışkanlıklar edinmesinde ön ayak olma ve tedaviye uyum süreci konusunda hastaları bilgilendirme gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Puska ve ark., 2011; Türkmen ve ark., 2012; Jaarsma ve ark., 2014).

Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada yaklaşım; tek bir kardiyovasküler risk faktörünün tedavisi değil tümüyle kardiyovasküler riskin azaltılmasına yönelik olmalıdır. Bu şekilde ölümcül olan ve olmayan aterosklerotik kardiyovasküler olayların (miyokard infarktüsü inme, periferik arter hastalığı) ve komplikasyonlarının (perkütan ya da cerrahi girişim gereği yaygınlığı azaltmak, hayat kalitesi ve yaşam süresini arttırmak mümkün olacaktır (Koldaş, 2008). 2012’de yayınlanan Türk Kardiyoloji Derneği’nin hazırladığı Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzunda yer alan koroner kalp hastalığı risk faktörleri şunlardır:

1. Yaş (erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 veya erken menopoza girmiş kadınlar)

2. Aile öyküsü (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması)

3. Sigara tüketimi

4. Hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak)

5. Hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL-kolesterol ≥ 130 mg/dl)

6. Düşük HDL-kolesterol değeri (60 mg/dl ise risk hesaplaması yaparken risk hesaplamalarında bu risk faktörü çıkarılır (Çünkü HDL kolesterol yüksekliği koroner arter hastalığı riskini azaltır) (Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2012).

Tütün ve Tütün Ürünleri

Kardiyovasküler hastalıkların tetikleyicileri arasında en önemli etkenlerden biri bireyin tütün ürünlerinden sigara tüketimidir. Sigara yüzünden kaynaklanan ölümlerin yaklaşık %35-40'ını iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır. Tüketilen tütün miktarına bağlı olarak risk de eş zamanlı artmaktadır (U.S Department of Health and Human Services, 2004). Yaş, cinsiyet ve ırktan bağımsız olarak sigara ile koroner kalp hastalığı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Wilson ve ark., 2000)

Sigara tüketimi olan bireylerde koroner arter sorunları ile daha çok karşılaşmaktadır. Buna ek olarak KAH (koroner arter hastası) olanlar tütün kullanımına devam ettikleri sürece koroner arter hastalığı mortalitesinin yüksek olduğu görülmüştür (Goff vd., 2014; Karmali ve vd., 2014). Tütün ve tütün ürünlerinin tüketimi azaltıldığında KVH kaynaklı ölümlerin %5'inin önüne geçilebilmektedir.

Hipertansiyon

Koroner arter rahatsızlıkları ve KVH'nın oluşmasında önemli bir risk unsuru olan hipertansiyon, 18 yaşından büyük yetişkin bireylerde, hekimlerin yaptığı standart ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg'den fazla ve diastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg değerlerinde sonuç vermesi yüksek kan basıncı, hipertansiyon olarak tanımlanır.

KVH ve KAH oluşmasında önemli bir risk faktörü olan hipertansiyon aynı zamanda mevcut hastalıkların ilerlemesine de sebep olabilir. Hipertansiyona sahip olan bireyler, kalp yetersizliği ve koroner arter hastalık gelişme riskine, sağlıklı normal tansiyona

sahip bireylere kıyasla iki kat daha fazla yatkındır. (Türkmen ve ark., 2012). Framingham araştırmasında saptanan verilerde kan basıncı 130-139/85-89 mmHg olan hastalarda 120/80 mmHg kan basıncı olan hastalara göre kardiyovasküler hastalık oluşturma ve geliştirme riskinin iki katı olduğu öne sürülmüştür (Tekkeşin ve Kılınç, 2011).

Diyabet

KVH risk faktörlerinin başında gelen etkenlerden biri olan diyabetin yaygınlığı, gelişmiş ve gelişen ülkelerde oldukça artışa geçmiştir. Diyabet yaygınlığının dünyada ve ülkemizde artmasının en önemli sebepleri hareketsiz yaşam, obezitenin artması ve nüfusun yaş ortalamasının zamanla artmasıdır (Abacı, 2011).

Glukoz toleransı ya da açlık glukoz değerleri normal aralıklarda olmayan bireyleri sadece diyabet hastalığı açısından değil KVH açısından da risk grubu içine dahil edebiliriz.

Diyabetli hastaların %65-70'inin ölüm nedeni KVH'dır. Diyabete sahip olan kadınlarda yaş ve menopozdan ayrı olarak KVH riskinin fazla olduğu gözlemlenmiştir (Yüksel, 2006) .

Hiperlipidemi

KVH risk faktörleri içinde oldukça önemli bir yere sahip olan hiperkolesterolemi, kalp krizi ve inme riskini artırır. Yayımlanan güncel broşür ve kılavuzlarda total kolesterol değerinin 200 mg/dl'nin altında olması gerekmektedir. Bu değer sınır olarak göz önüne alındığında Türkiye'de kadınların %32'si, erkeklerin ise %27'si total kolesterol sorunu ile karşı karşıyadır. Erkeklerde 45 yaşına kadar yüksek kolesterol görülme yaygınlığının kadınlardan daha fazla olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır.

Hiperlipidemi yaygınlığı dünyanın tamamında kişilerin yeme alışkanlıklarının değişmesiyle giderek artmaktadır (Onat, 1998). Yüksek kan kolesterolü düzeyi sebebiyle dünyada yılda 2,6 milyon insan hayatını kaybetmektedir. (Küçükkömürler ve ark., 2012).

Obezite

KVH için oldukça önemli bir risk faktörü olan obezite, çeşit ve derecesine göre risk faktörleri arasında sıralanmaktadır. Her obez birey için KVH riski aynı değildir. Kişinin vücut kitle indeksi artmasa bile abdominal obeziteye sahip olması önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Bel çevresi kadınlarda bel çevresi 88 cm, erkeklerde 102 cm üzerinde ise birey KVH riski ve obeziteye bağlı çeşitli hastalıklar riskini taşıyabilir (Isozumi, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılında yaptığı çalışmada saptanan verilere göre dünya genelinde 1,9 milyardan fazla yetişkin bireyin aşırı kilolu kategorisinde, 650 milyondan fazla yetişkin bireyin obez kategorisinde olduğu belirtilmektedir. Cinsiyete göre kadınların %15'inin, erkeklerin ise %11'inin ve dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık %13'ünün obez olduğu belirtilmektedir. 1970'lerin başından günümüze obezite yaygınlığı yaklaşık üç katına çıkmış ve görülme sıklığının giderek arttığı görülmektedir (WHO, 2018).

Aile öyküsü

KVH için bağımsız bir risk faktörü olarak sayılan ailede kalp hastalığı risk öyküsü, ailede genç yaşta koroner arter hastalığı deneyimlemiş birinci dereceden yakınlığa sahip akraba olmasıdır (Güleç, 2009). Cinsiyete göre yaş değişikliği gösteren risk önemi, erkek akrabalar için 55 yaş öncesi, kadın akrabalar için 65 yaş öncesi KVH öyküsü risk açısından pozitif artışa sebep olur. Genç yaşta koroner arter rahatsızlığı geçiren aile bireylerindeki sayı arttıkça buna bağlı olarak risk de orantılı şekilde artış göstermektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda aile öyküsünde KVH bulunan bireylerin hastalık geçirme oranı diğerlerine göre 4 kat daha fazladır (Telfair ve ark. 2012).

Yaş ve Cinsiyet

Kişilerin yaşı risk faktörü olmaktan ziyade riske maruziyet süresi olarak önemli bir faktördür. Her on yılda bir kişilerin KVH'ye yakalanma riski 2 kat artırmaktadır. Bu sebepten dolayı erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaşından fazla olmak KVH için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Goff ve ark., 2014).

65 yaş altı erkeklerde, kadınlara oranla kardiyovasküler hastalık mortalitesi beş kat, insidansı ise üç kat daha yüksektir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015). Kardiyovasküler risk faktörleri cinsiyet ve tüm yaşlarda

koroner arter hastalığı ile farklı düzeylerde ilişkili bulunmuştur. Diyabet ve düşük HDL kolesterol/total kolesterol oranının kadınlarda daha fazla negatif etkiye yol açtığı saptanmıştır (Fox ve ark., 2004)

Koroner kalp hastalığının yaygınlığı ve insidansı yaş ile doğru orantılı olarak artış göstermektedir (Görenek ve ark., 2000). Aterosklerozun erken lezyonlarının başlangıç zamanı çocukluk çağından itibaren olmasına rağmen koroner kalp hastalığının gelişmesi ve buna bağlı gerçekleşen kayıplar ileri yaşlarda gerçekleşmektedir (Thom ve ark., 2006).

Ülkemizde yapılan TEKHARF (2017) araştırmasında ortaya konan bu verilerin yanı sıra paralel olarak yaş arttıkça kardiyovasküler hastalıklar erkeklerde %6,1, kadınlarda %6,6 arttığı belirtilmektedir. Türkiye’de yaşayan bireyler için geçen her on yıl KVVH riskini erkeklerde 1,8 kat, kadınlarda 1,9 kat arttığı yapılan çalışmalar doğrultusunda saptanmıştır (Onat, 2010).

Stres

Kardiyovasküler hastalıkların en temel sebeplerinden birisi olarak stres gösterilmektedir. Aile yaşamı stresi, iş stresi, okul stresi gibi etkenlerin kişi üzerinde oldukça büyük bir etkisinin olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmaya göre; yoğun iş stresine maruz kalan bireylerin kardiyovasküler hastalık geliştirme riskinin çok daha yüksek olduğunu göstermiştir (Oğuz ve Çamcı, 2016).

Yapılan bir başka çalışmaya göre ise kardiyovasküler tanı sonrası ameliyat geçirmesi gereken kişiler üzerinde stresin etkisini azaltmak için psikoterapi almaları sağlanmıştır. Bunun sonucunda hastaların hastaneye tekrardan hastaneye yatışları ve stres düzeylerinde anlamlı bir azalmanın olduğu görülmüştür.

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde yapılan araştırmanın yöntemi, evreni ile örnekleme, veri toplamak için kullanılan araçları, araştırmada yapılan işlemleri ve toplanan verilerin analizi için uygulanan yöntemler açıklanmaktadır (Şar, 2018).

3.1. Araştırmanın Yöntemi

3.1.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da yaşayan 40 yaş ve üstü kardiyovasküler tanı almış hastaların ve sağlıklı bireylerin oluşturması planlanmaktadır. TÜİK'ten alınan bilgilere göre İstanbulda yaşayan 40 yaş ve üstü 5.868.493 kişilik evrenden araştırmanın doğruluğunu ve güvenilirliğini sağlamak için örneklem sayısının bu evren büyüklüğünden seçilmesi gerektiği G Power hesaplama sistemine dayanarak en az 386 kişiden veri toplanması planlanmıştır. Yapılan en güncel araştırmaya göre; Türkiye'de yaşayan kardiyovasküler tanı almış bireylerin tanı alma sıklığı; yapılan yıla bakıldığında en fazla %13'tür (Balbay ve ark., 2018). Çalışmaya toplam 449 birey katılmıştır. Ancak çalışmaya verileri geçerli olan 442 birey dahil edilmiştir. Bu verilerin 168'ini 40 yaş ve üstü, tanı aldığı zaman farketmeksizin katılan kardiyovaskülerler hastalık tanısı almış bireyler; 274 kişilik kısmını ise 40 yaş ve üstü kardiyovasküler tanı almamış bireyler oluşturmaktadırlar. Çalışmanın kullandığı model ilişkisel tip araştırmadır. Bu doğrultuda yapılmış araştırmada yapılan, çocukluk çağı travma ve obsesyon puanlarının kardiyovasküler tanı almış olmayla aralarındaki korelasyona bakmak olmuştur.

