



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ MİZAÇ İLE
İLİŞKİSİ

Sercan GİDİK

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin KESEBİR

İSTANBUL - 2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ MİZAÇ İLE
İLİŞKİSİ

Sercan GİDİK

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin KESEBİR

İSTANBUL - 2023

YEMİN METNİ

Üsküdar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Sermin Kesebir danışmanlığında hazırlamış olduğum “Çocukluk Çağı Travmalarının Mizaç ile İlişkisi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun olarak yazıldığını, bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını beyan ederim.

Aralık 2023

Sercan Gidik

TEŞEKKÜR

Sevgili tez danıőmanım Prof. Dr. Sermin Kesebir'e, tez sürecimdeki rehberliği ve desteğiyle tezi bitirmeme olanak sağladığı için çok teşekkür ederim.

Desteklerini her daim hissettiğim, beni bugünlere getiren sevgili aileme; annem Merdin Gidik'e, babam Ahmet Gidik'e ve abim Sergen Gidik'e sonsuz teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

Eğitim hayatım boyunca hayatıma dokunmuő, üzerimde emeği olan değerli hocalarıma sevgilerimi ve teőekkürlerimi sunarım.

Son olarak destekleri ve dostluklarıyla varlığını hissettiğim canım arkadaşlarıma ve veri toplama sürecinde çalıőmama katılıp zaman ayıran tüm katılımcılara teşekkür ederim.

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ MIZAÇ İLE İLİŞKİSİ

Araştırmanın amacı, çağı travmalarının mizaç ile ilişkisinin incelenmesidir. Çalışmada çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutları ile mizacın alt boyutları olan; depresif mizaç, siklotimik mizaç, hipertimik mizaç, sınırlı mizaç, endişeli mizaç arasındaki ilişki ele alınmıştır.

Araştırmaya 18 yaş ve üzeri kişiler arasından ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 526 kişi dahil edilmiştir. Araştırma verileri katılımcılara internet ortamında hazırlanan veri toplama araçları (google forms) sunularak toplanmıştır. Araştırmada “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28)” ve “TEMPS-A Mizaç Ölçeği” kullanılmış, veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir.

Araştırmanın sonucu çocukluk çağı travmalarının mizaç alt boyutlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Çocukluk çağı travmaları toplam puanları arttıkça depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç, anksiyöz mizaç puanlarının arttığı hipertimik mizaç puanlarının düştüğü gözlenmiştir. Cinsel istismar ve duygusal istismar; depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacı pozitif olarak yordamaktadır. Çocukluk çağı travması toplam puanı, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal erkeklerde, cinsel istismar ise kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmaları mizaç ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk çağında travmaya maruz kalma yetişkinlikte farklı mizaç özelliklerine neden olabilir. Literatürde çocukluk çağı travmaları ve mizaç ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğundan dolayı literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: travma, çocukluk çağı travmaları, mizaç

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND TEMPERAMENT

The aim of the study is to examine the relationship between childhood traumas and temperament. The research explores the connections between sub-dimensions of childhood trauma scale and temperament sub-dimensions, including depressive temperament, cyclothymic temperament, hyperthymic temperament, irritable temperament, and anxious temperament.

A total of 526 participants aged 18 and above, who voluntarily agreed to participate, were included in the research. Data were collected through online survey tools (Google Forms) provided to participants over the internet. The study utilized the "Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28)" and the "TEMPS-A Temperament Scale," and the data were analyzed using the SPSS program.

The results of the study indicate a significant association between childhood traumas and temperament sub-dimensions. As the total scores of childhood traumas increased, it was observed that scores for depressive, cyclothymic, irritable, and anxious temperaments increased, while hyperthymic temperament scores decreased. Sexual and emotional abuse positively predicted depressive, cyclothymic, irritable, and anxious temperaments. The total score for childhood trauma, emotional neglect, and physical neglect were found to be higher in males, while sexual abuse was higher in females. Additionally, depressive, cyclothymic, and anxious temperaments were higher in females.

Childhood traumas were found to be associated with temperament, suggesting that experiencing trauma in childhood may lead to different temperament traits in adulthood. Due to the limited number of studies examining the relationship between childhood traumas and temperament in the literature, this research is believed to contribute to the existing body of knowledge.

Keywords: trauma, childhood traumas, temperament

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Amacı	1
1.2.Araştırmanın Önemi.....	1
1.3. Araştırmanın Problemleri	1
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	2
1.5.Araştırmanın Sayıltıları	2
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	2
İKİNCİ BÖLÜM	4
GENEL BİLGİLER	4
2.1.Travma	4
2.1.2.Çocukluk Çağı Travmaları.....	5
2.1.2.1. İstismar	8
2.1.2.1.1 Fiziksel istismar	10
2.1.2.1.2. Cinsel istismar	11
2.1.2.1.3 Duygusal istismar	14
2.1.2.2. İhmal.....	16
2.1.2.2.1. Fiziksel ihmal.....	17
2.1.2.2.2. Duygusal ihmal	18
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi.....	19
2.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri	22
2.2. Mizaç	24
2.2.1. Mizacın tanımı	24
2.2.2. Mizacın tarihçesi ve gelişimi.....	25
2.2.3. Mizaç Türleri	27
2.2.3.1. Depresif mizaç (Distimik)	27
2.2.3.2. Siklotimik mizaç	28
2.2.3.3. Hipertimik mizaç.....	28
2.2.3.4. İrritabl (Öfkeli) mizaç.....	29
2.2.3.5. Anksiyöz mizaç.....	29

2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Mizaç ile İlişkisi	30
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	31
YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Modeli	31
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	31
3.3. Araştırmanın Örneklemi	31
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	32
3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	32
3.4.2. Kişisel Bilgi Formu	32
3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	33
3.4.4. TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)	33
3.5. İşlem	34
3.6. Veri Analizleri.....	35
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	36
BULGULAR.....	36
4.1 Sosyodemografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler	36
4.2. ÇÇTÖ ve TEMPS-A Puanlarının Sosyodemografik Verilere Göre Karşılaştırılması	38
4.3 ÇÇTÖ ve TEMPS-A Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulgular	48
BEŞİNCİ BÖLÜM	53
TARTIŞMA	53
5.1. Çocukluk çağı travmalarının demografik değişkenlere yönelik bulgularının karşılaştırılması	53
5.2. Mizaç alt boyutlarının demografik değişkenlere yönelik bulgularının karşılaştırılması	57
5.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Mizaç İlişkisinin Korelasyon ve Regresyon Analizi Açısından Karşılaştırılması	59
ALTINCI BÖLÜM.....	64
SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKÇA	66
EKLER	82
EK 1. Bilgilendirme ve Onay Formu	82
EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu	83
EK 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ).....	84
EK 4. TEMPS-A Mizaç Ölçeği.....	86

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=526)	36
Tablo 2. Katılımcıların yaş ortalamaları bulguları	37
Tablo 3. TEMPS-A ve ÇÇTÖ puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler (n=526)	37
Tablo 4. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	38
Tablo 5. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının yaşa göre karşılaştırılması	39
Tablo 6. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	41
Tablo 7. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	43
Tablo 8. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması	44
Tablo 9. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	46
Tablo 10. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının psikiyatrik tedavi alma durumuna göre karşılaştırılması	47
Tablo 11. ÇÇTÖ ve TEMPS-A alt boyutlarının puanları arasındaki korelasyon sonuçları	48
Tablo 12. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu depresif mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları	50
Tablo 13. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu siklotimik mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları	50
Tablo 14. Çocukluk çağı travmaları ölçek ve alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu hipertimik mizacı yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları	51
Tablo 15. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu irritabl mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları	51
Tablo 16. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu anksiyöz mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları	52

KISALTMALAR LİSTESİ

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TDK: Türk Dil Kurumu

TEMPS-A Mizaç Ölçeği: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San

Diego Autoquestionnaire Mizaç Ölçeği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı, mizaç ile çocukluk çağı travmalarının alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda, cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal ile fiziksel ihmalin mizaçtaki depresif, siklotimik, hipertimik, sınırlı ve endişeli alt boyutları arasındaki ilişki de araştırılacaktır.

1.2.Araştırmanın Önemi

Literatürde çocukluk çağı travmaları ile mizaç arasındaki ilişkiyi inceleyen ve çocukluk çağı travmalarını mizaç alt boyutlarının etiyolojisine göre inceleyen çok kısıtlı araştırmalar mevcuttur. Mevcut bu araştırma, çocukluk çağı travmaları ile mizaç arasındaki ilişki hakkında kapsamlı sayısal bulgular ve değerlendirme sağlayan az sayıda çalışmalardan biri olma niteliğini taşımaktadır. Bu araştırmanın, çocukluk çağı travmaları ve/veya mizaç üzerine akademik ve klinik çalışma yapan uzmanlar için farklı bir bakış kazandırabileceği de düşünülmektedir. Dolayısıyla, bu tez çalışmasının ilerleyen günlerde yeni bilimsel araştırmaların yapılması için teşvik niteliği taşıyacağı ve destekleyici güç olacağı öngörülmektedir.

1.3. Araştırmanın Problemleri

Araştırmaya ait temel problem cümlesi ‘Çocukluk çağı travmalarının mizaç ile ilişkisi var mıdır?’ olarak belirlenmiştir. Bu probleme ek olarak alt problemler maddeler şeklinde sunulmuştur:

- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutları ile Temps-A Mizaç Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Temps-A Mizaç Ölçeği alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Çalışmanın örnekleminin evreni uygun bir şekilde temsil ettiği, katılımcıların veri toplama araçlarında bulunan sorulara gerçekçi ve objektif şekilde yanıtladığı, araştırmanın yönteminin ve kullanılan veri toplama araçlarının çalışmanın hedeflerine ulaşmasını sağlayacak nitelikte olduğu çalışmanın varsayımlarını oluşturmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sayılıları

Katılımcıların, araştırma kapsamında kullanılan ölçekleri içtenlikle ve doğrulukla doldurdukları kabul edilmektedir. Araştırma örneğinin, genel araştırma evrenini yeterli bir şekilde temsil ettiği öne sürülmektedir. Seçilen veri toplama araçlarının, araştırmanın problemlerini doğru bir şekilde ölçtüğü varsayımı yapılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Google Formlar aracılığıyla yapılmıştır. Elde edilen veriler, internet erişimine sahip, okuma yazma becerisi olan yetişkinler arasından gönüllü katılımcılarla sınırlıdır. Çalışmanın sonuçları, kullanılan ölçek ve formların kapsamına bağlı olarak sunulmuştur. Elde edilen sonuçlar, kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerle sınırlıdır. Araştırmada kullanılan ölçekler, katılımcıların kendi beyanlarına dayandığı için, özellikle istismar ve ihmal yaşantılarıyla ilgili toplumun ön yargıları veya güven sorunları nedeniyle cevapların gerçekçi olmama olasılığını taşımaktadır. Katılımcılar, çocukluk çağı travmalarını değerlendirirken geçmiş yaşantılarına dair hatırlamalar yapacakları için, bu süreçte yanlış hatırlamalardan kaynaklanabilecek veya bu hatıraları canlandırırken

hissedebilecekleri olumsuz duyguların etkisiyle araştırma sorularına hatalı veya yanlış yanıtlar verebilecekleri, bu çalışmanın sınırlılıklarından biridir.



İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1.Travma

“Travma” köken olarak Yunanca “yara” anlamına gelen “trauma” sözcüğünden gelmektedir. Travma, kavramsal olarak değerlendirildiğinde, kişinin psikolojik ve fiziksel varlığını etkileyip sarsan, inciten her türlü olay için kullanılabilir (Özen, 2017). Travmanın çeşitli tanımları mevcuttur. Bunlardan bazıları şunlardır; Travmanın Türk Dil Kurumu'ndaki sözlük anlamı şu şekildedir: Bir organ ya da dokunun dış etkenler nedeniyle hasar görmesi, yara oluşması ya da bütünlüğünün zarar görmesi durumu. (Türkçe Sözlük, 2011). Amerikan Psikoloji Birliği, travmayı doğal afet, tecavüz veya bir kaza gibi korkunç bir olaya karşı kişinin verdiği duygusal tepkilerinin bir tanımlaması olarak ifade etmektedir. Olayın hemen ardından, şok veya inkâr tepkileri gözlemlenebilir. Daha uzun vadeli tepkiler arasında beklenmeyen duygusal tepkiler, geri dönüşler, sinirlilik hali, fiziksel belirtiler (baş ağrısı, mide bulanması) yer almaktadır. Bu belirtiler, kişinin travmatik olaya verdiği tepkilerin bir parçası olabilir (APA, 2014).

Travma, bireyin beklemediği ve hazır olmadığı bir anda karşılaştığı olumsuz durumlara verilen duygusal tepkileri ifade eder. Bir olayın travma olarak tanımlanabilmesi için, beklenmedik bir anda ortaya çıkması, dehşete kapılma, kaçınma veya kontrol eksikliği gibi etkileri olmalıdır. Travma anında; kişi tehdit altında, şiddetle karşı karşıya veya ölümlü yakın bir durumda kaldığı için yoğun bir çaresizlik ve korku hissi deneyimler (Gölge, 2005). DSM-5'e göre, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alabilmek için kişinin yalnızca ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel saldırı gibi travmatik olaylara maruz kalmış olması gerekli değildir. TSSB tanısı alabilmek için kişi, kişisel olarak travmatik olaylar yaşamış olabilir, başkalarının benzer olayları deneyimlemesine tanıklık etmiş olabilir, bir yakınının zorlayıcı olaylara uğradığını öğrenmiş olabilir veya birincil veya ikincil düzeyde bir dizi travmatik olaya çok fazla maruz kalmış olabilir (American Psychiatric Association, 2013). İkinci Dünya Savaşı'nın hemen ardından travmanın ilk etkileri görülmüştür. Özellikle toplama kamplarında bulunan insanlar ve toplumlar açısından, travma büyük yıkımlara yol açmıştır. İkinci

Dünya Savaşı sonrasında yapılan bazı araştırmalarda, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) kronikleşebileceği üzerinde durulmuştur. Savaşa katılmış kişilerle yapılan çalışmalarda, yıllar geçmesine rağmen hala bu kişilerde TSSB belirtilerinin gözlenmiştir (Gölge, 2005).

Travmalar, bireyin dış dünya ile ilişkisini zedeleme potansiyeline sahiptir ve travma yaşamış birey, dünyanın artık güven duyulmayacak bir yer olduğuna inanmasına neden olabilir. Travmanın etkisi, yaşanan olayın şiddeti, bireyin genetik ve gelişimsel özellikleri, kendi güç kaynakları ve baş etme mekanizmaları ile bağlantılıdır. Travmayla başa çıkmada en çok zorlanılan dönem, baş etmenin yeterince gelişmediği ve psikolojik yapının en hassas seviyede olduğu çocukluk çağıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Şar, 2009).

Travmatik yaşam olaylarını diğer yaşam olaylarından ayıran özellik, kişide başa çıkma yöntemlerinin etkinliğini azaltacak kadar şiddetinin yüksek olmasıdır (Bayram, Duman ve Demirtaş, 2018). Travmaya neden olan durumlar: Kişinin yaşamını ve fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, güvenlik ve değer duygusunu etkileyen; dünyayı adaletli ve güvenli bir alan olarak algılamayı, bireyleri yardımsever ve iyi görmesini etkileyen, belirli bilişsel şemalara uymayan anlamlandırılması zor durumlardır (Aker, 2000; Sungur, 1999).

2.1.2.Çocukluk Çağı Travmaları

Bireyin hayatının gelişim evreleri içerisinde çocukluk ve ergenlik, kritik öneme sahip olan evrelerdir. Bu dönemlerde yaşanan tüm olumlu ve olumsuz deneyimler, bireyin sadece o anki evresini değil, tüm yaşamını etkileyebilir. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik dönemlerinin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerden sağlıklı şekilde tamamlanması son derece önemlidir. Bu dönemlerde edinilen temel beceriler, ilişki kurma yetenekleri ve öğrenme süreçleri, bireyin ilerleyen yaşamında temel taşları oluşturur ve gelecekteki sağlıklı gelişimini etkiler (Yelboğa, 2009).

"Çocuk" kavramı, toplumların kültürüne, yapılarına, inanç sistemlerine ve ekonomisine bağlı olarak farklılık göstermektedir (Altıparmak, 2008). Bir çocuğun dünyaya geldiği andan itibaren ailesi ile etkileşimi ve bu etkileşimin sonuçlarını algılayarak özümsemesi, kişiliğinin temellerini oluşturmaya başlar. Bu süreç, çocuğun

sağlıklı bir şekilde gelişim göstermesi, kişilik oluşumu ve psikolojik sağlığı açısından son derece kritik önemdedir (Altıparmak, 2008). Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre; her insan on sekiz yaşına kadar, erken reşit olma durumu dışında, çocuk olarak kabul edilmektedir. Sözleşmede belirtilen madde, çocukların ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından her türlü kötü muamele, ihmal ve istismardan korunmalarının gerekliliğini vurgular. Türkiye'nin de dahil olduğu taraf devletler, bu sözleşmeyi kabul etmektedir (UNICEF, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocukluk çağı travmalarını; bir yetişkinin kasıtlı veya kasıtsız olarak gerçekleştirdiği ve çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak negatif etkileyen davranışlar olarak tanımlamaktadır (Kara, Biçer ve Gökalp., 2004). Kempe ve arkadaşları ise 1962 senesinde "hırpalanmış çocuk sendromu" olarak adlandırdıkları, reşit olmayan bireylerin ebeveynleri, bakım verenleri veya diğer kişiler tarafından kötü muameleye maruz kaldıkları bir durumu tanımlamışlardır (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller ve Silver, 2005).

Çocukluk çağı travmaları literatürde genellikle Tip-1 ve Tip-2 olarak kategorize edilebilir. Tip-1 travma: Anlık, kısa süre diliminde yaşanan tek bir travmatik deneyimi içerir. Örneğin, doğal afetler, kaza, ya da bir defalık şiddetli bir olay bu tür travmalara örnek olarak verilebilir. Tip-2 travma: Uzun süre devam eden ve tekrarlanan olayları içerir. Bu tür travmalar, çocuğun yaşamında sürekli olarak var olan bir tehlike, istismar, ihmal veya şiddetli çevresel koşullar gibi durumları kapsayabilir. Bu sınıflandırma, çocukluk çağı travmalarını anlamak ve bu deneyimlerin etkilerini değerlendirmek için faydalı olabilir. Her iki tür travma da çocuğun ruh sağlığı ve gelişimi üzerinde önemli etkileri olabilir, bu nedenle bu tür deneyimlerin tedavi edilmesi ve çocuğun desteklenmesi önemlidir (Terr, 2003).

Çocukluk çağı travmaları, çocuğa zarar veren olumsuz yaşantıları ifade eder. Bu travmalar cinsel, fiziksel ve duygusal istismarla, fiziksel ve duygusal ihmal gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Bu tür travmalar çocukların bilişsel, duygusal, davranışsal, fiziksel ve sosyal işlevlerini olumsuz etkileyebilir. Çocukluk çağı ruhsal travmaları, kişinin çocuklukta yaşadığı ve ona acı veren olumsuz deneyimleri içerir (Öztürk, 2011). Çocukluk çağı travmalarını etkileyen risk faktörleri arasında ailesel etmenler, ebeveynler arası şiddet, çocukluk çağında ebeveynlerin boşanması ve ebeveynlerin eğitim düzeyi bulunmaktadır. Bu faktörler çocukların yaşamlarını olumsuz etkileyebilir ve travmatik deneyimlere yol açabilir (Örsel ve ark., 2011).

Çocuk ihmal ve istismarı, anne, baba veya çocuğa bakan kişinin çocuğun bakımı, sağlığı, korunması ve gelişiminden sorumlu olduğu halde çocuğun psikolojik, fiziksel, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesine yol açabilecek davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu ihmal ve istismar türleri çocuğun güvenliğini ve sağlığını tehlikeye atan, ihmallerde ve kötü muamelede bulunmada kendini gösterebilir (Yılmaz, 2003).

Bir bireyin çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz deneyimlerin, birçok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Araştırmalar ayrıca, kişinin çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel ihmal veya istismara maruz kalmasının, yetişkinlikte psikopatolojilerin gelişimine yol açabileceğini göstermektedir (Goodman ve ark, 1997). Çocukluk çağında travmaya maruz kalmış kişilerde; depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar gibi çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranı yüksektir. Ayrıca işlevsel olmayan bazı mizaç özellikleri, içe kapanıklık, olumsuz algılanan benlik ve bağlanma problemleri gibi sorunlar da yaygın olarak gözlemlenir. Bu tür sorunlar, çocukluk döneminde yaşanan travmaların etkileriyle ilişkilendirilebilir ve kişinin yetişkinlik dönemine de yansiyabilir (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2018).

Erken yaşlardaki travmaların etkisi oldukça derin olabilir. Bunun nedeni, travmanın beynin gelişimsel olarak en hızlı geliştiği ve organize olduğu kritik bir dönemde yaşanmasından kaynaklanır. Çocuklukta negatif olaylar, bireyin erken beyin gelişimini olumsuz etkileyebilir ve olgun beyinin işlevselliğini ve organizasyon biçimini de belirleyebilir. Bu tür negatif etkiler, çocuğun sosyal ve psikolojik gelişiminde önemli etkiye sahip olabilir ve ilerleyen yaşlarda da uzun süreli sonuçlar doğurabilir. Çocukların, dikkatli ve uyumlu bir bakımverenle büyümeleri; güvenli, öngörülebilir ve rahat ilişkiler kurma yeteneği olan bir insan kalıbı oluşturmalarına yardımcı olacaktır. Aile içinde şiddete uğrayan çocuklar ise meşgul, kaotik ve ihmalcı bir bakımverenle deneyim yaşayarak şiddetin kaynağı olan kişinin etkisi altında kaotik bir kalıp geliştirebilirler. Bu çocuklar, erken yaşantı dönemindeki deneyimlerini gelecekteki ilişkilerine taşıma eğilimindedirler. Bu nedenle, çocukların sağlıklı ve güvenli bir çevrede büyümeleri ve olumlu deneyimler yaşamaları, yetişkinlikteki ilişkilerini de etkileyecektir. Bu nedenle, erken yaşam deneyimleri, çocukların yetişkinlikteki ilişkileri ve duygusal sağlıkları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (Ludy-Dubson ve Perry, 2010).

Çocuklukta travmatik olaylar yaşayan her bireyin zihinsel sağlığının kötüleşmesi ile sonuçlanmaz. Her birey farklı bir şekilde tepki verebilir ve travmanın etkisi kişiden

kişiyeye değişebilir. Bazı çocuklar, travma yaşantılarına rağmen güçlü bir iç direnç geliştirerek olumlu yollarla başa çıkabilirler. Aynı zamanda, uygun destek ve sağlam sosyal bağlar, çocukların travma sonrası iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebilir. Her durumun farklı olduğunu ve travma sonrası reaksiyonların çeşitlilik gösterebileceğini unutmamak önemlidir (Lake, 2016).

