

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ PSİKOLOJİK
BELİRTİLER İLE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE ÖZYETERLİLİĞİN ARACI ROLÜ**

Yüksek Lisans Tezi

ÖZGE YAVUZ

İSTANBUL, 2021

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ PSİKOLOJİK
BELİRTİLER İLE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE ÖZYETERLİLİĞİN ARACI ROLÜ**

Yüksek Lisans Tezi

ÖZGE YAVUZ

İSTANBUL, 2021

KABUL VE ONAY

ÖZGE YAVUZ tarafından hazırlanan “**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZYETERLİLİĞİN ARACI ROLÜ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 04.05.2021 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç. Dr. Zeynep Belma GÖLGE

İstanbul Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM

KUZGUN

İstanbul Arel Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK

Haliç Üniversitesi

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....
Prof. Dr. Ali AKDEMİR
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZYETERLİLİĞİN ARACI ROLÜ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06.07.2021

ÖZGE YAVUZ

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZYETERLİLİĞİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZGE YAVUZ

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

(DANIŞMAN: DOÇ. DR. ZEYNEP BELMA GÖLGE)

İSTANBUL, 2021

Bu çalışmanın amacı çocukluk çağı travmalarının psikolojik belirtiler ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin aracı rolünün ortaya konmasıdır. Bu amaç doğrultusunda 18 yaş ve üstü üniversite öğrencisi 384 kişi ile anket uygulaması yapılmıştır. Anket formu kişisel bilgi formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde t testi, ANOVA ve YEM kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Üniversite öğrencilerinin, çocukluk çağı travmaları düzeyi ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri düzeyleri arasında pozitif yönde ve çocukluk çağı travmaları düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyi arasında negatif yönde ilişki olduğu olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca üniversite öğrencilerinin, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri düzeyi ile kısa semptom envanteri düzeyleri arasında pozitif yönde ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyi arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak Üniversite öğrencilerinin, kısa semptom envanteri düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyi arasında negatif yönde psikolojik dayanıklılık düzeyi ile özyeterlilik düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travma, psikolojik dayanıklılık, özyeterlilik, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND SELF-EFFICACY IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF CHILDHOOD TRAUMA AND SYMPTOMS OF STRESS DISORDER AFTER TRAUMA

**MSC THESIS
ÖZGE YAVUZ**

**GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY
PSYCHOLOGY HEAD OF DEPARTMENT**

(SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR. ZEYNEP BELMA GÖLGE)

İSTANBUL, 2021

The aim of this study is to reveal the mediating role of psychological resilience and self-efficacy in the relationship between psychological symptoms of childhood traumas and post-traumatic stress disorder symptoms. For this purpose, a questionnaire was conducted with 384 university students aged 18 and over. In questionnaire form personal information form, Childhood Trauma Scale, Brief Symptom Inventory, Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Scale, Psychological Resilience Scale and Self-Efficacy Scale were used. Collected data were analyzed in SPSS program. T test, ANOVA and YEM were used in the analysis of the data.

As a result of the analysis, it was concluded that there was a positive correlation between the level of childhood traumas of university students and the symptoms of post-traumatic stress disorder and their short symptom inventory, and a negative relationship between the level of childhood trauma and the level of psychological resilience and self-efficacy. In addition, it was found that there was a positive relationship between the level of post-traumatic stress disorder symptoms and the short symptom inventory level of university students, and a negative relationship between the level of post-traumatic stress disorder symptoms and the level of psychological resilience and self-efficacy. In addition, it was concluded that there is a positive correlation between the level of psychological resilience and self-efficacy level between the short symptom inventory level of the university students and the level of psychological resilience and self-efficacy.

Keywords: Childhood trauma, psychological resilience, self-efficacy, post-traumatic stress disorder

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ.....	x
ÖNSÖZ.....	xi
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tespiti	1
1.2 Çalışmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Metodolojisi	5
2 KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1 Çocukluk Çağı Travmaları.....	6
2.1.1 Travmanın Tanımı ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	6
2.1.2 Çocukluk Çağı Travmaları Türleri.....	9
2.1.2.1 Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal.....	9
2.1.2.2 Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal	10
2.1.2.3 Cinsel İstismar.....	11
2.1.3 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı	11
2.1.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikler.....	13
2.1.5 Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişik Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	14
2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu	15
2.2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı	15
2.2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirti ve Bulguları.....	16
2.2.2.1 Genel Görünüm ve Davranış.....	16
2.2.2.2 Konuşma ve İlişki Kurma	17
2.2.2.3 Duygulanım.....	17
2.2.2.4 Bilişsel Yetiler.....	17
2.2.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	18
2.3 Psikolojik Dayanıklılık.....	18
2.3.1 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı	18
2.3.2 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler.....	22
2.3.2.1 Risk Faktörleri.....	22
2.3.2.2 Koruyucu Faktörler	23
2.3.2.3 Olumlu Sonuçlar	23
2.3.3 Psikolojik Dayanıklılığın Alt Boyutları	23
2.3.3.1 Bağlanma.....	23
2.3.3.2 Öz-düzenleme	24
2.3.3.3 Yardım Alabilme.....	24
2.3.3.4 Doyum Erteleyebilme	25
2.3.3.5 Girişkenlik ve Özgüven.....	25
2.3.3.6 Sosyal Yeterlilik.....	26
2.3.3.7 Duygu Kontrolü	27
2.3.3.8 Akran İlişkileri	27

2.3.3.9 Sosyal Problem Çözme Becerileri.....	27
2.3.3.10 Mutluluk ve İyimserlik.....	28
2.3.4 Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi.....	29
2.3.5 Psikolojik Dayanıklılık ve Travmanın Psikolojik Belirtileri	31
2.4 Özyeterlilik Kavramı.....	33
2.4.1 Özyeterliliğin Tanımı.....	33
2.4.2 Özyeterlilik Gelişimi ve Etkileyen Faktörler	36
2.4.3 Özyeterliliği Harekete Geçiren Süreçler	37
2.4.3.1 Bilişsel Süreçler	37
2.4.3.2 Seçim Süreci.....	38
2.4.3.3 Motivasyonel Süreçler	38
2.4.3.4 Duygusal Süreçler	39
2.4.4 Özyeterlilik ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi.....	40
2.4.5 Özyeterlilik ve Travmanın Psikolojik Belirtileri	42
3 YÖNTEM.....	44
3.1 Araştırmanın Modeli	44
3.2 Araştırmanın Hipotezleri.....	45
3.3 Evren ve Örneklem	46
3.4 Veri Toplama Araçları	47
3.5 Verilerin Analizi	50
4 BULGULAR	53
4.1 İç Tutarlılık Analizi.....	53
4.2 Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimleyici Analizler.....	54
4.3 Ölçeklere İlişkin Betimleyici Analizler.....	58
4.4 Hipotezlerin Sınanması	61
4.5 Diğer Analizler.....	89
4.6 Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	101
5 TARTIŞMA	103
5.1 Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanterindeki Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	104
5.2 Çocukluk Çağı Travmaları, Kısa Semptom Envanterindeki Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılık ve Öz yeterliliğin Aracı Rolünün Tartışılması	106
5.3 Çocukluk Çağı Travmaları, Kısa Semptom Envanterindeki Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Risk Faktörleri Çerçevesinde Tartışılması.....	110
5.4 Diğer Analizlerin Tartışılması.....	119
5.4.1 Çalışma Durumu	120
5.4.2 Şuan Aileden ve Çevreden Destek Alma	121
5.4.3 Psikolojik/Psikiyatrik Rahatsız Olma	122
6 SONUÇ.....	125
6.1 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	127
7 KAYNAKLAR	130
8 EKLER.....	149
Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	149
Ek-2. Kişisel Bilgi Formu	150
Ek-3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	152
Ek-4. Kısa Semptom Envanteri.....	154

Ek-5. TSSB-KD Ölçeği.....	156
Ek-6. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	158
Ek-7. Özyeterlilik Ölçeği	159
Ek-8. Etik Kurul Kararı.....	160
Ek-9. Küçükçekmece Belediyesi – Anket İzni	161
9 ÖZGEÇMİŞ.....	162



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3. 1. Araştırmanın Modeli.....	44
Şekil 4. 1. Araştırmanın Teorik Modeline İlişkin Yol Diyagramı	74



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3. 1. Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	51
Tablo 4. 1. Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi Bulguları.....	53
Tablo 4. 2. Üniversite Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	54
Tablo 4. 3. Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Döneminde Aileden Ayrı Kalmaya Dair Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı	55
Tablo 4. 4. Üniversite Öğrencilerinin İstismara Maruz Kalmaya Dair Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı	56
Tablo 4. 5. Üniversite Öğrencilerinin Olumsuz Bir Olay Sonrasında Destek Alma Durumu Dağılımı	57
Tablo 4. 6. Üniversite Öğrencilerinin Aileden/Çevreden Şu An Destek Alma Durumu Dağılımı.....	57
Tablo 4. 7. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik/Psikiyatrik Rahatsızlığa Dair Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı	57
Tablo 4. 8. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları	58
Tablo 4. 9. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	61
Tablo 4. 10. Çocukluk Çağı Travmalarının Kısa Semptom Envanteri Üzerindeki Etkisi	63
Tablo 4. 11. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Global İndeks Arasındaki İlişki	65
Tablo 4. 12. Çocukluk Çağı Travmalarının Kısa Semptom İndeksleri Üzerindeki Etkisi	67
Tablo 4. 13. Çocukluk Çağı Travmaları ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Arasındaki İlişki.....	68
Tablo 4. 14. Çocukluk Çağı Travmalarının Travma Sonrası Stres Belirtileri Üzerindeki Etkisi.....	71
Tablo 4. 15. Çocukluk Çağı Travmaları ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanaklılığın Aracı Rolü	74
Tablo 4. 16. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanaklılığın Aracı Rolü	76
Tablo 4. 17. Çocukluk Çağı Travmaları ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Özyeterliliğin Aracı Rolü.....	77
Tablo 4. 18. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkide Özyeterliliğin Aracı Rolü	79
Tablo 4. 19. Cinsiyetine Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	80

Tablo 4. 20. Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu	81
Tablo 4. 21. Cinsiyete Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu	82
Tablo 4. 22. Mağduriyet Yaşı ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Arasındaki İlişki	83
Tablo 4. 23. Mağduriyet Yaşı ile Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişki	84
Tablo 4. 24. İstismara Kim Tarafından Maruz Kaldığına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği'nden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu.....	85
Tablo 4. 25. İstismara Kim Tarafından Maruz Kaldığına Göre Kısa Semptom Envanteri'nden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu	86
Tablo 4. 26. İstismar Sonrası Destek Alma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu	87
Tablo 4. 27. İstismar Sonrası Destek Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu.....	88
Tablo 4. 28. Çalışma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	89
Tablo 4. 29. Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	90
Tablo 4. 30. Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	91
Tablo 4. 31. Çalışma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılıktan Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	92
Tablo 4. 32. Çalışma Durumuna Göre Özyeterlilikten Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	92
Tablo 4. 33. Şu Anda Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	93
Tablo 4. 34. Şu anda Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	94
Tablo 4. 35. Şu Anda Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	94
Tablo 4. 36. Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	95
Tablo 4. 37. Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Özyeterlilikten Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	96
Tablo 4. 38. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	96

Tablo 4. 39. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	98
Tablo 4. 40. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	99
Tablo 4. 41. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılıktan Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu	100
Tablo 4. 42. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Özyeterlilikten Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	100
Tablo 4. 43. Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	101



KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

APSAC	: American Professional Society on the Abuse of Children
CİB	: Cinsel İşlev Bozuklukları
CTQ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
IIIR	: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖÖ	: Özyeterlilik Ölçeği
PTSD	: Posttraumatic Stress Disorder
SAD	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSBÖ-KD	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği - Kendini Değerlendirme
UNICEF	: United Nations International Children Emergency Fund / Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Psikoloji eğitimim süresince Ruhsal Travma dersini sevdiren, tez konumun şekillenmesinde ve yazım sürecinde bilgi ve tecrübelerinden yararlanmamı sağlayan, çalışmamın daha iyi olması için her basamağında sabırla yol gösteren değerli tez danışmanım Doç. Dr. Zeynep Belma GÖLGE'ye;

Yüksek Lisans programı boyunca kendilerini tanıdığım ve arkadaş olduğumuz için kendimi şanslı hissettiğim dostlarıma, özellikle tez yazım süresince kaygılandığım her anda desteğiyle motivasyonumu arttıran dostum Özlem ASLAN'a;

Hayatımızın her döneminde gösterdiği desteklerden, bana olan inançlarından ve koşulsuz sevgilerinden ötürü şanslı ve mutlu hissettiğim kendi ailem ve eşimin ailesine;

Bazen mutluluk bazen hüznü yaşatan zorlu yaşam mücadelesi içinde hedeflerime ulaşmam için desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, stresli dönemlerimde sevgisiyle beni huzura yönelten, yaşama karşı daima omuz omuza olduğum kıymetli yol arkadaşım, eşim İbrahim YAVUZ'a

Son olarak yüksek lisansa tek kişi olarak başlayıp iki kişi olarak bitirmemi sağlayan, tez yazım sürecimde minik tekmeleriyle annesine destek veren, eğitim ve başarı yolunda daima örnek olmak istediğimiz, sevgilerin en güzelini bize yaşatan canım kızım Defne YAVUZ'a

Gönülden teşekkür ediyorum.

06.07.2021

Özge YAVUZ

1 GİRİŞ

1.1 Problemin Tespiti

Çocukların erken dönemde yaşayabilecekleri ve olumsuz sonuçlar doğurabilecek travmatik yaşantılar arasında hastalıklar, ölüm ve doğal afetler gibi insan eliyle meydana gelmeyen durumlar bulunmaktadır. Bunların yanı sıra fiziksel ve psikolojik şiddet, cinsel istismar ve çeşitli ihmal yaşantıları da yer alabilmektedir (Şar, 2014). Çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantılar duygusal, fiziksel ve cinsel istismar olarak ayrılmaktadır. Çocuk ihmali de duygusal, fiziksel eğitimsel ve cinsel ihmal gibi alt türlere ayrılarak tanımlanmaktadır (Şenkal, 2013). Çocuk ihmali, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanıma göre çocuğa bakmakla yükümlü olan kimsenin çocuğun gelişimi için gereken ihtiyaçları giderememesi veya dikkate almamasıdır. Bu ihtiyaçlar genel olarak çocuğun sağlık, beslenme ve eğitim ihtiyaçları, duygusal gelişimi, barınma ve güvenli yaşam koşullarını kapsayan alanların tümünde ortaya çıkabilmektedir (WHO, 2006). Çocuk istismarı kavramı ise çocuğun fiziksel gelişimine, sağlığına ve psikososyal gelişimine olumsuz yönde etki eden bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde yapılan davranışlar olarak ifade edilmektedir (WHO, 2006).

İstismar, bireyin bir başkasını isteyerek, bilinçli bir şekilde, ona zarar verecek kötü amaçlarla kullanması olarak tanımlanan bir kavramdır. Çocuk istismarı yaşantısı içerisinde duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım yer almaktadır. İstismar kapsamına bir kişinin kendisi istismar olarak görülen davranışlarda bulunmasa bile böyle bir davranışa izin vermesi, görmezden gelmesi, bir fayda sağlama amacıyla olması ya da desteklemesi gibi durumlar da dahil olmaktadır (Saçarçelik, 2009).

İhmal ise bir kimseye önem vermeme ve gereken ilgiyi göstermeme olarak tanımlanan bir kavramdır (TDK, 2020). Bu çerçevede ihmal kavramı ebeveynlerin ya da bakmakla yükümlü olan kişilerin çocuğun beslenme, barınma, sağlık, güvenlik, giyinme, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının bilinçli olarak karşılanmaması durumudur (Oral ve diğerleri, 2001). Çocuk istismarı ve ihmali ise ebeveynler veya çocuğa bakmakla yükümlü olan kimseler tarafından uygulanan, toplumsal kurallara uymayan, uzmanlar tarafından onaylanmayan, çocuğun psikososyal ve fiziksel gelişimine engel

olan ve çocuğa zarar verebileceği düşünülen davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Bu alanda Türkiye’de yürütülen araştırma sonuçlarında, 1995 yılında 7- 14 yaş grubunda bulunan çocukları olan ailelerin %43’lük kısmında fiziksel şiddet yaşandığı saptanırken, %53’lük kısmında da sözlü şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Buna ek olarak 4 yıl içerisinde bir eğitim hastanesi çocuk koruma birimine başvuran 215 olgunun %29,8’lik kısmında fiziksel istismar, %21,4’lük kısmında duygusal istismar, %9.8’lük kısmında ise cinsel istismar saptanmıştır. Söz konusu olguların %39,5’lik kısmına ise ihmal tanısı konulmuştur. Ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalarda ilk sırada %78 gibi yüksek bir oranla duygusal istismarın bulunduğu belirtilmektedir. Duygusal istismar ise tek başına görülebileceği gibi cinsel ve fiziksel istismar ile birlikte de görülebilmektedir. Buna ek olarak fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90’ında duygusal ihmal ve istismarı da bulunmaktadır. Aynı zamanda cinsel istismar oranlarının %5-28 aralığında değişebildiği belirtilmektedir (Örsel, Karadağ ve Kahiloğulları, 2011).

Psikiyatrik bozukluk tanısı konulan bireylerde çocukluk döneminde istismara uğramanın intihar, anksiyete, kendine zarar verme davranışları ve depresyon ile ilişki olduğu belirtilmektedir. Çocukluk döneminde cinsel istismar bildirilen örneklemde ise panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, fobi ve cinsel işlev bozukluklarının normal popülasyona kıyasla çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatrik hasta grubuyla yürütülen bir başka çalışmada hastaların %57’lik kısmının geçmişlerinde cinsel ve fiziksel istismara uğradıkları bildirilmiştir (Örsel, Karadağ ve Kahiloğulları, 2011).

Öte yandan psikolojik dayanıklılık kavramı, kişilerin hayatları boyunca karşı karşıya kaldıkları zorluklara rağmen yaşananlardan sonra toparlanabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir. Psikolojik dayanıklılık alan yazınında pek çok çalışmanın araştırma konusudur. Söz konusu araştırmalarda odaklanılan temel nokta ise; zorlu deneyimler sonrasında bazı kişiler kendini hızlı bir şekilde toparlayarak yaşadıklarının üstesinden gelmeyi başarırken; bazı kişilerin ise psikopatoloji geliştirmeleriyle bağlantılıdır (Basım ve Çetin, 2011). Bu alanda yapılan bir araştırmada çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısına sahip olan bireylerin psikolojik dayanıklılık puanlarının,

çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı olmayan bireylere kıyasla çok daha anlamlı düzeyde düşük olduğu ortaya konulmuştur (İnan, 2015).

Araştırmalara göre bazı bireylerin zorlu yaşam deneyimleri sonrasında kendini toparlayarak bunların üstesinden gelebilmelerinin en önemli etkisinin koruyucu faktörler olduğu düşünülmektedir. Bahsi geçen koruyucu faktörler içerisinde yer alan kavram ise psikolojik dayanıklılık kavramıdır. Kobasa (1979) psikolojik dayanıklılık kavramını, strese neden olan yaşam koşullarına karşı direnç göstermeyi sağlayan bir kişilik özelliği olarak tanımlamaktadır. Bahsi geçen tanım çerçevesinde strese dayanabilen bireyler üç tipik özelliğe sahiptir. Bu özellikler; değişime açıklık, kişinin kendini yapılan işe verebilmesi ve olayların kontrolünün elinde olduğuna olarak ifade edilmektedir.

Harvey (1996), tarafından kişinin içinde yaşadığı çevre ile kurduğu iletişiminin travma ile baş edebilmesini kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir. Bunun yanı sıra psikolojik dayanıklılık kavramı ise iyileşme sürecinde kendini yeniden toparlayabilme kabiliyeti olarak tanımlanmıştır. Truffino (2010), ise yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olan bireylerin bazı ayırıcı özelliklerinin olduğunu belirtmiştir. Bahsi geçen özellikler; travmatik deneyimleri hatırlamada kontrol sağlayabilme, travmaya yönelik duygusal yaşantıları kontrol edebilme, bellek ve duyguları bütünleştirebilme gücü, travma belirtilerini kontrol altında tutabilme, eylem, duygu ve düşünceler arasında iç uyum, gelişmiş özsaygı, güvenli ilişkiler kurma, travmanın etkisini anlayabilme, yaşama yönelik olumlu anlamlar geliştirebilme olarak tanımlanmaktadır (Alkan, 2014).

Öte yandan travmaya bağlı duygusal yaşantılarda kontrol sağlayabilme becerisi, kişinin yaşamış olduğu travmayı olayın ilk etkisine kıyasla daha az tehdit ve korku unsuru olarak görebilmesidir. Bunun yanı sıra bireyin travmaya bağlı duygular üzerinde kontrol sağlayabilmesi, travma sonrası ortaya çıkan rahatsız edici duyguların tahammül edilebilir bir seviyeye indirilmesini sağlar ve birey, aşırı yoğun ve şiddetli yaşanan ruh sağlığının bozucu dürtülerini kontrol edebilmektedir (Harvey, 1996). Bireyler travmaya bağlı duygularını kontrol edebildiklerinde, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak bireylerin stresle başa çıkma tarzlarının da son derece sağlıklı olduğu düşünülmektedir (Truffino, 2010).

Bireyin travmatik yaşıntıyla karşı karşıya kalması, özyeterlilik ve kendilik duygusu üzerinde yıkıcı hasarlar meydana getirmektedir (Terr, 1983). Bireyin iyileşme sürecinde ise söz konusu hasarların ortadan kaldırılması hedeflenmektedir. Yüksek düzeyde özyeterliliğe sahip olan kişilerin zorlu deneyimlerin üstesinden gelme yetenekleri de yüksektir. Dolayısıyla bu kişilerin psikolojik dayanıklılık dereceleri de son derece yüksektir (Truffino, 2010). Yüksek düzeyde özyeterliliğe sahip olan bireylerin, kendilerine zarar veren davranışlarını değiştirme ve travmatik yaşantılar sonrasında öz bakım ritüellerini sürdürme hususunda, özyeterliliği düşük bireylere kıyasla daha çok avantajlı oldukları ifade edilmektedir (Harvey, 1996).

Bu çalışma literatür çerçevesinde incelediğinde; çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısının yetişkinlik döneminde psikopatolojinin ortaya çıkmasında etkili olduğu; psikoz, alkol ve madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu (Banducci, 2014) görülme olasılığının da yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra çalışmamızda koruyucu faktör olarak psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik kavramlarını incelediğimizde, bu kavramların zorlu yaşantılara direnmede son derece önemli bir kişilik özelliği oldukları görülmektedir. Ayrıca bireyin yaşam koşullarından da büyük ölçüde etkilendiği görülmektedir.

Bu çalışma kültüre, zamana ve kaynaklara ulaşabilir olmaya bağlı olarak gelişen psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik kavramlarının bireyin yaşama uyum sağlaması hususunda bir rol üstlendiği ve ruh sağlığına etki ettiği düşünülmektedir. Bu çalışmada üniversite öğrencileri üzerinde çocukluk çağı travmaları ile psikolojik belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin aracı rolü incelenecektir.

1.2 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada üniversite öğrencileri üzerinde çocukluk çağı travmaları ile psikolojik belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin aracı rolü incelenecektir.

Öncelikle üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile Türkiye uyarlamasına göre uygulanacak kısa semptom envanterindeki bozukluklar (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) ve travma sonrası stres

bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkisi ve bu ilişki çerçevesinde psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik kavramlarının aracı rolü olup olmadığı incelenecektir.

Sonrasında çocukluk çağı travmalarının, psikolojik belirtilerin ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin cinsiyet, mağduriyet yaşı, mağduriyetin sürekliliği, mağduriyeti yaratanın yakın çevresinden olup olmadığı ve sosyal destek alıp almaması gibi faktörlere göre değişiklik gösterip göstermediği incelenecektir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantıların ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek olan psikolojik belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin belirlenmesinin, psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin etkisinin anlaşılmasının, bu yaşantılara bağlı gelişen psikopatolojinin önlenmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu kavramları inceleyecek bir çalışma olması sebebiyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3 Araştırmanın Metodolojisi

Araştırma 18 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerine çocukluk çağı travmaları, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, kısa semptom envanteri, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yapılan nicel bir çalışma olacaktır. Ayrıca bu araştırma söz konusu kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere yapısal eşitlik modeli çerçevesinde tasarlanmış nicel bir çalışma olarak değerlendirilmektedir.

2 KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Çocukluk Çağı Travmaları

2.1.1 Travmanın Tanımı ve Çocukluk Çağı Travmaları

Psikoloji ve psikiyatri alanında travma ile ilgili yapılan çalışmaların ilk izlerine 1870’li yıllarda rastlanmaktadır. Söz konusu yıllarda Paris’te bulunan Salpetriere Hastanesi’nde çalışmakta olan Jean Martin Charcot, histeri hastalarının birçok ruhsal ve bedensel semptom gösterdiklerini fark etmiştir. Daha sonra öğrencisi Pierre Janet tarafından 1889’da L’automatisme Psychologique adlı kitabında bugün Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak bilinen konu ile ilgili bir yazı kaleme alınmıştır (Levine, 2017). Janet tarafından yapılan çalışmaların sonrasında 1920’li yıllarda travma, ruhsal dinamikler içkin olarak ele alınmaya başlamıştır. Bu dönemde travmanın yalnızca baskılanmış cinsel fanteziler olarak görüldüğü anlayışın terk edildiği söylenebilir (Moreno ve Coelho, 2013).

İlerleyen dönemlerde ise psikanalitik teorinin öncüsü olarak bilinen Sigmund Freud, travmaya yönelik çalışmalara derinlik katmıştır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasının da önünü açmıştır. Psikanaliz tarihçileri tarafından Freud’un ilk kuramsal görüşlerinin travma kuramı olarak adlandırıldığı belirtilmektedir. Bu kuram, kişilerin geçmişlerinde yaşadıkları ancak adlandıramadıkları hatıraları sonraki dönemde anımsadıklarında travma etkisinin ortaya çıktığını ifade etmektedir (Habip, 2019). Bir başka ifadeyle bireylerin travmalarının tekrarlamasının sebebi, Travmatik anının tamamıyla hatırlanmamasıdır. Hastanın belleğinde belirli ölçüde bir baskı varsa hasta bastırılmış duyguları geçmişteki bir anı olarak hatırlamamakta onu halen yaşanan bir deneyim gibi algılamaktadır (Freud, 2011). Aynı dönemde Ferenczi travma hakkında çeşitli çalışmalar gerçekleştirmiştir.

Travmanın temelinde yatan duygular inkar edilmektedir. Bu durum bireyler açısından katlanılması güç bir acıya dönüşmektedir. Ferenczi’nin ifadelerine göre aniden ortaya çıkan travmatik bir yaşantının üstesinden gelmek bir çocukta yetişkinlerin sahip olabilecekleri duyguların da ortaya çıkmasını beraberinde getirmektedir (Moreno ve Coelho, 2013). Travma ile ilgili çalışmalara sonraki dönemde de devam edilmiş travma kavramına bir tanım getirilmeye çalışılmıştır.

Freud'a göre travma kavramı, harap edici çaresizlik duygularına götüren uyarılara karşı koruyucu bariyerde oluşan bir bozukluk olarak tanımlamıştır (Levine, 2017). Tıp literatürü açısından konu ele alındığında travma kavramı, hem fiziksel hem de ruhsal yaralanmalarda kullanılabilmektedir. Ruhsal ve duygusal anlamda kişinin duygusal ve bilişsel işlevlerini önemli ölçüde kısıtlayan ve gündelik yaşamına devam etmesini zorlaştıran yaralanmalar travma olarak isimlendirilmektedir. Bir başka ifadeyle ruhsal travmalar, kişilerin belli fikir, olay veya imgeler üzerinde takıntılı bir biçimde düşünceleridir (Ruppert, Ruhtaki bölümler, 2014). Gottfried Fischer ve Peter Riedesser'in ifadelerine göre travmatik deneyimler kapsamında korunmasızlık, teslim olma ve çaresizlik duyguları yer almaktadır. Bu nedenle travma, bireylerin dünyayı kavrama şekillerini önemli ölçüde sarsan tehditkar durumlarla bireysel çözüm yolları arasında aykırı bir durum oluşturan tecrübelerdir (Ruppert, Ruhtaki bölümler, 2014).

Travma tanımına psikiyatri alanında 1952 yılında ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin yayınlamış olduğu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 1. Baskısı'nda (DSM1) yer verildiği belirtilmektedir. Bu eserde travma;

“Aşağıdaki bir (veya daha çok) yoldan ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete veya tehdidine maruz kalmak: (1) travmatik olay(lar)ı doğrudan yaşamak, (2) olay(lar) diğerlerine olurken şahsen tanık olmak, (3) yakın bir aile üyesi veya yakın arkadaşın ölümü veya ölüm tehlikesi yaşaması durumunda olay(lar)ın şiddet içermesi veya kaza sonucu olması gerekir, (4) travmatik olay(lar)ın rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar veya aşırı ölçüde maruz kalmak (örneğin ilk müdahalede bulunan ve insan kalıntılarını toplayanlar, çocuk istismarının ayrıntılarına tekrar tekrar maruz kalan polis memurları) (Not: A4 kriteri elektronik medya, televizyon, film ve resimler yoluyla maruz kalmayı, bu durum iş gereği olmadıkça içermez)” (APA, 2014).

Bu tanımlarda da görüldüğü üzere bir olayın Travmatik bir etki doğurabilmesi için çeşitli koşulların varlığı gerekmektedir. Nitekim Aker (2012) de bir olayın kişilerde üç şekilde Travmatik etki oluşturabileceğini belirtmektedir. Bu üç durum; kişinin Travmatik olaya bire bir maruz kalması, kişinin bu olaya tanık olması veya kişinin sevdiği birisine karşı bu olayın söz konusu olması. Travmadan bahsedilebilmesi için bir olayın sonucunda kişinin varlığına ilişkin bir tehdidin söz konusu olması gerekmektedir. Bu tehdit karşısında birey baş edememekte, etkisiz

kalmaktadır (Şar, 2017). Yapılan tanımlara bakıldığında bireylerin yaşamlarına karşılaştıkları her olumsuz olayın onlarda bir travmaya sebep olmadığı, travmadan söz edilebilmesi için çeşitli koşulların bir arada bulunması gerektiği söylenebilir. Travmatik yaşantıya sebep olan koşullar bu şekildedir. Travmatik olaylar, bu olaylara maruz kalan kişilerin hayatlarını önemli ölçüde etkilemektedir.

Çocuk istismarı kavramı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, çocuğa karşı bir yetişkin, başka bir çocuk veya halk tarafından çocuğun fiziksel, emosyonel, gelişimlerini negatif yönde etkileyen istemli veya istemsiz davranışlar sergilenmesi şeklinde tanımlanmıştır. Bu eylemlere maruz kalan çocuk veya eylemi yapan kişiler söz konusu eylemi çocuk istismarı olarak değerlendirmeseler bile çocuk istismarı kavramı kapsamında nitelendirmenin yapılabilmesi mümkündür (Kırımsoy, Acar ve Sevük, 2013). Çocukluk çağı travmaları kişinin çocukluk dönemlerinde veya genç yetişkinlikte karşı karşıya kaldığı beş çocukluk çağı travması türlerinin tümünü kapsamaktadır. Literatür incelendiğinde genellikle bu alanda istismar kavramının kullanıldığı görülmektedir. Aktif bir biçimde 18 yaşından küçük olan her çocuğun sosyal ve zihinsel gelişimini olumsuz bir biçimde etkileyecek, duygusal ve fiziksel davranışlar, istismar olarak nitelendirilmektedir. 18 yaşından küçük olan çocukların eğitim-öğretimi, gözetimi ve yaşamını sürdürebilmesi için ihtiyaç duydukları temel ihtiyaçların giderilmemesi ise ihmal olarak tanımlanabilir (Demirkapı, 2013). Fiziksel istismarda etken bir durum söz konusuysen ihmal edilgen olma özelliği ile ön plana çıkmaktadır (Ayvaz ve Aksoy, 2004). Bir başka ifadeyle ihmali istismardan ayıran temel husus ebeveynlerin sorumluluklarını yeterli ölçüde yerine getirmemeleridir. Bu nedenle ihmal, istismara göre daha hafif bir durumdur ve daha az dikkat çekmektedir (Mennen, Kim, Sang ve Trickett, 2010).

American Professional Society on the Abuse of Children, çocuğa yönelik kötüye kullanılmayı bir sınıflandırmaya giderek incelemiş, altı temel alt başlık oluşturmuştur. Bu alt başlıklar (APSAC, 2015);

1. Çocuğun diğer çocuklardan ve etkinliklerden ayrışmasına neden olan soyutlama eylemi.

2. Çocuğa dostça yaklaşılmayan, kabul edilmediği görmezden gelme davranışı.

3. Bir olay ya da duruma karşı tehdit edilip, çocuğu ürkütme davranışı.
4. Çocuğun sağlık gereksinimlerinin ve ihtiyaç dâhilinde tedavisindeki sorumlulukların ihmal edilmesi.
5. Çocuğu yasal olmayan durumlara özendirme davranışı.
6. Çocuğun duygusal istek ve gereksinimlerini yok sayma davranışı.

Çocukluk çağında bireylerin karşılaştıkları istismarın ve ihmalin fark edilmesi oldukça güç bir durumdur. Bu durum fark edilse bile içerisinde bulunulan koşullardan ötürü kolay kolay tanı koyulamamaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründeki görevlilerin çocuk ve aile ile karşılaştıklarında dikkatli bir gözlem yapmaları gerektiği söylenebilir. Görevliler, her aileye şüpheyile yaklaşmalılardır. Aksi takdirde tanı koyulamamakta, ilerleyen dönemde daha büyük sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Sarı, Ardahan ve Öztornacı, 2016).

2.1.2 Çocukluk Çağı Travmaları Türleri

2.1.2.1 Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal

Çocuğa yönelik fiziksel istismar, tespit edilmesi en kolay istismar türüdür. Genel olarak çocuğun fiziksel istismarı, kaza dışı bir şekilde çocuğun yaralanması, fiziksel bir hasara uğraması veya yaralanma riskiyle karşı karşıya kalması şeklinde tanımlanabilir (Polat, 2012). DSÖ tarafından fiziksel istismar, bir yetişkinin, çocuğun gelişimine, yaşamına, sağlığına ve onuruna zarar verecek biçimde kasıtlı olarak fiziksel hareketlerde bulunması şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ, 2006). Uygulamada fiziksel istismar, bir aletle gerçekleşen saldırılar ve aletsiz saldırılar olarak iki gruba ayrılmakta ve bu şekilde incelenmektedir. Aletsiz saldırılarda istismar esnasında herhangi bir cisim kullanılmamaktadır. Burada yalnızca vurma ve itme gibi bir hareket söz konusudur. Aletli saldırıların ise pek çok farklı eşya ile gerçekleştirilebilmesi mümkündür. Sıklıkla kemer, kayış, sigara ve sıcak su kullanılarak aletli fiziksel istismar gerçekleştirilmektedir (Goldman ve Gargiulo, 1990). Medikal bulgular değerlendirildiğinde çocuğun vücudunda pek çok farklı travma gözlemlenebilmektedir. Özellikle yumuşak doku travmaları, iç organ travmaları ve kırık çıkıklar istismar sonucunda en sık karşılaşılan olaylardır. Bu yaralanmalar

neticesinde çocuğun ölümüne varana kadar pek çok tehlikeli sonuç ortaya çıkabilmektedir (Giardino, Hanson, Hill ve Leventhal, 2011). Fiziksel ihmal, çocuğun temel beslenme, barınma ve korunma gibi gereksinimlerinin karşılanmaması, çocuğun tıbbi bakımının ihmal edilmesidir (Dubowitz, Giardino ve Gustavson, 2000). Çocuğun yetiştiği ortamın sağlık koşulları bakımından elverişsiz olması, hijyenin sağlanmaması ve ortamdaki güvenliğin yeterli ölçüde olamaması da ihmal davranışının oluşmasına neden olmaktadır (Polat, 2012).

