



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**YETİŞKİN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
SOMATİZASYON VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Elif SOLMAZ AŞKAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
(HEMŞİRELİK PROGRAMI)
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Selver BEZGİN

VAN-2024

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YETİŞKİN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
SOMATİZASYON VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Elif SOLMAZ AŞKAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
(HEMŞİRELİK PROGRAMI)
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Selver BEZGİN

VAN-2024

KABUL VE ONAY



ETİK BEYAN

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” başlıklı tezim; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Bu tezdeki bütün bilgiler akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak hazırlanıp, bu kural ve ilkeler gereği, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yapılmış ve kaynak gösterilmiştir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

Elif SOLMAZ AŞKAN

Tarih

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez sürecinde bir an bile desteğini benden esirgemeyen, bilgisi, donanımı ve tecrübesiyle her zaman yoluma ışık tutan, saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Selver BEZGİN'e,

Öğrencileri olmaktan mutluluk duyduğum hocalarım Dr. Öğr. Üyesi M. Cihad AKTAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi C. Hürrem AYHAN hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimi beraber geçirdiğim bütün arkadaşlarıma;

Benimle deneyimlerini paylaşan Tuşba ilçesi Aile Sağlığı Merkezleri çalışanlarına ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara,

Biricik çocuklarım Arel ve Nil Beren'e,

Destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Fahri AŞKAN'a, tüm aileme, özellikle de kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Solmaz Aşkan E. (2024). Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek lisans Tezi. VAN. Yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık arasında ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirildi. Çalışmanın örneklemini Van ilinin Tuşba ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri'ne sağlık hizmeti almak için başvuran

18 yaş ve üzeri 397 kişi oluşturdu. Veri toplama aracı olarak, "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Somatizasyon Ölçeği", "Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ve "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği" kullanıldı. Veriler, Aralık 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 26 paket programı kullanıldı ve %95 güven aralığı ve %5 anlamlılık dikkate alınarak verilerin analizi yapıldı. Veri analizinde bağımsız gruplarda t testi, korelasyon ve linear regresyon analizi yapıldı.

Korelasyon analizi sonucunda katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında negatif yönde, zayıf ilişki; psikolojik dayanıklılık ile somatizasyon düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasında en yüksek puan ortalamasının duygusal ihmal alt boyutunda; psikolojik dayanıklılık alt boyutları arasında ise sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan regresyon analizi sonucunda; katılımcıların çocukluk çağı travmalarının, somatizasyon ve psikolojik dayanıklılığın yordayıcısı olmadığı görüldü.

Sonuç olarak, katılımcıların somatizasyon ve çocukluk çağı travmalarının puan ortalamaları orta düzeyde olduğu; psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Dayanıklılık, Somatizasyon.

ABSTRACT

Solmaz Aşkan E. (2024). Examining the relationship between childhood traumas and somatization and psychological resilience levels of adult individuals. Van Yüzüncü Yıl University, Institute of Health Sciences, Department of Mental Health and Diseases Nursing. Master's Thesis. VAN. This study, planned to examine the relationship between childhood traumas, somatization and psychological resilience in adults, was carried out in a descriptive and relationship-seeking nature. The sample of the study consisted of 397 people aged 18 and over who applied to family health centers in Tuşba district of Van province to receive health services. "Sociodemographic Information Form", "Somatization Scale", "Psychological Resilience Scale for Adults", "Childhood Trauma Scale" were used for data. Data was collected between December 2023 and May 2024. SPSS 26 package program was used to evaluate the data and the data was analyzed by taking into account 95% confidence interval and 5% significance. In data analysis, t test, correlation and linear regression analysis were performed in independent groups.

As a result of the correlation analysis, a weak negative relationship was found between the participants' childhood traumas and their somatization and psychological resilience levels; It was determined that there was a weak positive relationship between psychological resilience and somatization levels. Among the childhood trauma sub-dimensions, the highest mean score is in the emotional neglect sub-dimension; Among the psychological resilience sub-dimensions, it was determined that the social resources sub-dimension mean score was higher. As a result of the regression analysis; It was observed that the participants' childhood traumas were not predictive of somatization and psychological resilience.

As a result, the participants' somatization and childhood trauma score averages were moderate; Psychological resilience score averages were found to be high.

Keywords: Childhood Trauma, Resilience, Somatization

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	II
ETİK BEYAN	III
TEŞEKKÜR.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	IX
TABLolar LİSTESİ.....	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Travma.....	3
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	5
2.2.1. Çocukluk çağı travmalarının çocuklar üzerindeki etkileri ve klinik özellikler	5
2.2.2. Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı	8
2.2.3. Çocukluk çağı travmalarına neden olabilecek risk faktörleri	10
2.2.4. Çocukluk çağı travmalarının türleri	11
2.2.5. Çocukluk çağı istismarları	11
2.2.6. Çocukluk çağı ihmalleri	13
2.2.7. Çocukluk çağı travmalarında korunma ve ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımı	14
2.3. SOMATİZASYON	17
2.3.1. Somatizasyonun klinik özellikleri	19
2.3.2. Somatizasyonun yaygınlığı.....	20
2.3.3. Somatizasyonun etiyolojisi.....	21
2.3.4. Somatizasyonda ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımı.....	23
2.4 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	24
2.4.1. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin özellikleri	26
2.4.2. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler.....	27
2.5 Somatizasyon, psikolojik dayanıklılık ve çocukluk çağı travmaları ile ilgili ulusal ve uluslararası yapılmış araştırmalar	28
2.6. Psikolojik dayanıklılığın ruh sağlığı hemşireliği açısından önemi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Türü	31
3.2 Araştırma Soruları	31
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.4. Çalışmaya Alınma ve Alınma Kriterleri.....	32
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	32
Sosyodemografik Bilgi Formu	33
Somatizasyon Ölçeği	33
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	33

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	34
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği	36
4. BULGULAR	37
4.1. Katılımcıların Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	37
4.2. Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri	39
4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇÇTÖ Toplam ve Alt Boyutların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40
4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	46
4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre YPDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	48
4.6. Ölçeklerin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	51
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	54
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması	54
5.2. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması	58
5.3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	63
KAYNAKLAR	73
ÖZGEÇMİŞ	92
EKLER	93

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ÇÇT	: Çocuk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
YPDÖ	: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
SÖ	: Somatizasyon Ölçeği
YS	: Yapısal Stil
GA	: Gelecek Algısı
AU	: Aile Uyum
KA	: Kendilik Algısı
SY	: Sosyal Yeterlilik
SK	: Sosyal Kaynaklar
AKK	: Aşırı Koruma ve Kontrol
UÇM	: Uluslararası Çocuk Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNİCEF	: United Nations International Children's Emergency Found
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği
BPB	: Bipolar Bozukluk

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı (N=397)	37
Tablo 4.2. Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri.....	39
Tablo 4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇÇTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=397).....	43
Tablo 4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına (N=397)	46
Tablo 4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre YPDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=397)	48
Tablo 4.6 ÇÇTÖ, SÖ ile YPDÖ Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (N=397).....	51
Tablo 4.7. YPDÖ ile SÖ Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (N=397)	51
Tablo 4.8. Ölçeklere ilişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	52

1. GİRİŞ

Çocukluk çağı travmaları, yaygın olmakla birlikte çocukların gelişim evreleri ve yetişkinlik dönemleri üzerinde olumsuz etkileri olan küresel bir problemdir. Çocukluk çağı travmaları, genellikle istismar ve ihmal kavramları olarak çalışmalarda ele alınmaktadır (Güneri Yöyen, 2016). İhmal ve istismar gibi olumsuz deneyimler çocukların gelişim aşamalarını olumsuz yönde etkilemekte ve sağlıklı birer erişkin olmaları açısından da risk oluşturmaktadır (Şahin, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2-4 yaş arası yaklaşık dört çocuktan üçünün (yani üç yüz milyon çocuğun), ebeveynleri ve bakıcıları tarafından düzenli şekilde fiziksel cezaya ve/veya psikolojik şiddete uğradığını; her beş kadından ve her 13 erkekten birinin 0-17 yaş arası çocukluğunda cinsel istismara uğradığını bildirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), çocuk ihmali ve istismarını; 18 yaş altı çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine, onuruna ya da güven duygusuna olumsuz yönde etki eden her türlü fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü eylemler şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2022a).

Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde psikopatolojinin ortaya çıkmasında etkili olduğu bilinmektedir. Travmatik yaşantılara maruz kalan bazı bireyler psikolojik belirtiler ile beraber fiziksel belirtilerde (kalıcı baş ağrısı, mide bulantısı, mide-bağırsak rahatsızlığı vb.) diğer bir deyişle somatizasyon bozukluğu da yaşayabilmektedir (Wankhade ve ark., 2022). Somatizasyon bozukluğuna sahip bireyler, tıbbi hizmetlere fazla başvuruda bulunmalarına rağmen psikolojik destekten kaçınmaktadırlar. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin birinci basamak düzeylerine yapılan başvuruların çoğunluğunu somatizasyona sahip bireyler oluşturmaktadır (Taslı ve Hocaoglu, 2022).

Çocuklara yönelik ihmal ve istismar yaygın olmakla birlikte çoğu zaman gizlenmektedir. İhmal ve istismar mağduru çocukların yalnızca küçük bir kısmı başlarına gelenleri başkalarına anlatabilmektedir. Bu nedenle bu çocukların çok azı ihtiyaç duydukları desteği alabilmektedir. Sağlık profesyonelleri, günlük uygulamalarında karşılaştıkları ihmal ya da istismar mağduru çocuklara yardım etme konusunda benzersiz bir konuma sahiptir. Sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler, gerekli donanıma sahip olduklarında istismar ve ihmalin olumsuz sonuçlarını hafifletmede ve daha fazla

zararın önlenmesinde önemli bir rol oynayabilirler (WHO, 2022b).

Literatürde çocukluk çağı travmatik yaşantıların, yetişkinlik döneminde her zaman somatizasyon geliştirmediği ve aynı zamanda çocukluk çağı travmatik yaşantıların, psikolojik dayanıklılığa olumlu katkısının olabileceği belirtilmektedir (Karal ve Atak, 2022). Yaşamın erken dönemlerinden başlayarak psikolojik dayanıklılıklarının geliştirilip, güçlendirilmesi için desteklenen çocukların yetişkinlik dönemlerinde zorluklar karşısında daha dayanıklı, daha başarılı oldukları, daha sağlıklı ilişkiler geliştirdikleri ifade edilmektedir (Yoon ve ark., 2021). Psikolojik dayanıklılık pozitif psikoloji bakış açısıyla açıklanacak olursa; bireyin zorlu yaşam olaylarından sonra hızlıca kendini toparlayarak normal yaşantısına dönebilme gücünü gösterebilmesi ve aynı zamanda zorluklara rağmen olumlu bir biçimde yaşamına uyum sağlayabilmesi olarak tanımlanabilir (Garmezy, 1993; Doğan, 2015). Travmatik yaşantılara maruz kalan bazı bireyler psikopatoloji geliştirmeden bu durumla baş ederken, diğerlerinin neden psikopatoloji geliştirdikleri sorusu hala merak konusu olmaya devam etmektedir (Wankhade ve ark., 2022).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, ÇÇT ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele alan birçok araştırmanın olduğu (Dokgöz ve Kar, 2017; Çakar ve ark., 2018; Mamati, 2018; Kerber ve ark., 2023; Aktay ve Hızlı Sayar, 2021), ancak ÇÇT ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılığı birlikte inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (Beutel ve ark., 2017a).

Bu tez çalışmasında, yetişkin bireylerin ÇÇT ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

Kişinin ruhsal ve bedensel varlığını farklı şekillerde sarsan, yaralayan her türlü olayı adlandırmak üzere kullanılan "travma" kavramı, 19. yüzyılda yapılan çalışmalar dışında fiziksel travma olarak kullanılmıştır (Herman, 2016). Yüzyıllarca travmanın psikolojik etkilerinin olabileceği düşünülmemiştir. Bununla birlikte travma sonucunda psikolojik problem deneyimleyen bir bireyin ya kişiliğinde bir sorun olabileceği veya fiziksel rahatsızlığı olabileceği düşünülmüştür (Kokurcan ve Özsan, 2012). Fransa-Prusya (1870) savaşından sonra askerlerin psikolojik problemler göstermesi psikiyatristlerin ilgisini uyandırmıştır. Travmanın ruhsal etkilerinin olabileceği fikri bu olay sonrası oluşmuştur (Karal ve Atak, 2022). Savaş sonrasında askerlerin tepkilerinin azalması savaşta yaşadıkları durumları tekrar yaşantılamaları ve askerlerin savaş öncesinde keyif aldığı durumlara ilgisiz olmaları nedeniyle onlara ilk kez "travmatik nevroz" tanısının konulması önerilmiştir (Özen, 2019). Travmanın psikolojik etkilerine yönelik ilk çalışmalar histeri problemi yaşayan bireylerle çalışan Fransız nörolog Jean-Martin Charcot tarafından yapılmıştır. 1890'larda Charcot'un öğrencilerinden Janet ve Freud, histerinin nedenini açıklayabilmeyi amaçlamıştır. Histerinin önceden deneyimlenen kötü durumların etkisiyle ortaya çıktığını, travmatik anılar sonrası yaşanan duyguların sözcüklere döküldüğünde bu şikayetlerin azaldığını gözlemlemişlerdir (Kokurcan ve Özsan, 2012). Uluslararası derin bir etki yaratan Birinci Dünya Savaşı ile psikolojik travmaya olan ilgi artmıştır. Birinci Dünya Savaşından sonra silah arkadaşlarını kaybeden ve onların yaralanmasına tanıklık eden çoğu asker psikolojik semptomlar sergilemiş pek çok hastanede yatırılarak tedavi edilmiş ve askerlerde "bomba şoku" olarak adlandırılan savaş nevrozları ortaya çıkmıştır (Özen, 2019). Savaş nevrozuna olan ilgi İkinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla tekrar artmış, savaşın askerler üzerindeki ruhsal etkileri "muharebe yorgunluğu" ve "savaş nevrozu" şeklinde tanımlanmıştır. Zorlu koşullara maruz kalan bireylerin psikolojik sarsıntı yaşayabileceği, maruziyetin şiddetiyle kişilerde psikiyatrik sorun ortaya çıkabileceği ilk defa kabul görülmüştür (Özen, 2019; Karal ve Atak, 2022). Savaşla bağlantılı psikopatolojinin nedenlerini açıklamak için savaş sonrası ilk defa Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tarafından DSM-I'de önemli bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek düzeyde duygusal strese yol açan duruma karşılık belirtilen

“Büyük Stres Tepkisi” tanısı yer almıştır (Karal ve Atak, 2022). DSM-II’de ise; “Geçici Durumsal Bozukluk” şeklinde tanımlanmıştır. 1980’de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) başlığı altında yeni bir kategori şeklinde DSM’III’e eklenmiş ve ilk kez zorlu yaşam olaylarına karşılık gelen travma sendromu psikiyatrik tanı olarak yer almıştır. TSSB tanısının DSM kitabında bulunması ile travmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi resmen onaylanmıştır (Kokurcan ve Özsan, 2012; Herman, 2016). Travma, DSM-V te Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar adı altında yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022). Travma Türk Dil Kurumuna göre “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara; örselenme” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2024). Ayrıca “sarsıntı” gibi farklı şekillerde tanımlanan travma kelimesi, “yaralanma” ve “zarar görme” olarak ele alınmıştır (Ruppert, 2011). Bireyler, yaşam seyri içinde zor ve travmatik durumlarla karşı karşıya kalabilirler. Bireylerin, zorluklarla başa etme tarzları bireye göre değişmekle birlikte travmatik yaşantılar, ruhsal açıdan örseleyici olabilmektedir (Tıraşçı & Gören, 2007). Günümüzde yaşanan travmaların artması ile travma kavramı ciddi bir toplum sorununa dönüşmüş ve daha sık incelenen bir konu haline gelmiştir. Travmanın literatürdeki genel anlamı ise, kişinin beden bütünlüğüne ve ruhsal yapısına önemli ölçüde zarar veren olaylar şeklinde ifade edilmektedir (Karal ve Atak, 2022). Travmatik olayların ise literatürde farklı şekillerde sınıflandırıldığı belirtilmekte ve bireysel travmalar (kişinin yakınlarından birinin ölümü, kaza geçirmesi gibi), toplumsal travmalar (savaş, sel gibi doğal afetler), tekil travmalar (saldırıya uğrama, hayatı tehdit eden alanlarda yer alma gibi) ve süregelen travmalar (devamlı istismar durumları gibi) şeklinde sınıflandırmalarda görmek mümkün olmaktadır (Gölge, 2005; Aker, 2012). Bireyin başa çıkma kapasitesini aşan durumların deneyimlenmesi, kişilerde önemli rahatsızlıkların görülmesine yol açabilmektedir (Özden, 2018). Burada önemli olan nokta bu travmatik yaşantıların yaşandığı dönemdir. Travmatik yaşantılar her yaş grubunu etkilese de, çocukların, gençlerin, engelli ve yaşlıların zor durumlar karşısında daha çok risk taşıdıkları ifade edilmektedir (Karaçay ve Güloğlu, 2022). Travmatik yaşam olayları, çocukluk çağında gerçekleştiğinde bireyler üzerindeki örseleyici etkisi daha da ağır olabilmektedir. Bu zorlu durumların olumsuz etkileri yalnız çocukluk çağında değil, erişkinlik çağında da görülebilmektedir (Karal ve Atak, 2022; Švecová ve ark., 2023).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Tarih boyunca sıklıkla çocukların satıldığı, köle edildiği, öldürüldüğü, kültürlerin etkili olduğu istismarlar yaşanmıştır. Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sonrası çocuklarda savaş etkilerinin görülmesi ve İkinci Dünya Savaşı ardından çocukları korumayı hedefleyen yurt içi ve yurt dışı organizasyonların eylemde bulunması ile travma alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır (Çelik ve Hocaoglu, 2018).

900'lü yıllarda Bağdat'ta çalışması ile çocukluk çağındaki zorlu yaşantılara ilk defa Farsi tarafından değinilmiştir. Kempe ve arkadaşları, çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları bedensel semptomları, 'Hırpalanmış Çocuk Sendromu' ("battered child") şeklinde belirttikleri aktarılmaktadır (Aktay, 2020). Bilimsel olarak çocuk istismarının tartışılması ilk kez "Hırpalanmış Çocuk" teriminin kullanılması ile başlamış (Karal ve Atak, 2022), zamanla terimin yerini çocuk istismarı ("child abuse") almıştır. 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) toplumsal duyarlılığın oluşması sonucu "Çocuk ihmalini ve istismarını önleme ve tedavi yasası" çıkarılmıştır. Birleşmiş Milletler' in 'Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni kabul etmesi önemli bir gelişme olmuştur. Sözleşmenin 19. maddesi ile çocuğun; bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulu getirilmiştir. Çocuk istismarına ilişkin ülkemizde yapılan faaliyetler tüzel kişiler ve sosyal çalışmacılar ile yürütülmüştür (Çelik ve Hocaoglu, 2018).

Çocuklukta dönemi travmaları, yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen istismar ve ihmal yaşantılarının genel adıdır. Buna göre 18 yaş altı çocuklara karşı aktif olarak yapılan fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyici her tür davranış istismar; onların beslenme, bakım, gözetim, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması ise ihmal olarak kabul edilmektedir (Güneri Yöyen, 2016). Çocuk ihmali ve istismarı DSM-5'de "**Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar**" başlığı altında "**Çocuğa Kötü Muamele ve Çocuğu Boşlama Problemleri**" içinde, "**çocuğa bedensel sömürü**", "**çocuğa cinsel sömürü**", "**çocuğa ruhsal sömürü**", "**çocuğu boşlama**", şeklinde yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022).

2.2.1. Çocukluk çağı travmalarının çocuklar üzerindeki etkileri ve klinik özellikler

Çocukluk çağı travmaları, çocukların gelişimleri üzerinde, mağdurlar, aile ve toplum üzerinde uzun vadeli olumsuz sonuçları olan, geniş çaplı bir sorundur (Kostić ve ark., 2019; Aktay, 2020). Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının düşünüleninden daha fazla olduğu, yetişkinlik döneminde bir dizi ruhsal sorunların oluşumuna katkıda bulunabildiği gösterilmiştir (Şar, 1998; Özadmaca, 2023). Çocukluk döneminde yaşanan her türlü travmatik olay, çocukta derin izler bırakarak çocuğun kendisini güçsüz, dünyayı tehlikeli şekilde algılamasına, neden olabilmektedir (Kütük ve Bilaç, 2017).

Bir olay bir birey için travmatik bir deneyim olarak yaşanırken aynı olay başka bir birey için travmatik bir deneyim olarak yaşanmayabilmektedir. Bununla birlikte travmatik olaylara verilen tepkilerin yoğunluğu; travmanın niteliği, ciddiyeti, süresi, önceki travmatik deneyim yaşantısı, travma boyunca ve sonrasında mevcut olan destek kaynakları gibi birçok faktör ile ilişkili görülmüştür. Böylelikle travmaya verilen tepkiler bireyler arasında farklılıklar gösterebilmektedir (Yalçın ve Öztürk, 2018). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikte görülen psikopatolojilerin ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca çocuklukta yaşanan sıkıntıların uyum, sosyal destek ve dayanıklılıkta azalmayla ilişkili olduğu, somatik semptomlara ise katkıda bulunduğu da belirtilmektedir (Beutel ve ark., 2017a).

İstismar ve ihmal mağduru çocuklarda uyku sorunları, olayın tekrar canlanması (flash-back), çökkünlük belirtileri, kaygı bozuklukları, somatoform bozukluklar, utanç ve suçluluk duygusu, öğrenmede zorluk, dikkat sorunları, hiperaktivite bozukluğu, madde ve alkol kullanımı, fiziksel problemler, cinsel davranış bozuklukları, kendine zarar verme davranışları, intihara meyilli olma gibi problemler görülebilmektedir (Şar, 1998; Aktay, 2020; Barczyk ve ark., 2023).

Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının, intihar düşüncesi (Miller ve ark., 2017; Jardim ve ark., 2018) ve intihar girişimi riskini artırdığı (Şar, 1998; Peyre ve ark., 2017); sürekli olarak sigara, alkol ve madde kullanımı gibi yüksek riskli sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu (Kostić ve ark., 2019; Petruccelli ve ark., 2019) ve tıbbi hastalıklarda belirgin artışa, bir dizi fiziksel semptomlara ve genel olarak sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olabileceği belirtilmektedir (Sachs-Ericsson ve ark., 2017; Akgün ve Çetin, 2020). Bununla birlikte başka çalışmalarda çocukluk çağı travmaları ile

erken başlangıçlı kronik hastalık riski, depresif bozukluklar, anksiyet bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (Gardner ve ark., 2019; Coşkun ve ark., 2022), obsesif-kompulsif bozukluk, kronik ağrı, ağrıya bağlı sakatlık (Bussi res ve ark., 2023) ile ilgili bulunmuştur. Aynı zamanda çocukluk  ağı travmaları, küresel çapta kalp hastalığı, kanser, fel , diyabet, depresyon ve intihar eğilimi gibi tüm önde gelen ölüm ve sakatlık nedenlerinin ortaya çıkma riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (World Health Organization, 2020).

Alan yazında, ebeveynler arasında şiddet kullanımına şahit olan çocukların duygusal ihmale maruz kaldıkları, ayrılma kaygısı, uyku sorunları, psikosomatik problemler yaşayabildikleri belirtilmektedir (şar, 1998). Çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantılar uluslararası düzeyde yaygın ve önlenmesi kaçınılmaz olan bir halk sağlığı sorunudur (Aktay, 2020). Çocukluk deneyimleri yoluyla ortaya çıkan utanç ve suçlulukla ilgili duygulanımlar, uygun şekilde zihinselleştirilemeyen veya işlenemeyen zor duygulanımlar olarak yoğunlukları nedeniyle somatik semptomlara katkıda bulunabilir (Kealy ve ark., 2018). Beynin temporal lobunda yer alan, hafıza ve y n bulmada, öğrenme ve bellekle ilgili süreçlerde büyük rol oynayan hipokampusün, otonomik sinirler ve nöroendokrin sistemler üzerinde kilit role sahip olduğu belirtilmiştir.

Uzun süreli sonuçları olan, etkileri genetik ifadelerin değişmesine kadar uzanabilen duygusal bir travma, bir dizi nörobiyolojik olayı tetikleyebilmektedir. Erken dönemdeki istismar ve ihmal durumları, çocuğun stresli olaylara karşı direncini azaltarak gelişmekte olan nörobiyolojik sistemini serbest bırakabilir, bu da daha sonra duygusal düzenleme sorunlarına yol açabilir. Tekrarlanan duygusal stres etkenlerine maruz kalmanın, bazolateral amigdala sinaps oluşumunun ve dendritik büyümenin artmasına, hipokampusta dendritik geri çekilmeye ve belirli tetikleyicilere karşı anksiyete benzeri davranışlara neden olduğu gösterilmiştir (Giotakos, 2020).   T, yetişkinlikte bazı nöropsikiyatrik bozukluklar ( rneğin; depresyon ve anksiyete) için potansiyel bir risk faktörüdür ve beyin gelişimini etkileyebilmektedir. Literatürdeki bulgularda, limbik sistemin, özellikle de amigdalanın işlevsel bağlantısının, çocuklukta travmalarla büyük ölçüde ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Liu ve ark., 2023).

Travmatik yaşantıların her zaman birey üzerinde olumsuz etkiler yaratmadığı aynı zamanda bireylerde travma sonrası büyüme, strese bağlı büyüme, yarar bulma, algılanan

faydalar, gelişme, güç dönüşümü, olumlu uyum sağlama ve psikolojik dayanıklılık düzeyinde artma gibi olumlu değişimler yaratabileceği belirtilmektedir (Duman, 2019). Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının, psikopatolojilerle ilişkili bulunduğu belirtilmiştir. Ancak ÇÇT'nin bir bir psikopatolojileri yordamamasının nedenleri arasında, travma sonrası büyüme, dayanıklılık, sosyal kaynak düzeyleri, zorlu durumlarla etkili başa çıkma vb. etmenlerin koruyucu etkisinin olduğu düşünülmektedir (Dereboy ve ark., 2018). Dayanıklılık özelliklerinin ergenlerde riskli davranışlara karşı etkileri azalttığı da bildirilmektedir (Wang ve ark., 2019). Literatürde çocukluk çağı travmalarının sağlık sonuçları üzerindeki zararlı etkileri vurgulansada, travmaların olumsuz sonuçlar üzerindeki etkilerine, dayanıklılığın önemli ölçüde aracılık ettiği öne sürülmektedir (Hu ve ark., 2015; Ding ve ark., 2019; Maul ve ark., 2020; Kuldas ve Foody, 2021).

2.2.2. Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı

Çocuk istismar ve ihmalinin kayıt ve bildirimlerin yetersizliği, genellikle toplum içinde saklı kalması, akademik boyuttaki araştırmaların yetersizliği ulusal düzeyde sağlıklı bilgiler elde etmeyi güçleştirmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Özer ve ark., 2014). Yaşamı boyunca yaklaşık dört çocuktan birinin çocuk istismarı veya ihmaline maruz kaldığı, travmaya uğrayan çocukların %18'i fiziksel istismar, %78'i ihmal, %9'unun cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir (Brown ve ark., 2024). UNICEF'in 2017 raporuna göre küresel çapta 2-4 yaş aralığında bulunan her dört çocuktan üçü, anne-baba veya bakıcıları tarafından yaşadıkları ortamda düzenli şekilde bedensel veya ruhsal şiddete uğramaktadırlar (UNICEF, 2017). Avrupa topluluğunun yaklaşık duygusal (%18), fiziksel (%16) ihmal ve duygusal (%16), fiziksel (%23) ve cinsel (%10) istismara ilişkin tahminleri ele alınırsa, travma kavramı önemli bir halk sağlığı problemini teşkil etmektedir (Sethi ve ark., 2013).