Çocukluk travmaları genellikle çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal gibi olumsuz deneyimleri kapsar. Bu tür deneyimler, bireyin psikolojik ve duygusal sağlığını etkileyebilir. Çocuk istismarı, 18 yaşının altındaki bireylere yönelik fiziksel, zihinsel ve psikososyal gelişimlerini olumsuz etkileyen davranışları kapsar. İhmal de, çocukların temel ihtiyaçlarının; örneğin beslenme, bakım, gözetim ve eğitim gibi, yeterince karşılanmamasını içerir. Bu tür durumlar ciddi etkiler doğurabilir ve uzman yardımı gerektirebilir. İhmal ve istismar arasındaki ayrım, ihmalin pasif bir durumu ifade etmesine karşın, istismarın aktif bir şekilde gerçekleşmesinden kaynaklanır. İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal şekillerde ortaya çıkabilirken, ihmal ise genellikle fiziksel ve duygusal alanlarda kendini gösterir (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2018).

Çocukluk çağı travmalarına neden olan istismar ve ihmal, kendi içlerinde alt kategorilere ayrılmaktadır. İstismar, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar olarak üç gruba ayrılırken, ihmal ise duygusal ve fiziksel olarak iki alt kategoriye ayrılmaktadır. Bu alt kategoriler, çocukların maruz kaldığı olumsuz deneyimlerin farklı tiplerini ve etkilerini ifade eder (World Health Organisation, 2001). Aşağıda bu kavramların açıklamaları bulunmaktadır.

2.1.2.1. İstismar

İstismar davranışı, genel anlamıyla 18 yaş altındaki çocuklara yönelik uygulanan ve onların fizyolojik, psikolojik ve toplumsal gelişimlerine zarar veren her türlü faaliyeti içerir. Bu tür faaliyetler çocuğun sağlık ve refahını olumsuz etkileyebilir, duygusal travmalara ve psikolojik sorunlara neden olabilir (Armağan, 2007).

18 yaş altındaki bir çocuğun, kaza olmaksızın ve önlenemez bir durumda olmasına rağmen temel bakım verenlerince zarar veren davranışlara maruz bırakılması durumu, çocuk istismarı olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı; çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesine neden olan ve çocuğun haklarını ihlal eden olumsuz davranışları içmektedir (Polat ve Muşdal Çelebi, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nin 3. Ulusal Çocuk İhmali ve İstismarı İnsidansının bir araştırmasında, 18 yaşının altındaki çocukların bakım verenleri ya da ebeveynleri tarafından el ya da bir nesne kullanılarak şiddete uğraması, tekme atılması, hırpalanması; boğulması ya da bıçakla yaralanması veya yaralanma ihtimali fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Bu tür zarar verici eylemler çocukların sağlığı ve güvenliği için büyük tehditler oluşturur ve çocuk istismarına örnek olarak verilir (Sedlak ve Broadhurst, 1996; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999).

Kempe ve arkadaşları 1962 yılında "Örselenmiş Çocuk Sendromu" başlıklı bir akademik çalışmayla bu konuya ilk kez dikkat çekmişler ve zaman içerisinde bu kavram "çocuk istismarı" olarak adlandırılmaya başlanmıştır. Bu çalışma, çocukların zarar gördüğü durumları tanımlayarak çocuk istismarı konusundaki farkındalığı artırmış ve bu alandaki çalışmaların temelini oluşturmuştur (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

Çocuk istismarı, genellikle çocuğun en yakınındaki ebeveynler veya temel bakım veren birey tarafından gerçekleştirildiği ve tekrar edebilen bir özellik gösterdiği için tanımlanması ve tedavi süreci en zor çocukluk travmalarından biridir. Ancak çocuk istismarıyla başa çıkma zorlukları sadece tanımlama ile sınırlı değildir; genellikle raporlanmamakta, gizli kalmaktadır. Cinsel istismar vakalarının genellikle düşük bir bildirim oranına sahip olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum, bu tür istismarın genellikle gizli kaldığı anlamına gelir. Bu durum çocukların sessiz kalmasına ve istismarın göz ardı edilmesine neden olabilir, bu da çocukların travmatik deneyimlerle yalnız kalmasına yol açabilir (Çöpür ve ark., 2012). İstismara uğrayan çocuğun yaşadığı zorluklar arasında; olayı algılayıp başkalarına aktarmada güçlük çekmesi, terk edilme korkusu, utanç ve suçluluk duyguları bulunmaktadır. Bu duygusal zorluklar, çocuğun istismar durumunu açıklamak konusunda engeller oluşturabilir. Ayrıca, çocuğun bunun gizli olarak kalması konusunda baskıda kalması da bildirilme oranının düşük olmasına katkıda bulunmaktadır. Bu faktörler, çocuk istismarının göz ardı edilmesine ve bildirilme eksikliğine neden olabilir, bu da istismar edilen çocukların korunmasını ve yardım almasını engelleyebilir (Waterston ve Mok, 2008; Çöpür ve ark., 2012).

Çocukluk çağı ruhsal travmalarına neden olan istismar duygusal, fiziksel ve cinsel istismar olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (WHO, 2006). Çocuğun psikolojik ve bedensel sağlığına zarar veren çocukluk çağı istismar çeşitleri aşağıda açıklanmıştır.

2.1.2.1.1 Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, çocuğa bilinçli bir şekilde uygulanan fiziksel ceza sonucunda fiziksel ve psikolojik sağlığının zarar görmesi olarak ifade edilmektedir (Yurdakök ve İnce, 2010).

DSM-5'te fiziksel istismar; çocuğun fiziksel olarak sömürülmesi, ebeveynin, bakım verenin ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan biri tarafından bilerek uygulanan, küçük yaralardan ağır kırıklara ve ölüme kadar uzanan bir yelpazede, yumruk atma, dövme, tekmeleme, ısırma, atma, bıçaklama, boğma, vurma (el ile, kayış ile, sopa ile ya da başka bir nesne ile), yakma veya başka bir yöntemle çocuğun bedensel yaralanmasına neden olur. Bu tür bir yaralama, bakım verenin çocuğu incitmek isteyip istememesinden bağımsız olarak sömürü olarak değerlendirilmektedir. Ancak, çocuğu disipline etme amacıyla çocuğa şaplak, tokat atmak tarzı davranışlar, dengeli düzeyde olduğu ve fiziksel yaralanmalara sebep olmadığı müddetçe sömürü şeklinde değerlendirilmez (APA, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre fiziksel istismar, bir yetişkin tarafından çocuğa bilerek uygulanan ve çocuğun sağlığına ve onuruna zarar veren zorbalığı ifade eder. Özellikle küçük yaşlardaki çocuklar, dil becerilerinin henüz gelişmemiş olması, kendilerini ifade edememeleri ve savunmasız olmaları nedeniyle fiziksel istismara daha açık hale gelirler. Yapılan araştırmalara göre, fiziksel istismarın en sık rastlanan türü, çocuğa yönelik dayaktır. Fiziksel istismarın belirtileri arasında bedende meydana gelen yaralanmalar, diş izleri, kırık ve çıkıklar, morarmalar, yanıklar, kafa travmaları gibi açık deliller yer alır. Bu tür fiziksel belirtiler, çocuğun istismara maruz kaldığına dair önemli kanıtlar olarak kabul edilir (Derman, 2010).

Fiziksel istismarın tespiti ve olası kazalardan ayırt edilmesi büyük önem taşır. Özellikle çocuklarda erken dönemde sıkça kazalar meydana gelir. Ancak, çocuğun yaşına uygun olmayan ve düşük olasılıkla kendiliğinden meydana gelen yaralanmalarda istismar şüphesi doğabilir. Fiziksel istismar için çocuğun kazaya bağlı olmadan yaralanması veya ailesi tarafından gereken koruma ve gözetimin sağlanmamasına bağlı olarak kazaların meydana gelmesi gerekir. En yaygın fiziksel istismar biçimi ise dayak olarak görülür (Kara ve ark., 2004).

Çocuğu silkelemek, saçını veya kulağını çekmek, çocuğun ağızına biber sürmek, bedenine hafif düzeyde şiddetle vurmak orta düzeyde fiziksel istismar şeklinde değerlendirilirken; çocuğu şiddetle tekme tokat dövmek, boğmak, yakıcı aletlerle şiddet uygulamak ve fiziksel cezalar vermek fiziksel yönden istismar olarak kabul edilmektedir. Bazı toplumlarda, eğitmek, hizaya sokmak ve terbiye vermek gibi amaçlarla çocuğa yönelik fiziksel disiplin ve cezalar, istismar olarak görülmemekte ve kabul edilmektedir. Bu anlayış, kültürel ve toplumsal normlardan kaynaklanabilir. Ancak, uluslararası insan hakları ve çocuk hakları perspektifine göre, her türlü fiziksel şiddet ve ceza, çocukların güvenliği ve refahı açısından zararlıdır ve istismar olarak kabul edilir. Atasözleri ve benzeri deyimler toplumda yaygın olarak kullanılan ifadelerdir ve maalesef çocuklara yönelik şiddeti destekler nitelikte olabilirler. Bu tür ifadeler de fiziksel şiddetin normalleştirilmesine veya meşrulaştırılmasına neden olabilir. Çocuklar üzerinde fiziksel şiddetin kabul edilebilir bir disiplin yöntemi gibi algılanmasına yol açabilirler. Bu tür inançlar ve davranışlar, çocukların yaşamlarında olumsuz etkiler yaratabilir ve çocukluk çağı travmalarından biri olan fiziksel istismarın tespitini zorlaştırabilir. Fiziksel istismarın tespiti genellikle çocuğun açıkça gözlemlenebilir yaralanmalarından kaynaklanırken, atasözleri ve şiddeti destekleyen inançlar nedeniyle çocuklar bu konuda sessiz kalmaya ve şiddetin gizlenmesine yönlendirilebilirler (Topbaş, 2004).

Araştırma sonuçlarına göre, fiziksel istismarın en sık bebeklikte ve okul öncesi dönemdeki çocuklara yönelik olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, bu yaş grubundaki çocukların kendilerini koruma ve duygusal ifade konusunda yetersiz olabilecekleri şeklinde yorumlanmaktadır (Bilir ve ark., 1991).

Özetle; Fiziksel istismar, bilerek çocuğa fiziksel olarak zarar veren ve sağlığını negatif yönde etkileyen yasaklı şiddet içerikli davranışları içerir. Bu tür davranışlar, çocuğun bedensel ve ruhsal sağlığını sekteye uğratarak çocuğa zarar verir ve çocuğun güvenliği ve refahı açısından büyük önem taşır. Fiziksel istismarın önlenmesi ve erken müdahale, çocukların korunması ve sağlıklı gelişimi için kritik önemdedir.

2.1.2.1.2. Cinsel istismar

Çocuğun tam anlamayacağı, onaylayamayacağı, gelişim düzeyine uygun olmayan ve toplum normlarını ihlal eden cinsel etkinliklere karışma durumu, çocuk cinsel istismarı

olarak tanımlanır. Bu tür istismarlarda failler, çocukların yaşları nedeniyle üzerlerinde yetki ve otorite sahibi olan yetişkinler olabileceği gibi, başka çocuklar da olabilir (UNİCEF, 2016).

DSM-5'e göre cinsel istismar; çocuğa cinsel doyum sağlamak amacıyla, ebeveynin, bakım verenin ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan biri tarafından, çocuğu herhangi bir cinsel eyleme dahil etmesini içerir. Cinsel sömürü, çocuğun cinsel organlarına dokunma, içine girme, ensest, zor kullanarak cinsel ilişki, oğlancılık (sodomi), açık saçık görünüm gibi etkinlikleri içerir. Cinsel sömürü, anne, baba ya da bakım verenin dokunmadan gerçekleştirdiği sömürüyü de içerir. Örneğin, doğrudan fiziksel bir dokunuş olmadan, çocuğu başkalarının cinsel doyum için bir dizi eyleme zorlamak, kandırmak, ayartmak, gözünü korkutmak ya da baskıda bırakmak da bu tanım kapsamındadır" (APA, 2014).

Bir yetişkinin, cinsel tatmin amacıyla bir çocuğu kullanması olarak tanımlanan cinsel istismar, sadece penetrasyon içeren eylemleri değil, aynı zamanda genital bölgelere dokunma, röntgencilik, teşhircilik, pornografi gibi çeşitli davranışları içermektedir. Bu tür eylemler, çocuğun cinsel istismara uğramasına yol açar ve ciddi bir suç teşkil eder (Polat, 2016).

Çocuğu istismar eden kişinin davranışının cinsel sömürü olarak kabul edilmesi, çocuğun vücuduna ve genital bölgesine tacizde bulunması ve sözel olarak cinsel tacizde bulunması, pornografiye maruz bırakması, cinsel içerikli konuşmalar yapması gibi eylemleri içermektedir (Kanbur ve Akgül, 2010).

Cinsel istismar, cinsel içerikli konuşmalarda bulunma, teşhircilik, cinsel teklifler ve cinsel organlara doğrudan ya da kıyafetler mevcutken dokunma gibi davranışları kapsayan istenmeyen cinsel temas ve teşebbüsleri ifade eder. Aynı zamanda, cinsel aktivitelerine ya da pornografiye maruz bırakma, seks işçiliği ya da pornografi için kullanma gibi durumları içeren farklı gruplar da mevcuttur. Bu tür davranışlar, insanların bedensel ve psikolojik bütünlüğüne zarar verir ve ciddi sonuçlar doğurabilir. Yasalar, toplumlar tarafından cinsel istismarın önlenmesi ve mağdurların korunması için geliştirilmiştir (Putnam, 2003).

Cinsel istismarın önemli bir bölümü de ensest ilişkileri içerir. Ensest, bir aile üyesi veya yakın akraba tarafından çocuğa veya genç yetişkine karşı cinsel yönden tatmin olmak amacıyla yapılan her türden fiziksel ve fiziksel olmayan cinsel istismarı içerir. Bu

tür cinsel istismar, mağdurlarda ciddi travmalar ve uzun süreli olumsuz etkiler bırakabilir. Cinsel istismar ve ensest durumlarında, taciz edenin kimliği hususunda temel kriter kan bağı değildir. Cinsel istismar genellikle aile içinde veya aileye yakın kişiler tarafından gerçekleştirilir. Anne, baba, abla, amca, hala, dayı, teyze, dede, ağabey gibi birinci dereceden akrabaların yanı sıra çocuğun üzerinde ebeveynleri gibi otoriteyi bulunduran ikinci dereceden enişte, yenge, üvey kardeşler ve üvey anne-babalar, ensest olgusunda tacizciler arasında sayılmaktadırlar. Bu durum, çocuğun güvendiği veya ailesi tarafından korunması gereken kişilerin istismar etme riskini vurgular ve bu tür durumların ciddiyetini artırır. Raporlar, ensest olgusunun Türkiye'deki dağılımını ve cinsel istismarcıların kimliklerini göstermesi açısından önemlidir. Söz konusu raporda belirtildiği gibi, Türkiye'de ensest tacizcilerinin %57'sini öz babalar, %26'sını ikinci dereceden akrabalar, %13'ünü birinci derece akrabalar ve %4'ünü öz ağabeyleri oluşturuyorsa, bu cinsel istismarın genellikle aile içinde ve aileye yakın kişiler tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir (Çavlin Bozbeyoğlu ve ark., 2010).

Ensest vakalarında en sık karşılaşılan örüntünün, babanın otoritesini kullanarak baskı yoluyla elde ettiği katı aile yapısı olduğu belirtiliyor. Bu tür aile yapıları, genellikle dışarıya kapalı, yabancılara güvensiz, düzeni olmayan ve gereken işlevleri yerine getiremeyen aileler olarak tanımlanıyor. Bu tür bir aile yapısı, mağdurun çevresindeki kişilere açılmakta zorlanmasına, istismarcıdan korkmasına ve yardım alamamasına neden olabilir. Aşınılan kültür, cinsel istismara ve ensest vakalarına olan bakış açısını etkileyebilir (Aktepe, 2009).

Araştırmalar, ensest olaylarının sosyoekonomik gruplara özgü olmadığını göstermektedir. Bu tür istismarın küçük ailelerde olduğu kadar tek ebeveynli veya geniş ailelerde de yaşanabileceğini belirtmektedir. Özellikle, kız çocuklarının sürekli olarak izole edildiği, erkeklerin öncelikli olarak ele alındığı aileler, göç, işsizlik, ve annenin koruyucu rolünü yerine getiremediği aileler ensest riskini artıracak faktörler olarak tanımlanmıştır (Çavlin Bozbeyoğlu ve ark., 2010).

Bireylerin yetişkinlikte yaşadığı majör depresyonla çocuklukta maruz kaldıkları cinsel sömürü arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Cinsel sömürüye maruz kalan çocuklarda depresyonun ve düşük benlik algısının daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Ek olarak, cinsel istismara uğramış çocuklarda ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri sıkça karşılaşılan durumlar arasında görülmüştür. Bu durum, cinsel istismarın ciddi psikolojik etkilere yol açabileceğini göstermektedir (Livingston, 1987).

Cinsel istismarın yaygınlığına ilişkin bir araştırmada, dünya genelinde kadın bireylerin %10-40'ı ve erkekler bireylerin %5-20'sinin çocuklukta cinsel istismara maruz kaldığı sonuçları sunulmuştur (Çalışkan ve Sağlam, 2015; Aktepe, 2009).

Toplumun bazı kesimlerinde, fiziksel cezaların disiplin ve düzen sağladığına yönelik bir inanış olabilir ve bu tür düşünceler, çocuğun cinsel istismarında veya ensest vakalarında da çocuğu dudaklarından veya cinsel bölgelerinden öpmenin sevgi gösterisi gibi algılanmasına neden olabilir. Ancak, bu tür bir ilişki normal olarak görülse bile, gerçekten bir istismar durumu olabilir (Polat, 2016; Çavlin Bozbeyoğlu ve ark., 2010).

2.1.2.1.3 Duygusal istismar

Çocuğun ebeveynleri ve diğer bireylerin çocuğun kişilik ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen davranışları, duygusal istismar olarak adlandırılmaktadır. Bu tür istismar, fiziksel olmayan ancak yoğun şekilde cezalandırmalar, korkutma, hakaret ve aşağılama gibi sözlü ifadeleri içerdiği ifade edilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Çocuğun bakımından sorumlu olan ebeveynlerin veya gözetim altındaki kişinin, çocuğun gelişimi için gereken koruma, ilgi, alaka ve bakımı sağlamada yeterli özen ve hassasiyeti göstermemesi durumunda ortaya çıkan psiko-sosyal zarara "duygusal istismar" ve/veya "duygusal ihmal" adı verilir. Bu tür istismar, toplumda oldukça yaygın olabilir, ancak kanıtlanması ve tespiti genellikle zordur (Polat, 2001).

DSM-5'e göre, duygusal istismar; çocuğa karşı ebeveynleri veya bakımveren tarafından kasıtlı olarak yapılan, çocuğa belirgin bir ruhsal zarar dokunması ya da dokunabilecek olması ile sonuç bulan, sözel ya da simgesel eylemleri kapsayan bir durumdur. Fiziksel ve cinsel sömürü eylemlerinin bu kategoriye dahil edilmemektedir. Çocuğa yönelik duygusal sömürünün örnekleri; çocuğu aşağılama, küçümseme, korkutma, değer verdiği kişilere ya da nesnelere zarar verme, terk etme, davranışlarını kısıtlama, günah keçisi yapma, kendine zarar verme yönlendirmesi, aşırı disiplin uygulama gibi durumlar yer alır. (APA, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, duygusal istismar, çocuğun sağlıklı bir gelişim ortamında büyümediği bir durumu ifade eder. Bu ortamın sağlanma sorumluluğu bakım verenlere aittir. Duygusal istismar; çocuğun bilişsel, psikolojik, fizyolojik, ahlaki veya manevi gelişimini olumsuz etkileyen, psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen veya bu

yönde risk taşıyan davranışlara veya sözlere maruz kalma durumunu ifade eder. (WHO, 2006).

2012 yılında Amerikan Pediatri Akademisi tarafından yayınlanan bir raporda, çocuk ihmal ve istismarı türleri içinde en zorlu ve en yaygın olanın "duygusal ihmal ve istismar" olduğu vurgulanmıştır (Grossman ve ark., 2017).

Çocuğu tehdit etmek, çocuğun korkutulması, suça teşvik edilmesi, destekte bulunmamak, sürekli eleştirilerle küçük düşürmek, dalga geçmek, üzerinde baskı kurmak ve çocuğun potansiyelinden fazlasını beklemek gibi davranışlar, duygusal istismar ve ihmal kapsamında değerlendirilir. Bu tür davranışlar çocuğun duygusal sağlığını olumsuz etkileyebilir ve zarar verebilir (Garbarino ve Garbarino, 1994).

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda, zarar verici davranışların sonucunda oluşan izler fiziksel olarak görülebilir olabilir. Ancak, duygusal istismar için böyle olmayabilir; çünkü duygusal istismarın etkileri fiziksel olarak gözlemlenemeyebilir. Bununla birlikte, çocuğun psikolojisinde oluşan tahribat, fiziksel istismar sonucu oluşan tahribata kıyasla daha yıkıcı bir etkiye neden olabilir. Duygusal istismar, çocuğun duygusal ve zihinsel sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir ve uzun süreli sonuçlar doğurabilir (Özmert, 2010). Fiziksel yaralar zamanla iyileşebilir, ancak duygusal istismarın yaraları uzun süre açık kalabilir. Duygusal istismarın etkileri çocuğun psikolojisinde derin izler bırakabilir ve zamanla bu izlerin tamamen iyileşmesi uzun sürebilir (Güler ve ark., 2002).

Koç ve arkadaşlarının (2012) üniversitede okuyan öğrencilerle yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %32.3'ü duygusal istismara uğradığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların %31.8'i, erkek katılımcıların ise %33.7'si çocukken duygusal istismara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Duygusal istismar konusunun, fiziksel ve cinsel istismar kadar önemli olduğuna yönelik farkındalık ve görüşler özellikle 1980 yılından itibaren artmaya başlamıştır (Güler ve Akın, 2006). Korkmazlar-Oral, Engin ve Büyükyazıcı (2010)'nın yaptığı bir araştırmaya göre, Türkiye'de her iki çocuktan birinin duygusal istismar yaşadığı belirtilmektedir (Bakır ve Kapucu, 2017).

2.1.2.2. İhmal

İhmal, çocuğa bakım vermekle sorumlu bireyin mevcut kaynaklara dayanarak, çocuğun tıbbi, beslenme, eğitim, konaklama, güven dolu bir ortamda yaşaması ve duygusal gelişimi gibi ihtiyaçlarını karşılamaması durumunu ifade eder. İhmal, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması ve zarardan korunmaması anlamına gelir. Bu durum, çocuğun gelişimi ve güvenliği için olumsuz sonuçlara yol açabilir ve çocuğun sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için önemli bir rol oynayan temel ihtiyaçlarının eksik kalmasına sebep olabilir (WHO, 1999).