2.1.2.2 Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal

Duygusal istismar esasında küçük yaştaki çocuğun psikolojik olarak zedelenmesi olarak tanımlanabilir. 1983 yılında yapılan Çocuk Duygusal İstismar Toplantısında; Çocuk ve gençlerin duygusal olarak kötüye kullanılması, yapılan veya yapılması gerekli olan şeylerin ihmal edilmesiyle birlikte toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik açıdan çocuğun zarara uğratıldığı davranışlardır. Şeklinde bir tanım getirilmiş bu davranışların çocuk üzerinde etkili olabilecek kişiler tarafından uygulandığı, davranışların çocuğun bilişsel, duygusal veya fiziksel gelişimine zarar verecek nitelikte olduğu vurgulanmıştır (Belsky, 1980). Duygusal istismar, çocuk ruh ve sağlığını negatif bir biçimde etkileyen davranışlar olarak değerlendirilmektedir. Çocuğun sürekli eleştirilmesi, başkalarının yanında veya yalnızken aşağılanması, küçük düşürülmesi, tehdit edilmesi duygusal istismara örnek verilebilecek davranışlardandır⁴⁴. Dünya Sağlık Örgütü tarafından fiziksel istismarda olduğu gibi duygusal istismara da kapsayıcı bir tanım getirilmiştir. Söz konusu tanım; anne-baba veya bakım verenler erişkinler tarafından uygulanan, çocuğun bedensel veya zihinsel sağlığını; duygusal veya sosyal gelişimini olumsuz etkileyen, kısıtlanma, küçük düşürme, suçlama, tehdit, korkutma, ayrımcılığa maruz bırakma, alay etme, dışlama, suça yöneltme ve düşmanca yaklaşımda bulunma gibi fiziksel güç unsuru içermeyen eylem ya da eylemsizlikler (DSÖ, 2006) şeklindedir. Duygusal istismar çocuklara karşı tek başına da uygulanabilmektedir. Ancak genellikle duygusal istismarın fiziksel istismarla birlikte uygulandığı görülmektedir. Duygusal istismar, fiziksel istismardan farklı olarak insan vücudunda herhangi bir yara veya iz bırakmamaktadır. İnsan benliğinde oluşan yaralanmaların ise dışarıdan bakılan bir gözle tespit edilebilmesi güçtür (Polat, 2012). Duygusal istismarda bulguların saptanması da aynı şekilde zordur. İhmal davranışı ise çocuğun duygusal gereksiniminin bakım verenler

tarafından karşılanmaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Çocuğu cesaretlendirme, ona yakınlık gösterme, ona güvende olduğunu hissettirme gibi davranışlar ebeveynler ve diğeri ilgili kişiler tarafından sergilenmemekte, çocukta duygusal anlamda bir boşluk oluşmaktadır. Bu durum ihmali davranışa örnek olarak gösterilebilir (Briere ve Elliott, 2003).

2.1.2.3 Cinsel İstismar

Çocuğın, yetişkin birisi tarafından cinsel bir uyarım sağlanması amacıyla kullanılması, cinsel istismara vücut vermektedir. Genel olarak cinsel istismar davranışları gizli kalmakta, kolay kolay ortaya çıkmamaktadır. Ayrıca cinsel istismar davranışlarının üzerinin örtülmesi gerektiğı şeklinde de toplumda yaygın bir anlayış söz konusudur. Bütün bunlar cinsel istismar davranışlarının saptanmasını güçleştirmektedir. Kaynaklar ele alındığında cinsel istismar ile ilgili olarak pek çok farklı tanıma rastlanılabilmektedir. Bazı hallerde iki çocuk arasındaki eylemler de cinsel bir deneyim olarak kabul edilebilmektedir. Çocuklar arasındaki yaş farkının beş ve üzeri olduğı durumlarda bu çocuklar arasında da cinsel davranışların söz konusu olabileceğı literatürde bazı yazarlar tarafından belirtilmiştir (Polat, 2012). Cinsel istismar, çeşitli cinsel aktiviteler ile ortaya çıkabilmektedir. Bu cinsel aktiviteler, oral, anal, genital temaslara, dokunma içermeyen cinsel kötüye kullanım, röntgencilik, teşhircilik veya çocuğın pornografik içerik sağlamak şeklinde kullanılması olarak açıklanabilir (Kempe, 1978).

2.1.3 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı

Çocuklara yönelik kötü muamele, dünya genelinde pek çok farklı ülkede güncel, önemli bir sorun mahiyetindedir. Bu bağlamda çocuklara yönelik kötü muamelenin küresel bir olgu olduğı söylenebilir (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink ve IJzendoorn, 2015). Çocukluk çağında yaşanan travmaların yaygınlık düzeyi ile ilgili olarak doğru bir çıkarımda bulunmak güçtür. Öncelikle çocukluk çağındaki istismar ve ihmali vakalarının pek çoğı aile içerisinde kalmakta, dışarıdan birilerinin bundan haberi olmamaktadır. Ayrıca araştırma yöntemlerindeki farklılıklar da çocukluk dönemi travmalarının yaygınlık düzeyinin saptanmasını zorlaştırmaktadır (Ziehnert, 2016). Konuyla ilgili olarak yapılan bazı çalışmalarda travmalar geriye yönelik olarak değerlendirilmiştir (Fang ve Corso, 2007; Gomez,

2011). Bunun dışında boylamsal olarak değerlendirme yapılan çalışmalar da bulunmaktadır (Fergusson, McLeod ve Horwood, 2013; Lansford ve diğerleri, 2007). Çocukluk çağı travmalarının açıklanmasında ve bu konuda bir sınıflandırmaya gidilmesinde birbirinden farklı pek çok tanım kullanılmaktadır (Ziehnert, 2016). Tanımsal sorun aşılrsa bile bu travmaların yaygınlığı önemli bir sorun işareti olmaya devam etmektedir (Cawson, Wattam, Brooker ve Kelly, 2000). Çocuğa yönelik kötü muamele ile ilgili olarak cinsel istismar temelinde yapılan araştırmalar ağırlıklıdır (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink ve IJzendoorn, 2015). Yaygınlık oranlarındaki bilinmezlik ve değişkenlik, çocukluk dönemi cinsel istismarı hakkında getirilen tanımlamalardaki farklılıklara ve çocuktaki cinsel istismar deneyimi sonucunda oluşan kimlik sorunlarıyla ilişkilendirilebilir (Bundrick, 2004).

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı hakkında bir çıkarım yapmak zor olsa da bu konu hakkında yapılan çalışmalar bir bulgu ortaya koymaya çalışmıştır. Yetişkinler arasında bildirilen yaygınlık oranları araştırmalar arasında farklılık gösterse bile genel olarak yüksek bir seviyededir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin geriye dönük bildirimlere dayanılarak yaygınlık düzeyinin incelendiği bir çalışmada, yetişkinlerde yaygınlık oranlarının yaklaşık %30 (kadınlar için) ile %40 (erkekler için) arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada %13'lük bir grup, birden fazla kötü muameleyle karşı karşıya kaldığını belirtmiştir. Erkekler ve kadınlarda en sık karşılaşılan travma biçimi, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal istismar olmuştur. Bu belirtilen travmaların birlikte ortaya çıkmış olması da muhtemeldir (Scher, Forde, McQuaid ve Stein, 2004). Son dönemde yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 8.8'i çocukluğunda bir istismar veya bir ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Newbury ve diğerleri, 2018). Bir başka çalışmada çocukluk dönemi duygusal ihmalinin %3.4 ile %9.2 arasında değişen bir yaygınlığa sahip olduğu belirtilmiş, bu yönü itibariyle en fazla karşılaşılan çocukluk çağı kötü muamelesi olduğu ifade edilmiştir (Keyes ve diğerleri, 2012). Çocuğa yönelik kötü muamele türleri arasında yer alan duygusal istismar ve ihmal konusu, hakkında en az çalışma yapılan konu olarak bilinmektedir. Fakat yaygınlık düzeyi bakımından söz konusu türler dikkat çekmektedir (Wright, Crawford ve Castillo, 2009). Bu bulgudan yola çıkılarak duygusal istismar ve ihmalinin yaygınlığının tespit edilebilmesinin zor olduğu, çocukluk çağı duygusal istismarının sonuçlarının nispeten geri planda kaldığı söylenebilir (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Çocukluk çağı travmalarının Türkiye'deki

yaygınlık oranları ele alındığında, yüksek oranlarla karşılaşılmaktadır (Demirkapı, 2013; Oral ve diğerleri, 2001). UNICEF (2015) raporuna göre Türkiye'deki çocuk istismarı sayısı artış göstermektedir. Son dönemde yapılan bir çalışma, çocukluk çağı travmalarının %31.3 yaygınlık oranına sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Dereboy, Demirkapı, Şakiroğlu ve Öztürk, 2018). Dünya genelinde ve Türkiye'de çocuk istismarı hakkındaki veriler değerlendirildiğinde bu alanda kararlı bir mücadele gösterilmesi gerektiği, söylenebilir.

2.1.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikler

Çocukluk çağı travmalarının pek çok farklı hastalıkla bağlantısının bulunduğu ve hastalıkların oluşumunda bir tür risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (Güneş ve diğerleri, 2016). Çocukluk döneminde, cinsel istismarlar olgularında fobi, depresyon, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve cinsel işlev bozuklukları (CİB) gibi hastalıklar normale göre daha sık ortaya çıkmaktadır. Hakkında bir psikiyatrik tanı koyulmuş bir grupta yapılan çalışmada, hastaların %57'lik bölümünün geçmişlerinde fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Örsel, Karadağ ve Kahiloğulları, 2011)

Çocukluk çağı travmatik yaşantısının söz konusu olduğu kişilerden cinsel içerikli davranışlarda da belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalar, çocukları arkadaşları ile oynadıkları oyunlarda cinsel içerikli öğelerin yer aldığını ortaya koymaktadır. Bu alanda yapılan başka bir araştırma çalışmasında, çocuk ve ergenlerin yaşlılarına karşı cinsel istismar davranışlarında bulunma sebebinin kendilerinin de cinsel istismara maruz kalmaları olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak çocukların ve ergenlerin erken yaşlarda pornografik yayınları izlenmesinin ve ailede şiddetli davranışlara şahit olmasının bu duruma neden olduğu tespit edilmiştir (İbiloğlu, Atlı, Oto ve Özkan, 2018). Cinsel istismara maruz kalan bireylerin cinsel farkındalıkları çok erken yaşlarda oluşabilmektedir. Travmatik deneyimler sonucunda çocuk cinsel davranışlar sergilemeye yönelmekte, yetişkinliğinde de cinsel deneyimler esnasında zorlayıcı hareketler sergilemektedir. Ayrıca bireylerin ileride kendi çocuklarına karşı cinsel istismar davranışı sergilemeleri de normale göre daha sık karşılaşılan bir olgudur. Çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı bulunan kişilere kıyasla bu konuda herhangi bir yaşantısı olmayan kişilerde, antisosyal kişilik bozukluğu, saldırganlık, dürtüsellik, duygusal dengenin olmaması,

kişilerarası ilişkilerde zorluk, antisosyal davranış ve kendine zarar verme eğilimi iki kat daha az görülmektedir (Feerick ve Snow, 2005). Çocukluk çağı travmatik yaşantısı olan bireyler psikiyatrik hastalıklara daha yatkın olmakta, bu konuda daha fazla duyarlılık geliştirmektedirler (Yenilmez ve diğerleri, 2019). Çocukluk çağı cinsel istismarında, klinik özellikler çocuğun istismarcı ile olan yakınlığı, istismarın süresi, şekli, istismarda şiddetin varlığı, çocuğun fiziksel zarar görmesi, yaşına ve gelişim durumuna bağlı olarak farklılık arz etmektedir. Bunun yanında kişinin travma ile başa çıkabilmesinde, aile ve çevresi tarafından gördüğü destek etkili bir husustur (Sağlam ve Soylu, 2019).

Çocukluk çağı travması travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, dissosiyatif bozukluklar ve sınır kişilik bozukluğu gibi çeşitli sendromlarla ilişkilidir (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). Çocukluk çağı travmaları, bireylerin ruh ve fiziksel sağlıkları üzerinde uzun vadeli sağlık sonuçları açısından risk faktörlerini temsil etmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış bireyler, yetişkin hale geldiklerini kendi çocuklarını da gereği gibi koruyamamaktadırlar. Çocukluk çağında yaşanacak cinsel bir istismar, kişinin hem kendisi ile hem de çevresi ile kurduğu iletişimi ve etkileşimi oldukça olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Buna ek olarak söz konusu kişilerde yaşıtlarına kıyasla cinsellik konusunda taşkın birtakım davranışlar gözlemlenebilmektedir. Erkek çocukların eşcinsel oldukları ile ilgili düşünceye sahip olmaları da sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Kızlarda ise bu olay cinsel çekiciliğin kaybolduğu düşüncesine neden olmaktadır. Çocukluk çağında yaşanacak cinsel istismarın, kişilerin hayatlarını oldukça uzun vadeli bir biçimde etkilediği, ilerleyen dönemde, cinsel isteksizlik ve çeşitli cinsel işlev bozukluklarının görüldüğü söylenebilir (Ateş ve Eroğlu, 2017).

2.1.5 Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişik Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Çocukluk çağı travmatik yaşantısı olan bireylerin çeşitli psikiyatrik bozukluklara sahip oldukları tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travması yaşantısı olan insanlarda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (Demirci, 2016), dürtüsellik, intihar (Yağcı, Avcı, Taşdelen ve Kıvrak, 2018), bipolar bozukluk (Nehir, Irmak, Demet ve Toksöz, 2018), depresyon ve anksiyete (Çelik ve Hoccoğlu, 2018), risk alma davranışı (Eker ve Yılmaz, 2016), unipolar depresyon (Yıldırım, Küçükgöncü, Beştepe ve Yıldırım, 2014), yeme ve kişilik bozuklukları (Karaoğlu, 2019), travma sonrası stres

bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, alkol kullanımı, sınırda kişilik bozukluğu, bruksizm (Derin ve Öztürk, 2018), akademik başarısızlık, erken hamilelik, şiddete uğrama, daha fazla sağlık harcaması (Kıvrak ve diğerleri, 2015), yineleyen tip ve ilk atak majör depresyon (Bülbül ve diğerleri, 2013) gibi rahatsızlıklar görülebilmektedir.

2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, kişinin vücut bütünlüğü üzerinde tehdit oluşturan, kişiyi çaresiz bırakan, başa çıkılabilir düzeyin üzerindeki travmalar sonucunda ortaya çıkan ve süreklilik eğilimi gösteren bir ruhsal bozukluk olarak ifade edilebilir. Bu durumun temel belirtileri arasında travma sonrası ortaya çıkan yeniden yaşama, ürkme, kaçınma ve buna benzer aşırı uyarılmışlık göstergeleri yer almaktadır. Söz konusu belirtiler neticesinde kişinin sosyal ve mesleki fonksiyonlarında çeşitli bozulmalar yaşanmaktadır (APA, 2014). DSM-5'te TSSB'nin Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu olarak yer aldığı belirtilmektedir. Bireyin TSSB tanısı alabilmesi için söz konusu belirtilerin en az bir ay boyunca devam etmesi gerekmektedir. Buna ek olarak bu işlev bozukluğunun klinik anlamda çeşitli sorunlara sebebiyet vermesi de gerekmektedir. Söz konusu belirtilerin 1-3 ay arasında olması halinde bu durum akut olarak isimlendirilirken 3 ay sonrasında bir kronik vaka hali söz konusu olmaktadır. 6 aydan sonra ortaya çıkan tipler ise gecikmeli başlangıçlı olarak isimlendirilmektedir (Bilgiç, 2011).

Ruhsal travma ifadesi, kişinin ruhsal bütünlüğünü farklı şekillerde sarsan, inciten ve yaralayan olayları açıklamak için kullanılmaktadır. Psikanalitik alanda travma, benliğin baş edemeyeceği ağırlıktaki iç ve dış uyaranlar topluluğu ile karşı karşıya kalması şeklinde açıklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Psikolojik Travmada kişi, kendi güçsüzlüğü ile yüzleşmektedir. Travmatik yaşantı ile olağan olumsuz yaşantı arasındaki temel farklılık, kişinin hayatına veya vücut bütünlüğüne yönelik tehlikelerin söz konusu olmasıdır (Türksoy, 2000). Travma üç temel başlık altında incelenebilir (APA, 2014):

1. İnsanlar tarafından bilerek oluşturulan doğrudan veya dolaylı örseleyici olaylarla karşı karşıya kalma (savaş, işkence, terör eylemleri, tecavüz, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vb.).

2. İnsanlar tarafından bir kaza sonucunda oluşan olaylarla karşı karşıya kalma (trafik kazaları, iş kazaları, gemi, uçak, tren kazaları, yangınlar vb.).

3. Doğal afetler ve diğer felaketler (deprem, sel, heyelan, tsunami, çığ, orman yangınları vb.).

İnsanların bilerek oluşturdukları travmalara maruz kalma biçimleri de şu şekilde sıralanabilir (Şahin D. , 1995):

1. Siyasi nedenlerle işkence veya kötü muamele görenler.
2. Siyasi olmayan nedenlerle işkence ya da kötü muamele görenler.
3. Savaş travmasına maruz kalanlar.
4. Aile içi şiddete maruz kalanlar.
5. Cinsel saldırı, taciz ve tecavüze uğrayanlar.

2.2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirti ve Bulguları

2.2.2.1 Genel Görünüm ve Davranış

Travmatik durumun insan duyguları üzerinde pek çok farklı etkisi bulunmaktadır. Travmatik olaylar neticesinde bireylerde duygular daha karmaşık bir hal almakta, duyarlılık artmaktadır. Fischer ve Riedesser'in tanımına göre umutsuzluk duygusu, güçsüzlük, kontrolü kaybetme ve vazgeçme gibi duyguları da içerebilmektedir. Travmanın insan bedeninde, ruhunda ve aklında kalıcı etkiler bırakabildiği söylenebilir. Kaygı ve stresli durumlarda ortaya çıkan semptomlardan kurtulmak mümkündür. Ancak travmatik olayların sonuçları hiçbir zaman tamamen ortadan kaybolmamaktadır (Ruppert, 2011).

2.2.2.2 Konuşma ve İlişki Kurma

TSSB, hemen hemen her insan için duygusal, sosyal, bilişsel ve davranışsal bozuklukları bünyesinde barındırmaktadır. Söz konusu sürecin kronikleşmesi halinde psikososyal anlamda bireyler açısından çeşitli problemler baş gösterebilir (Aker, 2000; Oflaz, 2007).

2.2.2.3 Duygulanım

TSSB çocukta içsel algıda farklılıklar ve duygulanımda değişikliklere neden olmaktadır (Davis ve Petretic, 2000). Korku, umutsuzluk, kaygı ve dehşet duygularını yaşadığını söylemişlerdir. Brewin, Andrews ve Rose (2000) yaptıkları çalışmalarda, korku, kaygı, umutsuzluk ve dehşet gibi duyguların ilerleyen dönemlerde TSSB'ye yol açabildiğini belirtmişlerdir. Bunun yanında çalışmada örneklem olarak ele alınan bazı kişiler travma sırasında bu belirtilen duyguların yerine utanma ve öfke gibi duygulara kapılmışlardır. Andrews ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada, şiddete maruz kalmış travma mağdurlarının utanma hislerinin TSSB'yi şekillendiren bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında travma sırasında utanma duygusuna kapılmış kişilerin iyileşme süreçlerinin de daha uzun olduğu saptanmıştır (Brewin ve Holmes, 2003).

2.2.2.4 Bilişsel Yetiler

Travmatik bir olaya maruz kalmış kişilerde olumsuz bilişsel süreçler yaşandığı gözlemlenmekte ve çarpıtılmış düşüncelerin varlığı dikkat çekmektedir. Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalar, zedeleyici Travmatik olaylarla bilişsel çarpıtmalar arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Daniels ve diğerleri, 2011; Warda ve Bryant, 1998). Kişilerdeki depresyon ve çaresizlik hissi ile de bilişsel çarpıtmalar bağlantılı kavramlardır (Ağır, 2007; Cerit ve Coşkun, 2012). Janoff-Bulman (1985) tarafından ortaya koyulan Cognitive Appraisal Theory (bilişsel değerlendirme kuramı) TSSB sonucunda kişinin kendisi, çevresi ve genel olarak dünya ile ilgili temel inançlarında ciddi sarsılmaların yaşandığını ifade etmektedir. Bireyler sahip oldukları temel inançlarla geleceği planlamakta, ileride karşılaşılabilecek problemlere çözümler getirmektedir. Travmatik bir olay sonrasında kişinin öngörülerinde bir sarsılma yaşanmakta, temel inançlar ile yaşantı birbirleriyle çatışır hale gelmektedir. Bir diğer

çalışmada ise TSSB'den önce katı temel inançlara sahip kişilerin TSSB'nin ardından yıkıcı yaşantılara sahip oldukları ortaya koyulmuştur (Warda ve Bryant, 1998). Bu bilgilerden yola çıkarak kuramında bir değişiklik yapan Janoff-Bulman (1985), travma öncesinde temel inanışları daha pozitif olan kişilerin TSSB geliştirme risklerinin yüksek seviyede olduğunu, ayrıca bu kişilerin daha hızlı iyileşebileceklerini travma öncesinde negatif inanışları olan kişilerin TSSB geliştirme risklerinin ise daha yüksek olduğunu belirtmiştir

2.2.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

TSSB'de hayat boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 civarındadır (Breslau ve Davis, Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity, 1992) (106). 1995 yılında yapılan bir çalışmada; TSSB'ye eşlik eden hastalıkları, erkeklerde %52 alkolizm, %48 majör depresyon, %43 davranım bozukluğu, %35 ilaç kötüye kullanımı, %31 basit fobi, %27 sosyal fobi; kadınlarda ise %49 majör depresyon, %30 alkolizm, %27 ilaç kötüye kullanımı, %29 basit fobi, %28 sosyal fobi, %23 distimi olarak sıralamıştır. 1997'de yapılan başka bir çalışmada ise %35,5 majör depresyon, %29,0 fobik bozukluk, %12,5 OKB, %6,4 panik bozukluk ve %6,4 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı belirlenmiştir (Doruk ve Aydın, 1993).

2.3 Psikolojik Dayanıklılık

2.3.1 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Bireylerin yaşadıkları travma ile birlikte ruh sağlıklarında geri dönüşü mümkün olmayan hasarlar ortaya çıkabilmektedir. Kişiler, travma sonrasında kaygı, depresyon ve endişe gibi hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalabilmektedirler. Buna benzer durumlardan kurtulmak çoğu zaman arzu edildiği kadar kolay olmamaktadır. Bazı kişilerde ise travma önemli bir probleme neden olmamakta, kişi bu olaydan fazla etkilenmemektedir. Bireylerin içerisinde bulundukları olumsuz ruh halinden kısa süre içerisinde kurtulabilmeleri de mümkündür. Bu ikinci grubu ifade etmek için pozitif psikolojik yaklaşımında, psikolojik dayanıklılık kavramı kullanılmaktadır (Doğan, 2015). Psikolojik dayanıklılık, elli yıldan fazla bir süredir gelişimsel psikopatolojistler başta olmak üzere farklı alanda bilim insanları tarafından incelenmektedir. Psikolojik

dayanıklılık, bireyin fiziksel, duygusal ve manevi anlamda memnuniyet düzeyinin artmasını sağlayan gelişimsel bir süreçtir (Allen, Haley, Harris, Fowler ve Pruthi, 2011).

Psikolojik dayanıklılık, iki sebepten dolayı araştırılması, üzerinde durulması önemli bir konu olmuştur. Bunlardan birincisi akıl sağlığının korunması veya kaybedildiğinde geri kazanılması için yapılması gerekenlerin neler olduğunun bilinmesidir. İkincisi; stres ve olumsuz durumlarla başa çıkabilme seviyesinin tespit edilmesi ve buna paralel çalışan istihdamının sağlanmasıdır (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge ve Hjemdal, 2005). Psikolojik dayanıklılık kavramının kökenine bakıldığında, Latincedeki resiliere sözcüğünden kaynaklandığı görülmektedir. Resilient; esnekliği ifade etmek üzere kullanılan bir kavramdır (Hunter ve Chandler, 1999). Psikolojik dayanıklılık, zor durumlar karşısında kişinin gösterdiği başa çıkabilme yeteneğini ifade etmektedir. Psikolojik dayanıklılık, sağlıklı gelişime olumlu bir anlamda etki etmekte, kötü bir olay karşısında nasıl mücadele edilmesi gerektiğini açıklamaktadır (Masten, Best ve Garmezy, Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity, 1990). Psikolojik dayanıklılık kavramı incelenirken üç temel özelliğin üzerinde durulması gerekmektedir. Bunlardan ilki, yaşanan olumsuz durumlara rağmen bunlarla başa çıkabilen, beklenilenin üzerine ilerleme kaydeden kişinin sahip olduğu şahsi özelliklerdir. İkinci özellik ise hayat içerisinde gergin ve stresli durumlar karşısında kişinin çabuk alışabilmesidir. Üçüncü özellik ise travmalarla ilgilidir. Travmaların etkilerinin ortadan kaldırılmasında etkili olan kişisel özelliklerdir (Gürkan, 2006).

Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge ve Hjemdal (2005), psikolojik dayanıklılığı ilk zamanlarda kişisel bir özellik olarak değerlendirmişlerdir. Buna göre kişilerin doğuştan gelen bazı özelliklere sahip oldukları kabul edilmiştir. Zamanla psikolojik dayanıklılık, öğrenilebilen bir olgu olarak görülmeye başlamış, psikolojik dayanıklılığın geliştirilebileceği anlayışı yerleşmiştir. Bu genel kabulün sonrasında ise psikolojik dayanıklılığın tıp alanında bir müdahale yöntemi olarak görülmeye başlandığı söylenebilir (Sakarya ve Güneş). Psikolojik dayanıklılık, kimi araştırmacılar tarafından kişilik özelliği olarak değerlendirilmektedir. Bazı araştırmacılar ise bunun geliştirilebilir, sonradan kazanılan bir özellik olduğunu kabul etmişlerdir (Kaba ve Keklik, 2016). Psikolojik dayanıklılık da diğer pek çok insani

işlevsellik unsuru gibi karmaşık bir yapıdadır. Bu bağlamda kavramsal bir çözümleme yapmanın oldukça güç olduğu söylenebilir. Örneğin, Connor ve Davidson (2003) psikolojik dayanıklılığın farklı yaş gruplarındaki kadınların ve erkeklerin kültürel yapılarına göre farklı olaylar karşısında farklı biçimlerde ortaya koydukları çok boyutlu bir özellik olduğunu ifade etmişlerdir.

Psikolojik dayanıklılık hakkında yapılan araştırmaların bazılarında, kişilerin genetik özelliklerinden kaynaklı olarak daha dayanıklı olabileceklerinin vurgulandığı görülmektedir (Block ve Block, 1980). Psikolojik dayanıklılık, stresin negatif yönlerini ortadan kaldırmakta ve uyum sürecine destek olmakta bir kişilik özelliği olarak kabul görmektedir (Jacelon, 1997). Bütün bu belirtilenlerden hareketle, psikolojik dayanıklılığın kişilerin gerçekler karşısında algılama yoluyla fark ettikleri, öğrenme ve gelişim süreci içerisinde oluşan bir olgu olduğu söylenebilir (Masten, Best ve Garnezy, 1990).

Yıldırım'ın (Yıldırım, 2014) aktardığı şekliyle psikolojik dayanıklılığın temel yapısı bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri şeklinde üç temel faktörden oluşmaktadır:

1. Ruhsal bozukluklar, düşük zekâ seviyesi, özgüven eksikliği, genetik anomaliler, başa çıkma mekanizmalarındaki yetersizlik, madde kullanımı ve sosyal değerlerin yeteri kadar benimsenmemesi gibi nitelikler bireysel risk faktörlerini,

2. Anne ve/veya babanın olmayışı (boşanma, vefat, terk... vb.), zayıf aile bağları, aile içi şiddet, ebeveynlerin psikolojik sağlığının yerinde olmaması gibi nitelikler ailesel risk faktörlerini,

3. İhmal ve/veya istismara (bedensel, duygusal, sosyal) uğrama, sosyo – ekonomik düzeyin düşük olması, şiddete, doğal veya sosyal afetlere maruz kalma gibi nitelikler çevresel risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Dayanıklılık, kişinin psikolojik problemlerinin azaltılmasını sağlayan veya kişinin iyi hissetmesini sağlayan bireysel bir nitelik olarak nitelendirilmektedir (Harrisson, Loiselle, Duquette ve Semenik, 2002). Bu nedenle psikolojik dayanıklılık kavramı, varoluşçuluk kavramına temellendirilmektedir.

Psikolojik dayanıklılık, stresin olumsuz etkilerinin azaltılmasına veya ortadan kaldırılmasına neden olmakta, ayrıca hastalıklara yol açan gerginlik durumuna de engel olmaktadır. Buradan yola çıkılarak, psikolojik dayanıklılık seviyesinin yüksek olduğu kişilerin gündelik işlerinde daha fazla kontrolcü davrandıkları söylenebilir. Ani değişimler bu kişiler için kendilerini geliştirmeleri için bir fırsattır. Psikolojik dayanıklılık düzeyinin düşük olduğu kişiler ise değişim karşısında dirençli bireylerdir. Bu kişilerin genel olarak uzaklaşma davranışı içerisinde bulundukları söylenebilir (Klag ve Bradley, 2004; Maddi ve Khoshaba, 1994).

Norfolk (1989), stresi doğru bir biçimde yönetebilen ve hayatın beraberinde getirdiği olumsuzlukları yılmadan aşabilen kişileri dayanıklı bireyler olarak kabul etmektedir. Buna göre bu kişiler kendilerine sağlanan imkânlardan daha fazla yararlanarak daha neşeli, daha enerjik ve çok daha nitelikli bir yaşam sürebileceklerdir. Kişinin stres karşısında mücadele edebilmesini sağlayan durum psikolojik dayanıklılıktır (Judkins ve Rind, 2005; Lambert ve Lambert, 1999). Bu yönüyle psikolojik dayanıklılık seviyesi yüksek olan kişiler, gruplara daha fazla bağlılık göstermekte, kolaylıkla gruptan ayrılamamaktadırlar. Terzi (2005), psikolojik dayanıklılığı kişilerin stresle baş edebilmelerini sağlayan bir kişilik özelliği olarak açıklamıştır. Psikolojik dayanıklılık seviyesinin yeterli olmaması halinde kişilerde yoğun bir biçimde stres ve kaygı görülebilmekte bu da çeşitli hastalıklara yol açabilmektedir. Ayrıca bu durum bireylerin iş verimliliğini ve etkinliklerini de önemli ölçüde etkilemektedir (Norfolk, 1989). Stres ile doğru bir biçimde mücadele edilmezse üretkenlik azalmaktadır. Kişilerin hayattan aldıkları zevk de stres düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Stres seviyesi yüksek bireyler hayattan zevk almamakta ve kişisel ilişkilerden mümkün olduğunca kaçınmaktadırlar (Baltaş ve Baltaş, 2000).

Öte yandan Shaikh ve Kauppi (2010) tarafından psikolojik dayanıklılık kavramına yönelik olarak yapılan açıklamalar iki gruba ayrılmıştır. Bunlar psikoloji akımı çerçevesinde üretilenler ve sosyoloji çerçevesinde üretilenler şeklinde sıralanmaktadır. Olumlu psikoloji yaklaşımı kapsamında yapılan açıklamalar dayanıklılık kavramını;

- Kararlı olma, öz disipline saygılı olma, planlı hareket etme, yaşamı anlamlı bulma ve kendiyle barışık olma gibi birbiriyle etkileşim halinde olan boyutları kapsamına dahil eden bir kişilik özelliği (Wagnild ve Young, 1993),

- Yetersiz sosyoekonomik durum ve düşük doğum ağırlığı gibi nesnel ya da öznel risk durumlarında bile bireyin uyum gösterebilme, olumlu sonuçlar elde edebilme yeteneği (Masten, Best ve Garnezy, 1990),

- Zihinsel işlevlerin etkinliği, kuvvetli aile bağları, yaşanan olumsuz olayları telafi edebilecek okula devam etme gibi psikososyal; sinirsel plastisite, nöroendokrin ve bağışıklık sisteminin işlevselliği ile genetik yatkınlık gibi olumlu biyolojik faktörlerin varlığı çerçevesinde değerlendirdikleri görülmektedir (Curtis ve Cicchetti, 2003).

Sosyal araştırmalar kapsamında yapılan açıklamalarda bunun gibi dayanıklılık kavramını, kişinin karşılaştığı travma veya zorlukları atlatabilmesini sağlayan yetkin bir işlev şeklinde açıklanmaktadır. Bu bağlamda sosyal bilimciler psikolojik dayanıklılığı (Shaikh ve Kauppi, 2010):

- Kişinin hedefi doğrultusunda özerk ve yaratıcı seçimler yapabilme ve yaptığı seçimleri uygulamaya koyma becerisi,

- Kişinin varlığını devam ettirebilmek için toplumda kabul görmüş olan eylemlerde bulunması şeklinde açıklamaktadır.

2.3.2 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

2.3.2.1 Risk Faktörleri

Bir canlının zarar görme durumuyla karşı karşıya olduğunu düşünmesi, risk anlamına gelmektedir. Risk faktörleri, bir sorunun devam etmesine sebep olacak etkiler olarak açıklanabilir (Gürkan, 2006). Bazı bilim insanları tarafından kişinin ve çevresinin özelliklerine göre risk kavramında bir sınıflandırmaya başvurulmuştur. Risk unsurları ve bunların yoğunluğu, risk unsurlarının doğasının yanında psikolojik dayanıklılık tanımları açısından da önem taşımaktadır. Bu unsurlar; bireye ilişkin risk unsurları, ailevi risk unsurları ve toplumla alakalı risk unsurları şeklinde ifade edilebilir.

2.3.2.2 Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, riskin olası etkilerini minimum düzeye indirmekte, uyum sağlamayı ve kişinin uygunluk seviyesini artırmaktadır (Masten, 1994). Kişide ve kişinin çevresinde koruyucu unsurların yer alması, hem sorun oluşmadan önüne geçilebilmesini sağlamakta hem de mevcut bir sorunun olumsuz etkilerini minimum düzeye indirmektedir. Böylece bireyin hem fiziksel hem de ruhsal anlamda daha iyi olmasına destek olunmaktadır. Koruyucu faktörler, psikolojik dayanıklılık bağlamında gerçekleştirilen çalışmalarda içsel faktörler ve dışsal faktörler olarak ele alınmaktadır.

2.3.2.3 Olumlu Sonuçlar

Olumlu sonuçlar, iç ve dış koruyucu etkenler vasıtasıyla risk faktörlerinin üstesinden gelinmesi ile birlikte elde edilen sonuçları ifade etmektedir. Olumlu sonuçlara örnek olarak, kişinin kendi kişisel gelişimini gerçekleştirmesi, çevresiyle pozitif bir etkileşim kurması, ruhsal sorunların görülmemesi, eğitim hayatının mutlu bir şekilde sürdürülmesi, kurallara uyulması, kötü düşüncelerden uzak durulması, kendisini sevmesi ve benimsemesi verilebilir. Bundan dolayı olumlu sonuçların yaşamdan zevk alınması, kişinin risk faktörlerini ortadan kaldırarak kendisinde ve çevresinde mevcut koruyucu unsurları dikkate alması, olarak düşünülmesi mümkündür.

2.3.3 Psikolojik Dayanıklılığın Alt Boyutları

2.3.3.1 Bağlanma

Çocuk ile bakım veren kişi arasındaki, çocuğun duygusal ve psikososyal gelişimine etki eden kuvvetli bağa, bağlanma adı verilmektedir. Söz konusu bağ güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma şeklinde iki temel başlık altında ele alınabilir. Güvenli bağlanmada çocuk ilgili kişiye güvenmekte ve sürekli onunla birlikte olmak istemektedir. Güvenli bağlanan çocuk, yaşamının ilerleyen dönemlerinde de sevgi ve saygı çerçevesinde ilişkilerini geliştirmekte, tutarlı davranışlar sergilemektedir. Çocuğun yalnızca fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması ve ihtiyacı olduğunda onunla ilgilenilmesi, çocukla sağlıklı ve kuvvetli bir bağ olduğunu göstermeyecektir. Buna benzer bir biçimde çocuğun ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi, çocuğun bağ kurduğu kişiden korkması, çocuk ve ona bakan kişi arasında güvensiz bir bağlanma

olduğu anlamına gelmektedir (Demir, 2018). Çocukların yetişkinlik dönemlerinde karşılaşılabilecekleri problemlerin temelinde yatan şey bağlanma problemidir. Bağlanma sürecindeki davranış biçiminin psikolojik dayanıklılık üzerinde etkisinin bulunduğu kabul edilmektedir. Psikolojik dayanıklılık bireylerin karşılaştıkları olumsuzluklara uyum sağlayabilmeleri veya o sorunları çözebilmeleri son derece önemlidir (Aktan ve Önder, 2018).

2.3.3.2 Öz-düzenleme

Kişinin sahip olduğu yetenek ve ilgilerini davranışlarıyla ortaya koyması, Bandura tarafından belirtilen öz-düzenleme kapasitesi anlamına gelmektedir. Öz-düzenlemenin, bir hedefe yönelik oluşturulan stratejik planlama ve yapılan bu planın denetimi şeklinde tanımlanabilmesi mümkündür. Öz-düzenleme çocuğun geliştirebileceği becerilerin başında gelmektedir. Bahsi geçen beceri öğrenilen bir beceridir. Bu nedenle çocuğun cesaretinin kırılmaması için bir güdülemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Çocuğun öz-düzenleme becerisi geliştiğinde, hayatı boyunca karşı karşıya kalabileceği olumsuz olaylardan kendinden emin olacaktır. Bu alanda yapılan bir araştırmada çocukların motivasyona ve başarmaya isteğine sahip olabilmeleri için dikkat, güven, çekingenlik ve odaklanmanın gerekli olduğu tespit edilmiştir (Çiltaş, 2011).