3.1.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, katılımcılara demografik bilgileri edinmek amacıyla sosyo-demografik bilgi formu kullanılmıştır. Bu bilgi formunun yanında geçerlik ve güvenilirliği bulununan, Türkçe çalışmaları yapılmış Çocuk Çağı Travma Ölçeğinin Türkçesi 2.0 (CTQ) ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilmesi

gereken örnekleme ulaşmak adına, sosyal izolasyon kuralları dikkate alınarak ‘Google Formlar’ yolu ile hazırlanmış elektronik veri toplama formları gönderilmiştir

3.1.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılım sağlayan kişilere gönüllü olduklarına istinaden hazırlanan gönüllü katılımı onaylama seçeneğini onaylamaları talep edilmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu çalışmanın sonunda EK-A'da yer almaktadır.

3.1.2.2. Sosyo-demografik Veri Formu

Sosyo demografik veri formunda; çalışmaya katılan kişilerin isimsiz bir şekilde hazırlanmış olup; bireylerden yaş, cinsiyet eğitim durumu, kardiyovasküler hastalık tanısı hakkında bilgi, psikiyatrik tanı hakkında bilgi ve tedavileriyle ilgili bilgi almıştır. Sosyodemografik Veri Formu çalışmanın sonunda yer alan EK-B'de bulunmaktadır.

3.1.2.3. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği - Öz Değerlendirme:

Bu ölçek Goodman ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, katılımcıların obsesyon ve kompulsiyonlarının şiddetini saptamak için kullanılmaktadır. Katılımcının genel obsesyon puanı (GOP), genel kompulsiyon puanı (GKP) ve aldığı toplam puan (GTOP) hesaplanır. Katılımcılar, GOP ve GKP’den maksimum 20 puan, GTOP’den ise maksimum 40 puan elde edebilirler. “Symptom checklist” (semptom listesi) tutarlılık değeri $\alpha = 0.91$, “severity scale” (şiddet derecelemesi) tutarlılık değeri $\alpha = 0.89$; güvenilirlik değeri ise 0.96 şeklinde bulunmuştur (Hiranyatheeb, Saipanish ve Lotrakul, 2014).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkiye’de Karamustafalıoğlu ve ark. (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa değeri ilk görüşmede 0.8185 ikinci görüşmede 0.8116 olarak bulunmuş; güvenilirliği ise 0.5380 değerinde bulunmuştur. Ölçekten alınan skordaki artış, katılımcıların obsesyon ve/veya kompulsiyonlarındaki artışı temsil etmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

(Koçoğlu, F. ve Bahtiyar, B., 2021). ÇÇTÖ'nün Cronbach Alpha değeri 0.970 ve alt boyutların Cronbach Alpha değeri 0.930 ile 0.957 arasında değişmektedir. ÇÇTÖ'nün zamana karşı değişmezliğini belirlemek amacıyla yapılan ön test – son test ölçümleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki olduğu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($r=0.809$; $p=0.000$).

Orijinal dilinden çevirilen ve özbildirim şekline sokulan testten alınabilecek en yüksek ve düşük puanlar ilk haliyle aynıdır. Araştırmanın son kısmında EK-B'de yer alan anket formları kısmında bulunur.

3.1.2.4. Çocukluk Çağı Travması Ölçeğinin Türkçesi 2.0 (CTQ):

Yapılan çalışmada kullanılan olan ölçek; çalışmaya katılmış olan bireylerin çocukluk veya adolesan dönemde istismara veya ihmale maruz kalıp kalmadıklarını anlamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu testin güvenilirliği ve geçerliliği gerekli çalışmalar yapılarak kanıtlanmıştır (Bernstein ve ark., 1994). Yapılan bu çalışma 1996 yılında dilimize çevrilmiştir. Şar ve arkadaşları (2012), çalışmanın geçerlik ve güvenilirlik uygulamalarını üstlenmişlerdir. Çocukluk çağı travma ölçeği geçerlik güvenirlik çalışması yapıldığında Cronbach Alfa değeri 0.93 olarak bulunmuş; yapılan bu araştırmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0.903 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğe yapılan çalışmalarda 28 seçenekten oluşan son hali ile kullanılmaktadır.

Bu ölçek ile beş adet alt ölçek de ölçülebilmektedir. Bunlar çocuklukta; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal alt ölçekleridir. Ayrıca üç adet ters soru ile yaşanan travma ile ilgili bilgi alınmaktadır. Çıkacak sonuçların daha isabetli olabilmesi için bu sorular ölçeğin içerisinde bulunmaktadır. Bu üç sorudan sadece en fazla puanlı olan beş puan sonuçlara dahil edilirken bir puan olarak alınır. Dolayısıyla üç soru için 0-3 puan arasında farklılaşan bir minimizasyon skoru genel toplama eklenir. Tipi likert şeklinde olan ölçeğin; beş cevaplı hali (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla ve (5) çok sık şeklinde ucu kapalı yanıtlar barındırır (Şar, V. ve ark., 2012).

Bu ölçekle puanların toplamı hesaplanabileceği gibi ayrı ayrı alt ölçeklerin puanlamaları ile farklı travmatik yaşantıların skor hesaplaması da yapılabilmektedir. Puanlama birden beşe kadar olup; her bir seçenek değerlendirilerek beş ayrı alt ölçeğin skorlaması toplanır ve toplam puan bulunur. Skorlama için ilk olarak pozitif ifadelerden 2,5,7,13,19,26,28 seçeneklerindeki hesaplanan skorlar ters çevrilir. 10.,16. ve 22. Seçeneklerde bulunan travmatik inkarın ölçüldüğü hesaplamalar yapılır. Bu hesaplama totali etkilemez. Alt ölçekler için skorumayla elde edilebilecek toplam 25 ile 5 arasında olacakken; ölçeğin tümünde total skorum 125 ile 25 arasında yer alacaktır. (Şar, V. ve ark., 2012).

Bu testi Türkçe dilinde kullanabilmemizi sağlayan ve özgün halinden çevrildikten sonra geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili testleri geçmiş olmasıdır. Bu ölçeğin güvenilirliğine bakmak için yapılan test-tekrar-test ve iç tutarlılık seviyeleri yüksektir. (Şarve ark., 2012). Çalışmanın son kısmında anket formları içerisinde EK-B'de bulunmaktadır.

3.1.3. Verilerin Analizi

Bu araştırmanın verilerini analiz edebilmek için, bir istatistik veri analiz programı olan SPSS v26.0 kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde normallik dağılım testlerinden Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup analiz sonucunda normallik varsayımları sağlandığından parametrik testlerden faydalanılmıştır. Kategorik 2 değişken arasındaki ilişki karşılaştırmasında ki-kare ilişki testi; bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi sonucu kullanılmıştır. ANOVA testi için varyans homojenliği için Levene testi ve grup farklılıkları için ise varyans homojenliği sağlanıyorsa ($p \geq 0.05$) Tukey HSD ve LSD, varyans homojenliği sağlanmıyor ise ($p < 0.05$) Tamhane çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizinde

Cronbach's alpha katsayısı kullanılmıştır. Tüm test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

Çalışmada istatistiksel programlardan olan SPSS v26.0 kullanılmıştır. Normallik testi (Kolomogorov Smirnov), tanımlayıcı istatistikler (Frekans Analizi, Betimsel İstatistikler), ki-kare ilişki testi, bağımsız grup karşılaştırması (Bağımsız Örneklem T Testi, One-Way ANOVA), Pearson korelasyon analizi regresyon analizi ve güvenilirlik analizi (Cronbach's Alpha) uygulanmıştır.

Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde normallik dağılım testlerinden Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup analiz sonucunda normallik varsayımları sağlandığından parametrik testlerden faydalanılmıştır. Kategorik 2 değişken arasındaki ilişki karşılaştırmasında ki-kare ilişki testi; bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi sonucu kullanılmıştır. ANOVA testi için varyans homojenliği için Levene testi ve grup farklılıkları için ise varyans homojenliği sağlanıyorsa ($p \geq 0.05$) Tukey HSD ve LSD, varyans homojenliği sağlanmıyor ise ($p < 0.05$) Tamhane çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenin, bağımsız değişkenler tarafından yordanması analizinde çok değişkenli regresyon analizi; ölçeklerin güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha katsayısı kullanılmıştır. Tüm test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın örneklem hesaplaması G*power 3.1 programından yararlanılarak; etki büyüklüğü 0.3, $\alpha=0.05$, güç %86 olarak kabul edilerek örneklem büyüklüğü 442 (168-274) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1 Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması

		$\bar{X}$ $\pm$ SS	Min.-Maks.
Yaş (yıl)		51,27 $\pm$ 8,98	40-87
		N	%
Cinsiyet	Kadın	296	67,0
	Erkek	146	33,0
Eğitim	İlkokul-Ortaokul	102	23,1
	Lise	140	31,7
	Üniversite ve üstü	200	45,2
Çalışma durumu	Evet	210	47,5
	Hayır	232	52,5
Kardiyovasküler hastalık	Evet	168	38,0
	Hayır	274	62,0
Toplam		442	100,0

		$\bar{X}$ $\pm$ SS	Min.-Maks.
Kardiyovasküler Tanı zamanı (yıl)		9,55 $\pm$ 9,53	0,5-54
Kardiyovasküler Hastalıklar		n	%
Tansiyon		48	28,6
Kalp sorunları		30	17,9
Hipertansiyon		26	15,5
Kalp ritim bozukluğu		12	7,1
Damar sertliği-tıkanıklığı		10	6,0
Bypass		4	2,4
Geçici iskemik atak		4	2,4
Kolesterol		4	2,4
Şeker		4	2,4
Varis problemi		4	2,4

Diğer (Anjiyo, kalp romatizması, mitral kapak prolapsusu vb.)	22	13,1
Toplam	168	100,0
Alınan tanı ile ilgili tedavi görme	n	%
Evet	124	73,8
Hayır	44	26,2
Toplam	168	100,0

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin yaş ortalaması 51.27 ± 8.98 ; kişilerin %67'sinin kadın, %33'ünün erkek; %23,1'inin ilkokul-ortaokul, %31,7'sinin lise ve %45,2'sinin üniversite ve üzerinde eğitilmiş olduğu; %47,5'inin çalıştığı, %52,5'inin çalışmadığı; %38'inin kardiyovasküler hastalığı olduğu, %62'sinin ise olmadığı görülmektedir.

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin %38'inin kardiyovasküler tanısı olduğu; tanısı olan kişilerin ortalama tanı zamanları 9.55 ± 9.53 yıl olarak görülmektedir. Tanısı olan kişilerin %28,6'sının depresyon, %17,9'unun kalp sorunları, %15,5'inin hipertansiyon, %7,1'inin kalp ritim bozukluğu, %6'sının damar sertliği-tıkanıklığı ve %13,1'inin diğer türde hastalığı olduğu; tanısı olan kişilerin %73,8'inin tanıları ile ilgili tedavi gördüğü görülmektedir.