Çocuk ihmalini, çocuğun bakımından sorumlu olan bireylerin görevlerini yeterince yerine getirmemesi olarak tanımlayabiliriz. Bu durum, çocukların sağlık, giyim, beslenme, duygusal ve psikososyal ihtiyaçlarının gerektiği gibi karşılanmamasını ifade eder. Çocuklar ihmal edildiğinde, temel ihtiyaçlarının eksik kalması onların sağlıklı gelişimi ve refahı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. İhmale maruz kalan çocuklar, olumsuz beslenme düzenleri ve açlık, aşırı zayıflık veya şişmanlık durumları, uyku sorunları, değersizlik hissi, düşük öz saygı, bağlanma problemleri, arkadaş edinmede zorluklar, temel ihtiyaçlarının karşılanmaması gibi çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler, bu da hayır demekte güçlük yaşamalarına neden olabilir (Güler ve ark., 2002).

Çocuğa yönelik ihmal davranışları fiziksel ve cinsel istismar kadar açık ve belirgin olmayabilir, bu da tanı ve tespitini zorlaştırabilir. İhmal, daha gizli ve sessiz bir şekilde gerçekleşebilir ve fiziksel yaralar veya cinsel istismar gibi somut kanıtlar bırakmayabilir. Çocuklar ihmal edildiğinde, duygusal ve psikolojik etkiler daha belirgin hale gelebilir, ancak bu etkilerin somut belirtileri değişkenlik gösterebilir. İstismar ve ihmal arasındaki fark, aktif ve pasif davranış şekilleriyle ilişkilidir. İstismar, aktif davranışları içerir ve doğrudan zarar verici davranışlarla kendini gösterir. Örneğin, fiziksel şiddet, cinsel taciz, tehdit etmek gibi doğrudan ve aktif şekilde zarar veren davranışlar istismar örnekleridir. Öte yandan, ihmal pasif davranışlara sahiptir ve eksikliklerle ilişkilidir. Çocuğun ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, ilgisizlik, duygusal destekten yoksun kalma gibi eksiklikler ihmalin örnekleridir. Bu tür davranışlar, çocuğa yönelik aktif ve doğrudan bir saldırı içermese de uzun vadede çocuğun gelişimi ve refahı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Bu nedenle istismar aktif, doğrudan ve zarar verici davranışlar içerirken; ihmalin ise pasif, eksikliklerle ilişkili ve ihmal edilen ihtiyaçlara yönelik olduğu söylenebilir. Ancak her iki durumun da çocuklar üzerinde ciddi sonuçları olabileceği

unutulmamalı ve çocukların korunması ve ihtiyaçlarının karşılanması için önlem alınmalıdır (Topbaş, 2004).

İhmal genellikle iki temel kategoride ele alınır: duygusal ihmal ve fiziksel ihmal. Fiziksel ihmale dair belirtiler ve işaretlerin tespiti genellikle sağlanması mümkün olsa da duygusal ihmalin tanımlanması daha zor olabilir (Polat, 2001).

2.1.2.2.1. Fiziksel ihmal

Çocuğun, fiziksel ve psikolojik gelişiminin sağlanması için gereken temel ihtiyaçların karşılanmaması fiziksel ihmal olarak tanımlanır. Bu ihtiyaçlar arasında yiyecek, barınma, giyim gibi temel yaşam gereksinimleri bulunur. Fiziksel ihmal, çocuğun sağlıklı bir gelişim göstermesi için önemli olan bu temel ihtiyaçların yeterince karşılanmaması sonucu ortaya çıkar. Tıbbi ihmal ise çocuğun sağlıksal ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. Çocuğun tıbbi tedavi ve bakım ihtiyaçları göz ardı edilir, tıbbi yardım ve hizmetler yeterince sağlanmaz veya ertelenir. Bu durum, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir ve ciddi sonuçlar doğurabilir. İki ihmal de çocuğun sağlıklı gelişiminin üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir (Sedlak ve ark., 2010).

Henüz doğmamış bir bebeğin ihmalinin özel bir türü, annenin hamilelikte ilaç, sigara, alkol gibi zararlı maddeleri kullanması, yetersiz olarak beslenmesi ve doğum öncesi sağlık bakımını almamasıdır. Bu, bebeğin annenin karnındaki gelişiminin yanı sıra ilerideki sağlığını da olumsuz etkileyebilir (Acehan ve ark., 2013). Bir çocuğun ihmal edildiğini, kıyafetlerinin temiz olmaması, bakımsızlık, kötü koku, dilenme, çalıştırılma, tıbbi destekten yoksun kalma, kendine zarar verme, madde bağımlılığı, aşırı kilo kaybı, okul kaçma ve evinde bakımı ile ilgilenen kimsenin olmaması gibi durumlardan anlayabiliriz (Güler ve ark., 2002).

Fiziksel ihmal, çocukluk çağı travmalarının en çok görülen türü olarak vurgulanmaktadır. Bu ihmal, çocuğun kendini görünür olmaktan uzak ve değersizlik hislerine yol açabilir. Bu nedenle, fiziksel ihmale maruz kalan çocuklar, sağlıklı ilişkiler kurmada sorunlar yaşayabilirler. Yapılan çalışmalara göre fiziksel ihmal, şiddet davranışını en kesin biçimde öngören kötü muamele olarak söylenmektedir. Bu tür ihmal, çocukların psikolojik ve duygusal sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir (McGuigan ve ark., 2018).

Fiziksel olarak istismara maruz kalan çocuklarla karşılaştırıldığında, ihmale uğrayan çocukların daha yüksek düzeyde akademik ve bilişsel eksiklikleri, sosyal olarak geri çekilme eğilimleri, sınırlı düzeyde akran etkileşimleri ve içselleştirme sorunları olduğu gözlemlenmektedir (Hildyard ve Wolfe, 2002). Çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel ihmal, yetişkinlikte görülen suç davranışlarının da önemli bir yordayıcısı olarak görülmektedir. Fiziksel ihmal, çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini etkileyebilir ve bu olumsuz etkiler ileriki yaşlarda suç eğilimi gibi davranışlara katkıda bulunabilir. Yetişkinlikteki suç davranışları ile çocukluk dönemindeki fiziksel ihmal arasındaki ilişki, çocuğun olumsuz yaşantılarıyla başa çıkma şekillerini etkileyebilir ve riskli davranışlara yatkınlığı artırabilir (Bland ve ark., 2018).

Çocukların eğitim haklarının ihmal edilmesi, okula gönderilmemeleri ve özel gereksinime ihtiyacı olan çocukların özel eğitimden mahrum bırakılması fiziksel ihmalin kapsamına girer (Dinleyici ve Şahin Dağlı, 2016).

2.1.2.2.2. Duygusal ihmal

Çocuğun sevgiye ihtiyaç duymasına rağmen bu duygusal ilgi ve yakınlığın sağlanmaması durumu, duygusal ihmal olarak tanımlanır (Aral ve Gürsoy, 2001).

Duygusal ihmal, çocuğun temel psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarının yetersiz veya hiç karşılanmadığı durum olarak tanımlanır. Bu ihmal, çocuğun sevgi, ilgi, bağlanma ve duygusal destek gibi temel gereksinimlerinin eksikliği ile ilişkilidir. Duygusal ihmal, çocuğun duygusal gelişimine zarar verebilir ve uzun vadede çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir. Çocuğun ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve desteğin ebeveyn tarafından eksik kalması veya yeterince karşılanmaması da duygusal ihmaldir. Aynı zamanda, ebeveynin çocuğun yaşadığı duygusal problemler veya deneyimler hakkında farkında olmaması ya da bu konularla ilgilenmemesi de duygusal ihmal kapsamına girer. Duygusal ihmal, çocuğun duygusal ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi, önemsenmemesi ve desteklenmemesi anlamına gelir. Ebeveynlerin çocuklarıyla duygusal bağ kurmaması, çocuğun duygusal gelişimini ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilir. Duygusal ihmal, çocuğun öz saygısını zedeleyebilir, duygusal güvensizlik yaşamasına neden olabilir ve çocuğun ilişkilerinde zorluklar yaşamasına yol açabilir (Hovens ve ark., 2010).

Çocuğun yakınlık ve ilgi ihtiyaçlarının karşılanmaması, duygusal ihmali gösterir (Aral ve Gürsoy, 2001). Duygusal ihmali tanımlamak için, çocuğun bakımıyla yükümlü bireyin çocuğun ihtiyaçlarını yerine yeterince getirmemesi, beslenme, giyim, tıbbi, psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmaması, sevgi ve ilginin eksikliği ve çocuğun şiddete maruz kalmasına göz yumulması gibi durumlar da dikkate alınır (Tıraşçı & Gören, 2007).

Çocukluk döneminde yaşanan duygusal ihmaller, sosyal korkunun artması, depresyon ve duygusal başka işlev bozuklukları gibi çeşitli psikiyatri semptomlarıyla ilişkilendirilmiştir. (Müller ve ark., 2019). Ergenlik döneminde duygusal olarak ihmal edilen gençler, güvensizlik geliştirme eğiliminde olabilirler veya kabul edilmediklerini ve başkalarının sevmeye layık olmadıklarını hissedebilirler. Bu negatif duygular, depresif belirtiler yaşama olasılığını artırabilir. Çeşitli araştırmalar, duygusal ihmalin ile depresif belirtilerle ilişkili olduğunu doğrulamaktadır (Zhao ve ark., 2021). Çocukluk döneminde yaşanan duygusal ihmal sonucunda, ilerleyen yaşlarda suç işleme ve kendi çocuklarına gerekli bakımı sağlamada eksiklik yaşama olasılığı artmaktadır (Webb, 2019).

Yapılan çalışmalar, duygusal ihmalin etkilerinin, fiziksel ihmal ve diğer kötü muamele türlerine göre etkisi düzeyinin daha da yüksek olabileceğini ileri sürülmektedir. Duygusal ihmal, çocuğun içine kapanmasına, yaşlılarıyla problemler deneyimlemesine ve kaygılı kaçınan bağlanma örüntüleri göstermesine yol açabilir. Bu nedenle, duygusal ihmalin uzun süreli etkileri diğer ihmal türlerine kıyasla daha karmaşık ve derin olabilir (Friedman ve Billick, 2015). Duygusal ihmale uğrayan çocuklar, sevgi ve ilgi gösterilmeyen, çok erken yaşta kendi problemleriyle baş başa bırakılan ve bu sorunlarıyla tek başına başa çıkması beklenen çocuklar, kendinden güvenmeyerek büyüyebilirler. Bu durumda, çoğu zaman evden kaçma şeklinde eğilimler gösterebilirler (Yaşar ve Gültekin-Akduman, 2007).

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocuk istismarı, kayıtlara yeterince geçmemiş olmasına rağmen dünyada sıkça rastlanan, dünya genelinde yüksek sıklığa ve yaygınlığa sahip olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. İnsanlık tarihinin çok eski ve bilinen, toplumun her kesimini ilgilendiren, ortaya çıkarılması güç bir sosyal problemdir (Polat, 2007). Geçmişten günümüze kadar, çocukluk dönemi travmalarının ne kadar yaygın olduğu ve sıklığı üzerine birçok farklı

araştırma yapılmıştır. Ancak, bu araştırmalarda çocukluk çağı travmalarının sıklığına dair çeşitli veriler bulunmaktadır. Bu farklılığın temel nedeni, bildirimle ilgili sorunların varlığı olarak düşünülmektedir (Gürgen, 2017). İstismar davranışlarının gizlilik içerisinde gerçekleşmesi, mağdurun hissettiği utanç, yasal ve cezai sonuçları, cinsel istismarın diğer istismarlara kıyasla bildirilmesini zorlaştırmakta ve bu tür istismarın nüfus içinde ne kadar yaygın olduğunu ve sıklığını belirleme konusunda gerçek oranları saptama konusunda bir engel teşkil etmektedir (Goldman ve Padayachi, 2000).

Çocukluk çağı istismar ve ihmal vakalarının birçok vaka yasal olarak bildirilmediği için yaygınlığının net bir biçimde tespit edilmesi zor olabilmektedir. Bu durum, çocuk istismarı ve ihmalinin gerçek boyutunu anlamak için önemli bir engel oluşturur. Araştırma desenlerinin farklı olması da bu konudaki doğru tespiti zorlaştırır, çünkü farklı yöntemlerle yapılan çalışmalar farklı sonuçlara yol açabilir. Bu sebeple, çocuk istismarının ve ihmalinin engellenmesi ve mücadelesi için daha kapsamlı ve standartlaştırılmış veri toplama yöntemlerinin kullanılması önemlidir. Aynı zamanda, toplumda farkındalığı artırmak ve istismarın raporlanmasını cesaretlendirmek de önemli bir adımdır (Ziehnert, 2016).

Çocuğa kötü muamelenin belirsiz olması, ortaya çıkarılmasındaki zorluklar ve raporlamadaki eksiklikler nedeniyle araştırmaların sonuçlarının gerçek duruma oranla eksik veya yetersiz olduğu düşünülmektedir (Spradley ve Allender, 1996). Çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismarın yaygınlığına yönelik tespit zorlukları olsa da günümüzde bu konuyla ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar sayesinde çocukluk çağı travmalarının toplumdaki yaygınlığı hakkında önemli bulgular sunulmaktadır (Scher, Forde, McQuaid ve Stein, 2004: 168). Dereboy ve arkadaşları ise (2018) çocukluk dönemi travmalarının yaygınlığının %31.3 olarak rapor etmişlerdir. Ji ve Wang (2018) Çin'de yapılan bir çalışmada ise bu oranın %44.8 olduğu belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir raporda, yetişkin bireylerin %36.3'ü duygusal istismara; %22.6'sı fiziksel istismara; %16.3'ü ise fiziksel istismara uğradığı belirtilmektedir. Ayrıca, raporda kadınların cinsel istismara maruz kalma oranının erkeklere göre yüksek olduğu da rapor edilmiştir (WHO, 2014).

Amerika'da her yıl yaklaşık olarak 2.8 milyon çocuğun istismara maruz kaldığı öngörülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bilgilerine göre ise dünya genelinde 40 milyon çocuğun istismar ve ihmale maruz kaldığı belirtilmektedir (Şimşek, Ulukol ve

Bingöler, 2004). Son zamanlarda Türkiye’de farkındalığın artmasıyla birlikte çocuk istismarı konusunda yapılan çalışmalar çoğalmıştır. Ancak, resmi olarak istismar vakalarının sıklığı ve dağılımıyla ilgili kesin verilere ulaşılamamıştır (Bahar ve ark., 2009).

Güler ve arkadaşları (2002) tarafından yürütülen bir çalışmada, annelerin çocuklarına karşı uyguladığı ihmal ve fiziksel istismar davranışlarına dair ilginç sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaya göre, annelerin yaklaşık olarak dörtte biri(%28), çocuklarının taleplerini dikkate almadığı veya ilgilenmediği belirlenmiştir. Ayrıca, annelerin %32,2’si, çocukları rahatsızlandığında durumun daha da kötüleşmesini bekledikleri ve ancak durum kötüleştikten sonra bir doktora götürdükleri ortaya çıkmıştır. Araştırmada, annelerin %53,8’inin çocuklarına tokat atma gibi şiddet içeren davranışlar sergilediği ve %23,1’inin de şiddet eğilimi gösterdikleri, çocuklarına vurma ve çimdikleme gibi davranışlar sergiledikleri belirlenmiştir. Ayrıca, başka bir çalışmada genç annelerin %78’inin çocuklarına fiziksel istismar gösterdiği ve annelerin öğrenim düzeylerinin azaldıkça çocuklarına karşı daha fazla fiziksel istismarda buldukları gözlenmiştir (Bulut, 1996).

Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmaya göre, 183 katılımcının yer aldığı psikiyatri kliniği araştırmasında, istismara dair katılımcıların %65.7’sinin çocukluk dönemlerinde en az bir tür istismara maruz kaldığı, %6.1’inin ise üç farklı türde istismara uğradığını bildirdiği tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre, kadınların %70.3’ü ve erkeklerin %58.2’si çocuklukta istismara maruz kaldıklarını ifade etmiştir (Örsel ve ark., 2011).

Bir başka çalışma ise 91 katılımcının yer aldığı bir psikiyatri hastalarıyla yapılan çalışmadır. Bu çalışma sonuçları göstermektedir ki; hastaların çocukluk dönemlerinde maruz kaldıkları travmatik olayların, fiziksel istismar açısından %36.3, duygusal istismar açısından %18.7 ve cinsel istismar açısından %22 oranında olduğu belirtilmektedir (Yargıç, Ersoy ve Oflaz, 2012).

Güncel metaanaliz çalışmaları global düzeyde çocuk cinsel istismarın kızlarda yaklaşık %20, yaklaşık %7.7 olduğunu saptamıştır. Bu tür araştırmalar, çocuk istismarının cinsiyetlere göre dağılımı hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır. Ancak, ülkeler ve kültürler arasında farklılıklar olabileceği unutulmamalıdır (Şimşek ve Gençoğlu, 2014). Duygusal istismar genelde farkına varılmadığı için, duygusal istismara dair verilere tam anlamıyla güvenmek zor olabilmektedir. Ancak, yapılan çalışmalarda

erkek ve kız çocukları arasında bir fark tespit edilmemiştir. Duygusal istismarın belli bir başlama yaşının olmamasına rağmen, en fazla 6-8 yaşları arasında görüldüğü ve ergenlik dönemine kadar sürdüğü tespit edilmiştir. Bu gibi durumlar istismarın tanısının konulmasını ve önlenmesini zorlaştırabilir, bu nedenle dikkatli ve duyarlı olmak önemlidir (Taner ve Gökler, 2004).

Türkiye'de üç farklı ilde, 11, 13 ve 16 yaş grubu çocuklarla yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, fiziksel istismarın sıklığı %58,1 olarak bulunmuş ve yaşam boyu birden fazla kötü muamele türüne maruz kalma sıklığı ise %78,6 olarak gözlemlenmiştir (Sofuoğlu ve ark., 2014). Çocukluk çağında maruz kalınan, istenmeyen cinsel temas deneyimleri hakkında yapılan 19 retrospektif anketin incelenmesi sonucunda, bu tür deneyimlerin erkeklerde %1-16 ve kadınlarda ise %2-45 oranında yaygın olduğu belirtilmektedir (Nurcombe, 2000).

Çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel ihmal yaşantılarının küresel yaygınlığının yüksek düzeyde olduğu vurgulanmaktadır. Özbildirimsel araştırmalara göre, duygusal ihmal yaşantısının dünyada yaygınlığı cinsiyet farkı olmaksızın %18,4 veya 1000 çocukta 184 olarak gözlemlenirken, fiziksel ihmalin yaygınlığı ise %16,3 veya 1000 çocukta 163 olarak hesaplanmaktadır. Bu verilere göre, çocukların %15'ten fazlasının ihmal durumuna maruz kaldığı tahmin ediliyor (Stoltenborgh ve ark., 2013). Başka bir araştırmada ise madde ve alkol bağımlılığı olan bireylerde çocukluk dönemi travmalarının, duygusal açıdan kötüye kullanımı ve fiziksel ihmalin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Evren ve Ögel, 2003).

Çocuk ihmal ve istismarı için kesin bir yaygınlık oranı belirlemek zor olsa da yapılan araştırmalardan elde edilen oranlar, bu sorunun dünya genelinde önemli bir problem olduğunu vurgulamaya yetmektedir. Bu tür olumsuz deneyimlerin çocukların sağlıklı gelişimine ve gelecekteki yaşamlarına etkisi büyük olabilir. Bu nedenle, toplumun bu konuda farkındalığının artırılması ve çocukların korunması için çeşitli önlemler alınması gerekmektedir (Bakır ve Kapucu, 2017).

2.1.4. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Travmaya yol açabilecek birçok neden, çocukluk çağında mevcuttur. Farklı alanlarda, çevresel, sosyal, ailesel veya bireysel faktörler nedeniyle çocuk istismar ve ihmalleri görülmektedir. Çocuğun travmaya maruz kalma olasılığını artırabilecek risk

faktörleri arasında savaşlar, göç yaşantıları, ekonomik sorunlar, erken çocuklukta ebeveynlerin etkisi, eğitimin kalitesiz ve yetersiz olması, sosyal bazı problemler ve sosyal desteğin azlığı yer almaktadır. Bu faktörler, çocukların sağlıklı gelişimini olumsuz etkileyebilir ve travmatik deneyimlere yol açabilir (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2018).

Çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilendirilen risk faktörlerini, iç ve dış stres olarak ikiye ayırmak mümkündür. Dış stres faktörleri, çevresel kaynaklı stres etkenlerini içerir. Kültürel özellikler, sosyal ve ekonomik koşullar gibi etkenler, işsizlik, sağlıksız çevre koşulları ailelerin stres yaşamasına neden olarak çocukların istismar ve ihmal riskine yol açabilir. Özellikle kişini borçlanması, işsizlik gibi olumsuz ekonomik koşullar, en önemli stresörlerdendir. Bu tür durumlar, yetersiz beslenmeyi ve ev şartları, sağlık sorunları gibi problemleri ortaya çıkabilir. İç stres faktörleri ise, çocuğun ebeveynlerinin ve çocuğun taşıdığı kişilik özellikleri, toplumun değerleri ile çocuktan beklentilerin gerçekçi olmaması gibi içsel durumları içerir (Ünal, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise, çocukluk dönemi travmalarına maruz kalma risk faktörleri arasında en önemlileri şunlardır: dört yaşından küçük veya ergenlik döneminde olmak, istenmeyen bir çocuk olmak, ailenin ondan beklentilerini karşılayamamak, özel gereksinimlere sahip olmak ve normalin dışında fiziksel özelliklerde bir çocuk olmak (WHO, 2016).

Çocuğun kendisinden kaynaklanan risk faktörleri şunlar olabilir: istenmeyen bir gebelik sonucu doğmuş olması, istenilen cinsiyette doğmaması, hiperaktivite, kronik sağlık sorunları, fiziksel veya zihinsel hastalıklar, prematürite, olumsuz fiziksel görünüm, davranış bozuklukları, engellilik, huysuzluk, aşırı ağlaması, uyku düzensizlikleri gibi durumlar. Durumdan kaynaklanan risk faktörleri ise şunlar arasında sayılabilir: ekonomik sıkıntılar, eşinin ölümü ve çocukla tek başına ilgilenme zorunluluğu, boşanma, aile içinde şiddet, göç, çok çocuğa sahip, aile yapısının geniş olması, işsizlik, kriz dönemleri gibi durumlar (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Christian (2009) çocukluk çağında ruhsal travmalara maruz kalmada çocuğa ilişkin faktörleri; çocuğun yaşının küçük olması, sosyal becerileri yönünden eksik olması, zihinsel ya da fiziksel engelinin varlığı, mizacının zor olması nedeniyle davranışsal sorunlar göstermesi olarak belirtmiştir. Yapılan bir araştırmada Afroamerikalı çocukların, diğer beyaz çocuklara göre daha fazla kötü muameleye maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu

durum, ırksal farklılıkların çocuklar için risk oluşturabileceğini göstermektedir (Fluke, Harden, Jenkins, ve Ruehrdanz 2011).

Horton ve Cruise (2001) tarafından yapılan araştırmada, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ile ilişkili ebeveyne ilişkin faktörler şunlardır: düşük benlik saygısı, düşük eğitim seviyesi, kendini yetersiz ve değersiz hissetme, psikolojik sorunlar (depresyon ve kaygı bozuklukları), öfke kontrolünün eksikliği, erken yaşta birliktelik yaşamış olma, ailede şiddet durumu ve çocuktan beklentilerin çocuğun gelişimsel düzeyinin üstünde olması.