2.3.3.3 Yardım Alabilme

Yardım alabilme, çocuğun karşısına çıkar zorlukları ortadan kaldırmak için yararlandığı bir sosyal etkileşim süreci, problemlerin çözümü noktasında öğrendiği bir strateji olarak açıklanabilir. Yardım alma davranışını kazanmış olan çocuklar, zorluklar karşısında pes etmemekte, çözüm için çevresiyle etkileşim kurmaktadır. Bu durum çocukları psikolojik anlamda daha dayanıklı hale de getirmektedir. Karmaşık olarak görünen bir ortamın çocuğa uygun olacak biçimde düzenlenmesi, yardım alma süreci içerisinde çocuğun kendisini geliştirmesini de sağlayacaktır (Aktan ve Önder, 2018). Yardıma ihtiyacı olan bir çocuğa destek olunması gerekmektedir. Fakat çocuğa sadece ihtiyaç duyduğu destek sağlanmalı ve gereksiz yardımlardan kaçınılmalıdır. Bu noktada önemli olanın çocuğa fırsat vermektir (Montessori Dünyası, 2016).

2.3.3.4 Doyum Erteleleyebilme

Marshmallow Testi (hazzı erteleme becerisi) ilk kez Columbia Üniversitesi'nde Walter Mischel tarafından 4-6 yaş grubundaki çocukları duygu ve davranışlarını kontrol etme ve süreç yönetimi ile ilgili becerilerinin saptanması amacıyla kullanılmıştır. Marshmallow Testi (hazzı erteleme becerisi) çocuğun kendi davranışlarını kontrol edebilmesi ve süreci yönetebilmesi açısından son derece önemlidir. Bu süreç içerisinde hem mantık hem de duygu kullanımı aktif olmaktadır. *Şimdi burada bir çikolata var. Benim dışarıda biraz işim var eğer ben gidip dönene kadar beklersen sana bir çikolata daha vereceğim. Ama beni beklemeden bunu yersen sadece 1 çikolata alacaksın. Ve zili çalıp bana haber vereceksin. Bir çikolata ile başlayan sevimli bir test. Çikolatanın paketini özenle açıp çikolatayı yedikten sonra çikolata varmış gibi paketlemek, çikolatanın ucundan tadına bakmak ya da çikolatanın başında beklemek mi?* (Davranış Bilimleri Enstitüsü, 2019). Bu testte çocuk beklerse bir çikolata daha kazanmanın mantıklı olup olmadığına karar vermesi beklenir (TEDMEM, 2017). Çikolatayı yememek için başka şeylerle uğraşan, oyun oynayan, şarkı söyleyen veya uyumak isteyen çocukların kaçınma davranışı sergiledikleri söylenebilir. Doyum erteleme gerektiğine kendisi karar veren çocuğun daha kolay sosyalleşebildiği ve ileride önemli bireysel farklılıklar taşıyacağı sonucuna ulaşılmıştır (Aktan ve Önder, 2018). 2009 yılında gerçekleştirilen bir araştırma, çocukluk döneminde doyum erteleyebilen kişilerin yetişkin hale geldiklerinde daha başarılı oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Hazzı erteleyebilen kişiler problem çözme noktasında daha başarılı, olmakta, yaratıcı düşünceler ortaya koyabilmektedirler. Hazzı erteleme alışkanlığı olmayan kişiler ise hem akademik anlamda başarısız olmakta hem de yaşamın beraberinde getirdiği zorluklarla mücadele etmekte sorun yapmaktadırlar (Sarı M. , 2017).

2.3.3.5 Girişkenlik ve Özgüven

Kendi haklarının bilincinde olan ve bunları savunabilen kişiler girişkenlik gösterebilirler. Özgüven, kişinin kendisini özel hissetme yargısıdır. Özgüvenin hem olumlu hem de olumsuz bir boyutu bulunmaktadır. Özgüven seviyesinin yüksek veya düşük olması, bireyin vereceği tepkiler üzerinde direkt olarak etkili olmaktadır (Aktan ve Önder, 2018). Özgüven kişide doğum olayıyla beraber gelişmeye başlamaktadır. Özgüvenin yaşam boyu gelişen bir özellik olduğu söylenebilir. Özgüven, kişileri

psikolojik anlamda dayanıklı kılan, hayata bağlayan etmenlerdendir. Özgüvenin iç ve dış şeklinde iki farklı bileşeninin bulunduğu söylenebilir. Kişinin duygu, düşünce ve karakteri ile birlikte kendisini sevmesi iç özgüvene vücut verirken bu duygu, düşünce ve karakterin dışa yansıtılması dış özgüveni oluşturmaktadır (Güenalp, 2007). Özgüven, bireylerin kendilerini yorumlamaları neticesinde ortaya çıkan olumlu ve olumsuz sonuçlar bütünüdür. Özgüvenin değişken bir yapı arz ettiği söylenebilir. Fakat geçici nitelikteki tutumlar ve bireysel özelliklerin özgüven üzerinde ciddi bir etki bırakabildiği söylenemeyecektir. Özgüven bir kişilik özelliğidir. Ancak buna rağmen kişilerin davranışlarını ve olaylara karşı verdikleri tepkileri önemli ölçüde etkilemektedir (Aktan ve Önder, 2018).

2.3.3.6 Sosyal Yeterlilik

Çocuğun çevresi ile kurmak istediği bağ, onun sosyalleşme ihtiyacını göstermektedir (Montessori Dünyası, 2016). Sosyal yetkinlik yapısı itibarıyla öznel bir konudur. Bu nedenle hakkında pek çok farklı tanımlamanın yapılabilmesi mümkündür. Farklı araştırmacılar tarafından yapılan bu tanımlar ele alındığında, sosyal yetkinlik düzeyi yüksek seviyede olan kişilerin toplum içerisinde diğer bireylerle daha kolay iletişim kurduklarını, toplumsal faaliyetlere daha fazla ilgi duyduklarını ortaya koymaktadır (Aktan ve Önder, 2018). Sosyal beceriler kavramı, çocuğun öğrendiği davranışları toplum içerisinde sergilemesi şeklinde tanımlanabilir. Sosyal yeterlilik ise öğrenilen davranışların sorumlulukla birlikte gerektiği biçimde değerlendirilmesidir. Söz konusu değerlendirmeler sosyal becerileri kapsamaktadır. Sosyal yeterlilik çocuğun uyumsal davranışları ve sosyal becerileri şeklinde bir incelemeye tabi tutulmaktadır. Akfırat (2006) sosyal becerileri 4 temel başlık altında ele almıştır. Bunlar;

- Bireyin kişisel özelliklerini temel alarak oluşturduğu davranışlar
- Toplum etkisi ile sergilenen davranışlar
- Akran ilişkisi içerisinde oluşturduğu davranışlar
- İşlevsel Davranışlar.

2.3.3.7 Duygu Kontrolü

Duygular Campos'ın tanımı çerçevesinde, birey ve dış çevre arasında birey için önem arz eden ilişkiler kurma, sürdürme ya da sonlandırma süreci olarak ifade edilmektedir. Kişilerin duyguları pek çok farklı faktörden etkilenebilmekte, zamanla değişiklik gösterebilmektedir. Söz konusu değişim, duygunun türü, miktarı ve süresi yönünden ortaya çıkabilmektedir. Çocuklar psikolojik dayanıklılığa sahip olduklarında, duygularında meydana gelen değişimi kontrol edebilmektedirler (Aktan ve Önder, 2018).

2.3.3.8 Akran İlişkileri

Akran ilişkileri, özellikle okul öncesi dönemde çocuğun hayatına bir süreklilik kazandırılması ve çocuğun gelişimine destek olunması bakımından önem taşımaktadır. Farklı dönemlerdeki çocuklar arasında benzer hayat görüşlerine sahip olunması, sosyal ilişkilerin sürekliliği açısından etkili bir husustur. Akran ilişkisi ve arkadaşlık kavramlarının birbirlerinin yerine kullanılabildikleri görülmektedir. Arkadaşlık, akran ilişkisini etkilemektedir. Arkadaşlığı, çocuklar arasındaki duygusal bağ meydana getirmektedir. Farklı yaş kategorilerinde yer alan çocukların birbirleriyle etkileşim içerisine girmeleri ise akran ilişkisi çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu bağlamda akran desteği, aynı veya farklı yaş gruplarındaki çocuklar arasında gerçekleştirilen düzenli etkinliklerdir. Okul öncesi dönemde oluşan sosyal ilişkiler, çocuğun yaşamının ilerleyen dönemlerinde de etkili olmakta, çocuğun sosyal-duygusal uyumu etkileyebilmektedir (Gülay, 2009). Kendi yaş grubundaki çocuklarla iletişim kurmakta herhangi bir zorluk yaşamayan çocuklar, sosyal yeterlilik alanında başarılı olacaklardır. Okul öncesi dönemde akran ilişkilerini şekillendiren başlıca faktörler, çocuğun kişisel özellikleri ve arkadaş ortamıdır.

2.3.3.9 Sosyal Problem Çözme Becerileri

Problem, kişinin hedefine ulaşma süreci içerisinde karşısına çıkan güçlükler şeklinde tanımlanabilir. Problemler, stratejik bir planlama vasıtasıyla çözüme kavuşturulabilecektir. Bireyler problem çözme becerilerini doğru bir şekilde kullanabildikleri zaman kararlı, planlı ve yüksek motivasyona sahip bireyler olmaktadır. Empati becerisine sahip olan çocuklar, iletişimi daha kolay ve daha

etkili bir şekilde kurdukları için sosyal problem çözme becerileri gelişecektir (Genç ve Kalafat, 2010). Akran ilişkileri, çocukların sosyal çevrelerindeki davranışları ve aktif rol almaları üzerinde etkili olmaktadır. Çocukların sergiledikleri davranışların sürekliliği ve değişkenliği, akranlarıyla kurdukları ilişkiye göre düzenlenmektedir.

Öz-düzenleme becerisi sosyal problem çözme becerilerinde önemli bir faktör olarak dikkat çekmektedir. Sosyal problemleri çözüme kavuşturabilmek için beş adımın olduğu düşünülmektedir. Bu beş adım sosyal ipuçlarının farkına varma, ipuçlarını yorumlama, olası bir sorun için en uygun stratejileri belirleme ve uygun stratejiye karar vererek uygulanmaya koyma olarak sıralanmaktadır. Sosyal problem çözme becerisi kişisel bir özelliktir. Ancak zihinsel ve davranışsal süreçler de bu beceri kapsamında değerlendirilmektedir (Arı ve Yaban, 2012).

2.3.3.10 Mutluluk ve İyimserlik

Çocukların hem psikolojik hem de fizyolojik sağlıkları bakımından önem taşıyan faktörlerin başında mutluluk duygusu gelmektedir. Mutluluk ve iyi olma kavramları gündelik hayatta sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Arslan, 2018). Mutluluk, kişinin olumsuz duygulara odaklanmadan olumlu duyguların özelliklerini gösterebilmesidir. Bu durum iyimserlik olarak da yorumlanabilir. Birmingham Üniversitesi ve Max Planck Metabolizma Araştırma Merkezi tarafından yapılan araştırmada iyimserlik kavramı insanlar kendilerinin olumsuz olaylarla karşılaşma ihtimalinin düşük olduğuna ve diğer insanlara oranla olumlu olaylar yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğuna inanma eğilimi olarak tanımlanmıştır (Rotka, 2017). Kişisel yapılanmanın kuvvetlenmesini sağlayan olumlu duygular sayesinde sosyal, fiziksel, entelektüel ve psikolojik sağlamlık, iyimserlik, kimlik duygusu ve planlama ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra iyimserlik, mutluluk, sağlık ve başarı gibi kavramlar ile yakından ilişkili bir kavramdır (Hefferon ve Boniwell, 2018). İyimser olarak nitelendirilebilecek insanların başlıca özellikleri şöyle sıralanabilmektedir:

- Öz-güven
- Öz-saygı
- Öz-yeterlilik

2.3.4 Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi

Bir bireyin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) yaşaması ve yaşadığı semptomların niteliği birtakım faktörlere bağlı olacaktır. Bu durumun psikolojik dayanıklılığa bağlılığının olduğu düşünülebilir; zira psikolojik dayanıklılık sahibi birey travmadan daha az etkilenebilir. Yetişkinlik dönemindeki çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin sonuçlarını analiz eden bir çalışmada, tüm bireyler aynı sonuçları yaşamazken, bazı faktörlerin travmatik deneyimlerin bireyler üzerindeki etkisini azaltabileceği veya artırabileceği sonucuna varılmıştır (DiGangi ve diğerleri, 2013). Bu faktörler koruyucu ve risk faktörleri olarak kabul edilir. Risk faktörleri travmatik bir olayın etkisini artırırken, koruyucu faktörler bu tür etkileri azaltır ve kişinin iyileşme yeteneğini artırır (Baker, 2014). Ek olarak, destek sistemleri, benlik saygısı ve yetişkinlerde dayanıklılık düzeyi, uyum sağlama ve travmayla başa çıkma sürecinde önemli bir rol oynar. Travmatik deneyimler açısından koruyucu bir faktör olarak kabul edilen dayanıklılık, zorlukların ve stres durumlarının üstesinden gelme becerisini ve tüm çevresel olumsuzluklara rağmen hayatta kalmanın gücünü gösteren bir kavramdır (Henderson ve Milstein, 1996). Bu yönüyle travmatik deneyimler ve dayanıklılık ilişkili yapılardır; zira direnç, olumsuz yaşam olaylarının etkilerini kontrol etme ve stresli durumlardan kaçınmak yerine stresli durumlarla başa çıkmaya yardımcı olma özellikleriyle travma etkisini azaltmaya yardımcı olur (Steinhardt ve Dolbier, 2008).

Kişinin travma ile başa çıkmada yardımcı olacak özellikleri, örneğin psikolojik dayanıklılığı kazanması için çocukluk çok önemli bir dönemdir. Bu yüzden çocukluk psikolojik direnç ve risk faktörlerinin incelenmesi için büyük ilgi çekmektedir. Bu dönemdeki travmaların etkisi ise merak konusudur. Bu alanda yapılan çalışmalar sonucunda yetişkinler arasında çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin var olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalar, travmatik deneyimlerin yaşam boyu sürececek fiziksel, zihinsel, cinsel veya sosyal acıya yol açtığını ve ayrıca psikolojik/fiziksel sağlığı ve güvenliği tehlikeye attığını vurgulamaktadır. Öte yandan bu deneyimler, bireylerin normal psikolojik gelişim süreçlerine katılmalarını da engellemektedir (Şenkal, 2013). Travmatik yaşam olayları meydana geldiğinde, eğer belirli seviyelerde iseler, bireylerin sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeye yardımcı olabilir ve böylece bireyin benliğini güçlendirebilir.

Ancak bu olaylar, bireylerin başa çıkmasını engelleyen aşırı düzeyde meydana geldiğinde, zihinsel dengeyi bozma ve ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açma eğilimindedir (Gustafson ve Sarwer, 2004). Bu yönüyle çocukluk çağı travmatik deneyimleri, çocuklar üzerindeki aşılmaz, önlenemez, yıkıcı ve geri döndürülemez etkileri nedeniyle dayanıklılığı azaltan uzun süreli zihinsel etkilere sahiptir.

Mak, Ng ve Wong (2011) ise, psikolojik istikrarı olan bireylerin kendisiyle, dünyayla ve gelecekle ilgili olumlu bilişlere sahip olduklarını; bu durum kişinin olumlu gelecek düşüncelerinin gelişmesine katkıda bulunduğunu ve böylece depresyonu önlediğini belirtmişlerdir. Fakat çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, kişilerin düşünce ve inanç sistemlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar deneyimleri ile bireyin kendisi, diğer insanlar ve dünya hakkındaki olumsuz inançları arasında da bir ilişki vardır. Böyle bir durum ruhsal belirtilere yol açar (Kaysen, Scher, Mastnak ve Resick, 2005).

Kötü muameleye maruz kalan çocukların genel olarak daha kırılgan/hassas profiller göstermelerine ve gelecekte uyumsuzluk ve psikopatoloji geliştirme açısından yüksek risk altında olmalarına rağmen, çocukluklarında istismar ve ihmal deneyimleri yaşayan tüm bireyler hayatlarının daha sonraki aşamalarda psikolojik sorunlar sergilememektedir (Cicchetti, Aşırı stres altında dayanıklılık: çok katmanlı bir bakış açısı, 2010). Örneğin, bir çalışmada örneklemdaki çocukluk çağı istismarı deneyimi olan bireylerin neredeyse yarısının yetişkinlikte herhangi bir psikiyatrik bozukluk bildirmediği bildirilmiştir. Bu bireylerin yaklaşık yarısı ergenlik döneminde psikolojik stabilite özellikleri göstermiştir. Buna ek olarak söz konusu bireylerin üçte birlik kısmının bu özellikleri genç yetişkinlik döneminde gösterdikleri saptanmıştır (DuMont, Widom ve Czaja, 2007). Burada, birçok olumsuz yaşam deneyiminin etkisini azaltan ve kişinin başa çıkma yeteneğini güçlendiren dayanıklılığı artırarak koruyucu faktörlerin devreye girdiğini varsayabiliriz.

Dayanıklılık, anksiyetesi olan yetişkin bireylerin ve özellikle geçmiş travma yaşamış olanların tedavisinde değerli bir araç olabilir (Connor ve Davidson, 2003). Ek olarak, Collishaw ve ark. (2007), istismarın psikososyal gelişimi nasıl etkilediğine dair anlayışımızın, dayanıklılık anlayışımızla güçlendirilebileceğini öne sürmüşlerdir. Dahası, çocuk istismarı ve ihmali üzerine sistematik bir inceleme, daha fazla çalışmanın dayanıklılığa katkıda bulunabilecek unsurları araştırması gerektiği

sonucuna varmıştır (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Anksiyete bozukluğu olan ve erken çocukluk çağı travmasına maruz kalan yetişkinlerde, ayrıca SAD (sosyal anksiyete bozukluğu) ve TSSB'de dayanıklılık konusunda çok az araştırma yapılmıştır. Çocukluk çağı travmasının TSSB ve SAD'li yetişkin bireylerde dayanıklılık derecesi ile etkileşime girebileceği akla yatkındır. CD-RISC ile ölçülen dayanıklılığın, çocukluk çağı istismarı ve diğer travmaların katkıda bulunduğu gibi yetişkinlerde depresif belirti şiddetini hafiflettiği gösterilmiştir (Wingo ve diğerleri, 2010). Ancak, bildiğimiz kadarıyla TSSB ve SAB'de dayanıklılığı çocukluk travması bağlamında değerlendiren hiçbir çalışma yoktur. Bu, çocukluk çağı travması geçmişine karşı dayanıklılığın, anksiyete bozukluğu olan hastalarda tedavinin iyileşmesi için değiştirilebilir bir hedef olabileceği düşünüldüğünde önemlidir.

2.3.5 Psikolojik Dayanıklılık ve Travmanın Psikolojik Belirtileri

Psikolojik yeterlilik travmanın çeşitli belirtileri ile de ilintili olabilir. Bu belirtiler anksiyete ve depresyon başta olmak üzere çeşitli psikopatolojik belirtilerdir. Psikolojik dayanıklılığın bu psikopatolojik belirtileri engellediği, hafiflettiği veya ortadan kaldırdığı beklenebilir.

Dayanıklılık araştırmasının sonuçları, koruyucu faktörlerin varlığının stresörlerin etkilerini hafifletebileceğini, ruh sağlığını geliştirmeye katkıda bulunduğunu ve bireyin önemli stresörlere maruz kalmasına rağmen psikopatolojinin gelişimini önlediğini göstermiştir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Kauaistudy gibi bazı büyük ileriye dönük boylamsal çalışmalar, yüksek riskli çocukların önemli bir azınlığının iyi uyum sağladığını ve yüksek düzeyde stres yaşamalarına rağmen sağlıklı zihinsel işlevler sergilediğini göstermiştir. Dayanıklılık araştırması, gelişimsel psikopatolojinin araştırma alanından kaynaklansa da yerleşik bir teoriye sahip değildir, daha ziyade çok çeşitli önlemlerle ölçülen çok sayıda koruyucu faktörü tanımlayan deneysel bulgulardan oluşan bir koleksiyondur. Önde gelen araştırmacılar arasında, koruyucu faktörlerin üç kapsayıcı kategorisi üzerinde bir fikir birliği vardır: Kişisel eğilimler, aile uyumu ve aile dışındaki sosyal kaynaklar (Werner, Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study, 1993).

Dayanıklılık araştırmalarında bazı genel cinsiyet farklılıkları bildirilmiştir (Werner ve Smith, 2001). Bu bulgular hem ergen hem de yetişkin örneklerinde bulunur

(Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge ve Martinussen, 2006). Zihinsel bozuklukların tekil nedenlerden çok birden çok risk faktörü ve süreçten kaynaklanması muhtemeldir. Dolayısıyla, nedensel bir risk faktörünün belirlenmesi, daha karmaşık bir nedenler matrisinin yalnızca bir yönünün aydınlatılmasına katkıda bulunacaktır. Bireylerde, psikopatolojik sonuçlara katkıda bulunan üniter nedenler yerine çok bileşenli süreçler olması muhtemeldir (Cicchetti ve Blender, 2004).

Bu nedenle, dayanıklılık ve psikopatoloji seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmak, psikiyatrik semptomlar ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi keşfetmeye yönelik daha geleneksel yaklaşıma yardımcı olacak bir katkı eklemeyi vaat etmektedir. Gençlikte bu tür ilişkileri araştıran çalışmalar özellikle önemlidir, çünkü birçok genç ilk olarak lisede depresyon ve anksiyete semptomları geliştirir ve erken başlangıç genellikle daha sonraki yetişkin psikopatolojisiyle ilişkilendirilir (Fergusson ve Woodward, 2002; Steinhardt ve Dolbier, 2008). Duygusal bozuklukların gelişimi bir stres diyatezi hipotezine bağlanmıştır ve direnç araştırması stres ve psikopatoloji arasındaki ilişkiye dayandığından özellikle ilgi çekici olmaktadır (Compas, Davis, Forsythe ve Wagner, 1987).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), bazen diğer duygusal bozukluklardan biraz farklı olarak görülmüştür (Tyrer, 1989), bunun nedeni belki de vakaların %40'ına kadarında görülen çocuklukta çok yüksek standartların varlığı dışında kesin bir öncülün olmamasıdır (Steketee ve Barlow, 2002). OKB, daha önce yaşanan strese daha az bağımlı olduğu düşünüldüğü için anksiyete bozuklukları arasında bir şekilde benzersiz görüldüğünden, OKB ile dayanıklılık arasındaki ilişkiyi araştırmak çok alışlageldik değildir. Depresyon ve anksiyete belirtileri içselleştirme problemleriyle ilişkilidir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, ergen dayanıklılığının bir ölçüsünün, içselleştirme problemlerinin dışsallaştırmaya göre daha yüksek korelasyonlara sahip olduğunu göstermiştir (Soest, Mossing, Stefansen ve Hjemdal, 2010).

Genç ergenlerle ve yetişkinlerle yapılan çalışmalar, psikiyatrik belirtilerle dayanıklılığın karşılıklı ilişkisini gösterdiğinden, daha yaşlı ergenlerde dayanıklılığın depresyon, anksiyete, stres ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olacağını tahmin ettik. Ayrıca önceki çalışmalarda bulunan cinsiyet farklılıklarının da olması bekleniyordu.

2.4 Özyeterlilik Kavramı

2.4.1 Özyeterliliğin Tanımı

Öz yeterlilik inancı ilk kez Bandura'nın (1977, 1986, 1989) Sosyal Öğrenme Kuramı (Social learning theory) ile ortaya atılmıştır. Burada söz konusu kavram; Öz yeterlilik, bireyin belirli performansı gerçekleştirmek için gerekli faaliyetleri organize etme ve başarılı bir şekilde gerçekleştirme kapasitesi ile ilgili olarak yargılaması olarak ifade edilir (Bandura, 1986) olarak açıklanmıştır. Öz yeterlilik, Bandura'nın geliştirdiği Sosyal Öğrenme Teorisi'nin temel konsepti niteliğindedir (Schunk ve Pajares, 2002). Öz yeterlilik kişinin sahip olduğu yeteneklerden çok bu yeteneklere olan inançlarıyla ilişkilidir (Akkoyunlu, Orhan ve Umay, 2008). Orijinali Self-efficacy olan bu terimin Türkçe literatürde iki karşılığının bulunduğu söz edilebilir. Bunlar öz etkililik (Gözüm ve Aksayan, 1999) ve öz yeterlilik (Senemoğlu, 2001) olarak ifade edilebilir. Bu çalışmada self-efficacy kavramına karşılık olarak öz yeterlilik ifadesi kullanılacaktır. Öz yeterlilik, kişinin farklı durumlarla baş edebilme yeteneğinin ve belirli bir aktiviteye ulaşma yeteneğini öz algısı, kendi yargısıdır (Senemoğlu, 2001).

Öz yeterlilik kavramı dinamik bir yapıdadır. Burada bir durağanlıktan söz edilebilmesi mümkün değildir (Baron ve Greenberg, 2003). Bir kişinin öz yeterliliğini meydana getiren, değişen koşulların yönetimi için beraber hareket edilen pek çok alt yetenek bulunmaktadır. Bundan dolayı öz yeterlilik, aynı yeteneklere haiz kişilerin bu yeteneklerini ne ölçüde kullanabildiklerine göre değişiklik gösterecektir. Kendine güven duygusu zayıf olan kişiler pek çok fırsatın bulunduğu ortamlarda dahi kendilerini yetersiz hissedebileceklerdir (Wood ve Bandura, 1989). Ergenlik dönemindeki çocuğun kendisine olan inanç seviyesi onun performansı üzerinde de direkt olarak etkili olmaktadır. Yapılan işlerde başarı elde edilmesi, ergenin kendine olan inancının artmasına sebep olacaktır. Buna göre kişilerin kendileri ile ilgili olarak sahip oldukları düşünce ve inanışların, sergiledikleri davranışlar üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Öz yeterlilik kavramının, bireylerin faaliyetleri düzenleme ve yürütme kapasiteleri ile ilgili olarak aldıkları bireysel kararlar şeklinde tanımlanabilmesi mümkündür. Öz yeterlilik seviyesi yüksek olan ergen, kolay olan seçenekten ziyade üstesinden gelebileceğini düşündüğü zor olan seçeneğe yönelmekte, sahip olduğu yetenekleri o alanda kullanmaktadır. Yine burada motivasyon ve disiplinin sağlanması noktasında herhangi bir problem yaşanmayacağı da söylenebilir. Bandura (1977)'ya

göre yetkinlik beklentisi yüksek seviyede olan kişiler, stratejilerinde esnek, çevrelerinde etkili ve amaçlarında motive olmaktadır. Yetkinlik beklentisinin oluşumunda kişinin başkalarıyla kurduğu ilişki etkili olmaktadır. Hayatın ilk dönemlerinde bireylerin çevreleriyle kurdukları ilişki neticesinde algıladıkları olumlu ve olumsuz düşünceler, sonraki yıllarda bireyler arasındaki ilişkileri önemli ölçüde etkilemektedir (Tommaso, Brannen-McNulty, Ross ve Burges, 2002).

Çocuğun ilk gözlemleri ve deneyimleri aile ortamı içerisinde gerçekleşmektedir. Yaşamın ilk dönemlerinde kazanılan olumlu tecrübelerin neticesi olan yeterlilik beklentisi algısı, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de kişiler arasındaki ilişkiyi kolaylaştırmaktadır (Rice, FitzGerald, Whaley ve Gibbs, 1995). Ailesiyle kurduğu iletişim olumlu ve açık olan bir ergen, arkadaşlarıyla da aynı şekilde olumlu, sağlıklı ve güçlü ilişkiler kurabilecektir. Ergenlerin, sosyal ilişkilerinde sergiledikleri atılgan ve cesur davranışlar, onların sosyal öz yetkinliklerinde bir artışa sebep olduğu söylenebilir. İnsanların yeterlilik inançları, bireylerin faaliyetlerinin etkilerinin değerlendirilip yorumlanması ile yakından ilişkilidir. Yorumlama neticesinde sonuçların başarılı olduğu görülüyorsa bu durum, öz yeterlilik seviyesinin de yükselmesini sağlamaktadır. Başarısızlık ise öz yeterlilik seviyesinde bir düşüşe neden olmaktadır (Pajares, 1997).

Duyguların ve düşünceler, bireylerin sergiledikleri davranışlarda oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Yüksek öz yeterliliğe sahip kişilerin kendileri ile ilgili olarak olumlu düşüncelere sahip oldukları söylenebilir. Bu nedenle söz konusu kişiler zorluklar karşısında geri adım atmamakta, sabır ve güven duygusu içerisinde mücadele etmeyi tercih etmektedirler. Öz yeterliliği düşük olan kişiler ise karşılaştıkları yeni durumlar ile birlikte bir kaygı artışı yaşamakta, stresli davranışlar sergilemektedirler. Dolayısıyla öz yeterlilik ve başarı seviyesi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu söylenebilir (Pajares, 2002). Kişinin başarılarına en fazla tanık olduğu ortam, okul ortamıdır. Bu durum, öz yeterlilik konusunun eğitimde daha önemli hale gelmesine sebep olmaktadır.

Bandura, öz yeterlilik inancının gelişiminin dört adımda değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu adımlar:

- Kişinin direkt olarak kendisinin yaşayarak elde ettiği bilgiler,

- Kişinin çevresinden gördüğü, başarı veya başarısızlıklar yani dolaylı yaşantılar,

- Sözel ikna,

- Kişinin duygusal ve fiziksel olarak kendisini yeterli bulması.

Bu belirtilen dört temel faktör arasından en etkili olan kişinin tecrübeleridir. Bir başka ifadeyle kişinin olumlu tecrübeleri, öz yeterlilik düzeylerinin de artmasına sebep olmaktadır. Öz yeterlilik inancı, kişinin olası tehlikelerle başa çıkabilmek için gereken önlemleri ne kadar iyi alabileceklerine ilişkin bireysel kararlardır (Bıkmaz, 2002). Ergenlik insanların gelişiminden en yoğun karmaşanın yaşandığı dönem olarak ifade edilmektedir. Bu dönemde fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal çatışma ve karmaşa yaşanabilmektedir. Ergenlikten yetişkinliğe geçiş esnasında pek çok uyum problemi yaşanmaktadır. Geçiş sürecinde karşılaşılan olaylarda başarılı olunması, ergende yeterlilik inancının oluşmasını sağlayacaktır. Ergenliğe yetersizlik duygusu ile giren bir kişi gelecekteki sorumlulukları ve rolleri ile ilgili kafasında soru işaretleri oluşturacak bu da ilerleyen dönemde çeşitli sorunlara sebebiyet verecektir (McKnight, Huebner ve Suldo, 2002).

Öz yeterlilik inancı düşük seviyede olan ergenler, yüksek psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Yüksek duygusal öz yeterliliğin ergenlik döneminde kişinin ruh sağlığı bakımından oldukça önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Ergenler olumsuz duygularla başa çıkabilirlerse benlik saygısı artacak ve olumsuz duyguları kolaylıkla aşabileceklerdir (Solberg ve Villarreal, 1997).

Bandura (1986, 1997) tarafından öz yeterlilik inançları iki temel kavramla açıklanmaktadır. Bunlar yeterlilik beklentisi ve sonuç beklentisi şeklinde ifade edilebilir. Öz yeterlilik inançlarını meydana getiren iki farklı yapı bulunmaktadır. Yetkinlik beklentisi, bireyin belirli davranışlar ve öz değerlendirme sergilemede başarılı olacağına dair taşıdığı inancı ifade etmektedir. Kişinin kendi yeterliliklerine olan inancı ile çevresindeki insanların o kişiye yönelik yeterlilik algısı farklılık arz edebilmektedir. Bundan ötürü burada kişisel bir yargının varlığından söz edilebilir.

2.4.2 Özyeterlilik Gelişimi ve Etkileyen Faktörler

Öz yeterliliğin geliştirilebilmesinin pek çok farklı yöntemi bulunmaktadır. Gözlem, deneyim ve kişinin çevresindeki bireylerin söyledikleri, öz yeterliliğin gelişimin bakımından önemlidir (Lee, 2005). Çeşitli çevresel koşullar nedeniyle çocukluk döneminden itibaren bireylerin öz yeterlilik düzeyleri değişebilmektedir. Öz yeterlilik duygusunun çocuklar açısından ilk kaynağını aile ortamı oluşturmaktadır. Çocukların akranları ise ikincil kaynak vazifesi görmektedir. Öz yeterliliğin üçüncül kaynağı, okuldur. Öğretmenler, çocukların gelişim dönemlerinde yeteneklerin tespit edilerek geliştirilmesi ve entelektüel seviyenin tespiti noktasında önemli birer görev üstlenmektedirler (Pastorelli ve diğerleri, 2001). Çocukların kendilerine rol model olarak ebeveynlerini seçmeleri, öz yeterlilik duygusunu pozitif bir biçimde etkilemektedir (Telef, 2011). Aileler, çevre ile kurulan etkileşimin kuvvetlenmesini sağlamakta, bu da öz yeterlilik inançlarının gelişimine katkı sunmaktadır (Schunk ve Meece, Self-efficacy beliefs of adolescents, 2005).

Öz yeterliliğin gelişimi üzerinde etkili olan faktörler şu şekilde sıralanabilir: Bilişsel faktörler, karar verme, güdülenme ve emosyonel faktörler.

Bilişsel Faktörler: Öz yeterlilik duygularının bilişsel sürecin gelişiminde uyarıcı bir rol üstlendiği kabul edilmektedir (Özerkan, 2007). Ortaya çıkacak davranışlar ile ilgili olarak kişinin sahip olduğu düşünceler, öz yeterlilik algısını da şekillendirmektedir. Birey, başarılı olacağına ve zorluklarla başa çıkabileceğine inanıyorsa öz yeterlilik algısı yüksek olmaktadır. Bunun yanında kişinin başarısız olacağını düşünmesi, bir inanç eksikliğinin söz konusu olması, öz yeterlilik algısını düşürecektir. Öz yeterliliği yüksek seviyede olan kişiler kendilerini kara geçirecek durumlara odaklanmakta, kaybettiklerine zaman ayırmamaktadırlar (Bandura, 1999). Öz yeterlilik algısı arttıkça kişinin gösterdiği gayret ve kararlılık da aynı ölçüde artmaktadır.

Karar Verme: Alınan kararlar, bireylerin yaşamlarını şekillendirmede önemli bir rol üstlenmektedir. Bunun yanında bireylerin öz yeterlilik inançları da karar verme süreci ile birlikte etkilenen faktörler arasında yer almaktadır. Bireylerin kendi yeteneklerine uymayan sorumlulukları onaylamaktan kaçındıkları, kendi becerilerine uyan sorumlulukları ise fazla düşünmeden onayladıkları görülmektedir. Bundan dolayı

kişinin aldığı kararların öz yeterlilik inancı üzerinde etkili olduğu söylenebilir (Bandura, 1998).

Güdülenme: Kişinin bir davranış elde edebileceği inancı, güdülenme olarak isimlendirilmektedir. Güdülenme, öz yeterliliği güçlendirmekte, motivasyonu arttırmaktadır. Öz yeterlilik arttıkça kişinin motivasyonu artış göstermektedir (Kauchak ve Eggen, 1998). Öz yeterlilik algısı düşük seviyede olan kişiler, hedeflerine ulaşamayacakları yönünde bir kaygı taşımaktadırlar. Bireyin hedeflerini, öz yeterlilik inancını göstermektedir.

Emosyonel: Bireyin yaşadığı duygusal geçişler, öz yeterlilik inancını etkilemektedir. Bandura'ya göre, öz yeterlilik duygularının kuvvetli durumda olması, bireyin başarısını pek çok farklı alanda artırmakta, kişiyi sosyal ilişkilerde daha sağlıklı ve uyumlu hale getirmektedir. Bu durum aynı zamanda başarıyı da beraberinde getirecektir (Luszczynska, Gutierrez-Don-a ve Schwarzer, General selfefficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries, 2005; Taylor ve Bury, 2007).

2.4.3 Özyeterliliği Harekete Geçiren Süreçler

Bandura tarafından 1977 yılında öz yeterlik kavramını ilk kez ortaya atılmıştır. O tarihten bu yana söz konusu kavramın pek çok farklı alandaki etkinliği ve bu etkinliklerin sonuçları araştırma konusu edilmiştir. Öz yeterlik inancı, bireylerin eylemleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu eylemlerin, bilişsel, güdüleyici, duyuşsal süreçlerle veya hayatta yapılan seçimlerle ilgisi bulunabilmektedir.