DSÖ, 2017 yılında "Çocuklara Yönelik Kötü Muamele" adlı bildiri yayınlamıştır. Bildiride, uluslararası çapta cinsel istismar olaylarının %90'ında failin, çocukların yakını olduğu aktarılmıştır (Kostić ve ark., 2019). ABD'de toplum temelli bir ruh sağlığı kliniğinde çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının incelendiği bir çalışmada; 856 katılımcıdan %40'ı dört veya daha fazla çocukluk çağı travması bildirmiştir (Sucich ve ark., 2023). Sırbistan nüfusunu temsil eden 18-65 yaş arası 2.792

katılımcıdan oluşan çalışmada, Sırbistan'daki her 100 yetişkinden yaklaşık 70'inin çocukluk döneminde en az bir çocukluk çağı travma türünü tekrar tekrar deneyimlediği, yaklaşık 20'sinin ise dört veya daha fazla çocukluk çağı travma türünü yaşadığı belirtilmektedir (Kostić ve ark., 2019). Alman nüfusuna uygulanan bir çalışmada, kadınlar, 40 yaş ve üzeri katılımcılar arasında çocukluk çağı travmalarının daha sık olduğu; katılımcıların üçte birinin birden fazla travma türü yaşadıkları bildirilmiştir. Çocukluk travmalarının yetişkinlikteki bedensel ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu; ilişki gücünün yaşa, cinsiyete ve travma türüne göre değiştiği belirtilmiştir (Klinger-König ve ark., 2024). Uluslararası bir çalışmada, çalışmanın yapıldığı çalışma verilerinin toplandığı süre zarfında çocukların (12-17 yaş; N=571) son sene içerisinde; sırasıyla %66, %55, %18'inin duygusal, fiziksel ve cinsel istismara, %37'sinin ise ihmale maruz kaldığı bildirilmektedir (Zolotor ve ark., 2009)

Çin'de yapılan bir çalışmaya göre, hasta olan katılımcılar tarafından bedensel ve duygusal ihmal daha fazla bildirilirken, cinsel ve bedensel istismar daha az bildirilmiştir. Sağlıklı grubu oluşturan katılımcıların bedensel istismarı daha fazla rapor ettikleri belirtilmiştir (Xie ve ark., 2018). Kalyon ve Yazıcı (2020)'nın yaptıkları çalışmada, cinsiyete dayalı yapılan karşılaştırmalar sonucunda, erkeklerin kadınlara göre fiziksel ihmale fazla maruz kaldıkları belirlenmiştir. Çalışmada, 439 gönüllü üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, katılımcıların daha fazla (%24.1) fiziksel ihmal ve (%30.1) duygusal istismar mağduru olduğu belirtilmiştir. Ayrıca öğrencilerin %53.5'inin bir veya birden çok çocukluk çağı travmasına uğradığı belirlenmiştir (Kalyon ve Yazıcı, 2020). Top ve Çam (2021) yaptıkları çalışmada; üniversite öğrencilerinde çocukluk çağında duygusal istismar (%40.3) ve fiziksel ihmal (%44.7) daha yüksek oranlarda tespit edilmiştir (Ustuner Top ve Cam, 2021).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; güvenlik birimlerine gelen/getirilen çocukların dahil olduğu vaka sayılarının önceki yıla kıyasla %20.5 oranında yükseldiği belirtilmektedir. Bu birimlere getirilen 259 bin 106 çocuğun %89,8'i suç mağdurlarından oluşmaktadır (TÜİK, 2023). Elde edilen veriler çocukların korunması konusunda koruyucu önleyici ve müdahale hizmetlerinin, yasal yaptırımların yeniden gözden geçirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. 2009-2010 yılları arasında Çocuk Koruma Birimi'nde yapılan bir araştırmada çocukların en fazla (%49.4) cinsel

istismara, uğradıkları belirlenmiştir. Cinsel istismar mağdurlarının %56.8'inin ise kız cinsiyetinde olduğu bulunmuştur (Koç ve ark., 2012).

Ergenlik döneminde yer alan üniversite öğrencileri arasında çocuklukta cinsel istismar yaşama durumları ve cinsel istismarı bildirme sıklıklarının incelendiği araştırmada katılımcıların %41,6'sı çocuklukta en az bir kez cinsel istismara kaldıkları tespit edilmiştir. Bu öğrencilerin, %56,3'ünün kadın olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu öğrencilerin istismarı adli birimlere bildirme oranının %4.6 olarak belirlenmiştir (Bulut Şahin, 2020). İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların ÇÇT deneyimlerinin ve duygusal istismar türünün fazla olduğu saptanmıştır (Coşkun ve ark., 2022). Trabzon'da bir hastane polikliniğinde 6721 hastanın dosyasının tarandığı retrospektif bir çalışmada, 118 (104'ü cinsel istismar) istismar kaydı tespit edilmiştir (Bilginer ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda tespit edilen bulgular ve rapor edilen resmi bilgilere göz önünde bulundurulduğunda, durumun önemi ortaya çıkmaktadır (Türkkan ve ark., 2021).

2.2.3. Çocukluk çağı travmalarına neden olabilecek risk faktörleri

Çocukluk çağında yaşanan travmalar, son zamanlarda da ciddi endişe kaynağı teşkil etmektedir. Literatürde çocukluk çağı travmalarını ve risk etmenlerini açıklamak ve bu travmaları önlemek üzere farklı yaklaşımlar yer almaktadır (Türkkan ve ark., 2021; Yüzügüldü ve Ülküer, 2023). ÇÇT tüm toplumlarda, sosyal sınıf ve kültürlerde, her sosyoekonomik düzeyde görülebilir (Bostancı ve ark., 2006; Çelik ve Hocoğlu, 2018).

Risk ve koruyucu etkenler yaşamın erken gelişim dönemlerinde farklılıklar gösterebilmektedir (Kara ve ark., 2004). Çocukluk çağı travmaları için risk faktörleri;

- Çocuğun barınma, giyinme vb. gereksinimlerden mahrum edilme, çocuğun eğitim ihtiyacının karşılanmaması,
- Çocuğun yaşı, cinsiyeti, mental retardasyon durumu, kronik rahatsızlıkları,
- Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumun yetersizliği, işsizlik,
- Kalabalık aileler, aile içi şiddet varlığı, eşler arası uyumsuzluk erken yaşta

ebeveyn olmak,

- Ebeveynlerden birinin olmaması, tecrübesiz ebeveynler, ebeveynlerin çocuklarına yönelik olan tutum ve davranışları, kişilik bozukluğu,
- Ebeveynlerde psikiyatrik rahatsızlık, alkol madde kullanımı,
- Sosyal destekten yoksun olma, çocuğu koruyan yasa ve kurumların yetersizliği vb. olarak gösterilmektedir (Şimşek ve ark., 2004; Armağan, 2007; Dilsiz ve Mağden, 2015; Geçkil, 2017; Akgün ve Çetin, 2020).

Bununla birlikte çocukluk çağı travmalarına neden olabilecek cezalandırma yöntemlerinin kullanılması aile ve toplumsal risk faktörü olarak görülmektedir (Dilsiz ve Mağden, 2015). Çocuklar ebeveynlerini model alarak gelişim gösterirken, benlik gelişiminde onların tutum ve davranışlarından olumlu ya da olumsuz olarak etkilenirler (Onuk ve Tekin, 2018). Toplumun sosyoekonomik durumu, kültürel değerleri gibi etmenlere göre ebeveyn tutumları çeşitlilik sergileyebilir (Adana ve Kutlu, 2010). Ayrıca çocukluk çağında istismara uğramış ebeveynlerin kendi çocuklarına karşı daha örseleyici disiplin yöntemlerini kullandığı gösterilmiştir (Şimşek ve ark., 2004; Dilsiz ve Mağden, 2015). Yapılan çalışmada, anne-baba demokratik tutumları arttıkça çocukluk çağı travmalarına ilişkin farkındalıklarının arttığı belirtilmektedir (Yüzügüldü ve Ülküer, 2023).

2.2.4. Çocukluk çağı travmalarının türleri

ÇÇT, literatürde sıklıkla istismar ve ihmal kavramları ile açıklanmaktadır (Güneri Yöyen, 2016). Çocukluk çağı istismarı, fiziksel, cinsel ve duygusal (psikolojik) istismar şeklinde ele alınmaktadır (Aktay, 2020). İhmal ise fiziksel veya duygusal ihmal şeklinde sınıflandırılmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). İhmalin pasif, istismarın aktif durumları teşkil etmesi iki kavramı farklı kılmaktadır (Dereboy ve ark., 2018).

2.2.5. Çocukluk çağı istismarları

Çocuk istismarı; genel olarak fiziksel, cinsel, duygusal açıdan çocuğa kötü muamelede bulunulması şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk istismarının daha çok çocuğun tanıdık çevresi tarafından gerçekleştirildiği görülmekle birlikte (Akgün ve Çetin,

2020), çocuğun yakınları tarafından yineleyici şekilde uygulanması nedeniyle istismarın tespiti ve tedavisi oldukça zorlaşmaktadır.

a) Fiziksel istismar

DSM-5-TR’de fiziksel istismar; çocuğun ebeveyn veya çocuğun bakımından sorumlu kimse tarafından çocuğa kasti olarak uygulanan hafif düzeydeki yara ve hasardan ölüme yol açabilecek nitelikteki çeşitli eylemlerle fiziksel yaralanmasını meydana getirme olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022).

Fiziksel istismar çocuklara yaygın biçimde uygulanan, tespiti basit bir istismar türüdür. Bazı toplumlarda fiziksel istismar oranının yüksek olmasının nedeni, terbiye ve disiplin aracı olarak görülmesidir (Aktay, 2020; Karal ve Atak, 2022). Fiziksel istismarın en ciddi şekillerinden biri sarsılmış bebek sendromudur. Bu sendromda iki yaş altı ve sıklıkla altı aydan küçük bebekler, altılı yaşlara uzanabilen, devamlı ağlayan ve sakinleştirilmesi zor olan bebekler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuğun bakımını üstlenen kişi tarafından sakinleştirilmesi için gittikçe artan bir şiddette çocuğun hırpalanması, sallanması ve sarsılması sonucu önemli ölçüde beyin tahribatı oluşmaktadır (Geçkil, 2017). 1977 yılında Meadow tarafından tanımlanan “Munchausen Sendromu” ise fiziksel istismar sonucu oluşan diğer bir sendromdur. Bu sendromda bakım veren tarafından, çocuğun hasta olamamasına rağmen çocuk hastaymış gibi davranılarak devamlı doktora, muayeneye götürülmesidir. Bu sendromda süregelen muayene ve tedavi işlemleri çocukta hasarlar oluşturmaktadır (Tiryaki ve Yurteri, 2017).

b) Cinsel istismar

DSM-5-TR’de yer alan tanımına göre cinsel istismar ebeveyn veya çocuğun bakımından sorumlu kimsenin, cinsel doyum sağlamak amacıyla, çocuğu cinsel aktivite içeren davranışlara dahil etmesi cinsel istismardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022). Bir fiile cinsel istismar diyebilmek için doğrudan temas şartı aranmadığı belirtilmiştir. Cinsel bölgelere dokunma vb. temasın olduğu durumlar olabileceği gibi gözetleme, cinsel içerikli konuşmalar ve sohbetler, cinsel içerikli unsurların gösterilmesi vb. temasın bulunmadığı şekilde de görülebilmektedir (Çelebi ve Polat, 2019; Yelboğa, 2019). Çocuğa yöneltilen cinsel istismarın sonuçları; istismarın devamlılığına, çocuğun

yaşına, failin çocuğa olan yakınlığına ve şiddet barındırmasına göre farklılıklar göstermektedir. Aile içi cinsel istismar, gizlenmekte, toplumsal olarak kabul görmemekte ve en yoğun duygusal etkiyi doğurabilmektedir (Dilsiz ve Mağden, 2015). Cinsel istismarın yaygın olduğu, uzun süre maruz kalınmasına rağmen genellikle gizli tutulduğu düşünülmektedir (Aktay, 2020). Sürekli, otoriter biri tarafından maruz kalınan istismar yaşantısı, çocukta travmaya ilişkin ruhsal semptomların yoğun yaşanmasına yol açmaktadır. Cinsel istismar kurbanı çocuklarda; kaygı, depresyon, disosiyatif belirtiler, cinsel davranış bozuklukları, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma, nefes darlığı, regresyon yaşama (altına kaçırma, parmak emme vb.), yabancılardan korkma, bedensel temastan çekinme, beslenme ve uyku problemleri, unutkanlık görülebilmektedir (Bulut, 2007; Dokgöz ve Kar, 2017).

c) Duygusal (psikolojik) istismar

DSM-5-TR yer alan tanıma göre duygusal istismar, çocuğun ebeveyn veya bakımından sorumlu kimsenin isteyerek çocuğa bariz bir ruhsal zarar yaratacağı ya da yaratması muhtemel her türlü sözel ve simgesel davranışları kapsamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022). Duygusal istismar çocuğun özelliklerinin küçümsenmesi, kapalı alanlara kilitlenmesi, terk edileceğine yönelik göz dağı verilmesi, yaşı ile uyumsuz beklentilerde bulunulması, ilgisiz bırakılması ve çocuğun görmezden gelinmesi gibi davranışları içerir (Krug ve ark., 2002). Duygusal istismar, genellikle diğer istismar türlerine eşlik eder. Bununla birlikte bu istismar türü, günlük hayatta sık görülmesine rağmen fiziksel bulgu bırakmamasından dolayı göz ardı edilmektedir (Koç ve ark., 2012; Aktay ve Hızlı Sayar, 2021).

2.2.6. Çocukluk çağı ihmalleri

DSM-5-TR'ye göre ihmal, çocuğun ebeveyn veya bakımından sorumlu bireyler tarafından çocuğun gelişim dönemine uygun temel ihtiyaçlarının karşılanmamasından ötürü çocuğun fiziksel ya da ruhsal bir zarara uğraması ya da uğrayabilir olması ile sonuçlanan her türlü davranışı kapsamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022). Diğer bir deyişle ihmal, çocuğun anne-baba veya bakım veren kişilerin, çocuğun gelişimi için temel olan ihtiyaçları karşılamaması, çocuk üzerinde olumsuz tesir yaratan eksik düzeyde ebeveynlik ya da bakımı içermektedir (Valles ve ark., 2019). Çocuğun temel ihtiyaçları,

psikolojik, fizyolojik, giyim, beslenme, bakım, korunma vb. her alanda yaşanabilir (Yolcuoğlu, 2010). İhmal, istismar türlerinden fazla görülmesine rağmen ihmal konusundaki çalışmaların yetersiz olması nedeniyle gerçek sıklığı tam olarak bilinmemektedir (Söngüt ve Akça, 2019).

İhmale uğramış çocuklarda güvensiz bağlanma, düşük benlik saygısı, esnek olamama, öğrenmede isteksizlik, dikkat problemleri, sosyal izolasyon ve agresif davranışlar gözlenmiştir (Şar, 1998). Çalışmalarda ihmal edilen ergenlerin, riskli davranışlarda bulunma riski yüksek saptanmıştır (Chapple ve ark., 2005; Theoklitou ve ark., 2012). İhmal, fiziksel ve duygusal ihmal şeklinde ele alınmaktadır (Aktay, 2020; Aktay ve Hızlı Sayar, 2021).

a) Fiziksel ihmal

Çocuğun temel gereksinimlerinin (beslenme, barınma, gerekli durumlarda uygun tıbbi tedavi ve gözetim giyim vb.) sağlanmaması olarak ifade edilmektedir (Stoltenborgh ve ark., 2013). Fiziksel ihmal, yineleyen pika, beslenme yetersizliği, uzun süreli halsizlik, koşullara uygun giydirilmeme, hijyen eksikliği, çocuğun evden atılması, uzun süre başkalarının yanına bırakılması, sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılma (örneğin; çocuğun çocukluk aşılarının yapılması gibi) gibi durumlarla ortaya çıkar (Şar, 1998).

b) Duygusal ihmal

Çocuğun, bakıcıları veya ebeveyni tarafından ihtiyacı olan ilgi, sevgi, şefkat ve korunmadan mahrum edilmesidir (Aktay, 2020). Duygusal ihmal, anne-baba ve çocuğun sınırlı etkileşimi, çekinme, küçümsenme, kızgınlık ve önemsiz hissetme vb. çoğu ruhsal zorlukla bağdaştırılmıştır. Literatürde duygusal ihmalin, yaygın olduğu; sıklıkla duygusal istismar ve fiziksel ihmale eşlik ettiği belirtilmiştir (Taner ve Gökler, 2004; Mehmet ve Gürsoy, 2023).

2.2.7. Çocukluk çağı travmalarında korunma ve ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımı

Ulusal ve uluslararası düzeyde gerçekleşen travmalar tüm bireyleri etkilemekte, koruyucu ve önleyici müdahalelerde ruh sağlığı alanındaki profesyonellere önemli

görevler düşmektedir. Dünyada çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşiresine olan ihtiyaç fazladır. Bu alanda profesyoneller olarak hemşireler riskli çocukların erken tespiti ve teşhisi ile ruh sağlığının geliştirilmesinde önemli sorumlulukları vardır. Türkiye de 2011’de bildirilen Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte “Çocuk ve Adölesan Psikiyatri Hemşiresi”nin görev yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir (Ayhan ve ark., 2022).

Ruh sağlığı hemşirelerinin sorumlulukları; travma erken tespiti, faaliyetleri planlama, iyileştirici güvenlik alanı sağlama, etkili iletişim yeteneğini sürdürme, sosyal kaynakları aktif hale getirebilme, ekip ile iş birliği içerisinde çalışabilme, hastaların yasal haklarını koruyabilme gibi konularda eğitim almalarını kapsamaktadır (Büyükbayram ve ark., 2016).

Psikiyatri hemşiresi, bireyin travmaya verdiği tepkilerin farkında olmalı, travmanın değerlendirilmesi için ayrıntılı bilgiyi toplamalıdır (Oflaz ve ark., 2010; Herman, 2016). Birey–hemşire arasındaki güvene dayalı ilişki, ruh sağlığı bakımının niteliğini ortaya koymaktadır (Muskett, 2014). Hemşire; hastayı kendi travmasıyla ilgili konuşması ve hastanın bu olaylar sonrası geliştirdiği başa çıkma stratejilerini öğrenmesi, stratejileri tanımlaması için desteklemelidir (Oflaz, 2008; Towsend, 2015).

Çocukluk dönemi; özel bir gelişim evresi olması, ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik yaklaşımlarında en önemli nokta çocuğun erken tanınmasıdır (Fidanoğlu, 2007). Çocuklar sağlık hizmeti sağlayıcılarına genellikle ilk olarak uyku, yemek yeme ve tuvalete ilişkin somatik belirtilerle başvururlar. Travma yaşantılarının farklılıklar gösterdiğini ve karmaşık olduğunu kabul etmek, sağlık hizmetleri ortamlarında evrensel, bilinçli bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır (Goddard ve ark., 2022). Çocukluk çağında gelişim dönemleri, ruhsal sorunları belirtme şekli, ruh sağlığına yönelik koruyucu faaliyetler planlanırken dikkate alınmalıdır (Ayhan ve ark., 2022). İhmal ve istismarda ruh sağlığına yönelik koruyucu önlemler birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemini kapsamaktadır (Taş, 2017).

Birincil koruma; ruh sağlığını koruma, geliştirme ve zararlı etiyolojik riskleri önleme, bireylerin eğitilmesini kapsar. *İkincil koruma*; psikolojik rahatsızlıkların erken

tespiti ve tedavisini kapsar. *Üçüncül koruma* ise psikolojik rahatsızlık kronikleştikten sonra işlev bozukluklarını azaltma, işlevselliğin yeniden kazanılmasını sağlama çalışmalarını ve çocukların rehabilitasyonunu içermektedir (Offord ve ark., 1998; Bahar ve ark., 2009).

Çocukluk çağında yaşanan travmalar ruhsal bozukluk ve öğrenme güçlüğü risklerini de beraberinde getirir. Çocukların okuldaki uyumu da önemlidir ve araştırılmalıdır. Ebeveynlerin eğitimi, kitle iletişim araçlarının yayınları ve yüksek risk gruplarının ele alınması yolu ile koruyucu önlemler uygulanmalıdır (Şar, 1998). Ebeveynlerin, istismar durumlarının farkında olması ve buna yönelik benimsenmesi gereken tutumlar hususunda bilinçlenmesi, sağlıklı çocuk yetiştirme açısından çok önemlidir (Akgün ve Çetin, 2020). Ek olarak sağlık hizmeti müdahaleleri, sağlıklı başa çıkma mekanizmalarını teşvik edecek ve uyumsuz davranışları azaltacak stratejiler geliştirmelidir (Polat, 2007; Grigsby ve ark., 2024).

Çocuk ruh sağlığı koruyucu faktörleri, risk etmenlerinin olumsuz sonuçlarını hafifleterek psikolojik iyiliğe katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla, önleme girişimleri; risk faktörlerini ortadan kaldırmaya, etkilerini azaltmayı veya koruyucu faktörleri geliştirmeye yönelik olmalıdır (Ayhan ve ark., 2022). Bu hususta çocukluk çağı travmalarının önlenmesi ve uygun girişimlerde bulunulması maksadıyla Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) oluşturulması uygun bulunmuştur (Resmi Gazete, 2012).

Çocuklarda istismar sonrası, süresi belli olmayan psikososyal, fiziksel sorunlar görülebilir. Hemşireler, travma mağdurlarının tespitinde uygun müdahalelerin sağlanması için çocuk ve ailelerin yönlendirilmesinde danışman rolündedir. Travma durumlarını erken tanıma, önlemede, çocuk, fail ve tüm çevre ile ilgili bilgi toplanarak ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır (Barnes ve ark., 2013). Sağlık personellerinin istismardan şüphe duyulan olguları adli mercilere bildirim yapmaları hukuki sorumluluktur. Travma durumlarının bildirilmesinde şüphe bulunması yeterli olmakta kanıt şartı aranmamaktadır (Söngüt ve Akça, 2019).

Hemşirelere çocukluk çağı travmalarını raporlama yetkisi sunan kanunlar çoğu ülkede yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde Çocuk Koruma Kanunu'na hemşireler yaşamın erken dönemindeki travma şüphesini ihbar etmekle görevlidir (Söngüt ve Akça, 2019). Çocuk

ve ergenlerin gereksinimlerinin giderilmesi amacıyla önleme hedeflerinin netlik kazanması dikkate değerdir (Ayhan ve ark., 2022).

2.3. SOMATİZASYON

Somatizasyon (bedenselleştirme) psikolojik sıkıntıların, bedensel belirtilerle ifade edilmesi şeklinde tanımlanabilmektedir (Çetin ve Varma, 2021). İnsanlar, travmatik durumların onlarda yarattığı duygusal sıkıntıyı somatize ederek, bedensel şikayetler halinde dışarıya iletebilmektedirler (E. S. Şahin, 2019). Bu bozuklukta genellikle vücudun çeşitli bölgelerinde, kollarda, bacaklarda ağrılar; çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi, göğüs ağrısı gibi yakınmalar görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bireyler, bu yakınmaları kasıtlı olarak üretmezler; işlevsiz ve uyumsuz bir başa çıkma mekanizmasıyla bilinçsizce somatize olurlar (McCarron, 2008).

Somatizasyon bozukluğunun tarihi çok eski ve karmaşıktır. 18. yüzyılın sonuna kadar somatik yakınmaları olan hastalar için histeri, melankoli ve hipokondriasis gibi etiketler kullanılmıştır. Histeri, somatizasyon için tanımlamada karışıklığa yol açan kavramlardan olmuştur. 1859’lu yıllarda Fransız psikiyatrist Paul Briquet ise bu bozukluğun klinik tablosunu tanımlayan ilk kişidir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Psikoanalitik bakışa göre kabul edilmeyen bilinçaltı çatışmalara karşı bir savunma mekanizması olarak bedensel semptomlar görülür. Somatizasyon terimi ilk defa 1943 yılında Alman psikanalist Wilhelm Stekel tarafından ortaya atılmış, ruhsal yapıda meydana gelen yoğun çatışmaların beden aracılığı ile gösterilmesi olarak ele alınmıştır (Woolfolk ve ark., 2007). DSM-III’de yeni bir isim verilmesiyle somatizasyon bozukluğu sınıflandırmada histeriden ayrı olarak ilk defa DSM-3 (1980)’te ‘Somatizasyon Bozukluğu’ tanısıyla yer almıştır (Öztürk, 2018). DSM IV’te yer alan somatoform hastalık grubu DSM 5’te tanı ölçütlerindeki değişikliklerle beraber somatik semptom bozukluğu olarak ‘Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığı içerisinde bulunmaktadır (APA, 2013).

DSM 5’ten önce somatizasyon bozukluğu tanısı için, belirtilerin tıbbi durumla açıklanamaması gerekirken, DSM 5’te bedensel belirtilerin tıbbi nedenle açıklanamıyor olması ile bedensel belirti bozukluğu tanısı konulması şartı kaldırılmıştır. Daha çok belirti

gösterme ve bu belirtilerle orantısız düşünce ve kaygıların olmasına, ilgili düşüncelere harcanan aşırı zaman ve enerjiye odaklanılmıştır. Bedensel belirtiler bulunuyorsa, bedensel belirti bozukluğu tanısı, belirtiler bulunmuyor veya önemsizse hastalık kaygısı bozukluğu tanısı konulmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bu değişikliğin amacı, somatik belirti bozukluğunun önemini ve sağlık hizmetlerinde tanınmasını artırmak olduğu ifade edilmektedir (D'Souza ve Hooten, 2023). Sınıflamada tanı için tıbbi hastalığın dışlanması gerekliliğinin kaldırılması ile fiziksel rahatsızlığı olan kişilere sunulacak yaklaşım lüzumsuz tetkik ya da tedavilerin önüne geçilmesi için fayda sağlayabilir (Çetin ve Varma, 2021).

DSM-V tanı kriterleri:

DSM-5-TR'e göre bedensel belirti bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

A- Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.

B- Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1-Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.

2-Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.

3-Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C- Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Varsa belirtiniz:

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Varsa belirtiniz:

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.
Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanması yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır (APA, 2022).

2.3.1. Somatizasyonun klinik özellikleri

-Genel görünüm ve motor davranış: Çoğu zaman, hastalar semptomların neden olduğu ağrı veya sakatlık nedeniyle yavaş veya alışılmadık bir yürüyüşle yürüyebilir, yüzlerinde rahatsızlık veya fiziksel sıkıntı ifadesi sergileyebilirler.

-Duygulanım: Genellikle değişkenlik gösterir; fiziksel sorunları anlatırken depresif ve üzgün görünmekten, neşeli ve heyecanlı görünmeye doğru geçiş yaşayabilirler

-Düşünce süreci ve içeriği: Somatize olan bireyler dağınık düşünce süreçleri yaşamazlar. Düşünce içeriği çoğunlukla abartılı fiziksel kaygılarla ilgilidir.

-Bedensel belirti bozukluğunda (somatizasyon) belirtiler: Bozukluğun temelinde çoklu bedensel yakınmalar bulunur ancak "Bedensel Belirti Bozukluğu" tanısı konabilmesi için en az bir tane olmak koşulu ile belirtilerin en az altı ay sürmesi gerekliliği bulunmaktadır (Çam ve Engin, 2021).

-Nörolojik belirtiler: Yorgunluk, paralizi, yutmada zorluk, boğazda yumru, ses bozuklukları ya da kaybı, sanrı ve varsanı, geçici görmeme, ikili görme vb. görme sorunları, geçici duymama, ve senkop, bilinçte değişimler ve bellek bulanıklıkları gibi.

-Menstruel ve psikoseksüel belirtiler: Menstruel döngü düzensizlikleri, cinsel ilgi ve istek yokluğu, cinsel ilişki sırasında ağrı gibi.

-Gastrointestinal belirtiler: Bulantı, kusma, karın ağrısı,diyare gibi.