Çocuk istismar ve ihmalinde kültürel yaklaşım farklılıkları önemli bir toplumsal risk faktörüdür, çünkü çocukların haklarını ve korunmasını etkileyebilir. Kültürel kabuller ve gelenekler, çocuk istismar ve ihmalini normalleştirme ve çocuğun zarara uğradığının göz ardı edilmesine sebep olabilir (Straus ve Kantor, 2005).

2.2. Mizaç

2.2.1. Mizacın tanımı

Mizaç, bireyler arasındaki tepkiler ve davranış şekillerindeki genetik temelli farklılıkları ifade eder. Bu farklılıklar duygusal, motor ve dikkate dayalı tepkilerde ortaya çıkar. Tepkiler, yoğunluklarına, hızlarına, yenilenme ve aktif kontrol gibi öz düzenleme süreçlerine göre ölçülür. Bu şekilde, mizaç, insanların benzersiz tepkilerini ve davranışlarını belirleyen önemli bir etkidir (Rothbart ve Derryberry, 1981). Aynı zamanda bireyler arasındaki farklılıkları ifade eden bir kavram olan mizaç, genellikle doğumdan itibaren gözlemlenebilen ve bireylerin tipik davranışları ile sosyal çevrelerine verdikleri tepkileri içerir (Sanson ve Oberklaid, 2013). Mizaç, biyolojik temelli ve genetik olarak taşınan farklılıklardır ve bu farklılıklar erken çocukluk döneminden itibaren gözlenir (Rothbart, Sheese ve Posner, 2007). Enerji seviyelerini, tutumlarını ve keşif dürtülerini içeren, bireyin kişiliğinin gelişimini sağlayan en temel karakter yapıları, bireylerin doğumdan getirdiği mizaç özellikleridir (Sakai ve ark., 2009).

Mizaç, farklı şekillerde ifade edilebilen, genetik özelliklere bağlı olarak ortaya çıkan duygu ve davranış eğilimlerini ifade etmektedir. Araştırmalara göre, mizaç özelliklerinin kişilerde kararlılık gösterdiği ve ilerleyen yıllarda karakter oluşumunda

etkili olduğu belirlenmiştir (Burger, 2006). 1950'li yıllarda, genetik ve öğrenme teorisyenleri, bebek ve çocukların mizaçlarına odaklanarak biyolojik, genetik ve çevresel faktörleri ampirik olarak incelemiş ve bu çalışmalarla modern mizaç araştırmalarının temellerini atmışlardır. Farklı yöntemler kullanılarak yapılan çalışmalar, mizaç özelliğinin büyük ölçüde kalıtımsal olduğunu kanıtlamıştır (Neale ve Stevenson, 1989). Mizaçtaki çeşitlilik, bebeklik ve çocukluk dönemlerinde belirginleşir ve kişiliğın temelini oluşturur. Mizaç özelliklerini anlamak, kişinin kendi iç dünyasını ve insan doğasını daha iyi kavramasına yardımcı olarak derin bilgilere erişmesini sağlar. Mizaç, insanların ileri yaşamlarında olayları ve durumları anlama, yorumlama ve tepki verme tarzlarını işaret edebileceğı düşünölen bir konu olarak büyük ilgi çekmektedir (Ramos ve ark., 2005).

Literatüre göre mizacın ne kadarının kalıtımla ne kadarının yaşantılardan kaynaklandığı tam olarak anlaşılmasa da araştırmacılar arasında ortak bir görüş bulunmaktadır. Bu görüşe göre, mizaç genellikle herkes tarafından gözlemlenebilir, belirgin özelliklere veya bir dizi özelliğe sahiptir ve dünya ile etkileşimlerden etkilenir. Özetle, mizaç genellikle doğuştan gelir ve çevresel faktörlerden etkilenir.

2.2.2. Mizacın tarihçesi ve gelişimi

“Temperament” kelimesi mizacın karşılığıdır ve “karışım” anlamındaki “temperare” kelimesinden gelmektedir. İnsanoğlunun farklı mizaç özelliklerine sahip olduğu, Hipokrat döneminden beri bilinmektedir (Kesebir, Gungordu ve Caliskan 2014). Mizaç (temperament), Mizaç, karakter ve kişilik kelimeleri genellikle yanlışlıkla aynı şeyi ifade eder gibi kullanılır, ancak aslında farklı anlamlar içerirler. (Sayın ve Aslan, 2005). Mizaç bireyin, yapısal, kalıtımsal ve biyolojik temele dayanan hal ve davranışlarının bütünü olarak tanımlanır (Aktaran; Kesebir, 2005). Hipokrat mizaç özelliklerini sanguin (kan), flegmatik (balgam), kolerik (sarı safra) ve melankolik (kara safra) olmak üzere dört sınıfta tanımlamıştır. Türkçe’de huy sözcüğüne de karşılık gelmekte (Maçkalı, Gülöksüz ve Oral, 2014). Karakter, köken olarak eski Yunanca’da "nakşedilmiş" anlamına gelen "characteria" kelimesinden türetilmiştir ve genellikle çevre ve eğitimin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumları ifade eder (Akay, 2008). Kişilik, kalıtımsal olarak gelen mizaç ile daha sonradan kazanılan karakterin zekâ ile birleşmesiyle oluşur. Bu nedenle, kişiliğı zaman içinde değıştirmek daha zordur. Diğeryandan, karakter çevresel etkilere daha açık olduğundan zamanla değıştirilebilecek

özellikleri içerir (Akiskal ve ark., 1983). Bireyin mizaç özellikleri ise kilo, boy, algı ve entelektüellik gibi diğer tüm özellikleri gibi, gelişim süreci boyunca çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Chess ve Thomas 1996).

Mizaç kavramının psikiyatrideki ilk keşfi, Kraepelin'in çalışmalarıyla olmuş ve bu alandaki araştırmalar onun çalışmalarıyla başlamıştır. Kişilik bozukluklarının özellikle psikodinamik açıdan açıklanmaya çalışılmasıyla birlikte, mizaç kavramı 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar yeterli ilgiyi görememiştir. Hipokrat'ın dört sıvı kuramıyla ilişkilendirilerek, eski çağlarda bazı doğuştan gelen özelliklerin belirli psikiyatrik bozukluklara yol açabileceği düşünülmüştür. Bu kurama göre, kan, kara safra, sarı safra ve irinli iltihap-lenf gibi dört farklı sıvının dengesizliği, çeşitli mizaç tiplerini açıklamak için kullanılmıştır. (Sayın ve Aslan, 2005)

Gordon Allport, Kurt Lewin ve Henry Murray gibi isimler, 1930'larda modern mizaç ve kişilik kuramının büyük bir bölümünü şekillendirmişlerdir. Allport'a göre mizaç, bireyin özgün düşünce ve davranışlarını etkileyen zihinsel ve fiziksel sistemlerin dinamik düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Allport ayrıca mizaçların biyolojik temellere sahip olduğunu da ifade eder. Lewin, mizacın bireyin mevcut durumuna ve psikolojik yapısına odaklandığını ifade eder (Lewin, 1935).

Mizaç gelişimiyle ilgili olarak yaşam boyunca çeşitli mizaç teorileri ve tipleri öne sürülmüştür. Farklı yaşam evrelerinde çeşitli teoriler daha baskın hale gelmiştir. Örneğin, çocukluk çağında Thomas ve arkadaşlarının mizaç modeli ön plana çıkarken, yetişkinlikte Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı daha fazla öne çıkmaktadır. Özetle mizaç kavramı, çok disiplinli modellerle incelenmiş ve çeşitli tanımlamalar ve görüşler öne sürülmüştür (Demirel Yılmaz, Gençer, Ünal ve Aydemir, 2014). Bu teoriler aşağıda açıklanmıştır.

Thomas ve Chess, 1956'da New York'ta başladıkları boylamsal araştırmada, eğitilmiş ailelerin büyük çoğunluğundan gelen 84 ailenin 133 çocuğunu içeren, New York'ta yaşayan çocukları 3 aylıktan yetişkinliğe kadar izlemişlerdir. Thomas ve Chess (1977) adlı araştırmacılar, çocuk mizaç özellikleri üzerine yaptıkları kapsamlı çalışmanın sonucunda mizacı dokuz farklı boyutta ifade etmişlerdir. Bu mizaç boyutları, çocukların davranış tarzları ile ilişkilendirilmiştir. Bunlar; uyarılma eşiği, aktivite düzeyi, ritmiklik-biyolojik düzenlilik, yakınlaşma-çekingenlik, uyumluluk, tepkilerin yoğunluk düzeyi, duyguların niteliği, dikkatin dağınık olması, dikkatin süresi, devamlılığı. Bu boyutları

değerlendirdikten sonra, Thomas ve Chess (1977), üç farklı mizaç sınıfı tanımlamışlardır: Kolay mizaca sahip çocuklar, zor mizaca sahip çocuklar ve yavaş ısınan mizaca sahip çocuklar. Kolay mizaçlı çocuklar, biyolojik ihtiyaçlarını (uyku, yemek, tuvalet vb.) hızlı bir şekilde rutine bağlama ve yeni ortamlara ve insanlara kolayca uyum sağlama eğilimindedirler (Putnam, Sanson ve Rothbart, 2002). Zor mizaca sahip çocuklar ise tam tersine, biyolojik ihtiyaçlarını (uyku, yemek, tuvalet vb.) düzensiz bir şekilde karşılarlar, yeni ortamlara ve insanlara karşı zor ısınırlar ve çekingenlik özellikleri gösterirler. Ayrıca, sık sık ağlama tepkisi verme eğilimindedirler. Yavaş ısınan çocuklar, yeni durumlar ve olaylara uyum sağlamakta daha yavaş olan çocuklardır. Kolay mizaç özelliklerine sahip çocuklara göre daha az hızlı ve ani duygusal tepkiler verirler (Aytemiz 2010; Aksoy, 2018).

Çoğu mizaç modelinde, mizaç genellikle çocukluk dönemiyle sınırlı gibi görünmektedir. Ancak Cloninger (1987), mizaç değerlendirmesinin sadece çocukluk dönemiyle sınırlı olmadığını, aynı zamanda yetişkinlik döneminde de geçerli olduğunu belirtmiştir. Bu model dört temel mizaç özelliğini içermektedir. Bunlar; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödüle bağımlılık, sebat etme. Diğer yandan, karakter özellikleri olarak kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma ön plana çıkmaktadır.

Mizaç, genetik faktörlerden etkilenen, duygusal ve sosyal ifadeleri içeren bir olgu olarak kabul edilir. Ayrıca, bilişsel ve duygusal süreçleri entegre eden bir beyin faaliyetini içerir (Shiner ve ark., 2012). Akiskal beş temel afektif mizaç tanımlamıştır. Bu beş mizaç sırasıyla; depresif, siklotimik, hipertimik, irritable ve anksiyöz mizaçtır (Vahip ve ark. 2005).

2.2.3. Mizaç Türleri

Akiskal ve Malya'nın tanımladığı olduğu beş mizaç tipi aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Akiskal ve ark., 1998);

2.2.3.1. Depresif mizaç (Distimik)

- Erken yaşta başlangıç (21 yaşından önce başlar)
- Başka bir durumla ilişkili olmayan, hafif depresif belirtiler
- Uyku alışkanlıkları genellikle (>9 saat/gün) çok fazladır

- Psikomotor hareketlerde yavaşlama, anhedoni, derin düşüncelere dalma ve enerji azlığı
- Çok fazla düşünen, kaygılı, sessiz, kararsız, pasif
- Başarılı, yeterli olamamaları ve olumsuz olaylar ile ilgili fazladüşünen
- Şüpheli, eleştirel ve kendilerini cezalandırmaya meyilli

2.2.3.2. Siklotimik mizaç

- Erken yaşta başlangıç (21 yaşından önce başlar)
- Depresif, manik ve nadiren ikisinin de olmadığı ötimik döngülerle karakterize edilir.
- Halsizlik ve öforik duygular
- Ötoni ya da letarji olma
- Kendine güven ve aşırı kendine güven, kötümserlik ve iyimserlik arasında geçişler
- Üretkenlikte sürekli değişen aktivite
- Zihinsel konfüzyon ve keskin düşünce
- Sözel dışavurumu azalmış ve aşırı konuşma,
- Çok fazla uykulu/Çok fazla uyanık
- Kendini soyutlama ve sınırsız insan arayışı içerisine girme, aşırı şakacılık, değişken benlik saygısı

2.2.3.3. Hipertimik mizaç

- Erken yaşta başlangıç (21 yaşından önce başlar)
- Bu kişiler, dürtüsel, neşeli, iyiliksever, canlı, coşkulu, gösterişli, aşırı konuşkanlık, dışadönüklük, kendine güveni yüksek ve çok plan yapan bir yapıya sahiptirler.
- Az uyuma alışkanlığı (hafta sonları da dahil, <6 saat/gün,) bulunmaktadır
- Bireyin kendisine acı veren duyguları, davranışları ve olayları inkar etmesi durumu olan yadsıma, oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır
- İnkâr savunma mekanizmasını çok sık kullanan
- Çok fazla plan yapan, tedbirsiz ve enerjisi yüksek ve dürtüyle koşuşturan

- Ayrıca bu bireyler, başkalarının işlerine müdahale eden, kontrolsüz cinsel ilişkilerde bulunan ve çeşitli uyaranları arayan kişiler olarak tanımlanmaktadır.

2.2.3.4. İrritabl (Öfkeli) mizaç

- Erken yaşta başlangıç (21 yaşından önce başlar)
- Bu bireyler, olumsuz düşünen, fazla eleştiri yapan, yakınan, çabuk sinirlenen, istenmeyen şakalar yapan,
- Disforik ve dürtüsel
- Genellikle karamsar (irritabl)
- Bu kişiler, içlerinde rahatsızlık hissi olan, öfkelenmelere yatkın, dürtüsel davranışlarda bulunan, sırnaşık ve kolayca kırılabilirlik gösteren, sözel ve fiziksel çekişmeleri sık yaşayan ve çoğu kişi tarafından hoş karşılanmayan bireylerdir.
- Ancak bu özellikler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu gibi kriterleri karşılamaz.

2.2.3.5. Anksiyöz mizaç

- Erken yaşta başlangıç (21 yaşından önce başlar)
- Kişilerde, yaşamlarının önemli anlarında kendilerini sürekli endişeli hissetme, aşırı korku, herhangi bir kişiden sürekli kötü haber alacakmış gibi beklentide olma ve belirgin neden olmaksızın kişinin kendini üzgün hissetmesi gibi şikayetlerin net şekilde görüldüğü bir kişilik tipidir.
- Aşırı endişe, güvensizlik hissi, felaket beklentisi, gerginlik, olağan durumlarda sıkça görülen bir haldir
- Gevşeyememe ve bir felaket olacağını hissi.
- Gerginlik ve gastrointestinal huzursuzluk.

2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Mizaç ile İlişkisi

Çocukluk çağı travmaları yetişkinlikte depresyon, anksiyete gibi çeşitli ruhsal rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Liu, 2017). Çocukluk çağında fiziksel, cinsel istismar ve ihmale maruz kalmanın erken yetişkinlikte kişilik bozukluklarıyla ilişkisi gösterilmiştir (Johnson ve ark.,1999). Çocukluk çağı travmaları uzun dönemde intihar girişimi ve riskini de artırabilmektedir (Norman ve ark., 2012; Pompili ve ark., 2009). Çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarından duygusal istismar da yetişkinlikte depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur (Christ ve ark., 2019). Düşük sosyoekonomik düzeyle depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmamada da bu ilişkiye çocukluk çağı travmalarının aracılık ettiğini göstermişlerdir (Yang ve ark., 2021).

Literatürde çocukluk çağı travmaları ve afektif mizaç ilişkisini araştıran az sayıda çalışma olsa da klinik olmayan bir çalışmada çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından ihmalin depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacı yordadığını saptamışlardır. Mizaç özellikleri de duygudurum bozukluklarından önce gelen göstergeler olarak düşünülüp çocukluk çağı travmalarının genel yetişkin popülasyonunda bipolar özellikleri artırabileceği ve duygudurum bozukluklarının klinik sonuçlarını ve patogenezi etkileyebileceğini ileri sürmüşlerdir (Nakai ve ark., 2014). Depresif semptomlarda, afektif mizaç, çocukluk çağı travmaları ve yetişkin stres verici yaşam olaylarının etkisini inceleyen bir araştırmada da hipertimik mizaç haricindeki afektif mizaç alt boyut puanları ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur. Depresif mizaç depresif semptomları artırmıştır (Nakai ve ark., 2015).

Çocukluk çağı travmaları ve psikolojik iyi oluş halini inceleyen bir araştırmada çocukluk çağı travmaları dolaylı olarak afektif mizaçlar yoluyla psikolojik iyi oluş halinin pozitif ve negatif etkilerini yordamıştır. Özellikle ihmal, dolaylı olarak siklotimik, anksiyöz ve irritabl afektif mizaçlar yoluyla bireylerin iyi oluş halini kötüleştirmiştir (Kanai ve ark., 2016). Başka bir çalışmada da çocukluk çağı istismarında özellikle ihmalin afektif mizaçları artırarak major depresif bozukluğu yordadığı gösterilmiştir. Afektif mizaçlar çocukluk çağı istismarının major depresif bozukluktaki etkisine aracılık etmiştir (Toda ve ark, 2015).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu kısımda, araştırmanın evreni ve örneklemini, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarını ve bu araçlarla ilgili yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarını ayrıca verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel bilgileri içermektedir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Çocukluk çağı travmaları ile mizaç arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmanın modeli ilişki tarama modelidir. İlişki tarama modeli iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim olup olmadığını ve eğer varsa bu değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan bir araştırma modelidir. (Karasar, 2023). Ayrıca bağımsız değişkenler olarak katılımcıların sosyodemografik verileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi, psikiyatrik bir tedavi alıp almadığı) de incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutları ile Temps-A Mizaç Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Temps-A Mizaç Ölçeği alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 18 yaş ve üzeri kişiler arasından rastgele seçilen ve araştırmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul eden 526 kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın diğer dahil olma kriterleri; gönüllü olarak çalışmaya dahil olmak ve okur-yazar olmaktır. Veriler katılımcılara internet ortamında hazırlanan veri toplama araçları (google forms) sunularak toplanmış; ölçeklerin uygulanmadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Veriler toplandıktan sonra yapılan kontrollerin

ardından yaş ölçütlerine uymayan, ölçek maddelerinin tamamını cevaplamayan kişilerin verileri araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak olan demografik değişkenlere ilişkin verileri toplamak üzere araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, çocukluk çağı travmalarını incelemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28) ve son olarak çocukluk çağı travmalarının mizaç ilişkisinin incelenmesi için TEMP-A Mizaç Ölçeği kullanılmıştır. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Komitesi izni alındıktan sonra, katılımcılara anketin başlangıcında bilgilendirilmiş onam formu sunuldu ve onamlarının alınmasının ardından katılımcılara çalışmada kullanılacak diğer ölçekler sunulmuştur.

3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcılara araştırmaya dahil olmadan önce araştırma hakkında detaylıca bilgi verilmiş olup ve katılımcılardan yazılı onam formu aracılığıyla onamları alınmıştır. Bu onam formu araştırmacı tarafından hazırlandı ve uygulamanın amacını, tahmini süresini, katılımın gönüllülük esasına dayandığını ve katılımcıların sonradan fikirlerini değiştirip araştırmadan çekilebileceklerine dair bilgiler belirtir. Ayrıca, araştırmanın geçerliliği için ölçeklerdeki tüm maddelerin dikkatlice okunması, doğru bir şekilde cevaplanması ve cevapsız bırakılmaması gerektiğine ve yönergelerin takip edilmesi gerektiğine dair bilgiler içerir.

3.4.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma değişkenlerini ölçebilmek için araştırmacının hazırladığı sorulardan oluşmaktadır. Katılımcılardan bu bölümde beklenen cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik durumu, psikiyatrik bir tedavi alıp almadığı gibi sorulan sorulara yanıtlar vermesidir.

3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

"Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)" olarak bilinen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Bernstein ve arkadaşlarınca 1994 yılında geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. ÇÇTÖ, bireylerde yaşanan istismar ve ihmal deneyimlerini ölçmeyi amaçlayan 28 maddelik bir ölçektir. 5'li Likert tipindeki 28 soru, çocukluk dönemi istismarıyla ilişkilendirilen cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile duygusal ihmal ve fiziksel ihmal gibi beş boyutu değerlendirmek için kullanılır. Ölçeğin Türkçe çevirisi Vedat Şar tarafından gerçekleştirilmiştir (Şar, 1996).

Duygusal istismar (madde 3, 8, 14, 18, 25), fiziksel istismar (madde 9, 11, 12, 15, 17), cinsel istismar (madde 20, 21, 23, 24, 27), duygusal ihmal (madde 5, 7, 13, 19, 28) ve fiziksel ihmal (madde 1, 2, 4, 6, 26) alt boyutları beş madde ile ölçülmektedir. Ölçek puanları hesaplanırken, olumlu ifadelerden oluşan maddelerin (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) puanları ters çevrilerek hesaplanır. Travmanın inkarına ilişkin maddeler (10, 16, 20) ise toplam puanı etkilemediğinden hesaplamaya dahil edilmez. Beş alt ölçeğin toplam puanı Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanını oluşturur. Alt ölçek puan dereceleri 5-25, toplam puan dereceleri ise 25-125 puan arasında bulunmaktadır.

Toplam puan için kesme noktası, ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışmasında 35 puan olarak önerilmektedir. Kesme noktası, cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın üzeri, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın üzerinde, duygusal ihmal içinse 12 puanın üzerinde olmasının gerektiği vurgulanmaktadır. Yapılan araştırmalar, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Cronbach alfa değeri, bütün katılımcılardan oluşan grup için (N=123) 0,93 olarak, Guttman yarım test katsayısı ise 0,97 olarak bulunmuştur. 'Alt puanlar için korelasyon katsayıları şu şekildedir: Duygusal istismar (r=0.90, p=0,001), duygusal ihmal (p<0,001), fiziksel istismar (r=0.90, p<0,001), cinsel istismar (r=0.73, p<0,001), minimizasyon (r=0.71, p<0,001).' (Şar ve ark., 2012).

Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri, bütün katılımcılardan oluşan grup için (N=526) 0.84 bulunmuştur.

3.4.4. TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)

"Temperament Evaluation of Memphis, Pisa Paris and San Diego Autoquestionnaire," yani TEMPS-A Mizaç Ölçeği; bireyin baskın afektif mizacını

değerlendirmek için Akiskal ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçek, erkekler için 109, kadınlar için 110 maddeden oluşmaktadır.

Bu ölçek, katılımcıların 100 soruyu doğru veya yanlış olarak işaretlemeleri gereken bir öz-değerlendirme ölçeğidir ve Türkçeye uyarlanmış halidir. Bu sorular; siklotimik, depresif, irritabl, hipertimik ve anksiyöz mizaçları belirlemeyi amaçlayan sorulardır. Her bir madde için verilen puanların toplamı, alt boyutların toplam puanını belirler. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması, Vahip ve diğerleri (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplamda 18 madde, depresif mizaç için (1-18. maddeler), 19 madde siklotimik mizaç için (19-37. maddeler), 20 madde hipertimik mizaç için (38-57. maddeler), 18 madde irritabl mizaç için (58-75. maddeler) ve 24 madde anksiyöz mizaç için (76-99. maddeler) kullanılmaktadır. Ayrıca, depresif mizaç için 13, siklotimik mizaç için 18, hipertimik mizaç için 20, irritabl mizaç için 13 ve anksiyöz mizaç için 18 kesme puanı olarak belirlenmiştir.