2.4.3.1 Bilişsel Süreçler

Bireyler amaçlarını tespit ederlerken sahip oldukları yeteneklere ilişkin öz değerlendirmelerden etkilenmektedirler. Bireylerin öz yeterlilik bilinç seviyeleri, hedeflerinin yüksekliği noktasında da belirleyici olmaktadır. Öz yeterlilik bilinci yüksek kişilerin hedefleri de yüksek olmakta, o hedefe ulaşmak için gösterilmesi gereken gayret daha fazla olmaktadır. Bireyler bir davranış sergilemeden önce o davranışın ortaya çıkarabileceği sonuçları hesaplamakta, zihinlerinde tasarlamaktadırlar. Bir başka ifadeyle zihinde bazı senaryolar oluşturulur. Öz yeterlilik inanç seviyesi yüksek olan kişiler, kendilerine pozitif bir biçimde etki edecek

senaryolar tasarlarırken öz yeterlilik inancı düşük olan kişilerin genellikle başarısızlık senaryoları oluşturdıkları görülmektedir (Bandura, 1995). İnsanları diğer canlılardan ayıran özelliklerin başında, sergiledikleri davranışların olası sonuçlarını öngörebilmeleridir. Bandura (1994)'ya göre, bir eylemde bulunmadan önce kişiler, geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak tercih yapmaktadırlar. Davranıştan önce yaşanan tüm bilişsel işlem basamaklarında bireyin kendi becerilerine olan inancı etkin bir rol üstlenmektedir. Öz yeterlik inancı yüksek olan kişilerin zor durumlar ve başarısızlıklar karşısında işlerine bağlı kalabildikleri, sorunları çözmek için çaba sarf edebildikleri görülmektedir. Söz konusu bireyler, kendilerine daha zor hedefler koymakta, analitik düşünme becerileri sayesinde başarılı performanslar sergileyebilmektedirler. Öz yeterlik inancı düşük kişilerin ise karşılaştıkları problemlerde analitik düşünme becerilerini kaybettikleri ve performanslarında bir nitelik kaybı yaşadıkları görülmektedir.

2.4.3.2 Seçim Süreci

İnsanların yaşadıkları çevreden ayrı olarak değerlendirilebilmeleri mümkün değildir. Öz yeterlilik inançları da bireylerin yaşadıkları çevreden direkt olarak etkilenmektedir. Bireyler, yaşam içerisinde yaptıkları seçimlerle hayatlarının gidişatını belirlemekte, farklı sosyal çevre, ilgi ve becerilerini de geliştirmektedirler. Farklı alanlardaki öz yeterlilik inançları, meslek seçimi sırasında alternatiflerin fazla olmasına yol açmaktadır. Bunun yanında seçilen mesleğe hazırlanma noktasında gösterilen gayret de öz yeterlilik inancından etkilenmektedir (Bandura, 1995). Meslek seçimi, insan hayatında oldukça önemli bir yere sahiptir. Öz yeterlilik inancı da bu seçimde belirleyici bir rol üstlenmektedir.

2.4.3.3 Motivasyonel Süreçler

Öz yeterlik inançlarının, kişinin güdülenmesinin düzenlenmesinde kilit bir görev üstlendiği söylenebilir. Bandura (1994), üç bilişsel güdüleme ögesinin varlığından söz etmektedir. Bunlar; nedenselleştirme, sonuç beklentileri ve bilişsel hedefler olarak sıralanabilir. Bu belirtilen öğeleri ortaya çıkaran kuramlar ise, sırasıyla nedensellik kuramı, beklentideğer kuramı ve hedef kuramıdır. Öz yeterlik inançlarının bilişsel güdüleme türlerinin her birinde etkin olduğu söylenebilir. Öz yeterlilik

inançları aynı zamanda nedenselliği de etkilemektedir (Grove, 1993; McAnulty, 2004).

Öz yeterlik inancı yüksek seviyede olan bireyler, başarısızlıklarını yeterince çaba sarf etmemelerine bağlarken düşük öz yeterlilik inancına sahip kişiler becerilerinin yetersiz olduğundan dolayı başarısız olduklarını düşünmektedirler. Nedensel bağlantılar, güdülenmeyi, performansı ve duyuşsal reaksiyonları, öz yeterlik inançları aracılığıyla etkilemektedir (Schunk ve Meece, Self-efficacy beliefs of adolescents, 2005; Relich, Debus ve Walker, 1986). Beklenti-değer kuramında, güdülenme, bir davranışın ortaya çıkarabileceği sonuçlardan ve bu sonuçların değeri konusundaki beklentilerden etkilenmektedir (Bandura, 1995). Öz yeterlik inançlarının sonuç beklentilerinin güdüleyici etkisi üzerinde yönlendirici bir etkisi bulunmaktadır. Bireyler sırf sahip oldukları becerilere güvenmediklerinden dolayı birçok fırsatı kaçırabilmektedirler. Bireylerin hedef belirlemelerinde öz yeterlilik inançlarının büyük bir öneme sahip olduğu söylenebilir. Öz yeterlilik inançlarının güdülenme süreçlerine farklı biçimlerde etki edebildiği görülmektedir. İnsanların hedef seçimlerini ve bu hedeflere ulaşmak için sergiledikleri gayreti öz yeterlilik inançları belirlemektedir.

2.4.3.4 Duygusal Süreçler

İnsanların sahip oldukları becerilere olan inançları hem güdülenme düzeylerine hem de zorluklar karşısında yaşadıkları strese bağlıdır. Öz yeterlilik inancı ne kadar yüksekse bireylerin zor etkinliklere girmekte o ölçüde cesur davranabildikleri görülmektedir (Bandura, 1994). Öz yeterlik inancı düşük bireyler, zorlukları gözlerinde büyütme, nadiren ortaya çıkabilecek nitelikte olsalar bile sorunlar karşısında endişeli davranmaktadırlar. Bu endişe, bireylerin eylemlerini negatif bir biçimde etkilemektedir. Kişinin endişe veren düşünceleri kontrol edebilmesinde öz yeterlilik inançları oldukça önemli bir paya sahiptir (Relich, Debus ve Walker, 1986). Öz yeterlik inançları kavramını detaylı bir biçimde ele alan Self-Efficacy: The Exercise of Control adlı kitabında Bandura, kişinin kendi düşünceleri, düşünme sistemleri ve buna bağlı olarak etkinlikte bulunma ya da bulunmama tercihlerini değerlendirmiştir. Zorluklarla başa çıkabilme konusundaki öz yeterlilik, öz yeterlilik inancının farklı boyutlarından birisini oluşturmaktadır. İnsanlar zihinlerinden bir etkinliğin olası kötü sonuçlarını geçirebilmektedir. Fakat bu endişe verici kötü

düşüncelerin yine düşünce sahibi tarafından kontrol edilebilmesi gerekmektedir. Sosyal bilişsel kuram, öz yeterlilik inancının oluşumunda en temel kaynağın, kişinin yaşadığı tecrübeler olduğunu aktarmaktadır. Bundan dolayı ilk defa yaşanan deneyimlerin bir rehber eşliğinde yaşanması oldukça büyük önem taşımaktadır (Bandura, 1994).

2.4.4 Özyeterlilik ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi

Potansiyel olarak travmatik olaylarla ilgili başa çıkma özyeterliliği, kişinin kişisel işleyişini ve şiddet, kazalar, ölümle yüzleşme ve afetler gibi olayların neden olduğu sayısız çevresel oluşumları yönetme becerisidir (Benight ve Harper, 2002). Bu kontrol ve ustalık duygusu, travmatik olaylardan sonraki psikolojik sonuçlarda merkezi bir biliştir. Başa çıkma öz-yeterliliği, travmatik olabilecek olaylardan sonra psikolojik uyumu iki şekilde etkileyebilir. Öncelikle özyeterlilik, olayın algılanan tehdidi üzerindeki etkisi nedeniyle başlangıçtaki stres tepkilerini etkileyebilir; zira tehdit yalnızca olayların nesnel bir özelliği değildir. Daha ziyade, algılanan tehdidin seviyesi, algılanan başa çıkma yetenekleri ile çevrenin potansiyel olarak incitici yönleri arasındaki eşleşmeyle ilgilidir. İkinci olarak, özyeterlilik, etkili başa çıkma çabalarını kullanma ve sürdürme motivasyonunu etkileyebilir ve böylece caydırıcı ortamın daha iyi huylu bir ortama dönüşme derecesi üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Araştırmalar, başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının psikopatolojiyi doğrudan etkilediğini bulmuşlardır (Moran ve Hoy, 2007). Özyeterlilik ayrıca mevcut stres reaksiyonlarının algılanmasını da etkileyebilir. Travmatik olayla ilgili olarak algılanan olumsuz düşünceleri ve duyguları kontrol etme becerisi, iyileşme sürecini etkileyecektir: Kişinin, kaynağı ne olursa olsun hoş olmayan duygusal durumları giderebileceği inancı, onları daha az caydırıcı yapar.

Anksiyete uyarılmasında düşünce kontrol etkinliğinin rolü araştırmalarla doğrulanmıştır (Kent, 1999; Gibbons, Clark ve Kupfer, 1993). Özyeterlilik, zaman içinde stresi etkilemeye devam edecektir; kişinin bir felaketin ardından karşılaşılan zorluklar üzerinde bir dereceye kadar kontrol uygulayabileceği inancı, yalnızca o andaki sıkıntıyı azaltmakla kalmaz, aynı zamanda farklı zaman noktalarında semptomlar arasında bir aracı olarak işlev gören iyileşmenin bir öngörücüsüdür (Benight ve Harper, 2002). Sosyal bilişsel teoride (Bandura, 1997) tanımlanan öz düzenleme süreci, özyeterliliğin uzun vadeli etkisi için bir açıklama sağlar. Bu süreç,

davranış, iç kişisel faktörler ve dış çevre arasında sürekli bir çift yönlü etkileşimi gerektirir.

İnsanın işleyişi, karmaşık iç ve dış geri bildirimler ve ardından kendine dönüş ve adaptasyon tarafından yönetilir. İnsanlar, dış talepleri yönetmede kendi etkinliklerini yorumlayarak kendi kendilerini düzenlerler. Travma ve özyeterlilik üzerine yapılan çalışmalar, özyeterliliğin gerçekten de travmatik bir olaydan sonra uzun vadeli psikolojik işlevselliğin önemli bir öngörücüsü olduğunu ve başlangıçtaki sıkıntıyı düzelttikten sonra TSSB semptomlarındaki varyansın yüzde 10-26'sını bağımsız olarak açıkladığını göstermiştir (Benight ve Harper, 2002).

Özyeterlilik algıları, kişi, çevresi ve davranışları arasındaki çift yönlü etkileşimlerin bir sonucu olduğundan (Bandura, 1997), yaşanan stres semptomlarının düzeyi, muhtemelen kişinin sonradan başa çıkma yeteneğine ilişkin sonraki algısını etkileyebilir. Bu, travma sonrası iyileşmede, kişinin davranışını, başa çıkma tepkilerini ve yaşanan TSSB semptomlarının seviyesini yeniden değerlendirdiğinden, özyeterliliğin zamanla değişebileceği anlamına gelir. Örneğin: birisi TSSB'den kurtulursa, duygusal ve psikolojik sonuçlarla baş edebilme ve normal yaşama devam etme becerisine olan güven, TSSB semptomlarının üstesinden gelemeyen kişiye göre daha yüksek olacaktır. Travmatik sıkıntı, travmatik bir olay sırasında veya sonrasında yaşanan olumsuz duygulardan, daha özel olarak korku, çaresizlik ve dehşetten oluşur (Thomas, Nijenhuis ve Krikke, 2007).

Bugüne kadar, özyeterlilik ve TSSB arasındaki ilişkiyi karşılıklı iki ölçüm üzerinde ölçen çalışmalar (Luszczynska, Benight ve Cieslak, 2009) ve özyeterlilik seviyelerinin boylamsal etkisini ve özyeterlilik seviyelerindeki değişikliklerin PTSS üzerindeki boylamsal etkisini inceleyen (Benight ve Harper, 2002) çalışmalar yapılmıştır ancak iki değişken arasındaki etki yönüne bakılmadığı görülmektedir. Etkinin yönünü ve bu etkinin sadece eşzamanlı olmak yerine ileriye dönük olup olmadığını belirlemek için çapraz gecikmeli bir yaklaşım gerektiği ifade edilmektedir. Ancak yönü tam belirlenmemiş olsa da korelasyon ve uzun vadeli etki barizdir. Yapılan araştırmalar, potansiyel travmatik etkilere maruz kalanların çoğunda iyileşmenin olaydan sonraki ilk yıl içinde gerçekleştiğini, ilk 12 ayda semptomlarda keskin bir düşüşün ardından daha kademeli bir düşüş olduğunu göstermiştir (Breslau, Davis ve Andreski, 1995).

2.4.5 Özyeterlilik ve Travmanın Psikolojik Belirtileri

Pek çok TSSB risk faktörü (örneğin travmanın türü ve şiddeti, kadın olma, düşük sosyoekonomik durum ve travma öncesi ruh sağlığı sorunları) iyi belgelenmiş olsa da (Norris ve diğerleri, 2002), koruyucu faktörler hakkında daha az bilinmektedir. Koruyucu faktörlerden biri özyeterlilik olarak gösterilmektedir, yani; bir bireyin semptomlarını beklenmedik olaylara karşı yönetme ve belirli bir aktivitede istenen etkileri üretme becerisine olan inancı (Bandura, 1999). Öz yeterliliğin, bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve karar verme süreçlerinin yapıcı düzenlemesine katılım yoluyla travma sonrası stres belirtilerini azalttığı varsayılmaktadır. Özyeterliliği yüksek bireyler, anksiyete ve stres belirtilerini kontrol edilebilir ve kısa sürede atlatabilir (Cervone, 2000).

Travma sonrası stres semptomları ve özyeterlilik ile ilgili önceki çalışmalar, öncelikle yüksek öz yeterliliğin, daha düşük travma sonrası stres semptomları seviyeleri ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Eğer yüksek özyeterlilik gerçekten de travma sonrası stres belirtilerinin şiddetini düşürüyorsa, özyeterliliği teşvik eden müdahaleler saldırı kurbanları için yararlı olabilir. Bununla birlikte, önemli bir kısıtlılık, önceki araştırma çalışmalarının çoğunun kesitsel olmasıdır (Luszczynska, Benight ve Cieslak, 2009). Mevcut birkaç boylamasına çalışma, özyeterlilik ve travma sonrası stres semptomları arasındaki zamansal ilişkiye ilişkin karışık bulgular üretmiştir. Doğal afetten kurtulanlarla ilgili bazı boylamasına çalışmalar, öz yeterliliğin, boylamasına olarak daha düşük travma sonrası stres semptomları seviyeleri ile ilişkili olduğunu (Benight ve Harper, 2002) veya sosyal desteğin stres semptomları üzerindeki etkisini hafiflettiğini bulmuştur (Warner, Gutierrez-Dona, Angulo ve Schwarzer, 2015). Bununla birlikte, daha önce öz yeterliliğin yalnızca eşzamanlı travma sonrası stres semptomlarıyla ilişkili olduğunu ve afet sonrası 6 aydan sonra travma sonrası stres semptomları ile ilişkili olmadığını (Nygaard, Hussain, Siqveland ve Heir, 2016) bulan çalışmalar vardır. Özyeterlilik ve TSSB belirtileri arasındaki ilişkiyi sekiz aylık süreçte araştıran bir çalışma özyeterliliğin TSSB semptomlarında daha sonraki düşüş ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ancak TSSB semptomlarının özyeterlilikteki düşüşü tahmin etmediğini bulmuştur (Bosmans ve Velden, 2015). Bu nedenle, çözümlenmemiş önemli bir araştırma sorusu, TSSB

semptomlarının mı özyeterlilik düzeyini etkilediği, yoksa tam tersinin mi olduğu veya birbirlerini karşılıklı olarak mı etkiledikleridir.

Frommberger ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada ciddi şekilde yaralanan trafik kazası kurbanlarında, özyeterliliğin travma sonrası psikopatoloji, psikolojik bozukluklar (yani kazayı takiben travma sonrası stres bozukluğu) ve anksiyete ile ilişkili bilişlerin gelişimi ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. İşlevsel olmayan bilişler, travma sonrası karakteristik uzun vadeli psikolojik değişiklikler arasındadır (Foa ve Meadows, 1997). Travma sonrası başa çıkma bu nedenle çok boyutlu bir süreç olarak tanımlanabilir. Sonuç olarak, başarılı travma sonrası uyum, önceki travma veya zayıf sosyal destek gibi belirgin ve baskın bireysel risk faktörleri tarafından bozulabilir veya tamamen ortadan kaldırılabilir (Boehmer, Luszczynska ve Schwarzer, 2007). TSSB terapisi için etkili stratejiler genellikle bilişsel terapinin unsurlarını bütünleştirir. Olumlu bilişlerin yanı sıra düzeltici bilişlerin de kullanılması, davranışsal teknikler (Foa ve Meadows, 1997) ve EMDR (Shapir, 1995) gibi spesifik travma işleme yöntemlerinin yararlı olduğu gösterilmiştir.

Antonovsky (1997), özyeterliliği, olumsuz olayların ardından bireyin kaynakları harekete geçirme yeteneğinin bir göstergesi olarak tanımlamaktadır. özyeterliliğin üç bileşeni, anlamlılık, anlaşılabilirlik ve yönetilebilirliğin Bandura'nın (1997) öz-yeterlilik kavramına benzer olduğu öne sürülebilir. Bandura (1997, s. 3) öz-yeterliliği kişinin verilen kazanımları elde etmek için gereken eylem yollarını organize etme ve yürütme yeteneklerine olan inanç olarak tanımlamıştır.

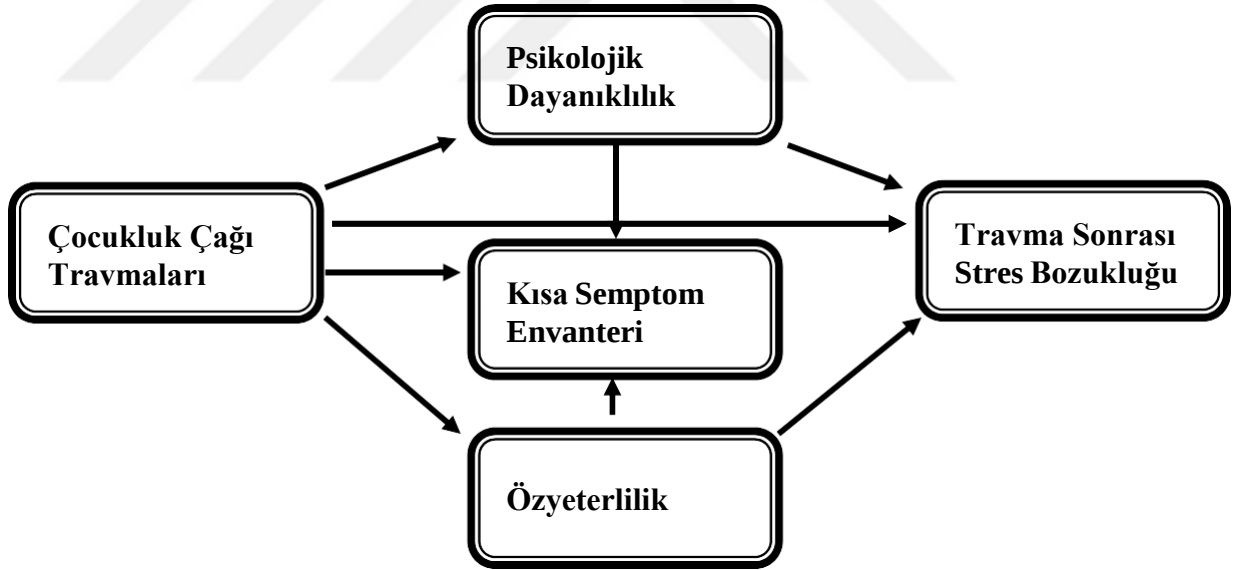
Heinrichs vd. (2005), itfaiyecilerden oluşan bir örnekleme yaptıkları çalışmada, 2 yıllık bir çalışma süresinden sonra travma sonrası stres belirtilerindeki varyansın %42'sinin başlangıçta görülen yüksek düzeyde düşmanlık ve düşük düzeyde özyeterlilik olduğunu bulmuşlardır. Kazazedenin kazadan önceki psikolojik durumuna ilişkin standartlaştırılmış veriler elde etmek mümkün olmasa da erken travma sonrası öz-yeterliliğin gerçekten de travma sonrası stres belirtilerinde veya travma sonrası semptomlarda bir artışı öngören geçerli bir risk göstergesi olarak alınabileceği belirtilebilir. Dolayısıyla özyeterliliği yüksek bireylerin travma sonrasında kolay toparlandıkları, TSSB yaşamadıkları veya daha hafif ve kısa şekilde yaşadıkları söylenebilir.

3 YÖNTEM

Araştırmanın bu kısmında, araştırmanın modeli, hipotezleri, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları olan Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeğine yönelik tanımlayıcı ve istatistiki bilgiler ile verilerin analizi ve normallik testi detaylı olarak anlatılmıştır.

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırma 18 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerine çocukluk çağı travmaları, kısa semptom envanteri, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, psikolojik dayanıklılık, özyeterlilik düzeylerinin ölçülmesi ve bu kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere yapısal eşitlik modeline göre tasarlanmış nicel bir çalışma olacaktır. Bu kapsam hazırlanan teorik model Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 3. 1. Araştırmanın Modeli

Araştırma bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenlerden oluşmaktadır. Bağımsız değişken çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları, bağımlı değişkenler kısa semptom envanteri, travma sonrası stres bozukluğu ve alt boyutları ve aracı değişkenler ise

psikolojik dayanıklılık, özyeterlilik ve alt boyutları olarak araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenmiştir.

3.2 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça Kısa Semptom Envanteri puanları artmaktadır.

H1a: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri artmaktadır.

H1b: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı artmaktadır.

H2: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça travma sonrası stres belirtileri artmaktadır.

H3: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile kısa semptom envanteri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.

H4: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile kısa semptom envanteri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.

H5: Kadın öğrencilerin çocukluk çağı travma düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.

H6: Kadın öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksek, hostilite düzeyleri ise daha düşüktür.

H7: Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.

H8: Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe çocukluk çağı travma düzeyleri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri artmaktadır.

H9: Yakını tarafından çocukluk çağı istismara maruz kalanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yabancı tarafından maruz kalanlara göre daha fazladır.

H10: Çocukluk çağı istismar sonrası sosyal destek alanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri almayanlara göre daha azdır.

3.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 18 yaş ve üstü üniversite öğrencisi, kadın ve erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Arel Üniversitesi'nden etik kurul onayı talep edilmiştir. 26.02.2020 tarih ve 2020/02 sayılı toplantısında alınan 69396709-050.01.04 sayılı kararına göre çalışmanın etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir (Ek-8). Katılımcıların tamamı araştırmaya katılmadan önce "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" 'nu onaylamışlardır (Ek-1). Daha sonrasında kartopu ve rastgele örneklem yöntemleriyle belirlenmişlerdir. Kartopu örnekleme yönteminde örneklem oluşturma süreci araştırmanın yapılacağı bireylerden birine ulaşarak başlamaktadır. Bu katılımcıyla yapılan görüşme sonunda o katılımcının önerdiği diğer bireylere, o bireylerle görüşme sonrası da onların önerdiği diğer bireylere ulaşılmaktadır. Böylece katılımcı sayısı artarak süreç devam etmektedir. Bu süreç bir süre sonra belli kişiler üzerine odaklanıp örneklem oluşturmaya sonlanmaktadır (Başaran, 2017). Rastgele örneklem yönteminde ise her bir örnekleme birimine eşit seçilme ihtimalinin verilmesiyle (seçilen birimin yerine konulmasıyla) seçilen birimlerin örnekleme alındığı türdür. Bu örnekleme türünde evrendeki tüm birimlerin örnekleme seçilme olasılığı aynıdır. Dolayısıyla da örnekleme seçilen bir birimin seçimi diğer birimlerin seçimini etkilememektedir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2018).

Veri toplama işlemi kartopu yöntemi ile online olarak (Google Form) katılımcılara sunulmuştur. Hazırlanan online form Facebook'ta açılmış olan ön-lisans,

lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencilerine yönelik gruplarda, “akademikpersonel.org” isimli web sitesinde ve üniversite öğrencilerinin olduğu Whatsapp gruplarında paylaşılmıştır. Araştırmanın bir diğer yöntemi olan rastgele örneklem seçimi ile İstanbul Küçükçekmece Belediyesi’nden gerekli izinler alındıktan sonra basılı olan formlar, belediye de görev alan ve üniversite öğrencisi olan kişilere iletilmiştir (Ek-9).

Paylaşılan online formlarla 344 üniversite öğrencisine, basılı formlarla ise 40 belediye çalışanına ulaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmanın örneklemi %76,6’sını (n= 294) kadın, %23,4’ünü (n= 90) erkek toplam 384 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların, yaş ortalamasının $29,25 \pm 7,51$ olduğu, öğrencilerin çevre mühendisliği, çocuk gelişimi, hukuk, hemşirelik, halkla ilişkiler, iktisat, ilahiyat, İngilizce öğretmenliği, inşaat mühendisliği, işletme, kamu yönetimi, kimya, lojistik, makine, maliye, matbaa, matematik, psikoloji, peyzaj, radyo ve televizyon, sosyoloji, Türk dili ve edebiyatı, Türkçe öğretmenliği gibi bölümlerde eğitim aldıkları belirlenmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın veri toplama araçlarını, Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeği oluşturmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmaya katılacak üniversite öğrencilerinin sosyo demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olup 14 sorudan oluşmaktadır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği – CTQ: Bernstein ve ark. (1995) tarafından geliştirilen çocukluk çağı travma ölçeği üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Minimizasyon ile ilgili ifadeler (11, 21 ve 25 nolu ifadeler) puanlama yapılırken 5 puan 1 olarak ve diğer puanlar ise 0 olarak kodlanmıştır. Bununla birlikte ölçekte 6 ters soru (4, 6, 12, 15, 18 ve 27 nolu ifadeler) bulunmakta ve ters kodlanmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel istismar (19, 20, 22, 23 ve 26 nolu ifadeler), fiziksel istismar (8,

9, 10, 14 ve 16 nolu ifadeler), emosyonel (duygusal) istismar (2, 7, 13, 17 ve 24 nolu ifadeler) ve emosyonel ihmal (4, 6, 12, 18 ve 27 nolu ifadeler) ve fiziksel ihmalini (1, 3, 5, 15 ve 28 nolu ifadeler) konu alan beş alt ölçek puanı ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri bütün deneklerden oluşan grup için (N=123) 0,93 olarak bulundu. Gutmann yarım test katsayısı ise 0,97 bulundu. CTQ toplam puanının iki hafta ara ile klinik olan ve olmayan denekler üzerinde yapılan test tekrar testinde korelasyon katsayısı 0,90 ($p < 0,001$, N=48) olarak tespit edildi. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları; duygusal istismar alt ölçeğinde 0.90 ($p=0,001$); duygusal ihmal alt ölçeğinde $r=0,85$ ($p < 0,001$), fiziksel istismar alt ölçeğinde 0,90 ($p < 0,001$), cinsel istismar alt ölçeğinde 0,73 ($p < 0,001$), fiziksel ihmal alt ölçeğinde 0,77 ($p < 0,001$) ve minimizasyon için 0,71 ($p < 0,001$) olarak tespit edildi (Şar ve diğerleri, 2011).

Kısa Semptom Envanteri – KSE: Derogotis (1992) tarafından genel psikopatoloji değerlendirmesi yapacak kısa, geçerli ve güvenilir olacak bir ölçeğe ihtiyaç duyulması üzerine geliştirilmiş olan Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventor), likert tipi, bireyin kendisini değerlendirdiği bir envanterdir. Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R' nin kısa formudur. SCL-90-R' nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş olup 5- 10 dakikada uygulanabilen, SCL-90-R ile benzer yapıda olan çok boyutlu bir semptom tarama ölçeği olarak Kısa Semptom Envanteri elde edilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997).

KSE, dokuz alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeksten oluşmuştur. Alt ölçekler, sırası ile Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler, Psikotizm olarak isimlendirilmiştir. Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında KSE'nin Anksiyete (12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49 nolu ifadeler), Depresyon (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39 nolu ifadeler), Olumsuz Benlik (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53 nolu ifadeler), Somatizasyon (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33 nolu ifadeler) ve Hostilite (1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41 nolu ifadeler) olmak üzere beş faktörden oluştuğu bulunmuştur. Global indeksler ise;

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi: Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir.

Belirti toplamı indeksi: 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

Semptom rahatsızlık indeksi: Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği-Kendini Değerlendirme - TSSBÖ-KD: Normal toplumda TSSB belirtilerini Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda yer alan ölçütlerle uyumlu bir şekilde tarayabilmek amacıyla Foa ve ark. (1999) tarafından geliştirilmiştir. TSSBÖKD bir öz değerlendirme ölçeğidir. 0-3 arasında puanlanan 17 maddeden oluşan ölçeğin ilk bölümünde üç alt ölçek vardır. Bu alt ölçekleri; yeniden yaşama (1, 2, 3, 4 ve 5 nolu ifadeler), kaçınma (6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12 nolu ifadeler) ve aşırı uyarılma (13, 14, 15, 16 ve 17 nolu ifadeler) oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, ölçeğin ikinci bölümünde travma sonrası belirtilere bağlı olarak işlevsellikte bozulmayı ölçen dokuz maddelik evet-hayır sorularından oluşan bir alt ölçeği daha vardır. Ölçek toplamı için 0.90 ve alt ölçekler için 0.72-0.82 arasında değişen yüksek iç tutarlılık değerleri hesaplanmıştır. Ölçek toplam puanı için 15 günlük test tekrar-test korelasyonu 0.66'dır (Aydın, Barut, Kalafat, Boysan ve Beşiroğlu, 2012).

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – IIIR: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – IIIR Maddi ve Kobasa (1994) tarafından geliştirilmiş ve Durak (2002) tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği IIIR, bireyin kendisi ve yaşamına ilişkin inançlarını ifade eden 18 maddeden, bağlanma, kontrol ve meydan okuma olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği IIIR, 4'lü Likert tipinde ve 0-3 arasında puanlanan bir ölçektir. 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 15 ve 18 nolu ifadeler ters sorulardır. Ölçek maddeleri (0) hiç doğru değil, (1) biraz doğru, (2) çoğunlukla doğru, (3) çok doğru şeklinde işaretlenmektedir. Psikolojik dayanıklılık ölçeği, doğrudan ifadeler ile tersine puanlanan ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .68 olarak bulunmuştur. Durak (2002) tarafından Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı Alpha =.70 olarak bulunmuş ve yapılan

faktör analizi sonrasında 2, 8, 13, 14, 16 ve 18 nolu ifadeleri analiz dışına bırakmış ve Türk toplumu için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin tek faktörlü olarak değerlendirilmesinin daha uygun olduğunu belirtmiştir.

Özyeterlilik Ölçeği – ÖÖ: Ölçeğin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçek Genel Özyeterlilik (açıklanan varyans %26,5, Cronbach alfa=0,86) ve Sosyal Özyeterlilik (açıklanan varyans %8,5, Cronbach alfa=0,71) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Birinci faktöre yüklenen maddeler özgül bir davranış alanına işaret etmediği için bu faktöre Genel Özyeterlilik başlığının uygun görüldüğü belirtilmiştir. Sosyal Özyeterlilik faktörü ise sosyal durumlardaki yeterlilik beklentilerini yansıtmaktadır. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin sonraki hali beş dereceli Likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir (Sherer ve Adams, Construct validation of the Self-Efficacy Scale, 1983). Çalışmanın son haline Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılarak 17 madde, 3 alt boyut ve ters sorulardan (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17 nolu ifadeler) oluştuğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarını, Başlama (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 ve 17 nolu ifadeler), Yılmama (3, 13, 14, 15 ve 16 nolu ifadeler) ve Sürdürme Çabası-Israr (1, 8 ve 9 nolu ifadeler) oluşturmaktadır. Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından Özyeterlilik Ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0,80 bulunmuş ve alt boyutlarının güvenirlik katsayısı 0,78 -0,81 arasında ve yüksek güvenirlikte olduğu tespit edilmiştir.

3.5 Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 ve AMOS 23.0 programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler belirtilmiş olup ilk olarak Çocukluk Çağı Travmaları, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri, Psikolojik Dayanıklılık ve Özyeterlilik Ölçeklerinin normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir (Tablo 3.1). Ardından Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeğine dönük iç tutarlılık analizi yapılmış, ölçeklerin çalışmada kullanılmasında bir sakıncanın bulunup bulunmadığı ele alınmıştır. Ardından araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerine yönelik kişisel bilgiler frekans analizi ile incelenmiştir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeğine yönelik betimsel analiz sonuçları verilmiştir. Sonrasında; üniversite öğrencilerinin kişisel bilgilerine göre değişkenlerin grup ortalama puanlarının farklılaşma durumu incelenirken normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) kullanılmıştır. Son olarak çocukluk çağı travmaları, kısa semptom envanteri, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik arasında ilişki incelenmiş ve çocukluk çağı travmalarının psikolojik belirtiler ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin aracı rolü YEM ile incelenmiştir. Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Tablo 3. 1. Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek	N	Çarpıklık	Basıklık
Çocukluk Çağı Travmaları	384	,478	1,435
Minimizasyon	384	,261	-,856
Duygusal İstismar	384	,567	1,449
Fiziksel İstismar	384	,193	1,016
Fiziksel İhmal	384	,632	1,447
Duygusal İhmal	384	,678	-,376
Cinsel İstismar	384	,137	1,409
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	384	,627	-,525
Yeniden Yaşama	384	,843	-,218
Kaçınma	384	,610	-,728
Aşırı Uyarılma	384	,424	-,883
İşlevsellikte Bozulma	384	,781	-,760
Kısa Semptom Envanteri	384	,629	-,666
Anksiyete	384	,805	-,349
Depresyon	384	,394	-1,049
Olumsuz Benlik	384	,666	-,709
Somatizasyon	384	1,142	,378
Hostilite	384	,520	-,676

Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	384	,629	-,666
Belirti Toplamı İndeksi	384	-,151	-1,200
Semptom Rahatsızlık İndeksi	384	-,092	-,249
Psikolojik Dayanıklılık	384	-,320	-,212
Özyeterlilik	384	-,585	,098
Başlama	384	-,792	,433
Yılmama	384	-,429	-,183
Sürdürme Çabası-Israr	384	-,297	-,195

Seçer (2005) normal dağılım varsayımının; ‘çarpıklık ve basıklık’ değerleri bakılarak değerlendirmenin daha doğru bir yaklaşım olduğunu değerlendirmiştir. Tabachnick ve Fidell (2013), çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,50 ve -1,50 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul etmektedir. Gerçekleştirilen analizlerin neticesinde değişkenlerin tümünün ifade edilen aralıklarda bulunduğu, aşırı uç değerlerin bulunmadığı ve normal dağılım hipotezini temin ettiği belirlenmiştir, parametrik testlerin uygulanabilirliği neticesine ulaşılmıştır.

4 BULGULAR

Araştırma verilerinin analiz sonuçları bu başlık altında verilmiştir. Bu bölümde verilen analizlerde; iç tutarlılık analizi, katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin betimleyici analizler, ölçeklere ilişkin betimleyici analizler, hipotez testleri ve diğer analizler yer almaktadır.

4.1 İç Tutarlılık Analizi

Çalışmanın bu noktasında; veri toplama vasıtası olarak tercih Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeği ifadeleri toplamda 189 maddeden oluşmakta olup ölçeklere verilen cevaplara göre güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlikle ilgili katsayının değerlendirme ölçütleri aşağıda yer almaktadır;

$0.00 < \alpha < 0.40$ aralığında ise güvenilir değil

$0.40 < \alpha < 0.60$ aralığında ise düşük güvenilirlikte.

$0.60 < \alpha < 0.80$ aralığında ise oldukça güvenilir.

$0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında ise yüksek derecede güvenilir (Özdamar, 1999, s. 513).

Tablo 4. 1. Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizi Bulguları

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Çocukluk Çağı Travmaları	,888	28
Duygusal İstismar	,827	5
Fiziksel İstismar	,776	5
Fiziksel İhmal	,677	5
Duygusal İhmal	,813	5
Cinsel İstismar	,899	5
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	,946	17
Yeniden Yaşama	,922	6
Kaçınma	,868	6
Aşırı Uyarılma	,847	5
İşlevsellikte Bozulma	,897	9
Kısa Semptom Envanteri	,982	53

Anksiyete	,934	13
Depresyon	,948	12
Olumsuz Benlik	,938	12
Somatizasyon	,892	9
Hostilite	,877	7
Psikolojik Dayanıklılık	,774	12
Özyeterlilik	,912	17
Başlama	,882	9
Yılmama	,773	5
Sürdürme Çabası-Israr	,653	3

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin, Kısa Semptom Envanterinin, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeğinin, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin ve Özyeterlilik Ölçeğinin güvenirlik katsayıları incelendiğinde; bu değerlerin sırasıyla 0,888, 0,982, 0,946, 0,774 ve 0,912 olduğu belirlenmiştir. Bu değerler; ölçeklerin araştırma örneklemini içerisinde yüksek derecede güvenilir olduklarını, ölçeklerin güvenilir olduğu ve analizde kullanılmasında bir engelin olmadığını göstermektedir.