-Ağrı belirtileri: Baş ağrısı, eklemlerde, sırtta, kol ve bacaklarda ağrı, idrar yaparken değişik derecelerde ağrı.

-Kardiyopulmoner belirtiler: Göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, gibi belirtiler yaşayabilmektedir (Dunphy ve ark., 2019; Çam ve Engin, 2021).

Somatik belirti bozukluğunda aşırılık görülen belirtilerin araştırıldığı çalışmada, genel olarak bireyler fiziksel yakınmalarla yaklaşık 30 dakika meşgul olurken, somatizasyonda bireylerin yaklaşık 4 saat belirtilerine zaman ayırdıkları görülmüştür (Poloni ve ark., 2018; Toussaint ve ark., 2021).

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilere sahip bireylerin sorunlarla baş ederken uyumsuz başa çıkma stratejileri kullandıkları öne sürülmektedir. Bozukluk genellikle kroniktir ancak bireylerin %50-75'i iyileşme gösterirken %10-30'u kötüleşir. Bireylerin %25'inde kronik bedensel hastalık gelişebilir. Olumlu prognostik göstergeler arasında daha az fiziksel semptom ve başlangıçta daha iyi işlevsellik yer alır (Dunphy ve ark., 2019). Hastaların 6-8 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada, hastaların %90'ında bu bozukluğun devam ettiği bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, olumsuz koşulların artması ile belirtilerin ağırlaştığı ve belirtilere bir yenisinin eklendiği tespit edilmiştir. Bu bozukluğun uzun bir süre devam etmesi kişilerde sosyal yeti yitimine yol açmakta ve kişilerde bu oranın %83'e vardığı belirtilmektedir (Fidanoğlu, 2007).

2.3.2. Somatizasyonun yaygınlığı

Somatizasyonun farklı sağlık hizmeti ortamlarında ve toplumda yaygın olarak görüldüğü, teşhisinin zorluğu ifade edilmektedir (Özenli ve ark., 2009; Garrusi ve ark., 2019; Wang ve ark., 2019; Feussner ve ark., 2022). Ayrıca bedensel belirti bozukluğu (somatizasyon bozukluğu) ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmaların yetersiz olduğu belirtilmiştir (Cao ve ark., 2020). Sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların %75 kadarını bu hasta grubu oluşturduğu, birinci basamak hizmetlerinde somatizasyonun yaygın bir sorun olduğu düşünülmektedir (Roberts, 1994).

Somatizasyon bozukluğunun dünya genelindeki yaygınlığının incelendiği, on dört ülkeyi kapsayan bir çalışmaya göre; somatizasyonun dünya genelinde %2.8, Türkiye'nin başkentindeki yaygınlığı %1.9 tespit edilmiştir (Gureje ve ark., 1997). Çin'de genel sağlık hizmetleri müracetlarından yürütülen bir çalışmada ayakta tedavi gören hastaların %33,8'i somatik belirti bozukluğu tanısı almış, bu bozukluğun prevalansında cinsiyet

farklılığı bulunmamıştır (Cao ve ark., 2020). DSM-5 tanı kriterleri göz önüne alınarak yapılan bir çalışmada bedensel belirti bozukluğunun en yüksek sıklığı, %40,3 ile %77,7 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (Löwe ve ark., 2022). Somatizasyonun yaşam boyu yaygınlığının 65 yaş üzerinde en düşük, 25- 44 yaş aralığında ise en yüksek oranda olduğu bildirilmektedir (Robins ve ark., 1984). Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran Ummanlı 3383 yetişkin ile yapılan bir çalışmaya göre; 602 katılımcıda (%17,8) bedensel belirti bozukluğu bulunmuş, çoğunluğunun kadın (%71,7) ve 50 yaşın altında (%86,2) olduğu ve bedensel belirti bozukluğu yaygınlığının tahmini %30,1 olduğu bildirilmiştir (Alalawi ve ark., 2023).

ABD'deki 13.538 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiş olan bir epidemiyolojik alan çalışmasında bireylerdeki belirtilerin sırt ağrısı (%32), yorgunluk (%25), baş ağrısı (%25), karın ağrısı (%24) göğüs ağrısı (%25) ve baş dönmesi (%23) olduğu bulunmuştur (Richardson ve Engel Jr, 2004). Toplumda görülme sıklığı yüksek olan fiziksel belirtilerin, baş ağrısı, karın ağrısı ve yorgunluk olduğu belirtilmektedir (Kandemir ve Ak, 2013). 2009 ile 2020 tarihleri arasında konu ile ilgili yapılan çalışmaların derlendiği bir sistematik derlemede; bedensel belirti bozukluğunun ortalama sıklığının % 12.9 olduğu belirlenmiştir (Löwe ve ark., 2022). 2013 yılında 1475 kişi ile yapılan bir araştırmada somatizasyon kadınlarda anlamlı düzeyde yaygın bulunmuştur (Keskin ve ark., 2013). Bu çalışmada somatizasyon yaygınlığının %5 ile %7 arasında olduğu, kadınlarda erkeklere oranla 10 kat daha fazla görüldüğü tahmin edilmektedir (Aksu, 2021). Bu bozukluğun ilk semptomlarının ergenlik döneminde ortaya çıktığı ve genellikle başlangıcının 25 yaş öncesi olduğu tahmin edilmektedir (Özkan, 2015). Ayrıca bozukluğun başlangıç yaşının 30 yaşından önce olması gerekliliğinin aksine çoğunlukla 43 yaşında başladığı bildirilmiştir (Kaya, 1996).

2.3.3. Somatizasyonun etiyolojisi

Somatizasyon bozukluğunda, bedensel semptomların oluşmasında ve devam etmesinde biyo-psiko-sosyal ve kültürel faktörler yer almaktadır (Çetin ve Varma, 2021). Gelişimsel faktörler, fiziksel ve cinsel istismar, aile içi çatışmalar, bilişsel ve algısal çarpıtmalar ve davranışsal anormalliklerin yanı sıra kendini ifade etme güçlükleri gibi çeşitli psikososyal faktörlerde bu bozukluğun gelişiminde rol oynayabilmektedir (Dunphy ve ark., 2019).

a) Genetik faktörler ve biyolojik faktörler

Genetik faktörlerin somatizasyondaki rolüne yönelik kanıtlar kesin değildir. Somatik belirti bozukluğunda travmatik deneyimlerin neden olduğu epigenetik başkalaşımların rol alabileceği de belirtilmektedir (Frodl, 2016). Hipo-talamo-pituiter adrenal (HPA) eksen stres yanıtında önemli bir işleve sahiptir. Somatizasyonda hipokortizolizm olduğu iletilmektedir (Çetin ve Varma, 2021). Ağrı ve depresyonun aynı biyolojik yolları kullandığı, burada serotonin ve noradrenalinin yer olduğu belirtilmektedir (Ball ve ark., 2011). Somatizasyon bozukluğu bulunan bireylerin sağ ve sol amigdala hacimleri sağlıklı olan bireylere oranla daha küçük bulunmuş, beynin total hacminde, hipokampus, beyaz ve gri madde hacimlerinde ise, bir fark tespit edilmemiştir (Atmaca, 2012).

b) Sosyo-kültürel ve psikolojik faktörler

Somatizasyon bozukluğunun etiolojisinde sosyal, etnik ve kültürel faktörlerin de büyük bir etkisi olduğu görülmektedir. Psikososyal stresle ilişkili bedensel ifadeler, kültürel psikiyatrinin en çok tartıştığı konulardan biridir. Eğitim yetersizliği, sosyoekonomik yetersizlikler, etnik köken ve cinsiyetin kadın olması gibi somatizasyon ile ilgili önde gelen toplumsal faktörler arasında yer almaktadır (Çetin ve Varma, 2021). Travmatik yaşam olayları somatik belirti bozukluğu gelişiminde etkilidir. Breuer ve Freud bedensel belirtileri çoğunlukla zorlu yaşantılar ve red edilen bilinçaltı dürtülerin bedensel belirtilerle gösterilmesi şeklinde kabul etmişlerdir. Psikanalitik yaklaşımda somatizasyon, bireyin bu istek ve güdülerinin bilince gelmesini önleyen bir savunma mekanizması olarak değerlendirilmektedir. Somatizasyon bilinçdışı çatışmalardan dolayı oluşan anksiyetenin fiziksel belirtilerle kendini gösterdiği ifade edilmektedir (Darves-Bornoz, 2018). Yapılan araştırmalarda çocukluk çağı travmalarının, yetişkin dönemdeki somatizasyon belirtileri ile ilişkili olabileceği ve psikopatolojilerin oluşmasında önemli etkisinin bulunabileceği bildirilmektedir (Doğruer ve ark., 2022; Keçeli, 2015; Spertus ve ark., 2003; Ustuner Top ve Cam, 2021).

c) Öğrenme ve kişiliğin etkisi

Erken çocukluk döneminde, bir yakınının hastalık deneyimi somatizasyon için

yatkınlığa ve çocuğun hastalık davranışını öğrenmesine neden olabilir (Çetin ve Varma, 2021). Herkesin hasta üzerindeki ilgisini gözlemleyen çocuk, hasta kişiyle özdeşim kurmuş olabilir ve çocukluk döneminde öğrendiği bu davranışları yetişkinlikte ruhsal bir çatışma yaşadığında kullanmasına yol açabilir (Çam ve Engin, 2021). Bu kişiler, kişisel kazançları ya da psikolojik amaçları için bedensel belirtilerini kullanarak hasta rolünde birincil ve ikincil kazançlar sağlayabilir (Çetin ve Varma, 2021).

Somatizasyonun gelişmesinde kişilik özelliklerinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Birinci basamağa başvuran somatizasyon hastalarında yaygın karşılaşılan kişilik rahatsızlıkları sırasıyla kaçınan, paranoid ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğudur (Noyes Jr ve ark., 2001). Literatüre göre, somatizasyon bozukluğu olan kişiler bedensel belirtilerini dramatik, kışkırtıcı, abartılı, manipülatif, öfke uyandırıcı ve duygusal biçimde ifade etmektedirler (Dülgerler, 2000).

2.3.4. Somatizasyonda ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımı

Tüm kültürlerde rastlanılabilen somatizasyonda bireylere yaklaşımda, sıkıntıyı bedenselleştirilmesinin birey için ne ifade ettiğini anlamak önemlidir (Baskak ve Çevik, 2007). Somatizasyon bireyin yaşam kalitesini bozan ve sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artmasına, çok sayıda tıbbi muayene ve tedavi girişimleriyle kişinin işlevselliğini kaybetmesine sebep olan etiyolojik nedenler ve tedavisiyle karmaşık bir yapıya sahiptir (Morabito ve ark., 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2020; Çetin ve Varma, 2021; Maroti ve ark., 2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bedensel belirti bozukluğunun tanı almasındaki yaygınlığının düşük olmasının bu gibi nedenlerle açıklanabileceği düşünülmektedir (Hüsing ve ark., 2018).

Literatürde süregelen psikopatolojilerin önlenmesinde travmatik olaylar açısından bireylerin geçmiş yaşantılarının araştırılmasının, erken teşhis ve tedavi için önemli olduğu vurgulanmaktadır (Erten ve ark., 2015; Keçeli, 2015). Somatizasyon bozukluğunun müdahalesi için fiziksel belirtilerin önemle ele alınması ve bireylere karşı empatik ve güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu anlamda hemşirelik yaklaşımının uygun şekilde sunulmasında hemşirelerin, bireyle güvene dayalı ilişki geliştirmeleri önemlidir (Turan ve Kayalar, 2021). Somatizasyon bozukluğundaki önemli sorun bu hastaların duygusal problemleri konuşmada isteksiz

olmalarıdır. Bu bozukluğa sahip bireyle inatlaşma yerine psikososyal problemleri konuşabilmeleri sağlanmalı ve hasta, somatik belirtilerden ziyade duygularına odaklanması için cesaretlendirilmelidir (Şahin ve ark., 2001). Hemşire, hastanın gelişmiş sağlık davranışlarını içeren günlük bir rutin oluşturmaya, duygularını ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Hastanın sosyal destekleri, uyum stratejileri, güçleri öğrenilmeli ve hastaya etkili başa çıkma stratejileri öğretmelidir (Çam ve Engin, 2021). Somatizasyon bozukluğunda tedavinin amacı belirtilerin ortadan kaldırması değil, bunlarla nasıl başa çıkılabileceğinin geliştirilmesidir. Hastalık şikayetlerini ortadan kaldırma beklentisinden vazgeçmek tedavi için olumlu katkı sağlayacaktır. Hastanın fiziksel semptomlarının işlevsel bir bozukluktan kaynaklandığını kişiye uygun bir şekilde anlatılmalı ve ihtiyaç duyulması halinde sonraki adımlarda ilaç tedavisine başvurulmalıdır (Ünal, 2002). Değerlendirme ve müdahale için biyo-psiko-sosyal bir çerçeve kullanılmalıdır. Dikkatin dağılması, baş ağrıları için kas gevşemesi, kas sorunları ve yorgunluk için kademeli fiziksel egzersizin gibi spesifik belirtilerle başa çıkmak için teknikler geliştirilebilir. Bozukluğa eşlik eden duygusal bozuklukların tedavisi için ise bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik müdahaleler uygulanabilir (İlson ve ark., 2021; Piontek ve ark., 2021; Glaus ve ark., 2022).

2.4 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

APA'ya göre dayanıklılık; zorlu durumlar, savaşlar, sosyal ve ailesel problemler, hastalıklar, kazalar, mesleki sorunlar vb. sıkıntı yaratan durumlara olumlu uyum geliştirme sürecidir (APA, 2022). Literatürde dayanıklılık (resilience) “sıkıntılı durumlara karşı bozukluk yaratmama yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca “yılmazlık”, “kendini toparlama gücü” ve “psikolojik sağlamlık” kavramlarının da kullanıldığı görülmektedir. Sözlükte dayanıklılık “bir maddenin elastik olması ve kolayca dönebilmesi” şeklinde tanımlandığı aktarılmıştır (Akfırat ve Özsoy, 2021).

Psikolojik dayanıklılık konusu 1950'li yıllara kadar, uzanmaktadır. Bazı psikolojik yaklaşımlara göre bireylerin doğuştan getirdikleri kuvvetli yönlerinin olduğuna inanılmıştır. Pozitif psikoloji, kişilerin pozitif özelliklerini ilerletmenin psikolojik sağlığını korumada ve uyum sorunlarını gidermede etkisinin bulunduğunu savunan yaklaşımdır (Nakamura ve Csikszentmihalyi, 2009). Bu anlayışa yakın şekilde

bireyin güçlü yönlerine odaklanan araştırmaların yapılması ile beraber “psikolojik dayanıklılık” (resilience) kavramı ortaya çıkmıştır. Ayrıca “resilience” kelimesinin “geriye dönmek” manasındaki “to jump back” sözcüğünden türediği belirtilmektedir (Terzi, 2006). Sonuç olarak psikolojik dayanıklılık, stresli durumlardan sonra olumlu bir adaptasyondur ve başa çıkma, zor deneyimlerin üstesinden gelme mekanizmalarını, yani bireyin değişime başarılı bir şekilde uyum sağlama, stres yaratan faktörlerin olumsuz etkilerine direnme ve önemli işlev bozukluklarının ortaya çıkmasını önleme kapasitesi şeklinde ifade edilmektedir. Psikolojik sağlamlığı fazla olanların sıkıntılı durumlarda denetimi sürdürdükleri, sağlamlık kapasitesi az olanların uyumda zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (Oshio ve ark., 2018; Özkul ve Var, 2018; Cevizci ve Müezziz, 2019; Goldenson ve ark., 2021). Psikolojik sağlamlıkla ifade edilen olağan dışı yenilmezlik değil, insani bir adapte olma mekanizmasıdır (Odacı ve ark., 2022).

Travmatik olay karşısında dayanma gücü bireyin genetik yapısına, gelişimsel özelliklerine, öğrenme ile geliştirdiği benlik gücüne, travmatik olaylara karşı hazırlıklı olma durumuna ve çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu nedenle dayanıklılık gücü kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir (Budak, 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Birey sadece zorlu ya da risk olarak tanımlanabilecek bir olay ile karşılaştığında psikolojik dayanıklılık açıklanabilir. Dayanıklılığın gelişmesi için bireyin riskli olaylar karşısında bu koruyucu faktörleri açığa çıkarması gerekmektedir. Bundan hareketle psikolojik dayanıklılık için risk, anahtar rolündedir (Masten ve Reed, 2002). Psikolojik dayanıklılığın hem kişilik özelliği olarak, hem gelişimsel bir süreç sonucunda elde edilen bir kazanım olarak nitelendirildiği çalışmalarda gösterilmektedir (Buz ve Genç, 2019).

Literatür incelendiğinde; psikolojik dayanıklılık tanımlamalarında üç temel özellik vurgulanmaktadır; Birinci temel özellik, yüksek risk durumlarına karşın iyi derecede gelişim ortaya koyma, ikinci özellik, zorluklar karşısında bile yetkinliğini sürdürebilme, kolaylıkla uyum sağlayabilme yeteneği, son özellik ise travmadan kolay çıkabilme, travma durumlarının üstesinden gelme şeklinde ifade edilmiştir (Gizir, 2007). Etkili başa çıkabilme becerisi psikolojik dayanıklılığın önemli göstergesidir. Dolayısı ile psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, problem çözme ve zorluklar karşısında başa çıkma becerilerini etkili kullanırlar (Güngöz, 2017).

Literatürde dayanıklılık yaklaşımların tek bir fikir etrafında toplanmadığı için

Kobasa'nın yaklaşımı, Friberg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen'in sık kullanılan psikolojik dayanıklılık yaklaşımları kısaca açıklanacaktır. Kobasa'nın psikolojik dayanıklılık tanımı varoluşçu teori kapsamında üç boyuttan meydana gelmektedir. Bu boyutlar:

Meydan okuma: Bu boyutta ilerlemenin sağlanması için gerekli olan değişimin; hayatın doğal akışında oluşan durum olduğuna inanmayı içerir (Sezgin, 2012). Diğer bir deyişle meydan okuma, olayları bir kriz olarak görmek yerine bir fırsat olarak görmeyi ifade etmektedir (Weick, 1984).

Kendini adama: Bireyin, yaşamda farklı alanlara ilgi duyması, aktif olması, ailesine, işine ve sosyal hayatına bağlı olmasını içerir (Kobasa, 1982).

Kontrol: Bireyin, zorluklar karşısında güçsüz ve çaresiz olmayı redderek çevresinde gelişen olayları değiştirebileceğine inanması ve bu yönde davranabilmesini içerir (Sezgin, 2012). Friberg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen'in Yaklaşımı psikolojik dayanıklılığı açıklamaya geniş bir bakış açısı sunma ve psikometrik özellikleri bakımından güçlü olarak kabul edilmiştir (Basim ve Çetin, 2011). Bu modelde, psikolojik dayanıklılıkla ilişkili aşağıda yer alan altı boyut ortaya konulmuştur.

- *Kendilik algısı:* Kişinin kendine dair farkındalığı
- *Gelecek algısı:* Kişinin geleceğe dair geliştirdiği görüş açısı
- *Yapısal stil:* Kişinin günlük aktivitelerini sürdürebilme yeteneği, kuvvetli yönleri
- *Sosyal yeterlilik:* Kişinin sosyal adaptasyonu, dışa dönüklüğü
- *Aile uyumu:* Kişinin gördüğü yakınlarının ve ailesinin desteği
- *Sosyal kaynaklar:* Kişiyi ait sosyal ilişkiler (Basim ve Çetin, 2011).

2.4.1. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin özellikleri

Bireylerin psikolojik dayanıklılığa sahip olduklarını gösteren başlıca özellikler sosyal (etkili iletişim becerisine sahip, sosyal ilişkilerde olumlu kişiler), duygusal (özgüveni, öz farkındalığı, uyum gösterme ve duygu kontrol yetkinlikleri yüksek kişiler) ve bilişsel/akademik (başarı motivasyonu yüksek, umutlu bakış açısına sahip çözüm odaklı kişiler) özellikler şeklinde belirtilmektedir (Gürkan, 2006).

2.4.2.Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler

Psikolojik dayanıklılık, olumlu gelişimsel sonuçlara yol açan olumsuz olaylara karşı bireyi daha dayanıklı hale getiren koruyucu bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Babić ve ark., 2020). Sisto ve ark (2019) aktarımına göre; 1955 yılında psikolojik dayanıklılık kavramına ilişkin en kapsamlı çalışma Werner tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada Hawaii'nin Kauai adasında 698 riskli bebek, yetişkinliğe kadar 40 yıl boyunca gözlemlenmiştir. Bebeklerin yaklaşık üçte biri gelişimlerini etkileyebilecek zor doğum, yoksulluk, alkolizm sorunları olan aileler, akıl hastalıkları, saldırganlık vb. yüksek riskli koşullar altında büyütülmüş, fakat uyumlu yetişkinler haline geldikçe, bu yüksek riskli çocukların 72'sinin diğerlerinin aksine bu risk faktörlerine karşı "dayanıklı" oldukları, duygulanım düzeyine sahip yetkin ve kendine güvenen yetişkinler haline geldiği bildirilmiştir (Sisto ve ark., 2019). Psikolojik dayanıklılığın, zorluğun üstesinden gelerek stresle baş edebilen ve zorluklara karşın ilerleme kaydedebilen bireylerde olduğunu savunulmaktadır (Rutter, 1987). Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler yapılan çeşitli araştırmalarda risk ve koruyucu faktörler olarak ele alınmıştır (Garnezy, 1993; Rutter, 1987).

a) Risk faktörleri

Bireyleri güçsüz eden zorlu dışsal etkenler ve zorluk barındıran yaşantılar risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Ailesel, bireysel ve çevresel risk faktörleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Örneğin; özgüven eksikliği, kaygılı mizaç, akademik başarısızlık, başa çıkma mekanizmalarında yetersizlik, sağlık sorunları bireysel risk faktörleri arasındadır (Terzi, 2006; Gizir, 2007).

Ebeveynlerin tutumları, hastalık durumlarının varlığı, yetersiz eğitim seviyesi, ebeveyn kayıpları, travma deneyimleri ailesel riskler arasındadır (Terzi, 2006; Gizir, 2007).Kötü okul ortamı, uygunsuz akran iletişim ve etkileşimleri, madde kullanımı, temel gereksinimlerin karşılanmaması, toplumsal baskı, düşük sosyo-ekonomik durum ve göç ise çevresel riskler arasındadır (Kararımak, 2006; Terzi, 2006; Gizir, 2007).

b) Koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler, zorluk içeren yaşantılara karşı koruyucu bir tampon işlevi

görür. Bu faktörler bireyin dayanıklılığını koruyan ve zamanla iyileşmeyi olanaklı kılan şartları temsil eder (Kararmak, 2006; Doğan, 2015). Koruyucu faktörler, literatür doğrultusunda aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir:

- *Bireysel özellikler:* Sosyal beceri, kolay mizaç, öz-farkındalık, iyimserlik, umut, fiziksel güç, zeka, iletişim, özgüven ve bireye ait yetenekler gibi bireysel özellikleri içermektedir (Olsson ve ark., 2003; Nurcombe, 2007; Akfırat ve Özsoy, 2021).
- *Aile uyumu ve ailesel destek faktörleri:* Bireyin ebeveynler veya yakınının yerine geçen kişilerle kurduğu olumlu ilişkiler ve bu ilişkilerin önemlilik derecesini ortaya koymaktadır (Nurcombe, 2007; Stein ve ark., 2000).
- *Dışsal destek sistemi:* Olumsuzluklar ile baş etme becerilerine destek olarak sayılacak arkadaşlık ilişkileri, sosyal çevresinde yer alan diğer bireylerle ilişkilerini ortaya koymaktadır (Garmezy, 1993; Werner, 1993).

Literatür incelemesi sonucu aile ile olumlu ilişkiler kurma, akran desteği, destekleyici sosyal iletişim ağlarına ve sosyal kaynaklar barındırma gibi özelliklerin dayanıklılığı etkileyen önemli sosyal koruyucu faktörlerden olduğu aktarılmıştır (Çam ve Arslan, 2017).

2.5 Somatizasyon, Psikolojik Dayanıklılık ve Çocukluk Çağı Travmaları ile İlgili Ulusal ve Uluslararası Yapılmış Araştırmalar

Psikopatolojinin gelişimini önlemek ve anlamak için yapılan araştırmalar, riskli koşullar altında iyi ilerleme kaydeden çocukların önemi hususunda ortak görüşe ulaşmışlardır (Werner, 1984; Masten, 2011). Çocukluktaki olumsuz deneyimlerin dayanıklılık ve uzun vadeli psikopatolojilerle ilişkisi çeşitli araştırmalarda ele alınmıştır.

Literatür incelemesinde; Herzog ve Schmahl (2018)'in aktarımına göre yapılan çalışmalarda olumsuz çocukluk deneyimlerinin obezite, diyabet, ülseratif kolit ve Crohn Hastalığı gibi inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi çok çeşitli somatik bozuklukların yanı sıra, somatik patoloji ile anormal ağrı algısı (örneğin, kronik ağrı ve doğum sırasında ağrı) gibi çok çeşitli somatik bozuklukların gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir

(Herzog ve Schmahl, 2018). Antelo ve ark. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada psikolojik istismar ve psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracılık rolü olduğu ortaya konulmuştur (Antelo ve ark., 2021). Yine yapılan birçok çalışmada psikolojik dayanıklılık ile çocukluk çağı ruhsal travmalar (duygusal istismar, fiziksel şiddet vb) ve somatizasyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu (Anuk ve Bahadır, 2018; Bakkal, 2023; Bellis ve ark., 2018; Kanak ve Arslan, 2018; Morgan ve ark., 2021; Doğruer ve ark., 2022); bununla beraber bazı çalışmalarda çocukluk çağı travmaları (cinsel istismar vb.) ile somatizasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Çakar ve ark., 2018; Mamati, 2018; Kerber ve ark., 2023). Başka çalışmalarda cinsel istismara maruz kalan çocuklarda, fiziksel şikayetlerin görüldüğü ve psikolojik belirtilerin daha yoğun yaşandığı (Dokgöz ve Kar, 2017; Aktay ve Hızlı Sayar, 2021); çocukluk sıkıntısının dayanıklılık ile ilişkili olduğu, ayrıca artan sıkıntının somatoform şikayetlerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek bireylerin, psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük bireylere göre daha düşük somatik belirtilere sahip oldukları belirlenmiştir (Beutel ve ark., 2017a). Son olarak literatürde dayanıklılığın, stres veya travmatik bir olay için önemli bir tampon olabileceği ve psikolojik sıkıntıya karşı savunma sağlayabileceği belirtilmektedir (Ran ve ark., 2020).

2.6. Psikolojik Dayanıklılığın Ruh Sağlığı Hemşireliği Açısından Önemi

Son yıllarda psikolojik dayanıklılığa ilişkin yürütülen birçok çalışma çocukluk çağı travmalarına odaklanmıştır. Ayrıca dayanıklılık ve ruhsal iyi oluş için bireylerin yaşamında sadece olumsuz duygulardan ziyade, pozitif duyguların da yeterli düzeyde yaşanması gerekliliği açıklanmaktadır (Cortina ve ark., 2016). Zorlu yaşam olaylarına karşın psikolojik dayanıklılığın çocukluk dönemi istismar ve ihmal öyküsü olan bireylerde psikolojik belirtilere karşı bir tampon görevi göreceği yeterince araştırılmadığı bildirilmiştir (Goldenson ve ark., 2021). Koruyucu düzeyde iyi bir toplum ruh sağlığı hizmetiyle risk faktörlerinin kontrol altına alınabileceği ve bireylerin, çocuk ergen ruh sağlığının korunabileceği aktarılmaktadır (Ayhan ve ark., 2022). Bireyin sağlıklı bir gelişim göstermesi için, kişiler arası iletişim becerileri, etkili problem çözme becerileri ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, aile içi şiddetin önlenmesi, çocuğun sağlıklı bir ortamda büyümesi ve bir birey olarak desteklenmesi gereklidir. Amerikan Psikoloji

Birliği (APA) tarafından bireylerin, kendilerini tanıma ve geliştirme fırsatlarının farkında olma, sorun çözme konusunda kendilerine güvenme ve sorun çözümüne olumlu yaklaşma, yaşama dair olumlu beklentilerini artırma, hoşlandıkları ve rahatlatıcı aktiviteleri yapma, beklenmedik olası durumları yaşamın doğal bir parçası olarak kabul etme, sosyal gruplar içerisinde de aktif rol alma gibi bireylerde psikolojik dayanıklılığı geliştirme stratejileri belirtilmiştir (Çam ve Arslan, 2017).