Tablo 2 Kişilerin Ruhsal Sağlık Sorunlarına Ait Dağılım

Ruhsal sağlık sorunu	n	%
Evet	86	19,5
Hayır	356	80,5
Toplam	442	100,0
Ruhsal sorunlar	n	%
Depresyon	32	37,2
Panik atak	26	30,2
Anksiyete	16	18,6
Bipolar bozukluk	6	7,0
Fibromiyalji	2	2,3

Korkunca hastalanma	2	2,3
OKB	2	2,3
Toplam	86	100,0
Ruhsal tedavi	n	%
Evet	78	90,7
Hayır	8	9,3
Toplam	86	100,0
	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Maks.
Tanı zamanı (yıl)	8,45±7,10	0,2-27
Tedavi şekli	n	%
İlaç	54	69,2
Psikolojik destek	6	7,7
İkisi de	18	23,1
Toplam	78	100,0

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin %19,5'inin ruhsal sağlık sorunu olduğu; ruhsal sağlık sorunu olan kişilerin %37,2'sinin depresyon, %30,2'sinin panik atak, %18,6'sının anksiyete ve %7'sinin ise bipolar bozukluğu olduğu; ruhsal sağlık sorunu olanların %90,7'sinin ruhsal tedavi aldığı ve ortalama tanı zamanı ise 8.45±7.10 yıl olarak görülmektedir. tedavi alan kişilerin %69,2'sinin ilaç, %7,7'sinin psikolojik destek ve %23,1'inin hem ilaç hem psikolojik destek tedavisi aldığı görülmektedir.

Tabo 3 Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Kardiyovasküler hastalık				t	p
		Evet (n=168)		Hayır (n=274)			
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Yaş ¹		53,86±8,96		49,68±8,64		3,441	0,001***
		n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet ²	Kadın	102	60,7	194	70,8	2,396	0,122
	Erkek	66	39,3	80	29,2		
Eğitim ²	İlkokul-Ortaokul	44	26,2	58	21,2	5,333	0,149

	Lise	64	38,1	76	27,7		
	Üniversite ve üstü	60	35,7	140	51,1		
Çalışma durumu ²	Evet	66	39,3	144	52,6	3,676	0,055
	Hayır	102	60,7	130	47,4		
Ruhsal sağlık sorun ²	Evet	50	29,8	36	13,1	8,152	0,004**
	Hayır	118	70,2	238	86,9		

¹Bağımsız örneklem t testi, ²Ki-kare ilişki testi, *p≤0.05, **p≤0.01, ***p≤0.001

Araştırmada 40 yaş üstü kardiyovasküler tanısı olan kişilerin yaş ortalaması 53.86±8.96, tanısı olmayan kişilerin yaş ortalaması 49.68±8.64 olarak görülmektedir. kardiyovasküler tanısı olanların, olmayanlara yaş ortalaması anlamlı farklılık göstermektedir (t(440): 3.441, p: 0.001, p≤0.001).

Kardiyovasküler tanısı olan kişilerin %60,7'sinin kadın, %39,3'ünün erkek; %26,2'sinin ilkokul-ortaokul, %38,1'inin lise ve %35,7'sinin üniversite ve üzerinde eğitilmiş olduğu; %39,3'ünün çalıştığı, %60,7'sinin çalışmadığı; %29,8'inin ruhsal sağlık sorunu olduğu, %70,2'sinin olmadığı görülmektedir.

Kardiyovasküler tanısı olmayan kişilerin %70,8'inin kadın, %29,2'sinin erkek; %21,2'sinin ilkokul-ortaokul, %27,7'sinin lise ve %51,1'inin üniversite ve üzerinde eğitilmiş olduğu; %52,6'sının çalıştığı, %47,4'ünün çalışmadığı; %13,1'inin ruhsal sağlık sorunu olduğu, %86,9'unun olmadığı görülmektedir. Ayrıca kişilerin sosyo-demografik özellikleri kardiyovasküler tanı durumuna göre karşılaştırıldığında, ruhsal sağlık sorunu ile kardiyovasküler tanı durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır (p:0.004, p≤0.01).

Tablo 4 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normallik Dağılımı Analizi

	N	$\bar{X}$ SS	Min.-Maks. s.	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)	p*
Yale Brown	442	8,37±8,70	0-40	1,336	1,827	0,000
Obsesyon	442	4,65±4,70	0-20	1,130	1,220	0,000
Kompulsiyon	442	3,72±4,48	0-20	1,367	1,596	0,000
Çocukluk çağı travma	442	40,68±13,85	25-100	1,604	2,505	0,000

*Kolmogorov smirnov testi

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin obsesyon ve çocukluk çağı travma ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri ve normallik dağılımı değerlendirildiğinde,

Kişilerin obsesyon ortalama puanı 4.65 ± 4.70 , kompulsiyon ortalama puanı 3.72 ± 4.48 ve genel ortalama puanı ise 8.37 ± 8.70 olarak; çocukluk çağı travma ortalama puanı ise 40.68 ± 13.85 olarak görülmektedir.

Araştırmada kişilerin Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon ve çocukluk çağı travmaları ölçek boyut puanlarına ait normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildiğinde veriler normal dağılım göstermemiştir ($p < 0.05$). Ancak puanın normal dağılım göstermemesine rağmen normal dağılımın varsayımlarından örneklem hacminin $n > 30$ olması ve basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 2 arasında olmasından dolayı obsesyon ve çocukluk çağı travmaları ölçek boyut puanlarına ait verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir..

Tablo 5 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Kardiyovasküler hastalık				t	p
	Evet (n=168)		Hayır (n=274)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Yale Brown	9,37	9,30	7,76	8,30	1,337	0,183
Obsesyon	4,98	4,81	4,44	4,64	0,815	0,416
Kompulsiyon	4,39	4,94	3,32	4,14	1,674	0,082
Çocukluk çağı travma	44,83	16,93	38,13	10,87	3,242	0,002**

Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0.05$, *** $p \leq 0.01$, **** $p \leq 0.001$

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon ve çocukluk çağı travma ölçek puanları kardiyovasküler tanı durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Kardiyovasküler tanısı olan kişilerin yale Brown obsesyon-kompulsiyon ortalama puanı 9.37 ± 9.30 , tanısı olmayan kişilerin ortalama puanı ise 7.76 ± 8.30 olarak

görülmektedir. ancak aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (t(440): 1.337, p:0.183, p>0.05).

Kardiyovasküler tanısı olan kişilerin obsesyon ortalama puanı 4.98 ± 4.81 , tanısı olmayan kişilerin obsesyon ortalama puanı ise 4.44 ± 4.64 olarak görülmektedir. ancak aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (t(440): 0.815, p:0.416, p>0.05).

Kardiyovasküler tanısı olan kişilerin kompulsiyon ortalama puanı 4.39 ± 4.94 , tanısı olmayan kişilerin kompulsiyon ortalama puanı ise 3.32 ± 4.14 olarak görülmektedir. ancak aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (t(440): 1.674, p:0.082, p>0.05).

Kardiyovasküler tanısı olan kişilerin çocukluk çağı travma ortalama puanı (44.83 ± 16.93) anlamlı olarak tanısı olmayan kişilerin ortalama puanından (38.13 ± 10.87) yüksek olduğu görülmektedir (t(440): 3.242, p:0.002, p≤0.01)..

Tablo 6 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Cinsiyetler Arasında Kardiyovasküler Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet		Kardiyovasküler hastalık				t	p
		Evet (n=102)		Hayır (n=194)			
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kadın (n=296)	Yale Brown	6,22	6,37	6,77	6,92	-0,478	0,633
	Obsesyon	3,65	3,86	3,88	3,93	-0,339	0,735
	Kompulsiyon	2,57	3,37	2,90	3,53	-0,546	0,586
	Çocukluk çağı travma	40,22	13,31	36,05	8,19	2,041	0,045*
		Evet (n=66)		Hayır (n=80)		t	p
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Erkek (n=146)	Yale Brown	14,24	10,97	10,15	10,67	1,610	0,112
	Obsesyon	7,03	5,43	5,83	5,85	0,905	0,369
	Kompulsiyon	7,21	5,66	4,33	5,26	2,255	0,027*
	Çocukluk çağı travma	51,97	19,50	43,17	14,50	2,208	0,030*

Bağımsız örneklem t testi, *p≤0.05, ***p≤0.01, ****p≤0.001

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin cinsiyet grupları içinde Yale Brown obsesyon-kompulsiyon ve çocukluk çağı travma ölçek puanları kardiyovasküler tanı durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Kardiyovasküler tanısı olan kadınların obsesyon-kompulsiyon ortalama puanı 6.22 ± 6.37 , tanısı olmayan kadınların ortalama puanı ise 6.77 ± 6.92 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440)$: -0.478, p :0.633, $p > 0.05$).

Kardiyovasküler tanısı olan kadınların obsesyon ortalama puanı 3.65 ± 3.86 , tanısı olmayan kadınların ortalama puanı ise 3.88 ± 3.93 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440)$: -0.339, p :0.735, $p > 0.05$).

Kardiyovasküler tanısı olan kadınların kompulsiyon ortalama puanı 2.57 ± 3.37 , tanısı olmayan kadınların ortalama puanı ise 2.90 ± 3.53 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440)$: -0.546, p :0.586, $p > 0.05$).

Kardiyovasküler tanısı olan kadınların çocukluk çağı travma ortalama puanı (40.22 ± 13.31) anlamlı olarak tanısı olmayan kadınların ortalama puanından (36.05 ± 8.19) yüksek olduğu görülmektedir ($t(440)$: 2.041, p :0.045, $p \leq 0.05$).

Kardiyovasküler tanısı olan erkeklerin obsesyon-kompulsiyon ortalama puanı 14.24 ± 10.97 , tanısı olmayan erkeklerin ortalama puanı ise 10.15 ± 10.67 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440)$: 1.610, p :0.112, $p > 0.05$).

Kardiyovasküler tanısı olan erkeklerin obsesyon ortalama puanı 7.03 ± 5.43 , tanısı olmayan erkeklerin ortalama puanı ise 5.83 ± 5.85 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440)$: 0.905, p :0.369, $p > 0.05$).

Kardiyovasküler tanısı olan erkeklerin kompulsiyon ortalama puanı (7.21 ± 5.66) anlamlı olarak tanısı olmayan erkeklerin ortalama puanından (4.33 ± 5.26) yüksek olduğu görülmektedir ($t(440)$: 2.255, p :0.027, $p \leq 0.05$).

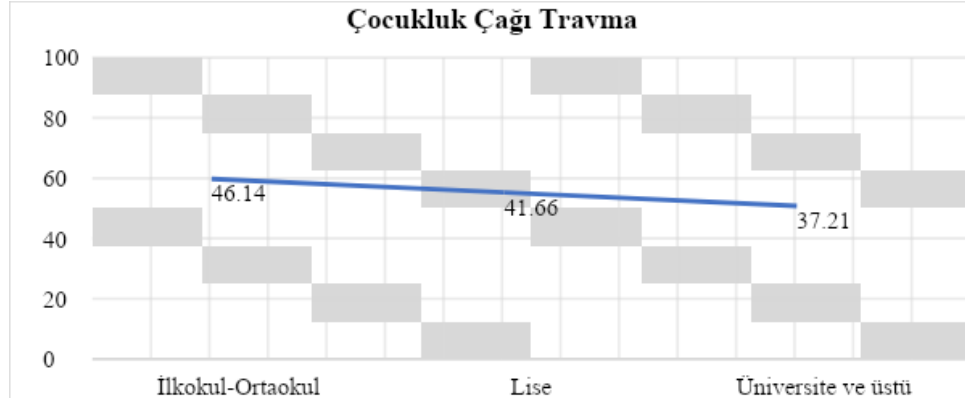
Kardiyovasküler tanısı olan erkeklerin çocukluk çağı travma ortalama puanı (51.97 ± 19.50) anlamlı olarak tanısı olmayan erkeklerin ortalama puanından (43.17 ± 14.50) yüksek olduğu görülmektedir ($t(440)$: 2.208, p :0.030, $p \leq 0.05$).