4.2 Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimleyici Analizler

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, okuduğu bölüm, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, kiminle yaşadığı, çocukluk döneminde aileden ayrı kalma durumu, çocukluk döneminde olumsuz olay yaşama durumu, istismara maruz kalma durumu, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz olay sonrası destek alma durumu, şu an aileden/çevreden destek alma durumu, psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığın olma ve tedavi olma durumu dağılımları frekans analizi ile incelenmiş ve tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4. 2. Üniversite Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Demografik Özellik	n	%
Yaş	21 Yaş ve Altı	40	10,4
	22-25 Yaş Arası	106	27,6
	26-30 Yaş Arası	105	27,3
	31-35 Yaş Arası	58	15,1
	36-40 Yaş Arası	39	10,2
	41 yaş ve üstü	36	9,4
	Toplam	384	100,0
Cinsiyet	Kadın	294	76,6

	Erkek	90	23,4
	Toplam	384	100,0
Medeni Durumu	Evli	137	35,7
	Bekar	230	59,9
	Boşanmış/Dul	17	4,4
	Toplam	384	100,0
Çalışma Durumu	Evet	234	60,9
	Hayır	150	39,1
	Toplam	384	100,0
Algılanan Gelir Düzeyi	Üst	21	5,5
	Orta	308	80,2
	Alt	55	14,3
	Toplam	384	100,0
Kiminle Yaşadığı	Tek başına	50	13,0
	Anne, baba, kardeş ile	178	46,4
	Arkadaş ile	12	3,1
	Eş, Sevgili ile	133	34,6
	Akrabalar ile	6	1,6
	Yurtta	5	1,3
	Toplam	384	100,0

Tablo 4.2’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, %27,6’sının 22-25 yaşlarında, %76,6’sının kadın ve %59,9’unun bekar olduğu görülmektedir. Ayrıca üniversite öğrencilerinin çevre mühendisliği, çocuk gelişimi, hukuk, hemşirelik, halkla ilişkiler, iktisat, ilahiyat, İngilizce öğretmenliği, inşaat mühendisliği, işletme, kamu yönetimi, kimya, lojistik, makine, maliye, matbaa, matematik, psikoloji, peyzaj, radyo ve televizyon, sosyoloji, Türk dili ve edebiyatı, Türkçe öğretmenliği gibi bölümlerde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte üniversite öğrencilerinin %60,9’u çalıştığını, %80,2’si orta seviye gelirin olduğunu ve %46,4’ü anne, baba ve kardeşi ile yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4. 3. Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Döneminde Aileden Ayrı Kalmaya Dair Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı

	Demografik Özellik	n	%
Çocukluk Döneminde Aileden Ayrı Kalma Durumu	Evet	84	21,9
	Hayır	300	78,1
	Toplam	384	100,0
	Anne ve baba	43	51,2

Ayrı Kaldığını Belirtenlerin Ayrı Kaldıkları Ebeveyni	Anne	8	9,5
	Baba	33	39,3
	Toplam	84	100,0
Ayrı Kalma süresi	1 Yıl	28	33,3
	2 Yıl ve Üstü	56	67,7
	Toplam	84	100,0
Ayrı Kalınan Sürenin Kiminle Geçirildiği	Anneanne/Dede	19	22,6
	Babaanne/Dede	7	8,3
	Diğer Aile Fertleriyle	42	50,0
	Diğer Akrabalar	5	5,9
	Yalnız/Arkadaşlarla	3	3,6
	Yurtta ve işte	8	9,6
	Toplam	84	100,0

Tablo 4.3'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin %78,1'i çocukluk döneminde anne ve babadan ayrı kalmazken %21,9'nun ayrı kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca bebeklik/çocukluk döneminde anne ve babadan ayrı kalan üniversite öğrencilerinin %51,2'sinin hem anneden hem de babadan ayrı kaldığı, %67,7'sinin 2 yılın üzerinde ayrı kaldığı ve %50'sinin diğer aile fertleriyle birlikte yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4. 4. Üniversite Öğrencilerinin İstismara Maruz Kalmaya Dair Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı

	Demografik Özellik	n	%
İstismara Maruz Kalma	Evet	126	32,8
	Hayır	258	67,2
	Toplam	384	100,0
İstismar Türü	Cinsel	55	43,7
	Fiziksel	18	14,2
	Psikolojik	53	42,1
	Toplam	126	100,0
Kim Tarafından	Baba/anne	40	31,8
	Yakın akraba (amca, dayı, teyze, hala, büyükanne, büyükbaba)	20	15,9
	Kardeş	3	2,4
	Öğretmen	2	1,6
	Tanıdık (komşu, esnaf, arkadaş vb)	45	35,7
	Yabancı	16	12,6
	Toplam	126	100,0
Yaşanan Yaş	Ort±SS (Min;Maks)		

Tablo 4.4'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin %67,2'si istismara maruz kalmazken %32,8'inin istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin %43,7'sinin cinsel istismara maruz kaldığı, %31,8'inin anne/baba tarafından istismar edildiği ve istismara uğradıkları yaşların ortalamasının 9,78±4,13 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 5. Üniversite Öğrencilerinin Olumsuz Bir Olay Sonrasında Destek Alma Durumu Dağılımı

	Demografik Özellik	F	%
Olumsuz Bir Olay Sonrasında Destek Alma	Evet psikolojik destek aldım	14	11,1
	Evet çevremden (ailem/arkadaşlarım /okulum vb.) sosyal destek gördüm	13	10,3
	Hayır	99	78,6
	Toplam	126	100,0

Tablo 4.5'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; çocukluk döneminde istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin %78,6'sı çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz/örseleyici olay sorası destek almadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 6. Üniversite Öğrencilerinin Aileden/Çevreden Şu An Destek Alma Durumu Dağılımı

	Demografik Özellik	F	%
Aileden/Çevreden Şu An Destek Alma	Evet	291	75,8
	Hayır	93	24,2
	Toplam	384	100,0

Tablo 4.6'da yapılan frekans analizi neticelerine göre; araştırmaya dahil edilen üniversite öğrencilerinin %75,8'sinin şuan aileden veya çevreden bekledikleri desteği gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4. 7. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik/Psikiyatrik Rahatsızlığa Dair Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı

	Demografik Özellik	n	%
Psikolojik/Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumu	Hayır	316	82,3
	Evet	68	17,7
	Toplam	384	100,0
	Anksiyete ve depresyon	47	69,1

	Obsesif kompulsif bozukluk	5	7,3
	Panik atak	8	11,8
	Diğer *	8	11,8
	Toplam	68	100,0
Tedavi Görme	Evet	28	30,1
	Hayır	40	69,9
	Toplam	68	100,0

Diğer* yeme bozukluğu gibi rahatsızlıkları belirtmişlerdir.

Tablo 4.7’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin %82,3’ünün psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı bulunmazken %17,7’sinin psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı olan üniversite öğrencilerinin %69,1’inin anksiyete ve depresyon rahatsızlığı olduğu ve %69,9’unun tedavi görmediği saptanmıştır.

4.3 Ölçeklere İlişkin Betimleyici Analizler

Araştırmanın değişkenleri; Çocukluk Çağı Travmaları ve alt boyutlarından Minimizasyon, Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar; Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri ve alt boyutlarından Yeniden Yaşama, Kaçınma, Aşırı Uyarılma ve İşlevsellikte Bozulma; Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutları ile indekslerinden Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplamı İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi; Psikolojik Dayanıklılık; Özyeterlilik ve alt boyutlarından Başlama, Yılmama ve Sürdürme Çabası-Israr dan oluşmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistikler verilecektir.

Tablo 4. 8. Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları

Ölçek	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
Çocukluk Çağı Travmaları	384	26,00	96,00	42,03	13,58
Minimizasyon	384	1,00	7,00	3,30	1,63
Duygusal İstismar	384	5,00	25,00	8,62	4,34
Fiziksel İstismar	384	4,00	20,00	4,97	2,25
Fiziksel İhmal	384	4,00	16,00	6,68	2,22
Duygusal İhmal	384	5,00	25,00	11,28	4,73
Cinsel İstismar	384	5,00	24,00	7,17	4,25
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	384	,00	49,00	15,95	13,21

Yeniden Yaşama	384	,00	18,00	5,09	5,14
Kaçınma	384	,00	18,00	5,45	5,03
Aşırı Uyarılma	384	,00	15,00	5,40	4,30
İşlevsellikte Bozulma	384	,00	9,00	2,67	3,01
Kısa Semptom Envanteri	384	,00	199,00	65,44	52,62
Anksiyete	384	,00	52,00	14,59	13,27
Depresyon	384	,00	48,00	18,29	14,05
Olumsuz Benlik	384	,00	48,00	15,30	13,24
Somatizasyon	384	,00	34,00	7,72	8,17
Hostilite	384	,00	28,00	9,54	7,24
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	384	,00	3,75	1,23	,99
Belirti Toplamı İndeksi	384	,00	53,00	27,62	16,26
Semptom Rahatsızlık İndeksi	384	,00	3,91	2,01	,85
Psikolojik Dayanıklılık	384	5,00	36,00	22,26	5,96
Özyeterlilik	384	21,00	85,00	61,72	13,07
Başlama	384	9,00	45,00	33,02	7,84
Yılmama	384	5,00	25,00	17,91	4,27
Sürdürme Çabası-Israr	384	3,00	15,00	10,78	2,51

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $42,03 \pm 13,58$, en az puanı 26,00 ve en fazla puanı 96,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca üniversite öğrencileri tarafından çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $8,62 \pm 4,34$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 25,00, fiziksel istismar ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $4,97 \pm 2,25$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 20,00, cinsel istismar ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $7,17 \pm 4,25$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 24,00, fiziksel ihmal ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $6,68 \pm 2,22$, en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 16,00 ve duygusal ihmal ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $11,28 \pm 4,73$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 25,00 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte minimizasyon toplam puan ortalaması $3,30 \pm 1,63$ 'dür.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeğinin toplam puan ortalaması $15,95 \pm 13,21$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 49,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca üniversite öğrencileri tarafından travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinden yeniden yaşama ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $5,09 \pm 5,14$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 18,00,

kaçınma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $5,45 \pm 5,03$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 18,00, aşırı uyarılma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $5,40 \pm 4,30$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 15,00 ve işlevsellikte bozulma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $2,67 \pm 3,01$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 8,00 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin kısa semptom envanteri ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $65,44 \pm 52,62$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 199,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca üniversite öğrencileri tarafından kısa semptom envanteri alt boyutlarından anksiyete ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $14,59 \pm 13,27$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 52,00, depresyon ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $18,29 \pm 14,05$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 48,00, olumsuz benlik ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $15,30 \pm 13,24$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 48,00, somatizasyon ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $7,72 \pm 8,17$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 34,00 ve hostilite ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $9,54 \pm 7,24$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 28,00 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte üniversite öğrencilerinin kısa semptom envanteri indekslerinden rahatsızlık ciddiyeti indeksinden almış olduğu ortalama puan $1,23 \pm 0,99$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 3,75, belirti toplamı indeksinden almış olduğu ortalama puan $27,62 \pm 16,26$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 53,00 ve semptom rahatsızlık indeksinden almış olduğu ortalama puan $2,01 \pm 0,85$, en az puanı ,00 ve en fazla puanı 3,91 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $22,26 \pm 5,96$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 36,00 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin özyeterlilik ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $61,72 \pm 13,07$, en az puanı 21,00 ve en fazla puanı 85,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca üniversite öğrencileri tarafından özyeterlilik alt boyutlarından başlama ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $33,02 \pm 7,84$, en az puanı 9,00 ve en fazla puanı 45,00, yılmama ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $17,91 \pm 4,27$, en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 25,00 ve sürdürme çabası-ısrar ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması $10,78 \pm 2,51$, en az puanı 3,00 ve en fazla puanı 15,00 olarak tespit edilmiştir.

4.4 Hipotezlerin Sınanması

H1: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça Kısa Semptom Envanteri puanları artmaktadır.

H1a: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri artmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ile Kısa Semptom Envanteri toplam puan ve alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4. 9. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	Kısa Semptom Envanteri	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	$r_f,573$ $p,000^*$	,543 ,000*	,525 ,000*	,579 ,000*	,544 ,000*	,481 ,000*
Duygusal İstismar	$r_f,572$ $p,000^*$	,537 ,000*	,524 ,000*	,582 ,000*	,529 ,000*	,495 ,000*
Fiziksel İstismar	$r_f,457$ $p,000^*$	,439 ,000*	,394 ,000*	,434 ,000*	,500 ,000*	,394 ,000*
Fiziksel İhmal	$r_f,368$ $p,000^*$	,347 ,000*	,331 ,000*	,363 ,000*	,364 ,000*	,323 ,000*
Duygusal İhmal	$r_f,510$ $p,000^*$	,468 ,000*	,496 ,000*	,526 ,000*	,425 ,000*	,444 ,000*
Cinsel İstismar	$r_f,333$ $p,000^*$	,336 ,000*	,296 ,000*	,338 ,000*	,336 ,000*	,233 ,000*

* $p<0,001$

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, çocukluk çağı travmalarıyla kısa semptom envanteri toplam puanı ($r_p= 0,573$, $p<0,001$), anksiyete ($r=0,543$, $p<0,001$), depresyon ($r=0,525$, $p<0,001$), olumsuz benlik ($r=0,579$, $p<0,001$), somatizasyon ($r=0,544$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,481$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Katılımcıların duygusal istismar yaşantıları ile kısa semptom envanteri toplam puanı ($r_p= 0,572$, $p<0,001$), anksiyete ($r=0,537$, $p<0,001$), depresyon ($r=0,524$,

$p<0,001$), olumsuz benlik ($r=0,582$, $p<0,001$), somatizasyon ($r=0,529$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,495$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin duygusal istismar yaşantıları arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Katılımcıların fiziksel istismar yaşantıları ile kısa semptom envanteri toplam puanı ($r_p=0,457$, $p<0,001$), anksiyete ($r=0,439$, $p<0,001$), depresyon ($r=0,394$, $p<0,001$), olumsuz benlik ($r=0,434$, $p<0,001$), somatizasyon ($r=0,500$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,394$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin fiziksel istismar yaşantıları arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Katılımcıların fiziksel ihmal yaşantıları ile kısa semptom envanteri toplam puanı ($r_p=0,368$, $p<0,001$), olumsuz benlik ($r=0,363$, $p<0,001$), somatizasyon ($r=0,364$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde, anksiyete ($r=0,347$, $p<0,001$), depresyon ($r=0,331$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,323$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin fiziksel ihmal yaşantıları arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Katılımcıların duygusal ihmal yaşantıları ile kısa semptom envanteri toplam puanı ($r_p=0,510$, $p<0,001$), anksiyete ($r=0,468$, $p<0,001$), depresyon ($r=0,496$, $p<0,001$), olumsuz benlik ($r=0,526$, $p<0,001$), somatizasyon ($r=0,425$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,444$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin duygusal ihmal yaşantıları arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Katılımcıların cinsel istismar yaşantıları ile kısa semptom envanteri toplam puanı ($r_p=0,333$, $p<0,001$), anksiyete ($r=0,336$, $p<0,001$), depresyon ($r=0,296$, $p<0,001$), olumsuz benlik ($r=0,338$, $p<0,001$), somatizasyon ($r=0,336$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,233$, $p<0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin cinsel istismar yaşantıları arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır. Bu sonuca göre “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça Kısa Semptom Envanteri puanları artmaktadır.” yönündeki birinci hipotezimiz desteklenmiştir.

Tablo 4. 10. Çocukluk Çağı Travmalarının Kısa Semptom Envanteri Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişkenler																			
Kısa Semptom Envanteri			Anksiyete			Depresyon			Olumsuz Benlik			Somatizasyon			Hostilite				
Bağımsız Değişkenler	β	F	R²	B	F	R²	β	F	R²	B	F	R²	β	F	R²	β	F	R²	
Çocukluk Çağı Travması	,57 3*	87,09 2*	,32 9																
Duygusal İstismar				,35 1*			,31 2*			,38 8*			,34 1*			,31 3*			
Fiziksel İstismar				,14 9*			,09 5			,10 0			,25 8*			,14 1*			
Fiziksel İhmal				- ,07 0	36,73 9*	,32 7	- ,08 9	34,19 4*	,31 1	- ,09 2	45,41 3*	,37 5	- ,03 0	38,72 0*	,33 9	- ,04 8	27,69 9*	,26 8	
Duygusal İhmal				,11 9			,23 3*			,19 4*			,00 8			,15 9*			
Cinsel İstismar				,12 3*			,08 2			,11 0*			,10 9*			,01 4			

*p<0,05

Çocukluk çağı travmalarının kısa semptom envanteri üzerindeki etkisini belirlemek için altı regresyon modeli hazırlanmış ve oluşturulan modellerin her birinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.10). Çocukluk çağı travmalarının, kısa semptom envanterinin varyansının %32,9'unu açıklayabildiği ve çocukluk çağı travmalarının, kısa semptom envanterini ($\beta=0,573$, $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı saptanmıştır.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, anksiyetenin varyansının %32,7'sini açıklayabildiği ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar anksiyeteyi pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel ihmal ve duygusal ihmal anksiyeteyi anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, anksiyete üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, depresyonun varyansının %31,1'ini açıklayabildiği ve duygusal istismar ve duygusal ihmal depresyonu pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar depresyonu anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, depresyon üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, olumsuz benliğin varyansının %37,5'ini açıklayabildiği ve duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismarın olumsuz benliği pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel istismar ve fiziksel ihmal olumsuz benliği anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, olumsuz benlik üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, somatizasyonun varyansının %33,9'unu açıklayabildiği ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarın somatizasyonu pozitif yönde ve anlamlı yordarken duygusal ihmal ve fiziksel ihmal somatizasyonu anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, somatizasyon üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, hostilitenin varyansının %26,8'ini açıklayabildiği ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmalin hostileteyi pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel ihmal ve cinsel istismar hostileteyi anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, hostilete üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

H1b: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı artmaktadır.

Tablo 4. 11. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Global İndeks Arasındaki İlişki

	Rahatsızlık Ciddiyeti	Belirti Toplamı	Semptom Rahatsızlık
Çocukluk Çağı Travmaları	r_p ,573 P ,000*	,513 ,000*	,464 ,000*
Duygusal İstismar	r_p ,572 P ,000*	,516 ,000*	,465 ,000*
Fiziksel İstismar	r_p ,457 P ,000*	,396 ,000*	,329 ,000*
Fiziksel İhmal	r_p ,368 P ,000*	,353 ,000*	,270 ,000*
Duygusal İhmal	r_p ,510 P ,000*	,473 ,000*	,442 ,000*
Cinsel İstismar	r_p ,333 P ,000*	,274 ,000*	,272 ,000*

* $p < 0,001$

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, çocukluk çağı travmalarıyla rahatsızlık ciddiyeti ($r_p = 0,573$, $p < 0,001$), belirti toplamı ($r_p = 0,513$, $p < 0,001$) ve semptom rahatsızlık ($r_p = 0,464$, $p < 0,001$) global indeks puanları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, duygusal istismar düzeyleriyle rahatsızlık ciddiyeti ($r_p = 0,572$, $p < 0,001$), belirti toplamı ($r_p = 0,516$, $p < 0,001$) ve semptom rahatsızlık ($r_p = 0,465$, $p < 0,001$) global indeks puanları arasında

pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin duygusal istismar düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, fiziksel istismar düzeyleriyle rahatsızlık ciddiyeti ($r_p = 0,457$, $p < 0,001$), belirti toplamı ($r_p = 0,396$, $p < 0,001$) ve semptom rahatsızlık ($r_p = 0,329$, $p < 0,001$) global indeks puanları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin fiziksel istismar düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, cinsel istismar düzeyleriyle rahatsızlık ciddiyeti ($r_p = 0,333$, $p < 0,001$), belirti toplamı ($r_p = 0,274$, $p < 0,001$) ve semptom rahatsızlık ($r_p = 0,272$, $p < 0,001$) global indeks puanları arasında pozitif yönlü ve düşük ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin cinsel istismar düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, fiziksel ihmal düzeyleriyle rahatsızlık ciddiyeti ($r_p = 0,368$, $p < 0,001$), belirti toplamı ($r_p = 0,353$, $p < 0,001$) ve semptom rahatsızlık ($r_p = 0,270$, $p < 0,001$) global indeks puanları arasında pozitif yönlü ve düşük ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin fiziksel ihmal düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, duygusal ihmal düzeyleriyle rahatsızlık ciddiyeti ($r_p = 0,510$, $p < 0,001$), belirti toplamı ($r_p = 0,473$, $p < 0,001$) ve semptom rahatsızlık ($r_p = 0,442$, $p < 0,001$) global indeks puanları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin duygusal ihmal düzeyleri arttıkça rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları artmaktadır.

Tablo 4. 12. Çocukluk Çağı Travmalarının Kısa Semptom İndeksleri Üzerindeki Etkisi

	Bağımlı Değişkenler								
	Rahatsızlık Ciddiyeti			Belirti Toplamı			Semptom Rahatsızlık		
Bağımsız Değişkenler	β	F	R ²	β	F	R ²	β	F	R ²
Duygusal İstismar	,366*			,315*			,295*		
Fiziksel İstismar	,148*			,103			,056		
Fiziksel İhmal	-,076	45,532*	,365	-,026	31,213*	,292	-,121	25,155*	,250
Duygusal İhmal	,164*			,175*			,227*		
Cinsel İstismar	,099*			,054			,096		

*p<0,05

Çocukluk çağı travmalarının kısa semptom indeksleri üzerindeki etkisini belirlemek için üç regresyon modeli hazırlanmış ve oluşturulan modellerin her birinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.12).

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, rahatsızlık ciddiyetinin varyansının %36,5'ini açıklayabildiği ve duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar rahatsızlık ciddiyetini pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel ihmal rahatsızlık ciddiyetini anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, rahatsızlık ciddiyeti üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, belirti toplamının varyansının %29,2'sini açıklayabildiği ve duygusal istismar ve duygusal ihmal belirti toplamını pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar belirti toplamını anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, belirti toplamı üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, semptom rahatsızlığının varyansının %25,0'ini açıklayabildiği ve duygusal istismar ve duygusal ihmal semptom rahatsızlığı pozitif yönde ve anlamlı yordarken

fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar semptom rahatsızlığı anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, semptom rahatsızlık üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

H2: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça travma sonrası stres belirtileri artmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişki Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 4. 13. Çocukluk Çağı Travmaları ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Arasındaki İlişki

		Travma Sonrası Stres Belirtileri	Yeniden Yaşama	Kaçınma	Aşırı Uyarılma	İşlevsellikte Bozulma
Çocukluk Travmaları	Çağı	$r_p,624$ $p,000^*$	,597 ,000*	,598 ,000*	,503 ,000*	,537 ,000*
Duygusal İstismar		$r_p,618$ $p,000^*$	,586 ,000*	,578 ,000*	,519 ,000*	,530 ,000*
Fiziksel İstismar		$r_p,481$ $p,000^*$	,448 ,000*	,453 ,000*	,412 ,000*	,426 ,000*
Fiziksel İhmal		$r_p,401$ $p,000^*$	,374 ,000*	,378 ,000*	,341 ,000*	,387 ,000*
Duygusal İhmal		$r_p,545$ $p,000^*$	,499 ,000*	,533 ,000*	,452 ,000*	,503 ,000*
Cinsel İstismar		$r_p,390$	,414	,385	,250	,268

*p<0,001

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, çocukluk çağı travmalarıyla travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ($r_p = 0,624$, $p < 0,001$), yeniden yaşama ($r_p = 0,597$, $p < 0,001$), kaçınma ($r_p = 0,598$, $p < 0,001$), aşırı uyarılma ($r_p = 0,503$, $p < 0,001$) ve işlevsellikte bozulma ($r_p = 0,537$, $p < 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, duygusal istismar düzeyleriyle travmalarıyla travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ($r_p = 0,618$, $p < 0,001$), yeniden yaşama ($r_p = 0,586$, $p < 0,001$), kaçınma ($r_p = 0,578$, $p < 0,001$), aşırı uyarılma ($r_p = 0,519$, $p < 0,001$) ve işlevsellikte bozulma ($r_p = 0,530$, $p < 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin duygusal istismar düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, fiziksel istismar düzeyleriyle travmalarıyla travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ($r_p = 0,481$, $p < 0,001$), yeniden yaşama ($r_p = 0,448$, $p < 0,001$), kaçınma ($r_p = 0,453$, $p < 0,001$), aşırı uyarılma ($r_p = 0,412$, $p < 0,001$) ve işlevsellikte bozulma ($r_p = 0,426$, $p < 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin fiziksel istismar düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, cinsel istismar düzeyleriyle travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ($r_p = 0,390$, $p < 0,001$), yeniden yaşama ($r_p = 0,414$, $p < 0,001$), kaçınma ($r_p = 0,385$, $p < 0,001$), aşırı uyarılma ($r_p = 0,250$, $p < 0,001$) ve işlevsellikte bozulma ($r_p = 0,268$, $p < 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve düşük ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin cinsel istismar düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, fiziksel ihmal düzeyleriyle travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ($r_p = 0,401$, $p < 0,001$), yeniden yaşama ($r_p = 0,374$, $p < 0,001$), kaçınma ($r_p = 0,378$, $p < 0,001$), aşırı uyarılma ($r_p = 0,341$, $p < 0,001$) ve işlevsellikte bozulma ($r_p = 0,387$, $p < 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin fiziksel ihmal düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, duygusal ihmal düzeyleriyle travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ($r_p = 0,545$, $p < 0,001$), yeniden yaşama ($r_p = 0,499$, $p < 0,001$), kaçınma ($r_p = 0,533$, $p < 0,001$), aşırı uyarılma ($r_p = 0,452$, $p < 0,001$) ve işlevsellikte bozulma ($r_p = 0,503$, $p < 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin duygusal ihmal düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır.

Tablo 4. 14. Çocukluk Çağı Travmalarının Travma Sonrası Stres Belirtileri Üzerindeki Etkisi

Bağımlı Değişken															
Bağımsız Değişkenler	Travma Sonrası Stres Belirtileri			Yeniden Yaşama			Kaçınma			Aşırı Uyarılma			İşlevsellikte Bozulma		
	β	F	R ²	β	F	R ²	β	F	R ²	β	F	R ²	β	F	R ²
Çocukluk Çağı Travmaları	,624*	43,541*	,389												
Duygusal İstismar				,423*			,343*			,348*			,276*		
Fiziksel İstismar				,094			,116*			,143*			,135*		
Fiziksel İhmal				-,073	49,550*	,396	-,082	48,149*	,389	-,037	30,939*	,290	,003	35,220*	,318
Duygusal İhmal				,094			,201*			,127			,211*		
Cinsel İstismar				,207*			,161*			,025			,025		

*p<0,05

Çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres belirtileri üzerindeki etkisini belirlemek için beş regresyon modeli hazırlanmış ve oluşturulan modellerin her birinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.14). Çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres belirtilerinin varyansının %38,9'unu açıklayabildiği ve çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres belirtilerini ($\beta=0,624$, $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı saptanmıştır.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, yeniden yaşamının varyansının %39,6'sını açıklayabildiği ve duygusal istismar ve cinsel istismar yeniden yaşamayı pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal yeniden yaşamayı anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, yeniden yaşama üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, kaçınmanın varyansının %38,9'unu açıklayabildiği ve duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar kaçınmayı pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel ihmal kaçınmayı anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, kaçınma üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, aşırı uyarılmanın varyansının %29,0'unu açıklayabildiği ve duygusal istismar ve fiziksel istismar aşırı uyarılmayı pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar aşırı uyarılmayı anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, aşırı uyarılma üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, işlevsellikte bozulmanın varyansının %27,6'sını açıklayabildiği ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal işlevsellikte bozulmayı pozitif yönde ve anlamlı yordarken fiziksel ihmal ve cinsel istismar işlevsellikte bozulmayı anlamlı yordamadığı saptanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, işlevsellikte bozulma üzerinde en büyük etkisi olan değişken olduğu söylenebilir.

Hipotez 3: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile kısa semptom envanteri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.

Hipotez 3a: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.

Hipotez 3b: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.

Hipotez 4: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile kısa semptom envanteri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.

Hipotez 4a: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.

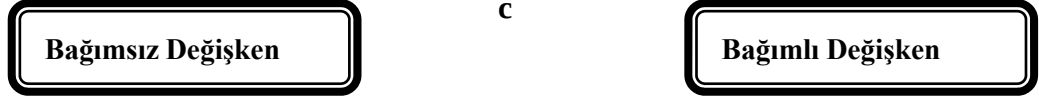
Hipotez 4b: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.

Hipotez 3 ve Hipotez 4'ün analizlerinde AMOS 23 programı kullanılmış ve path (yol) analizi oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan teorik model Şekil 2'de sunulmuştur.

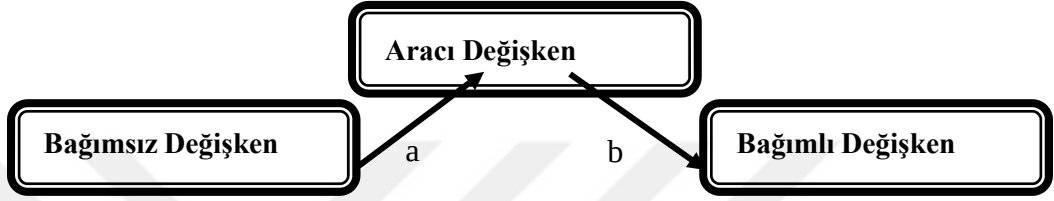
Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen aracılık rolü üç basamakta test edilir. Birinci basamakta II. modelde gösterilen a ve b regresyon katsayılarının anlamlı olması gerekmektedir. İkinci basamakta III. modelde yer alan b regresyon katsayısının anlamlı olup olmadığı incelenir. Son basamakta ise III. modelde yer alan bağımsız değişkenin sonuç değişkeniyle direkt ilişkisinin I. modelde belirlenen ilişkiden daha az önemli olması gerekmektedir. Bununla birlikte I. modelde gösterilen c regresyon katsayısının da anlamlı olması gerekmektedir (Gürbüz ve Bayık, 2018). Bu kapsamda 4 aracılık modeli oluşturulmuştur. Araştırma kapsamında regresyon katsayıları değerlendirilirken, karışıklığa sebep vermemek amacıyla a, b ve c ile ifade edilen regresyon katsayıları aynı zamanda a, b ve c yolu olarak ifade edilmiştir. Şekil 4.1'de

sunulan teorik modele göre AMOS 23 programı kullanılarak YEM oluşturulmuştur. Tekrara yer vermemek ve karışıklığa sebep olmamak amacıyla elde edilen YEM çıktıları sunulmamıştır.

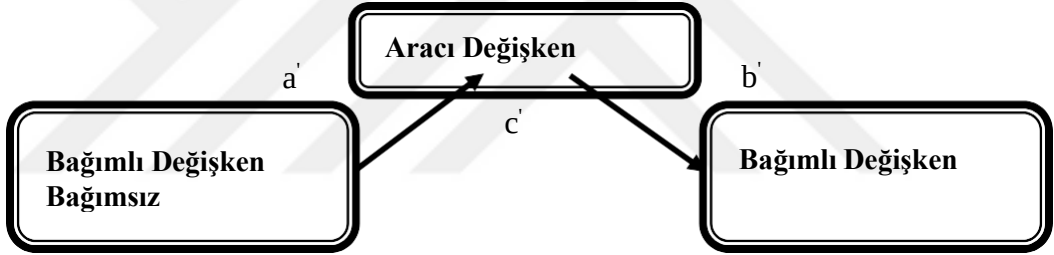
MODEL 1



MODEL 2



MODEL 3



Şekil 4. 1. Araştırmanın Teorik Modeline İlişkin Yol Diyagramı

Hipotez 3a: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanaklılığın aracı rolü vardır.

Araştırmanın bu bölümde çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanaklılığın aracı rolü AMOS 23 programı ile incelenmiş olup analiz sonuçları Tablo 4.15’de sunulmuştur.

Tablo 4. 15. Çocukluk Çağı Travmaları ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanaklılığın Aracı Rolü

Egzojen Değişken	Std. Reg. Kats.	P	R ²	Endojen Değişken	Aşama Sağlama
------------------	-----------------------	---	----------------	---------------------	------------------

					Drumu/Hipotez Sonucu
Çocukluk Çağı Travmaları (a yolu)		-,273	,000	,075	Psikolojik Dayanıklılık a yolu sağlandı
Psikolojik Dayanıklılık (b yolu)					Travma Sonrası Stres Bozukluğu b yolu sağlandı
Çocukluk Çağı Travmaları (c yolu)		-,465	,000	,216	Travma Sonrası Stres Bozukluğu c yolu sağlandı
Psikolojik Dayanıklılık (b' yolu)					Travma Sonrası Stres Bozukluğu Hipotez Kabul
Çocukluk Çağı Travmaları (c' yolu)		,624	,000	,389	
Çocukluk Çağı Travmaları (b' yolu)		-,318	,000		
Çocukluk Çağı Travmaları (c' yolu)		,537	,000	,483	

Tablo 4.15'deki analiz sonuçları irdelendiğinde; çocukluk çağı travmalarının, psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,273, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının, psikolojik dayanıklılığın varyansının %7,5'ini açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre a yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik dayanıklılığın travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,465, $p < 0.001$) ve psikolojik dayanıklılığın, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %21,6'sını açıklayabildiği saptanmıştır. Bu sonuca göre b yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Son olarak çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: 0,624, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %38,9'unu açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre c yolunun sağlandığı belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,318, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,537, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %48,3'ünü açıklayabildiği belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinde standardize edilmiş regresyon katsayılarının değişimi incelendiğinde ise 0,624'den

0,537'ye düştüğü görülmektedir. Sonuç olarak; çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.” yönündeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 3b: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.

Araştırmanın bu bölümde çocukluk çağı travmaları ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü AMOS 23 programı ile incelenmiş olup analiz sonuçları Tablo 4.16’da sunulmuştur.

Tablo 4. 16. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Rolü

Egzojen Değişken	Std. Reg. Kats.	P	R ²	Endojen Değişken	Aşama Sağlama Drumu
Çocukluk Çağı Travmaları(a yolu)	-,273	,000	,075	Psikolojik Dayanıklılık Kısa	a yolu sağlandı
Psikolojik Dayanıklılık (b yolu)	-,563	,000	,317	Semptom Envanteri	b yolu sağlandı
Çocukluk Çağı Travmaları (c yolu)	,573	,000	,329	Kısa Semptom Envanteri	c yolu sağlandı
Psikolojik Dayanıklılık (b' yolu)	-,439	,000		Kısa Semptom Envanteri	b yolu sağlandı
Çocukluk Çağı Travmaları(c' yolu)	,453	,000	,507		c yolu sağlanmadı

Tablo 4.16’daki analiz sonuçları irdelendiğinde; çocukluk çağı travmalarının. psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,273, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının, psikolojik dayanıklılığın varyansının %7,5’ini açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre a yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik dayanıklılığın Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,563, $p < 0.001$) ve psikolojik dayanıklılığın, kısa semptom envanterinin varyansının

%31,7'sini açıklayabildiği saptanmıştır. Bu sonuca göre b yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Son olarak çocukluk çağı travmalarının, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.:0,573, $p<0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %32,9'unu açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre c yolunun sağlandığı belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,439, $p<0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,453, $p<0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %50,7'sini açıklayabildiği belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının, kısa semptom envanteri üzerindeki etkisinde standardize edilmiş regresyon katsayılarının değişimi incelendiğinde ise 0,573'den 0,453'e düştüğü görülmektedir. Sonuç olarak; çocukluk çağı travmaları ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.” yönündeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 4a: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.

Araştırmanın bu bölümde çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü AMOS 23 programı ile incelenmiş olup analiz sonuçları Tablo 4.17'de sunulmuştur.

Tablo 4. 17. Çocukluk Çağı Travmaları ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Özyeterliliğin Aracı Rolü

Egzojen Değişken		Std. Reg. Kats.	P	R ²	Endojen Değişken	Aşama Sağlama Drumu
Çocukluk Travmaları (a yolu)	Çağı	-,247	,000	,061	Özyeterlilik	a yolu sağlandı

Özyeterlilik		-,367	,000	,135	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Travma	b yolu sağlandı
(b yolu)						
Çocukluk Çağı		,624	,000	,389	Sonrası Stres Bozukluğu	c yolu sağlandı
Travmaları(c yolu)						
Özyeterlilik		-,227	,000		Travma Sonrası Stres Bozukluğu	b yolu sağlandı
(b' yolu)	Çocukluk Çağı					
Travmaları(c' yolu)		,568	,000	,438	Stres Bozukluğu	c yolu sağlanmadı

Tablo 4.17’de analiz sonuçları irdelendiğinde; çocukluk çağı travmalarının, özyeterlilik üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,247, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının, özyeterliliğin varyansının %6,1’ini açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre a yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca özyeterliliğin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,367, $p < 0.001$) ve özyeterliliğin, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %13,5’ini açıklayabildiği saptanmıştır. Bu sonuca göre b yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Son olarak çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: 0,624, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %38,9’unu açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre c yolunun sağlandığı belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının ve özyeterliliğin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,227, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,568, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve özyeterliliğin, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %43,8’ini açıklayabildiği belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinde standardize edilmiş regresyon katsayılarının değişimi incelendiğinde ise 0,624’den 0,568’e düştüğü görülmektedir. Sonuç olarak; çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır. yönündeki dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 4b: Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.