Psikolojik dayanıklılığın artırılması için başarılı gelişimsel görevler, akademik başarı, yapıcı sosyal ilişkiler, ruhsal sağlık, düşük duygusal problemler, mutluluk, yaşa uygun spor yapma, arkadaşları tarafından kabul görme ve başarılı psiko-sosyal uyum, kendini kabul ve hayattan doyum alma gibi birçok yapıcı değişken tanımlanmıştır (Gürkan, 2006). Psikolojik dayanıklılık bireyin kendi yaşam yolunu yeniden inşa etmesini, kendisinde değişim üreterek yeni bir denge kurmasını ve zorluklar karşısında olumlu tepkiler vererek bunları büyüme fırsatlarına dönüştürmesini mümkün kılar (Sisto ve ark., 2019).

Psikiyatri hemşireleri, toplum ruh sağlığı hizmeti vererek, gelişimin her döneminde ihtiyaca yönelik, bireylerin olumlu psikolojik gelişimlerini ve gelişim dönemine ait işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirmelerini destekleyecek konumdadır (Öz ve Yılmaz, 2009). Bu anlamda bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırmada psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir (Pektas ve ark., 2006)(Pektas ve ark., 2006). Psikiyatri hemşireleri, risk altındaki bireyleri ve aileleri erken dönemde tespit etmeli; bu bireylere ve ailelere, problemlerle etkili baş etme becerilerini geliştirmeleri ve gerekli kurumsal yardımı almaları için rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır (Öz ve Yılmaz, 2009). Toplumun küçük yapısı olan aile, hemşirelerin önemli müdahale alanlarından birini oluşturmaktadır. Ailelerle iş birliğinin desteklenmesi, ailelerin paylaşılmış bir güven ortamı elde etmelerine olanak tanır. Ruh sağlığı hizmetlerinde ailelerin sürece dâhil edilmesi, ailelerle iş birliği kurulması önemlidir (Duman ve Sarı, 2021). Aile dayanıklılığı konusunda yapılan çalışmalar, ailelerin zayıf, problemli yönleri yerine kendi aile sistemi içerisindeki ilişkilerin etkilerinden oluşan dayanıklılık süreçlerine odaklanması ve ailenin güçlü yönlerine dikkat çekmesi açısından önem kazanmaktadır (Oh ve Chang, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları (bağımsız değişken) ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri (bağımlı değişken) arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi.

3.2 Araştırma Soruları

- 1) Katılımcıların sosyodemografik özellikleri nasıldır?
- 2) Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 3) Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 4) Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 5) Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır? Varsa bu ilişkinin yönü ve kuvveti nedir?
- 6) Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır? Varsa bu ilişkinin yönü ve kuvveti nedir?

Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımsız Değişkenler: Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları.

-Bağımlı Değişkenler: Somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Van ili Tuşba ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) (1,2,3,4,5,6,7,8

Nolu ASM) Aralık 2023- Mayıs 2024 tarihleri arasında muayene ve rutin işlemler için başvuran bireyler evreni oluşturdu. Araştırmacı hafta içi mesai saatleri içerisinde ilgili Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) 'ne gelen bireylere çalışma hakkında bilgi verip onam alındıktan sonra anketler araştırmacı Elif SOLMAZ AŞKAN tarafından uygulandı.

Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini Van ili Tuşba ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) (1,2,3,4,5,6,7,8 Nolu ASM) muayene ve rutin işlemler için başvuran 40.000 (kırk bin) birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesine yönelik yapılan evreni bilinen örnekleme hesaplanmasına göre, %95 güven aralığında ve %5 örnekleme hata payı ile çalışmaya 381 bireyin alınması planlanmış olup çalışma 397 birey ile tamamlanmıştır.

3.4. Çalışmaya Alınma ve Alınma Kriterleri

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Okuryazar olan,
- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Van Tuşba ilçesine bağlı ASM'lere başvuran bireyler,
- 18 yaş ve üzerinde olan bireyler çalışma kapsamına alındı.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Yabancı uyruklu bireyler çalışmaya alınmadı.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Tez çalışmasının, Etik Kurul ve kurum izni alındıktan sonra Aralık 2023- Mayıs 2024 tarihleri arasında veri toplama süreci tamamlandı. Çalışmanın verileri, Van ili Tuşba ilçe merkezine bağlı ASM'lerde mesai saatleri içerisinde toplandı. Katılımcılara olasılıksız örnekleme yöntemi ile ulaşıldı. Çalışma kapsamında katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, sözlü ve yazılı onamlarının alınmasının ardından araştırmacılar tarafından hazırlanan “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği”, “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve “Somatizasyon

Ölçeği” özbildirim yolu ile doldurmaları istendi.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ruhsal hastalık durumu gibi kişisel bilgilerini içeren 15 soru yer almaktadır (Aydın ve İşmen, 2003; Cevizci ve Müezzini, 2019) (Ek 1).

Somatizasyon Ölçeği

Ölçek, 33 maddeden oluşmuştur. Bu maddeler Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)’nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan, maddeleri alınarak oluşturulmuştur. Bu şekliyle ölçek Uzm. Psikiyatrist Ayşın Noyan ve Uzm. Psikolog Umut Seyfioğlu tarafından böbrek donörleri ve somatizasyon bozukluğu tanısı almış bireylerle ilgili çalışmalarda kullanılmıştır, ancak bu çalışmalar henüz yayınlanmamıştır. Somatizasyon Ölçeği’nin Dülgerler (2000) tarafından geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmıştır. Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.83, test retest güvenirlik kat sayısı 0.996, testi yarılama tekniği (Split-Half) ile 1. yarı alpha değeri 0.8810, 2. yarı alpha değeri 0.8439, SCL-90-R ölçeği ile olan benzer ölçek korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı) 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçekteki her ifadenin “doğru” ya da “yanlış” seçeneği vardır. Ölçeğin puanlaması yapılırken, 1-4-5-6-7-10-11-19-20-21-22-23-26-27-32-33 numaralı ifadelerle “doğru” yanıtı verildiğinde 1 puan, “yanlış” yanıtı verildiğinde 0 puan, 2-3-8-9-12-13-14-15-16-17-28-24-25-28-29-30-31 numaralı ifadelerle “yanlış” yanıtı verildiğinde 1 puan, “doğru” yanıtı verildiğinde 0 puan verilir. Doğru ve yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar “0-33” arasında değişmektedir. Alınan puanların 33’e yaklaşması “Somatizasyon bozukluğu”nu işaret eder. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.83’tür. Çalışmada, ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulundu (Ek 2).

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Friborg ve arkadaşları tarafından 2003 yılında kişisel güç’, ‘yapısal stil’, sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve

‘sosyal kaynaklar’ olmak üzere beş boyutlu olarak geliştirilmiştir. Daha sonra Friborg ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, altı alt boyutun Psikolojik dayanıklılığı daha iyi ortaya çıkardığı sonucuna ulaşmışlardır. Buna dayanarak ‘kişisel güç’ boyutu ‘kendilik algısı’ boyutu ve ‘gelecek algısı’ şeklinde ikiye ayrılmış ölçek toplamda altı boyuta ulaşmıştır. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği 33 maddeden oluşmaktadır. Bunlardan 3, 9, 15, 21, maddeleri yapısal stili, 2, 8, 14, 20, maddeleri gelecek algısını 5, 11, 17, 23, 26, 32 maddeleri aile uyumunu, 1, 7, 13, 19 28, 31 maddeleri kendilik algısını 4, 10, 16, 22, 25, 29 maddeleri sosyal yeterliliği 6,12,18,24,27, 30, 33 maddeleri ise sosyal kaynaklar alt boyutunu ölçmeye yöneliktir. Ölçeğin Türkçeye ilk çevirisi ve uyarlaması Brislin ve arkadaşları (1973) tarafından yapılmıştır. Bu ilk uyarlama Nejat Basım ve Fatih Çetin (2010) tarafından çok aşamalı bir değerlendirme yöntemiyle incelenmiş akabinde alanında uzman kişilerin bilgi ve değerlendirmelerine de başvurularak çevirisi, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları yürütülmüştür. Ölçeğin maddeleri cevaplanırken kişinin cevaplarının etkilenmemesi amacıyla olumlu ve olumsuz nitelik taşıyan cevaplar farklı yönlerde yerleştirilmiş ve beş derece kutucuğu bırakılarak düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puan 33 ile 165 arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi orijinal çalışmada olduğu gibi serbest bırakılmıştır. Tanışıklık (aşinalık) önyargısından (acquaintance bias) kurtulmak için hazırlanan ve cevapların karşısında bulunan beş kutucuk 5'li Likert biçiminde düşünülerek istenilen biçimde değerlendirme yapabilmektedir. Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 1,2,3,4 ve 5 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki; 1-3-4-8-11-12-13- 14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olacaktır. Eğer puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa; cevap kutucukları 5,4,3,2 ve 1 olarak değerlendirilecek ve ters sorular bu durumda 2-5-6-7-9-10-17-18-19-20-21-22-26-28-29-30-32 numaralı sorular olacaktır). Ölçeğin, Cronbach alfa değeri 0.81’dir (Basım ve Çetin, 2011). Çalışmada, YPDÖ Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.88 olarak bulundu (Ek 3).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

1994 yılında Bernstein tarafından geliştirilen bu ölçeğin, 1996’da Türkçeye uyarlanması, 2012’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şar tarafından yapılmıştır. 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak

değerlendirmede yararlı olan, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Bu ölçek; üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşur. Ayrıca Şar ve ark (2021), yaptıkları Revizyon çalışmasında madde 29-33'ü ekleyerek aşırı koruma ve kontrol alt boyutunu eklemişlerdir (Şar ve ark., 2021). Madde 3, 8, 14, 18, 25 duygusal istismarı; madde 9, 11, 12, 15, 17 fiziksel istismarı; madde 1, 2, 4, 6, 26 fiziksel ihmali; madde 5, 7, 13, 19, 28 duygusal ihmali; madde 20, 21, 23, 24, 27 cinsel istismarı; madde 29-33 ise aşırı koruma-kontrolü ölçmektedir. Boyutlara dair puanlar ilgili maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. İnkâr puanlarıyla ilişkili maddeler (No 10, 16, 22) ölçekten alınan toplam puanı etkilememektedir. Bu çalışmada inkâr puanı kullanılmamıştır. Altı alt boyut vardır ve alt boyut toplamları ve toplam puanların birleşiminden toplam elde edilir. Beşli likert tipi olan ÇÇTÖ'de yanıtlar 1-5 arasında puanlandırılmaktadır (hiçbir zaman=1, nadiren=2, zaman zaman=3, sıklıkla=4, çok sık olarak=5). Ölçek maddeleri arasında ters maddeler (1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28, 31) bulunmaktadır. Ters maddeleri, örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dönüştürülür. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30-150 arasında değişmektedir. Elde edilecek puan ne kadar yüksek çıkarsa çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar deneyimindeki artış da o kadar yüksektir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.87'dir (Şar ve ark., 2021). Çalışmada, ÇÇTÖ Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulundu (Ek 4).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için SPSS 26 paket programı kullanıldı ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Katılımcılardan elde edilen veriler doğrultusunda katılımcıların demografik bilgilerinde betimsel istatistik yapıldı. Ayrıca, veri toplama araçlarının betimsel istatistikleri minimum değer, maksimum değer, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Ölçeklerin sosyo-demografik değişkenler ile karşılaştırılması öncesi verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri incelendi. Normallik testi için çarpıklık-basıklık değeri, histogram diyagramı ve kolmogorov-simirnov değerlerine bakıldı. Normal dağılım gösteren veriler için bağımsız gruplarda t testi (İndipendet Simpe t Test), Tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), Linear regresyon testlerinden yararlanıldı. ÇÇT, somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık ile olan ilişkileri pearson korelasyon analizi ile analiz edildi. Tüm test verileri %95 güven

aralığında gerçekleştirildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce;

- Van YYÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı (Ek 6).
- Van İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izinler alındı (EK 7).
- Yazarlardan ölçek izinleri alındı (EK8, Ek 9, Ek 10).
- Katılımcıların, yazılı ve sözlü onamları alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin, katılımcıların sosyodemografik bilgi formunda ve ölçeklerde yer alan sorulara verdikleri yanıtlar doğrultusunda analiz edilmesi ve öz bildirim yolu ile doldurulması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Araştırmanın örneklemini Tuşba ilçe ASM'lerine başvuran ve araştırma alınma kriterlerine uyan erişkin bireylerden oluştuğundan araştırma için çalışma verileri sadece bu kapsamdaki erişkinlere genellenebilir.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 4.1’de verilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımına bakıldığında; %76.6’sının 18-36 yaş aralığında olduğu, %69.0’ının kadın cinsiyette, %40.3’ü lisans/lisansüstü mezunu olduğu, % 46.1’inin şehir merkezinde yaşadığı, %57.7’sinin çekirdek ailede yaşadığı, %56.9’unun evli, %37.3’ünün herhangi işte çalışmadığı, % 56.9’unun evli, %79.1’inin herhangi bir kronik fiziksel hastalığının olmadığı, %65.5’inin herhangi travmatik bir durum yaşamadığı, %85.4’ünün ailesinden şiddet görmediği, %91.7’sinin psikiyatrik yardım almadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların aile bireylerinde psikiyatrik hastalık durumuna bakıldığında; %89.4’ünün aile bireylerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık olmadığı, %10.6’sının ise psikiyatrik hastalık durumu olduğu saptandı. Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna bakıldığında ise; katılımcıların %92.4’ünün herhangi bir tanı almadığı, %7.3’ünün psikiyatrik tanı aldığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı (N=397)

Demografik özellikler		n	%
Yaş	18-36	304	76.6
	37-54	86	21.7
	55 ve üzeri	7	1.8
Cinsiyet	Erkek	123	31.0
	Kadın	274	69.0
Eğitim durumu	Okuryazar	21	5.3
	İlk/Orta öğretim	93	23.4
	Lise	91	22.9
	Ön lisans	32	8.1
	Lisans/Lisansüstü	160	40.3
Yaşanılan yer	Şehir	183	46.1
	Kasaba	175	44.1
	Köy	39	9.8
Kimle yaşıyorsunuz	Çekirdek Aile	229	57.7
	Geniş Aile	139	35.0
	Tek başına/Dul yaşayanlar ¹	29	7.3
Medeni durum	Evli	226	56.9
	Bekâr	171	43.1

Tablo 4.1. (Devamı) Katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı (N=397)

Demografik özellikler		n	%
Çalışma durumu	Çalışmıyor ²	148	37.3
	Memur ³	118	29.7
	Özel sektör ⁴	84	21.2
	Öğrenci	47	11.8
Kronik fiziksel hastalık durumu	Evet	83	20.9
	Hayır	314	79.1
Travmatik bir durum yaşama durumu	Evet	137	34.5
	Hayır	260	65.5
Ailenizde şiddet görme durumu	Evet	58	14.6
	Hayır	339	85.4
Psikiyatrik yardım arama davranışı	Evet	33	8.3
	Hayır	364	91.7
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	Var ⁵	42	10.6
	Yok	355	89.4
Psikiyatrik tanı alma durumu	Var ⁶	29	7.3
	Yok	368	92.7

1. Tek başına ve dul seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

2. Serbest meslek ve ev hanımı 'evet' diyenlerin dağılımı.

3. Sağlık çalışanı, öğretmen, akademisyen, din görevlisi ve polis mesleğini 'evet' diyenlerin dağılımı.

4. İşçi, bakıcı, çağrı merkezi çalışanı, diyetisyen, esnaf, kurye, kapıcı, güvenlik, eczane teknikeri, kasiyer, şöfor vb. seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

5. Obsesif kompulsif bozukluk, depresyon+panik atak, depresyon ve anksiyete, anksiyete seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı. 6. Anksiyete + dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, depresyon+panik atak, içe kapanma, kaygı bozukluğu, stres seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

4.2 Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri

Araştırmada, katılımcıların ÇÇTÖ ve alt boyutları incelendiğinde; **ÇÇTÖ Toplam** puan ortalaması $63,33 \pm 13,84$ (min.-max.42-112) idi. Ölçek alt boyutlarından **Duygusal İstismar** puan ortalaması $7,99 \pm 3,56$ (min.-max. 5-25), **Fiziksel İstismar** puan ortalaması $6,97 \pm 3,09$ (min.-max 5-19), **Fiziksel İhmal** puan ortalaması $10,40 \pm 4,22$ (min.-max. 5-22), **Duygusal İhmal** puan ortalaması $10,82 \pm 4,41$ (min.-max. 5-24), **Cinsel İstismar** puan ortalaması $6,02 \pm 2,56$ (min.-max. 5-21), **Aşırı Koruma ve Kontrol** puan ortalaması $10,51 \pm 3,78$ (min.- max. 5-24) olarak bulundu (Tablo 4.2).

YPDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; YPDÖ toplam puan ortalaması 100.37 ± 12.74 (min.-max. 49-163) idi. Ölçek alt boyutlarından, Yapısal Stil puan ortalaması 12.21 ± 2.96 (min.-max. 4-20), Gelecek Algısı puan ortalaması 12.06 ± 2.55 (min.-max. 4-20), Aile Uyumunu puan ortalaması 18.76 ± 3.69 (min.-max. 7-30), Kendilik Algısı puan ortalaması 18.42 ± 3.31 (min.-max. 8-30), Sosyal Yeterlilik puan ortalaması 18.91 ± 3.48 (min.- max. 8-30) ve Sosyal Kaynaklar puan ortalaması 19.98 ± 3.92 (min.-max. 8-35) olarak saptandı. Ayrıca somatizasyon ölçeği puan ortalaması 16.64 ± 3.75 (min.-max. 2-33)'tir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Ölçeklerin betimleyici istatistikleri

Değişkenler	X±SS	Min-Max
ÇÇTÖ Toplam	63,33±13,84	42-112
Duygusal İstismar	7,99±3,56	5-25
Fiziksel İstismar	6,97±3,09	5-19
Fiziksel İhmal	10,40±4,22	5-22
Duygusal İhmal	10,82±4,41	5-24
Cinsel İstismar	6,02±2,56	5-21
Aşırı Koruma ve Kontrol	10,51±3,78	5-24
YPDÖ Toplam	100.37±12.74	49-163
Yapısal Stil	12.21±2.96	4-20
Gelecek Algısı	12.06±2.55	4-20
Aile Uyumunu	18.76±3.69	7-30
Kendilik Algısı	18.42±3.31	8-30
Sosyal Yeterlilik	18.91±3.48	8-30
Sosyal Kaynaklar	19.98±3.92	8-35
SÖ Toplam	16,64±3,75	2-33

4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇÇTÖ Toplam ve Alt Boyutların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların ÇÇTÖ puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki fark incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum ve travmatik bir olay yaşama durumu ile ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Katılımcıların ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile yaş kategorileri arasındaki fark incelendiğinde; ÇÇTÖ toplam puan, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar ve aşırı koruma ve kontrol alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Ancak fiziksel ihmal alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma testinde 37-54 yaş grubundaki bireylerin 18-36 yaş grubundaki bireylere göre fiziksel ihmal alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak negatif yönde yüksek ve anlamlı belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumuna bakıldığında ise; cinsel istismar alt boyut puan ortalaması ($p>0.05$) dışındaki ÇÇTÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edildi ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırma testinde; okur-yazar olan katılımcıların lisans/lisansüstü olan katılımcılara göre duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal alt boyutlarında ve ÇÇTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Yaşanılan yerleşim yerine bakıldığında ise, ÇÇTÖ toplam puan, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Ancak cinsel istismar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş olup ($p<0.05$) yapılan çoklu karşılaştırma testinde köyde yaşayan katılımcıların, şehir merkezinde ve kasabada yaşayan katılımcılara göre cinsel istismar puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile aile yapısı değişkeni arasındaki fark incelendiğinde; ÇÇTÖ toplam puan, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, aşırı koruma ve kontrol alt boyutları puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken duygusal istismar ve cinsel istismar alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma testinde; diğer (tek başına ve dul yaşayan) seçeneğini işaretleyen katılımcıların çekirdek aile seçeneğini işaretleyen katılımcılara göre duygusal ve cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Meslek grubuna bakıldığında ise, fiziksel ve cinsel istismar alt boyutları dışında ($p>0.05$), ÇÇTÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Elde edilen çoklu karşılaştırma testinde, çalışmayan katılımcıların, çalışan katılımcılara göre; duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, aşırı koruma-kontrol alt boyut ve ÇÇTÖ toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların kronik fiziksel hastalık durumuna göre ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$). Ancak ‘fiziksel ihmal’ alt boyutunda kronik fiziksel hastalık durumuna evet diyenlerin puan ortalamasının (11.6 ± 3.88) hayır diyenlerin (10.07 ± 4.25) puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ailesinde şiddet deneyimini yaşayan katılımcıların ailesinde şiddet deneyimini yaşamayan katılımcılarla karşılaştırıldığında ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Ancak ‘cinsel istismar’ alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların psikiyatrik yardım arama davranışı durumuna bakıldığında; fiziksel ihmal ve cinsel istismar puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), psikiyatrik yardım almayanlara göre ÇÇTÖ toplam, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, aşırı koruma ve kontrol (AKK) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$).

Ailede psikiyatrik hastalık durumu incelendiğinde cinsel, duygusal ve fiziksel istismar, duygusal ihmal alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), ÇÇTÖ toplam puan, fiziksel ihmal ve AKK alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Katılımcıların, psikiyatrik tanı alma durumu incelendiğinde ise, fiziksel ihmal,

duygusal istismar, AKK alt boyutları arasında anlamlı bir fark görülürken ($p<0.05$), ÇÇT toplam puan, duygusal ihmal, cinsel ve fiziksel istismar alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3).



Tablo 4.3: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=397)

	Duygusal İstismar	t/ p	Fiziksel İstismar	t/ p	Fiziksel İhmal	t/p	Duygusal İhmal	t/ p	Cinsel İstismar	t/ p	Aşırı koruma ve kontrol	t/ p	ÇÇTÖ Toplam	t/ p
	$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$	
Cinsiyet*	Erkek	7.93±3.5 8	- 0.234	7.02±3.2 3	0.192 /	1.892/ 0.059	11.00±4.5 9	10.84±4.5 0	6.00±2.7 2	-0.102/ 0.919	10.12±3.8 5	- 1.383	63.65±14.4 8	0.314 /
	Kadın	8.02±3.5 5	/ 0.815	6.95±3.0 3	0.848 /	10.13±4.0 2	10.81±4.3 7	10.81±4.3 7	6.03±2.4 8	/ 0.947	10.68±3.7 4	/ 0.167	63.18±13.5 7	0.754 /
Yaş**	18-36 ^a	8.05±3.7 4		7.02±3.1 6		10.03±4.1 8	10.79±4.4 8	10.79±4.4 8	6.14±2.7 6	1.670/ 0.189	10.54±3.8 6		63.31±14.4 4	
	37-54 ^b	7.74±2.8 8	0.395 /	6.82±2.8 9	0.171 /	11.77±4.0 9	11.06±4.1 4	11.06±4.1 4	5.68±1.7 5	/	10.53±3.5 2	0.568 /	63.65±11.6 9	0.225 /
	55 ve üzeri ^c	8.71±3.3 0	0.674 /	6.71±2.9 8	0.843 /	9.42±4.57 8	9.14±4.63 1	9.14±4.63 1	5.00±0.0 0	0.524 /	9.00±3.51 7	0.567 /	60.00±12.6 7	0.799 /
Eğitim Durumu**	Okuryazar ^a	9.85±3.5 1	2.904 /	8.57±3.7 4		13.52±3.8 1	13.66±4.5 3	13.66±4.5 3	7.23±3.5 9		12.14±3.8 8		74.28±15.2 7	
	İlk/orta Öğretim ^b	8.15±3.4 6	0.022 Fark	7.01±2.4 6	2.769 /	12.49±4.0 0	11.15±4.0 5	11.15±4.0 5	6.25±2.9 3	3.340 /	11.15±3.2 5	2.444 /	66.21±12.3 3	8.213 /
	Lise ^c	8.41±3.8 7	/ a>e	7.41±3.5 1	0.027 Fark	10.83±3.9 5	11.06±4.4 6	11.06±4.4 6	6.06±2.8 2	0.009 Fark	10.50±3.7 4	/ 0.046	65.12±14.1 9	0.001 Fark
	Önlisans ^d	8.03±3.6 9	/ a>e	6.28±2.7 6	/ a>e	9.03±3.65 8	9.71±3.98 1	9.71±3.98 1	6.09±2.7 7	/ a>d	10.03±4.4 5	/ a>e	60.46±12.9 0	/ a>c
	Lisans/ lisansüstü ^e	7.41±3.3 1		6.64±3.0 7		8.80±3.86 1	10.34±4.4 1	10.34±4.4 1	5.70±1.8 3	a>e /	10.03±3.8 7		59.77±13.2 9	a>d a>e
Yaşanılan Yerleşim Yeri**	Şehir ^a	7.92±3.6 3	3.410 /	7.01±3.3 1	0.814 /	9.98±4.21 0	10.45±4.2 7	10.45±4.2 7	6.28±2.8 6	1.914/ 0.149	10.26±3.7 5	5.280 /	62.55±14.2 9	1.422 /
	Kasaba ^b	7.76±3.1 2	0.066 /	6.82±2.6 5	0.444 /	10.64±4.1 9	11.20±4.5 6	11.20±4.5 6	5.84±2.3 4	0.279 /	10.36±3.5 4	0.005 Fark	63.40±13.0 3	0.242 /
	Köy ^c	9.38±4.6 8		7.51±3.8 4		11.28±4.2 8	10.82±4.3 2	10.82±4.3 2	5.61±1.8 1	/	12.35±4.5 3	/ c>a	66.66±15.0 7	/ c>b
Kimle yaşıyorsunuz*	Çekirdek Aile ^a	7.64±3.0 6		6.78±2.9 5		10.33±4.0 9	10.54±4.0 0	10.54±4.0 0	5.93±2.4 0		10.32±3.6 8		62.29±12.1 8	
	Gemiş Aile ^b	8.30±3.8 3	/ 0.017	7.14±3.2 0	/ 0.188	10.58±4.4 1	11.04±4.7 2	11.04±4.7 2	5.92±2.3 8	3.663/ 0.027	10.48±3.6 0	3.525 /	64.03±14.4 6	2.873 /
	Tek başına/Dul yaşıyanlar ^c	9.46±5.2 5	Fark / c>a	7.82±3.6 3		10.14±4.4 6	12.10±5.7 7	12.10±5.7 7	7.28±4.0 4	Fark: c>a /	12.32±5.0 1	0.065 /	68.60±21.1 1	0.058 /
Medeni Durum*	Bekar	8.43±3.88 2.128/ 0.034		7.16±3.22 0.289	1.062/ 0.289	9.73±4.04 10.91±4.29	11.14±4.85 10.57±4.04	11.14±4.85 10.57±4.04	6.09±2.69 5.97±2.46	0.445/ 0.656	10.71±3.93 10.35±3.67	0.940 /0.348	63.89±14.70 62.90±13.17	0.703/ 0.482
	Evlü	7.66±3.26 1.186/ 0.034		6.83±2.99 0.823/ 0.034	0.289 0.823/ 0.034	10.91±4.29 11.6±3.88	10.57±4.04 11.86±4.36	10.57±4.04 11.86±4.36	5.97±2.46 6.32±3.00	0.656 1.191/ 0.656	10.35±3.67 11.21±3.63	/0.348 1.908	62.90±13.17 66.26±12.33	0.482 2.180/
Kronik	Evet	8.40±3.38		7.22±3.01	0.823/ 0.034	11.6±3.88	11.86±4.36	11.86±4.36	6.32±3.00	1.191/ 0.656	11.21±3.63	1.908	66.26±12.33	2.180/

fiziksel hastalık durumu*	Hayır	7.88±3.60	0.236	6.91±3.12	0.411	10.07±4.25	0.001	10.54±	0.015	5.94±2.42	0.234	10.32±3.80	/0.057	62.55±14.13	0.030
---------------------------	-------	-----------	-------	-----------	-------	------------	-------	--------	-------	-----------	-------	------------	--------	-------------	-------