Tekrar ifade etmek gerekirse, bir kişide birden fazla mizaç türünün baskın olabileceği ve bazı insanlarda hiçbir mizaç türünün baskın olmayabileceği bir gerçektir. 13 veya daha fazla sayıda depresif mizaç maddesinin doğru şekilde işaretlenmesi, bir kişinin depresif mizaç taşıdığını gösterirken, 18 veya daha fazla sayıda siklotimik mizaç maddesinin doğru olarak işaretlenmesi, siklotimik mizaç varlığını gösterir. Aynı şekilde, 20 veya daha fazla hipertimik mizaç maddesinin doğru işaretlenmesi hipertimik mizaçla ilişkilendirilirken, 13 veya daha fazla irritabl mizaç maddesinin doğru işaretlenmesi irritabl mizaçla ilişkilendirilir ve son olarak 18 veya daha fazla anksiyöz mizaç maddesinin doğru işaretlenmesi anksiyöz mizaç varlığını gösterir (Akiskal ve ark., 1998, Vahip ve ark., 2005).

3.5. İşlem

Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Komitesi tarafından verilen izin sonrasında, veri toplama aşaması başlatılmıştır. Bu aşamada, Google Dokümanlar üzerinde hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, sosyodemografik bilgi formu, ÇÇTÖ-28 ve TEMPS-A ölçeklerini içeren araştırma anketi, 18 yaş ve üzeri kadın ve erkek gönüllü katılımcılara kartopu yöntemiyle dağıtılmıştır. Araştırma sürecinde gizliliğe özen gösterilmiş olup, katılımcılardan kimlik bilgileri talep edilmemiştir.

3.6. Veri Analizleri

Araştırma sonuçlarının analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programı kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir. İçleme ve dışlama kriterlerini sağlamayan katılımcıların verileri analize dahil edilmemiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri kategorik değişkenler için sayı ve yüzde ölçek puanları için ortalama±standart sapma şeklinde tablo halinde verilmiştir. Puanların dağılımı ve çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınarak incelenmiştir. Çarpıklık katsayısı ± 3 'ten, basıklık katsayısının ise ± 10 'dan küçük olması normal dağılım olarak varsayılmaktadır (Kline, 2011). Büyük örneklerde de katılımcı sayısının 200'ün üzerinde olduğu durumlarda dağılım normal varsayıp parametrik testlerin kullanılabilir. (Tabachnick ve Fidell, 2001) (Tabachnick ve Fidell, 2013) Çalışmamızda katılımcı sayısının yeterli düzeyde (N:526)'ün üzerinde olmasından dolayı, parametrik testler kullanılmıştır.

Ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Ayrıca, ölçek ve alt ölçeklerle katılımcıların sosyodemografik verilerinin arasındaki farklılığı saptamak amacıyla ikili grup karşılaştırmalarında parametrik testlerden Bağımsız Örnekler T Testi, 2'den fazla grup karşılaştırmalarında ise One Way Anova Testi kullanılmıştır. Varyansların homojenliğinin sağlandığı koşullarda ($p > .05$) LSD karşılaştırma testi, varyansların homojenliğinin sağlanmadığı ($p < .05$) koşullarda ise Games Howell testiyle karşılaştırma yapılmıştır.

Çalışmada, yürütülen analizlere ek olarak regresyon analizi de kullanılmıştır. Regresyon analizinde bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantılılık problemi bulunup bulunmadığı varyans artış faktörü (VIF) değerlerine göre incelenmiştir. $VIF < 10$ olması çoklu bağlantılılık probleminin bulunmadığını göstermektedir (Kim, 2019). Hesaplanan VIF değerleri 1,00 ile 1,16 arasındadır. Hataların bağımsızlığı varsayımı Durbin-Watson katsayısıyla incelenmiştir. Bu katsayının $> 1,5$ ve $< 2,5$ arasında olması hataların bağımsızlığı varsayımını karşıladığını gösterir (Turner, 2020). Durbin-Watson katsayıları 1,68 ve 1,92 arasında hesaplanmıştır. Uç değerler ise Cook uzaklık değerlerine göre incelenmiştir. 1'den büyük Cook değerleri uç değerlerin bulunduğunu göstermektedir (Steven, 2002). Buna göre veri setinde uç değer bulunmamaktadır. Bunlara göre stepwise yöntemiyle çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, çocukluk çağı travmalarının mizaç ile ilişkisinin istatistikler analizleri yer almaktadır. Bu bölümde, çalışmaya katılım sağlayan kişilerin sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin bulgular bulunmaktadır.

4.1 Sosyodemografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=526)

Demografik Özellikler	SAYI	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	320	60.8
	Erkek	206	39.2
Yaş	18-25	228	43.3
	26-35	203	38.6
	36-45	67	12.7
	46 ve üzeri	28	5.3
Eğitim Durumu	İlkokul	3	0.6
	Ortaokul	24	4.6
	Lise	123	23.4
	Lisans	312	59.3
	Yüksek Lisans	62	11.8
	Doktora	2	0.4
İş durumu	Çalışıyor	286	54.4
	Çalışmıyor	240	45.6
Medeni durumu	Evli	146	27.8
	Bekar	358	68.1
	Boşanmış	22	4.2
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Evet	121	23
	Hayır	405	77
Sosyoekonomik Düzey	Alt	57	10.8
	Alt-orta	161	30.6
	Orta	237	45.1
	Orta-üst	62	11.8
	Üst	9	1.7

Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı verilmiştir. Bu verilere göre:

Çalışmaya 526 kişi katılmıştır. Katılımcıların 320'si kadın, 206'sı erkektir. Çalışmaya katılım sağlayan bireylerin yaş ortalaması 28,6'dır. Kadınların yaş ortalaması 27,92 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 29,71'dir. %43,3'ü 18-25 yaş aralığında, %38,6'sı 26-35 yaş aralığında, %12,7'si 36-45 yaş aralığında ve %5,3'si ise 46 yaş ve üzeridir. Çalışmaya katılanların eğitim durumu istatistiklerine bakıldığında ise katılımcıların %59,3'ünün lisans mezunu olduğu görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları açısından önemli bir konu olan psikiyatrik tedavi alıp almama durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların %23'ünün psikiyatrik bir tedavi aldığı, %77'sinin ise herhangi bir tedavi almadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların sosyoekonomik düzey sorusuna verdikleri yanıtlara göre ise alt, alt-orta sosyoekonomik düzeyde olduklarını belirten toplam kişi sayısı toplamda 218'dir, bu sayı çalışmaya katılan toplam kişi sayısına oranlandığında %41,4'e karşılık gelmektedir. Katılımcıların %58,6'sı ise orta, orta-üst, üst sosyoekonomik düzeyde olduklarını belirtmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların yaş ortalamaları bulguları

	Ortalama	SS
Kadın	27.92	7.98
Erkek	29.71	8.61
Genel	28.62	8.27

Tablo 2'de yaş değişkenine ilişkin bulgular verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 28,62'dir. Kadınların yaş ortalaması 27,92 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 29,71'dir.

Tablo 3. TEMPS-A ve ÇÇTÖ puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler (n=526)

Ölçek	Ortalama±SS	
TEMPS-A	Anksiyöz Mizaç	8.45±6.52
	Depresif Mizaç	6.68±4.12
	Hipertimik Mizaç	9.90±4.96
	İrritabl Mizaç	5.17±4.47
	Siklotimik Mizaç	9.16±5.78
	Toplam Puan	44.68±15.55
ÇÇTÖ	Cinsel İstismar	6.92±3.94
	Duygusal İhmal	12.96±5.63
	Duygusal İstismar	9.36±4.64
	Fiziksel İhmal	8.85±3.42
	Fiziksel İstismar	6.57±3.09

Tablo 3'te ölçekler ve ölçeklerin alt boyutlarının puanları ve standart sapmaları verilmiştir.

Katılımcıların ÇÇTÖ toplam puan ortalaması 44,68 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde en yüksek ortalamanın duygusal ihmal alt boyutuna ait olduğu görülüyor. Sırasıyla; duygusal istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar daha düşük ortalama değerlere sahiptir.

4.2. ÇÇTÖ ve TEMPS-A Puanlarının Sosyodemografik Verilere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	t	p
ÇÇTÖ Toplam	Kadın	320	43.434	15.3	-2.314	0.021*
	Erkek	206	46.636	15.7		
Duygusal İstismar	Kadın	320	9.4344	4.69	0.450	0.754
	Erkek	206	9.2476	4.57		
Fiziksel İstismar	Kadın	320	6.5656	3.31	-0.96	0.924
	Erkek	206	6.5922	2.73		
Cinsel İstismar	Kadın	320	7.3906	4.49	3.738	0.001*
	Erkek	206	6.2087	2.75		
Fiziksel İhmal	Kadın	320	7.8656	2.92	-8.436	<0.001*
	Erkek	206	10.3883	3.59		
Duygusal İhmal	Kadın	320	12.1781	5.15	-4.078	<0.001*
	Erkek	206	14.1990	6.10		
Depresif Mizaç	Kadın	320	7.0219	3.99	2.322	0.021*
	Erkek	206	6.1699	4.28		
Siklotimik Mizaç	Kadın	320	10.2125	5.62	5.290	<0.001*
	Erkek	206	7.5485	5.69		
Hipertimik Mizaç	Kadın	320	9.8906	4.48	-0.89	0.929
	Erkek	206	9.9320	5.64		
İrritabl Mizaç	Kadın	320	5.2281	4.46	0.315	0.753
	Erkek	206	5.1019	4.49		
Anksiyöz Mizaç	Kadın	320	9.6594	6.75	5.607	<0.001*
	Erkek	206	6.5922	5.67		

Tablo 4'te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırma bulguları verilmiştir

ÇÇTÖ toplam puanı erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal istismar ve fiziksel istismar puanları kadın ve erkekler arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Cinsel istismar puanı kadınlarda erkeklerden yüksek bulunmuştur. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanları ise erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Mizaç alt boyutlarından depresif mizaç, siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç puanları kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hipertimik mizaç ve irritabl mizaç puanları ise kadınlar ve erkekler arasında anlamlı olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 5. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş	N	Ortalama	SS	F	p	Post - hoc
ÇÇTÖ Toplam	18-25	228	45.289	15.85	0.593	0.620	-
	26-35	203	43.685	14.31			
	36-45	67	46.045	17.38			
	46 ve üzeri	28	43.821	17.30			
Duygusal İstismar	18-25	228	10.0175	4.96	2.922	0.034*	1-2
	26-35	203	8.7241	4.16			
	36-45	67	9.238	4.67			
	46 ve üzeri	28	8.9286	4.68			
Fiziksel İstismar	18-25	228	6.8377	3.56	1.230	0.301	-
	26-35	203	6.2906	2.63			
	36-45	67	6.6716	2.69			
	46 ve üzeri	28	6.2857	2.96			
Cinsel İstismar	18-25	228	7.1009	4.42	0.595	0.619	-
	26-35	203	6.6995	3.45			
	36-45	67	6.7910	3.40			
	46 ve üzeri	28	6.9278	4.42			
Fiziksel İhmal	18-25	228	8.3377	2.85	3.581	0.016*	1-2
	26-35	203	9.1921	3.65			
	36-45	67	9.5970	3.90			
	46 ve üzeri	28	8.8212	4.35			
Duygusal İhmal	18-25	228	12.9956	5.32	0.641	0.589	-
	26-35	203	12.7783	5.69			
	36-45	67	13.7463	6.40			
	46 ve üzeri	28	12.9696	5.66			
Depresif Mizaç	18-25	228	7.7149	4.20	9.083	<0.001*	1-2

	26-35	203	6.0690	4.00			1-3
	36-45	67	5.6269	3.86			1-4
	46 ve üzeri	28	5.3571	3.10			
Siklotimik Mizaç	18-25	228	11.4254	5.30	23.797	<0.001*	1-2
	26-35	203	7.7537	5.64			1-3
	36-45	67	6.7910	5.52			1-4
	46 ve üzeri	28	6.7500	4.67			
Hipertimik Mizaç	18-25	228	10.0044	4.41	0.945	0.422	-
	26-35	203	9.9754	5.43			
	36-45	67	9.9104	5.55			
	46 ve üzeri	28	8.6071	4.15			
İrritabl Mizaç	18-25	228	6.4167	4.41	11.249	<0.001*	1-2
	26-35	203	4.2709	4.30			1-3
	36-45	67	4.4478	4.46			1-4
	46 ve üzeri	28	3.4286	3.86			
Anksiyöz Mizaç	18-25	228	10.6316	6.58	15.721	<0.001*	1-2
	26-35	203	6.7833	5.89			1-3
	36-45	67	7.0597	7.05			1-4
	46 ve üzeri	28	6.2500	6.25			

One Way ANOVA; p<0.05

Tablo 5'te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının yaşa göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

ÇÇTÖ'nün yaş gruplarına göre farklılıklarını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçlarına göre, ÇÇTÖ toplam puanı yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Duygusal istismar 18-25 yaş grubunda 26-35 yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksektir. Fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanında yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Fiziksel ihmal puanı 18-25 yaş grubunda 26-35 yaş grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç puanlarının 18-25 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hipertimik mizaç puanlarında ise yaş grupları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 6. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	F	p	Post-hoc
ÇÇTÖ Toplam	İlkokul/Ortaokul	27	63.519	14.20	28.007	<0.001*	1-2
	Lise	123	50.374	17.23			1-3
	Lisans	312	42.000	13.63			1-4
	Yüksek Lisans/Doktora	64	39.922	12.43			2-3
							2-4
Duygusal İstismar	İlkokul/Ortaokul	27	12.5556	5.01	15.250	<0.001*	1-3
	Lise	123	11.2276	5.42			1-4
	Lisans	312	8.7115	4.12			2-3
	Yüksek Lisans/Doktora	64	7.5938	3.46			2-4
Fiziksel İstismar	İlkokul/Ortaokul	27	8.4815	2.88	7.982	<0.001*	1-3
	Lise	123	7.3333	3.95			1-4
	Lisans	312	6.2500	2.71			2-3
	Yüksek Lisans/Doktora	64	5.9063	2.47			2-4
Cinsel İstismar	İlkokul/Ortaokul	27	7.7778	3.23	0.910	0.436	-
	Lise	123	7.0244	4.20			
	Lisans	312	6.9359	4.03			
	Yüksek Lisans/Doktora	64	6.3438	3.12			
Fiziksel İhmal	İlkokul/Ortaokul	27	14.1481	2.97	37.277	<0.001*	1-2
	Lise	123	9.7642	3.59			1-3
	Lisans	312	8.1218	2.98			1-4
	Yüksek Lisans/Doktora	64	8.4375	2.97			2-3
							2-4
Duygusal İhmal	İlkokul/Ortaokul	27	20.5556	4.31	41.439	<0.001*	1-2
	Lise	123	15.0244	6.05			1-3
	Lisans	312	11.9808	4.94			2-3
	Yüksek Lisans/Doktora	64	10.6406	4.63			1-4
							2-4
Depresif Mizaç	İlkokul/Ortaokul	27	5.4074	5.02	7.410	<0.001*	1-2
	Lise	123	7.8537	4.29			2-3
	Lisans	312	6.6571	3.97			2-4
	Yüksek Lisans/Doktora	64	5.1406	3.42			3-4
Siklotimik Mizaç	İlkokul/Ortaokul	27	4.1852	3.98	20.461	<0.001*	1-2
	Lise	123	10.5610	5.77			1-3
	Lisans	312	9.5417	5.65			2-4
	Yüksek Lisans/Doktora	64	6.7813	5.31			3-4
Hipertimik Mizaç	İlkokul/Ortaokul	27	4.7778	4.07	16.430	<0.001*	1-2
	Lise	123	9.3415	5.16			1-3
	Lisans	312	10.3077	4.55			1-4

	Yüksek Lisans/Doktora	64	11.2031	5.46			
İrritabl Mizaç	İlkokul/Ortaokul	27	3.5926	4.28	6.122	<0.001*	1-2 2-3 2-4
	Lise	123	6.4146	4.65			
	Lisans	312	5.0833	4.41			
	Yüksek Lisans/Doktora	64	3.9375	3.91			
Anksiyöz Mizaç	İlkokul/Ortaokul	27	5.8519	4.45	9.519	<0.001*	1-2 1-3 2-4 3-4
	Lise	123	9.5041	6.25			
	Lisans	312	8.8333	6.79			
	Yüksek Lisans/Doktora	64	5.7188	5.43			

One Way ANOVA; $p<0.05$

Tablo 6’da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

ÇÇTÖ toplam puanı ilkokul/ortaokul grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). ÇÇTÖ toplam puanı lise eğitim düzeyinde ise lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Duygusal istismar puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeyine sahip kişilerde lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Fiziksel istismar puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeyine sahip kişilerde lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksektir. Lise eğitim düzeyine sahip kişilerin fiziksel istismar puanı ise lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Fiziksel ihmal puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeyine sahip kişilerde lise ve lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksektir. Lise eğitim düzeyinde ise lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine göre fiziksel ihmal puanı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Duygusal ihmal puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeyine sahip kişilerde lise, lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksektir. Lise eğitim düzeyinde ise lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Depresif mizaç puanı lise eğitim düzeyine sahip kişilerde ilkokul/ortaokul, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Lisans eğitim düzeyinde ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan kişilere göre depresif mizaç puanı anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Siklotimik mizaç puanı lise eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul ve lisansüstü eğitim düzeylerinin puanlarına göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Lisansüstü eğitim

düzeğine sahip kişilerde siklotimik mizaç puanı lise ve lisans düzeğine göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0.05$).

Hipertimik mizaç puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeğine sahip kişilerde lise, lisans ve lisans üstü eğitim düzeğine sahip kişilere göre anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$). İrritabl mizaç puanı lise eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul, lisans ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Anksiyöz mizaç puanı lise eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Anksiyöz mizaç puanı lisans eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	F	p	Post-hoc
ÇÇTÖ Toplam	Evli	146	44.240	16.70	1.725	0.179	-
	Bekar	358	44.503	15.10			
	Boşanmış	22	50.682	14.15			
Duygusal İstismar	Evli	146	8.8904	4.56	1.050	0.351	-
	Bekar	358	9.5335	4.70			
	Boşanmış	22	9.6818	4.02			
Fiziksel İstismar	Evli	146	6.5411	2.91	0.36	0.965	-
	Bekar	358	6.5810	3.21			
	Boşanmış	22	6.7273	2.29			
Cinsel İstismar	Evli	146	6.8562	3.56	0.536	0.586	-
	Bekar	358	7.0056	4.18			
	Boşanmış	22	6.1364	1.85			
Fiziksel İhmal	Evli	146	9.1712	4.04	6.291	0.003*	2-3
	Bekar	358	8.5838	3.08			
	Boşanmış	22	11.1364	3.50			
Duygusal İhmal	Evli	146	12.7808	5.91	5.996	0.003*	1-3 2-3
	Bekar	358	12.7989	5.36			
	Boşanmış	22	17.0000	6.65			
Depresif Mizaç	Evli	146	5.7671	3.86	7.477	0.001*	1-2 2-3
	Bekar	358	7.1536	4.16			
	Boşanmış	22	5.2273	4.01			
Siklotimik Mizaç	Evli	146	6.9315	5.33	26.881	<0.001*	1-2 2-3
	Bekar	358	10.3464	5.62			
	Boşanmış	22	4.8636	4.79			

Hipertimik Mizaç	Evli	146	9.6781	5.24	1.777	0.170	-
	Bekar	358	10.1061	4.77			
	Boşanmış	22	8.1818	5.86			
İrritabl Mizaç	Evli	146	4.3082	4.32	19.914	<0.001*	1-2
	Bekar	358	5.7151	4.51			2-3
	Boşanmış	22	2.2273	2.46			1-3
Anksiyöz Mizaç	Evli	146	7.4247	6.17	12.275	<0.001*	1-2
	Bekar	358	9.1313	6.63			1-3
	Boşanmış	22	4.3636	4.57			2-3

One Way ANOVA; p<0.05

Tablo 7’de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

ÇÇTÖ toplam puanında medeni durum değişkenine göre gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar puanlarında medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Fiziksel ihmal puanı boşanmış olanlarda bekar olanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Duygusal ihmal puanı anlamlı olarak farklı olup boşanmış olanlarda evli ve bekar olanlara göre yüksektir. Depresif mizaç puanı bekar olanlarda evli ve boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Siklotimik mizaç puanı bekar olanlarda evli ve boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Hipertimik mizaç puanında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bekar olanlarda irritabl mizaç puanı evli ve boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksektir. İrritabl mizaç puanı evlilerde boşanmışlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Anksiyöz mizaç puanı bekar olanlarda evli ve boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksek olup evli olanlarda da boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 8. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırılması

Değişkenler	Sosyoekonomik Düzey	N	Ortalama	SS	F	p	Post-hoc
ÇÇTÖ Toplam	Alt	57	52.386	14.83	17.376	<0.001*	1-3
	Alt-Orta	161	49.304	16.48			1-4
	Orta	237	41.274	13.95			2-3
	Orta-Üst/Üst	71	39.437	13.96			2-4
	Alt	57	11.4561	4.87	14.761	<0.001*	1-3

Duygusal İstismar	Alt-Orta	161	10.7453	5.06			1-4
	Orta	237	8.3586	3.97			2-3
	Orta-Üst/Üst	71	7.8873	4.13			2-4
Fiziksel İstismar	Alt	57	7.1579	3.23	2.935	0.035*	Fark yok
	Alt-Orta	161	7.0248	3.38			
	Orta	237	6.2489	2.87			
	Orta-Üst/Üst	71	6.1831	2.89			
Cinsel İstismar	Alt	57	8.2105	5.62	1.446	0.231	-
	Alt-Orta	161	6.9814	3.85			
	Orta	237	6.6540	3.53			
	Orta-Üst/Üst	71	6.6901	3.69			
Fiziksel İhmal	Alt	57	10.1930	3.65	11.819	<0.001*	1-3
	Alt-Orta	161	9.7578	3.66			1-4
	Orta	237	8.2489	3.11			2-3
	Orta-Üst/Üst	71	7.7465	2.86			2-4
Duygusal İhmal	Alt	57	15.3684	5.42	17.295	<0.001*	1-3
	Alt-Orta	161	14.7650	5.54			1-4
	Orta	237	11.7637	5.29			2-3
	Orta-Üst/Üst	71	10.9296	5.28			2-4
Depresif Mizaç	Alt	57	7.7018	4.43	5.225	0.002*	1-4
	Alt-Orta	161	7.4224	4.58			2-3
	Orta	237	6.2574	3.76			2-4
	Orta-Üst/Üst	71	5.6479	3.51			
Siklotimik Mizaç	Alt	57	9.8246	5.25	0.455	0.714	-
	Alt-Orta	161	9.3478	5.91			
	Orta	237	8.9114	5.86			
	Orta-Üst/Üst	71	9.0986	5.65			
Hipertimik Mizaç	Alt	57	8.3158	4.78	8.383	<0.001*	1-4
	Alt-Orta	161	9.2050	4.96			2-4
	Orta	237	10.0886	4.82			3-4
	Orta-Üst/Üst	71	12.1690	4.79			1-3
İrritabl Mizaç	Alt	57	5.4912	4.31	0.498	0.684	-
	Alt-Orta	161	5.4472	4.61			
	Orta	237	4.9536	4.39			
	Orta-Üst/Üst	71	5.0704	4.59			
Anksiyöz Mizaç	Alt	57	8.5789	5.67	0.965	0.409	-
	Alt-Orta	161	9.0621	6.80			
	Orta	237	8.2869	6.63			
	Orta-Üst/Üst	71	7.5634	6.14			