Araştırmanın bu bölümde çocukluk çağı travmaları ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü AMOS 23 programı ile incelenmiş olup analiz sonuçları Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4. 18. Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkide Özyeterliliğin Aracı Rolü

Egzogen Değişken	Std. Reg. Kats.	P	R ²	Endojen Değişken	Aşama	Sağlama	Drumu
Çocukluk Çağı Travmaları(a yolu)	-,247	,000	,061	Özyeterlilik	a	sağlandı	yolu
Özyeterlilik							
Kısa	-,421	,000	,177	Semptom Envanteri	b	sağlandı	yolu
(b yolu)							
Çocukluk Çağı Travmaları(c yolu)	,573	,000	,329	Kısa Semptom Envanteri	c	sağlandı	yolu
Özyeterlilik							
(b' yolu)	-,297	,000		Kısa	b	sağlandı	yolu
Çocukluk Çağı							
Travmaları(c' yolu)	,500	,000	,412	Semptom Envanteri	c	sağlanmadı	yolu

Tablo 4.18’deki analiz sonuçları irdelendiğinde; çocukluk çağı travmalarının, özyeterlilik üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,247, p<0.001) ve çocukluk çağı travmalarının, özyeterliliğin varyansının %6,1’ini açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre a yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca özyeterliliğin, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: -0,421, p<0.001) ve özyeterliliğin, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %17,7’sini açıklayabildiği saptanmıştır. Bu sonuca göre b yolunun sağlandığı belirlenmiştir. Son olarak çocukluk çağı travmalarının, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Std. Reg. Kats.: 0,573, p<0.001) ve çocukluk çağı travmalarının, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %32,9’unu açıklayabildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre c yolunun sağlandığı belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının ve özyeterliliğin, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,297, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,500, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve özyeterliliğin, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %41,2'sini açıklayabildiği belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinde standardize edilmiş regresyon katsayılarının değişimi incelendiğinde ise 0,573'den 0,500'e düştüğü görülmektedir. Sonuç olarak; çocukluk çağı travmaları ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır. Yöündeki dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 5: Kadın öğrencilerin çocukluk çağı travma düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin cinsiyete göre karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 4.19'da sunulmuştur.

Tablo 4. 19. Cinsiyetine Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Çocukluk Travmaları Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	294	43,43	14,00	4,179	,000
	Erkek	90	37,49	11,03		
Minimizasyon	Kadın	294	3,31	1,63	,144	,885
	Erkek	90	3,28	1,61		
Duygusal İstismar	Kadın	294	9,07	4,53	4,365	,000
	Erkek	90	7,17	3,30		
Fiziksel İstismar	Kadın	294	5,07	2,29	1,664	,098
	Erkek	90	4,64	2,10		
Fiziksel İhmal	Kadın	294	6,71	2,28	,414	,679
	Erkek	90	6,60	2,03		
Duygusal İhmal	Kadın	294	11,65	4,84	3,074	,002
	Erkek	90	10,06	4,13		
Cinsel İstismar	Kadın	294	7,61	4,59	5,082	,000
	Erkek	90	5,74	2,39		

Analiz sonucuna göre; üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları cinsiyete göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0.01$). Kadın

öğrencilerin çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca üniversite öğrencilerinin cinsiyetine göre minimizasyon, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal puanları istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken minimizasyon, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır. Elde edilen sonuca göre “Kadın öğrencilerin çocukluk çağı travma düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.” yönündeki beşinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 6: Kadın öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksek, hostilite düzeyleri ise daha düşüktür.

Kısa semptom envanterini cinsiyete göre karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 4.20’de sunulmuştur.

Tablo 4. 20. Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	N	$\bar{X}$	SS	T	P
Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı	Kadın	294	70,46	54,59	3,941	,000
	Erkek	90	49,03	41,82		
Anksiyete	Kadın	294	15,86	13,86	4,062	,000
	Erkek	90	10,43	10,09		
Depresyon	Kadın	294	19,52	14,34	3,394	,001
	Erkek	90	14,28	12,32		
Olumsuz Benlik	Kadın	294	16,56	13,65	3,834	,000
	Erkek	90	11,20	10,91		
Somatizasyon	Kadın	294	8,57	8,60	4,634	,000
	Erkek	90	4,91	5,80		
Hostilite	Kadın	294	9,95	7,39	2,128	,035
	Erkek	90	8,21	6,56		

Analiz sonucuna göre; üniversite öğrencilerinin Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ($p<0.001$) ve hostilite ($p<0.05$) düzeyleri cinsiyete göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın öğrencilerin kısa semptom envanteri toplam puanı, anksiyete,

depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları erkeklere göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, kısa semptom envanteri puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır. Elde edilen sonuca göre Kadın öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksek yönündeki görüş doğrulanırken, hostilite düzeyleri ise daha düşüktür yönündeki görüş doğrulanmamıştır.

Hipotez 7: Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.

Travma sonrası stres belirtilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 4.21’de sunulmuştur.

Tablo 4. 21. Cinsiyete Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	N	$\bar{X}$	SS	t	P
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	294	17,08	13,49	3,081	,002
	Erkek	90	12,23	11,54		
Yeniden Yaşama	Kadın	294	5,53	5,31	3,422	,001
	Erkek	90	3,67	4,25		
Kaçınma	Kadın	294	5,88	5,19	3,441	,001
	Erkek	90	4,03	4,22		
Aşırı Uyarılma	Kadın	294	5,67	4,31	2,197	,029
	Erkek	90	4,53	4,18		
İşlevsellikte Bozulma	Kadın	294	2,82	3,07	1,783	,075

Analiz sonucuna göre; üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma ($p<0.01$) ve aşırı uyarılma ($p<0.05$) düzeyleri cinsiyete göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin cinsiyetine göre işlevsellikte bozulma düzeyleri ise istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır. Bu sonuca göre “Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.” yönündeki yedinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 8: Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri artmaktadır.

Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişki Tablo 4.22’de sunulmuştur.

Tablo 4. 22. Mağduriyet Yaşı ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Arasındaki İlişki

	Travma				
	Sonrası Stres Belirtileri	Yeniden Yaşama	Kaçınma	Aşırı Uyarılma	İşlevsellikte Bozulma
Yaş	$r_p-,155^{**}$	$-,133^{**}$	$-,134^{**}$	$-,160^{**}$	$-,118^*$
	$p,002$	$,009$	$,008$	$,002$	$,020$

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile travma sonrası stres belirtileri toplam puanı ($r = -0.155$, $p < 0,01$), yeniden yaşama ($r = -0.133$, $p < 0,01$), kaçınma ($r = -0.134$, $p < 0,01$), aşırı uyarılma ($r = -0.160$, $p < 0,01$), ve işlevsellikte bozulma ($r = -0.118$, $p < 0,05$) alt ölçekleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe travma sonrası stres belirtileri toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma belirtileri ve işlevsellikte bozulma artmaktadır.

Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişki Tablo 4.23’de sunulmuştur.

Tablo 4. 23. Mağduriyet Yaşı ile Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişki

	Kısa Sempto m Envante ri	Anksiye te	Depresy on	Olums uz Benlik	Somatizasy on	Hostili te	Rahatsızlı k Ciddiyeti	Belirti Topla mı	Semptom Rahatsızlı k
Yapısal	-,168** p,001	-,156** ,002	-,177** ,000	-,161** ,002	-,092 ,070	-,196** ,000	-,168** ,001	-,103* ,044	-,250** ,000

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile kısa semptom envanteri toplam puanı ($r = -0.168$, $p < 0,001$), anksiyete ($r = -0.156$, $p < 0,01$), depresyon ($r = -0.177$, $p < 0,001$), olumsuz benlik ($r = -0.161$, $p < 0,01$) ve hostilite ($r = -0.196$, $p < 0,001$) alt ölçekleri, rahatsızlık ciddiyeti ($r = -0.168$, $p < 0,010$), belirti toplamı ($r = -0.103$, $p < 0,05$) ve semptom rahatsızlık ($r = -0.250$, $p < 0,01$) global indeksi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki vardır. Ayrıca üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile somatizasyon arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe kısa semptom envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık alt ölçek puanları azalmaktadır. Bu sonuçlara göre “Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri artmaktadır.” yönündeki sekizinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Hipotez 9: Yakını tarafından çocukluk çağı istismara maruz kalanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri tanıdık ve yabancı tarafından maruz kalanlara göre daha fazladır.

Tablo 4. 24. İstismara Kim Tarafından Maruz Kaldığına Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği'nden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Kim	N	$\bar{X}$	SS	F	p	Grup Fark
	Tarafından						
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği	(1)Yakını	63	26,92	12,13	4,183	,014	1→3
	(2) Tanıdık	47	23,40	12,49			
	(3)Yabancı	16	17,19	12,92			
Toplam Puanı							
Yeniden Yaşama	(1)Yakını	63	9,38	4,93	2,741	,068	
	(2) Tanıdık	47	7,89	4,58			
	(3)Yabancı	16	6,56	4,88			
Kaçınma	(1)Yakını	63	9,30	4,62	3,035	,052	
	(2) Tanıdık	47	8,30	5,09			
	(3)Yabancı	16	6,00	4,97			
Aşırı Uyarılma	(1)Yakını	63	8,24	4,27	4,462	,013	1→3
	(2) Tanıdık	47	7,21	4,63			
	(3)Yabancı	16	4,63	3,77			
İşlevsellikte Bozulma	(1)Yakını	63	4,70	3,15	3,061	,050	1→3
	(2) Tanıdık	47	4,15	3,19			
	(3)Yabancı	16	2,50	3,29			

Tek yönlü varyans analizi neticeleri Tablo 4.24'te gösterilmiştir, analiz sonucunda; istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin istismarın kimin tarafından yapıldığına göre travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma puanları istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşırken ($p<0.05$) istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin istismarın kimin tarafından yapıldığına göre yeniden yaşama ve kaçınma puanları istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin istismarın kimin tarafından yapıldığı, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken yeniden yaşama ve kaçınma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Bonferroni post hoc testine göre, yakını tarafından istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, aşırı uyarılma ve

işlevsellikte bozulma düzeyleri, yabancı tarafından istismara maruz kalan üniversite öğrencilerine göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. 25. İstismara Kim Tarafından Maruz Kaldığına Göre Kısa Semptom Envanteri'nden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Kim Tarafından	N	$\bar{X}$	SS	F	p	Grup Fark
Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı	(1)Yakını	63	104,44	50,73			
	(2) Tanıdık	47	92,72	58,44	4,761	,010	1→3
	(3)Yabancı	16	57,44	57,28			
Anksiyete	(1)Yakını	63	23,54	13,00			
	(2) Tanıdık	47	21,04	15,53	3,221	,043	1→3
	(3)Yabancı	16	13,50	14,38			
Depresyon	(1)Yakını	63	28,11	13,24			
	(2) Tanıdık	47	24,81	14,40	4,270	,016	1→3
	(3)Yabancı	16	16,88	14,70			
Olumsuz Benlik	(1)Yakını	63	25,70	12,41			
	(2) Tanıdık	47	22,81	14,54	4,739	,010	1→3
	(3)Yabancı	16	14,06	14,72			
Somatizasyon	(1)Yakını	63	13,30	9,10			1→3
	(2) Tanıdık	47	11,68	9,99	5,373	,006	2→3
	(3)Yabancı	16	4,81	7,31			
Hostilite	(1)Yakını	63	13,79	7,67			
	(2) Tanıdık	47	12,38	7,81	3,291	,041	1→3
	(3)Yabancı	16	8,19	8,47			
Rahatsızlık Ciddiyeti	(1)Yakını	63	1,97	,96			
	(2) Tanıdık	47	1,75	1,10	4,763	,010	1→3
	(3)Yabancı	16	1,08	1,08			
Belirti Toplamı	(1)Yakını	63	38,65	13,15			
	(2) Tanıdık	47	34,02	16,50	5,514	,005	1→3
	(3)Yabancı	16	24,94	17,60			
Semptom Rahatsızlık	(1)Yakını	63	2,50	,80			
	(2) Tanıdık	47	2,43	,83	3,058	,050	1→3
	(3)Yabancı	16	1,94	,82lu			

Tek yönlü varyans analizi neticeleri Tablo 4.25'de gösterilmiştir, analiz sonucunda; istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin istismarın kimin tarafından yapıldığına göre kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplam ve semptom rahatsızlık puanları istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmaktadır ($p<0.05$) Diğer bir ifade ile istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin istismarın kimin tarafından yapıldığı, kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplam ve semptom rahatsızlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır. Bonferroni post hoc testine göre yakını

tarafından istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin kısa semptom envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplam ve semptom rahatsızlık düzeyleri, yabancı tarafından istismara maruz kalan üniversite öğrencilerine göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yabancı tarafından istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin somatizasyon düzeyleri, yakını ve tanıdık tarafından istismara maruz kalan üniversite öğrencilerine göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Tüm bu sonuçlara göre “Yakını tarafından çocukluk çağı istismara maruz kalanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri tanıdık ve yabancı tarafından maruz kalanlara göre daha fazladır.” Yönündeki dokuzuncu hipotezimiz yakını tarafından ve yabancı tarafından istismara maruz kalanlar arasındaki farklılık noktasında kısmen desteklenmiştir.

Hipotez 10: Çocukluk çağı istismar sonrası sosyal destek alanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri destek almayanlara göre daha azdır.

Tablo 4. 26. İstismar Sonrası Destek Alma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Sosyal Destek	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kısa Semptom Envanteri	Sosyal Destek Alan	27	97,37	49,50		
	Sosyal Destek Almayan	99	93,21	58,04	,340	,735
Anksiyete	Sosyal Destek Alan	27	20,89	12,18		
	Sosyal Destek Almayan	99	21,45	15,02	-,180	,857
Depresyon	Sosyal Destek Alan	27	27,89	13,72		
	Sosyal Destek Almayan	99	24,79	14,35	1,004	,317
Olumsuz Benlik	Sosyal Destek Alan	27	23,63	13,22		
	Sosyal Destek Almayan	99	23,01	14,18	,204	,839
Somatizasyon	Sosyal Destek Alan	27	11,33	8,47		
	Sosyal Destek Almayan	99	11,70	9,89	-,174	,862
Hostilite	Sosyal Destek Alan	27	13,63	7,26		
	Sosyal Destek Almayan	99	12,26	8,16	,789	,432

Rahatsızlık Ciddiyeti	Sosyal Destek Alan	27	1,84	,93		
	Sosyal Destek Almayan	99	1,76	1,10		
Belirti Toplamı	Sosyal Destek Alan	27	36,37	13,31		
	Sosyal Destek Almayan	99	34,86	16,21		
Semptom Rahatsızlık	Sosyal Destek Alan	27	2,46	,79		
	Sosyal Destek Almayan	99	2,39	,84		

Analiz sonucuna göre; istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık düzeyleri sosyal destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin sosyal destek alma durumu, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 27. İstismar Sonrası Destek Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Sosyal Destek	n	$\bar{X}$	SS	t	p		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği Toplam Puanı	Sosyal Destek Alan	27	25,56	11,55				
	Sosyal Destek Almayan	99	24,05	13,00				
Yeniden Yaşama	Sosyal Destek Alan	27	9,00	5,23				
	Sosyal Destek Almayan	99	8,32	4,78				
Kaçınma	Sosyal Destek Alan	27	8,07	4,12				
	Sosyal Destek Almayan	99	8,63	5,13				
Aşırı Uyarılma	Sosyal Destek Alan	27	8,48	4,43				
	Sosyal Destek Almayan	99	7,10	4,46				
İşlevsellikte Bozulma	Sosyal Destek Alan	27	4,78	2,99	1,022	,309		

Analiz sonucuna göre; istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma düzeyleri sosyal destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin sosyal destek alma durumu, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuçlara göre “Çocukluk çağı istismar sonrası sosyal destek alanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri destek almayanlara göre daha azdır.” Yönündeki onuncu hipotezimiz desteklenmemiştir.

4.5 Diğer Analizler

Tablo 4. 28. Çalışma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Çocukluk	Çağı	234	41,23	13,01	-1,457	,146
	Travmaları	150	43,29	14,40		
Minimizasyon	Evet	234	3,37	1,55	1,088	,277
	Hayır	150	3,19	1,74		
Duygusal İstismar	Evet	234	8,26	4,00	-2,038	,042
	Hayır	150	9,19	4,78		
Fiziksel İstismar	Evet	234	4,94	2,08	-,413	,680
	Hayır	150	5,03	2,51		
Fiziksel İhmal	Evet	234	6,72	2,19	,411	,681
	Hayır	150	6,63	2,27		

Duygusal İhmal	Evet	234	10,76	4,42	-2,689	,007
	Hayır	150	12,08	5,09		
Cinsel İstismar	Evet	234	7,17	4,24	-,020	,984
	Hayır	150	7,18	4,30		

Analiz sonucuna göre; çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve çalışmayan öğrencilerin duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları çalışan öğrencilere göre daha yüksektir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanları çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çalışma durumu, duygusal istismar ve duygusal ihmal grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 4. 29. Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	Evet	234	13,99	12,46	-3,680	,000
	Hayır	150	18,99	13,79		
Yeniden Yaşama	Evet	234	4,47	4,79	-2,891	,004
	Hayır	150	6,06	5,51		
Kaçınma	Evet	234	4,74	4,77	-3,530	,000
	Hayır	150	6,57	5,25		
Aşırı Uyarılma	Evet	234	4,78	4,12	-3,575	,000

	Hayır	150	6,37	4,42		
	Evet	234	2,21	2,91		
İşlevsellikte Bozulma					-3,823	,000
	Hayır	150	3,39	3,03		

Analiz sonucuna göre; travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma düzeyleri çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve çalışmayan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma puanları çalışanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çalışma durumu, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 30. Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Kısa Semptom Envanteri	Evet	234	56,92	50,04	-3,974	,000
	Hayır	150	78,73	53,95		
Anksiyete	Evet	234	12,59	12,63	-3,694	,000
	Hayır	150	17,71	13,67		
Depresyon	Evet	234	15,85	13,32	-4,280	,000
	Hayır	150	22,10	14,35		
Olumsuz Benlik	Evet	234	13,53	12,63	-3,256	,001
	Hayır	150	18,07	13,72		
Somatizasyon	Evet	234	6,48	7,51	-3,629	,000
	Hayır	150	9,64	8,80		
Hostilite	Evet	234	8,47	6,90	-3,674	,000
	Hayır	150	11,21	7,45		
Rahatsızlık Ciddiyeti	Evet	234	1,07	,94	-4,040	,000
	Hayır	150	1,49	1,02		
Belirti Toplamı	Evet	234	25,53	16,33	-3,195	,002
	Hayır	150	30,89	15,64		
Semptom Rahatsızlık	Evet	234	1,86	,82	-4,277	,000
	Hayır	150	2,23	,84		

Analiz sonucuna göre; kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık düzeyleri çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı

farklılaşmakta ($p<0.05$) ve çalışmayan öğrencilerin kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları çalışanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çalışma durumu, kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 31. Çalışma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılıktan Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Psikolojik Dayanıklılık	Evet	234	23,25	5,78	4,145	,000
	Hayır	150	20,72	5,93		

Analiz sonucuna göre; psikolojik dayanıklılık düzeyleri çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) çalışan öğrencilerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çalışma durumu, psikolojik dayanıklılık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 32. Çalışma Durumuna Göre Özyeterlilikten Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Çalışma Durumu	Değişkenler	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Özyeterlilik	Evet	234	63,31	12,80	3,007	,003
	Hayır	150	59,24	13,13		
Başlama	Evet	234	33,89	7,56	2,739	,006
	Hayır	150	31,67	8,10		
Yılmama	Evet	234	18,32	4,23	2,359	,019
	Hayır	150	17,27	4,27		

	Evet	234	11,09	2,46		
Sürdürme Çabası-Israr					3,062	,002
	Hayır	150	10,30	2,51		

Analiz sonucuna göre; özyeterlilik, başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar düzeyleri çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve çalışan öğrencilerin özyeterlilik, başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin medeni durumu, özyeterlilik, başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 33. Şu Anda Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Aileden/Çevreden Destek Alma	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Çocukluk Travmaları	Evet	291	38,07	10,11	-9,535	,000
	Hayır	93	54,43	15,53		
Minimizasyon	Evet	291	3,48	1,65	4,266	,000
	Hayır	93	2,73	1,42		
Duygusal İstismar	Evet	291	7,55	3,39	-7,712	,000
	Hayır	93	11,99	5,21		
Fiziksel İstismar	Evet	291	4,50	1,33	-5,220	,000
	Hayır	93	6,46	3,55		
Fiziksel İhmal	Evet	291	6,18	1,74	-6,787	,000
	Hayır	93	8,26	2,78		
Duygusal İhmal	Evet	291	9,96	4,05	11,050	,000
	Hayır	93	15,39	4,35		
Cinsel İstismar	Evet	291	6,40	3,39	-5,221	,000
	Hayır	93	9,60	5,60		

Analiz sonucuna göre; çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve aileden/çevreden destek almayan öğrencilerin çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal cinsel istismar puanları alan öğrencilere göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin aileden/çevreden destek alma durumu, çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 34. Şu anda Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Aileden/Çevreden Destek Alma	Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	Evet	291	12,94	11,53	-7,878	,000
	Hayır	93	25,35	13,73		
Yeniden Yaşama	Evet	291	4,00	4,54	-7,225	,000
	Hayır	93	8,51	5,43		
Kaçınma	Evet	291	4,29	4,37	-7,966	,000
	Hayır	93	9,09	5,26		
Aşırı Uyarılma	Evet	291	4,65	3,97	-6,391	,000
	Hayır	93	7,76	4,47		
İşlevsellikte Bozulma	Evet	291	2,04	2,70	-7,216	,000
	Hayır	93	4,63	3,11		

Analiz sonucuna göre; travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma düzeyleri aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve aileden çevreden destek almayan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma puanları alanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin aileden çevreden destek alma durumu, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 33. Şu Anda Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Aileden/Çevreden Destek Alma	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Kısa Semptom Envanteri	Evet	291	53,79	45,83	-	,000
	Hayır	93	101,89	55,97	7,521	
Anksiyete	Evet	291	12,07	11,73	-	,000
	Hayır	93	22,48	14,68	6,236	
Depresyon	Evet	291	15,05	12,55	-	,000
	Hayır	93	28,42	13,73	8,733	
Olumsuz Benlik	Evet	291	12,38	11,71	-	,000
	Hayır	93	24,45	13,64	7,677	
Somatizasyon	Evet	291	6,09	6,76	-	,000
	Hayır	93	12,80	9,98	7,348	
Hostilite	Evet	291	8,20	6,42	-	,000
	Hayır	93	13,74	8,02	6,804	
Rahatsızlık Ciddiyeti	Evet	291	1,01	,86	-	,000
	Hayır	93	1,92	1,06	8,331	
Belirti Toplamı	Evet	291	24,60	15,41	-	,000
	Hayır	93	37,06	15,25	6,805	
Semptom Rahatsızlığı	Evet	291	1,85	,80	-	,000
	Hayır	93	2,51	,79	6,885	

Analiz sonucuna göre; kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlığı düzeyleri aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve aileden/çevreden destek almayan öğrencilerin kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlığı puanları alanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin aileden/çevreden destek alma durumu, kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlığı grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 36. Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Aileden/Çevreden Destek Alma	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Psikolojik Dayanıklılık	Evet	291	23,13	5,48	4,745	,000
	Hayır	93	19,55	6,59		

Analiz sonucuna göre; psikolojik dayanıklılık düzeyleri aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) aileden/çevreden destek alan öğrencilerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri almayanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin

aileden/çevreden destek alma durumu, psikolojik dayanıklılık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 37. Aileden/Çevreden Destek Alma Durumuna Göre Özyeterlilikten Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Aileden/Çevreden Değişkenler		n	$\bar{X}$	SS	t	P
Özyeterlilik	Evet	291	62,93	12,59	3,266	,001
	Hayır	93	57,91	13,87		
Başlama	Evet	291	33,75	7,65	3,233	,001
	Hayır	93	30,76	8,03		
Yılmama	Evet	291	18,29	4,06	2,877	,005
	Hayır	93	16,73	4,69		
Sürdürme Çabası-Israr	Evet	291	10,90	2,41	1,504	,135
	Hayır	93	10,42	2,77		

Analiz sonucuna göre; özyeterlilik, başlama ve yılmama düzeyleri aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve aileden/çevreden destek alan öğrencilerin özyeterlilik, başlama ve yılmama düzeyleri almayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca üniversite öğrencilerinin aileden/çevreden destek alma durumuna göre sürdürme çabası-ısrar düzeyleri istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin aileden/çevreden destek alma durumu, özyeterlilik, başlama ve yılmama grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken sürdürme çabası-ısrar grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 4. 38. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmalarından Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler		Psikolojik Psikiyatrik Rahatsızlık Olma	/	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Çocukluk T travmaları	Çağı	Evet		68	51,28	15,97	5,469	,000
		Hayır		316	40,04	12,15		
Minimizasyon		Evet		68	3,01	1,54	-1,594	,112
		Hayır		316	3,36	1,64		
Duygusal İstismar		Evet		68	11,93	5,39	5,844	,000
		Hayır		316	7,91	3,73		
Fiziksel İstismar		Evet		68	6,00	2,79	3,485	,001
		Hayır		316	4,75	2,06		
Fiziksel İhmal		Evet		68	7,62	2,68	3,289	,001
		Hayır		316	6,48	2,06		
Duygusal İhmal		Evet		68	14,13	5,22	5,106	,000
		Hayır		316	10,66	4,39		
Cinsel İstismar		Evet		68	8,59	5,55	2,431	,017
		Hayır		316	6,87	3,87		

Analiz sonucuna göre; çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal cinsel istismar puanları olmayan öğrencilere göre daha yüksektir. Ayrıca minimizasyon puanları psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre

istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumu, çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken minimizasyon grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

Tablo 4. 39. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Psikolojik/Psikiyatrik Değişkenler Rahatsızlık Olma			n	$\bar{X}$	SS	t	p
Travma Sonrası Stres Belirtileri	Evet		68	28,15	12,34	9,287	,000
	Hayır		316	13,32	11,86		
Yeniden Yaşama	Evet		68	9,63	5,11	8,794	,000
	Hayır		316	4,12	4,60		
Kaçınma	Evet		68	9,47	5,17	7,209	,000
	Hayır		316	4,59	4,57		
Aşırı Uyarılma	Evet		68	9,04	3,85	8,361	,000
	Hayır		316	4,62	3,98		
İşlevsellikte Bozulma	Evet		68	5,12	3,18	7,957	,000
	Hayır		316	2,15	2,70		

Analiz sonucuna göre; travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma düzeyleri psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve

işlevsellikte bozulma puanları olmayanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin psikolojik / psikiyatrik rahatsızlık olma durumu, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 40. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Kısa Semptom Envanterinden Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Kısa Semptom Envanteri	Evet	68	109,32	51,66	8,212	,000
	Hayır	316	56,00	47,90		
Anksiyete	Evet	68	25,60	13,50	8,170	,000
	Hayır	316	12,22	11,97		
Depresyon	Evet	68	29,06	12,33	7,443	,000
	Hayır	316	15,97	13,32		
Olumsuz Benlik	Evet	68	25,72	13,78	7,022	,000
	Hayır	316	13,06	12,01		
Somatizasyon	Evet	68	14,18	9,32	6,179	,000
	Hayır	316	6,33	7,19		
Hostilite	Evet	68	14,76	7,91	6,959	,000
	Hayır	316	8,41	6,57		
Rahatsızlık Ciddiyeti	Evet	68	2,06	,97	8,212	,000
	Hayır	316	1,06	,90		
Belirti Toplamı	Evet	68	39,24	12,58	6,875	,000
	Hayır	316	25,12	15,88		
Semptom Rahatsızlık	Evet	68	2,65	,70	7,297	,000
	Hayır	316	1,87	,81		

Analiz sonucuna göre; kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık düzeyleri psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık puanları olmayanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin psikolojik / psikiyatrik rahatsızlık olma durumu, kısa semptom envanteri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 41. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılıktan Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Psikolojik Dayanıklılık	Evet	68	18,69	7,03	-4,793	,000
	Hayır	316	23,03	5,42		

Analiz sonucuna göre; psikolojik dayanıklılık düzeyleri psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığı olmayan öğrencilerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri olanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin psikolojik / psikiyatrik rahatsızlık olma durumu, psikolojik dayanıklılık grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

Tablo 4. 42. Psikolojik / Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Özyeterlilikten Elde Edilen Ortalama Puanlarının Farklılaşma Durumu

Psikolojik / Değişkenler	Psikiyatrik Rahatsızlık Olma	n	$\bar{X}$	SS	t	P
Özyeterlilik	Evet	68	54,56	16,26	-4,185	,000
	Hayır	316	63,26	11,75		
Başlama	Evet	68	29,03	9,54	-3,964	,000
	Hayır	316	33,88	7,15		
Yılmama	Evet	68	15,59	5,18	-4,249	,000
	Hayır	316	18,41	3,88		
Sürdürme Çabası- Israr	Evet	68	9,94	2,94	-2,693	,008
	Hayır	316	10,97	2,37		

Analiz sonucuna göre; özyeterlilik, başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar düzeyleri psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre istatistiki

bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığı olmayan öğrencilerin özyeterlilik, başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar düzeyleri olanlara göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin psikolojik / psikiyatrik rahatsızlık olma durumu, özyeterlilik, başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

4.6 Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında, çocukluk çağı travmaları, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, kısa semptom envanteri, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik arasındaki ilişki, parametrik test yöntemlerinden Pearson Korelasyon Analiziyle incelenmiştir, istatistiki anlamlılığın $p<0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısının değerlendirme ölçütleri şöyledir;

0.00 = r_p ise ilişki yoktur.

0.00 < r_p < 0.29 ise düşük düzeyde ilişki vardır.

0.30 < r_p < 0.69 ise orta düzeyde ilişki vardır.

0.70 < r_p < 0.99 ise yüksek düzeyde ilişki vardır.

1.00 = r_p ise mükemmel ilişki vardır (Köklü, Büyüköztürk ve Bökeoğlu, 2006).

Tablo 4. 43. Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Çocukluk Çağı Travmaları					
r_p	1	,624**	,573**	-,273**	-,247**
p		,000	,000	,000	,000
2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri					
r_p		1	,851**	-,465**	-,367**
p			,000	,000	,000
3. Kısa Semptom Envanteri					
r_p			1	-,563**	-,421**
p				,000	,000
4. Psikolojik Dayanıklılık					
r_p				1	,756**
p					,000
5. Özyeterlilik					
r_p					1
p					

** $p<0.01$

Tablo 60'daki Pearson Korelasyon testi sonuçları incelendiğinde; Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin, çocukluk çağı travmaları düzeyi ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ($r=0,624$, $p<0,001$) ve kısa semptom envanteri ($r=0,573$, $p<0,001$) düzeyleri arasında pozitif yönde ve orta seviyede ilişki varken çocukluk çağı travmaları düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ($r= -0,273$, $p<0,001$) ve özyeterlilik ($r= -0,247$, $p<0,001$) düzeyi arasında negatif yönde ve düşük seviyede ilişki vardır. Katılımcıların çocukluk çağı travma yaşantıları arttıkça travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri semptomları artmakta, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyleri azalmaktadır.

Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile kısa semptom envanteri düzeyi ($r=0,851$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde ve yüksek seviyede ilişki varken travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile psikolojik dayanıklılık ($r= -0,465$, $p<0,001$) ve özyeterlilik ($r= -0,367$, $p<0,001$) düzeyi arasında negatif yönde ve orta seviyede ilişki vardır. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arttıkça kısa semptom envanteri semptomları artmakta, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyleri azalmaktadır.

Katılımcıların kısa semptom envanteri düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ($r= -0,563$, $p<0,001$) ve özyeterlilik düzeyi ($r= -0,421$, $p<0,001$) arasında negatif yönde ve orta seviyede ilişki vardır. Kısa semptom envanteri semptomları arttıkça psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyleri azalmaktadır. Psikolojik dayanıklılık düzeyi ile özyeterlilik düzeyi ($r=0,756$, $p<0,001$) arasında ise pozitif yönde ve yüksek seviyede ilişki vardır.

5 TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı çocukluk çağı travmalarının çeşitli psikolojik bozuklukların belirtileri ile (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide koruyucu faktörlerden olan psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin aracı rolünü üniversite öğrenci profili üzerinden incelemektir. İlk olarak Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin uygulanan Kısa Semptom Envanterindeki bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileriyle olan ilişkisi detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu ilişki çerçevesinde psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik kavramlarının aracı rolü bulunup bulunmadığına bakılmıştır. Son olarak katılımcılara çocukluk çağı travmaları, psikolojik belirtileri ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin çeşitli risk faktörleri çerçevesinde (cinsiyet, mağduriyet yaşı, mağduriyetin sürekliliği, sosyal destek alıp almaması ve mağduriyetin yakın çevresinden olması) değişiklik gösterip gösterilmediği incelenmiştir. Bu bölümde bu incelemeler sonucu elde edilen bulgular üzerinden yorumlamalara ağırlık verilecektir.

Araştırmanın hipotezleri, koruyucu ve risk faktörlerinin sınanmasına geçilmeden önce ölçüm araçlarının güvenilirliklerini belirlemek, çalışmada kullanılmasında bir sakıncanın bulunup bulunmadığını tespit etmek amacıyla ölçeklere iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin, Kısa Semptom Envanteri'nin, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği'nin, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin ve Özyeterlilik Ölçeği'nin güvenilirlik katsayılarına bakıldığında, söz konusu değerler 0,888, 0,982, 0,946, 0,774 ve 0,912 olarak sıralanmıştır. Bu değerler araştırma örnekleminde ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduklarını göstermiştir. Ayrıca ölçeklerin güvenilir olduğu ve analizde kullanılmasında bir engel bulunmadığını da göstermiştir.

Araştırmanın örneklemini 18 yaş ve üstü, 384 üniversite (önlisans, lisans, yüksek lisans, doktora) öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların %76,6'sını (n= 294) kadın, %23,4'ünü (n= 90) erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların, yaş ortalamasının $29,25 \pm 7,51$ olduğu tespit edilmiştir. Yapılan pek çok çalışmada istismar ve ihmalin yarattığı

olumsuz etkilerin uzun süreli olduğu ortaya konulmuştur (Güler, Uzun, Boztaş, ve Aydoğan, 2002; Taner ve Gökler, 2004; Oflaz F., 2015; Perry, 2006).

Bu sonuçla birlikte katılımcıların yaş ortalamasının uzun dönem etkileri görmek açısından araştırmanın güvenilirliğini yükselttiği düşünülmektedir. Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %59,9'unun bekar olduğu, çevre mühendisliği, çocuk gelişimi, hukuk, hemşirelik, halkla ilişkiler, iktisat, ilahiyat, İngilizce öğretmenliği, inşaat mühendisliği, işletme, kamu yönetimi, kimya, lojistik, makine, maliye, matbaa, matematik, psikoloji, peyzaj, radyo ve televizyon, sosyoloji, Türk dili ve edebiyatı, Türkçe öğretmenliği gibi bölümlerde eğitim aldıklarını, %60,9'unun çalıştığını, %80,2'si orta seviye gelirinin olduğunu ve %46,4'ü anne, baba ve kardeşi ile yaşadığını belirtmiştir.

5.2 Çocukluk Çağı Travmaları ile Kısa Semptom Envanterindeki Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bireylerin yaşadığı dünyayı kavrama şekillerini önemli ölçüde sarsan travma kavramı çaresizlik, korunmasızlık ve teslim olma duygularını içermektedir. Araştırmamızın konusu olan çocukluk çağı travmatik yaşantısı 18 yaşından küçük olan çocukların psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz etkilenmesi olan istismar kavramını ve ihtiyaç duydukları temel ihtiyaçların giderilmemesi ise olan ihmal kavramlarını içermektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının kişiler üstünde kalıcı ve uzun süreli hasar bıraktığı, yetişkinlik dönemindeki ruhsal bozuklukların bazılarının başlıca sebebi olarak çocukluk çağı travmalarının gösterildiği ve aralarında güçlü bir bağ olabileceği üzerinde durulmuştur (Taner ve Gökler, 2004). Copeland ve diğerleri (2007) tarafından yapılan çalışmada 9, 11 ve 13 yaşlarında olan 1420 çocuğun travma yaşantılarını 16 yaşlarına gelene dek gözlemleyen bir boylamsal araştırma yapmışlardır. Her sene ailelerden ve çocuklardan edinilen bilgilere göre çocukların 2/3'ünden fazlasının en az bir travmaya maruz kaldığı ve bunun sonucu olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları geliştirdikleri belirtilmiştir. Travmatik yaşantıya maruz kalan çocukların hepsi klinik ortamda TSSB taşımasa da, travma sonrası stres

belirtileri göstermişlerdir. Hakkında bir psikiyatrik tanı koyulmuş bir grupta yapılan çalışmada, hastaların %57'lik bölümünün geçmişlerinde fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Örsel, Karadağ ve Kahiloğulları, 2011). Çocukluk çağı travma yaşantısı olan insanlarda depresyon ve anksiyete (Çelik ve Hocaoglu, 2018), dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, alkol kullanımı, sınırda kişilik bozukluğu, bruksizm (Derin ve Öztürk, 2018) gibi rahatsızlıklar görülebilmektedir. Bu neticede araştırmamızın birinci hipotezine yöneldiğimizde üniversite öğrencilerinin, çocukluk çağı travmaları ile kısa semptom envanteri arasında pozitif korelasyon olduğu, çocukluk çağı travmalarının, kısa semptom envanterinin varyansının %32,9'unu açıklayabildiği ve çocukluk çağı travmalarının, kısa semptom envanterini ($\beta=0,573$, $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı saptanmıştır.