Tablo 4.3: (Devamı) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	ü/p	Duygusal İhmal	ü/p	Cinsel İstismar	ü/p	Aşırı koruma ve kontrol	ü/p	ÇÇTÖ Toplam	ü/p
	7.25±2.95 12.17±3.86	7.25±2.95 12.17±3.86	7.25±2.95 12.17±3.86		7.25±2.95 12.17±3.86		7.25±2.95 12.17±3.86		7.25±2.95 12.17±3.86		7.25±2.95 12.17±3.86	
Meslek Grupları**												
Çalışmıyor ^{2,a}	8.52±3.5 2	7.25±2.95 2	7.25±2.95 2	18.318/ 0.001	11.68±4.29 9	1.037/ 0.376	6.22±2.61 9	4.691/ 0.003	11.27±3.4 9	8.296/ 0.001	67.13±12.89	8.296/ 0.001
Memur ^{3,b}	7.27±3.2 3	6.49±3.02 3	8.85±3.71 3	Fark: a>b	9.89±4.16 3	5.75±2.19 3	5.75±2.19 3	5.75±2.19 3	9.94±3.79 3	59.00±12.16	59.00±12.16	59.00±12.16
Özel Sektör ^{4,c}	7.77±3.7 5	7.01±3.35 5	10.34±4.71 5	Fark: a>c	10.09±4.39 5	5.89±2.63 5	5.89±2.63 5	5.89±2.63 5	9.67±3.57 5	62.11±14.93	62.11±14.93	62.11±14.93
Öğrenci ^d	8.55±3.8 3	7.29±3.20 3	8.80±3.44 3	Fark: a>d	11.74±4.85 3	6.31±3.05 3	6.31±3.05 3	6.31±3.05 3	11.06±4.5 3	64.38±15.55	64.38±15.55	64.38±15.55
Travmatik bir olay yaşama durumu*												
Evet	8.07±3.5 6	7.08±3.15 6	10.45±4.23 6	0.194/ 0.846	11.07±4.39 6	0.817/ 0.415	6.08±2.61 6	0.338/ 0.736	10.89±4.1 6	63.97±13.72	63.97±13.72	63.97±13.72
Hayır	7.95±3.5 6	6.92±3.06 6	10.37±4.23 6		10.69±4.42 6	5.99±2.53 6	5.99±2.53 6		10.31±3.58 6	62.99±13.92	62.99±13.92	62.99±13.92
Ailede şiddet görme durumu	9.75±4.7 6	8.84±4.15 6	11.93±4.07 6	3.011/ 0.003	13.51±4.44 6	5.191/ 0.001	6.06±2.36 6	0.142/ 0.888	12.41±4.1 5	71.17±15.74	71.17±15.74	71.17±15.74
Hayır	7.69±3.2 2	6.66±2.76 2	10.14±4.20 2		10.36±4.24 2	6.02±.59 2	6.02±.59 2		10.18±3.6 2	61.99±13.05	61.99±13.05	61.99±13.05
Psikiyatrik yardım arama davranışı *												
Evet	10.54±4. 65	8.42±3.89 65	11.72±3.73 65	1.886/ 0.060	13.12±4.57 65	3.158/ 0.002	6.90±3.50 65	2.074/ 0.132	12.63±4.3 7	72.72±16.31	72.72±16.31	72.72±16.31
Hayır	7.76±3.3 5	6.84±2.98 5	10.28±4.25 5		10.61±4.34 5	5.94±2.44 5	5.94±2.44 5		10.32±3.6 7	62.48±13.30	62.48±13.30	62.48±13.30
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	17.28±2. 71	7.78±3.24 71	12.76±3.92 71	-3.894 /	11.92±4.38 71	-1.720 /0.086	5.88±1.80 71	0.381/ 0.695	12.002±4.3 4	68.80±13.49	68.80±13.49	68.80±13.49
Yok	16.57±3. 85	6.88±3.07 85	10.12±4.17 85	0.000	10.69±4.40 85	6.04±2.63 85	6.04±2.63 85		10.33±3.63 6	62.68±13.76	62.68±13.76	62.68±13.76
Psikiyatrik tanı alma durumu												
Var ⁶	9.68±3.72 0.008	8.00±3.47 0.065	12.58±3.79 0.004	2.917/ 0.004	12.20±4.15 0.80	1.757/ 0.80	7.06±3.69 0.118	2.287/ 0.118	12.86±4.40 5	71.89±13.65	71.89±13.65	71.89±13.65
Yok	7.86±3.51 0	6.89±3.05 0	10.23±4.21 0		10.71±4.42 0	5.94±2.43 0	5.94±2.43 0		10.32±3.67 0	62.65±13.60	62.65±13.60	62.65±13.60

1. Tek başına ve döl seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
2. Serbest meslek ve ev hanımı seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
3. Sağlık çalışanı, öğretmen, akademisyen, din görevlisi ve polis mesleğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
4. İşçi, bakıcı, çağrı merkezi çalışanı, diyetisyen, esnaf, kurucu, güvenlik, eczane teknikeri, kasier, şöfor vb. seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
5. Obsesif kompulsif bozukluk, depresyon+panik atak, depresyon+anksiyete, anksiyete seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
6. Anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon+panik atak, içe kapanma, kaygı bozukluğu, stres seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

* Bağımsız gruplarda t testi (Independent Simpe t Test), ** Tek yönlü varyans analizi (One Way Anova)

4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SÖ toplam ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Tablo 4.4’e göre;

Katılımcıların, cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, aile tipi, öğrenim durumu, meslek grubu, kronik fiziksel hastalık durumu, travmatik bir olay yaşama durumu, ailede şiddet görme durumu, psikiyatrik yardım alma, ailede psikiyatrik hastalık durumu ve psikiyatrik tanı alma durumuna göre SÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken ($p>0.05$) medeni durum ile SÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Buna göre evli olan katılımcıların SÖ puan ortalamasının (17.19 ± 3.85), bekar olanlara (15.92 ± 3.49) göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N=397)

		<u>SÖ</u> $\bar{x} \pm \bar{s}$	t/ (p)
Cinsiyet*	Erkek	17.00±3.74	1.245/0.214
	Kadın	16.49±3.75	
Yaş**	18-36	16.52±3.46	0.666/0.514
	37-54	17.03±4.53	
	55 ve üzeri	16.64±3.75	
Yaşanılan Yerleşim Yeri**	Şehir	16.58±3.93	1.227/ 0.294
	Kasaba	16.89±3.44	
	Köy	15.87±4.20	
Kimle yaşıyorsunuz**	Çekirdek Aile	17.03±3.49	2.878/ 0.057
	Geniş Aile	16.18±4.21	
	Tek başına/ Dul yaşayanlar ¹	15.89±3.08	
Eğitim Durumu**	Okur-yazar	17.42±5.20	1.021/0.396
	İlk/orta Öğretim	16.11±3.52	
	Lise	17.05±4.66	
	Önlisans	16.93±3.40	
	Lisans/Lisansüstü	16.56±3.10	
Medeni Durum*	Bekar	15.92±3.49	-3.393/ 0.001
	Evli	17.19±3.85	
Meslek grubu**	Çalışmıyor ^{2,a}	16.68±4.35	2.719/ 0.054
	Memur ^{3,b}	17.00±3.23	
	Özel sektör ^{4,c}	16.86±3.32	
	Öğrenci ^d	15.23±3.45	
Kronik fiziksel hastalık Durumu*	Evet	17.19±4.04	1.482/ 0.139
	Hayır	16.50±3.66	
Travmatik bir olay yaşama durumu*	Evet	16.99±3.91	1.321/ 0.187
	Hayır	16.46±3.66	
Ailede şiddet görme durumu*	Evet	16.65±2.89	0.012/ 0.991
	Hayır	16.64±3.88	
Psikiyatrik yardım arama davranışı durumu*	Evet	16.39±2.90	-0.408/ 0.683
	Hayır	16.67±3.82	
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	Var ⁵	17.28±2.71	-1,160/ 0.247
	Yok	16.57±3.85	
Psikiyatrik tanı alma durumu	Var ⁶	17.00±2.77	-0.521/ 0.603
	Yok	16.62±3.82	

1. Tek başına ve dul seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

2. Serbest meslek ve ev hanımı seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

3. Sağlık çalışanı, öğretmen, akademisyen, din görevlisi ve polis mesleğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

4. İşçi, bakıcı, çağrı merkezi çalışanı, diyetisyen, esnaf, kurye, kapıcı, güvenlik, eczane teknikeri, kasiyer, şöfor vb. seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

5. Obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, depresyon ve panik atak, depresyon ve anksiyete, anksiyete seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

* Bağımsız gruplarda t testi (İndipendet Simpe t Test), ** Tek yönlü varyans analizi (One Way Anova)

6. Anksiyete + dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, panik atak, depresyon+panik atak, içe kapanma, kaygı bozukluğu, stres seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.

4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre YPDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların YPDÖ puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında fark olup olmadığı incelendiğinde; cinsiyet, yerleşim yeri, aile tipi, medeni durum, kronik fiziksel hastalık, travmatik bir olay yaşama, ailede şiddet görme ve psikiyatrik tanı alma durumu YPDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Katılımcıların YPDÖ toplam ve alt boyutları ile yaş, eğitim durumu, meslek grubu, psikiyatrik yardım alma, ailede psikiyatrik hastalık durumu arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; yaş kategorisinde YPDÖ toplam puan, Yapısal Stil (YS), Gelecek Algısı(GA), Kendilik Algısı (KA), Sosyal Yeterlilik (SY) alt boyut toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), Aile Uyum (AU) ve Sosyal Kaynaklar (SK) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$). AU ve SK alt boyut puan ortalamaları arasında farkı belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma testinde 37-54 yaş grubundakilerin 18-36 yaş grubundakilere göre Aile Uyum ve Sosyal Kaynaklar puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Eğitim, meslek grubu ve ailede psikiyatrik hastalık durumuna bakıldığında; YS alt boyut puan ortalaması haricinde **YPDÖ toplam ve alt boyut puan** ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim durumu için; '**YS alt boyut**' puan ortalamasında anlamlı farklılığın görüldüğü ($p<0.05$) ve farkın olduğu grupları saptamak için elde edilen çoklu karşılaştırma testinde lisans/lisansüstü mezunu olanların okuryazar olanlara göre YS puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Meslek grubu için; '**YS alt boyut**' anlamlı farkın görülmesinde yapılan çoklu karşılaştırma testinde; kamu kurumunda çalışan katılımcıların çalışmayan katılımcılara göre YS puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ailede psikiyatrik hastalık durumu için; '**YS alt boyut**' puan ortalamasında fark bulunmasında elde edilen çoklu karşılaştırmada ise ailede herhangi bir tanı almayan katılımcıların anksiyete ve panik atak tanısı alanlara göre YS puan ortalamasının daha yüksek puan aldığı belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre YPDÖ toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N=397)

	Yapısal Sü	Y	Gelecek Ailesi	U	Aile Uyumu	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar	YPDÖ Toplam	U	P
Cinsiyet*	Erkek	12.37±2.77	0.698/	12.07±2.64	0.847	18.91±3.17	18.99±3.31	20.34±4.09	1.241/	100.87±12.92	0.526/
	Kadın	12.14±3.04	0.486	12.05±2.51	/0.958	18.70±3.58	18.88±3.56	19.82±3.84	0.216	100.14±12.68	0.599
Yaş**	18-36 ^a	12.28±2.92	0.806/	12.03±2.52	0.082	18.44±3.61	18.85±3.51	19.72±3.82	4.198/	99.57±12.31	2.951/
	37-54 ^b	11.90±3.08	0.447	12.13±2.72	/	19.88±3.93	19.27±3.36	21.02±4.13	0.016	103.31±14.23	0.053
	55 ve üzeri ^c	13.00±3.21		12.28±1.49	0.92 1	19.14±1.46	17.42±3.82	18.57±3.77	Fark:	100.37±12.74	
									b>a		
Eğitim Durumu**	Okur-yazar ^a	11.80±2.76	2.607/	11.85±1.98	0.648	18.19±3.74	17.61±3.00	21.33±3.54	1.181/	98.09±9.59	1.012/
	İlk/orta Öğretim ^b	11.50±3.35	0.035	11.95±2.46	/0.629	19.49±3.75	18.48±3.07	19.61±3.72	0.319	99.17±10.53	0.401
	Lise ^c	12.18±3.04	Fark e>b	12.41±2.70		19.12±3.56	19.04±3.54	20.40±4.01		102.42±12.43	
	Önlisans ^d	13.06±2.87		11.75±2.92		18.03±3.94	19.68±4.37	19.87±4.47		101.06±16.27	
	Lisans/ lisansüstü ^e	12.53±2.63		12.01±2.50		18.36±3.63	19.16±3.36	19.80±3.91		100.06±13.61	
Yaşanılan Yeri	Şehir	12.53±3.02	1.992/	12.00±2.64	0.090	18.50±3.74	19.073.51	20.02±3.88	0.801/	100.80±13.50	0.300/
	Kasaba	11.97±2.90	0.138	12.12±2.45	/0.914	18.98±3.74	18.84±3.45	19.79±4.03	0.450	99.81±12.08	0.741
	Köy	11.82±2.80		12.07±2.56		19.02±3.26	18.56±3.56	20.66±3.64		100.87±12.15	
Medeni Durum*	Bekar	12.16±3.00	-0.324/	11.90±2.82	-1.103	18.36±3.81	18.30±3.27	20.04±3.9	0.273/	99.58±1	-1.075/
	Evlü	12.26±2.93	0.746	12.18±2.31	/0.270	19.07±3.58	19.00±3.34	19.93±3.9	0.785	100.97±12.43	0.283
Kronik fiziksel hastalık Durumu*	Evet	12.06±3.44	-0.549/	11.97±42.4	-0.349	18.96±3.97	18.72±3.22	20.13±4.1	0.385/	100.59±13.55	0.173/
	Hayır	12.26±2.82	0.583	12.08±2.58	/0.727	18.71±3.62	18.34±3.34	19.94±3.8	0.701	100.31±12.54	0.863

Tablo 4.5 (Devamı) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre YPDÖ toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N=397)

Meslek Grubu**	Yapısal		Gelecek		Aile		Kendilik		Sosyal		Sosyal		YPDÖ	
	Stil	t/ (p)	Algısı	t/ (p)	Uyumu	t/ (p)	Algısı	t/ (p)	Yeterlilik	t/ (p)	Kaynaklar	t/ (p)	Toplam	t/ (p)
Çalışmıyo 1 ^a , ^a	11.69±3.18		11.94±2.41		19.00±		18.60±3.41		18.50±3.18		20.17±3.7		99.91±1	
					3.54						0		1.17	
	12.70±2.62	3.899/	12.27±2.59		18.55±		18.55±3.33		19.45±3.32		19.97±3.8		10.51±1	
		0.009		0.905	3.1	0.733/		1.833	2.274/	0.241/	4	0.868	3.99	1.636/
Özel Sektör ^{a,c}	12.72±2.64		12.20±2.70	/0.439	18.96±		18.51±3.05	/0.141	19.21±3.93	0.080	19.80±4.2		101.42±	0.181
		Fark: b>a			4.21						2		12.83	
Öğrenci ^d	11.74±3.26		11.63±2.57		18.23±		17.36±3.36		18.36±3.78		19.72±4.3		97.06±1	
					3.12						5		3.67	
Travmatik bir olay yaşama durumu*	12.27±2.92	0.248/	12.17±2.35	0.636	18.86±		18.72±3.21	1.349	19.27±3.44	1.487/0	20.70±3.8	2.656/	102.01±	1.866/
		0.804		/0.525	3.64	0.716		/0.178	.138		3	0.008	11.94	0.063
Ailede şiddet görme durumu*	12.19±2.98		12.00±2.65		18.71±		18.25±3.36		18.73±3.49		19.60±3.9		99.51±1	
					3.73						3		3.08	
Evet	11.74±2.74	-1.331/	11.77±2.27	-0.927	18.12±		18.10±2.97	-0.787	18.25±3.02	-1.565/	20.48±3.5	1.045/	98.48±9.	-1.225/
		0.184		/0.354	3.00	0.149		/0.432	0.118		1	0.297	89	0.221
Hayır	12.30±2.99		12.11±2.59		18.87±		18.47±3.37		19.03±3.55		19.89±3.9		100.69±	
					3.79						9		13.15	
Psikiyatrik yardım arama davranışı durumu*	12.90±2.88	1.440/	12.54±3.07	1.135	18.54±		19.60±4.30	2.685	19.90±3.74	1.707/	21.39±3.7	2.162/	104.90±	2.144/
		0.162		/0.257	4.27			/0.101	0.089		8	0.132	15.74	0.033
Evet	12.15±2.96		12.15±2.96		18.78±		18.31±3.20		18.82±3.45		19.85±3.9		99.96±1	
					3.64						2		2.38	
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	10.92±2.92	0.912/	11.61±2.21	0.194	19.47±		18.16±2.74	0.098	18.19±3.17	0.338/	20.35±3.	0.802/	98.73±1	0.274/
		0.073		/0.234	3.69	0.190		/0.601	0.152		98	0.517	0.08	0.379
Yok	12.37±2.93		12.11±2.58		18.68±		18.45±3.38		19.00±3.51		19.94±3.		100.56±	
					3.69						98		13.02	
Psikiyatrik tanı alma durumu	12.06±3.41	0.283/	12.89±3.08	0.015	18.75±4.01	-1.562/	19.34±3.99	0.368	18.68±3.39	0.333/	20.72±4.34	-1.053/	102.48±14.97	0.925/
		0.068		/0.988				/	0.713		2		0.356	
Evet	12.23±2.92		11.99±2.49		18.76±3.67	0.120	18.34±3.25	0.713	18.93±3.45		19.92±3.89	93	100.20±12.56	

Tek basma ve dul seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
Serbest meslek ve ev hanımı seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
Sağlık çalışanı, öğretmen, akademisyen, din görevlisi ve polis mesleğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
İşçi, bakkal, çağrı merkezi çalışanı, diyetisyen, esnaf, kuruy, kapıcı, güvenlik, eczane teknikeri, kasıyer, şoför, vb seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
Obsesif kompulsif bozukluk, depresyon+panik atak, panik atak, depresyon ve anksiyete, anksiyete seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
Anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, panik atak, depresyon ve panik atak, içe kapanma, kaygı bozukluğu, stres seçeneğine 'evet' diyenlerin dağılımı.
* Bağımsız gruplarda t testi (Independent Simpe t Test), ** Tek yönlü varyans analizi (One Way Anova)

4.6. Ölçeklerin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ÇÇTÖ ile YPDÖ ve SÖ arasındaki ilişki incelendiğinde (korelasyon); YPDÖ alt boyutu olan YS ile ÇÇTÖ toplam ortalaması ve ÇÇTÖ alt boyutları olan duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, AKK puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; cinsel istismar arasında pozitif yönlü zayıf ilişki vardır. YPDÖ alt boyutu olan GA ile ÇÇTÖ toplam puan ve ÇÇTÖ alt boyutları olan duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; AKK ve cinsel istismar puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki vardır. YPDÖ alt boyutu olan AU ile ÇÇT alt boyutları olan cinsel, duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, AKK puan ortalamaları ve ÇÇT toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; ÇÇT alt boyutları olan duygusal ihmal arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır. YPDÖ alt boyutu olan SK ile ÇÇTÖ toplam, cinsel, duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, AKK ve arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. YPDÖ toplam puan ortalamaları ve SÖ ile ÇÇT toplam puan ortalamaları ve ÇÇT alt boyutları olan duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, AKK puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; ÇÇT alt boyutları olan cinsel istismar arasında ise pozitif yönlü zayıf ilişki vardır. SÖ ile ÇÇT toplam puan ortalamaları ve ÇÇT alt boyutları olan duygusal, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, AKK puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; ÇÇT alt boyutu olan cinsel istismar arasında ise pozitif yönlü zayıf ilişki vardır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 ÇÇTÖ, SÖ ile YPDÖ ölçeği puanları arasındaki ilişki (N=397)

		Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Aşırı Koruma ve Kontrol	ÇÇTÖ Toplam
Yapısal Stil	r	-0.055	-0.051	-0.100*	-0.029	0.034	-0.104*	-0.083
	p	0.276	0.313	0.047	0.563	0.501	0.039	0.083
Gelecek Algısı	r	-0.010	-0.005	-0.073	-0.103*	0.061	0.009	-0.132
	p	0.838	0.917	0.149	0.040	0.224	0.851	0.527
Aile Uyumu	r	-0.153**	-0.085	-0.031	-0.288**	-0.047	-0.097	-0.161**
	p	0.002	0.089	0.540	0.001	0.355	0.053	0.001
Kendilik Algısı	r	-0.006	0.030	-0.047	-0.079	0.062	-0.020	-0.022
	p	0.907	0.547	0.352	0.118	0.214	0.690	0.655
Sosyal Yeterlilik	r	-0.029	-0.043	-0.106*	-0.141**	0.044	-0.080	-0.085
	p	0.569	0.391	0.035	0.005	0.387	0.110	0.089
Sosyal Kaynaklar	r	0.104*	0.085	0.106*	0.100*	0.056	0.062	0.118*
	p	0.039	0.089	0.034	0.046	0.270	0.215	0.019
YPDÖ Toplam	r	-0.037	-0.015	-0.055	-0.139**	0.052	-0.058	-0.065
	p	0.465	0.762	0.274	0.005	0.302	0.246	0.194
Somatizasyon Ölçeği	r	-0.124*	-0.112*	-0.042	-0.075	0.009	-0.109*	-0.105
	p	0.014	0.025	0.399	0.136	0.852	0.029	0.036

Somatizasyon ölçeği ile YPDÖ toplam puan ortalamaları ve YPDÖ alt boyutları olan YS, GA, AU, KA, SY ve SK puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. YPDÖ ile SÖ ölçeği puanları arasındaki ilişki (N=397)

		Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyumu	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar	YPDÖ Toplam
Somatizasyon Ölçeği	r	0.118*	0.161**	0.075	0.082	0.102*	0.067	0.151*
	p	0.019	0.001	0.137	0.101	0.042	0.181	0.002

Tablo 4.8 Ölçeklere ilişkin regresyon analizi sonuçları

Ölçekler	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği					
Somatizasyon Ölçeği	B	St hata	β	R ²	f	p
Toplam	-.025	0.14	-.105	.011	-4.452	.076

Bağımlı değişken; Somatizasyon Ölçeği

Katılımcıların Somatizasyon Ölçeği ve ÇÇT Ölçeği puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi sonucunda; katılımcıların ÇÇT düzeylerinin Somatizasyon düzeyleri üzerine %1.1 oranında ve negatif yönde etkisinin olduğu belirlendi ($R^2=0.011$; $p>0.05$).

Ölçekler	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği					
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	B	St hata	β	R ²	f	p
Toplam	-.060	0.46	-.065	.004	-1.612	.194

Bağımlı değişken= Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, ** $p<0.001$

Katılımcıların YPDÖ ve ÇÇT Ölçeği puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi sonucunda; katılımcıların ÇÇT düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılık düzeyleri üzerine %0,4 oranında ve negatif yönde etkisinin olduğu belirlendi ($R^2=0.004$; $p>0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, yetişkin bireylerin ÇÇT ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Bu bölümde elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmaya katılan katılımcıların; ÇÇT toplam puan ortalaması ile cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, aile tipi, medeni durum, meslek, kronik fiziksel hastalık, travmatik deneyim, aile bireylerinde psikiyatrik tanı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ÇÇT toplam puanı ile eğitim, meslek, ailede şiddet görme, kronik fiziksel hastalık durumu, psikiyatrik yardım arama davranışı ve psikiyatrik tanı alma durumları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%76.6) 18 ile 36 yaş aralığında ve kadın (%69.0) cinsiyette olduğu belirlenmiş olup ÇÇT ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. Yaş ve cinsiyet değişkenleri ile ilgili bazı çalışmalarda bu çalışmaya benzer bulgular elde edilen çalışmalar olduğu gibi (Güleç ve ark., 2013; Çavuşoğlu, 2020; Wu ve ark., 2022), farklı bulgulara ulaşan çalışmalarda mevcuttur (Bellis ve ark., 2014; Park ve ark., 2014; Hedrick ve ark., 2021; Mehmet ve Gürsoy, 2023). Yapılan çalışmalarda demografik değişkenler ile ilgili farklı bulgulara ulaşılması katılımcıların farklı örneklem grubuyla çalışılması ile açıklanabilir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre ÇÇT puan ortalamalarına bakıldığında; okuryazar olan katılımcıların (74.28 ± 15.27), ilk/orta öğretim, lise, önlisans ve lisans/lisansüstü (sırasıyla; 66.21 ± 12.33 ; 65.12 ± 14.19 ; 60.46 ± 12.90 ; 59.77 ± 13.29) eğitim düzeyine sahip olan katılımcılara göre ÇÇT puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). Başka bir deyişle eğitim düzeyi yükseldikçe ÇÇT düzeyinin azaldığı söylenebilir. Yapılan bir tez çalışmasında ortaokul mezunu kişilerin ÇTT düzeyi lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer olarak Park ve ark (2014) ve Altıparmak (2023) ayrı ayrı yapmış oldukları çalışmalarda; eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılarda ÇÇT düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur

(Altıparmak, 2023; Park ve ark., 2014). Bu çalışmaların bulguları bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir (Altıparmak, 2023). Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin statülerinin zedelenmemesi veya bulunduğu konumu koruma çabasıdan dolayı bunu saklama gereksiniminden kaynaklanabileceği söylenebilir. Ailenin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi, toplumun kültürel yapısı belirleyici olabilir. Düşük eğitim veya yetersiz sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde, eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması da çocukluk çağı travmaları için risk faktörüdür. Aileler eğitim için yeterli yönlendirme ve desteği sağlayamadıkları için ihmal ve istismar davranışında bulunabilirler (Gizir, 2007). ÇÇT, çocukların okulda düşük başarı sergilemelerine, yüksek riskli sağlık davranışlarına ve dikkat problemlerine yol açarak eğitime devam etmelerine engel teşkil edebilir. Ayrıca ÇÇT'nın bireylerin fiziksel, zihinsel, toplumsal gelişimleri üzerindeki olumsuz etkileri ile eğitim hayatını sürdürmedikleri ya da ÇÇT yaşantıları azaldıkça psikolojik iyi oluşun eğitim hayatını olumlu etkilediği söylenebilir.