One Way ANOVA; p<0.05

Tablo 8'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

ÇÇTÖ toplam puanı sosyoekonomik düzeye göre gruplar arasında anlamlı olarak farklı olup alt sosyoekonomik düzeyde orta ve üstü sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). ÇÇTÖ toplam puanı orta ve orta üstü sosyoekonomik düzeyde alt-orta sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$). Duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanları alt ve alt-orta grupta; orta ve orta-üstü sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cinsel istismar puanlarında ise sosyoekonomik düzeye göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

TEMPS-A alt boyutlarından depresif mizaç puanları alt ve alt-orta sosyoekonomik düzeyde orta üstü sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Hipertimik mizaç puanları orta üstü sosyoekonomik düzeyde alt, alt-orta ve orta sosyoekonomik düzeylere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Orta sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde hipertimik mizaç puanı alt sosyoekonomik düzeye göre yüksek bulunmuştur. Siklotimik mizaç, anksiyöz mizaç ve irritabl mizaç puanlarında ise sosyoekonomik düzeye anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 9. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	Ortalama	SS	t	p
ÇÇTÖ Toplam	Çalışıyor	286	43.269	15.91	-2.294	0.022*
	Çalışmıyor	240	46.379	14.96		
Duygusal İstismar	Çalışıyor	286	8.7063	4.40	-3.572	<0.001*
	Çalışmıyor	240	10.1417	4.80		
Fiziksel İstismar	Çalışıyor	286	6.4720	3.04	-0.840	0.401
	Çalışmıyor	240	6.7000	3.16		
Cinsel İstismar	Çalışıyor	286	6.7378	3.59	-1.207	0.228
	Çalışmıyor	240	7.1542	4.32		
Fiziksel İhmal	Çalışıyor	286	8.8776	3.56	0.175	0.861
	Çalışmıyor	240	8.8250	3.27		
Duygusal İhmal	Çalışıyor	286	12.4755	5.73	0.389	0.028*
	Çalışmıyor	240	13.5583	5.45		
Depresif Mizaç	Çalışıyor	286	5.8531	4.02	-5.192	<0.001*
	Çalışmıyor	240	7.6833	4.02		
Siklotimik Mizaç	Çalışıyor	286	7.5944	5.74	-7.194	<0.001*
	Çalışmıyor	240	11.0458	5.25		
Hipertimik Mizaç	Çalışıyor	286	10.4266	5.12	2.636	0.009*
	Çalışmıyor	240	9.2875	4.70		
İrritabl Mizaç	Çalışıyor	286	4.5315	4.43	-3.664	<0.001*

	Çalışmıyor	240	5.9500	4.41		
Anksiyöz Mizaç	Çalışıyor	286	7.1189	6.25	-5.267	<0.001*
	Çalışmıyor	240	10.0542	6.49		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 9’da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

ÇÇTÖ toplam puanı çalışmayan kişilerde çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0.05). Duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları çalışmayan kişilerde çalışan kişilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0.05). Fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal puanları çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır (p>0.05).

TEMPSA ölçeği alt boyutlarından depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç, anksiyöz mizaç puanları çalışmayan kişilerde çalışan kişilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0.05). Hipertimik mizaç puanı ise çalışan kişilerde çalışmayan kişilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 10. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının psikiyatrik tedavi alma durumuna göre karşılaştırılması

Değişkenler	Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	N	Ortalama	SS	t	p
ÇÇTÖ Toplam	Evet	121	52.777	18.4	5.800	<0.001*
	Hayır	405	42.272	13.6		
Duygusal İstismar	Evet	121	11.1322	4.40	4.886	<0.001*
	Hayır	405	8.8321	4.80		
Fiziksel İstismar	Evet	121	7.8512	3.95	4.323	<0.001*
	Hayır	405	6.1951	2.68		
Cinsel İstismar	Evet	121	8.6860	5.44	4.391	<0.001*
	Hayır	405	6.4025	3.19		
Fiziksel İhmal	Evet	121	9.8595	4.04	3.269	0.001*
	Hayır	405	8.5531	3.16		
Duygusal İhmal	Evet	121	15.2479	6.11	5.197	<0.001*
	Hayır	405	12.2889	5.29		
Depresif Mizaç	Evet	121	7.3306	4.46	1.957	0.051
	Hayır	405	6.4963	4.00		
Siklotimik Mizaç	Evet	121	10.0579	6.19	1.835	0.068
	Hayır	405	8.9037	5.63		
Hipertimik Mizaç	Evet	121	8.6529	4.72	-3.194	<0.001*
	Hayır	405	10.2815	4.97		

İrritabl Mizaç	Evet	121	5.4793	4.41	.842	0.400
	Hayır	405	5.0889	4.49		
Anksiyöz Mizaç	Evet	121	9.9669	6.37	2.919	0.004*
	Hayır	405	8.0074	6.51		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 10'da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının psikiyatrik tedavi alma durumuna göre karşılaştırma bulguları verilmiştir.

Psikiyatrik tedavi alanlarda; ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar puanı, fiziksel istismar puanı, cinsel istismar puanı, fiziksel ihmal puanı, duygusal ihmal puanı ve anksiyöz mizaç anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Depresif mizaç, siklotimik mizaç ve iritabl mizaç puanında psikiyatrik tedavi alan ve almayanlarda anlamlı olarak farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Hipertimik mizaç puanı ise psikiyatrik tedavi almayanlarda alanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

4.3 ÇÇTÖ ve TEMPS-A Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulgular

Tablo 11. ÇÇTÖ ve TEMPS-A alt boyutlarının puanları arasındaki korelasyon sonuçları

	TEMPS-A									
	Depresif Mizaç		Siklotimik mizaç		Hipertimik Mizaç		İrritabl Mizaç		Anksiyöz Mizaç	
ÇÇTÖ	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Duygusal İstismar	0.379**	0.000	0.262**	0.000	-0.231**	0.000	0.250**	0.000	0.336**	0.000
Fiziksel İstismar	0.191**	0.000	0.153**	0.000	-0.044	0.312	0.165**	0.000	0.180**	0.000
Cinsel İstismar	0.267**	0.000	0.275**	0.000	-0.029	0.509	0.180**	0.000	0.282**	0.000
Fiziksel İhmal	0.113**	0.009	-0.051	0.240	-0.236**	0.000	0.099*	0.023	0.034	0.443
Duygusal İhmal	0.283**	0.000	0.064	0.142	-0.404**	0.000	0.130**	0.003	0.179**	0.000
Toplam ÇÇTÖ	0.347**	0.000	0.190**	0.000	-0.284**	0.000	0.222**	0.000	0.280**	0.000

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır, ** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson Korelasyon Testi).

Tablo 11’de ÇÇTÖ ve TEMPSA ölçeği alt boyutları puanlarıyla arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

ÇÇTÖ toplam puanı ile depresif mizaç puanı ($r=0.347$, $p=0.000$) arasında orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile siklotimik mizaç puanı ($r=0.190$, $p=0.000$), irritabl mizaç puanı ($r=0.222$, $p=0.000$), anksiyöz mizaç puanı ($r=0.280$, $p=0.000$) arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile hipertimik mizaç puanı arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.284$, $p=0.000$).

ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal istismar puanıyla depresif mizaç puanı ($r=0.379$, $p=0.000$) ve anksiyöz mizaç puanı ($r=0.336$, $p=0.000$) arasında orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar puanı ile siklotimik mizaç puanı ($r=0.262$, $p=0.000$) ve irritabl mizaç puanı ($r=0.250$, $p=0.000$) arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar puanıyla hipertimik mizaç puanı arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0.231$, $p=0.000$).

ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel istismar puanıyla depresif mizaç puanı ($r=0.191$, $p=0.000$), siklotimik mizaç puanı ($r=0.153$, $p=0.000$), irritabl mizaç puanı ($r=0.165$, $p=0.000$) ve anksiyöz mizaç puanı ($r=0.180$, $p=0.000$) arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇÇTÖ alt boyutlarından cinsel istismar puanı ile depresif mizaç puanı ($r=0.267$, $p=0.000$), siklotimik mizaç puanı ($r=0.275$, $p=0.000$), irritabl mizaç puanı ($r=0.180$, $p=0.000$) ve anksiyöz mizaç puanı ($r=0.282$, $p=0.000$) arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsel istismar puanı ile hipertimik mizaç puanı arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır.

ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel ihmal puanı depresif mizaç puanı ($r=0.113$, $p=0.009$) ve irritabl mizaç puanıyla ($r=0.099$, $p=0.023$) zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur. Hipertimik mizaç puanıyla ise negatif yönlü anlamlı ilişki vardır ($r=-0.236$, $p=0.000$).

ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal ihmal puanıyla depresif mizaç puanı ($r=0.283$, $p=0.000$) irritabl mizaç puanı ($r=0.130$, $p=0.003$) ve anksiyöz mizaç puanı ($r=0.179$, $p=0.000$) arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygusal ihmal puanı ile hipertimik mizaç puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur ($r=-0.404$, $p=0.000$).

4.4 ÇÇTÖ Alt Boyutlarının TEMPS-A Alt Boyut Puanlarını Yordayıcı Etkisine İlişkin Bulgular

Bu kısımda verilerin çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 12. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu depresif mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
Depresif Mizaç	Sabit	2,941	,410		7,173	,000
	Duygusal İstismar	,288	,043	,324	6.695	,000
	Cinsel İstismar	,152	,051	,145	2.981	,001
R= .402		R²=.162		F= 50,39		p<0.001

Tablo 12 incelendiğinde, kurulan modelde çocukluk çağı travmaları alt boyutları duygusal istismar, cinsel istismarın birlikte depresif mizaç ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir (R=0,402; F=50,39; p<0,001). Depresif mizaçtaki değişimin %16.2'sinin bu değişkenlerle açıklandığı bulunmuştur. Standardize beta katsayılarına göre, duygusal istismar (β =.324; p<0,001) ve cinsel istismarın (β =.145; p<0,001) depresif mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar depresif mizacı pozitif yönde etkilemektedir.

Tablo 13.Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu siklotimik mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
Siklotimik Mizaç	Sabit	4,932	,596		8,270	,000
	Duygusal İstismar	,230	,056	,185	4,136	,000
	Cinsel İstismar	,301	,065	,205	4,593	,000
R=0.324		R²= 0.105		F= 30.648		p< 0.001

Tablo 13 incelendiğinde, kurulan modelde çocukluk çağı travmaları alt boyutları duygusal istismar, cinsel istismar birlikte siklotimik mizaç ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir (R=0,324; F=30.648; p<0,001). Siklotimik mizaçtaki değişimin %10.5'inin bu değişkenlerle açıklandığı bulunmuştur. Standardize beta katsayılarına göre, duygusal istismar (β =.185; p<0,001), cinsel istismarın (β =.205; p<0,001) siklotimik

mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar siklotimik mizacı pozitif yönde etkilemektedir.

Tablo 14. Çocukluk çağı travmaları ölçek ve alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu hipertimik mizacı yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
Hipertimik Mizaç	Sabit	14,527	,498		29,162	,000
	Duygusal İhmal	-,356	,035	-,404	-10,110	,000
R= 0.404		R²=0.163		F= 102.202		p<0.001

Tablo 14 incelendiğinde, kurulan modelde duygusal ihmalin hipertimik mizaç ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir (R=0,404; F=102.202; p<0,001). Hipertimik mizaçtaki değişimin %16,3'ünün bu değişkenle açıklandığı bulunmuştur. Standardize beta katsayılarına göre, duygusal ihmalin (β =-,404; p<0,001) hipertimik mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal ihmal hipertimik mizacı negatif yönde etkilemektedir.

Tablo 15. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu irritabl mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları

	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
İrritabl Mizaç	Sabit	2,474	,480		5,154	,000
	Duygusal İstismar	,205	,049	,213	4,150	,000
	Cinsel İstismar	,114	,055	,100	2,076	,038
R= 0.267		R²= 0.071		F=20.071		p<0.001

Tablo 15 incelendiğinde, kurulan modelde çocukluk çağı travmaları alt boyutları duygusal istismar, cinsel istismar birlikte irritabl mizaç ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir (R=0,267; F=20,07; p<0,001). İrritabl mizaçtaki değişimin %7.1'inin bu değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Standardize beta katsayılarına göre, duygusal istismar (β =,213; p<0,001), ve cinsel istismarın (β =,100; p<0,05) irritabl mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar irritabl mizacı pozitif yönde etkilemektedir.

Tablo 16. Çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanlarının TEMPS-A ölçeği alt boyutu anksiyöz mizaç puanlarını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
Anksiyöz	Sabit	2,860	,677		4,221	,000
Mizaç	Duygusal İstismar	,376	,067	,267	5,647	,000
	Cinsel İstismar	,300	,086	,181	3,506	,000
R= 0.376		R²= 0.141		F= 42.936		p<0.001

Tablo 16 incelendiğinde, kurulan modelde çocukluk çağı travmaları alt boyutları duygusal istismar, cinsel istismar birlikte anksiyöz mizaç ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir ($R=0,376$; $F=42,93$; $p<0,001$). Anksiyöz mizaçtaki değişimin %14,1'inin bu değişkenlerle açıklandığı bulunmuştur. Standardize beta katsayılarına göre, duygusal istismar ($\beta=,267$; $p<0,001$) ve cinsel istismarın ($\beta=,181$; $p<0,001$) anksiyöz mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar anksiyöz mizacı pozitif yönde etkilemektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde, çocukluk çağı travmalarının mizaç ile ilişkisine dair yapılan çalışmanın elde edilen bulguları, mevcut literatür ışığında yorumlanıp tartışılmıştır.

5.1. Çocukluk çağı travmalarının demografik değişkenlere yönelik bulgularının karşılaştırılması

Çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve psikiyatrik tedavi alma durumuna göre incelenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇTÖ'yü cinsiyet bazında karşılaştıracak olursak çocukluk çağı travmaları cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermiştir ve toplam puanı erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet temelinde, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutlarında erkeklerin puanları kadınlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek çıkmaktadır. Bu durum, cinsiyet farklarının belirli ihmal alt boyutlarıyla ilişkilendirilebileceğini gösteriyor. Cinsel istismar puanları incelendiğinde, kadınlarda anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, cinsel istismarın kadınlar arasında daha belirgin olabileceğini gösteriyor. Duygusal istismar ve fiziksel istismar puanları açısından cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu durum, duygusal ve fiziksel istismarın cinsiyet bağlamında benzer düzeylerde olduğuna işaret etmektedir. Literatürde çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısının incelendiği bir araştırmada çocukluk çağı travmaları ölçeğinin toplam puanı ve fiziksel ihmal puanı bizim çalışmamıza benzer şekilde erkeklerde kadınlara göre yüksek bulunmuştur (Güneri Yöyen, 2017). Yine aynı çalışmada cinsel istismar puanı erkeklerde yüksek bulunmuş olup çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bir metaanaliz çalışmasında da cinsel istismar prevalansı kadınlarda daha yüksek görülmektedir (Fang ve ark., 2015). Bir tez çalışmasında, yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları, stresle baş etme tarzları ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş; bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının toplam puanı, cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal puanlarının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tuna, 2022). Almanya'da yapılan farklı bir çalışmada da duygusal ve cinsel istismarın kadınlarda daha fazla oranda

görülmüştür (Witt ve ark., 2017). Literatürde cinsiyete göre çocukluk çağı travmaları puanlarında birbirinden farklı sonuçlar görülmektedir.

Katılımcıların yaş değişkenine göre çocukluk çağı travmaları yaş gruplarına ayrılarak incelenmiştir. ÇÇTÖ toplam puanında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Duygusal istismar puanı 18-25 yaş grubunda 26-35 yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksektir. Fiziksel ihmal puanı ise 18-25 yaş grubunda 26-35 grubuna kıyasla anlamlı olarak düşük tespit edilmiştir. Fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanında yaş gruplarına göre kıyaslandığında anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır. Literatürde çocukluk çağı travmaları puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı farklılaştığını gösteren araştırmalar olduğu gibi anlamlı farklılığa neden olmadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ve kendilik psikolojisi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada fiziksel ihmalin yaşa göre farklılaştığı gözlenmiştir ve 60 yaş üzerinde diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur (Özdemir, 2020). Başka bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde çocukluk çağı travmaları toplam puanı yaş değişkeniyle ilişkili bulunmamıştır (Akarca, 2023).

Çocukluk çağı travmaları eğitim durumuna göre incelendiğinde çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanı ilkokul/ortaokul grubunda diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. ÇÇTÖ toplam puanı lise eğitim düzeyinde ise lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca çocukluk çağı travmaları puanlarının eğitim seviyesi arttıkça düştüğü görülmektedir. Duygusal istismar ve fiziksel istismar puanı ilkokul/ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip kişilerde lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha yüksektir. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeyine sahip kişilerde lise, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre yüksektir. Lise eğitim düzeyinde ise lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine göre yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla bu bulgulara göre düşük eğitim seviyesinde fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin daha fazla görüldüğü çıkarımı yapılabilir. Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları, stresle baş etme tarzları ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir tez çalışmasında da çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının eğitim seviyesi arttıkça azaldığı görülmektedir (Tuna, 2022). Çocuklukta istismar gören bireylerin öğrenme güçlüğü ve akademik başarılarında düşüş yaşayabildiği bildirilmiştir (Lowenthal, 2000; Qu ve ark., 2022) Bir kohort çalışmasında da çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin liseyi tamamlama oranını 3-

4 kat düşürdüğünü ve 21 yaşında işsiz olma ihtimalini 2-3 kat artırdığını gösterilmiştir (Strathearn vd, 2020). Bu bulgular da verilerimizi desteklemekte olup çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin uzun dönemde eğitim ve akademik başarısı da buna bağlı olarak etkileniyor olabilir.

Çocukluk çağı travmaları medeni duruma göre incelendiğinde çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanında medeni duruma göre grupların arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar puanlarında medeni duruma göre bakıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Fiziksel ihmal puanı boşanmış olanlarda bekar olanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Duygusal ihmal puanı gruplar arasında anlamlı olarak farklı olup boşanmış olanlarda evli ve bekar olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travma geçmişi olanlarda evlilik doyumunun azaldığı çalışmalarla bildirilmiştir. Çocukluk çağındaki travmaların evlilikte bozulmalara neden olabileceği gösterilmiştir (DiLillo ve ark., 2009). Yapılan bir araştırmada da çocukluk çağında maruz kalınan ihmal ve istismar arttıkça ilerleyen dönemde evlilik doyumunun azaldığı gözlenmiştir (Tekin ve Karakuş., 2019) Çalışmamızda da sadece boşanmış bireylerde ihmal boyutunda oluşan farklılıklar bununla ilgili olabilir. Bir çalışmada da çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaştığı ve boşanmış bireylerde evli ve bekar olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Tatar, 2019). Yine bir başka çalışmada boşanmış olanlarda ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal ihmal ve duygusal istismar diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (Özdemir, 2020). Çalışmamızda da fiziksel ve duygusal ihmal boyutunda oluşan farklılıklar ihmale maruz kalan çocukların yetişkinlikte bağlanma davranışı ve ilişkilerinin etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk çağı travmaları psikiyatrik tedavi alma durumuna göre incelendiğinde çalışmamızda psikiyatrik tedavi alan katılımcıların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar puanı, fiziksel istismar puanı, cinsel istismar puanı, fiziksel ihmal puanı, duygusal ihmal puanının psikiyatrik tedavi almayanlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları, stresle başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir tez çalışmasında psikiyatrik tanı alan katılımcılarda ÇÇTÖ toplam puanı ve ölçek alt boyut puanlarının psikiyatrik tanı almayanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (Tuna, 2022). Bu bulgular literatürle uyumludur. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerde depresyon, anksiyete ve intihara meyil gibi risklerin fazla olduğu literatürde de araştırmalarla gösterilmiştir (Toda

ve ark., 2015; Norman ve ark., 2012; Johnson ve ark., 1999). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre erken dönemde çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerin yetişkinlikte psikiyatrik tanı ve tedavi alabileceği çıkarımı yapılabilir.

Çocukluk çağı travmaları sosyoekonomik düzeye göre incelendiğinde çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanı sosyoekonomik düzeye göre gruplar arasında anlamlı olarak farklı olup alt sosyoekonomik düzeyde orta ve üstü sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ÇÇTÖ toplam puanı orta ve orta üstü sosyoekonomik düzeyde alt sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak düşüktür. Duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanları alt ve alt-orta grupta; orta ve orta-üstü sosyoekonomik düzeye göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar ve cinsel istismar puanlarında ise sosyoekonomik düzeye göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının sosyoekonomik düzey arttıkça düştüğü görülmektedir. Literatürde de daha düşük sosyoekonomik durumun daha yüksek çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi gösterilmiştir (Mock ve Arai, 2011). Genel bir popülasyon çalışmasında çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yetişkinlikte daha düşük eğitim düzeyi ve finansal zorluklar gibi değişkenleri kapsayan daha düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Haugland ve ark., 2021). Ayrıca çocukluk çağı travma geçmişi olanlarda daha yüksek sosyoekonomik durumun da koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir (Mock ve Arai, 2011). Çalışmamızda da alt sosyoekonomik düzeyde çocukluk çağı travmaları puanı daha yüksektir ve bulgular literatürle uyumludur.

Çocukluk çağı travmaları çalışma durumuna göre incelendiğinde çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanı çalışmayan kişilerde çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları çalışmayan kişilerde çalışan kişilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal puanları ise çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır. Çocukluk çağı travmalarının ekonomik sonuçları hakkında sınırlı çalışma olsa da çocukluğunda ihmal ve istismar yaşayan bireylerin yetişkinlikte daha düşük seviye eğitim, işsizlik ve daha az kazanca sahip olduğu bildirilmiştir (Currie ve Widom,2010).

5.2. Mizaç alt boyutlarının demografik değişkenlere yönelik bulgularının karşılaştırılması

Mizaç alt boyutları bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve psikiyatrik tedavi alma durumuna göre incelenmiştir.