İlgili literatür ışığında araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça Kısa Semptom Envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır yönünde ki birinci hipotezimiz desteklenmiştir.

Çocukluk çağı travmatik olayların sonucu etkilenen ve araştırmamızın diğer bir değişkeni olan psikopatoloji travma sonrası stres bozukluğudur. Yapılan çalışmalara göre çocukluk çağı travmasının, travma sonrası stres bozukluğu önde olmak üzere dissosiyatif bozukluklar, depresyon, sınır kişilik bozukluğu gibi çeşitli sendromlarla ilişkisi bulunmaktadır (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). Bu kapsamda istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda yapılan araştırmalarda TSSB'nin son derece yüksek oranlarda olduğu gözlenmektedir (Heffernan ve Cloitre, 2000). Deblinger ve arkadaşları (1989) tarafından yürütülen bir araştırma çalışmasında cinsel istismara maruz kalan grubun fiziksel istismara maruz kalan gruba kıyasla daha fazla sayıda travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladıkları gözlenmiştir. Ackerman ve arkadaşları (1998) tarafından cinsel istismar, fiziksel istismar veya her ikisine de maruz kalan üniversite öğrencileri ile bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışma sonucunda TSSB'nin %58 oranda görüldüğünü tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra Silva ve arkadaşları (2000) tarafından cinsel istismara, fiziksel istismara ve aile içi şiddete maruz kalan çocuk ve ergenler üzerinde bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışma sonucunda TSSB'nin fiziksel istismar ve aile içi şiddet ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Hatta, çocukluk çağında maruz kalınan istismar ve ihmalin

yetişkinlik dönemine gelindiğinde yaşanan travmatik bir duruma göre, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin olgunlaşmasında daha güçlü bir etkisi olduğu keşfedilmiştir (Davies-Netze, Hurlburt, ve Hough, 1996).

İlgili literatür ışığında çalışmamızı incelediğimizde araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile TSSB belirtileri arasında pozitif korelasyon olduğu, çocukluk çağı travmalarının, TSSB belirtilerinin varyansının %38,9'unu açıklayabildiği ve çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres belirtilerini ($\beta=0,624$, $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı saptanmıştır.

Buna göre araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanlarının arttığını göstermektedir. Buna göre üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu belirtileri artmaktadır yönünde ki ikinci hipotezimiz desteklenmiştir.

5.3 Çocukluk Çağı Travmaları, Kısa Semptom Envanterindeki Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılık ve Öz yeterliliğin Aracı Rolünün Tartışılması

Bazı kişilerde travma önemli bir probleme neden olmamakta, kişi bu olaydan fazla etkilenmemektedir. Bireylerin içerisinde bulundukları olumsuz ruh halinden kısa süre içerisinde kurtulabilmeleri de mümkündür. Bu grubu ifade etmek için pozitif psikolojik yaklaşımında, psikolojik dayanıklılık kavramı kullanılmaktadır (Doğan, 2015). Psikolojik dayanıklılık, zor durumlar karşısında kişinin gösterdiği başa çıkabilme yeteneğini ifade etmektedir (Charney, 2004).

Psikolojik dayanıklılık kavramı incelenirken üç temel özelliğin üzerinde durulması gerekmektedir. Bunlardan ilki, yaşanan olumsuz durumlara rağmen bunlarla başa çıkabilen, beklenilenin üzerine ilerleme kaydeden kişinin sahip olduğu şahsi özelliklerdir. İkinci özellik ise hayat içerisinde gergin ve stresli durumlar karşısında kişinin çabuk alışabilmesidir. Üçüncü özellik ise travmalarla ilgilidir. Travmaların etkilerinin ortadan kaldırılmasında etkili olan kişisel özelliklerdir (Gürkan, 2006). Örnek verilmesi gerekirse travmatik bir olay yaşamış bireyin aynı

zamanda psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olsun bu birey olay sonrasında TSSB belirtilerinden olayı tekrar tekrar düşünebilir ancak gündelik işlevlerini yerine getirirken bu belirti bir soruna sebep olmayabilir.

Araştırmamız da bağımlı ve bağımsız değişkenlerimizi psikolojik dayanıklılığı literatür çerçevesinde incelediğimizde Çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,318, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,537, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %48,3'ünü açıklayabildiği belirlenmiştir.

Travmatik deneyimler ve dayanıklılık ilişkili yapılardır; zira direnç, olumsuz yaşam olaylarının etkilerini kontrol etme ve stresli durumlardan kaçınmak yerine stresli durumlarla başa çıkmaya yardımcı olma özellikleriyle travma etkisini azaltmaya yardımcı olur (Steinhardt ve Dolbier, 2008). İlgili literatür ve analizlerimizin sonucu incelendiğinde; “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.” yönündeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Mak, Ng ve Wong (2011) ise, psikolojik istikrarı olan kişilerin kendisiyle, dünyayla ve gelecekle ilgili olumlu bilişlere sahip olduklarını; bu durum kişinin olumlu gelecek düşüncelerinin gelişmesine katkıda bulunduğunu ve böylece depresyonu önlediğini belirtmişlerdir. Kötü muameleye maruz kalan çocukların genel olarak daha kırılgan/hassas profiller göstermelerine ve gelecekte uyumsuzluk ve psikopatoloji geliştirme açısından yüksek risk altında olmalarına rağmen, çocukluklarında istismar ve ihmal deneyimleri yaşayan tüm bireyler hayatlarının daha sonraki aşamalarda psikolojik sorunlar sergilememektedir (Cicchetti, Aşırı stres altında dayanıklılık: çok katmanlı bir bakış açısı, 2010). Örneğin, bir çalışmada örneklemedeki çocukluk çağı istismarı deneyimi olan bireylerin neredeyse yarısının yetişkinlikte herhangi bir psikiyatrik bozukluk bildirmediği bildirilmiştir. Bu bireylerin yaklaşık yarısı ergenlik döneminde psikolojik stabilite özellikleri göstermiştir. Ancak üçte biri ise genç yetişkinlik çağında göstermiştir (DuMont, Widom ve Czaja, 2007). Burada, birçok olumsuz yaşam deneyiminin etkisini azaltan

ve kişinin başa çıkma yeteneğini güçlendiren dayanıklılığı artırarak koruyucu faktörlerin devreye girdiğini varsayabiliriz.

Psikolojik dayanıklılığın ilgili literatür çerçevesinde önlediği veya semptomlarını hafiflettiği bulgularının yanı sıra araştırmamız da Kısa Semptom Envanterinde yer alan bozukluklarla ilişkisine değinecek olursak çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,439, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,453, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik dayanıklılığın, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %50,7'sini açıklayabildiği belirlenmiştir. İlgili literatürün hipotezimizi desteklemesi ve araştırmamızın analizi çerçevesinde “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.” yönündeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Bir diğer koruyucu faktörler olan öz yeterlilik kavramına değinecek olursak öz yeterlilik kişinin sahip olduğu yeteneklere değil, söz konusu yeteneklere duyduğu inanç ile ilişkili bir durumdur (Akkoyunlu, Orhan ve Umay, 2008). Öz yeterlilik, kişinin farklı durumlarla baş edebilme yeteneğinin ve belirli bir aktiviteye ulaşma yeteneğini öz algısı, kendi yargısıdır (Senemoğlu, 2001).

Üniversite öğrencileri ile ilgili yaptığımız çalışma gereği öz yeterlilik inancı düşük seviyede olan ergenler, yüksek psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Yüksek duygusal öz yeterliliğin ergenlik döneminde kişinin ruh sağlığı bakımından oldukça önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Ergenler olumsuz duygularla başa çıkabilirlerse benlik saygısı artacak ve olumsuz duyguları kolaylıkla aşabileceklerdir (Solberg ve Villarreal, 1997). Başa çıkma öz-yeterliliği, travmatik olabilecek olaylardan sonra psikolojik uyumu iki şekilde etkileyebilir. Öncelikle özyeterlilik, olayın algılanan tehdidi üzerindeki etkisi nedeniyle başlangıçtaki stres tepkilerini etkileyebilir; zira tehdit yalnızca olayların nesnel bir özelliği değildir. Daha ziyade, algılanan tehdidin seviyesi, algılanan başa çıkma yetenekleri ile çevrenin potansiyel olarak incitici yönleri arasındaki eşleşmeyle ilgilidir. İkinci olarak, özyeterlilik, etkili başa çıkma çabalarını kullanma ve sürdürme motivasyonunu etkileyebilir ve böylece caydırıcı ortamın daha iyi huylu bir ortama dönüşme derecesi üzerinde bir etkiye sahip olabilir.

Araştırmalar, başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının psikopatolojiyi doğrudan etkilediğini bulmuşlardır (Moran ve Hoy, 2007).

Özyeterlilik algıları, kişi, çevresi ve davranışları arasındaki çift yönlü etkileşimlerin bir sonucu olduğundan (Bandura, 1997), yaşanan stres semptomlarının düzeyi, muhtemelen kişinin sonradan başa çıkma yeteneğine ilişkin sonraki algısını etkileyebilir. Bu, travma sonrası iyileşmede, kişinin davranışını, başa çıkma tepkilerini ve yaşanan TSSB semptomlarının seviyesini yeniden değerlendirdiğinden, özyeterliliğin zamanla değişebileceği anlamına gelir. Örneğin: birisi TSSB'den kurtulursa, duygusal ve psikolojik sonuçlarla baş edebilme ve normal yaşama devam etme becerisine olan güven, TSSB semptomlarının üstesinden gelemeyen kişiye göre daha yüksek olacaktır. Travmatik sıkıntı, travmatik bir olay sırasında veya sonrasında yaşanan olumsuz duygulardan, daha özel olarak korku, çaresizlik ve dehşetten oluşur (Thomas, Nijenhuis ve Krikke, 2007).

Bu hususta araştırmamızın literatür bağlamında desteklendiğini görmekteyiz. Analiz sonuçları incelendiğinde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerindeki çocukluk ağı travmalarının ve özyeterliliğin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,227, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,568, $p < 0.001$) ve çocukluk ağı travmalarının ve özyeterliliğin, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varyansının %43,8'ini açıklayabildiği belirlenmiştir. Buna göre özyeterliliğin kısmi aracı rolü olduğu belirlenmiş, araştırmamızın analizi çerçevesinde ‘‘niversite ğrencilerinin çocukluk ağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.’’ yönündeki dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Koruyucu faktörlerden biri olan zyeterlilik, bir bireyin semptomlarını beklenmedik olaylara karşı yönetme ve belirli bir aktivitede istenen etkileri üretme becerisine olan inancıdır (Bandura, 1999). z yeterliliğin, bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve karar verme süreçlerinin yapıcı düzenlemesine katılım yoluyla travma sonrası stres belirtilerini azalttığı varsayılmaktadır. zyeterliliği yüksek bireyler, anksiyete ve stres belirtilerini kontrol edilebilir ve kısa sürede atlatabilir (Cervone, 2000).

Bu hususta araştırmamız literatür bağlamında desteklenmiştir, analiz sonuçlarını irdeleyecek olursak; Çocukluk çağı travmalarının ve özyeterliliğin, Kısa Semptom Envanteri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Sırasıyla; Std. Reg. Kats.: -0,297, $p < 0.001$; Std. Reg. Kats.: 0,500, $p < 0.001$) ve çocukluk çağı travmalarının ve özyeterliliğin, Kısa Semptom Envanterinin varyansının %41,2'sini açıklayabildiği belirlenmiştir. Araştırmamızın analizi çerçevesinde “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır.” Yönündeki dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

5.4 Çocukluk Çağı Travmaları, Kısa Semptom Envanterindeki Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Risk Faktörleri Çerçevesinde Tartışılması

İstismar sonrasında ruh sağlığının olumsuz etkilenip etkilenmemesi cinsiyet, yaş, stresle başa çıkma becerisi gibi bireysel, psikiyatrik hastalık öyküsü, anne desteği gibi ailesel ve istismarın süresi, sıklığı, yakınlık derecesi gibi istismara ait faktörlere bağıdır (şimşek ve Gençdoğan, 2014)

Çocukluk çağı travmalarını risk faktörleri ağısından değerlendirdiğimizde ilk olarak cinsiyet faktörünü ele alacağız. Yapılan bir çalışmada çocuk istismarının dünyadaki oranı kız çocuklarında %52 ve erkek çocuklarında %48 olarak saptanmıştır (Tirali, Oğuz, ve Soydan, 2014). Dünya Sağlık Örgütünün yaptığı başka bir çalışma sonucunda ise kadınların yaklaşık %20'sinin, erkeklerin de %5-10'unun çocukken cinsel istismara uğradığını, tüm çocukların %25-50'sinin ise fiziksel olarak istismar edildiğini saptamıştır (Gül, Çelik ve Hocoaoğlu, 2018).

Çocukluk çağı cinsel istismarının yaygınlığını yirmi bir farklı ülkede inceleyen 38 bağımsız makale ve bunlarla uyumlu olarak 39 yaygınlık çalışması çocukluk çağı cinsel istismarının kadınlar için 0 ila %50 arasında değişirken, erkekler için ise bu oranın 0 ile %60 arasında değiştiğini bildirmektedir. Çeşitli ülkelerden elde edilen bu sonuçlar çocukluk çağı cinsel istismarının uluslararası bir sorun olarak kaldığının bir göstergesi niteliğindedir (Gül, Çelik ve Hocoaoğlu, 2018). Cinsel istismar en sık ergenlik döneminde görölmektedir. Cinsel istismarın sıklığı cinsiyetler bakımından değerlendirildiğinde ergenlik çağındaki kızlarda cinsel istismarın görölme sıklığı

erkeklere kıyasla 3 kat daha fazladır. Cinsel istismar kızlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülmektedir. Pereda 2009 yılında cinsel istismar üzerine 21 ülkede yapılan 39 çalışmayı değerlendirmiş; kızlarda cinsel istismar oranı %10-20, erkeklerde ise %10 olarak bulmuştur. İstismarcılar genellikle erkektir, %5-15'sinde ise suçlu kadındır (Gül, Çelik ve Hocaoglu, 2018).

Yapılan araştırmalar neticesinde; Türkiye'de kız çocuğu olmak doğumdan itibaren erkek çocuklarına oranla daha dezavantajlı olmak ve bunun pek çok durumda kendini göstermesi anlamına gelmektedir (Özaydınlık, 2014). Bu pek çok durum biri de istismar ve ihmal durumları olarak karşımıza çıkmaktadır, sebebini incelediğimizde aile baskıları, genel olarak erkeğin kadın üzerinde hakimiyet kurması ve toplumsal normları belirleyen erkek egemen ideolojiye dayandığından kız çocuklarına yönelik istismar hareketleri sadece fiziksel değil, cinsel, sözel ve psikolojik olarak da karşımıza çıktığı bilinmektedir (Günay, 1996).

Travma türlerini cinsiyet açısından incelediğimizde farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada (Kessler ve ark., 2000) erkeklerin fiziksel saldırı, kavga tecrübesi, bir suç aleti olarak silah ile tehdit edilme, tutsak edilme veya kaçırılma gibi travma türlerine daha fazla maruz kalırlarken, kadınlarda tecavüz, cinsel taciz, çocukluk döneminde fiziksel istismar ve ihmalin daha fazla yaşandığı rapor edilmiştir.

Araştırmamızın analiz sonucuna göre literatür ile uyumlu sonuçlar elde edilmiş ve kadın öğrencilerin çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen sonuca göre “Kadın öğrencilerin çocukluk çağı travma düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.” yönündeki beşinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Çocukluk çağı travmatik yaşantısı erkeklere oranla daha yüksek olan kadınlarda çeşitli psikopatolojilerin görülme sıklığı da yapılan araştırmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Onlardan biri olan Durukan ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada, çocuk ve ergen hastaların psikiyatrik bozukluklarını incelemişler, buna göre depresyon ve anksiyete semptomlarını kız çocukların erkek çocuklardan daha fazla gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu bulgulara göre kız çocuklarının biyolojik ve kişilik yapısı, ruhsal durumu, problemlerle başa çıkma becerisi, toplumsal ve kültürel

konumlandırılması gereği depresyon ve anksiyeteye yatkınlığı artırması sonucu olabileceğini göstermektedir (Durukan, Karaman, ve Kara, 2011).

Yapılan başka bir çalışmaya göre yine kadınlarda ruhsal bozuklukların daha sık ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Bunun sebeplerinden biri ise; dünyada erken çocukluktan itibaren şiddet, istismar, ihmal gibi olumsuz durumlara ya da hormonal değişikliklere, doğum, aşırı iş yükü gibi fiziksel olarak zorlayıcı etkenlere maruz kalabilmektedirler. Ayrıca kadınlar anne ve eş olarak, çocuklarına ve hasta aile bireylerine bakan kişi olmakla yükümlü olan toplumsal dayatmalara maruz kalabilmektedir (Çilli, Kaya, Bodur, Özkan, ve Kucur, 2004).

Kadın öğrencilerin ruhsal bozukluk çerçevesinde incelenen analiz sonucuna göre üniversite öğrencilerinin Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ($p<0.001$) ve hostilite ($p<0.05$) düzeyleri cinsiyete göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın öğrencilerin kısa semptom envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları erkeklere göre daha yüksektir. Elde edilen sonuca göre altıncı hipotezimizin “kadın öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir” yönündeki görüşü doğrulanırken “kadın öğrencilerin hostilite düzeyleri ise daha düşüktür”. yönündeki görüşü ise doğrulanmamıştır.

Hipotez oluşturulurken hostilite alt boyutundan alınan puanların cinsiyet rolleri üzerinde anlamlı düzeyde farklılaştığı ve erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla daha yüksek puan aldıkları çalışmaların yer aldığı görülmektedir (Akbağ, Sayiner ve Sözen, 2005; Ergin ve Dağ, 2013). Ancak kadınların ergenlik döneminde erkekler kadar artan ve devamlılık gösteren öfkeli ve saldırgan davranışlar ortaya koydukları çalışmalarda yer almaktadır (Martino, 2008). Yapılan bu araştırmada erkek öğrencilerin fiziksel saldırganlık, kız öğrencilerin ise düşmanlık puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalara göre erkeklerin saldırgan davranışlarının fiziksel yönde olduğu, kızların saldırgan davranışlarının ise daha dolaylı olduğu ve düşmanlık içerdiği sonucuna varılmıştır (Avcı ve Kelleci, 2015; akt., Smith, Anoniadov ve Cowie, 2003). Toplumumuzda kadın ve erkeklerde görülen öfke, düşmanlık ve

saldırganlığın toplumsal cinsiyet rollerinden, geleneksel kültürden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Avcı ve Kelleci (2015) taraftan yapılan çalışmada kızlarda öfkenin ifade edilişi erkeklerde olduğu gibi doğrudan ve dışa donuk olmadığı daha içe dönük olup düşmanlık içermekte olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum da kız öğrencilerin anksiyete ve depresyon belirtilerini daha sık yaşamalarına sebep olduğunu ortaya koymuşlardır. Araştırmamız çerçevesinde incelendiğinde hostile düzeyinin kadınlarda daha yüksek olmasının sebebi bu şekilde açıklanabilir ayrıca araştırmamız örneklem sayısının kadın öğrenciler tarafından ağırlıklı olması da hostile düzeyinin erkek öğrencilere oranla kadın öğrencilerde yüksek olmasının sebeplerinden biri olarak düşünülmektedir.

Risk faktörleri açısından cinsiyet kategorilerini incelediğimiz bir başka hipotezimiz ise; kadın öğrencilerde TSSB'nin erkek öğrencilere göre yüksek olduğu bulgusudur. Dünya genelinde erkeklerin travmatik olayı deneyimlemesi ya da şahit olması kadınlara oranla çok daha yüksek düzeyde iken TSSB kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Diğer taraftan çocuk, ergen ve kadınların cinsel travma yaşama riskleri erkeklerden daha yüksektir, dolayısıyla TSSB görülme olasılığı da daha yüksektir (Sarıçam, 2019). Alanda yapılan çalışmaların büyük bir kısmında, travmaya uğrayan gruplardaki TSSB oranının erkeklere kıyasla kadınlarda daha çok olduğu görülmektedir (Perkonig, ve diğ., 2000; Wolfe ve diğ., 1999; Curran ve diğ., 1990).

Perkonig ve arkadaşları tarafından 3021 kişilik üniversite öğrencisi ile yapılan araştırma kapsamında TSSB açısından risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda TSSB'nin erkeklere kıyasla kızlarda yaklaşık iki kat daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir (Perkonig, ve diğ., 2000). Cardoza ve arkadaşları (2000) tarafından 15 yaş üzerindeki Kosova'lılar ile yapılan araştırma sonucunda, TSSB'nin anlamlı oranda kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

Amerikan Ulusal Eşitlik Araştırmasına göre ise kadınların yaşam boyu TSSB geliştirme olasılığı erkeklerin iki katı olduğu sonucuna varılmaktadır. Yaşam boyu sıklık kadın ve erkekler için sırasıyla %12.5 ve %6.2'dir. Erkeklerde en sık TSSB nedeni savaşta çatışma deneyimi iken, kadınlarda cinsel saldırı, cinsel taciz veya çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımıdır (Kessler, Sonnega, Bromet, Hugles, ve Nelson, 2000).

Yapılan başka bir çalışmada cinsiyet kategorilerinin travma sonrası stres bozukluğunda sosyal desteği ve başa çıkma tarzını değiştirdiği bildirilmiştir. Binbay, Direk ve Aker tarafından yapılan bir araştırmada travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin kız çocuklarında daha fazla ortaya çıktığı gözlemlenirken, özellikle cinsel istismarın bunun önemli sebeplerinden biri olduğu belirtilmektedir (Binbay, Direk, ve Aker, 2014).

Çakaloz ve arkadaşları (2007) tarafından cinsel istismar mağduru olan üniversite mezunu bireyler ile yapılan araştırma sonucunda ise diğer çalışmaların aksine, erkeklerin %90'ının Depresif Bozukluk, TSSB ve Akut Stres Bozukluğu tanısı aldıkları kadınlarda ise bu oranın %54,2 olduğu ifade edilmiştir.

Araştırmamızın analiz sonucuna göre literatür ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma ($p<0.01$) ve aşırı uyarılma ($p<0.05$) düzeyleri cinsiyete göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve alt boyutlarından yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre “Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.” yönündeki yedinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Risk faktörlerini incelemeyi sürdürdüğümüzde mağduriyetin yaşı, yakını tarafından istismara maruz kalınması ve olay sonrası sosyal destek alması travmanın birey üzerinde bırakacağı etkileri değiştiren önemli faktörlerdendir.

Yapılan çalışmalara göre çocukların ÇÇT'den ne durumda etkileneceği istismara ve ihmale maruz kaldığı yaşa, gelişim dönemine, istismarın ve ihmalin süresine, istismarcının çocukla olan yakınlığına, fiziksel güç kullanılıp kullanmadığına çocuğun ne derece utanç ya da suçluluk duygusu yaşadığına ve bu durum ortaya çıktığında ailenin veya diğer uzmanların verdikleri tepkiye gösterdikleri desteğe göre değişim göstermektedir (Gerson & Rappaport, 2013).

Erken çocukluk dönemindeki kişilerin travmaya verdiği tepkiler ebeveynlerin veya bakım veren erişkinlerin tepkileriyle doğrudan bağlantılıdır. Travmatik yaşantı

sonrası çocuğun yaşamında gerçekle hayal, yaşam karmaşık ve potansiyel tehlike algısı ile dolu olarak düşünülebilir. Çocuğun hayatında bildiği ve tanıdık olduğu bölümler biliş sürecinde bozulabilir. İnsan eliyle gerçekleşen şiddet çocuğun, yetişkin bireylerin yaşamına olan güvenini ciddi olarak sarsabilir. Çocuk, olayın failine karşı uyum sürecini bozan ve korkutan ölümcül düzeyde öfke duyguları yaşar ve yaygın olarak hatalı çıkarsamalarda bulunur. Bazen de kendilerini olayın nedeni olarak yada durumun kötüleşmesine sebep olan kişi olarak görüp suçluluk ve utanç duyguları geliştirebilmektedirler (Zara, 2011).

Travmatik olayın kaygı veren ve rahatsız eden parça ve unsurlarının aniden çocuğun zihninde belirmesi çocuğun güvensiz ve çaresiz hissederek korku içinde yaşamasına neden olur. Çocuk yasadışı travmatik olayın en rahatsız edici parçalarıyla veya tümüyle duygusal ve zihinsel olarak baş edebilmek için var olan kişiliğinden daha farklı olan kişilik (ler) geliştirebilir (çoğul kişilik bozukluğu) (Zara, 2011).

Çocuğun erken yaşlarda cinsel istismara maruz kaldığında zedelenmenin kendisi ve anne-baba veya çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerce kandırılma, yüz üstü bırakılma, ihanete uğrama nedeniyle var olan koruyucu hayaller daha fazla veya daha az kullanılabilir hale gelir. Çoğu zaman benliğin olgunlaşma sürecinin bazı yönleri ketlenebilir. Çocuklukta benliğin normal olgunlaşma süreci düşlemeler çevresinde gelişir ve istismar bu sürecin bazı yönlerini bloke edebilir. Benliğin hayaller sürecindeki bu türden kesintiler kendilik imgesinin bütünleşmesine bir engel oluşturabilir ve gelecekteki gelişim üzerinde yıkıcı etkiler doğurabilir, zedelenebilirliğe zemin hazırlayabilir (Keskin ve Çam, 2005).

Psikotravmatolojik açıdan çok küçük yaşta başlayan çocukluk çağı travmatik yaşantısının bireyin çocukluk, ergenlik ya da yetişkinlik dönemlerinde dissosiyatif bir bozukluğa sebep olduğu yapılan araştırmalar sonucunda ifade edilmekte, klinik görüşme ve psikometrik değerlendirmelerle de kanıtlanabilmektedir (Derin ve Öztürk, 2018).

De Mause'un, çocukluk ve toplum konusunda uzun süren çalışmalarından elde ettiği sonuca göre; insanlık tarihi çocuk istismarı üzerine kurulmuştur. İnsanlık tarihinin çocuk istismarı üzerine kurulu olması ise dissosiyatif bozuklukları gündeme getirmiştir. Zaten erken yaşta başlayan ve kronik olarak devam eden çocuk istismarı

ve ihmaline katlanmak ancak dissosiyasyon ya da dissosiyatif savunma sistemleri ile mümkün olacağını ileri sürer. Erken yaşlarda travmaya karşı verilebilecek uygun bir tepki ya da başka savunma yoktur. Sadece eğer gücünüz varsa kaçabilirsiniz, savaşılabirsiniz, gücünüz yoksa boyun eğersiniz ya da donakalırsınız. Kronik olarak istismar edilen birey ya intihar eder ya istismarcısını öldürür ya da bu istismar sürecini dissosiyasyon ederek (unutarak; yok farz ederek) yaşamına bir şekilde devam eder (Öztürk E. , 2020, akt., DeMause, 1979).

Literatür bilgileri çerçevesinde araştırmamızın analiz sonuçlarına göre araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile travma sonrası stres belirtileri toplam puanı ($r = -0.155$, $p < 0,01$), alt ölçekleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe travma sonrası stres belirtileri toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma belirtileri ve işlevsellikte bozulma artmaktadır.

Araştırmaya dahil olan üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile kısa semptom envanteri toplam puanı incelendiğinde ($r = -0.168$, $p < 0,001$), alt ölçekleri ve global indeksi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki vardır. Ayrıca üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile somatizasyon arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe kısa semptom envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık alt ölçek puanları azalmaktadır. Bu sonuçlara göre “Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri artmaktadır.” yönündeki sekizinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Çocukluk çağı travmatik yaşantısı içinde yer alan çocuk istismarı devamlılığı, mağduriyetin en yakını tarafından gerçekleşiyor olması nedeniyle anlamlandırılması ve tedavi edilmesi en zor travma şeklidir. Uzun dönem içinde psikolojik, fizyolojik ve sosyal sonuçları vardır (Yılmaz, İşiten, Ertan, ve Öner, 2003).

Normal yaşantıda erken çocukluk dönemindeki bireylerin anne ve babalarına karşı güvenlerinin sonsuz olması gerekir. Fakat birey güven duyduğu biri tarafından

ve en yakını tarafından istismara uğramaktadır. Bu durum kabul edilmesi zor ve acı veren bir olaydır. Çocuk için acı veren başka olay ise, diğer ebeveynin koruma görevini gerçekleştirememiş olmasıdır. Bu durumda çocuk sadece özgüvenini yitirmekle kalmaz, kime güveneceğine dair olan inancı da aynı zamanda sarsılmış olur. Bunun sonucunda çocuk bu ihanete öfke ile tepki verebilir, yakın ilişkilerinden şüphe duymaya başlayabilir ve ilişki kurmaktan kaçınabilir. Bunun sonucu olarak da çocuğun gelecekte sağlıklı ilişki kurmasını engeller (Keskin ve Çam, 2005).

Klinik olmayan çalışmalara göre, tanıdık birisi ya da bir yabancı tarafından aile dışı istismar, çocuk ve erişkin arası cinsel temas vakalarının %30-50'sidir. Meksika, Almanya, Kenya'da istismarla ilgili yapılan çalışmalarda istismarcıların sırasıyla %30.1, %50.3, %82 oranlarında tanıdık olduğu saptanmıştır. Ülkemizde son dönemde yapılan 2 çalışmada istismarcıların %40.7-%66.7 oranlarında tanıdık olduğu bulunmuştur (Aktepe, 2009). Amerika'da 1997 verilerine göre her 1000 çocuktan 330'u, İsviçre'de ise (1986-1996 yılları arasında polise bildirilen aile içi şiddet vakaları) her 1000 çocuktan 50'si ebeveynleri tarafından fiziksel istismar ve ihmale uğradığı belirlenmiştir (Cowen, 1999).

Çocukluk çağı cinsel istismarı incelendiğinde klinik özellikler çocuğun istismarcı ile olan yakınlığı, istismarın süresi, şekli, istismarda şiddetin varlığı, çocuğun fiziksel zarar görmesi, yaşına ve gelişim durumuna bağlı olarak farklılık arz etmektedir. Bunun yanında kişinin travma ile başa çıkabilmesinde, aile ve çevresi tarafından gördüğü destek etkili bir husustur (Sağlam ve Soylu, 2019).

Bulgular, cinsel istismarın, aileden biri tarafından uygulandığında daha travmatik olduğu, ancak fiziksel istismarda kurban ile istismarcı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı yönündedir (Perry, 2006). Buna göre enstest ilişkinin aile ve çocuklar için diğer istismar türlerine göre daha travmatik sonuçlar doğuracağını düşünebiliriz. Çocukla istismarcı yakın akraba olduğunda, istismar uzun süreli ve sık yaşandığında, cinsel faaliyet içeri girme eylemini kapsadığında, buna şiddet ve saldırganlık eşlik ettiğinde en büyük travmanın ortaya çıktığı araştırılmıştır. (Sanderson, 2010).

Buna göre araştırmamızın hipotezi olan “Yakını tarafından çocukluk çağı istismara maruz kalanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom

rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri tanıdık ve yabancı tarafından maruz kalanlara göre daha fazladır.” yönündeki dokuzuncu hipotezimiz yakını tarafından ve yabancı tarafından istismara maruz kalanlar arasındaki farklılık noktasında kısmen desteklenmiştir.

Travmatik yaşantı sonrası koruyucu faktör olarak incelenen sosyal destek kavramı, alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak iki farklı şekilde karakterize edilmiştir. Alınan sosyal destek, bireye maddi veya manevi yardım veren ya da yardımcı olan ulaşılabilir insan sayısı veya bireyin sosyal ağı olarak ifade edilebilir. Algılanan sosyal destek ise başkaları tarafından sağlanan yardımın yeterli olduğu algısıdır (Sarıçam, 2019) Bir başka tanımda sosyal destek için uyum sağlama ya da iyileşmede biri tarafından verilen desteğin algılanma kalitesidir ifadeleri kullanılmıştır (Sarıçam, 2019; Krause, 2001). Sosyal desteğin ruhsal sağlık, fizyolojik sağlık ve iyi olmayla ilişkili koruyucu bir faktör, güvenilir bir bileşen olduğu aktarılmıştır (Cohen, Underwood , ve Gottlieb, 2000). Sosyal desteğin, özellikle depresyondan anksiyeteye, stresten travma sonrası stres bozukluğuna kadar birçok psikopatolojik durum için koruyucu bir faktör olduğu yapılan çalışmalarla sabittir (Sarıçam, 2019). Benight ve Bandura (2004), algılanan sosyal destek sayesinde travma sonrasında bireyin baş etme öz yeterlilik düzeyinin artacağını ve bunun sayesinde ortaya çıkan negatif düşünceler ile daha kolay mücadele edilebileceğini iddia etmiştir. Ayrıca travmanın boyutu bireyin içinde yaşadığı toplumun travmatik deneyime gösterdiği tepki ile de bağlantılıdır. Aile, eş, erkek arkadaş ve diğer arkadaşlardan algılanan destek bireyin travması ile başa çıkmasında önemli bir rol oynar, saldırıya ilişkin algısını farklılaştırır (Kilpatrick ve Resnick, 1993)

İlgili literatür incelendiğinde sosyal destek, travmatik yaşantı sonrası önemli koruyucu faktörlerden biri olarak görülmektedir. Araştırma öncesinde hipotezimizi bu fikir çerçevesinde oluştursak da yaptığımız çalışma sonucunda istismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık düzeyleri ve TSSB düzeyleri sosyal destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). İstismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma düzeyleri

sosyal destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre “Çocukluk çağı istismar sonrası sosyal destek alanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri destek almayanlara göre daha azdır.” Yönündeki onuncu hipotezimiz desteklenmemiştir. Araştırmada ulaştığımız sonuca göre farklı bir perspektiften travma sonrası sosyal destek kavramını incelediğimizde her zaman kişilerin psikolojik rahatsızlıklarının azalmasını sağlamadığını hatta olumsuz tesirlere neden olduğunu gösteren çalışma bulunmaktadır (Dirik ve Şahin, akt., Schreurs ve Ridder, 1997).

Schreurs ve Ridder’e (1997) göre sosyal desteği tek başına koruyucu faktör olarak ele alınmaması gerektiğini vurgulamıştır. Yaptıkları araştırmalar neticesinde baş etme yolları ile etkileşim sonucunda psikolojik ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etki ettiğini ileri sürmektedirler. Bu sebeple bireylerin tüm baş etme yollarıyla birlikte incelenmesi gerekir. Çocukluk çağı travmalarına sahip üniversite öğrencileri ile yaptığımız çalışmada tüm baş etme yollarını ne kadar seviyede kullandıkları değerlendirilmemiştir. Bu sebeple sosyal destek belirlediğimiz psikolojik bozuklukların yordayıcısı olarak bulunmamış olabilir. Başka sebep ise katılımcıların aldığı sosyal desteğin niteliği ile ilgili bilgi yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Alınan ve algılanan sosyal destek kavramı katılımcılar tarafından nasıl nitelendirilmiş, bu şekilde ölçekler yanıtlanmış bilinmediği için ve sosyal destek alan katılımcıların sayısının çalışmamızda düşük olması güvenilirliği etkilemiş olacağından yordayıcısı olarak bulunmamış olabilir. İstismar sonrasında ruh sağlığının olumsuz etkilenip etkilenmemesi cinsiyet, yaş, stresle başa çıkma becerisi gibi bireysel, psikiyatrik hastalık öyküsü, anne desteği gibi ailesel ve istismarın süresi, sıklığı, yakınlık derecesi gibi istismara ait faktörlere bağlıdır (Şimşek ve Gençdoğan, 2014).

5.5 Diğer Analizlerin Tartışılması

Araştırmamızda hipotezlere ek olarak üniversite öğrencilerinin, çalışma durumunu, şuan aileden/çevreden destek alma durumunu, psikolojik / psikiyatrik rahatsızlık olma durumunu ölçeklerimiz çerçevesinde incelenmiştir.

• Çalışma Durumu

Araştırmamızın bu bölümünde, işlevsellik açısından kişinin bir işte çalışma durumunu çocukluk çağı travmaları, TSSB ve Kısa Semptom Envanteri, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik puanları üzerinden incelenmiştir.

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, ailelerin kalabalıklığı ve işsizlik gibi etkenler çocuk istismarı ve ihmalinin artmasına yol açmaktadır (Yılmaz, İşiten, Ertan, ve Öner, 2003). Aynı zamanda travmatik deneyim ile birlikte aşırı stres durumu, hastalıklara yol açmakta ve kişinin çalışma veriminin azalmasına neden olmaktadır (Sezgin, 2012).