Katılımcıların psikiyatrik yardım alma durumuna göre; ÇÇT puan ortalamalarına bakılacak olunursa; psikiyatrik yardım alan kişilerin ÇÇT puan ortalamaları (72.72 ± 16.31) psikiyatrik yardım almayanlara (62.48 ± 13.30) göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Örsel ve ark (2011) psikiyatri polikliniğine başvuran 15 ile 67 yaş arasında hastalarla yaptığı çalışmada; psikiyatrik yardım alan hastaların büyük bir kısmının (%65) çocukluğunda travma yaşadığı aktarılmaktadır (Örsel ve ark., 2011). Yapılan farklı bir çalışmada ÇÇT olan bireylerde psikolojik yardım almanın daha fazla olduğu bulunmuştur (Kalyon, 2020). Bu durum ÇÇT'nın olumsuz etkilerine karşı etkili olmayan baş etme yöntemlerinin kullanılmasından dolayı bireylerin psikiyatrik yardım arama ihtiyacını ortaya çıkardığı söylenebilir. Bu çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık onda birinin (%8.3) psikiyatrik yardım aldığı saptandı. Ülkemizde psikiyatrik yardım davranışlarının halen istenilen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Topkaya ve Meydan (2013) çalışmasında; üniversite öğrencilerinin problem yaşadıklarında öncelikli olarak aile üyelerinden veya arkadaşlarından destek aldığını belirtmektedir (Topkaya ve Meydan, 2013). Ayrıca çalışmada, katılımcıların yaklaşık beşte ikisinin (%37.3) çalışmadığı belirlendi. Bu durum psikiyatrik yardım almak için katılımcıların ekonomik durumunu zorlayabileceğinden destek alma oranının düşük olması üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir. Çalışmada, her ne kadar psikiyatrik yardım alan katılımcı sayısı az olsa da, yardım alan katılımcıların ÇÇT'nı tanımlayabilme veya ifade edebilme

özgürlüğüne sahip olmalarından dolayı bu katılımcıların ÇÇT düzeyinin yüksek çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca ÇÇT'nin bireylerin fiziksel ve ruhsal gelişimlerini zedeleyici etkileri göz önünde bulundurulduğunda, travmanın olumsuz etkilerinin mağdurları psikiyatrik yardım arama ihtiyacına yönelttiği söylenebilir.

Katılımcıların ailede şiddet görme durumuna bakıldığında; cinsel istismar dışındaki diğer ÇÇT toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark görüldü. Ailede şiddet görenlerin ÇÇT düzeylerinin, görmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu çalışmanın bulgularını destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çocukların fiziksel istismar sıklığının %13.9 ile %87 arasında değiştiği belirtilmektedir (Güner ve ark., 2010). Gomez (2011) tarafından yapılan bir çalışmada; çocukluğunda ailede şiddet gören bireylerin büyük bir kısmının aile içi şiddet gördüğü ifade edilmektedir (Manchikanti Gómez, 2011). Toplumumuzda, bazı ailelerde çocuk yetiştirmede çocuğa şiddet bir disiplin veya terbiye etme aracı olarak kullanılmaktadır. Bu yüzden aileler, dayak atmanın (fiziksel şiddet) istismar olarak değil de çocuk yetiştirmenin bir parçası olarak görmektedirler (Akbaş, 2020). Ülkemizde Uluslararası Çocuk Merkezi'nin (UÇM'nin) 2020 yılı çocuğa yönelik şiddet raporuna göre; ebeveynlerin çocuklarına verilen cezalar arasında en yüksek oranın %72.6 civarında azarlamanın olduğu görülmektedir. Dövme (%20.7), tokat atma (%32.6), bir müddet konuşmama (%22.5) ve bir süre istediklerini almama (%34.4) olduğu belirtilmektedir (Akbaş, 2020). Çocukluk döneminde deneyimlenen şiddet ya da istismar olaylarının çocuklar üzerinde travmatik etki yaratarak büyük ölçüde fiziksel ve psikolojik hasarlara neden olduğu belirtilmektedir (Şar, 1998; Türkkan ve ark., 2021).

Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre ÇÇT puan ortalamalarına bakıldığında; ÇÇT ile psikiyatrik tanı alan katılımcıların daha önce hiç psikiyatrik tanı almayanlara göre ÇTT düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. Benzer şekilde Sarıçamlık (2020)'ın yaptığı çalışmada; psikiyatrik tanı alan bireylerin psikiyatrik tanı almayan bireylere göre ÇÇT düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de Bipolar bozukluk (BPB) tanılı hastalarda yapılan çalışmada hastaların çoğunluğunda (%61,2) en az bir ÇÇT öyküsünün olduğu belirlenmiştir (Erten ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada, BPB I ve II tanılı 631 hasta ile yapılan çalışmada, 185 kadın ve 99 erkek hastada çocukluk ve ergenlik döneminde istismar öyküsü bildirmiştir (Leverich ve ark., 2002). Aynı şekilde

fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım öyküsü olan kadın hastalarda dissosiyatif belirtilerin yaygın olduğunu bildirilmiştir (Chu ve Dill, 1990). Travmatik deneyimler, bireylerin baş etme kapasitesini aşan olaylar, kişilerde önemli ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir (Özden, 2018).

Çalışmaya katılan katılımcıların somatizasyon puan ortalaması ile sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; somatizasyon toplam puan ortalaması ile medeni durum dışındaki diğer sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Buna göre medeni durumu, evli olan katılımcıların bekar olan katılımcılara nazaran somatizasyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Sağduyu (1995) yaptığı çalışmada, sağlık hizmetlerine başvuran evli ve dul katılımcıların somatizasyon düzeyinin bekar olan katılımcılara göre fazla olduğunu belirlemiştir (Sağduyu, 1995). Ancak Cebbar (2021) psikologlarda somatizasyon ve dayanıklılığı incelediği çalışmasında; medeni durum ile somatizasyon arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmektedir (Cebbar, 2021). Dülgerler (2000) tarafından yapılan bir çalışmada da, benzer bulguları elde edilmiştir (Dülgerler, 2000). Gupta ve ark (2020), 17-19 yaş aralığındaki ergen kızlarla yaptığı bir çalışmada; evli kızların somatizasyon düzeyinin bekar olan kızların somatizasyon düzeyinden daha yüksek olduğu saptanmış olup evli ve bekar kızların somatizasyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Gupta ve ark., 2020). Yapılan bazı çalışmalarda, evlilik perspektifinden de somatizasyonun değerlendirilmesi gerektiğini dikkat çekmekte ve evliliğin somatizasyon üzerinde etkisinin olduğu bildirilmektedir (Gupta ve ark., 2020; Karaköse ve Berk, 2023). Katılımcıların çoğunluğunun evli bireylerden oluştuğu Türkiye'nin doğusunda yapılan bir araştırmaya göre; bölgede kadın başına düşen ortalama çocuk sayısının yaklaşık 5 olduğu, bölgede resmi nikah olmadan yaklaşık %16'sının 15 yaşını doldurmadan önce evlendirildiği, erkek egemen geleneği ile akraba evliliklerinin yaygın olması, evliliklerin büyük kısmının aileler tarafından sağlandığı, boşanma oranlarının ülkenin batısına göre düşük olduğu, boşanmanın getireceği ekonomik sıkıntılar, çevre baskısı gibi korkulardan dolayı şiddete maruz kalmaya rağmen boşanmadan kaçındıkları hatta boşanmamayı bir hak olarak gördükleri, ataerkil geleneğin yarattığı toplumsal ve ailesel baskının etkisiyle erkeğin egemen konumu korumaya çalışması, erkeğin boşanmama durumunu etkileyebileceği belirtilmiştir (İlkaracan, 1998). Ayrıca yapılmış bir çalışmada somatizasyon düzeyleri arttıkça evlilik doyumu

ve problem çözme becerisinin azaldığı tespit edilmiştir. Evliliğe dair problemlerin çiftler tarafından bedenselleştirilmesi ile sorunların çözümünde somatizasyonun uyumsuz bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığı söylenebilir. Böylece evliliklerin devam etmesi ve uzun yıllar sürmesinde sadece evlilik doyumu gibi olumlu nedenlerden kaynaklı olmadığı, bölgelerin sosyo-kültürel etkilerinin de aile yapısı üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Kafkaslı, 2019). Fidanoğlu'nun (2007) araştırmasında, katılımcıların evlilik sürelerinin artması ile somatizasyon görülme oranlarının da arttığı belirtilmiştir (Fidanoğlu, 2007).

Çalışmaya katılan katılımcıların **YPDÖ** toplam puan ortalaması ile **psikiyatrik yardım arama davranışı durumu** dışındaki sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Psikiyatrik yardım alan katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının (104.90 ± 15.74), destek alamayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu (99.96 ± 12.38) belirlendi. Bu sonucun nedeni; psikolojik dayanıklılık becerilerinin (psikososyal-uyum, kendini kabul, problemlerle etkili başa çıkma mekanizmaları ve uyumlu stratejiler geliştirme vb.) üzerine geliştirici etkisi ile psikolojik yardım almanın yüksek dayanıklılığa yordanabileceği düşünülmektedir (Gürkan, 2006). Uyumlu baş etme stratejilerinin geliştirilmesinin, dayanıklılığın gelişmesinde rolü büyüktür. Psikiyatrik yardım alan katılımcıların öz-farkındalık gibi becerilerinin gelişmesinin etkisiyle güçlü yönlerinin farkına varma, yetkinliklerini tanımlayabilme veya ifade edebilme özgürlüğüne sahip olmalarından dolayı bu katılımcıların dayanıklılıklarının yüksek bulunması ile bu durum açıklanabilir.

5.2. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda, katılımcıların **ÇÇT** puan ortalamalarının 63.33 ± 13.84 olduğu belirlendi. ÇÇT ölçeğinden alınabilecek minimum ve maksimum puanlar dikkate alındığında yetişkin bireylerin ÇÇT puan ortalamalarının orta düzeye yakın olduğu görüldü. Çin'de 248 genç sağlıklı lisans veya yüksek lisans öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin ÇÇT ortalama puanı 45.65 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış bazı üç farklı çalışmada ÇÇT puan ortalamalarının sırasıyla 51.66 ± 15.45 ; 45.5 ± 14.1 ; 46.7 ± 11.15 olduğu belirlenmiştir (Şar, 2020; Taşören, 2022; Mehmet ve

Gürsoy, 2023). Çalışmada ÇÇT puan ortalamalarının daha yüksek bulundu; Bu durum, çalışmaların farklı örneklem grupları ile çalışılmasından kaynaklanabilir. Ayrıca katılımcıların çoğunluğunun gençlerden oluştuğu için önceki yaşantıları hatırlayabilme durumlarından kaynaklanabileceği de düşünülebilir. Bu çalışmada ÇÇT ölçeğin alt boyutları arasında en yüksek puanın **duygusal ihmal** (10.82 ± 4.41) olduğu saptandı. Çalışmamızla benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmada; alt boyutlar arasında en yüksek puanın duygusal ihmal (11.65 ± 4.27) olduğu belirlenmiştir (Mechmet ve Gürsoy, 2023). Alinyazında, kullanmış olduğumuz ÇÇT ölçeğinin altı alt boyutlu revize edilen ölçek formatının kullanıldığı çok az çalışma bulunmaktadır (Şar ve ark., 2021). Uluslararası çaptaki bir meta-analiz çalışmasında, duygusal ihmalin en yaygın ÇÇT türü olduğu bildirilmektedir (Viola ve ark., 2016). Benzer şekilde Çin'de hemşirelik öğrencileri arasında duygusal ihmalin en sık bildirilen ÇÇT olduğu belirtilmektedir (Dong ve ark., 2021). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da en sık bildirilen istismar türü duygusal ihmaldir (Baysan-Arabacı ve Çam, 2010; Özçevik ve Güneş, 2019; Çavuşoğlu, 2020; S. Çelik ve ark., 2021). Yine Mathew ve ark (2008) üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada duygusal ihmal puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (Mathews ve ark., 2008). Çocukluk çağı travmaları ve sağlıklı aile-ebeveynlik risk faktörlerinin incelenmesi amacı ile yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin çocukluk dönemlerinde en çok maruz kaldıkları travma türünün duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olduğu belirlenmiştir (Karaçay ve Güloğlu, 2022). Kız çocukların korunmaya muhtaç ve erkek çocukların güçlü olarak algılanmasının erkek çocuklarını fiziksel ihmale daha açık hale getirebileceği aktarılmıştır. Kız çocuklarının toplumsal cinsiyet kalıplarına göre uyumlu ve itaatkâr roller ile yetiştirilmesi, istismar ve ihmale maruz kalmalarını arttırabileceği aktarılmıştır (Türkkan ve Odacı, 2018). UÇM'nin raporuna göre ebeveynlerin çocuklarına verdikleri cezalar arasında en çok çocuklarını azarlamının olduğu bunu ve takiben bir süre konuşmama ve istediklerini almama olduğu bildirilmektedir (Akbaş, 2020). Bu çalışmada, duygusal ihmal alt boyutundan yüksek puan alınması, duygusal ihmalin diğer istismar türlerine eşlik etmesi ile de açıklanabilir (Bakır ve Kapucu, 2017). Görüldüğü üzere bu çalışma bulgularına benzer olarak literatürde bireylerin ÇÇT'ndan en fazla duygusal ihmale maruz kaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada, ÇÇT'nın alt boyutlar arasında **aşırı koruma/aşırı kontrol** puanının (10.51 ± 3.78) olduğu saptandı. Ülkemizde ve Çin de yapılmış çalışmalarda aşırı

koruma/aşırı kontrolün en yaygın istismar türlerinden biri olduğu rapor edilmiştir (Şar, 2020; Z. Wu ve ark., 2022; Mehmet ve Gürsoy, 2023). Literatürde toplumumuzda aşırı koruma ve aşırı kontrol tutumunun yaygın olduğu belirtilmiştir (Şar ve ark, 2020). Anne-baba tutumlarının, anne-babanın eğitimi ve sosyoekonomik durumları, sosyo-kültürel yapı, tek çocuklu olma gibi faktörlerden etkilenmesi ile de bu durum açıklanabilir (Aydoğdu ve Mücahit, 2016). Bu çalışmada, ÇTT ölçeğinin alt boyutlarından olan fiziksel ihmal puan ortalaması 10.40 ± 4.22 olduğu belirlendi ve ÇÇT ölçeği alt boyutları arasında üçüncü sırada yaygın olduğu belirlendi (Mehmet ve Gürsoy, 2023). Yine benzer şekilde bulgular elde edilen bir meta analiz çalışmasında fiziksel ihmalin yaygınlık olarak duygusal ihmalden sonra geldiği ve yaygınlığının %16 olduğu belirlenmiştir (Stoltenborgh ve ark., 2012). Çalışmada ihmal düzeyi daha yüksek bulunmuştur; bu çalışmanın bulguları literatürde bildirilenlerle tutarlılık göstermektedir.

Bu çalışmada duygusal ihmal gibi duygusal istismarın sıklığı fiziksel ve cinsel istismardan daha fazla bulundu. Benzer şekilde bu bulguyu destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Arabaci ve ark., 2021; S. Çelik ve ark., 2021; Mehmet ve Gürsoy, 2023). Bu sonucun nedenleri arasında bazı toplumlarda konu ile ilgili farkındalığın düşük olması ile beraber duygusal şiddet, istismar veya ihmal gibi görünür olmamasından, diğer istismar türlerine eşlik etmesi fiziksel bulgu bırakmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Erten ve ark., 2014; Wu ve ark., 2022; Mehmet ve Gürsoy, 2023). Bu çalışmalardan farklı olarak fiziksel istismarın yaygınlığının yüksek bulan çalışmalar mevcuttur. Makedonya'da yapılan bir çalışmada fiziksel istismarın en sık bildirilen istismar türü olduğu bildirilirken (Raleva ve ark., 2013), ülkemizdeki yapılan bir çalışmada ise en az görülen istismar türü olduğu bildirilmiştir (Çavuşoğlu, 2020). Başka bir çalışmada da fiziksel istismarın düşük olduğu ifade edilmektedir (Garno ve ark., 2005). Bu çalışmada fiziksel istismar oranları literatürde daha önce bildirilen sonuçlardan oldukça farklı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda fiziksel istismarın yaygın bulunmasının başlıca nedenleri arasında bazı toplumlarda çocukluk döneminde fiziksel istismara ilişkin farklı algıların olması düşünülmektedir (Viola ve ark., 2016). Başka bir deyişle birçok toplumda normal bir disiplin uygulaması olmaya devam eden fiziksel disiplin kullanımı, kültürel farklılıklar gösteren çocuk yetiştirme tutumları (Viola ve ark., 2016) ve bazı toplumlarda çocuklukta yaşanan fiziksel şiddete ilişkin hoşgörülü görüş ile bu durum açıklanabilir (Stoltenborgh ve ark., 2013). Bu çalışmada en az bildirilen çocukluk çağı

istismar türünün **cinsel istismar** olduğu bulundu. Aynı biçimde birçok çalışmada cinsel istismar en az bildirilen istismar türü olmuştur (Bellis ve ark., 2014; Viola ve ark., 2016; Özçevik ve Güneş, 2019; Dong ve ark., 2021; Evgin ve Sümen, 2022; Wu ve ark., 2022; Mehmet ve Gürsoy, 2023). Çocukluk çağında tespit edilmesi en güç istismar türü cinsel istismardır. Ayrıca sık görülmesine rağmen gizli kaldığı, sadece %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (Söngüt ve Akça, 2019). Bireyler utandıkları, saklamaya çalıştıkları veya suçluluk duydukları için cinsel istismarı açıklamaktan kaçındıkları düşünülmektedir (Raleva ve ark., 2013). Özellikle aile içi istismarlar gizlenmekte, toplum tarafından kabul görmemekte, failin cezalandırılmaması, kişinin bildirim sonrası yaşayacağı süreçlerden çekince duyması da bildirimlerin yapılmamasını etkileyebilmektedir (Dilsiz ve Mağden, 2015). Toplumumuzda kalabalık ailelerin, sosyal bağlarının yoğun olması ve bölgesel koşulların etkisinin de olabileceği düşünülmektedir. Erkek egemen toplumlarda sosyal kaynakların nasıl algılandığı, toplumun sosyo-kültürel özellikleri önemli olmakta, ebeveynlerin baskıcı, otoriter tutumları, cinsel istismar mağdurlarında suçluluk ve bildirimlerden kaçınma davranışını doğurabilmektedir. ÇÇT'nin şiddeti ve olumsuz etkileri, birincil önleme için kanıta dayalı multidisipliner yaklaşımların gerekliliğini göstermektedir. Etkili önleyici stratejiler, çocuk istismarına yönelik risk ve koruyucu etmenlerin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerekli kılmaktadır (Austin ve ark., 2020; Mehmet ve Gürsoy, 2023).

Bu çalışmada bireylerin somatizasyon ölçeği puan ortalaması 16.64 ± 3.75 bulunmuştur. Polat Kara (2022)'nin yaptığı çalışmasında, servislerde çalışan hemşirelerin SÖ puan ortalaması 13.27 ± 5.03 yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise SÖ puan ortalamaları 13.38 ± 5.74 olarak tespit edilmiştir (Polat Kara, 2022). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların somatizasyon ölçeğinden aldıkları ortalama puan 11.88 ± 5.96 olarak bulunmuştur (İzgördü, 2021). Bu çalışmada katılımcıların somatizasyon puan ortalamaları diğer çalışmalara göre yüksek bulundu. Bu çalışma birinci basmağa muayene ve çeşitli yakınma nedeni ile başvuran bireylerden oluşmaktadır. Literatürde somatizasyonun birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygın görüldüğü belirtilmektedir. Bu anlamda bu çalışmada katılımcıların somatizasyon puan ortalamalarının yüksek olması beklenebilir bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Somatizasyon, psikolojik bir rahatsızlığın, tedavi edilmesi gereken bir hastalığa işaret eden somatik semptomlara aktarılması anlamına gelir. Sosyo-kültürel olarak ifade

edildiği ve deneyimlendiği için kültürel farklılıklar, somatizasyonda önemli bir rol oynamaktadır (Barbati ve ark., 2022).

Bu çalışmada, YPDÖ toplam puan ortalamasının 100.37 ± 12.74 olduğu saptandı. Çalışmada, katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının iyi olduğu ve en fazla desteği sosyal kaynaklardan aldığı belirlendi. Sosyal kaynaklara sahip olma dayanıklılığı etkileyen önemli koruyucu faktörlerdendir (Çam ve Arslan, 2017). Güngörmüş ve ark (2015)'nin üniversite öğrencileri ($n=437$) ile yapmış oldukları çalışmada; öğrencilerin YPDÖ puan ortalamasını 125.24 ± 19.20 olarak belirlemiştir (Güngörmüş ve ark., 2015). Benzer şekilde de Altınışik (2024) üniversite öğrencileri ($n=355$) ile yaptığı çalışmada ise psikolojik dayanıklılık toplam puan ortalamasını 126.58 ± 17.51 olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada, öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında ise YS puan ortalaması 15.16 ± 3.17 ; GA puanı ortalaması 14.91 ± 3.78 ; AU puan ortalaması 22.58 ± 4.92 ; KA ortalaması 22.69 ± 4.73 ; SY puan ortalaması 22.13 ± 4.79 ; SK puan ortalaması 29.11 ± 4.61 olduğu saptanmıştır. Çalışmalar sosyal destek sistemlerinin, zorlu durumların olumsuz etkilerini tamponlayarak psikolojik iyi oluşa katkıda bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmalarda, YPDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları bu çalışmaya göre yüksek bulunmuştur (Güngörmüş ve ark., 2015; Altınışik, 2024). Bu durumun nedeni araştırmalarda bireylerin sosyal dayanaklarını algılamaları önemli bir unsur olmaktadır. Toplumumuzda kalabalık aile yapısının yoğun görüldüğü bölgelerden biri olarak, bölgenin yaşam standartlarının sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Geleneksel aile nüfusunun kalabalık olması, ataerkil toplum yapısının hakim olması ile sorumlulukların birinin liderliğinde yürütülmesi ile sosyal bağların bir baskı unsuru olarak algılanmasına zemin hazırlaması da göz ardı edilmez olmaktadır (Engin, 2021). Ebeveyn tutumları da bireylerin psikolojik iyi oluşları açısından önemli koruyucu veya risk faktörlerindendir. Ebeveyn tutumlarının çocuğun gelişim dönemleri üzerindeki etkisi önemlidir ve toplumun kültürel özelliklerinden etkilenebilmektedir. Toplumumuzda AKK tutumunun yüksek olduğu belirtilmekte, AKK tutumuna maruz kalan çocukların, olan bitene seyirci kalmaları, problemlerle tek başına baş edemez hale gelmeleri, kendi kararlarını vermekte güçlük çekmeleri açısından dayanıklılıkları üzerinde risk oluşturmaktadır (Aydoğdu ve Mücahit, 2016).

5.3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışma verileri dikkate alındığında; ÇÇT ile **somatizasyon** arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bu ilişkinin negatif yönlü ve zayıf olduğu görüldü. Yani ÇÇT arttıkça somatizasyon düzeyinin azaldığı belirlendi. Ancak üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; ÇÇT ile somatizasyon arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Özdemir, 2020). Beutel ve ark. (2017), Waldinger ve ark (2006)'nın çocukluk travmasının somatizasyon üzerine etkisini incelediği çalışmada; ÇÇT ile somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Waldinger ve ark., 2006; Beutel ve ark., 2017b). Beutel ve ark (2017)'nin çalışmasına benzer olarak Ceylan (2021) 18 ile 45 yaş aralığındaki bireylerin (n=367) somatizasyon ve çocukluk travmalarını ele aldığı çalışmada; ÇÇT ile somatizasyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Ceylan, 2021). Çocuklukta travma deneyimleyen çocukların, çocukluk dönemlerinde sosyal, psikolojik ve biyolojik gelişimlerinde aksamalar için risk altında oldukları belirtilmektedir. Sonuç olarak literatürde yaşanan olumsuz deneyimlerin erişkinlikte bedenselleştirmeye zemin hazırlayabildiği belirtilmektedir (Waldinger ve ark., 2006; Spitzer ve ark., 2008). Çalışmada, ÇÇT ile somatizasyon ile ilgili elde edilen bulgular birçok çalışmanın bulguları ile farklıdır. Çalışmada, ÇÇT ile somatizasyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin bulunması ve literatür ile uyum sağlamamasının nedenleri arasında; somatizasyon bireyler tarafından tutarsız, öznel ve sosyo-kültürel olarak ifade edilip deneyimlendiği için kültürel farklılıklar rol oynamış olabilir (Ahmad ve ark., 2018; Garcini ve ark., 2021; Barbati ve ark., 2022).

Birey üzerinde travmatik etki yaratan bir olay başka bir birey için travmatik etki bırakmayabilir. Bununla birlikte travmatik olaylara verilen tepkilerin yoğunluğu; travmanın niteliği, ciddiyeti, süresi, önceki travmatik deneyim yaşantısı, travma boyunca ve sonrasında mevcut olan destek kaynakları gibi birçok faktör ile ilişkili görülmüştür. Böylelikle travmaya verilen tepkiler bireyler arasında farklılıklar gösterebilmektedir (Yalçın ve Öztürk, 2018). Son olarak literatürde dayanıklılığın, stres veya travmatik bir olay için önemli bir tampon olabileceği ve psikolojik sıkıntıya karşı savunma sağlayabileceği belirtilmektedir (Ran ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının, psikopatoloji düşündüren davranışlarla ilişkili çıkmasının yanı sıra tek tek

psikopatolojileri yordamamasının nedeni olarak, travma sonrası büyüme, psikolojik dayanıklılık, sosyal destek miktarı ve travma ile doğru yöntemlerle baş etmek gibi bir takım psikolojik faktörlerin koruyucu etkisinin olduğu düşünülmektedir (Dereboy ve ark., 2018). ÇÇT'nin problem çözme becerilerini arttırmış olabileceği, bireylerin bedenlerine odaklanmak yerine kendini ortaya koyma gibi koruyucu psikolojik etkilerden söz edilebilir. Diğer bir neden ise depresyon ve somatizasyon arasındaki yakın ilişki daha önceki çalışmalarda sık sık belirtilmiştir. Psikopatolojilerin çoğu birbiriyle yakından ilişkili olduğundan, somatizasyon bozukluğu değerlendirmelerde yanlış sonuçlara yol açabilir (Barbatı ve ark., 2022). Ayrıca bu çalışmada ÇÇT ile somatizasyon arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı ilişki bulunmasının nedeni örneklemdaki travma yaşantısı olmayan somatizasyona sahip bireylerle veya çocukluğunda travma yaşayan bireylerin tümünde psikopatoloji gelişmemesi gibi durumlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Danese ve Tan, 2014).