Tablo 7 Kişilerin Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Grafiği ve Karşılaştırılması

	N	$\bar{X}$	SS	F	p
İlkokul-Ortaokul	102	46,14	15,13	7,716	0,001***
Lise	140	41,66	15,33		

Üniversite ve üstü	200	37,21	10,90
--------------------	-----	-------	-------

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001



Araştırmada kişilerin çocukluk çağı travma ortalama puanları eğitim düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde,

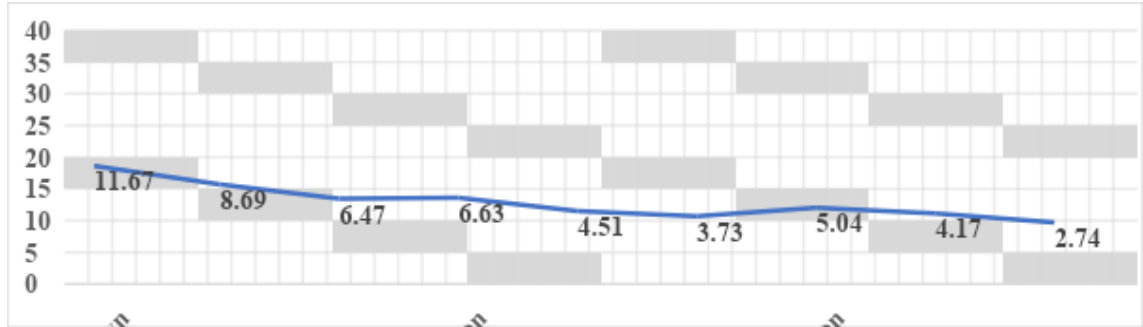
Çocukluk çağı travma ortalama puanı kişilerin eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F(3, 438): 7.716, p:0.001, p<0.001). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın hangi eğitim düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, ilkokul-ortaokul düzeyindeki kişilerin çocukluk çağı travma ortalama puanı ($\bar{X}$:46.14,SS:15.13) anlamlı olarak üniversite ve üzerinde eğitim düzeyindeki kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 8 Kişilerin Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Grafiği ve Karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Yales Brown	İlkokul-Ortaokul	102	11,67	10,80	6,384	0,002**
	Lise	140	8,69	8,58		
	Üniversite ve üstü	200	6,47	6,98		
Obsesyon	İlkokul-Ortaokul	102	6,63	5,74	6,801	0,001***
	Lise	140	4,51	4,64		
	Üniversite ve üstü	200	3,73	3,81		
Kompulsiyon	İlkokul-Ortaokul	102	5,04	5,61	5,145	0,007**
	Lise	140	4,17	4,38		

Üniversite ve üstü	200	2,74	3,65
--------------------	-----	------	------

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$



Araştırmaya katılan öğrencilerin bağlanmaya dair ölçek puanları eğitim düzeyine göre bağımsız örneklem t-testi ile değerlendirildiğinde,

Lisans düzeyindeki öğrencilerin bağlanmada kaçınma ortalama puanının ($\bar{X}$: 2.98, SS : 1.03) anlamlı olarak yüksek lisans ve üzeri düzeyde öğrenci olanların ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(78,95)$: 2.644, $p \leq 0.05$).

Lisans düzeyindeki öğrencilerin bağlanmada kaygı ortalama puanının ($\bar{X}$: 3.71, SS : 1.10) anlamlı olarak yüksek lisans ve üzeri düzeyde öğrenci olanların ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir ($t(417)$: 2.009, $p \leq 0.05$).

Tablo 9 Kişilerin Çalışma durumu ile Kardiyovasküler Hastalık Arasındaki İlişki Analizi

Çalışma durumu		Kardiyovasküler hastalık		χ^2	p
		Evet	Hayır		
Evet (n=210)	n	66	144	3,676	0,055
	%	39,3	52,6		
Hayır (n=232)	n	102	130		
	%	60,7	47,4		

Ki-kare ilişki testi, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Araştırmaya kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin %39,3'ünün çalıştığı, %60,7'sinin çalışmadığı; kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerin %52,6'sının çalıştığı,

%47,4'ünün ise çalışmadığı görülmektedir. Ayrıca kişilerin çalışma durumu ile kardiyovasküler hastalık durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10 Kişilerin Ruhsal Hastalık Sorunu ile Kardiyo Vasküler Hastalık Arasındaki İlişki Analizi

Ruhsal hastalık		Kardiyovasküler hastalık		c^2	p
		Evet (n=168)	Hayır (n=274)		
Evet (n=86)	n	50	36	8,152	0,004**
	%	29,8	13,1		
Hayır (n=356)	n	118	238		
	%	70,2	86,9		

Ki-kare ilişki testi, * $p\leq 0.05$, ** $p\leq 0.01$, *** $p\leq 0.001$

Araştırmaya kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin %29,8'inin ruhsal hastalığı olduğu, %70,2'sinin olmadığı; kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerin %13,1'inin ruhsal hastalığı olduğu, %86,9'unun ise hastalığı olmadığı görülmektedir. Ayrıca kişilerin ruhsal hastalık durumu ile kardiyovasküler hastalık durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p:0.004$, $p\leq 0.01$).

Tablo 11 Kişilerin Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Yales Brown	Evet	210	9,12	9,96	1,207	0,229
	Hayır	232	7,69	7,36		
Obsesyon	Evet	210	4,88	5,21	0,682	0,496
	Hayır	232	4,44	4,20		
Kompulsiyon	Evet	210	4,25	5,14	1,635	0,104
	Hayır	232	3,25	3,75		

Bağımsız örneklem t testi, * $p\leq 0.05$, *** $p\leq 0.01$, *** $p\leq 0.001$

Araştırmaya 40 yaş üstü kişilerin cinsiyet grupları içinde Yale Brown obsesyon-kompulsiyon puanları çalışma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Çalışan kişilerin obsesyon-kompulsiyon ortalama puanı 9.12 ± 9.96 , çalışmayan kişilerin ortalama puanı ise 7.69 ± 7.36 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440): 1.207, p:0.229, p>0.05$).

Çalışan kişilerin obsesyon ortalama puanı 4.88 ± 5.21 , çalışmayan kişilerin ortalama puanı ise 4.44 ± 4.20 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440): 0.682, p:0.496, p>0.05$).

Çalışan kişilerin kompulsiyon ortalama puanı 4.25 ± 5.14 , çalışmayan kişilerin ortalama puanı ise 3.25 ± 3.75 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440): 1.635, p:0.104, p>0.05$).

Tablo 12 Kişilerin Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Çocukluk çağı travma	Evet	210	41,93	15,58	1,267	0,207
	Hayır	232	39,54	12,04		

Bağımsız örneklem t testi, * $p \leq 0.05$, *** $p \leq 0.01$, **** $p \leq 0.001$

Araştırmaya 40 yaş üstü kişilerin cinsiyet grupları içinde çocukluk çağı travma puanı çalışma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde,

Çalışan kişilerin çocukluk çağı travma ortalama puanı 41.93 ± 15.58 , çalışmayan kişilerin ortalama puanı ise 39.54 ± 12.04 olarak görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(440): 1.267, p:0.207, p>0.05$).

Tablo 13 Kişilerin Obsesyon ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeklerinin Korelasyon Analizi

		Yales Brown	Obsesyon	Kompulsiyon	Çocukluk çağı travma
Yales Brown	r	1			
	p				
Obsesyon	r	.951***	1		
	p	.000			
Kompulsiyon	r	.946***	.798***	1	
	p				

	p	.000	.000		
Çocukluk çağı travma	r	.400***	.352***	.407***	1
	p	.000	.000	.000	

Pearson korelasyon, *p≤0.05, ***p≤0.01, ***p≤0.001

Araştırmada 40 yaş üstü kişilerin obsesyon-kompulsiyon ve çocukluk çağı travma ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde,

Çocukluk çağı travma ile obsesyon (r: 0.352, p≤0.001) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde; kompulsiyon (r: 0.407, p≤0.001) arasında pozitif yönde, normal düzeyde ve obsesyon-kompulsiyon genel puanı (r: 0.400, p≤0.001) arasında pozitif yönde, normal düzeyde ve anlamlı bir korelasyon (ilişki) vardır.

Tablo 14 Çocukluk Çağı Travma ve Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi

Kardiyovasküler hastalık	F	sd	R ²	β	t	p
Obsesyon				-0.123	-1.128	0.261
Kompulsiyon	4.737***	3, 438	.061	0.122	1.092	0.276
Çocukluk çağı travma				0.229	3.177	0.002**

Regresyon analizi, Sd: Serbestlik derecesi, *p≤0.05, **p≤0.01, ***p≤0.001

Çocukluk çağı travma değişkeni ($\beta = .229$, $t(441) = 3.177$, $p \leq 0.01$) kardiyovasküler hastalık durumunu pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F(3, 438) = 4.737$, $p \leq 0.01$). Çocukluk çağı travma değişkeni toplam varyansı %6.1 oranında açıklamaktadır. Kardiyovasküler tanıli kişilerin çocukluk çağı travma düzeyleri kardiyovasküler tanısı olmayan kişilere göre 0.23 kat daha fazla olarak görülmektedir. Bununla birlikte obsesyon ($\beta = -.123$, $t(441) = -1.128$, $p > 0.05$) ve kompulsiyon ($\beta = .122$, $t(441) = 1.092$, $p > 0.05$) değişkenleri kardiyovasküler hastalık durumu üzerinde anlamlı etki göstermemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 15 Çocukluk Çağı Travma ve Obsesyon-Kompulsiyon (Yale Brown) Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi

Kardiyovasküler hastalık	F	sd	R ²	β	t	p
Obsesyon-Kompulsiyon	6.398***	2, 439	.055	-0.005	-0.068	0.946
Çocukluk çağı travma				0.237	3.306	0.001***

Regresyon analizi, Sd: Serbestlik derecesi, *p≤0.05, **p≤0.01, ***p≤0.001

Çocukluk çağı travma değişkeni ($\beta = .237$, $t(441) = 3.306$, $p \leq 0.001$) kardiyovasküler hastalık durumunu pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F(3, 438) = 6.398$, $p \leq 0.01$). Çocukluk çağı travma değişkeni toplam varyansı %5.5 oranında açıklamaktadır. Kardiyovasküler tanıli kişilerin çocukluk çağı travma düzeyleri kardiyovasküler tanıli olmayan kişilere göre 0.24 kat daha fazla olarak görülmektedir. Obsesyon-kompulsiyon (Yale Brown) değişkeni kardiyovasküler hastalık üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 16 Çocukluk Çağı Travma ve Obsesyon Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi

Kardiyovasküler hastalık	F	sd	R ²	β	t	p
Obsesyon	6.504***	2, 439	.056	-0.032	-0.454	0.650
Çocukluk çağı travma				0.247	3.509	0.001***