Mizaç alt boyutları cinsiyete göre incelendiğinde çalışmamızda depresif mizaç, siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç puanları kadın bireylerde erkek bireylere kıyasla anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hipertimik ve irritabl mizaç puanları ise cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Vahip ve arkadaşlarının (2005) normal popülasyonda yaptığı çalışmada kadınlarda sinirli-anksiyöz mizaç anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerde ise hipertimik mizaç daha yüksek gözlenmiştir. Normal popülasyonda yapılan başka çalışmalara göre de toplum genelinde depresif, siklotimik ve anksiyöz mizacın kadınlarda daha yüksek görülürken irritabl mizaç ve hipertimik mizaç erkeklerde daha yüksek oranda görülmektedir (Rihmer ve ark., 2010).

Katılımcıların yaş değişkenine göre mizaç alt boyutları yaş gruplarına ayrılarak incelenmiştir. Çalışmamızda depresif mizaç puanı, siklotimik mizaç puanı, irritabl mizaç puanı, anksiyöz mizaç puanları 18-25 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Hipertimik mizaç puanlarında ise yaş grupları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmamaktadır. Yeme tutumu ve mizaç ilişkisini inceleyen bir çalışmada siklotimik mizaç puanı 18-25 yaş grubunda 36 yaş üzerine göre daha yüksek bulunurken anksiyöz mizaç puanları da 18-25 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek gözlenmiştir (Sırmacı, 2023). Aynı zamanda mizaç özelliklerinin zamanla değişmeyen yaş ve cinsiyetten bağımsız stabil kişilik özellikleri olduğu da gösterilmektedir (Karam ve ark., 2016).

Mizaç alt boyutları eğitim durumuna göre incelendiğinde çalışmamızda depresif mizaç puanı lise eğitim düzeyine sahip kişilerde ilkokul/ortaokul, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Lisans eğitim düzeyinde ise lisans üstü eğitim düzeyine sahip olan kişilere göre depresif mizaç puanı anlamlı olarak yüksektir. Siklotimik mizaç puanı lise eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerde siklotimik mizaç puanı lise ve lisans düzeyine göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Hipertimik mizaç puanı ilkokul/ortaokul eğitim düzeyine sahip kişilerde lise, lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı olarak düşüktür. İrritabl mizaç puanı lise eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul,

lisans ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Anksiyöz mizaç puanı lise eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Anksiyöz mizaç puanı lisans eğitim düzeyinde ilkokul/ortaokul ve lisansüstü eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bir tez çalışmasında lisans ve lisans altı eğitim düzeyinde lisansüstü eğitim düzeyine göre siklotimik mizaç puanları daha yüksek bulunmuş olup diğer mizaç alt boyutları eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır (Sırmacı, 2023). Başka bir çalışmada da eğitim düzeyi ilkokul ve altında olanlarda depresif mizaç puanı yüksek bulunmuştur ancak diğer mizaç alt boyutları eğitime göre farklılaşmamaktadır (İnanç, 2017).

Mizaç alt boyutları medeni duruma göre incelendiğinde çalışmamızda depresif ve siklotimik mizaç puanı bekar olanlarda evli ve boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hipertimik mizaç puanında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aksiyöz ve irritabl mizaç puanı bekar olanlarda evli ve boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksek olup evli olanlarda da boşanmış olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bir tez çalışmasında siklotimik mizaç puanı bekarlarda evlilere göre hipertimik mizaç puanı ise evlilerde bekarlara göre yüksek gözlenmiştir (Sırmacı, 2023). Başka bir çalışmada ise sadece hipertimik mizaç puanı evlilerde bekarlara göre yüksek gözlenmiştir (İnanç, 2017).

Mizaç alt boyutları psikiyatrik tedavi alma durumuna incelendiğinde çalışmamızda depresif mizaç, siklotimik mizaç ve irritabl mizaç puanında psikiyatrik tedavi alan ve almayanlarda anlamlı olarak farklılık bulunmamaktadır. Psikiyatrik tedavi alanlarda anksiyöz mizaç puanı anlamlı olarak yüksektir. Hipertimik mizaç puanı ise psikiyatrik tedavi almayanlarda alanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Anksiyete ve depresyonu içeren çoğu mental hastalığın anksiyöz mizaçla pozitif hipertimik mizaçla ise negatif ilişkisi gösterilmiştir (Karam ve ark., 2010). Bu da bu bulgularımızı desteklemektedir.

Mizaç alt boyutları sosyoekonomik düzeye göre incelendiğinde çalışmamızda TEMPS-A alt boyutlarından depresif mizaç puanları alt ve alt-orta sosyoekonomik düzeyde orta üstü sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak yüksektir. Hipertimik mizaç puanları orta üstü sosyoekonomik düzeyde alt, alt-orta ve orta sosyoekonomik düzeylere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Orta üst sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde hipertimik mizaç puanı alt sosyoekonomik düzeye göre yüksek bulunmuştur.

Siklotimik mizaç, anksiyöz mizaç ve irritabl mizaç puanlarında ise sosyoekonomik düzeye anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Mizaç alt boyutları çalışma durumuna göre incelendiğinde çalışmamızda TEMPS-A ölçeği alt boyutlarından depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç, anksiyöz mizaç puanları çalışmayan kişilerde çalışan kişilere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hipertimik mizaç puanı ise çalışan kişilerde çalışmayan kişilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İşsizliğin anksiyete ve depresyon gibi hastalıklar için bir risk faktörü (Lee ve ark., 2019) olduğu göz önüne alındığında, çalışmayan kişilerde afektif mizaç puanlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuç olabilir.

5.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Mizaç İlişkisinin Korelasyon ve Regresyon Analizi Açısından Karşılaştırılması

Çocukluk çağı travmalarının, mizaç ve kişilik gelişimini etkilediği uzun süredir bilinmektedir. Çocukluk çağı travmalarının ileri yaşta depresyon, major depresif bozukluk gibi birçok ruhsal ve psikiyatrik rahatsızlığa neden olabileceği çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir. Birçok bireyde kişilik bozukluğu ve depresyon çocukluk döneminde yaşanan istismar veya ihmal öyküleriyle ilişkilendirilmiştir (Heins ve ark., 2011; Schneider ve ark., 2021; Liu, 2017). Çocukluk çağında istismara ve ihmale maruz kalan kişilerde erken yetişkinlikte kişilik bozukluğu geliştirme riski 4 kattan daha fazladır (Johnson ve ark., 1999). Çocukluk çağı travmaları ve mizaç özelliklerinin ilişkisini inceleyen bir çalışmada ÇÇTÖ'nün özellikle siklotimik ve depresif mizaçla ilişkilendirildiği gösterilmiş, işlevsel olmayan mizaç özellikleri ise daha çok duygusal travma ve cinsel istismarla ilişkilendirilmiştir (Sudbrack ve ark., 2015). Çocukluk çağı istismarında özellikle ihmalin, afektif mizaç özellikleri aracılığıyla dolaylı olarak major depresif bozukluğa neden olduğu gösterilmiştir (Toda ve ark., 2015).

Literatürde çocukluk çağı travmaları ve mizaç ilişkisini inceleyen oldukça sınırlı araştırma bulunmaktadır. Klinik olmayan genel bir popülasyon çalışmasında afektif mizaç tiplerinin depresif semptomların şiddetini artırmada çocukluk çağı istismarının bir aracısı olduğu gösterilmiştir (Nakai ve ark., 2014). Bu nedenle çocukluk çağı travmaları yetişkinlikte mizaç özellikleri aracılığı ile çeşitli ruhsal rahatsızlıklara yol açabileceği için çocukluk çağı travmaları ve mizaç ilişkisinin incelenmesi ayrıca önemlidir. Bir metaanaliz çalışmasında da çocukluk çağında fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmale uğrayan kişilerin depresif bozukluklar geliştirme riski daha yüksek

bulunmuştur. Yine aynı çalışmada fiziksel istismar ve duygusal istismarın artmış anksiyete riskine neden olduğu gösterilmiştir (Norman ve ark., 2012).

Çocukluk çağı travması olan ve olmayan depresif bozukluk tanılı bireylerde, mizaç özellikleri ile dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada ise; depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerinin çocukluk çağı travması olan grupta daha yaygın olduğu, çocukluk çağı travması olmayan bireylerde ise hipertimik mizaç özellikleri ile psikolojik dayanıklılığın arasında olumlu bir ilişki bulunduğu ifade edilmiştir (Gündoğar ve ark., 2014).

Çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puan ile depresif mizaç puanı arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile siklotimik mizaç puanı, irritabl mizaç puanı, anksiyöz mizaç puanı arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile hipertimik mizaç puanı arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bir çalışmada çocukluk çağındaki kötü muamele yetişkinlikte depresif, siklotimik, anksiyöz ve irritabl mizaçla ilişkili bulunmuştur (Wakatsuki ve ark., 2020). Bipolar bozukluk olgularında mizaç özelliklerini inceleyen başka bir çalışmada da özkıyım girişimi olan bipolar hastalarda depresif, siklotimik mizaç ve irritabl mizaç puanları ve çocukluk çağı travma öyküsü daha yüksek bulunmuştur (Tunç ve ark., 2014). Yine başka bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacın çocukluk çağı istismarına bağlı olarak arttığı görülmüştür. Diğer yandan, çocukluk çağı istismarından bağımsız olarak hipertimik mizaç skorlarının azalmış depresif semptomlarla ilişkisi de bu çalışmada gösterilmiştir. Hipertimik mizaç çocukluk çağı istismarına aracılık etmemektedir (Otsuka ve ark., 2017).

Çocukluk çağı travmaları ve mizaç özelliklerinin ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada da hipertimik mizaç toplam çocukluk çağı travmaları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Sudbrack vd., 2015). Çalışmamızda da literatür bilgileriyle benzer şekilde ÇÇTÖ toplam puanları ve hipertimik mizaç arasında negatif yönlü bir ilişki gözlenmiştir. Bipolar, dürtü kontrol bozukluğu ve ayrılma anksiyetesini içermeyen çoğu mental hastalıkta hipertimik mizacın koruyucu faktör olduğunu bulmuşlardır (Karam ve ark., 2010).

ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal istismar puanıyla depresif mizaç puanı ve anksiyöz mizaç puanı arasında orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygusal

istismar puanı ile siklotimik mizaç puanı ve irritabl mizaç puanı arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar puanı ile hipertimik mizaç puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Juvenil miyoklonik epilepsi hastalarında çocukluk çağı travmaları ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde duygusal istismar puanı ile irritabl mizaç ve depresif mizacın arasında pozitif korelasyon görülmüştür (Yaşar ve ark., 2020).

ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel istismar puanı ile depresif mizaç puanı, siklotimik mizaç puanı, irritabl mizaç puanı ve anksiyöz mizaç puanı arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ÇÇTÖ alt boyutlarından cinsel istismar puanı ve depresif mizaç puanı, siklotimik mizaç puanı, irritabl mizaç puanı ve anksiyöz mizaç puanı arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsel istismar puanı ve fiziksel istismar ile hipertimik mizaç puanı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmalara göre çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanlarda depresyon gelişme riski bilinmektedir (Weiss, Longhurst ve Mazure,1999).

Pompili ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında, psikiyatri hastalarında cinsel veya fiziksel istismara uğrayan kişilerde irritabl, depresif, siklotimik ve anksiyöz mizacın daha yüksek olduğu bulgusu önemli bir bulgu olarak ortaya çıkmış; bu da çalışmamızdaki çocukluk çağı travmaları ve mizaç arasındaki pozitif korelasyon bulgularını desteklemektedir. Ayrıca bu tür çalışmalar, hastaların yaşadığı travmaların ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini anlamamıza yardımcı olabilir.

ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel ihmal puanı irritabl ve depresif mizaç puanıyla zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur. ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal ihmal puanıyla depresif mizaç puanı, irritabl mizaç puanı ve anksiyöz mizaç puanı arasında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygusal ve fiziksel ihmal puanı ile hipertimik mizaç puanı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bir çalışmada da çocukluk çağı travması olan olgularda hipertimik mizaçla duygusal ihmal ve duygusal istismar puanı ters yönlü olarak ilişkili bulunmuştur (Ünüböl, 2014).

Unipolar ve bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının ve mizaç özelliklerinin incelendiği bir tez çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak fiziksel ihmal ve duygusal ihmal siklotimik mizaç ile ilişkili bulunmuştur ve siklotimik mizacın bipolariteyi yordayabileceği düşünülmektedir (Tellioğlu, 2011). Çalışmamızda ise duygusal ve fiziksel ihmal ile siklotimik mizaç arasında bir ilişki gözlenmemesi ve bu

farklılık çalışmamızın klinik olmayan normal popülasyonda yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tespit ettiğimiz korelasyonlara göre çocukluk çağı travmalarının afektif mizaç alt boyutlarına aracılık edip etmediğini incelemek üzere çoklu regresyon analizleri yaptık. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal istismar ve cinsel istismar, birlikte depresif mizaç ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kurulan modelde, duygusal istismar ve cinsel istismarın depresif mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar depresif mizacı pozitif yönde etkilemektedir. Çocukluk çağında cinsel istismar ve duygusal istismara uğrayan bireylerin yetişkinlikte depresif mizaca sahip olma olasılığının travmaya uğramayanlardan yüksek olduğu söylenebilir. Bir çalışmaya göre de duygusal istismar bulunanlarda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri sadece fiziksel ve fiziksel-cinsel istismarın birlikte bulunduğu duruma göre de daha yüksektir (Dye LH., 2019).

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları duygusal istismar ve cinsel istismar, birlikte siklotimik mizaç ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kurulan modelde, duygusal istismar ve cinsel istismarın siklotimik mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar siklotimik mizacı pozitif yönde etkilemektedir. Çocukluk çağında cinsel istismar ve duygusal istismara uğrayan bireylerin yetişkinlikte siklotimik mizaca sahip olma olasılığının travmaya uğramayanlardan yüksek olduğu söylenebilir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal ihmalin hipertimik mizaç ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Duygusal ihmalin hipertimik mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal ihmal hipertimik mizacı negatif yönde etkilemektedir. Çocukluğunda duygusal ihmale maruz kalmayanlarda hipertimik mizaca sahip olma olasılığı duygusal ihmale maruz kalanlara göre yüksektir.

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları duygusal istismar ve cinsel istismarın birlikte irritabl mizaç ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kurulan modelde, duygusal istismar ve cinsel istismarın irritabl mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve fiziksel istismar, irritabl mizacı anlamlı olarak yordamamaktadır. Duygusal istismar ve cinsel istismar irritabl mizacı pozitif yönde etkilemektedir.

Çocukluk çağı travmaları alt boyutları duygusal istismar ve cinsel istismar birlikte anksiyöz mizaç ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kurulan modelde, duygusal istismar ve cinsel istismarın anksiyöz mizacın anlamlı yordayıcısı olduğu anlaşılmıştır. Duygusal istismar ve cinsel istismar anksiyöz mizacı pozitif yönde etkilemektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak çocukluk çağı travmaları, mizaç ve yetişkinlik çağı stres verici yaşam olaylarının depresif semptomlardaki etkisini inceleyen bir çalışmada, çoklu regresyon analizinde çocukluk çağı travmaları ihmal alt boyut puanının depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının yordayıcısı olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmaları cinsel istismar alt boyutu da siklotimik ve anksiyöz mizaç puanlarıyla ilişkili bulunmuş olup bu çalışmada yordayıcı rolü gözlenmemiştir (Nakai vd, 2014). Çalışmamızdaki modellere göre de duygusal istismar ve cinsel istismarın depresif, irritabl, siklotimik ve anksiyöz mizacı yordadığı gözlenmiştir. Duygusal istismarın fiziksel istismar ve cinsel istismar gibi diğer istismar türleri kadar ya da daha fazla yan etkileri olduğu da belirtilmiştir. Araştırmalara göre duygusal istismara uğrayan bireyler depresyon, anksiyete, düşük özgüven, terkedilme sorunları ve stabil olmayan ilişkilerden acı çekmektedir (Dye, 2019). Aynı zamanda çocukluk çağı cinsel istismarının da konversiyon bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi ciddi rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Hailes ve ark, 2019). Çalışma bulgularımıza göre çocukluk çağında özellikle duygusal ve cinsel istismara birlikte maruz kalındığında yetişkinlikte depresif, anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizaç görülme olasılığı da artmaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ve mizaç ilişkisi ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisi karşılaştırılarak incelenmiştir.

Çalışmaya; 320 kadın, 206 erkek toplamda 526 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 28,6'dır. Kadınların yaş ortalaması 27,92 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 29,71'dir. Katılımcıların %59,3'ünün lisans mezunu olduğu görülmektedir. Psikiyatrik tedavi alıp almama durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların %23'ünün psikiyatrik bir tedavi aldığı, %77'sinin ise herhangi bir tedavi almadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların sosyoekonomik düzey sorusuna verdikleri yanıtlara göre %41,4'ü alt, alt-orta sosyoekonomik düzeyde olduklarını, %58,6'sı ise orta, orta-üst, üst sosyoekonomik düzeyde olduklarını belirtmiştir.

Çalışmamızın bulgularına göre çocukluk çağı travmalarının mizacın alt boyutlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı arttıkça depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç, anksiyöz mizaç puanının yükseldiği hipertimik mizaç puanının düştüğü gözlenmiştir. Çocukluk çağı travması alt boyutlarından olan; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar depresif mizacı pozitif olarak yordamaktadır. Cinsel istismar ve duygusal istismar; siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacı pozitif olarak yordamaktadır. Çocukluk çağı travması toplam puanı, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal erkeklerde, cinsel istismar ise kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Duygusal istismar ve fiziksel istismar ise cinsiyete göre farklılık oluşturmamaktadır. Ayrıca depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç kadın bireylerde daha fazla saptanırken hipertimik ve irritabl mizaç cinsiyete göre farklılık oluşturmamaktadır. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı eğitim düzeyi arttıkça azalmakta olup ilkökul/ortaokul eğitim düzeyinde en yüksek saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı yaşa ve medeni duruma göre farklılaşmamaktadır. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı psikiyatrik tedavi alanlarda psikiyatrik tedavi almayanlara göre yüksek saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı çalışmayanlarda çalışanlara göre yüksek saptanmıştır.

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma yetişkinlikte çeşitli psikopatolojilere yol açabilir ve mizaç özellikleri de buna aracılık ediyor olabilir. Literatürde mizaç ve

çocukluk çağı travmaları ilişkisini inceleyen sınırlı çalışma olduğundan dolayı daha ileriki çalışmalarda çocukluk travmaları ve mizaç arasındaki ilişkinin incelenmesi çeşitli rahatsızlıkların tespiti ve koruyucu tedaviler açısından da önem arz etmektedir.

Maalesef günümüzde hala milyonlarca çocuk, ebeveynleri veya bakım verenlerince ihmal ve istismara maruz kalmaktadır. Bu durum, çocuk haklarına yönelik düzenlemelerin ve farkındalığın önemini vurgulamaktadır. Toplum olarak çocukların korunması ve haklarının gözetilmesi için daha fazla çaba göstermeliyiz.

Literatürde normal popülasyonda çocukluk çağı travmalarının mizaç ile ilişkisi hakkındaki araştırmalar sınırlıdır. Bu anlamda daha ileri araştırmalara ihtiyaç bulunmakta olup çalışmamızın sonuçları literatüre katkı sağlayabilir.



KAYNAKÇA

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, O., Gülen, M., Avcı, A. ve İçme, F. (2013).Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
- Akarca, B.Z. (2023). Çocukluk çağı travmalarının duygusal yeme üzerindeki etkisinde ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaların aracı rolü [*Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*]. Beykent Üniversitesi.
- Akay, Ö. (2008). Bipolar bozuklukta kişilik özelliklerinin hastalık seyrine etkisi. Yayınlanmış Uzmanlık tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Aker, T.(2000). *Temel sağlık hizmetlerinde psikosyal travmaya yaklaşım*. Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Akiskal H.S., Placidi GF, Maremmanni I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Mallya G, Puzantian VR. (1998). TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*, 51(1), 7-19. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00152-9.
- Akiskal, H. S. (1983). Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 11-20. <https://doi.org/10.1176/AJP.140.1.11>
- Akiskal, H. S. ve Akiskal, K. K. (2005). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of affective disorders*, 85(1-2).
- Akpınar, B. ve Gümüş Demir, Z. (2022). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences*, 6(26), 509-535. <https://doi.org/10.52096/usbd.6.26.33>
- Aksoy, A. B., & Tatlı, S. (2019). Okul öncesi dönem çocuğu olan babaların çocuklarıyla olan ilişkileri ile babalık rolü algıları arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(1), 1-22.
- Aktay, M. (200). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Current Approaches in Psychiatry*, 1(2), 95-119.
- Altıparmak, (2008). Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk bedeni üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*, 8(1), 9-13.

- American Psychological Association. (n.d.). APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/mate-selection>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tam Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, 2014
- APA. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM 5). Washinton, DC, American Psychiatric Association Applied Economics Letters, 27:18, 1495-1499
- Aral, N. ve Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.
- Armağan E (2007). Çocuk ihmali ve istismarı: psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. *New Symposium Journal*, 45(-),170- 173.
- Aytemiz, T. (2010). Ebeveyn Kişiliği, Çocuğun Mizacı ve Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bahar, G., Savaş, H.A. ve Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
- Bakır, E. ve Kapucu, S. (2017). Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansması: Bir literatür incelemesi. *Huhemfad*, 4(2), 13-24.
- Bayram, S., Duman R.N. ve Demirtaş, B. (2018). Üç insan, bir olay, üç farklı travmatik deneyim süreci. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 165-182.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. ve Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse ve Neglect*, 27(2), 169-90. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- Bilir, Ş., Ari, M., Dönmez, N., Atik, B., ve San, P. (1991). Türkiye’nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Journal of Social Policy Studies*, 1(1). <https://doi.org/10.21560/SPCD.98937>
- Bland, V. J., Lambie, I., & Best, C. (2018). Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clinical Psychology Review*, 60, 126–135. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.02.001>

- Bulut, L. (1996) Genç Anne ve Çocuk istismarı. Bizim Büro. Ankara
- Burger, J.M. (2006). Kişilik(Çev), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Chess, S., & Thomas, A. (1996). Temperament: Theory and practice. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Christ, C, de Waal, MM., Dekker, JJM., van Kuijk, I., van Schaik, DJF., Kikkert, MJ., vd., (2019) Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. PLoS ONE 14(2): e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>
- Christian, C. W., Block, R. and Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics (2009). Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics, 123(5), 1409-11. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0408>.
- Cloninger, CR. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry, 44(6), 573-588. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800180093014. PMID: 3579504.
- Currie, J. ve Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment* 15(2), 111-120.
- Çalgı, B. ve Saydam, R. (2020). Annelerin çocuklarına yönelik ihmal ve istismar davranışı üzerine bir araştırma. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 12(3), 275-300. https://doi.org/10.17932/IAU.IAUD.2009.002/iaud_v12i3005
- Çalışkan, Z. ve Sağlam, M. (2015). Cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan uzmanların gözünden mağdur çocukların özellikleri. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 6-11.
- Çavlin Bozbeyoğlu, A., Koyuncu, E., Kardam, F., ve Sungur, A. (2010). Ailenin karanlık yüzü: Türkiye’de ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 1-38.
- Çöpür M., Üneri Ö., Aydın E., Bahalı M., Tanıdır C, Güneş H. ve Erdoğan A. (2012). İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 46-50.
- Demirel Yılmaz, E., Gençer, A. G., Ünal, Ö., ve Aydemir, Ö. (2014). Enneagram'dan dokuz tip mizaç modeli'ne: Bir öneri. *Education & Science/Eğitim ve Bilim*, 39(173).
- Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M. ve Şafak Öztürk, C. (2018). Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(4), 269 - 278.

- DiLillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., Trask, E., ve Evans, S. (2009). Child Maltreatment History Among Newlywed Couples: A Longitudinal Study of Marital Outcomes and Mediating Pathways. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 680-692. <https://doi.org/10.1037/a0015708>
- Dinleyici, M. ve Şahin Dağlı, F. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 18-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.20235> <https://doi.org/10.20515/otd.20235>
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2014). Global status report on violence prevention. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI14.2>
- Dye HL. Is Emotional Abuse As Harmful as Physical and/or Sexual Abuse? *J Child Adolesc Trauma*. 2019 Dec 10;13(4):399-407. doi: 10.1007/s40653-019-00292-y.
- Evren, C. ve Ögel, K. (2005). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-37.
- Fang, X., Fry, DA., Brown, DS., Mercy, JA., Dunnee, MP., Butchart, AR., Corso, PS., Maynzyuk, K., Dzhygyr, Y., Chen, Y., McCoy, A. ve Swales DM. (2015). The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse Negl*. April; 42: 146–162. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.012.
- Fluke, J., Harden, BJ., Jenkins, M. ve Ruehrdanz, A. (2011). *Disparities and disproportionality in child welfare: Analysis of the research*.
- Friedman, E., & Billick, S. B. (2015). Unintentional child neglect: Literature review and observational study. *Psychiatric Quarterly*, 86(2), 253-259. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9328-0>
- Garbarino, J. ve Garbarino, A. (1994). *Emotional Maltreatment of Children*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse, 2nd Ed.
- Goldman, J. D. G. ve Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research*, 37(4), 305-314. <https://doi.org/10.1080/00224490009552052>
- Goodman, R. D., Miller, M. D., ve West-Olatunji, C. A. (2012). Traumatic stress, socioeconomic status, and academic achievement among primary school students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 252–259. <https://doi.org/10.1037/a0024912>
- Gölge, Z.B (2005). Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42(-), 19-28.

- Grossman, R., R. Yehuda and L. Siever (1997). "The dexamethasone suppression test and glucocorticoid receptors in borderline personality disorder." *Ann N Y Acad Sci* 821: 459-464.
- Güler Ç.,ve Akın L. (2006). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & 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.
- Gündoğar, D., Kesebir, S., Demirkan, A.K., Tatlıdil Yaylacı, E. (2014). Is the relationship between affective temperament and resilience different in depression cases with and without childhood trauma?. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 870-875.
- Güneri Yöyen, E. (2017). Childhood trauma and self-respect. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-282. doi: 10.24289/ijsser.274033
- Gürgen, A., (2017). "Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Araştırılması: Kesitsel Kontrollü Çalışma". Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839.
- Harrow, L. L. (2002). Book Review of Using Multivariate Statistics by Barbara G. Tabachnick and Linda S. Fidell. *Structural Equation Modeling*, 9(4), 621-636. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0904_9
- Haugland SH., Dovran A., Albaek AU., & Sivertsen B. (2021) Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population. *Front. Public Health* 9:711344. doi: 10.3389/fpubh.2021.711344
- Heins M., Simons C., Lataster T., Pfeifer S., r Versmissen D., Lardinois M., Marcelis M., Delespaul P., Krabbendam L., Os Jv., Myin-Germeys I. (2011). *Am J Psychiatry* 168 :1286 –1294
- Helvacı Çelik, F.G. ve Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711. doi: 10.31832/smj.454535
- Hildyard, K. L. ve Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(-), 679-695.
- Horton, C. B., & Cruise, T. K. (2001). *Child abuse and neglect: The school's response*. The Guilford Press.

- Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., ve Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66-74. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2009.01491.X>
- İnanç, T. (2017). *Madde Bağımlısı Kişilerin Bağlanma Stilleri ve Mizaç Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi] Üsküdar Üniversitesi.
- Ji, S., & Wang, H. (2018). A study of the relationship between adverse childhood experiences, life events, and executive function among college students in China. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 28. <https://doi.org/10.1186/S41155-018-0107-Y>
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. ve Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600–606. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600>
- Kanai, Y., Takaesu, Y., Nakai, Y., Ichiki, M., Sato, M., Matsumoto, Y., Ishikawa, J., Ono, Y., Murakoshi, A., Tanabe, H., Kusumi, I., ve Inoue, T. (2016). The influence of childhood abuse, adult life events, and affective temperaments on the well-being of the general, nonclinical adult population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, Article 823-832.
- Kanbur, N. ve Akgül, S. (2010). Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 32(4), 491-502.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D. Ve Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research A review of the past 10 years. Part I physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(-), 1214-1222.
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökçalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47,140-51.
- Karal, E. ve Atak, H. (2022). Çocukluk çağı ruhsal travmaları üzerine kavramsal bir çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 82-103.
- Karam EG., Khoury EE and Itani L.,(2016). How Stable are Temperaments in the Clinical Setting: A Pilot Study *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 12, 59-63.
- Karam, EG., Salamoun, MM., Yerezian, JS., Mneimneh, ZN., Karam, AN., Fayyad, J., Hantouche, E., Akiskal K. ve Akiskal HS.(2010). The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study *World Psychiatry*,, 9:103-110.

Karasar, N. (2023). Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Kawamura, Y., Akiyama, T., Shimada, T., Minato, T., Umekage, T., Noda, Y., Ukawa, K., Hashidume, C., Sakai, Y., Otowa, T., Sasaki, T., ve Akiskal, H. S. (2010). Six-Year Stability of Affective Temperaments as Measured by TEMPS-A. *Psychopathology*, 43(4), 240-247. <https://doi.org/10.1159/000313522>

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., ve Silver, H. K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17-24. doi:10.1001/jama.1962.03050270019004

Kesebir, S., Gungordu, O. ve Caliskan, M. (2014). The relationship of self-esteem, impulsivity and temperament in bipolar patients: is it differentially related to gender. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2(27), 126-131. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2014270204>

Kesebir, S., Vahip S., Akdeniz F., ve Yüncü Z. (2005). Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 164-169.

Kim, JH., (2019) Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(6): 558-569.

Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling. New York, NY: Guilford.

Koç, F., Akşit, S., Tomba, A., Aydın, C., vd. (2012). Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(2), 119-124. doi:10.4274/tpa.640

Korkmazlar-Oral, Ü., Engin, P. ve Büyükyazıcı, Z. (2010). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması: Özet Raporu. Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.

Lake, S. (2016). The lasting effects of childhood trauma on mental health in adulthood: Current knowledge and practical next steps for clinical practice. *University of British Columbia Medical Journal*, 8(1), 46-47.

Lee JO., Jones TM., Yoon Y, Hackman DA., Yoo JP., Kosterman R. (2019). Young Adult Unemployment and Later Depression and Anxiety: Does Childhood Neighborhood Matter? *J Youth Adolesc*. January ; 48(1): 30–42. doi:10.1007/s10964-018-0957-8.

Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. McGraw-Hill.

Liu RT., 2017. Childhood Adversities and Depression in Adulthood: Current Findings and Future Directions. *Clin Psychol (New York)* 24(2): 140–153.

- Livingston, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 413- 415. <https://doi.org/10.1097/00004583-198705000-00023>.
- Lowenthal B. (2000). Child maltreatment: Effects on development and learning. In Rothenberg D. (Ed.), *Issues in early childhood education: Curriculum, teacher education, & dissemination of information* (pp. 365–372). *Proceedings of the Lillian Katz Symposium*. Champaign, IL: Early Childhood and Parenting Collaborative.
- Ludy-Dobson, C.R. ve Perry, B.D. (2010) The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. In: Gill, E., Ed., *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*, Guilford Press, New York, 26-43.
- Maçkalı, Z., Gülöksüz, S. ve Oral, T. (2014). Yaratıcılık ve iki uçlu bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1), 50-9.
- McGuigan, W. M., Katzev, A. R. ve Pratt, C. C. (2003). Multi-level determinants of retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse and Neglect*, 27(4), 363-380. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00024-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00024-3)
- Mock, SE. vve Arai SM.(2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers *Frontiers in Psychology | Developmental Psychology* 246(1).
- Müller, L. E., Bertsch, K., Bülau, K., Herpertz, S. C., & Buchheim, A. (2019). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a populationbased study. *International Journal of Psychophysiology*, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2018.05.011>
- Müller, L.E., Bertsch, K., Bülau, K., Herpertz, S.C., ve Buckheim, A. (2019). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a populationbased study. *International Journal of Psychophysiology*, 136, 73-80
- Nakai, Y., Inoue, T., Chen, C.,Toda, H.,Toyomaki, A., Nakato, Y., Nakagawa, S.,Kitaichi, Y., Kameyama, R., Wakatsuki, Y., Kitagawa, K., Tanabe, H., Kusumi, I.(2015). The moderator effects of affective temperaments, childhood abuse and adult stressful life events on depressive symptoms in the nonclinical general adult population. *Journal of affective disorders*. Nov 15;187:203-10. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.011. Epub 2015 Aug 28. PMID: 26342173.
- Nakai, Y., Inoue, T., Toda, H., Toyomaki, A., Nakato, Y., Nakagawa, S., Kitaichi, Y., Kameyama, R., Hayashishita, Y., Wakatsuki, Y., Oba, K., Tanabe, H., & Kusumi, I. (2014). The influence of childhood

- abuse, adult stressful life events and temperaments on depressive symptoms in the nonclinical general adult population. *Journal of Affective Disorders*, 12(1), 823-832. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100474>
- Neale, M. C. ve Stevenson, J. (1989). "Rater bias in the EASI temperament scales: A twin study": Erratum. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 845-845. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.5.845>
- Norman, R.E., Byambaa, M., De R., Butchart A., Scott J. ve Vos T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*; 9-11 e1001349.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85-91. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00642.x
- Otsuka, A., Takaesu, Y., Sato, M., Masuya, J., Ichiki, M., Kusumi, I., ve Inoue T. (2017). Interpersonal sensitivity mediates the effects of child abuse and affective temperaments on depressive symptoms in the general adult population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2559–2568.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, K., ve Aktaş, A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 130-136.
- Özçevik, D. & Güneş, Ö.D. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklere göre yaşadıkları çocukluk çağı travmaları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 28-42
- Özdemir, P. (2020). *Çocukluk çağı travmaları ile kendilik psikolojisi arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış yüksek lisans Tezi] Üsküdar Üniversitesi.
- Özen, Y. (2017). Psychological traumen is the old history of mankind. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117. DOI:10.30520/tjsosci.350160
- Özmert, E. N. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin uzun süreli biyopsikososyal etkileri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 471-480.
- Öztürk, M.O. (2011). *Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı*. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.
- Öztürk, O., ve Uluşahin, A. (2008) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, s. 496.
- Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 49-62.

- Polat, A. ve Muşdal Çelebi, B. (2019). Çocukluk çağı travmatik yaşantıların, yetişkin bağlanma stillerinin ve psikolojik iyi oluşun evlilik doyumu üzerindeki etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 29-34. <https://doi.org/10.30934/KUSBED.417436>
- Polat, O. (2001). Çocuk ve şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 138-150.
- Polat, O. (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı: Tanımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Iliceto, P., Rihmer, Z., S.kiskal, H., Girardi, P., Ferracuti, S., ve Tatarelli, R. (2009). Suicide risk and personality traits in physically and/or sexually abused acute psychiatric inpatients: A preliminary study. *Psychological Reports*, 105(2), 554-568. <https://doi.org/10.2466/PRO.105.2.554-568>
- Prior M, Smart D, Sanson A ve Oberklaid F. "Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence?", *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2000, 39(4): 461-468.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72>
- Putnam, S. P., Sanson, A. V. ve Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In: *Handbook of parenting: children and parenting*. Ed. M. H. Bornstein, Vol. 1, (NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers), 255-277.
- Qu, G., Liu, H., Han, T., Zhang, H., Ma, S., Sun, L., Qin, Q., Chen, M., Zhou, X., ve Sun, Y. (2023). Association between adverse childhood experiences and sleep quality, emotional and behavioral problems and academic achievement of children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02185-w>
- Ramos, M. C., Guerin, D. W., Gottfried, A. W., Bathurst, K. ve Oliver, P. H. (2005). Family conflict and children's behavior problems: The moderating role of child temperament. *Structural Equation Modeling*, 12(2), 278-298. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1202_6
- Rihmer, Z., Akiskal, K. K., Rihmer, A., ve Akiskal, H. S. (2010). Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 12-18. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833299d4>

- Rothbart, M. K., Sheese, B. E. ve Posner, M. I. (2007). Executive attention and effortful control: linking temperament, brain networks, and genes. *Child Development Perspectives*, 1(1), 2-7. <https://doi.org/10.1111/J.1750-8606.2007.00002.X>
- Sakai, Y., Akiyama, T., Kawamura, Y., Matsumoto, S., Tominaga, M., Kurabayashi, L., Miyake, Y., Akiskal, K., ve , H. (2009). Temperament and melancholic type: path analysis of a prospective study of depressive mood change in a nonclinical population. *Psychopathology*. 2(4):249-256. doi: 10.1159/000224148.
- Sanson & Oberklaid, (2013). Infancy and early childhood. In S. Vassallo & A. Sanson (Eds.), *The Australian temperament project: The first 30 years*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Sayın, A. ve Aslan, S. (2005). Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 276-283.
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.012>
- Schneider, G., Köhnke, C., Teismann, H. ve Berger, K. (2021). Childhood trauma and personality explain more variance in depression scores than sociodemographic and lifestyle factors – Results from the BiDirect Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110513>
- Sedlak, A. J. ve Broadhurst, D. D. (1996). *Executive Summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: National Centre on Child Abuse and Neglect, HHS.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., Mcpherson, K., Green, A., & Li, S. (2009). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*.
- Shiner, R. L., Buss, K. A., McClowry, S. G., Putnam, S. P., Saudino, K. J. ve Zentner, M. (2012). What is temperament now? Assessing progress in temperament research on the twenty-fifth anniversary of Goldsmith et al. (1987). *Child Development Perspectives*. 6(4), 436-444.
- Sırmacı, S. (2023). *Yeme tutumu ve mizaç ilişkisi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]*. Üsküdar Üniversitesi.
- Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., Halıcıoğlu, O., ve Akşit S. (2014) Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(-), 47-56.
- Spradley, B.W. ve Allender, J.A. (1996) *Community Health Nursing Concepts and Practice*. USA: Lippincott

- Stevens, J. P. (2012). Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. <https://doi.org/10.4324/9780203843130/APPLIED-MULTIVARIATE-STATISTICS-SOCIAL-SCIENCES-JAMES-STEVENS>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., ve Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/S00127-012-0549-Y/FIGURES/2>
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 146(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
- Straus, M. A., & Kaufman Kantor, G. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.005>
- Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., de Carvalho, H. W., & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.001>
- Sungur, M. ve Kaya, B. (2001). The onset and longitudinal course of a man-made post-traumatic morbidity: Survivors of the Sivas disaster. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5(3), 195-202. <https://doi.org/10.1080/136515001317021662>
- Sungur, M.Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2),105-108.
- Şar, V. (2009) Dissosiyatif kimlik bozukluğu: Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkili bir psikopatoloji. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(4), 26-33
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32(4), 1054-1063. doi: 10.5336/medsci.2011-26947
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>
- Şimşek, F., Ulukol, B. ve Bingöler, B. (2004). Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. *Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal Of Forensic Sciences*, 3(1), 47-52.
- Şimşek, Ş. ve Gençoğlu, S. (2014). Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(1), 166-171.

- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.) Needham Heights, MA: Allyn and Bacon
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston, MA: Pearson
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86.
- Tatar, A. (2019). Yetişkinlerin çocukluk çağı travma durumları ile istenmeyen düşüncelerle baş etme yöntemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi] İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Tekin, H. H., & Karakuş, Ö. (2019). The relationship between childhood trauma, emotion regulation difficulties and marriage satisfaction in pregnant adolescents. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(4), 500-507. <https://doi.org/10.21763/tjfm.519969>
- Tellioglu, Z.N. (2011). Unipolar ve bipolar bozukluğu olan hastaların baskın afektif mizaç, mizaç karakter özellikleri ve çocukluk çağı örselenmeleri açısından karşılaştırılması [Tıpta uzmanlık tezi]. Maltepe Üniversitesi.
- Terr, L.C. (2003). Childhood traumas: an outline and overview. *Focus*, 1(3), 322-334. <https://doi.org/10.1176/FOC.1.3.322>
- Thomas, A., ve Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). *Çocuk istismarı ve ihmali child abuse and neglect*. 1, 70-74.
- Toda, H., Inoue, T., Tsunoda, T., Nakai, Y., Tanichi, M., Tanaka, T., Hashimoto, N., Nakato, Y., Nakagawa, S., Kitaichi, Y., Mitsui, N., Boku, S., Tanabe, H., Nibuya, M., Yoshino, A., & Kusumi, I. (2015). The structural equation analysis of childhood abuse, adult stressful life events, and temperaments in major depressive disorders and their influence on refractoriness. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2079-2090. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82236>
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.
- Tuna, NG. (2022). Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları, stresle başa çıkma tarzları ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi] Gedik Üniversitesi.
- Tunç, S., Yenilmez, Y., ve Altınbaş, K. (2014). İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının mizaç ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 214-220. <https://doi.org/10.5455/apd.37574>

- Turner, P (2020) Critical values for the Durbin-Watson test in large samples, *Applied Economics Letters*, 27:18, 1495-1499.
- Türk Dil Kurumu (2011). *Türkçe Sözlük (Genişletilmiş Baskı)*. Ankara: TDK.
- UNICEF (2016). Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi: bu konuda harekete geçilmesine ve kanıt toplanmasına yönelik bir kılavuz. Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.
- UNICEF, (2010). Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- Ünal, F.(2018). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 0(1), 9-18
- Ünüböl, B. (2014) Çocukluk çağı travması olan ve olmayan iki uçlu olgularda afektif mizaç ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi. İstanbul:Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi
- Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazici, O., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2005). Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 113-125. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2003.10.011>
- Volkan, E., Üniversitesi, K., & Bölümü, P. (2022). Psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in. *Psychiatry*, 14(1), 242-250. <https://doi.org/10.18863/pgy.1160408>
- Wakatsuki, Y., Inoue, T., Hashimoto, N., Fujimura, Y., Masuya, J., Ichiki, M., Tanabe, H., & Kusumi, I. (2020). Influence of childhood maltreatment, adulthood stressful life events, and affective temperaments on premenstrual mental symptoms of nonclinical adult volunteers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.2147/NDT.S232925>
- Waterston, T. ve Mok, J. (2008). Violence against children: The UN report. *Archives of Disease in Childhood*, 93(1), 85-88. <https://doi.org/10.1136/ADC.2006.113340>
- Webb, J. (2018). Çocuklukta ihmalin izi: Boşluk hissi. Sola Unitas.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Special articles childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal Psychiatry*, 156(6), 816-28.

- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., ve Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>
- World Health Organization (1999). Report of the Consultation Child Abuse Prevention. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
- World Health Organization, (2001). Geneva: Global response against elder abuse. World Health Organization, Geneva, (HAI).
- World Health Organization. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. World Health Organization; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>
- World Health Organization. (2016). Child maltreatment. World Health Organization. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Yang, C., Chen, P., Xie, J., He, Y., Wang, Y. ve Yang, X. (2021). Childhood Socioeconomic Status and Depressive Symptoms of Young Adults: Mediating Role of Childhood Trauma. *Frontiers in Psychiatry*, 12. [DOI: 10.3389/fpsyt.2021.706559]
- Yargıç, I., Ersoy, E., ve Oflaz, S. B. (2012). Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 277-284
- Yargic, I. (2012). *The relation of childhood trauma with suicide attempt and self-mutilation. Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(4), 277-284.
- Yaşar, A. B., Sayman, C., Erdoğan Taycan, S., Çetinkaya, Y., Gündüz, A., & Tireli, H. (2020). The association between temperament features and childhood traumas in patients with juvenile myoclonic epilepsy. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(5), 1314-1322. <https://doi.org/10.3906/sag-1912-18>
- Yaşar, Z., & Gültekin Akduman, G. (2007). Çocuk ihmali-istismarı ve adli dış hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 389-394.
- Yelboğa, A. (2009). Validity and reliabilty of the job satisfaction survey (jss), *World Applied Sciences Journal*, 6(8), 1066-1072.
- Yıldırım, D.A. (2016). Acil servise başvuran çocukluk çağı adli olgularda travma profili ve istemli yaralanmaların özellikleri: retrospektif bir analiz. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 8(3), 34-39.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü. ve Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 295-298.

Yurdakök, K., & İnce, T. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-433.

Ziehnert, A. (2016). Schemas and romantic attachment as potential mediators in the relationship between child abuse and intimate *Psychology of Violence* 11(2), 133-143.

Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., şar V., Öztürk, M., Kora, E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.



EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında araştırmacının tez çalışması için yapılmaktadır. Aşağıda kendinizle ilgili bazı sorular yer almaktadır. Cevaplarımız gizli tutulacak ve sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

1.Cinsiyetiniz?

- a) Kadın
- b) Erkek
- c) Diğer

2.Yaş:

3.Medeni durum:

- a)Evli
- b)Bekar
- c)Boşanmış

3. Eğitim Düzeyiniz? (En son mezun olduğunuz düzeyi işaretleyiniz.)

- a) İlkokul
- b) Lise
- c) Lisans
- d) Yüksek Lisans
- e) Doktora

4.Mesleğiniz:

5. Sizce hangi sosyoekonomik gelir düzeyine girersiniz?

- a) Alt
- b) Alt/Orta
- c) Orta
- d) Orta/Üst
- e) Üst

6.Çalışma durumunuz:

- a)Çalışıyor
- b)Çalışmıyor

7.Herhangi bir psikiyatrik tedavi aldınız mı?

- a)Evet
- b)Hayır

8.Herhangi bir psikiyatrik tedavi aldıysanız ne olduğunu yazınız.

EK 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisinde alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.					
Çocukluğumda ya da ilk gençliğime...	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.					
14. Ailedekiler bana 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 fark ettiği oluyordu.					

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
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 götürecektir birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK 4. TEMPS-A Mizaç Ölçeği

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “**kesinlikle uyuyorsa**” → (D)
Doğru

“**tam olarak uymuyor**” ya da

“**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**” → (Y) Yanlış

1. D. Y. Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D. Y. İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D. Y. Hayatım boyunca çok çektim.
4. D. Y. İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D. Y. Kolay pes ederim.
6. D. Y. Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D. Y. Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D. Y. Başka insanlar kadar çok enerjimi olduğunu sanmıyorum.
9. D. Y. Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D. Y. Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D. Y. Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D. Y. Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D. Y. Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D. Y. Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D. Y. Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D. Y. İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D. Y. Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D. Y. Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D. Y. Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D. Y. Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.

21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla bir şeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Coğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.

46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınırım.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.

73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozular.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.

99. D Y Ani sesler beni kolayca irkildir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şikkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.