Çocukluk travmalarının yetişkinlikteki bedensel ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu; ilişki gücünün yaşa, cinsiyete ve travma türüne göre değişiklik gösterebildiği belirtilmiştir (Klinger-König ve ark., 2024). Ayrıca bireyin yaşadığı cinsel ve fiziksel istismar etkisinin kısa, duygusal ihmal ve duygusal istismarın etkisinin daha uzun olduğu bildirilmektedir (Mitchell ve Aamodt, 2005). Bu çalışmada ÇÇT alt boyutlarından sadece cinsel istismar ve somatizasyon puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamsız bir ilişki bulundu. Çalışmada cinsel istismar ve fiziksel istismar en az bildirilen istismar türleri olarak belirlenmiştir. Fiziksel istismara ilişkin disiplin aracı olarak görülmesi gibi farklı algıların bu istismar türünün yaygınlığı üzerinde etkisinin olabileceği düşünülmektedir (Viola ve ark., 2016). Cinsel istismar toplum tarafından kabul görülmemekte, gizli tutulmakta ve genellikle failin mağdurun yakını olmasından dolayı faili koruma gibi nedenlerle bildirimlerin yapılmaması, yaygınlığı hakkında net veriler elde edilmemesine yol açabilmektedir. Yapılmış farklı bir çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarının somatizasyon bozukluğunun etiyolojisinde önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Spitzer ve ark., 2008). Çocukluk çağı travma türlerinden özellikle cinsel ve duygusal istismarın, deneyimlenen ÇÇT türlerinin sayısının fazlalığı belirli yetişkin somatik semptomları için risk faktörü olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (Piontek ve ark., 2021; Eilers ve ark., 2023). Dolayısıyla ÇÇT türlerinden hangisinin somatizasyonu yordadığı konusunda literatür boşluğu ve spesifik kapsamlı çalışmalara

olan ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. ÇÇT ölçeğinin geçmiş yaşantıları ölçtüğü, somatizasyon ölçeğinin bugünkü yaşantıları ölçtüğü için ölçüm araçlarını etkileyecek bugüne dair stresörlerin varlığı ile bu durumun ilişkili olabileceği düşünülebilir (Danese ve Tan, 2014). Bu çalışma ve bazı çalışma bulgularından farklı olarak travma ile somatizasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirleyen çalışmalarda mevcuttur. Çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmesinde katılımcıların örneklem grubunun farklı ve sınırlı sayıda kişiyi temsil etmesi, katılımcıların kendilerini iyi gösterme çabasının bir sonucu olabileceği düşünülmektedir (Hunca, 2015). Aşırı iyimserlik gerçeğin inkar edilmesine ve gerçek ruh halinin yanlış değerlendirilmesine neden olabilir (Colvin ve Block, 1994). Bu durumda bedensel belirtinin ifadesini etkileyebilir. Kişilik özelliklerinin sonuçlarımız üzerindeki etkisi açıklanmadı. Somatizasyonun gelişmesinde kişilik özellikleri de etkili olmaktadır. Örneğin, bir çalışmada somatizasyon bozukluğu prevalansının, borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Mai, 2004). Ayrıca çocukluk döneminde bedensel belirtilerin öğrenilen bir davranış olması, belirtilerin birincil ve ikincil kazanç olarak kullanılması, kesinliği kanıtlanmamış biyolojik ve genetik faktörler sonucu çocukluk travmalarına bağlı olmayan nedenlerle somatizasyonun ortaya çıkabilmesi (Çetin ve Varma, 2021), somatizasyonun ÇÇT ile birlikte ele alınırken bu faktörlerin göz ardı edilmemesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Öte yandan ÇÇT yaşamamış bireylerde psikopatoloji gelişebileceği vurgulanmaktadır. Pozitif psikoloji akımı ile bireylerin travmatik olaylar yaşamamış olmaları erişkinlikte psikolojik açıdan iyi olacakları anlamını vermemektedir. Psikolojik iyi oluş, olumsuz yaşantıların yanında yeterli düzeyde olumlu yaşantıların olması gerekli görülmektedir. Mevcut alanyazın incelendiğinde ise olumlu çocukluk yaşantılarının yetişkinlikteki etkilerine yönelik çok az çalışmaya rastlanılmaktadır (Doğan ve Eren Yavuz, 2020). Çalışmada, olumlu çocukluk yaşantılarının sonuçlarımız üzerindeki etkisi açıklanmadı. ÇÇT ile somatizasyon düzeyleri arasında negatif yönlü zayıf ilişki, ÇÇT düzeyi yüksek olan katılımcıların yeterli düzeyde olumlu çocukluk yaşantılarının olması ya da ÇÇT düzeyi düşük olan katılımcıların, olumlu çocukluk yaşantılarının yeterli düzeyde olmaması ile de açıklanabilir.

Çalışmada, ÇÇT ile **psikolojik dayanıklılık** ve alt boyutları olan YS, GA, AU, KA ve SY değişkenleri arasında negatif yönlü, anlamsız, zayıf bir ilişki bulundu. Yapılan birçok çalışmada araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Şar ve ark., 2007; Simon ve

ark., 2009; Herman, 2015; Holl ve ark., 2017; Crosta ve ark., 2018). Sadece ÇÇT ile psikolojik dayanıklılık alt boyutu olan SK arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Sosyal kaynaklara sahip olma dayanıklılığı etkileyen önemli koruyucu faktörlerdendir.

Araştırmalarda bireylerin sosyal dayanaklarını algılamaları önemli olmaktadır. Türk toplumunda yoğun görülen yakın sosyal bağların bir baskı unsuru olarak hissedilmesi bu durumla ilişkilendirilebilir. Bazı çalışmalarda ise dayanıklılık ile ÇÇT arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş, ÇÇT yükseldikçe psikolojik dayanıklılığın da yükseldiği belirtilmiştir (McGloin ve Widom, 2001; Wright ve ark., 2005; Collishaw ve ark., 2007). Yapılan bu araştırmalarda ÇÇT türleri “olumsuz yaşantı” kapsamında birlikte ele alınmıştır (McGloin ve Widom, 2001; Collishaw ve ark., 2007). Araştırmalarda cinsel istismara maruz kalan kişilerin zorluklara adaptasyon geliştirebildikleri (Valentine ve Feinauer, 1993) ve çeşitli ÇÇT’na uğrayan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Luthar ve ark., 2000; Wright ve ark., 2005). Dolayısıyla yaşanan travmanın türü önemli bir etken olmaktadır. ÇÇT yaşantısı olan bireylerin dayanıklılıklarının yüksek bulunmasında kendilerini travma kurbanı ve yaşantıların sorumlusu olmadıklarını kabul etmeleri gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Valentine ve Feinauer, 1993).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakılacak olunursa; Dong ve ark. (2020) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; ÇÇT fazla olanların psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada duygusal ihmalin diğer travma türlerine kıyasla dayanıklılık üzerinde daha önemli bir rolünün bulunduğunu göstermiştir (Dong ve ark., 2021). Holl ve ark (2017) yaptıkları çalışmada; çocukluktaki olumsuz deneyimlerin kişilerin psikolojik gelişimi üzerinde kalıcı ve olumsuz bir etki yaratabileceğini ve yaşanan bu deneyimlerin bireylerin psikolojik gelişimi üzerinde olumlu bir psikolojik dayanıklılık geliştirme kapasitelerini engelleyebileceğini bildirmişlerdir (Holl ve ark., 2017). Yılmaz (2022) yaptığı çalışmada ise ÇÇT toplam ve alt boyutları ile psikolojik dayanıklılık arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır (Yılmaz, 2022). Benzer şekilde de Beutel ve ark (2017)’nin 14 ile 92 yaş aralığındaki bireylerle yaptıkları çalışmada, çocukluk travması ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Beutel ve ark., 2017b). Bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının oluşma

aşamasında olumsuz deneyimlerinin bireyin yaşantısında risk etmeni olduğu bildirilmektedir (Gizir, 2007; Karairmak ve Siviş-Çetinkaya, 2011). Dolayısıyla çocuklukta olumsuz deneyimler arasında ihmal ve istismar düşünüldüğünde; dünya genelinde önemli (Morgan ve ark., 2021) ölçüde dikkat çeken psikolojik bir sağlık sorunu olduğu aktarılmaktadır (Van der Kolk, 2005). Cicchetti (2010), çocuklukta olumsuz deneyim yaşayan bireyler ile yaşamayan bireyleri karşılaştırdığı çalışmada; ihmal ve istismar belirten katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının önemli derecede işlevsel bozulmaya maruz kaldıklarını belirtmektedir (Cicchetti, 2010). Özsoy ve ark. (2021)'nın yaptığı çalışmada; ÇÇT alt boyutlarından ihmal ve istismar alt boyutlarının, psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (Özsoy ve Çelikkaleli, 2021).

Çalışmada, **psikolojik dayanıklılık toplam puanları ile ÇÇT toplam puanları** ve alt boyutları (duygusal ihmal hariç) arasında boyutlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Duygusal ihmal ile katılımcıların psikolojik dayanıklılığın alt boyutları olan GA, AU, SY, SK ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı ortalamaları arasında negatif yönlü, anlamlı ilişki görüldü. Duygusal istismar ile psikolojik dayanıklılık AU puan ortalamaları arasında anlamlı negatif ilişki, SK alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu. Mevcut çalışmada travmanın alt boyutlarından duygusal ihmalin dayanıklılıkla diğer boyutlara göre daha güçlü bir ilişkisinin olduğu görülmüştür. Bu çalışma bulgusu literatürle paralellik göstermektedir (Altınışik, 2024). Ayrıca ihmal yaşantılarının dayanıklılıkta belirleyici olan etkili başa etme faktörlerine olumsuz etki yarattığı söylenebilir. Fiziksel ihmal puan ortalamaları ile psikolojik dayanıklılık YS, SY ve SK alt boyut ortalamalarının arasında negatif anlamlı ilişki olduğu saptandı. ÇÇT alt boyutları olan AKK ile YS puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 4.6). Ülkemizde aşırı koruma kontrol tutumlarının yaygın olduğu belirtilmektedir. Bu durum bireylerin özgüvenleri ve kendilik algılarında zedelenmeye yol açması ile açıklanabilir (Şar ve ark, 2021; Mehmet ve Gürsoy, 2023; Aydoğan ve ark, 2023). Çalışmanın bulguları, ÇÇT'nin katılımcıların psikolojik dayanıklılığını dolaylı ya da doğrudan etkilediği ifade edilebilir. ÇÇT deneyimleyen katılımcıların istismara/ihmale maruz kalma süresi önemli bir etken olup süre uzadıkça psikolojik dayanıklılığın

azalabileceği belirtilmektedir. Diğer bir deyişle, ÇÇT'na maruziyet süresi arttıkça psikolojik dayanıklılığın azaldığı belirtilmektedir (Rutter, 1987). Kişinin yaşadığı olumsuz çocukluk deneyimlerinin süresi ve sıklığı önemli bir etmendir. Örneğin, bireyin yaşantısında cinsel ve fiziksel istismar etkisi kısa süreli iken, duygusal ihmal ve istismarın etkisinin daha uzun olabileceği ifade edilmektedir (Mitchell ve Aamodt, 2005). Bu bağlamda deneyimlenen ihmal ve istismarın türü, süresi, sıklığı vb. etmenlerin psikolojik dayanıklılıkla önemli ilişkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Alanyazında, yapılan çalışmalar ele alındığında; çocukluk ihmal ve istismara maruz kalan bireylerin psikolojik dayanıklılık üzerinde olumsuz etkiler bırakabileceği bildirilmektedir (Özsoy ve Çelikkaleli, 2021). Benzer şekilde bu çalışmanın bulguları doğrultusunda, ÇÇT'nın psikolojik dayanıklılık üzerinde olumsuz etki yaratabileceği ifade edilebilir. Zira literatürde, olumsuz ve stresli deneyimlerin, travmatik durumların, psikolojik dayanıklılık açısından bir risk etmeni olduğu ifade edilmektedir (Bonanno, 2005; Turgut, 2015).

Psikolojik dayanıklılık ve psikolojik dayanıklılığın alt boyutları ile **somatizasyon** arasında pozitif yönde, anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görüldü. Bu bulgudan farklı olarak Ran ve ark (2020)'nın Çin'de pandemi sürecinde yetişkinlerle yaptıkları çalışmada; psikolojik dayanıklılık ve somatizasyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Ran ve ark., 2020). Beutel ve ark. (2017) tarafından 14 ile 92 yaş aralığında erişkin bireyler (n=2058) ile yapılan bir çalışmada; psikolojik dayanıklılık ile somatizasyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Beutel ve ark., 2017b). Yapılan bazı çalışmalarda da psikolojik dayanıklılığın somatizasyon belirtileriyle negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Beutel ve ark., 2017a; Kerber ve ark., 2023; Ran ve ark., 2020; Švecová ve ark., 2023). Literatürdeki araştırma bulguları ile sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Ancak Um ve ark (2014) depresif bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada; psikolojik dayanıklılık ile somatizasyon arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Bu çalışma, araştırma bulgularımızla paralellik göstermiştir. Depresif hastalarda somatik belirtilerin artmasında olası kültürel etkilerin incelendiği çalışmanın, yüksek bedenselleştirmenin düşük dayanıklılığa eşit olduğu varsayımına karşı çıktığı görülmektedir (Um ve ark., 2014). Depresyonun yoğun yaşandığı dönemde dirençli olmaya çalışmanın, kültürel faktörler ve

depresif hastaların olumlu yanılsamalarının, depresif hastalarda yüksek dirençlilik puanları ve yüksek somatizasyon puanları ile sonuçlanabileceği belirtilmiştir. Çalışmalarda da belirtildiği üzere dayanıklılığın çok boyutlu olmasının yanı sıra, bireyin dayanıklılığı üzerindeki kültürel etkilerde önemlidir. Kültürel açıdan etnik kimlik ve cinsiyet kimliğinin, dayanıklılığın şekillendirilmesinde temel faktörler olduğu ifade edilmektedir (Um ve ark., 2014; Clauss-Ehlers, 2017). Dayanıklılık ve somatizasyon arasındaki ilişki açıkça ortaya konulmamış ve kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Araştırma örneklemimizin, kültürel özelliklerinin bilinmemesi de yüksek dayanıklılığa sahip bireylerin yüksek bedensel belirti gösterme olasılığı ile ilgili literatür boşluğunu eksik bırakmaktadır. Ayrıca bazı kişilik özellikleri de psikolojik dayanıklılıkla ilişkilendirilmektedir (Friborg ve ark., 2005; Campbell-Sills ve ark., 2006). Nörotizmin yüksek olmasının dayanıklılığı negatif yönde, bireylerin sorumluluklarının yüksek olmasının dayanıklılığı pozitif yönde yordadığı çalışmada gösterilmiştir (Linnemann ve ark., 2022). Bu çalışmada kişilik özelliklerinin somatizasyona sahip, yüksek veya düşük dayanıklılık gösteren bireylerdeki etkisi test edilmemiştir. Psikolojik dayanıklılık, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminden ortaya çıkan dinamik süreç olarak ta tanımlamalarda ifade edildiği için kültürel etki (Morgan ve ark., 2021) ve kişilik özellikleri de dayanıklılıkta önemli unsurlar olarak düşünülebilir.

Bireylerin duygularını bastırma, inkar etme eğiliminde olma, düşünce ve hislerini açıklama konusunda isteksiz olmanın yaygın olduğu kültürlerde, gerçek içsel duyguları ile nasıl hissettiklerine dair dışa dönük bildirimler arasındaki boşluklar (Butler Jr ve ark., 2007) veya sosyal baskılardan, damgalamadan kaçınmak için sosyal istenirlik yanlılığı, anketlerin yüksek bedensel belirti ve yüksek dayanıklılık sonuçlarını açıklayabilir (Gureje ve ark., 1997).

Korelasyon analizi sonucunda katılımcıların ÇÇT ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında zayıf ilişki bulunmuş ve regresyon analizi yapılmıştır. Katılımcıların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve ÇÇT ölçeği puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi sonucunda; katılımcıların ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılığı yordamadığı belirlenmiştir ($R^2 = .004$). Katılımcıların ÇÇT'nin psikolojik

dayanıklılığı yordamamasının farklı nedenleri olabilir. Dayanıklılık ile ilgili önemli bir çalışma Werner (1993) tarafından yapılmıştır. 1955 yılında Hawaii'nin Kauai adasında doğmuş 698 çocuğun perinatal dönemden başlayarak uzun yıllar izlendiği çalışmada bu çocukların çoğunluğu meyve tarlalarında işçi olan babalar ve düşük eğitim düzeyli anneler tarafından, ekonomik yetersizlikler altında büyütülmüştür. Ayrıca bu olumsuz koşullar altında yetiştirilen riskli gruptaki çocukların üçte birinde riskli davranış problemlerine rastlanılmamış, daha yetkin, özgüvenli ve şefkatli yetişkinler olmuşlardır (Werner, 1993; Arıcı ve Artan, 2022). Sonuçlar doğrultusunda, kişilerin yaşam şartlarının bir mağduru olmadığı, dayanıklılığı etkileyen birçok kişisel, ailesel ve dışsal etkenlerin varlığı da ortaya çıkabilmektedir. Dayanıklılığın gelişmesi için bireyin riskli olaylar karşısında bu koruyucu faktörleri açığa çıkarması gerektiği belirtilmektedir (Masten ve Reed, 2002). Dayanıklılığın hem kişilik özelliği hem de gelişimsel süreçler sonrası ortaya çıktığı çalışmalarda gösterilmektedir (Buz ve Genç, 2019). Dış dünyaya açık, girişken, deneyime açık olma gibi kişilik özellikleri psikolojik dayanıklılıkla bağdaştırılmaktadır (Friborg ve ark., 2005; Campbell-Sills ve ark., 2006). Ayrıca literatürde nörotizmin yüksek bulunması dayanıklılığı negatif yönde, sorumluluğun yüksek bulunmasının dayanıklılığı pozitif yönde etkilediği de belirtilmektedir (Linnemann ve ark., 2022). Bu nedenle dayanıklılık gücü bireyden bireye, koruyucu ve risk faktörlere göre farklılıklar gösteren dinamik süreç olması ile zaman içindeki dayanıklılığın ve psikopatolojilerin ölçülmesi için boylamsal çalışmalar önemli olmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda; katılımcıların ÇÇT'nin somatizasyonu yordamadığı belirlendi. Sınırlı sayıda da olsa benzer şekilde çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirleyen çalışmalar mevcuttur. Konu ile ilgili farklı bulguların elde edilmesinde katılımcıların kendilerini iyi gösterme çabasının etkisinin olabileceği düşünülmektedir (Hunca, 2015). İyimserliğin aşırı olması gerçeğin inkar edilmesine ve gerçek ruh halinin yanlış değerlendirilmesine neden olabilir (Colvin ve Block, 1994). ÇÇT'nin geriye dönük sorgulanması hatırlamama, bastırma, toplumsal yargılar, dışlanma gibi unsurların etkisiyle anket ve ölçekler kısmen yanlış cevaplandırılmış olabilir. Ayrıca bu çalışmada sonuçlar üzerindeki etkisine bakılmayan kişilik özellikleri de somatizasyonda önemli olabilmektedir. Katılımcıların ÇÇT düzeylerinin somatizasyon düzeyleri üzerindeki negatif yönlü, çok düşük düzeydeki etkisinin, çalışmada zaman kriteri açısından ölçeklerin geriye dönük travmaları ölçmesi ve zaman içindeki psikopatolojileri ölçememesi gibi durumlarla da ilişkili olabileceği

düşünülebilir (Danese ve Tan, 2014).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- Yetişkin bireylerin ÇÇT ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;
- Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%76.6) 18 ila 36 yaş aralığında ve kadın cinsiyette (69.0) olduğu,
- Katılımcıların %56.9'unun evli olduğu, %57.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı ve %37.3 çalışmadığı,
- Katılımcıların %34.5'inin travmatik bir olay yaşadığı, %14.6'sının aile içi şiddet öyküsünün olduğu, %8.3 psikiyatrik yardım aldığı,
- Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%92.4) herhangi bir psikiyatrik tanı almadığı ve aile üyelerinde (%89.4) herhangi bir psikiyatrik hastalık olmadığı belirlendi.
- Katılımcıların psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının yüksek olduğu, somatizasyon ve çocukluk travmalarının puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptandı.
- Çocukluk travmaları ile eğitim, meslek, aile içi şiddet deneyimi, psikiyatrik destek alma ve psikiyatrik tanı alma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu,
- Evli bireylerin somatizasyon düzeyilerinin daha yüksek olduğu,
- Psikiyatrik yardım alan katılımcıların (104.90 ± 15.74) psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çocukluk travmaları ile psikolojik dayanıklılık toplam puanları arasında negatif yönlü, anlamsız, zayıf bir ilişki bulundu; somatizasyon ile çocukluk travmaları ve psikolojik dayanıklılık puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.
- Katılımcıların ÇÇT ölçeği ile somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalamaları arasındaki regresyon analizi sonucunda; katılımcıların ÇÇT düzeylerinin

somatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri üzerindeki etkisinin çok düşük düzeyde negatif yönde anlamsız olduğu belirlendi.

Öneriler

- Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda psikolojik dayanıklılık ve somatizasyonun çok boyutlu yönlerini dikkate alma ihtiyacı açıktır. Dolayısıyla konuyu çok boyutlu ele alarak klinisyenler dayanıklılık ve somatizasyonun, hastaların kültürel ve sosyal geçmişlerinden önemli ölçüde etkilenebileceğinin farkında olmalıdır.
- Araştırmanın daha geniş değişik örneklem grupları üzerinde sınanması,
- Somatizasyona yönelik yapılan kültürlerarası araştırmalarda, bireylerin sorunlarla başa çıkma tutumları hastalık algılarının ve kültüre ait farklılıkların dikkate alınması,
- Son olarak ülkemizde psikolojik dayanıklılık ve somatizasyon bozukluğu konularını ele alan çalışmalar sınırlıdır. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmının tanımlayıcı türde olması nedeniyle kanıt düzeyi yüksek olan randomize kontrollü araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu anlamda konu ile ilgili daha fazla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adana F, Kutlu Y. Anne-baba tutumlarının adolesanların kendilik kavramı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;12(2):18–23.
- Ahmad, F, Maule C, Wang J, Fung WLA. Symptoms and experience of depression among Chinese communities in the west: a scoping review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(6):340–51.
- Akbaş E. *Türkiye’de çocuğa karşı şiddet 2020 durum raporu*. Uluslararası Çocuk Merkezi. 2020.[Erişim tarihi 12.05.2024].
Erişim: adresi:
https://www.researchgate.net/publication/369762375_TURKIYE%27DE_COCUG_A_KARSI_SIDDET_DURUM_RAPORU.
- Aker AT. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. *Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi Yayını*. 2012. [Erişim tarihi 12.05.2024]. Erişim adresi:
https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2132017203253-Travmatik_Strese_Psikolojik_Yaklasim.pdf.
- Akfırat N, Özsoy M. Türkiye’de psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 2021;4(1):26–42.
- Akgün R, Çetin H. 4-6 yaş arası çocuğu olan ebeveyn tutumlarının ve istismar farkındalıklarının belirlenmesi üzerine bir çalışma. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*. 2020;5:42–61.
- Aksu MH. Somatik belirti bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2021;14(4):12–17.
- Aktay M. İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *GPD*. 2020;1(2):169–84.
- Aktay M, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik Bozuklukların Psikososyal Yönü. *Journal*. 2021;3(1):48–5.
- Alalawi NM, Al Salmani AA, Aljabri MK, Azmi IS, Aljardani MM, Al Mandhari SS, et al. Epidemiology and prevalence of somatic symptom disorder at the primary care level in Muscat, Oman: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med*. 2023;58(3):284–94.
- Altınışik B. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenlemenin aracı rolü [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacı Bayram Veli Üniversitesi; 2024.
- Altıparmak K. Çocukluk çağı travması olan bireylerde psikolojik dayanıklılığın border yapılanma üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2023
- American Psychiatric Association D, Association A P. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, Issue 5). American psychiatric association Washington, DC. 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Çev Köroğlu Editör. Ruhsal örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar., DSM-5-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı,

Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2022. s. 145

Antelo E, Saldaña O, Rodríguez-Carballeira Á. The impact of group psychological abuse on distress: the mediating role of social functioning and resilience. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1954776.

Anuk D, Bahadır G. The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: A sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21:93-3.

APA. *Resilience*. American Psychological Association. [Erişim tarihi: 12.05.2024]. 2022. Erişim adresi: <https://www.apa.org/topics/resilience/>

Arabaci LB, Arslan AB, Dagli DA, Tas G. The relationship between university students' childhood traumas and their body image coping strategies as well as eating attitudes. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(1):66-2.

Arıcı A, Artan T. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde aracı bir değişken olarak öz anlayış. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2022;6(2):131-42.

Armağan E. Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoze tablosu sergileyen bir istismar olgusu. *New Symposium Journal*. 2007;45:170-3.

Atmaca, M. Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(4):274-0.

Austin AE, Lesak A.M, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Curr Epidemiol Rep*. 2020;7:334-2.

Aydın O, İşmen AE. 18-25 yaş grubu erkeklerde çocukluk çağı örselenme yaşantısının incelenmesi. *M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2003;18(18):7-20.

Aydoğdu F, Mücahit D. Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016;11(2):570-5.

Aydoğan S, Yılmaz Y, Gençaslan B, Ulaş G. Modernleşmenin Türk Aile Yapısına Etkisi, *International QMX Journal* 2023;3(3):1286-7.

Ayhan CH, Uluman Ö, Buzlu S. Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir güç: hemşireler. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2022;8(2):87-6.

Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K., Pavlović, K. Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*. 2020;32(suppl. 2):226-2.

Bahar G, Savaş HA. Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4(12):51-65.

Bakır E., Kapucu S. Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansımaları: Bir literatür incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;4(2):13-24.

Bakkal Ö. Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkide

- psikolojik sağlamlığın rolü [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2023.
- Ball SG, Desai D, Spann, ME, Zhang Q, Russell JM, Robinson MJ, et al. Efficacy of duloxetine on painful physical symptoms in major depressive disorder for patients with clinically significant painful physical symptoms at baseline: a meta-analysis of 11 double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(6):26305.
- Barbati A, Geraci A, Niro F, Pezzi L, Sarchiapone M. Do Migration and Acculturation Impact Somatization? A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16011.
- Barczyk ZA, Foulds JA, Porter RJ, Douglas KM Childhood trauma and cognitive functioning in mood disorders: A systematic review. *Bipolar Disorders*. 2023;25(4):263-77.
- Barnes J, Aistrop D, Allen E, Barlow J, Elbourne D, Macdonald, et al. First steps: study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of the Group Family Nurse Partnership (gFNP) program compared to routine care in improving outcomes for high-risk mothers and their children and preventing abuse. *Trials*. 2013;14:1–12.
- Basim HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(2):104-14.
- Baskak B, Çevik A. Somatizasyonun kültürel boyutları. *Psychiatry in Türkiye*. 2007;9(1).
- Baysan-Arabacı L, Çam O. Adli psikiyatri hastaları ile ilgili yasal düzenlemeler ve hemşirelerin yasal sorumlulukları. *Adli Bilimler Dergisi*. 2010;9(1):55-4.
- Bellis MA, Hughes K, Ford K, Hardcastle,KA, Sharp CA, Wood S, et al. Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–12.
- Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Perkins C, Lowey H. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health- harming behaviors in England. *BMC Medicine*. 2014;12:1–10.
- Beutel ME, Tibubos AN, Klein EM, Schmutzer G, Reiner I, Kocalevent, RD, et al. Childhood adversities and distress-The role of resilience in a representative sample. *PloS One*. 2017a;12(3), e0173826.
- Beutel ME, Tibubos AN, Klein EM, Schmutzer G, Reiner I, Kocalevent, RD, et al. Childhood adversities and distress - The role of resilience in a representative sample. *PloS One*. 2017b;12(3), e0173826. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173826>
- Bilginer Ç, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Sexual abuse in childhood: a multi-dimentional look from the view point of victims and perpetrators. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(1):55-4.
- Bonanno GA. Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist*. 2005;60(3):265-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.265b>

Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*. 2006;44(4), 189-5.

Brown CL, Yılanlı M, Rabbitt AL. Child Physical Abuse and Neglect. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 29, 2023. [Erişim tarihi: 12.05.2024]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470337/>

Budak, S. *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanay Yayınları. 2017.

Bulut S. Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2007;3(28):139–156.

Bulut Şahin D. Üniversite öğrencileri arasında çocukluk çağı cinsel istismar sıklığı, cinsel istismar bildirim sıklığı ve bildirim ile ilişkili faktörler [Tıp Uzmanlık]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi. 2020.

Bussi res A, Hancock MJ, Elklit A, Ferreira ML, Ferreira PH, Stone LS, et al. Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2284025.

Butler Jr FK, Holcomb JB, Giebner SD, McSwain NE, Bagian J. Tactical combat casualty care evolving concepts and battlefield experience. *Military Medicine*., 2007;172(suppl_1):1–19.

Büyükbayram A,  am O, Turgut E . Travma sonrasında ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;19(3).

Buz S, Genç B. Sosyal hizmet uzmanları için psikolojik dayanıklılığın  nemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2019;30(2):623–642.

Çakar FS,  kiz FE, Asıcı E. Çocukluk  ağı travmaları ve umutsuzluğun psikolojik belirtileri yordama düzeyi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2018;14:85-100.

 am MO, Arslan AB. Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2017;8(2).

 am O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: Medikal Yayıncılık. 2021.

Cao J, Wei J, Fritzsche K, Toussaint AC, Li T, Jiang Y, et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;62:63-71.

Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *J Psychiatr Res*. 2009;43(12):1007- 12.

 avu oğlu F. Cinsiyet gruplarına göre çocukluk  ağı travma düzeylerinin incelenmesi. *Journal of International Social Research*. 2020;13(73).