Regresyon analizi, Sd: Serbestlik derecesi, *p≤0.05, **p≤0.01, ***p≤0.001

Çocukluk çağı travma değişkeni ($\beta = .247$, $t(441) = 3.509$, $p \leq 0.01$) kardiyovasküler hastalık durumunu pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F(3, 438) = 6.504$, $p \leq 0.001$). Çocukluk çağı travma değişkeni toplam varyansı %5.6 oranında açıklamaktadır. Kardiyovasküler tanıli kişilerin çocukluk çağı travma düzeyleri kardiyovasküler tanıli olmayan kişilere göre 0.25 kat daha fazla olarak görülmektedir. Obsesyon değişkeni kardiyovasküler hastalık üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 17 Çocukluk Çağı Travma ve Kompulsiyon Puanlarının Kardiyovasküler Hastalığa Etkisinin Değerlendirilmesi

Kardiyovasküler hastalık	F	sd	R ²	β	t	p
Kompulsiyon				0.026	0.354	0.723
Çocukluk çağı travma	6.462 [*] **	2, 439	.056	0.225	3.123	0.002 ^{**} *

Regresyon analizi, Sd: Serbestlik derecesi, *p≤0.05, **p≤0.01, ***p≤0.001

Çocukluk çağı travma değişkeni ($\beta = .225$, $t(441) = 3.123$, $p \leq 0.01$) kardiyovasküler hastalık durumunu pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F(3, 438) = 6.462$, $p \leq 0.01$). Çocukluk çağı travma değişkeni toplam varyansı %5.6 oranında açıklamaktadır. Kardiyovasküler tanılı kişilerin çocukluk çağı travma düzeyleri kardiyovasküler tanısı olmayan kişilere göre 0.23 kat daha fazla olarak görülmektedir. kompulsiyon değişkeni kardiyovasküler hastalık üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 18 Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Yale Brown	0,948	10
Obsesyon	0,920	5
Kompulsiyon	0,921	5
Çocukluk çağı travma	0,903	28

Ölçekte kullanılan maddelerin tamamına ve faktörler bazında güvenilirlik analizi yöntemlerinden olan Cronbach's alfa yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Ölçekte yer alan soruların varyanslarının genel varyansa oranı ile bulunur. 0 ile 1 arasında değer alır. 0.60-0.80 arası oldukça güvenilir, 0.80–1.00 arası yüksek güvenilirliktedir. Ayrıca ölçekte yer alan maddelerin korelasyonları 0.30'un altında olmamasına dikkat edilir. Bu değer in altında yer alan maddeler güvenilirlik analizinde yer almaz.

Bu şekilde Yale Brown obsesyon-kompulsiyon ve çocukluk çağı travma ölçekleri için güvenilirlik analizi uyguladığımızda; ölçeklerin minimum Cronbach's alfa katsayısı her bir ölçümde 0,80'den büyük olduğu görülmektedir. Sonuç olarak uygulanan bu ölçek, ölçülmek istenilen olguyu çok iyi bir şekilde ölçmektedir. Sonuç olarak bu ölçekler güvenilirirdir denebilir.

BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmanın bu bölümünde istatistiksel olarak elde edilen sonuçların daha önceki araştırma ile karşılaştırıldığında varılan sonuçlarını, ayrıca bu araştırmanın gösterdiği doğrudan bilimsel verileri ve tüm bunlar kapsamında gelecekte yapılabilecek çalışmalar için öneriler sunulacaktır..

5.1. TARTIŞMA

Bu araştırma ile İstanbul şehrinde yaşayan kendi isteğiyle araştırmaya katılmış 40 yaş üzerindeki kişilerin obsesyon düzeyleriyle çocukluk çağı travmaları ölçümlerinin kardiyovasküler hastalık açısından ilişkisine bakılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin 296'sı kadın, 146'sı da erkek olmak üzere toplam 442 kişiden oluşmaktadır.

Bu örneklemin içerisinde 168 kişi kardiyovasküler hastalığının olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 274'ü ise kardiyovasküler hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olan kişiler araştırmamızın örnekleminde sosyo-demografik olarak incelendiğinde %60.7'sinin kadın; %39.3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Yine kardiyovasküler hastalığı olduğunu ifade eden grubun eğitim düzeyine bakıldığında %26.2'sinin ilkokul-ortaokul düzeyinde eğitim gördüğü; %38.1'inin lise düzeyinde eğitim gördüğü; %35.7'sinin ise en az lisans düzeyinde eğitim aldığı görülmektedir. Kardiyovasküler hastalığa sahip olduğunu ifade eden grubun %39.3'ü şu an aktif olarak çalıştığını; %60.7'si ise şu an aktif olarak çalışmadığını ifade etmiştir. Aynı örneklem içerisinde bakıldığında %29.8'i kardiyovasküler hastalığının yanında en az bir ruhsal sağlık sorunu da yaşadığını beyan etmiştir. Kalan %70.2'si ise kardiyovasküler hastalığı olmasına rağmen herhangi bir ruhsal sağlık sorununun olmadığını ifade etmiştir. Kardiyovasküler hastalığının olmadığını ifade eden gruba bakıldığında 274 kişiden 194'ünün kadın yani %70,8'e denk gelmektedir. 80 kişinin ise yani %29,2'sinin erkek olduğu görülmektedir. Kardiyovasküler hastalık yaşamadığını belirten grubun %51,1' i en az lisans mezunu olduğu; %27,7'sinin lise mezunu olduğu; %21.2'sinin ise en fazla ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerin %52,6'sı şu an aktif olarak işte çalıştığını ifade ederken %47,4'ünün ise araştırmanın

yapıldığı tarihte kendisini çalışmıyor olarak ifade etmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerin %13,1'i en az 1 ruhsal sağlık sorunu olduğunu; %86,9' u ise kardiyovasküler hastalığı olmadığı gibi bir ruhsal sağlık sorununun olmadığını ifade etmiştir.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına göre; kardiyovasküler tanısı olanların yaş ortalaması olmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu veriler Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılında Türkiye'de Kalp ve Damar Hastalıkları adıyla yayınladığı çevrimiçi bilgi notunda değinildiği üzere özellikle 40 yaş üzerindeki bireyler için kardiyovasküler risklerin başladığını ve yaşı da anlamlı biçimde arttığını ifade etmesiyle uyumludur (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Araştırmada saptanan bir diğer anlamlı sonuç ise kardiyovasküler hastalık tanısı ile ruhsal sağlık sorunları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Yapılan bir araştırmaya göre; kardiyovasküler hastalık riski ile psikopatolojik riskler arasında özellikle anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve şizofrenide kardiyovasküler hastalık riskinin daha da yüksek oranda arttığı tespit edilmiştir (Hayward, 1995).

Araştırmanın bulgularına göre; kırk yaş üzerinde herhangi bir kardiyovasküler tanı almış kişilerin çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları ortalama puan herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı olmayan kişilerin çocukluk çağı travma ölçeği ortalama puanından anlamlı istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 2010'da yapılan erken çocuklukta yaşanan sıkıntıların; erişkinlik döneminde hipertansiyona etkisini araştıran bir çalışmada önemli ölçüde istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır (Stein ve ark., 2010). Yine 2009'da yapılan bir başka çalışmaya göre; olumsuzluk çocukluk çağı deneyimlerine maruz kalan çocuklar ileri yaşlarda yaşa bağlı hastalık riskinin diğer akranlarına göre önemli ölçüde arttığı gösterilmiş. Başta metabolik hastalıklar için bu kişilerin güçlü bir aday olduğunu göstermiştir. Bu iki araştırmada bulunan sonuçlar bizim de araştırmada tespit ettiğimiz çocukluk çağı yaşantılarının kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığını sonucunu desteklemektedir (Danese ve ark., 2009). Hatta 2013'te yapılan başka bir çalışmada olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin henüz ortaokul çağındaki çocuklarda dahi kardiyovasküler sağlığı olumsuz etkilediğine dair

kanıtlar bulunmuştur (Pretty ve ark., 2013). Amerika’da yapılan en kapsamlı toplum sağlığı çalışması olarak bilinen ACE çalışması ise göstermiştir ki; çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan kişilerde kalp krizi yaşama riski %232 artmıştır. Yine aynı araştırmada diyabet riskinin %201; sigara kullanma riskinin ise %250 arttığı tespit edilmiştir (Edwards, J. Ve ark., 2003). Literatürde bulunan bu bulgular ve araştırmamızda çıkan sonuçlar kardiyovasküler hastalığın oluşumunda çocukluk çağı travmalarının anlamlı bir ilişkisi olduğunu destekler niteliktedir. Caceres’in 2021 yılında yayınlanan orta yaşta kardiyovasküler sağlığın çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla duygusal ve cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir, bunların en çok depresyon ve uyku sorunlarına doğrudan, ardından kardiyovasküler hastalıklara etkisi görülmüştür.

Araştırmaya katılan kişileri cinsiyetlerine göre ayırdığımızda çocukluk çağı travma ölçek puanlarının kardiyovasküler hastalık tanı durumuna etkisine bakıldığında; kardiyovasküler hastalık tanısı olduğunu ifade eden kadınların çocukluk çağı travma ölçeklerinden aldıkları puanlar kardiyovasküler tanısı olmayan kadınların ortalama puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine kardiyovasküler hastalık tanısı olan erkeklerin çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları ortalama puan anlamlı bir biçimde kardiyovasküler hastalık tanısı olmayan erkeklerin ortalama puanından yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda araştırmaya katılan kadın katılımcıların yüzde olarak erkek katılımcılardan yüzde olarak fazla olmasına rağmen cinsiyetler içi istatistiksel çalışmalar bir farklılık göstermemiş, çocukluk çağı travmalarının her iki cinsiyet için de kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmada kardiyovasküler tanısı olan kişilerin obsesyon kompulsiyon ortalama puanları kardiyovasküler hastalık tanısı olmayan kişilerin obsesyon kompulsiyon ortalama puanından yüksek çıksa da; istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmada kullanılan Yale-Brown ölçeğinin alt ölçümlerinde obsesyon ve kompulsiyon puanları ayrı ayrı değerlendirilebilmekteydi. Kardiyovasküler tanısı olan kişilerin obsesyon puanları ve kompulsiyon puanları ayrı ayrı değerlendirildiğinde de kardiyovasküler tanısı olmayan kişilerle karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan yine anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. İlgili sonuçla ilgili literatür

araştırıldığında obsesyon ve kompulsiyon düzeylerinin veya OKB tanısının kardiyovasküler hastalıklar üzerine olan etkileri konusunda farklı sonuçlanmış araştırmalara ulaşmak mümkündür. Singapur'da yapılan bir çalışmada ruhsal bozuklukların kronik tıbbi durumlarla ilişkisini araştırırken obsesif kompulsif bozukluğun kardiyovasküler hastalıklar ile anlamlı bir bağlantısı olmadığı sonucuna varılmıştır (Chong ve ark., 2012). Yine yapılan bir başka çalışmada obsesif kompulsif semptomları olan kişilerde tıbbi hastalıklar açısından bir değerlendirme yapılmış; bu çalışmada OKB'nin migren gibi nörokimyasal temelleri serotonin metabolizmasındaki kusurlar olan baş ağrılarında bağışıklıkla ilgili sorunlar olan bazı otoimmün hastalıklarda ve tiroit hastalıklarında OKB'nin yakın ilişkisi olduğu saptanmıştır. Ancak kardiyovasküler hastalık riski açısından değerlendirildiğinde düşük düzeyde bir bağlantı görülen araştırmada bu düşük düzeyde bağlantının OKB sebebiyle evde temizlik ürünlerine maruz kalmanın türlü dolaşım sorunlarına yol açmış olabileceği düşünülmüş, dolayısıyla bu çalışmada da OKB'nin doğrudan kalp hastalıklarının prevalansını yükselttiğine dair bir düşünceye varılamamıştır (Witthauer, 2014). Literatürdeki bu çalışmalar araştırmamızda bulduğumuz obsesyon ve kompulsiyon puanlarının kardiyovasküler hastalıkları arttırmadığı yönündeki verilerimizi desteklemektedir ancak 2021 yılında obsesif kompulsif bozukluk ile kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran geniş kapsamlı bir çalışmada OKB teşhisi konan bireylerde geniş bir kardiyovasküler hastalık yelpazesi için genel olarak %25 olarak artmış bir risk saptanmıştır. Literatürde obsesif kompulsif bozukluk ile kardiyovasküler hastalık riskini doğrudan araştıran çok çalışma olmamasına rağmen; bu çalışmada gösterilen artmış risk durumu her kardiyovasküler hastalık tanısı için ayrı ve farklı düzeyde etkilediğini göstermiştir. Bu çalışmaya göre ventriküler taşikardi riskini %83, kardiyomiopati riskini %70, hasta sinüs sendromunu %57, pulmoner emboli riskini ise %54 arttırdığı görülmüştür. Aynı araştırma obsesif kompulsif bozukluk ile hipertansiyonu sadece %15 arttırdığını gösterirken; kalp krizi riskini ise %3 arttırdığını göstermiştir (Isomura, 2021). Bu araştırmada bulunan sonuçlar ile bizim araştırmamızda bulunan sonuçlar birbirlerini desteklememektedir. Ancak bizim araştırmamızdaki kardiyovasküler hastalık dağılımına bakıldığında bu araştırmanın düşük risk artışı sağladığını söylediği

kardiyovasküler hastalık sahibi kişilerin bizim araştırmamıza daha yoğun katıldığı görülmüştür. Bu çelişkili sonucun kardiyovasküler hastalık çeşitliliği açısından bizim araştırmamızın daha sınırlı kalması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir.

5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada anlatıldığı üzere; kişilik patolojilerinin ve psikolojik sorunların fizyoloji üzerinde yaratabileceği etkiler görülebilir. Dolayısıyla ileride yapılacak diğer araştırmaların da bu çalışmadaki gibi psikolojinin fiziksel etkilerine yönelik bulunan sonuçları desteklenebileceği düşünülmektedir. Daha doğru sonuçlara ulaşabilmek adına; geniş kitlelerle çalışıyor olmanın daha genelleyici bilgilerin elde edilmesine yardımcı olacağı söylenebilir. Geniş kitleyle yapılmış çalışmaların sonucundan da anlaşılacağı üzere kardiyovasküler hastalık çeşitliliği ve psikolojik etkilerin anlaşılması adına daha spesifik araştırmaların yapılması önerilebilir. Çünkü hem çocukluk çağı travmalarının cinsiyet farklılığındaki etkisi, kardiyovasküler tanı alma ve cinsiyet arasındaki ilişki konusunda gerekli ayrımların daha net şekilde yapılması daha doğru sonuçların elde edilmesine yardımcı olabilir.

Yapılan araştırmanın kısıtlılıkları olarak diğer daha büyük kitlelerle çalışmalardan çıkarılanlar; pandemi sürecinde katılımcılara çevrimiçi olarak gönderilen formların beyana dayanıyor olmasıyla beraber katılım sağlayan katılımcıların cinsiyet sayılarının daha eşit tutulması, kullanılan testlerin ölçüm araçlarının da ölçüm gücünün daha yüksek olması ve tanımlar konusunda daha spesifik ayrımlara gidilmesi daha net sonuçlara gidilmesi adına çalışmayı daha güçlü kılacak unsurlardan bazılarıdır.

Çocukluk çağında yaşanan durumların ileride yaşanılacak psikolojik problemlere altyapı hazırlaması ve bunun sonucunda fiziksel olarak etkilerinin görülmesi sonucunda psiko sosyal olarak zorluk yaşayabilecek çocuklara destek sağlanması önerilmektedir. Çocukların korunması adına; gereken desteği ihtiyaç halinde karşılayabilecek bir sistemin varlığı, ileride karşılaşılabilecek sorunları önleyebilir. Aynı zamanda çocukluk çağı travması yaşayan kişilerin kardiyovasküler olarak daha yakından takip edilmesi önerilmektedir. Aynı zamanda psikolojik iyilik adına çocukların da daha yakından takip ediliyor olması önerilebilir.

KAYNAKLAR (REFERENCES)

- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyol Dern. Arş.* 39(4): 1-5
- Abramowitz J. S. Whiteside S., Lynam D., Kals., S. (2003). Is Thought-Action Fusion Specific to Obsessive Compulsive Disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1069-1079.
- Alıcı D. (2014) *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında oksidatif metabolizmanın ve oksidatif dna hasarının incelenmesi*, Gaziantep Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 4-30,
- Allen J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. Ve Brigidi, B. (2001). Thought-Action Fusion in Individuals with OCD Symptoms. *Behavioural Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Atak, H. (2011). Kimlik gelişimi ve kimlik biçimlenmesi: Kuramsal bir değerlendirme. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(1), 164-215.
- Aydın, A., Boysan, M., Tutarel-Kışlak, Ş., Kalafat, T., Selvi, Y. ve Beşiroğlu, L. (2012). The Predictive Value of Interpersonal Schemas, Perfectionism, and Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 205, 108-118.
- Balkıs, M., ve Duru, E. (2019). The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, emotional states of stress, depression and anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(9), 6-112.
- Balkıs, M., ve Duru, E. (2020). Gender differences in the organizational structure of the rational/irrational beliefs in depressive symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38, 272-294.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. (2006) Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 44: 100-6
- Bretherton, I., ve Munholland, K. A. (1999). *Internal working models in Attachment Relationships: An construct revised*. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: The Guilford Press.
- Britzman, D. P. (2019). *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*. Freudian Theories.
- Brown, S., Fite, P. J., Stone, K., ve Bortolato, M. (2016). Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: The role of alexithymia. *Child abuse & neglect*, 52, 20-28.
- Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger LG. (1996) Revision of the Padua Inventory of obsessive-compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behav Res Ther*. 34 (2) 163-73.

- Bulut, S. (2007), Çocuk İstismarı Hakkında Derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3 (28) 139- 156
- Cicchetti, D., Hetzel, S., Rogosch, F. A., Handley, E. D., ve Toth, S. L. (2016). An investigation of child maltreatment and epigenetic mechanisms of mental and physical health risk. *Development and Psychopathology*, 28, 1305–1317.
- Clark DB, Lesnick L, Hegedus A. (1997) Trauma and other stressors in adolescent alcohol dependence and abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1744–1751.
- Coates, S., ve Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 18(3), 611-626.
- Cohen, R. J., ve Calamari, J. E. (2004). Thought-Focused Attention and ObsessiveCompulsive Symptoms: An Evaluation of Cognitive Self-Consciousness in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 457-471.
- Coles, M. E., Mennin, D. S. ve Heimberg, R. G. (2001). Distinguishing Obsessive Features and Worries: The role of thought-action fusion. *Behavior Research and Therapy*, 39, 947-959.
- Çengel A (2010). Kadınlarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri. *Arch Turk Soc Cardiol*. 38(1) 17-24.
- Çelik, Seden, Ş. Görgülü ve T. Tezel. (2002). Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 30:634-639
- Çocuk istismarının önlenmesi danışma toplantısı raporu, 29–31 Mart 1999. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 1999.
- Dan J. Ve ark. (2010). Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey. Dekel, R., Shaked, O., Ben-Porat, A. ve Itzhaky, H. (2020). The interrelations of physical and mental health: self-rated health, depression, and PTSD among female IPV survivors. *Violence against women*, 26(3-4), 379-394.
- Danese A. Ve ark. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(12):1135-43
- Dönmez, S. (2018). Eski Yakındoğu'da Ritüel Şiddet, Kurban Bunalimi Ve Toplumsal Düzenin Konsolidasyonu: İnsan Kurbanı Ve Toplumsal Etkileri. 366-395. 10.14225/Joh1333
- Edward P ve MD. Havranek. (1999). Primary! Prevention of CHD: Nine Ways to Reduce Risk. *American Family Physician*, 15; 59(6) 1455-63.
- Erol, Ç. vd. (1999). *Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu*. İstanbul.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(14), 245-258.
- Ferenczi, S. (2018). *Psikolojik travma*. (çev. H. Portakal). İzmir: Cem Yayınevi.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Finkelhor, D., ve Korbin, J. (1988). Child abuse as an international issue. *Child Abuse & Neglect*, 12(1), 3-23.

- Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, Agostino RB, Wilson PW, Savage PJ (2004). Trends in cardiovascular complications of diabetes. *JAMA*. 24; 292(20) 2495-9.
- Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control (2011). *World Health Organization, World Heart Federation and World Stroke Organization*. Erişim: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf?ua=1 (Erişim tarihi 21.10.2021)
- Görenek B, Birdane A, Ünalır A (2000). Kadınlarda Koroner Arter Hastalığı: Risk Faktörleri, Klinik Tablolar, Tanı ve Tedavi Yaklaşım Farklılıkları. *Türk Kardiyol Dern Ars.*, 28, 60-69
- Güleç S (2009). Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 2, 1-10
- Gülin Kasap E (2019). *Marmara Üniversitesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Kardiyovasküler Risk Faktörleri Ve Bu Faktörler Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlar*. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
- Herman J.L. ve Tosun T, (2011). *Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatoloji ile İlişkisi. Travma ve iyileşme*. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research*, 4(3), 187-197.
- Hobfoll, S. E., Tirone, V., Holmgreen, L., & Gerhart, J. (2016). Conservation of resources theory applied to major stress. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 1, 65-71.
- Davies-Netzley S, Hurlburt MS, Hough RL. (1996) Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. *Violence Vict*; 11: 129-142.
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., ve Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231.
- Devi, F., Shahwan, S., Teh, W.L. (2019) The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Ann Gen Psychiatry*. 18: 15
- deVries, M.W. (2007). 'Trauma in cultural perspective'. İçinde B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, London: The Guilford Press, 398-413.
- Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH (2013) Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2: 34-40
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. (2003) Childhood abuse, neglect, household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences Study. *Pediatrics*. 111(3) 564–572.
- Duru, E., ve Balkıs, M. (2021). Childhood trauma, depressive symptoms and rational /irrational beliefs: A moderated mediation model. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Online erişim.

- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 517-528.
- Emmelkamp, P. M. G. ve Aardema, A. (1999). Metacognition, Specific Obsessive Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. (1998) *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara. Eksen Tanıtım Ltd.Şti.
- Family Support Network. (2002). *Child abuse and neglect*. Erişim: <http://www.familysupport.org/Abuse.cfm>.
- Fenske JN, Schwenk TL. (2009) obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 1; 80(3) 239-45.
- Fenske JN, Petersen K. (2015) obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 92(10) 896-903.
- Fineberg NA, (2008) Clinical screening for obsessive-compulsive and related disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 45(3) 151-163.
- Freisthler, B. (2004). A spatial analysis of social disorganization, alcohol access, and rates of child maltreatment in neighborhoods. *Children and Youth Services Review*, 26(9), 307-319.
- Freud A (1966) *Obsessional Neurosis: A Summary Of Psychoanalytic Views As Presented At The Congress*. Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder, DJ Stein, M Stone (Ed), New York, New York University Press, 1997, 100-112.
- Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B., Freeman, I., Rooney, M., ve Lambie, A. (1998). Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22, 79-90.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714.
- Goddard, C., ve Bedi, G. (2010). Intimate partner violence and child abuse: A child centred perspective. *Child Abuse Review*, 19, 5-20.
- Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, ve Drake RE. (1997) Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future search directions. *Schizophr Bull*. 22: 685-696.
- Grisham, J., Fullana, M., Mataix-Cols, D., Moffitt, T., Caspi, A., ve Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12), 2495-2506.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.
- Gwilliam, P., Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive-Compulsive Symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hayward, C. (1995). Psychiatric Illness and Cardiovascular Disease Risk. *Epidemiologic Reviews*, 17 (1) 129-138,

- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., ve Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.
- Hodgson, R. J., ve Rachman, S. (1977). Obsessional-Compulsive Complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395
- House, S. J., Tripathi, S. P., Knight, B. T., Morris, N., Newport, D. J., & Stowe, Z. N. (2016). Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Archives of women's mental health*, 19(1), 3-10.
- Iervolino AC, Rijsdijk FV, Cherkas L, Fullana MA, Mataix-Cols D. (2011) A Multivariate Twin Study of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Arch Gen Psychiatry*. 68 (6) 637-644.
- Irak, M. ve Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1316-1325.
- Isomura K. (2021). Risk of specific cardiovascular diseases in obsessive-compulsive disorder. Erişim <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.066>
- Isozumi K. (2004) Obesity as a risk factor for cerebrovascular disease. *Keio J Med*. 53(1) 7-11
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 525-551
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C. ve Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 17, 181-195.
- Jennifer L. R., Jarrod J., ve diğ. (2019). Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging, *J Cardiovasc Dev Dis*. 6(2): 19.
- Johnson C F. *Abuse and Neglect of Children*. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (2000). Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed. Philadelphia: WB Saunders;.
- Juang YY, Liu CY. (2001) Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 55(6):623-7
- Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS, (2004), Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi, 47 (2) 140-151.
- Karasu, F. ve Bilgen, F. (2017). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışları. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22-34.
- Kempe PT, van Oppen P, de Haan E, Twisk JW, Sluis A, Smit JH, van Dyck R, van Balkom AJ. (2007) Predictors of course in obsessive-compulsive disorder: logistic regression versus Cox regression for recurrent events. *Acta Psychiatr Scand*. 116(3):201-10.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 359-364.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Greif-Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult

- psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Kokurcan, A. ve Özsan, H. H. (2012). Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri. *Kriz Dergisi*. 20 (1) 19–24.
- Koldaş ZL (2008). Bir Bütün Olarak Kardiyovasküler Riskin Ele Alınmasının Önemi. *Kardiyoloji Gündemi Sempozyum dizisi*. 64: 25-42.
- Köroğlu, E., Abay, E. (2020). Psikiyatri Temel Kitabı. Esenkal Yayıncılık, 299-307
- Krishnan, V., ve Morrison, K. B. (1995). An ecological model of child maltreatment in a Canadian province. *Child Abuse and Neglect*, 19, 101-113.
- Krzyszczowiak W, Kuleta-Krzyszczowiak M, Krzanowska E. (2019) Treatment of obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive-related disorders (OCRD). *Psychiatr Pol*. 31;53(4) 825-843
- Küçükörmürler S, Bekar A (2006). Kolesterol konusunda verilen eğitimin kadınların bilgi düzeylerine etkisi. *Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi*. 10 (10) 103 – 112.
- Langley, A., Santiago, C., Rodríguez, A., ve Zelaya, J. (2013). Improving implementation of mental health services for trauma in multicultural elementary schools: Stakeholder perspectives on parent and educator engagement. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40, 247–262
- Lee, B., ve Goerge, R. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Child and Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780.
- Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I., (2008). *Child maltreatment surveillance*. Uniform definitions for public health and recommended data elements. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Lerman, R. (2002). *Wedding bells ring in stability and economic gains for mothers and children*. Erişim: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=900554>
- Marsh, R., Maia, T., ve Peterson, B. (2009). Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 664-674.
- Mathews C. A. Ve ark. (2007). *Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms*. Erişim <https://doi.org/10.1002/da.20316>
- Mraovick, L., ve Wilson, J. (1999). Patterns of child abuse and neglect associated with chronological age of children living in a midwestern county. *Child Abuse and Neglect*, 23(9), 899-903.
- Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, Gary R, Essock SM, Becker DR, Wolf R, Swain K. (2004) The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 72: 470-490.
- Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H. & Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 843-852
- Myers, S. G. ve Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Myers, S. G., Fisher, P. L. ve Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 436-442.

- National Center on Child Abuse and Neglect. (1993). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, D.C.
- National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). *Child Maltreatment* 2008. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.
- National Child Traumatic Stress Network. (2003). *What is child traumatic stress?* [Bilgi Formu]. National Child Traumatic Stress Network: Yazar. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/what_is_child_traumatic_stress.pdf
- Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, ve Fochtmann LJ. (2002) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psycho*. 70: 246-251.
- Nestadt G, Addington A, Samuels J, Liang KY, Bienvenu OJ, Riddle M, Grados M, Hoehn-Saric R, Cullen B. (2003) The identification of OCD related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*. 53: 914-920
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. (2000) A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 57(4) 358-63
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., ve Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 57-64.
- Oğuz S., Çamcı, G., (2016). Coronary Artery Disease and Occupational Life. *Türk J Card Nur*. 2016; 7(12): 15-23
- Onat A (1998). Kombine Hiperlipidemi'nin Halkımızdaki Sıklığı, Eşlik Eden Risk Faktörleri ve Koroner Nisbi Riski: TEKHARF Çalışması Verilerine Dayalı Yaklaşım. *Türk Kardiyol Dern Arşivi*., 26, 425-431
- Onat A (2010). TEKHARF 2009 taraması. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 38, 159- 163.
- Onat A, Özhan H, Albayrak S, Hergenç G, Karabulut A, Albayrak S (2006). Kardiyometabolik risk profilini şekillendirmede aile geliri: Cinsiyete bağlı farklılıkların da incelendiği prospektif bir çalışma. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 34, 471-8
- Onat A, Senocak MS, Surdum G, Ornek E (1993). Prevalence of coronary heart disease in Turkish adults. *Int.J.Cardiol.*, 39, :23-31
- Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Çetin G, Miral S, Hancı H, Erşahin Y, Tepeli N, Bulguç AG ve Tiras B. (2001) Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*. 25(2): 279-290.
- Örsel S, Karadağ H, Karaoğlu-Kahiloğulları A ve Akgün-Aktaş E. (2011) Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 12: 130-136.
- Öz Ş (2018). *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Ankara Yıldırım Beyazıt Ünivesitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye
- Özcebe H. (2009) *Halk sağlığı bakış açısıyla istismar bildirimi ve karşılaşılan güçlükler*. Erişim: <http://cbgd.org/kongre2009>

- Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (14. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara, 380.
- Piri, S. ve Kabakçı, E. (2007). Düşünce-Eylem Kaynaşması, Yükleme Biçimleri, Depresif ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 1-10.
- Pretty C., O'Leary, D.D., Cairney, J. (2013). Adverse childhood experiences and the cardiovascular health of children: a cross-sectional study. *BMC Pediatr* 13, 208
- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A Cognitive Theory of Obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A Cognitive Theory of Obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 15, 743-758.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H. ve Muris, D. (2001). Thought-Action Fusion and Thought Suppression in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- Rosen, A. L., Handley, E. D., Cicchetti, D., ve Rogosch, F. C. (2018). The impact of patterns of trauma exposure among low-income children with and without histories of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 80, 301-311
- Rosenberg DR, Hanna GL (2000) Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications fortreatment development. *Biol Psychiatry* 48 1210-1222
- Russell, P. L. (2006). Trauma, Repetition, and Affect. *Contemporary Psychoanalysis*, 42(4), 601-620.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive Problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Schore, A. (2012a). *Duygulanım düzensizliği ve kendilik bozuklukları*. (M. Benveniste, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2003).
- Schore, A. (2012b). *Duygulanım düzenlemesi ve kendiliğin onarımı*. (Ö. Karakaş, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2003).
- Sedlak, A., ve Broadhurst, D. (1996). *Third National Incidence Study of child abuse and neglect: Final report*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Shafan, R., Thordarson, D. S. ve Rachman, S. (1996). Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391
- Shafan, R. ve Rachman, S. (2004). Thought-Action Fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107
- Shipman K, Zeman J, Penza S, ve Champion K. (2000) Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Dev. Psychopathol.* 12: 47-62.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R. ve Franceschini, S. (2007). Metacognitive Beliefs and Coping Strategies Predict Worry, Obsessive-Compulsive Symptoms and

- Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.
- Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities*. MD: Paul Brookes Pub., Inc.
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A. ve Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 79-86.
- Stoll AL, Tohen M, Baldessrini RJ. (1992) Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 149(5):638-40.
- Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. (2004) The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 42(12) 1453-67.
- Şahin F. (2006) *Çocuk İstismarının Tanımı, Epidemiyolojisi ve Multidisipliner Yaklaşımın Önemi. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara. Ankara Üniversitesi Basımevi; 5-8.
- Şahin N. (2012) *Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerindeki mizaç, karakter özellikleri ve psikopatolojinin araştırılması*, Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-14
- Şar V. Kardiyoloji ve Psikiyatri. Şar V, editör.(2018)*Stres ve Bedensel Hastalıklar: GünümüzdePsikosomatik Tıp*. Ankara: Türkiye Klinikleri;27-31
- Senormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O. Gönüllü; Sungur, MZ. (2012) Obsesif Kompulsif Bozuklugun Metakognitif Modeli/Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*; Adana. 4 (3) 335-349.
- Taner Y, Gökler B. (2004), Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 35: 82-86.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye’ de Kalp ve Damar Hastalıkları Bilgi Notu*. https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/bilgi_notu/Turkiyede_Kalp_ve_damar_hastaliklari_Bilgi_Notu_21.06.2019.docx
- Tekbaş ÖF (2008). Kalp Damar Hastalıkları ve Çevresel Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin.*, 7, 435–444.
- Tekin A (2018). *40-65 Yaş Arası Erkeklerin Score Eşitliği İle Kardiyovasküler Ölüm Risklerinin Hesaplanması Ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Farkındalığının Değerlendirilmesi*. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
- Tekkeşin N, Kılınç C (2011). Türk erişkinlerde framingham risk faktörlerinin araştırılması. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2(1): 42-49
- Telfair J, Shelton T. (2012). Educational attainment as a social determinant of health. *North Carolina Medical Journal*. 73(5) 358-65.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10 – 20
- Teicher, M. H., ve Samson, J. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 170 (10) 1114-33
- Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ (2006). *American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Heart 59 disease and stroke*

- statistics-2006 update: A report from the American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. Circulation.*
- Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J. ve Barlow, D. W. (2013). Thought-Action Fusion Across Anxiety Disorder Diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 407-413.
- Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE. (2006) Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*.163(11) 1978-1985.
- Tunçer, P. (2019). *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 6, Sayı: 37, Haziran 2019, s. 46-65.
- Turan, A. ve Traş, Z. (2016). *Çocuk ihmal ve istismarı. Eğitimden Psikolojik Yansımalar*, Konya: Çizgi Kitabevi.
- Tatlı M. (2012) *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi*, Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Tezi, 4-31
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (1), 70-74
- Topçuoğlu V. (2003) Psychoanalytic Views on Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psy*. 6(1): 46-50
- Türkiye Psikiyatri Derneği, *Obsesif- Kompulsif Bozukluk- Hastalar ve yakınları için rehber*. Erişim: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/29/obsesif-kompulsif-bozukluk>
- Uçar C (2018). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 45 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Kardiyovasküler Risklerin Araştırılması ve Risk Skorlaması*. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye
- UNICEF (1989). *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu.
- Ural (2011). Kardiyovasküler Risk Belirlenmesi ve Tabakalandırılmasının Kılavuzluğuyla Yapılan Tedavi Yaklaşımı: Öngör, Önle ve Bireyselleştir. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 11: 551-6.
- Uyaver, A., (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konmuş Hastalarda Dini Tutum Ve Davranışlar İle Hastalık Semptomları Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Van der Kolk, B. A., Herron, N., ve Hostetler, A. (1994). The history of trauma in psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 583-600.
- Wells, A., ve Matthews, G. (1994). *Attention And Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A. (1995). Meta-Cognition and Worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy Of Anxiety Disorders: A Practice Manuel And Conceptual Guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, USA: The Guilford Pres.
- Wells, A. ve Papagiorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899- 913.