Cebbar E. Psikologlarda psikolojik dayanıklılığın; ikincil travmatik stres, somatizasyon ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi [Yüksek lisans Tezi].

İstanbul:Maltepe Üniversitesi. 2021

Çelebi BM, Polat A. Çocukluk çağı travmatik yaşantıların, yetişkin bağlanma stillerinin ve psikolojik iyi oluşun evlilik doyumu üzerindeki etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;5(1): 29–34.

Çelik FGH., Hocaoglu Ç. Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(4), 695-11.

Çelik S, Öztürk A, Karahan E. The male nursing students' childhood traumas and attitudes toward violence: A cross-sectional study in Turkey. Archives of Mental Health. 2021;22(2):125-32.

Çetin Ş, Varma GS. Somatik belirti bozukluğu: tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021;13(4):790–804.

Cevizci O, Müezzini EE. Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 2019;1(3):166-2.

Ceylan BN. Çocukluk çağı travması ile somatizasyon ilişkisinde erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi. 2021.

Chapple CL., Tyler KA, Bersani BE. Child neglect and adolescent violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. Violence and Victims. 2005;20(1):39– 53.

Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. The American Journal of Psychiatry. 1990;147(7):887–892.

Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry. 2010;9(3):145.

Clauss-Ehlers CS. In search of an evidence-based approach to understand and promote effective parenting practices. Couple and Family Psychology: Research and Practice. 2017;6(3):135.

Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan, B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. Child Abuse & Neglect. 2007;31(3):211-29.

Colvin CR, Block J. Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. 1994.

Cortina MA, Stein A, Kahn K, Hlungwani TM, Holmes EA, Fazel M. Cognitive styles and psychological functioning in rural South African school students: Understanding influences for risk and resilience in the face of chronic adversity. J J Adolesc. 2016;49:38-6.

Coşkun F, Kılıç Ö, Pasin Ö. Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Dayanıklılığın Rolü 2022. <https://doi.org/10.13140/Rg.2.2.16957.74728>

- Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, Acanfora M, Caldarola G, Moccia L, et al. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018;106:25-8.
- D'Souza RS, Hooten WM. *Somatic Syndrome Disorders*. 2023
- Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*. 2014;19(5):544-54.
- Darves-Bornoz, J. M. Personality and somatic disorders. *L'encephale*. 2018;44(5), 471-5.
- Dereboy Ç, Şehin Demirkapı E, Şakiroğlu M, Şafak Öztürk C. Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29(4).
- Dilsiz H, Mağden D. Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi ve risk tanıma düzeylerinin tespit edilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015;1(2):678-94.
- Ding C, Wang T, Chen X, Li J, Wang W, Huang D, et al. Association of Adverse Childhood Experience and Attention Deficit Hyperactivity Disorder with depressive symptoms among men who have sex with men in China: moderated mediation effect of resilience. *BMC Public Health*. 2019;19:1–11.
- Doğan T, Eren Yavuz K. Yetişkinlerde psikolojik sağlamlık, olumlu çocukluk deneyimleri ve algılanan mutluluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12: 312- 330.
- Doğan T. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2015;3(1):93-102.
- Doğruer N, Gökkaya F, Volkan E, Güleç M. Psikolojik dayanıklılığın yordayıcıları: çocukluk çağı travma yaşantıları ve affetme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022;14:242-50.
- Dokgöz H, Kar H. Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 2017;3(3):169-4.
- Dong C, Xu R, Xu, L. Relationship of childhood trauma, psychological resilience, and family resilience among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(2):852-9.
- Dülgerler Ş. İlköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. [Yüksek Lisans tezi]. İzmir: Ege University. 2000.
- Duman N. *Travma Sonrası Büyüme ve Gelişim*. 2019;4:178-84.
- Duman ZÇ, Sarı A. Psikiyatri Hemşireliği Alanında Önemli Bir Yapı: Aile Dayanıklılığı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2021;14(3):268-76.
- Dunphy L, Penna M, Jihene EK. Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Reports CP*. 2019;12(11), e231550.

- Eilers H, Aan Het Rot M, Jeronimus BF. Childhood Trauma and Adult Somatic Symptoms. *Psychosom Med*. 2023;85(5):408-16.
- Engin M. Türkiye’de iç göçün aile kurumu üzerindeki etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2021;41: 230-43.
- Erten E, Uney AFK, Fistikci N. Bipolar Bozukluk ve Çocukluk Çağı Travması/Bipolar Disorder and Childhood Trauma. *Psikiyatriye Guncel Yaklasimlar*. 2015;7(2):157.
- Erten E., Une, AF, Saatçioğlu Ö, Özdemir A, Fıstıkçı N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2014;162:107-13.
- Evgin D, Sümen A. Childhood abuse, neglect, codependency, and affecting factors in nursing and child development students. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(4):1357-71.
- Feussner O, Rehnisch C, Rabkow N, Watzke S. Somatization symptoms-prevalence and risk, stress and resilience factors among medical and dental students at a mid-sized German university. *Peer J*. 2022. 10, e13803. <https://doi.org/10.7717/peerj.13803>
- Fidanoğlu O. Evlilik uyumu ile eşlerin somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki ve diğer sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması [Yüksek lisans]. İstanbul: Marmara Üniversitesi. 2007.
- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2005;14(1):29-42.
- Frodl T. Do (epi) genetics impact the brain in functional neurologic disorders? *Handbook of Clinical Neurology*. 2016;139:157-5.
- Garcini LM, Brown RL, Chen MA, Saucedo L, Fit AM, Ye P, Zet al. Bereavement among widowed Latinos in the United States: A systematic review of methodology and findings. *Death Studies*. 2021;45(5):342-53.
- Gardner MJ, Thomas H, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2019;96:104082.
- Garmez N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*. 1993;56(1):127-36.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):121-5.
- Garrusi B, Danaei M, Aboosaeidi R. The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2019;60(4), E400–E406. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.4.1006>
- Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(1):129-39.

- Giotakos, O. Neurobiology of emotional trauma. *Psichiatriki*. 2020;31(2):162-1.
- Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2007;3(28):113-28.
- Glaus J, Moser DA, Rusconi Serpa S, Jouabli S, Turri F, Plessen KJ, et al. Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13, 820652.
- Goddard A, Janicek E, Etcher L. Trauma-informed care for the pediatric nurse. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022;62:1-9.
- Goldenson J, Kitollari I, Lehman F. The Relationship Between ACEs, Trauma-Related Psychopathology and Resilience in Vulnerable Youth: Implications for Screening and Treatment. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2021;14(1):151-160. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00308-y>
- Gölge ZB. (Cinsel travma sonrası) oluflan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2005;42;19-8.
- Grigsby TJ, Larson M, Lopez A, Sharmin S, Guo Y, Forster M, et al. Non-response to ACE items is associated with demographic variables and health indicators in the 2021 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Preventive Medicine Reports*. 2024.
- Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*. 2010;17(3):108-3.
- Güneri Yöyen E. Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2017;3(1);267-82.
- Güngörmüş K, Kocabeyoğlu, T, Okanlı A. Hemşirelik Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(1):9-14. <http://search/yayin/detay/195745>
- Güngüz S. Ortaöğretim öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları, kontrol odağı ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi. 2017
- Gupta S, Taneja N, Kapoor SK, Kumar A. Comparison of Mental Health Status of Married and Unmarried Girls of Late Adolescent Age in an Urban Slum of Delhi. *Indian J Community Med*. 2020;45(2):145-8.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatr*. 1997;154(7):989-5.
- Gürkan U. Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi [Doktora tezi]. Ankara Üniversitesi. 2006.
- Herman JL. *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette uK. 2015

- Herman JL. *Travma ve İyileşme, Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (4.Basım)* (T. (Çev.) Tosun (ed.); 4. Baskı). Literatür Yayınları. 2016.
- Herzog JI, Schmahl C. Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:420. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00420>
- Holl J Pap I, Südhof J, Wolff E, Staben K, Wolff S, et al. Trauma, Resilience, and Emotion Regulation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2017;67(2).83–90. <https://doi.org/10.1055/s-0042-120271>
- Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*. 2015;76:18-7.
- Hunca AN. Somatizasyon bozukluğunda çocukluk çağı travması ve kendilik algısı değerlendirmesi [Yüksek lisans]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi. 2015.
- Hüsing P, Löwe B, Toussaint A. Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018;13:74-0.
- Iloson C, Möller A, Sundfeldt K, Bernhardsson S. Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2021;100(4):758-67.
- İlkaracan P. Doğu anadolu’da kadın ve aile. İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları; 1998. s. 173-2.
- İzgördü NS. Somatizasyon bozukluğu ile bağlanma stilleri ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki [Yüksek lisans]. İstanbul: Okan Üniversitesi. 2021.
- Jardim GBG, Novelo M, Spanemberg L, von Gunten A, Engroff P, Nogueira EL, et al. Influence of childhood abuse and neglect subtypes on late-life suicide risk beyond depression. *Child Abuse & Neglect*. 2018;80:249-6.
- Kafkaslı R. Evli bireylerde, problem çözme becerisi ve evlilik doyumu ile somatizasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2019.
- Kalyon A, Yazıcı H. Üniversite öğrencilerinde çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantılarının yaşam doyumunu yordamadaki rolü: Cinsiyet ve ruhsal problemlere dayalı karşılaştırmalar. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. 2020;10 (3):573-83.
- Kanak M, Arslan AD. A study of the relationship between the level of emotional abuse perceived by high school students and their levels of psychological resilience. *Sakarya University Journal of Education*. 2018;8(2), 187-201.
- Kandemir G, Ak İ. Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(4):479-506.
- Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004;47(2):140-51.
- Karaçay R, Güloğlu B. Çocukluk Çağı Travmaları ve Sağlıklı Aile-Ebeveynlik Risk

- Faktörlerinin İncelenmesi. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2022;9(2):327-51.
- Karairmak Ö, Siviş-Çetinkaya R. Benlik Saygısının ve Denetim Odağının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi: Duyguların Aracı Rolü. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*. 2011;4(35).
- Karairmak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2006;3(26):129-42.
- Karaköse S, Berk ÖS. Kadınlarda Somatizasyon: Biyopsikososyal Yaklaşım Perspektifinden Bir Değerlendirme. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*. 2023;9(1):93-117.
- Karal E, Atak H. Çocukluk çağı ruhsal travmaları üzerine kavramsal bir çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2022;2(1):82–103.
- Kaya B. Sivas il merkezinde somatizasyon bozukluğunun epidemiyolojisi [Tıpta Uzmanlık Tez]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi. 1996.
- Kealy D, Rice SM, Ogrodniczuk JS, Spidel A. Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*. 2018;268:169-4.
- Keçeli NM. Şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik stres, bağlanma stilleri ve somatizasyon arasındaki ilişki [Yüksek lisans]. Kocaeli Üniversitesi. 2015.
- Kerber A, Gewehr E, Zimmermann J, Sachser CM, Fegert JK, et al . Adverse childhood experiences and personality functioning interact substantially in predicting depression, anxiety, and somatization. *Personality and Mental Health*. 2023. <https://doi.org/10.1002/pmh.1578>
- Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. The prevalence of psychiatric disorders distribution of subjects gender and its relationship with psychiatric help-seeking. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 2013;50(4):344.
- Klinger-König J, Erhardt A, Streit F, Völker MP, Schulze MB, Keil T, Fricke J, et al. Childhood Trauma and Somatic and Mental Illness in Adulthood: Findings of the NAKO Health Study. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2024;121(1):1.
- Kobasa SC. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982;42(4):707.
- Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Aslan A, ve ark. Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*, 2012;47(2):119-4.
- Kokurcan A, Özsan HH. Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*. 2012;20(1):19-4.
- Kostić M, Lazarević L, Maravić V, Vončina M, Kircanski J, Stojković A, et al. *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Research on Adverse Childhood Experiences in Serbia*. UNICEF Serbia. 2019. [Erişim tarihi: 12.07.2024]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experi>

ences%20(ACE...

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.

Kuldas S, Foody M. Neither Resiliency-Trait nor Resilience-State: Transactional Resiliency/e. *Youth & Society*, 2021;54(8):1352-1376.<https://doi.org/10.1177/0044118X211029309>

Kütük MÖ, Bilaç Ö. (). Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. *Türkiye Klinikleri*, 2017; 3(3):181-7.

Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE., Denicoff, K. D., Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 2002;51(4):288-7.

Linnemann P, Berger K, Teismann H. Associations between outcome resilience and sociodemographic factors, childhood trauma, personality dimensions and self-rated health in middle-aged adults. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2022;29(6):796-806.

Liu Q, Song X, Zhou X, Huang L, Zhang X, Wang L, et al. Regional superficial amygdala resting-state functional connectivity in adults infers childhood maltreatment severity. *Psychoradiology*, 2023; 3:1-9.

Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann, M., et al. (). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*. 2022;52(4):632–648.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000;71(3):543-62. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Mai F. Somatization disorder: a practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(10), 652-2.

Mamati G. Heteroseksüel çift ilişkisi içindeki kadınlarda çocukluk çağı travmalarının ve semptomlarının ilişki istikrarı ile arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans]. İstanbul: Arel Üniversitesi. 2018

Manchikanti Gómez, A. Testing the cycle of violence hypothesis: Child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth & Society*. 2011;43(1):171-92.

Maroti, D., Ek, J., Widlund, R.-M., Schubiner, H., Lumley, M. A., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Ljótsson, B., & Johansson, R. (2021). Internet-administered emotional awareness and expression therapy for somatic symptom disorder with centralized symptoms: A preliminary efficacy trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 620359.

Masten AS. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*. 2011;23(2):493-6.

- Masten AS, Reed, MGJ. Resilience in development. *Handbook of Positive Psychology*, 2002;74:88.
- Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 2008;25(9):742–751.
- Maul S, Giegling I, Fabbri C, Corponi F, Serretti A, Rujescu D. Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2020;183(2):77–94.
- McCarron R. Managing somatization disorder. *AMA Journal of Ethics*, 2008;10(7), 447–452.
- McGloin JM, Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 2001;13(4):1021-1038. <https://doi.org/10.1017/s095457940100414x>
- Mechmet C, Gürsoy MY. Childhood traumas among nursing students and associated factors. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023;43:98-105.
- Mesman E, Vreeker A, Hillegers M. Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34(6):586–592. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000741>
- Miller AB, Jenness JL, Oppenheimer CW, Gottlieb ALB, Young JF, Hankin BL. Childhood emotional maltreatment as a robust predictor of suicidal ideation: A 3- year multi-wave, prospective investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017;45(1):105-16.
- Mitchell H, Aamodt MG. The incidence of child abuse in serial killers. *Journal of Police and Criminal Psychology*. 2005;20(1), 40-7.
- Morabito G, Barbi E, Cozzi G. The unaware physician's role in perpetuating somatic symptom disorder. *JAMA Pediatrics*. 2020;174(1):9–10.
- Morgan CA, Chang YH, Choy O, Tsai MC, Hsieh S. Adverse childhood experiences are associated with reduced psychological resilience in youth: A systematic review and meta-analysis. *Children*. 2021;9(1):27.
- Muskett C. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014;23(1):51-9.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow theory and research. *Handbook of Positive Psychology*, 195, 206.
- Noyes Jr R, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*. 2001;42(4):320-9.
- Nurcombe B. The principles of prevention in child and adolescent mental health. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect: A Report from the World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Health*. 2007;53-64.

- Odacı H, Ülken E, Bülbül K. (2022). Tek ebeveyn olan annelerin psikolojik sağlamlıkları ile yaşam doyumları arasındaki ilişkide umut ve affetmenin aracı rolü. *Ege Eğitim Dergisi*, 23(1), 1-17.
- Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(7):686-4.
- Oflaz F. Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(3):70-76.
- Oflaz F Özcan CT, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H. Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010;1(1):1-6.
- Oh S, Chang SJ. Concept analysis: family resilience. *Open Journal of Nursing*. 2014;4(13):980-90.
- Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*. 2003;26(1):1-11.
- Onuk MM, Tekin U. İlköğretim 10-13 yaş öğrencilerinin sosyal becerilerinin anne-baba tutumları açısından incelenmesi: Eyüp ilçesi örneği. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2018;13(52):17-32.
- Örsel S, Karadağ H, Kahıloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(2).
- Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 2018;127:54-60.
- Öz F, Yılmaz EB. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2009;16(3):82-9.
- Özadmaca K. Çocukluk Çağı Travmasının Duygu Düzenleme, Psikopatoloji İle İlişkisinin İncelenmesi. 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum. 2023;12(34):105-21.
- Özçevik D, Güneş ÖD. Hemşirelik öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklere göre yaşadıkları çocukluk çağı travmaları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2019;1(1):28-42.
- Özdemir S. Çocukluk çağı travması, duygu düzenleme becerileri ve somatizasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencileri örnekleme [Yüksek lisans]. İstanbul: Medipol Üniversitesi. 2020
- Özden MŞ. Travma ve dissosiyatif bozukluklar: genel bir bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 2018;3(3):71-6.
- Özen Y. Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*. 2019;3(5):362-75.
- Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal K, Özçürümez G. Türkiye’de bir eğitim fakültesinde

somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması.

Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(Suppl 2):131-6.

Özer E, Tokdemir M, Yıldırım A, Koçak U, Bütün C, Enginyurt Ö. Mitolojide çocuk istismarı olguları. Cumhuriyet Medical Journal. 2014;36(1):111-5.

Özkan, Ş. (2015). Somatizasyon bozukluğu ve fibromiyalji sendromunda çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif yaşantıların araştırılması.

Özsoy G, Çelikkaleli Ö. Çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantısının psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisinde ebeveyn duygusal erişilebilirliğinin aracılık rolü. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2021;58:312-33.

Öztürk O, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (16. baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2020.

Park S, Hong JP, Bae JN, Cho SJ, Lee DW, Lee JY, et al. Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma. Psychiatry Research. 2014;219(3):443-9.

Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. Child Abuse Negl. 2021;120:105226. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105226.

Pektas I, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sagligi hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sagligi hemsireliginin rolü/Epidemiological studies in community mental health services and roles of the community mental health nursing. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7(1):43.

Petrucelli K, Davis J, Berman T. (). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. Child Abuse & Neglect, 2019;97:104127.

Peyre H, Hoertel N, Stordeur C, Lebeau G, Blanco C, McMahon K, et al. Contributing factors and mental health outcomes of first suicide attempt during childhood and adolescence: results from a nationally representative study. The Journal of Clinical Psychiatry. 2017;78(6).

Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. Child Abuse & Neglect. 2021;120.

Polat Kara M. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stresin somatizasyon bozukluğu ile ilişkisi[Yüksek lisans]. İstanbul: Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi. 2022.

Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 2: Önleme ve Rehabilitasyon. Ankara: Seçkin yayıncılık. 2007

Poloni N, Ielmini M, Caselli I, Ceccon F, Bianchi L, Isella, C., et al. Medically unexplained physical symptoms in hospitalized patients: a 9-year retrospective observational study. Frontiers in Psychiatry. 2018;9:416739.

- Raleva M, Jordanova Peshevska D, Sethi D. Survey of adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia. 2013
- Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang, L. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine* 2020;(1982)262:113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Resmi Gazete. (2012). *Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM)*. Resmi Gazete Sayı 28431. [Erişim tarihi: 12.05.2024]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/10/20121004-5.htm>
- Richardson RD, Engel Jr CC. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *The Neurologist*, 2004;10(1):18–30.
- Roberts SJ. (). Somatization in primary care. The common presentation of psychosocial problems through physical complaints. *The Nurse Practitioner*. 1994;19(5):47-6.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke, JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41(10):949–958.
- Ruppert F. Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları. In Ç. . F. Zengin (Ed.), *İstanbul: Kaknüs Yayınları*. 2011.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987;57(3):316-31.
- Sachs-Ericsson NJ, Sheffler JL, Stanley IH, Piazza JR, Preacher KJ. When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 2017;73(10):1403-28. <https://doi.org/10.1002/jclp.22444>
- Sağduyu A. Sağlık ocağına başvuran hastalarda somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1995;6(1):21-9.
- Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust NZJ Psychiatry*. 2008;42(4):335-341. doi:10.1080/00048670701881538.
- Şahin EM, Özer C, Dağdeviren N, Şahin Ö, Aktürk Z. Birinci basamakta somatizasyon bozukluğuna yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2001;10(1):12-4.
- Şahin ES. Travma Tedavisinde Farklı Bir Yaklaşım: Somatik Deneyimleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Science*., 2019;4(2).
- Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1998;2:823-33.
- Şar V. Childhood trauma and dissociative disorders. *Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach*. 2020;333-65.
- Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*. 2007;149(1–3):169-6.

- Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk-Kurtça T. A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2021;22(1):35-51.
- Schomerus G, Appel K, Meffert PJ, Luppa M, Andersen RM, Grabe HJ, Baumeister SE. Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2013;48:1809–17.
- Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, alea, G. *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2013.
- Sezgin F. İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2012;20(2):489-502.
- Simon NM, Herlands NN, Mark EH, Mancini C, Letamendi A, Li Z, et al. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 2009;26(11):1027-132.
- Şimşek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. *Adli Bilimler Dergisi*. 2004;3(1):47–52.
- Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*. 2019;55(11):745.
- Söngüt S, Akça SÖ. Çocuk istismari ve pediatri hemşiresinin rolü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2019;50(4):241-50.
- Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(11):1247-58.
- Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008;42(4):335-1.
- Stein H, Fonagy P, Ferguson KS, Wisman M. Lives through time: An ideographic approach to the study of resilience. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2000;64(2):281.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, Van Ijzendoorn MH. (). The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012;21(8):870–890.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Alink, LRA. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 2013;48(2):81-94.
- Sucich J, Breitbart V, Williams S, Sanichar N, Candelaria-Arce E, Frankle WG, Davison-Duffy S. Prevalence of childhood trauma in a community-based mental health clinic. *Community Mental Health Journal*. 2023;59(6):1136-49.

Švecová J, Furstova J, Kaščáková N, Hašto J, Tavel P. The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: Does bullying moderate the associations? *BMC Psychology*, 2023;11(1):230.

Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004;35(2):82–6.

Taş A. Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi [Yüksek Lisans]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 2017.

Taşören AB. Çocukluk döneminde travma ile çalışmak: travma oyun modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2022;24(2):707-26.

Terzi Ş. Kendin i toparlama gücü ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006;3(26):77-6.

Theoklitou D, Kabitsis N, Kabitsi A. Physical and emotional abuse of primary school children by teachers. *Child Abuse & Neglect*. 2012;36(1):64-0.

Tiryaki A, Yurteri BG. Bir Çocuk İstismarı Türü Olarak “Munchausen by Proxy Sendromu.” *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(1):107-24.

Tıraşçı Y, Gören S. (). Child abuse and neglect. *Dicle Medical Bulletin*. 2007;34(1):70-4.

Topkaya N, Meydan B. Üniversite öğrencilerinin problem yaşadıkları alanlar, yardım kaynakları ve psikolojik yardım alma niyetleri. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013;3(1).

Toussaint A, Hüsing P, Kohlmann S, Brähler E, Löwe B. Excessiveness in symptom-related thoughts, feelings, and behaviors: an investigation of somatic symptom disorders in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 2021;83(2):164-0.

Towsend MC. Trauma-and Stressor-Releated Disorder. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 8th Edition, Copyright, 2015;559-78.

TÜİK. (2023). *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2022*. [Erişim tarihi: 20.05.2024] TÜİK.Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662>

Turan N, Kayalar A. Somatik Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklarda Hemşirelik Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 2021;14(4):81-6.

Turgut Ö. Ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin, önemli yaşam olayları, algılanan sosyal destek ve okul bağlılığı açısından incelenmesi [Yüksek lisans]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. 2015.

Türk Dil Kurumu. (2024). *Travma*. [Erişim tarihi:15.03.2024]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>

Türkkan T, Odacı H. Liseli ergenlerde çocukluk çağı örselenme yaşantılarının cinsiyet, gelir düzeyi ve ebeveyn eğitim durumuna göre incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2018;29(1):71–89.

Türkkan T, Odacı H, Bülbül K. Çocuk istismarı ve ihmalini anlamak: Ekolojik bir yaklaşım. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2021;32(2):709-28.

Um Y, Huh H, Kim S, Chae J. Possible cultural effects on the increments of somatic symptoms in subjectively resilient depressed patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2014;6(3):259-6.

Ünal, S. Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(1):52-5.

UNICEF. (2017). Şiddet ile disiplin, cinsel istismar ve cinayetler tüm dünyada milyonlarca çocuğun peşini bırakmıyor. [Erişim tarihi: 12.02.2024]. Erişim tarihi: <https://www.unicef.org/turkiye/basin-bultenleri/unicef-siddet-ile-disiplin-cinsel-istismar-ve-cinayetler-tum-dunyada-milyonlarca>

Ustuner Top F, Cam, HH. Childhood maltreatment among university students in Turkey: prevalence, demographic factors, and health-related quality of life consequences. *Psychology, Health & Medicine*.2021;26(5):543-54.

Valentine L, Feinauer LL. Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*,. 1993;21(3):216-4. <https://doi.org/10.1080/01926189308250920>

Valles NL, Harris TB, Sargent J. Mental Health Issues: Child Physical Abuse, Neglect, and Emotional Abuse. In A. P. Giardino, M. A. Lyn ER. Giardino (Eds.), *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect* (pp. 517– 543). Springer International Publishing. 2019. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-00635-8_18

Van der Kolk BA. Editorial introduction: Child abuse & victimization. *Psychiatric Annals*, 2005;35(5):401-8.

Viola TW, Salum GA, Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, Levandowski ML, Grassi-Oliveira, R. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse & Neglect*, 2016;51:1–11.

Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(1):129-5.

Wang YC, Guerola MM, Lin YC, Hsieh YP, Strong C, Tsai MC, Lin CY. Effects of childhood adversity and resilience on Taiwanese youth health behaviors. *Pediatrics & Neonatology*. 2019;60(4):368-6.

Wang Y, Murray AM, Toussaint AK, Chen L, Guo WJ, He N, et al. Why is the recognition rate of psychological distress under-estimated in general hospitals? A cross-sectional observational study in China. *Medicine*. 2019;98(27), e16274. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016274>

Werner EE. Resilient children. *Young Children*.1984.

A EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. 1993;5(4):503-15.

- Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New directions in the treatment of somatization. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007;30(4):621-44.
- World Health Organization. *Global status report on preventing violence against children 2020*. Erişim tarihi: 12.03.2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
- Wright MOD, Fopma-Loy J, Fischer S. Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(10):1173-1193. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.004>
- Wu Z, Liu Z, Jiang Z, Fu X, Deng Q, Palaniyappan L, et al. Overprotection and overcontrol in childhood: An evaluation on reliability and validity of 33-item expanded Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33), Chinese version. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022;68:102962.
- Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of Affective Disorders*. 2018;228:41-8.
- Yalçın ÇPS, Öztürk E. Travma sonrası zamanın donması ve travmanın nesiller arası aktarımı. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 201;83(3):21-8.
- Yelboğa N. Çocuk hakları bağlamında cinsel istismarın incelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2019;3(2):202-21.
- Yılmaz M. 2014 Soma maden faciası'nda eşini kaybeden kadınların ve babasını kaybeden bireylerin çocukluk çağı travmaları, psikolojik dayanıklılık ve öfke tarzlarının incelenmesi [Yüksek lisans]. İstanbul: Aydın Üniversitesi. 2022.
- Yolcuoğlu İG. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2010;21(1):73– 83.
- Yüzügüldü MA, Ülküer N. Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirmeye Yönelik Tutumları ile Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*. 2023;23(1):1–21.
- Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, Jain D, Péturs HR, Ramirez C, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse & Neglect*. 2009;33(11):833-41.

ÖZGEÇMİŞ



Ek 5. Tez Orijinallik Raporu

ÇÇT-SÖ-ypdö tez			
ORJİNALLIK RAPORU			
% 14	% 12	% 8	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı		%2
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı		%2
3	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı		%1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı		%1
5	acikerisim.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı		%1
6	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı		<%1
7	msuefder.alparslan.edu.tr İnternet Kaynağı		<%1
8	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi		<%1
9	pdffox.com İnternet Kaynağı		<%1