- Westcott, H. (1993). *Abuse of children and adults with disabilities*. London: National Society for Prevention of Cruelty to Children.
- World Health Organization (2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*, Geneva, 14-89. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/92?sequence=1> Erişim Tarihi: 09.09.2018.
- World Health Organization. *Child Maltreatment*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim Tarihi: 21.09.2016.
- Witthauer C., T. Gloster, A., Meyer, A.H. et al. Physical diseases among persons with obsessive compulsive symptoms and disorder: a general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49, 2013–2022 (2014).
- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO. Erişim www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/
- Yılmaz, B. (2020) *Dini Başa Çıkma Düzeyinin Takıntılı Davranışlarla Başa Çıkma İle İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*. Ankara Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara
- Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. (2003) Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 46 295-298.
- Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E. ve Gençöz, T. (2004). Psychometric Properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish Sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1203-1214. 149
- Yorulmaz, O., Karancı, A. N., Baştuğ, B., Kısa, C. ve Göka, E. (2008). Responsibility, Thought-Action Fusion, and Thought Suppression in Turkish Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 308-317.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., ve Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 275-303.
- Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Péturs, H. R., Ramirez, C., ve Isaeva, O. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child abuse & neglect*, 33(11), 833-841.
- Zuravin, S. J. (1989). The ecology of child abuse and neglect: Review of the literature and presentation of data. *Violence and Victims*, 4, 101-120.

EKLER

EK A- Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Dr. Öğ.Üy. Özlem Mestçioğlu danışmanlığında Eren Fıçıcı tarafından yürütülen 'Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Obsesyon Düzeylerinin 40 Yaş Üstü Kişilerde Kardiyovasküler Hastalık Riski Açısından İncelenmesi' başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Yüksek lisans programı bitirme tezi olarak hazırlanan bu araştırmanın amacı; 40 yaş üstü kardiyovasküler tanı almış bireylerin obsesyon ve somatizasyon düzeylerinin 40 yaş üstü tanı almamış bireylerle karşılaştırılmasıdır.

Araştırmaya tahminen 10 dakika kadar süre ayırmanız yeterlidir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya erenficipici@icloud.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacı ya iletiniz.

Araştırmaya yaptığınız değerli katkılarınız için teşekkürler.

‘Bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin, kimlik bilgilerim kullanılmadan bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmasını onaylıyorum ve bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.’

Araştırmama katıldığınız için teşekkür ederim.

Okudum, anladım, katılıyorum. ☐

EK B- ANKET FORMLARI

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE VERİ FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: Kadın (.....) , Erkek (.....)

Eğitim Durumu:

A- ilkokul-orta okul (). B-lise mezunu ()

C-üniversite ve üstü () Diğer(belirtiniz)

Çalışıyor musunuz? *Evet() Hayır()*

Tanı aldığınız kardiyovasküler sağlık probleminiz var mı?(*Kalp,damar,tansiyon vb.*)

Evet (.....) Hayır ()

Ne zaman tanı aldınız?

.....

Aldığınız bu tanı ile ilgili tedavi görüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Tanı aldığınız ruhsal sağlık sorununuz var mı? (*Panik atak, kaygı, vb.*)?

Evet (.....) Hayır ()

Bununla ilgili tedavi görüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Ne zaman tanı aldınız?

.....

Gördüğünüz tedavi biçimi nedir?

İlaç () Psikolojik destek () İkisi de ()

Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS)

Şu andaki rahatsızlık düzeyinizi saptamak amacıyla oluşturulmuş olan aşağıdaki soruları son bir haftanızı düşünerek puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken her sorunun karşısındaki açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı işaretleyiniz.

Takıntılar isteğiniz dışında düşüncenize giren ve direnmeye çalışmanıza rağmen tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, hayaller veya isteklerdir, Bunlar genellikle zarar verme, tehdit ve tehlike konularını içerirler. Sık görülen takıntılar: aşırı bulaşma korkuları, tehlikeye ilişkin tekrarlayan şüpheler; sıra, simetri, veya kesinlikle ilgili aşırı kaygılar; önemli şeyleri kaybetme korkusu.

Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor?

0-Hiç

1-Hafif Günde toplam 1 saatten az veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az)

2-Orta (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok)

3-Ağır (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor)

4-Çok ağır (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)

Takıntılı düşüncelerin iş, okul, sosyal yaşam, veya yaşamınızın diğer önemli işlevsellik alanlarında sizi ne kadar engelliyor? Bunlar yüzünden yapamadığınız şeyler var mı?

0-Hiç

1-Hafif Sosyal hayatı veya diğer faaliyetleri çok hafif olarak engelliyor ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki

2-Orta Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki

3-Ağır Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum

4-Çok ağır iş görmez bir durum

Takıntılı düşünceler sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?

0-Hiç

1-Hafif pek rahatsız etmiyor.

2-Orta Sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum

3-Ağır Çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor

4-Çok ağır Neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren derecede rahatsızlık veriyor

Takıntılı düşüncelere direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz? Ne sıklıkla yok sayabiliyor veya bunlar zihninize geldiğinde dikkatinizi bu düşüncelerden başka bir yere çevirebiliyorsunuz?

0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum

1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum

2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum

3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnmiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim

4-Hiç direnmiyorum tam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım

Takıntılı düşünceleriniz üzerine ne kadar kontrolünüz var? Takıntılı düşüncelerinizi durdurabilme veya başka yöne çevirebilmede ne kadar başarılısınız? Bunları atabiliyor musunuz?

0- Tam olarak kontrol edebiliyorum

1- Takıntıyı genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya unutabiliyorum

2- Takıntıyı bazen durdurabiliyorum veya dikkatimi başka şeye verebiliyorum.

3- Takıntıyı durdurmada veya atmakta nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yöneltebiliyorum

4- Takıntı irademin dışında. Çok nadiren anlık olarak takıntılı düşüncüyü değiştirebiliyorum.

Bundan sonraki sorular zorlantılı (kompulsif) davranışlarla ilgilidir.

Zorlantılı davranışlar kişinin kaygı veya diğer rahatsızlık hislerini azaltmak için yapmaya zorlandığı bir şeydir. Bunlar çoğu zaman ritüel adı verilen tekrarlayıcı, amaca dönük, iradi davranışlardır. Davranışın kendisi uygun görünmekle beraber aşırı yapıldığında bir ritüel (kurallı-törensi davranış) haline gelir. El yıkama, kontrol, tekrarlama, düzeltme biriktirme ve birçok diğer davranış ritüel olabilir. Bazı ritüeller zihinseldir. Örneğin içinizden defalarca bir şeyi söylemek veya düşünmek gibi.

Zorlantılı davranışlarınızı gerçekleştirmek için ne kadar zaman harcadınız? Bu sıradan işlemleri yaparken ritüelleriniz yüzünden, insanların çoğunun harcadığı zamana kıyasla ne kadar fazla zaman harcadınız? Ne sıklıkla ritüellerinizi yapıyorsunuz?

0-Hiç

1-Hafif (günde toplam 1 saatten az) veya zorlantılı davranışın nadiren gerçekleştirilmesi (günde 8 kereden az)

2-Orta (günde toplam 1-3 saat) veya zorlantılı davranışın sıklıkla gerçekleştirilmesi (günde 8 kereden fazla)

3-Ağır (günde toplam 3-8 saat) veya zorlantılı davranışın çok sık gerçekleştirilmesi

4-Çok ağır (günde 8 saatten fazla) veya zorlantılı davranışın sürekli gerçekleştirilmesi (sayılamayacak kadar çok)

Zorlantılı davranışlarınız iş, okul, sosyal yaşam, veya yaşamınızın diğer önemli işlevsellik alanlarında sizi ne kadar engelliyor? Bunlar yüzünden yapamadığınız şeyler var mı?

0-Hiç

1-Hafif Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki

2-Orta Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki

3-Ağır Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum

4-Çok ağır iş görmez bir durum

Eğer zorlantılı davranışınızı yapmanız engellenirse nasıl hissedersiniz? Ne kadar kaygılı-sıkıntılı hale gelirsiniz?

0-Hiç

- 1-Hafif Zorlantılı davranışlar: engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; zorlantılı davranışı gerçekleştirirken çok az sıkıntı duyuyorum
- 2-Orta Zorlantılı davranışlar: engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; zorlantılı davranışı yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum
- 3-Ağır Eğer zorlantılı davranışı yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum;
zorlantılı davranışı yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum
- 4-Çok ağır Zorlantılı davranışlarımı yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; zorlantılı davranışımı yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum

Zorlantılı davranışlara direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

- 0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum
- 1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum
- 2- Direnmek için bir miktar çaba yapıyorum
- 3- Kontrol etmeye dönük hiçbir girişimde bulunmaksızın, zorlantılı davranışlarımın hepsine teslim olmuş durumdayım; ancak bu durumdan hoşnut değilim
- 4-Hiç direnmiyorum. Tam ve gönüllü olarak bütün zorlantılı davranışlarıma boyun eğmiş durumdayım

Zorlantılı davranışı gerçekleştirme isteğiniz ne kadar güçlü? Zorlantılı davranışlarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

- 0- Tam olarak kontrol edebiliyorum
- 1-Davranışı yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum
- 2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. Zorlantılı davranışları yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlükle kontrol edebiliyorum
- 3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. Zorlantılı davranışları durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum
- 4-Kontrol edemiyorum. Davranışı yapmakla ilgili dürtü tamamıyla benim iradem dışında gibi geliyor ve çok güçlü, nadiren anlık olarak davranışı geciktirebiliyorum.

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

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

	1 HicBir Zaman	2 Nadiren	3 Kimi Zaman	4 Sık Olarak	5 Çok Sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma(dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedereklerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
---	--	--	--	--	--