İş ve işsizlik ile psikoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar özellikle yetişkin dönemdeki sağlığın toplumsal belirleyicilerinin anlaşılmasında önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. İstihdam durumu, işin nitelikleri sağlıklı psikoloji üzerinde güçlü etkilerde bulunmaktadır (Kaya, 2007).

Çalışma durumuna göre araştırmamız incelediğinde; çocukluk çağı travmaları, ve alt boyutları puanları istatistiki bakımdan anlamlı farklılaştığı ($p<0.05$) görülmektedir. Bunun yanı sıra çalışmayan öğrencilerin çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları puanları çalışan öğrencilere göre daha yüksektir. Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri düzeyleri, çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) çalışmayan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri düzeyleri çalışanlara göre daha yüksektir.

Atarbay (2017) araştırmasında ailenin aylık ortalama geliri, cinsiyet, düzenli görüşülen akraba sayısı, akraba ilişkileri, arkadaşlar ile görüşme sıklığı, arkadaşlık türü, çalışma deneyimi, kardeş ilişkileri değişkenleri çerçevesinde psikolojik dayanıklılık puanlarında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunduğunu tespit etmiştir.

Yapılan araştırmalarda ruh sağlığının gelişmesinde, korunmasında, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında birçok toplumsal belirleyicinin önemli olduğunu göstermektedir. İş, özellikle erişkinlik döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygı gibi benliği düzenleyen işlevler ile toplumsal yapı arasında bir köprü görevine sahip olmasından ötürü son derece önemli bir belirleyici olmaktadır (Kaya, 2007).

Araştırmamızı psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeylerinin çalışma durumuna göre incelediğimizde istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) çalışan öğrencilerin psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

- **Şuan Aileden ve Çevreden Destek Alma**

Çocukluk çağı travmatik yaşantı sonrası aileden ve sosyal çevreden destek almak yetişkinlik döneminde psikolojik bozukluğu önlemek ve travmayı anlamlandırmak adına önemli koruyucu faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Sosyal destek, zorlayıcı olay ile ilgili kişiye geri bildirim sağlayabilmektedir. Bu nedenle sosyal desteğin bir çeşit bilişsel destek olduğunu ileri süren çalışmalar vardır (Cryder, Kilmer, Tedeschi, ve Calhoun, 2006).

Sosyal destek kişinin kaynak sayısı, desteğin durumu ve alınan desteğin şekli açısından tanımlanmıştır. Aile, yakın ve sosyal çevrenin göstereceğine inanılan destek özellikle hayatın krizli ve zor dönemlerinde önem arz ettiği düşünülmektedir (Baltaş A. , 1999).

Yetişkin bireylerde olduğu gibi çocukların hayatında da aile ve yakınları tarafından gösterilen sosyal desteğin çocuk ve ergenin travmadan sonrası yaşantıyla başa çıkmasına yardımcı olduğu ve birçok travmatik belirtinin eş zamanlı ortaya çıkmasına engel olduğu da bilinmektedir (Zara, 2011).

Araştırmamızı şuan aileden ve çevreden sosyal destek alma yönünde incelediğimizde; çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları puanları aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve aileden/çevreden destek almayan öğrencilerin çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal cinsel istismar puanları alan öğrencilere kıyasla çok daha yükseldir. Bunun yanı sıra travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri düzeyleri aileden/çevreden destek alma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Aileden çevreden destek almayan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri puanlarının destek alan öğrencilere kıyasla çok daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Collishaw (2007) tarafından yapılan çalışmada cinsel istismara maruz kalan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarına etki eden unsurların incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın sonucunda ailedeki algılanan ilginin, yetişkinlik döneminde kurulan ilişkilerin niteliğiyle yakından ilişkili olduğu saptanmıştır.

Wilks (2008) tarafından sosyal hizmetler alanında yükseköğrenim gören öğrenciler ile yürütülen çalışma sonucunda sosyal desteğin psikolojik dayanıklılığa olumlu yönde etki ettiği saptanmıştır (Gökçen, 2015).

Bu noktada bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olmasında arkadaş ilişkilerindeki doyumun ve desteğin yanı sıra sosyal kaynakların da son derece önemli olduğu görülmektedir.

Araştırmamızı psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeylerinin aileden/çevreden destek alma durumuna göre incelediğimizde istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) aileden/çevreden destek alan öğrencilerin psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeylerinin almayan öğrencilere kıyasla çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- **Psikolojik/Psikiyatrik Rahatsız Olma**

Çocuk istismarı ve ihmali çok ciddi toplumsal bir sorundur. Bu sorun aynı zamanda sebebiyet verdiği zihinsel, fiziksel ve psikiyatrik bozukluklar ile toplumda ciddi yük oluşturan bir sağlık sorunu olarak nitelendirilmektedir (Örsel S. , Karadağ, Karaoğlu, ve Akgün, 2011).

Psikiyatrik bozukluk tanısı alan bireylerin, çocukluk dönemlerinde istismara maruz kalmış olmalarının kendine zarar verme davranışı, intihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete belirtileri ile yakından ilişki olduğu saptanmıştır (Örsel S. , Karadağ, Karaoğlu, ve Akgün, 2011).

Erken çocukluk döneminde cinsel istismar yaşayan bir örneklemede obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, fobi, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluğu, cinsel işlev bozukluklarının normal popülasyondan daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Psikiyatrik tanı konmuş bir grup ile yapılan çalışmada da hastaların

%57'sinin geçmişlerinde fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldığı sonucu elde edilmiştir (Örsel S. , Karadağ, Karaoğlu, ve Akgün, 2011).

Örsel ve arkadaşlarının, (2011) psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisini inceledikleri araştırma sonucunda çocukluk çağı istismarları ileride artan psikiyatrik bozukluk gelişebilme olasılığıyla birlikte olduğunu özellikle duygu durum, TSSB ve anksiyete bozuklukları için risk etkeni olarak bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmamızı psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre incelediğimizde; çocukluk çağı travmaları, ve alt boyutları puanları istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları puanları olmayan öğrencilere göre daha yüksektir. Ayrıca travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve kısa semptom envanteri düzeyleri, psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) ve psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığı olan öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, kısa semptom envanteri düzeyleri olmayanlara göre daha yüksektir.

Psikolojik Dayanıklılık ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda, koruyucu faktörlerin varlığının stresörlerin etkilerini hafifletebileceğini, ruh sağlığını geliştirmeye katkıda bulunduğunu ve bireyin önemli stresörlere maruz kalmasına rağmen psikopatolojinin gelişimini önlediğini göstermiştir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Travma ve özyeterlilik üzerine yapılan çalışmalar ise, özyeterliliğin gerçekten de travmatik bir olaydan sonra uzun vadeli psikolojik işlevselliğin önemli bir öngörücüsü olduğunu ve başlangıçtaki sıkıntıyı düzelttikten sonra TSSB semptomlarındaki varyansın yüzde 10-26'sını bağımsız olarak açıkladığını göstermiştir (Benight ve Harper, 2002).

Araştırmamızı psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeylerinin psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığının olma durumuna göre incelediğimizde istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ($p<0.05$) psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığı olmayan

öğrencilerin psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik düzeyleri olanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.



6 SONUÇ

Araştırmanın katılımcıları olan üniversite öğrencilerine uygulanan Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin, Kısa Semptom Envanterindeki bozukluklarla ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileriyle ilişkisi incelendiğinde;

- Çocukluk çağı travmalarıyla kısa semptom envanteri toplam puan ve alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça kısa semptom envanteri toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır. Bununla beraber birinci hipotezimiz desteklenmiştir.

- Çocukluk çağı travmalarıyla travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ve alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça travma sonrası stres bozukluğu toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır. Bununla beraber ikinci hipotezimiz desteklenmiştir.

Araştırmacının katılımcıları olan üniversite öğrencilerine uygulanan Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin, Kısa Semptom Envanterindeki bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileriyle olan ilişkisinde psikolojik dayanıklılığın aracı rolü incelendiğinde;

- Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.” yönündeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

- Çocukluk çağı travmaları ile kısa semptom envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; “Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.” yönündeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Araştırmacının katılımcıları olan üniversite öğrencilerine uygulanan Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin, Kısa Semptom Envanterindeki bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileriyle olan ilişkisinde özyeterliliğin aracı rolü incelendiğinde;

- Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır. yönündeki dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

- Çocukluk çağı travmaları ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travma düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rolü vardır. Yönündeki dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır.

Araştırmacının katılımcıları olan üniversite öğrencilerini cinsiyet kategorisine ayıracak şekilde incelendiğinde;

- Üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken minimizasyon, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır. Elde edilen sonuca göre “Kadın öğrencilerin çocukluk çağı travma düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.” yönündeki beşinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

- Üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, kısa semptom envanteri puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır. Elde edilen sonuca göre Kadın öğrencilerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksek, hostilite düzeyleri ise daha düşüktür. yönündeki altıncı hipotezimiz doğrulanmıştır.

- Üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma grup ortalama puanları arasında farklılık oluştururken işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır. Bu sonuca göre “Kadın öğrencilerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri erkek öğrencilere göre daha yüksektir.” yönündeki yedinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Araştırmacının katılımcıları olan üniversite öğrencilerini çeşitli risk faktörleri (mağduriyet yaşı, yakını tarafından istismara maruz kalması, sosyal destek alması) açısından incelendiğinde;

- Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı ile travma sonrası stres belirtileri toplam puanı ve alt ölçekleri arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe travma sonrası stres belirtileri toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma belirtileri ve işlevsellikte bozulma artmaktadır.
- Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe kısa semptom envanteri toplam puanı, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık alt ölçek puanları azalmaktadır. Bu sonuçlara göre “Üniversite öğrencilerinin mağduriyet yaşı küçüldükçe anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri artmaktadır.” yönündeki sekizinci hipotezimiz doğrulanmıştır.
- “Yakını tarafından çocukluk çağı istismara maruz kalanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri tanıdık ve yabancı tarafından maruz kalanlara göre daha fazladır.” Yönündeki dokuzuncu hipotezimiz yakını tarafından ve yabancı tarafından istismara maruz kalanlar arasındaki farklılık noktasında kısmen desteklenmiştir.
- İstismara maruz kalan üniversite öğrencilerinin sosyal destek alma durumu, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği toplam puanı, yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevsellikte bozulma grup ortalama puanları arasında farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuçlara göre “Çocukluk çağı istismar sonrası sosyal destek alanların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri, rahatsızlık ciddiyeti puanı, belirti toplam puanı ve semptom rahatsızlık puanı ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri destek almayanlara göre daha azdır.” Yönündeki onuncu hipotezimiz desteklenmemiştir.

6.2 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırmada ki katılımcılara, Şubat 2020 tarihli etik kurul başvuru formuna göre belirlenen çeşitli üniversite (Gelişim, Beykent ve Arel Üniversiteleri) öğrencilerine elden ve online uygulanacak veri formlarıyla ulaşılması planlanmıştır. Mart 2020 tarihinde ülkemizi etkisi altına alan covid-19 virüs salgını sebebiyle üniversitelerin tatil edilmesi daha sonrasında uzaktan eğitim uygulamasına geçilmesi

araştırmanın sınırlılığını oluşturarak seyrini değiştirmiştir. Ancak örneklemin 18 yaş ve üzeri, üniversite öğrencisi olması çeşitli eğitim seviyelerine sahip katılımcılardan oluşmasına sebep olmuş, bu durum da elde edilen bulguların genellenebilirliğini arttırdığı düşünülmüştür.

Araştırmamızda ki örneklem grubunu cinsiyet kategorisi açısından değerlendirdiğimizde eşit veya yakın biçimde olmadığı, kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısına göre daha fazla olduğu sınırlılıklardan biridir. Bu alanda çalışmak isteyen araştırmacılar için cinsiyet kategorilerini farklı veya eşit gruplar için kontrol edilmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada elde edilen bulgular öz bildirim ölçme araçları olan Çocukluk Çağı Travmaları, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri, Psikolojik Dayanıklılık ve Öz-yeterlilik ölçeklerinin ölçümleri ile sınırlıdır. Buna göre değişkenler belirli psikolojik hastalıkların semptomlarını içerdiğinden özellikle CTQ, KSE ve TSSB patolojilerinin klinik ortamda incelenmesi veya bireysel metotların yer aldığı niteliksel çalışmalar yapılması daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya dair bir diğer sınırlılık, değişkenlerin ve aracı rollerin fazla olması bununla beraber ölçme araçlarının artması, ölçek uygulama süresinin uzun olmasına sebep olmuştur. Online veri toplama sürecinde katılımcıların dikkat düzeylerinin ne derece dağıldığı gözlemlenemese de elden uygulanan veri ortamında katılımcıların zamanla dikkat seviyelerinin zayıfladığı gözlemlenmiştir. Bunun önüne geçmek için ileride yapılacak çalışmaların, belirli homojen gruplarına belirli psikopatoloji semptomlarının, onunla ilişkili olan koruyucu faktörlerine yönelinmesi daha merkezi bir çalışma olmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu zamana kadar yapılmış, çocukluk çağı travmalarını konu edinen araştırmaların çoğunu incelediğimizde, belirli psikolojik hastalıklar üzerinde bu yaşantıların sıklığını ve yarattığı olumsuz etkilerin değerlendirilmesi en sık rastlanan çalışmalardan olmuştur. Yapılan bu araştırmada ise çocukluk çağı travmalarının ilişkili olduğu TSSB, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite semptomlarının daha iyi kavranmasında psikolojik dayanıklılık ve özyeterliliğin rolünü inceleyen ilk araştırma özelliğini taşıması bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, ruhsal ve bedensel olarak yaralanma yaşantısına maruz kalan kişilerin genellikle hatırlamakta kaçındığı bir vakadır. Verilerin toplanması aşamasında travma geçmişi olan bireylerin CTQ Ölçeğinde yer alan sorular aracılığıyla geçmiş dönem örseleyici yaşantılarını hatırlamaları ve bu sorunların katılımcıyı fazla rahatsız edebileceği gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bunun önüne geçmek amacıyla çalışma tamamen gönüllülük esasına dayanılmış, araştırmaya başlamadan önce katılımcılara araştırma ve ölçekler konusunda bilgi verilmiş, araştırma sonunda olası duygusal zedelenmeleri hafifletmek amacı ile araştırmacıya ait iletişim bilgileri Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunda yer verilmiştir, bilgi ve destek amaçlı araştırmacıya ulaşabileceklerdir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sebep olduğu ciddi psikolojik hastalıklar göz önüne alındığında daha yapıcı, sağlıklı ve tedavi odaklı müdahale stratejileri geliştirmek adına buna benzer araştırmalara ihtiyaç duyulduğu gözden kaçmamalıdır.

Bu araştırmadan çıkan verilerin analizi sonucunda 384 kişiden oluşan bir örnekleme ait olduğu görülmektedir. Yapılması planlanan benzer çalışmalarda örneklem sayısının daha fazla olması ya da örneklem grubunun farklı olması konu hakkında daha kapsamlı sonuçlar elde edilmesi açısından önerilmektedir.

İlgili literatür ve yapılan bu araştırma incelendiğinde TSSB ve KSE Ölçeklerinde yer alan psikopatolojilerin semptomlarının oluşmasında çocukluk çağı travmalarının ve çeşitli risk faktörlerinin rolü büyüktür. Araştırmalar yine gösteriyor ki bu semptomların hafifletilmesi, önlenmesi ve başa çıkılabilirliğinin artırılması kuşkusuz psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik gibi koruyucu faktörlerin yüksek olmasıyla sağlanmaktadır. Bu faktörlerin yükseltilmesi ve tedavisi için üniversiteler kapsamında psikologlar/psikiyatrlar tarafından öğrencilere travmatik deneyimleriyle başa çıkması için girişkenlik, özgüven, sosyal problem çözme becerisi, duygu kontrolü, hedef belirleme, etkili başa çıkma stratejileri gibi becerilere olanak sağlayacak şekilde müdahaleler geliştirilebilir.

7 KAYNAKLAR

A. Bandura. (1994). Self-efficacy. V. S. Ramachaudran içinde, *Encyclopedia of Human Behavior* (s. 71-81). Newyork: Academic Press.

Ağır, M. (2007). Üniversite öğrencilerinin bilişsel çarpıtma düzeyleri ile problem çözme becerileri ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akbağ, M., Sayiner, B., & Sözen, D. (2005). ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE STRES DÜZEYİ, DENETİM ODAĞI VE DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR İNCELEME . *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 59-74.

Aker, A. T. (2000). Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel ve davranışçı tedavileri. *3P Dergisi*(8), 38-46.

Aker, A. T. (2012). *Temel sağlık hizmetlerinde travmaya yaklaşım*. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi Yayını: Ankara.

Akfırat, F. (2006). Sosyal Yeterlilik, Sosyal Beceri ve Yaratıcı Drama. *Yaratıcı Drama Dergisi*, 1(1), 39-58.

Akkoyunlu, B., Orhan, F., & Umay, A. (2008). Bilgisayar Öğretmenleri İçin "Bilgisayar Öğretmenliği Öz-Yeterlilik Ölçeği" Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*(29), 1-8.

Aktan, Ş. B., & Önder, A. (2018). Okul Öncesi Dönemde Psikolojik Dayanıklılık. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 20-30.

Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 95-119.

Alkan, E. (2014). Farklı cinsel yönelime sahip bireylerin yaşam doyumu, stresle başa çıkma stratejileri ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. M., Fowler, S. N., & Pruthi, R. (2011). Resilience: Definitions, Ambiguities and Applications. B. L. Resnick, P. Guyther, & K. A. Roberto içinde, *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes* (s. 1-15). New York: Springer.

Altun, N. (2019). *KADINLARDA TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE GÖRE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ*. İstanbul: İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ.

Antonovsky, A. (1997). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* (A. Franke, & N. Schulte, Çev.) San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

APA. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı (DSM-5).* Ankara: Hekimler Yayın Birliğı.

APSAC. (2015). *Guidelines for the Psychosocial Evaluation of Suspected Psychological altreatment in Children and Adolescents.* Chicago: APSAC.

Arı, M., & Yaban, E. H. (2012). 9-11 Yaşındaki Çocukların Sosyal Problem Çözme Becerilerinde Cinsiyet ve Yaş Farklılıkları. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 37(164), 188-203.

Arsan, H. (2018). Psikolojik Danışmanların Mutluluk, Psikolojik Sağlamlık ve Bağımlılık Durumları Arasındaki İlişkiler. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*(1), 17-35.

Ateş, F. B., & Eroğlu, A. R. (2017). Ergenlerde Görülen Kuraldışı Davranışların Yordanmasında Anne-Baba Evlilik Çatışması ve Çocukluk Örselenme Yaşantılarının Rolü. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(3), 171-183.

Avcı, D., & Kelleci, M. (2015). Lise Öğrencilerinde Öfke, Saldırganlık ve Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişki. *Literatür Sempozyum*, 1-5.

Aydın, A., Barut, Y., Kalafat, T., Boysan, M., & Beşiroğlu, L. (2012). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeğı-Kendini Değerlendirme (TSSBÖ-KD). *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(2), 125-130.

Ayvaz, M., & Aksoy, C. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: Ortopedik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(1), 27-33.

Baker, Ö. (2014). Afetler, travmalar, krizler ve travmatik stress tepkileri. Ö. Baker içinde, *Kriz danışmanlığı*. Ankara: PEGEM.

Baltaş, A. (1999). *Üstün Başarı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2000). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Yayıncılık.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 249-623.

Bandura, A. (1999). A Social Cognitive Theory Of Personality. L. Pervin, & O. John içinde, *Handbook of personality* (s. 1-81). New York: Guilford Publications.

Baron, R., & Greenberg, J. (2003). *Communication in Organizations*, Prentice Hall, *Behavior in Organizations*. New Jersey: Prentice Hall.

Basım, N., & Çetin, F. (2011). etişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.

Başaran, Y. K. (2017). Sosyal Bilimlerde Örneklem Kuramı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 480-495.

Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: An Ecological Integration. *American Psychologist*(35), 320-335.

Benight, & Bandura. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 1129-1148.

Benight, C. C., & Harper, M. L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *J. Trauma Stress*(15), 177-186.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., . . . Ruggiero, J. (1995). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatr*(151), 1132-1136.

Bıkmaz, F. (2002). Fen öğretiminde öz yeterlik inancı ölçeği. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 1(2), 197-120.

Bilgiç, S. (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yayınlanmış Uzmanlık Tezi*. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Binbay, T., & Kaya, B. (2006). Özelleştirmeler, sağlık çalışanları ve psikososyal etmenler. *Toplum ve Hekim*, 189-193.

Binbay, T., Direk, N., & Aker, T. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Turkish Journal of Psychiatry*., 264-81.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organisation of Behaviour. W. A. Collins içinde, *Development of Cognition, Affect, and Social Relations: Minnesota Symposia on Child Psychology* (s. 39-101). Hillsdale: Erlbaum.

Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety Stress Coping*, 20(1), 61-75.

Bosmans, M. W., & Velden, P. G. (2015). Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: a four-wave prospective study. *Soc. Sci. Med.*(134), 23-29.

- Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*, 149(5), 671-675.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *Am J Psychiatry*(152), 529-535.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*(103), 670-686.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(68), 748-766.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Bundrick, J. D. (2004). The Sexual revictimization hypothesis: An empirical evaluation of the gold, sinclair, and balge (1999) model of sexual revictimization. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Alabama: Auburn University.
- Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O., & Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(14), 93-99.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). *Child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of abuse and neglect*. London: The National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) Research Findings.
- Cerit, C., & Coşkun, B. (2012). Depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtmaların karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(13), 250-255.
- Cervone, D. (2000). Thinking about self-efficacy. *Behav. Modif*(24), 30-56.
- Charney, D. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience ve vulnerability: . *American Journal of*, 195-216.
- Cicchetti, D. (2010). Aşırı stres altında dayanıklılık: çok katmanlı bir bakış açısı. *World Psychiatry*(9), 145-154.
- Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2004). A multiple-level-of-analysis approach to the study of developmental processes in maltreated treated. *Proceedings of the National Academy of Science*, 101(50), 17325-17326.

Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Neglect*, 31, 211-229.

Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 534-541.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety*, 18, 76-82.

Copeland, W., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 577-584.

Cowen, P. (1999). Child neglect; Injuries of Omission. *Pediatric Nursing*, 401-18.

Cryder, C., Kilmer, R., Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65-69.

Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving Research on Resilience into The 21st Century: Theoretical and Methodological Considerations in Examining The Biological Contributors to Resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.

Çelik, F. G., & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.

Çilli, A., Kaya, N., Bodur, S., Özkan, İ., & Kucur, R. (2004). Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 1-5.

Çiltaş, A. (2011). Eğitimde Öz-Düzenleme Öğretiminin Önemi Üzerine Bir Çalışma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(5), 1-11.

Daniels, J., Lanius, R., Hegadoren, K., Coupland, N., Rowe, B., & Neufeld, R. (2011). Cognitive distortions in an acutely traumatized sample: An investigation of predictive power and neural correlates. *Psychol Med*, 41, 2149-2157.

Davies-Nettle, S., Hurlburt, M., & Hough, R. (1996). Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. *Violence Vict*, 129-142.

Davis, J. L., & Petretic, P. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.

Davranış Bilimleri Enstitüsü. (2019). "Zevki Erteleme Becerisi" Davranış Bilimleri. <https://www.dbe.com.tr/Cocukvegenc/tr/news/zevki-erteleme-becerisi-testimarshmallow-testi-nedir/> adresinden alındı

Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Int J Child Abuse Neglect*, 13(3), 403-408.

DeMause, L. (1979). Historical group-fantasies. *J Psychohistory*, 1-70.

Demir, S. (2018). Başkent Üniversitesi Kültür Yayını. *Bütün Dünya*(5), 143-146.

Demirci, K. (2016). Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7-13.

Demirkapı, E. Ş. (2013). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dereboy, Ç., Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., & Öztürk, C. (2018). Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(4), 147-153.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif Bozukluklar Ve Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 29-41.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE SINIRDA (BORDERLINE) KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA RUHSAL TRAVMA. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 29-41.

Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-I*. USA: Clinical Psychometric Research Inc.

DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev.*, 33(6), 728-744.

Dirik, G., & Şahin, G. (2008). KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, HOSTİLİTE (DÜŞMANLIK, ÖFKE) VE SOSYAL DESTEĞİN MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (KALP KRİZİ) GEÇİREN HASTALARIN KAYGI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ . *SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ*, 249-266.

Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.

Doruk, A. A., & Aydın, H. (1993). Posttraumatic stress disorder and comorbidity. *Abstract Book*.

DSÖ. (2006). *Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Topalanmasına Yönelik bir Klavuz*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=1 adresinden alındı

Dubowitz, H., Giardino, A., & Gustavson, E. (2000). Child Neglect: Guidance for Pediatricians. *Pediatrics in Review*, 21(4), 111-116.

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Negl.*, 31(3), 255-274.

Durak, M. (2002). Predictive role of hardiness on psychological symptomatology of university students experienced earthquake. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Durukan, İ., Karaman, D., & Kara, K. (2011). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 13-20.

Eker, İ., & Yılmaz, B. (2016). Risk Alma Davranışı: Çocukluk Çağı Travmaları ve Benlik Saygısı Temelinde Bir Değerlendirme. *J Clin Psy.*, 19(1), 27-36.

Ergin, B., & Dağ, İ. (2013). Kişilerarası problem çözme davranışları, yetişkinlerdeki bağlanma yönelimleri ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 36-45.

Fang, X., & Corso, P. S. (2007). Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: Developmental relationships. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(4), 281-290.

Feerick, M., & Snow, K. (2005). The relationship between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *J Family Violence*(20), 409-419.

Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225-231.

Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674.

- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review. *Ann Rev Psychol*(48), 449-480.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assesment*(11), 303-314.
- Freud, S. (2011). *Haz ilkesinin ötesinde*. (E. Aktan, Çev.) Ankara: Alter Yayınları.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *Inter-national Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1999). The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *J Psychosom Res*, 46(4), 343-348.
- Genç, S. Z., & Kalafat, T. (2010). Öğretmen Adaylarının Empatik Becerileri İle Problem Çözme Becerileri. *Kuramsal Eğitimbilim*, 3(2), 135-147.
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 137-143.
- Giardino, A. P., Hanson, N., Hill, K. S., & Leventhal, J. M. (2011). Child Abuse Pediatrics: New Specialty, Renewed Mission. *Pediatrics*, 128(1), 156-159.
- Gibbons, R. D., Clark, D. C., & Kupfer, D. J. (1993). Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *J Psychiat Res*(27), 259-273.
- Goldman, R. L., & Gargiulo, R. M. (1990). *Children at risk: An Interdisciplinary Approach to Child Abuse and Neglect*. Texas: Austin.
- Gomez, A. M. (2011). Testing the cycle of violence hypothesis: Child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth & Society*, 43(1), 171-192.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi*, 2(1), 21-34.
- Grove, J. R. (1993). Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers. *Addictive Behaviors*, 18(3), 311-320.
- Gustafson, T., & Sarwer, D. (2004). Childhood sexual abuse and obesit. *Obesity Reviews*(5), 129-135.

Gül, F., Çelik, H., & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme . *Sakarya Tıp Dergisi*, 695-711.

Gülay, H. (2009). Okul Öncesi Dönemde Akran İlişkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(22), 82-93.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler . *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 128 – 134.

Güenalp, A. (2007). Farklı Anne Baba Tutumlarının Okulöncesi Eğitim Çağındaki Özgüven Duygusunun Gelişimine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Günay, Y. (1996). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Olguları: Adli Tıp Uygulaması Çerçevesinde Bir Değerlendirme. *Journal of Forensic Medicine*, 69-79.

Güneş, M., Selçuk, H., Demir, S., İbiloğlu, A. O., Bulut, M., & Kaya, M. C. (2016). Çocuk evliliği yapan kadınlarda çift uyumu ve çocukluk çağı ruhsal travması. *Journal of Mood Disorders*, 6(2), 63-70.

Gürbüz, S., & Bayık, M. E. (2018). Aracılık Modellerinin Analizinde Modern Yaklaşım: Baron ve Kenny Yöntemi Artık Terk Edilmeli Mi? 6. *Danıştay Kongresi*. Isparta.

Gürkan, U. (2006). Yılmazlık ölçeği (YÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(2), 45-74.

Habip, B. (2019). *Psikanalizin içinden*. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.

Harvey, M. (1996). An Ecological View of Psychological Trauma and Trauma Recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 3-23.

Heffernan, K., & Cloitre, M. A. (2000). Comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis*(188), 589-595.

Hefferon, K., & Boniwell, I. (2018). *Pozitif Psikoloji Kuram, Araştırma ve Uygulamalar*. Ankara: Nobel Yayınları.

Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H., & Ehlert, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *Am J Psychiatry*, 28(3), 2276-2286.

Henderson, N., & Milstein, M. M. (1996). *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators*. California: Corwin Pres.

Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*(13), 194-201.

Hunter, A. J., & Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. *Journal of Nursing Scholarshi*(31), 243-247.

İbiloğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 84-98.

İnan, E. (2015). Travma, Bağlanma, Ruhsal Dayanıklılık Kavramları ve Bu Kavramların Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Jacelon, C. S. (1997). The Trait and Process of Resilience. *J Adv Nurs*(25), 123-129.

Judkins, S. K., & Rind, R. (2005). Hardiness, stress, and job satisfaction among home care nurses. *Home Health Care Management and Practice*, 17(2), 113-118.

Kaba, İ., & Keklik, İ. (2016). Öğrencilerin üniversite yaşamına uyumlarında psikolojik dayanıklılık ve psikolojik belirtiler. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 98-111.

Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: physical and emotional abuse and neglect. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*(38), 1214-1222.

Karaoğlu, M. (2019). Yeme Tutumları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Öz Şefkat ve Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kauchak, D., & Eggen, P. (1998). *Teaching and learning: Research based methods*. NY: Pearson Education.

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 11-20.

Kaysen, D., Scher, C. D., Mastnak, J., & Resick, P. (2005). Cognitive mediation of childhood maltreatment and adult depression in recent crime victims. *Behavior Therapy*, 36(3), 235-244.

Kempe, C. H. (1978). Sexual Abuse, Another Hidden Pediatric Problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Pediatrics*(62), 382-389.

- Kent, E. (1999). Improving outcomes through preoperative teaching. *Nursing Times*, 95(1), 54-55.
- Keskin, G., & Çam, O. (2005). Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium*, 118-125.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hugles, M., & Nelson, C. (2000). Epidemiological Risk Factors For Trauma and PTSD. *American Psychiatry Press*, 23-56.
- Keyes, M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., & Grant, B. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 107-115.
- Kılıç, B. (2014). Fiziksel Şiddet Gören Kadınlarda Ortopedik Travmalar Ve Şiddete Uğrayan Kadınların Şiddet Algısının Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Kavramı Açısından Uygulamalı Bir Örneği. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 1.
- Kilpatrick, D., & Resnick, H. (1993). *Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations*. Washington: American Psychiatry Press.
- Kırımsoy, E., Acar, H., & Sevik, H. Y. (2013). *Sosyal çalışma görevlileri için eğitim kitabı*. Ankara: Türkiye’de Çocuklar İçin Adalet Projesi Yayınları.
- Kıvrak, Y., Gey, N., Kıvrak, H. A., Kokaçya, M. H., Çöpoğlu, Ü. S., & Arı, M. (2015). Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*(16), 314-322.
- Klag, S., & Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*(9), 137-161.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş., & Bökeoğlu, Ö. Ç. (2006). *Sosyal bilimler için istatistik*. Ankara: PegemA Yayıncılık.
- Krause, N. (2001). *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Academic Press.
- Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (1999). Psychological hardiness: State of the science. *Holistic Nursing Practice*, 13(3), 11-19.
- Lansford, E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, 12(3), 233-245.

- Lee, W. S. (2005). *Encyclopedia of school psychology*. California: Sage Publications.
- Levine, P. A. (2017). *Travma ve anı*. (P. Savaş, Çev.) İstanbul: Butik Yayıncılık.
- Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and healthrelated outcomes of collective trauma a systematic review. *Eur. Psychol*(14), 51-62.
- Luszczynska, A., Gutie'rrez-Don-a, B., & Schwarzer, R. (2005). General selfefficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 82-83.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*(71), 543-562.
- Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (1994). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 265-274.
- Mak, W. W., Ng, I. S., & Wong, C. C. (2011). Resilience: Enhancing wellbeing through the positive cognitive triad. *Journal of counseling Psychology*, 58(4), 610-617.
- Martino, S. (2008). Multiple trajectories of physical aggression among adolescent boys and girls. *Aggressive Behaviour*, 61-75.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: successful adaptation despite risk and adversity. M. C. Wang, & E. W. Gordon içinde, *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (s. 3-25). NY: Routledge.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Dev Psychopathol*(2), 425-444.
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742-751.
- McAnulty, R. D. (2004). *The Psychology of sexual Orientation. Behavior and Identity*. London: Greenwood Pres.
- McKnight, C., Huebner, E. S., & Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, 39(6), 677-687.
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*(34), 647-658.

Montessori Dünyası. (2016). “Emici Zihin” Montessori Dünyası. <http://www.montessoridunyasi.com/155/> adresinden alındı

Moran, M. T., & Hoy, A. W. (2007). The differential antecedents of self-efficacy beliefs of novice and experienced teachers. *Teaching and Teacher Education*(23), 944-956.

Moreno, M. M., & Coelho, N. E. (2013). Trauma, memory, and corporeal acts: A dialogue between Freud and Ferenczi. *In International Forum of Psychoanalysis*, 22(1), 17-25.

Nehir, S., Irmak, H., Demet, M. M., & Toksöz, K. (2018). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(2), 163-168.

Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., & Baldwin, J. R. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*(96), 57-64.

Norfolk, D. (1989). *İş hayatında stres*. (L. Serdaroğlu, Çev.) İstanbul: Form Yayıncılık.

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature. *Psychiatry*(65), 207-239.

Nygaard, E., Hussain, A., Siqveland, J., & Heir, T. (2016). General self-efficacy and posttraumatic stress after a natural disaster: a longitudinal study. *BMC Psychol*, 4(15).

Oflaz, F. (2015). Travma yaşamış çocuk ve gençlerin ele alınmasında çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 46-51.

Oflaz, F. (2007). Nursing involvement in extraordinary situations. *Balkan Military Medical Review*(10), 172-177.

Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., . . . Tiras, B. (2001). Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*(25), 279-290.

Örsel, S., Karadağ, H., & Kahiloğulları, A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(12), 130-136.

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlu, A., & Akgün, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *(Anadolu Psikiyatri Dergisi)*, 130-136.

Özaydınlık, K. (2014). Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye’de kadın ve eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 93-112.

Özdamar, K. (1999). *Paket Program ile İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özerkan, E. (2007). Öğretmenlerin öz yeterlilik algıları ile öğrencilerin sosyal bilgiler benlik kavramları arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öztürk, E. (2020). Psikotarih, Travma ve Dissosiyasyon: Çocukluk Çağı Travmaları, Savaşlar ve Dissosiyasyonun Anamnezi. E. Öztürk içinde, *Psikotarih* (s. 1-21). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2018). *Nobel Tıp Kitabevleri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Pastorelli, C., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., & Bandura, A. (2001). Structure of children's perceived self-efficacy: A cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*(17), 87-97.

Perry, B. (2006). The neurosequential model of therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. *Working with traumatized youth in child welfare*, 27-52.

Polat, O. (2012). *Klinik Adli Tıp*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Relich, J. D., Debus, R. L., & Walker, R. (1986). The mediating role of attribution and self-efficacy variables for treatment effects on achievement outcomes. *Contemporary Educational Psychology*, 11(3), 195-216.

Rice, K. G., FitzGerald, D. P., Whaley, T. J., & Gibbs, C. L. (1995). Cross-sectional and longitudinal examination of attachment, separation-individuation, and college student adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 73(4), 463-474.

Rotka. (2017). *İyimserliğin Dezantajları*. <http://www.rotka.org/yeni-bir-arastirma-asiri-iyimserligin-dezavantajlarini-ortayakoyuyor> adresinden alındı

Ruppert, F. (2011). *Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları*. (F. Zengin, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Ruppert, F. (2014). *Ruhtaki bölünmeler*. (F. Zengin, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Saçarçelik, G. G. (2009). Kasıtlı kendinzarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Sağlam, Ö., & Soylu, Y. (2019). Çocuk Yetiştirme Stillerine Bağlı Olarak Gelişen Çocukluk Çağı Travmaları ve Erişkin Dönem Obezitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 136-150.

Sakarya, D., & Güneş, C. (tarih yok). Van Depremi Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 21(1-2-3), 25-32.

Sanderson, C. (2010). *Çocuğun Cinsel İstismarı ve Tacizden Korunma Rehberi*. Ankara: Sistem Yayıncılık.

Sarı, H. Y., Ardahan, E., & Öztornacı, B. Ö. (2016). Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan Sistemik Derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 501-511.

Sarı, M. (2017). Çocuklarda Doyum Erteleme Becerisi. *Arel Koleji Okulumu Seviyorum Dergisi*(111), 11-13.

Sarıçam, H. (2019). Travmayla Başa Çıkma, Koruyucu Faktörler ve Müdahale Yöntemleri. F. S. Çakar içinde, *Travma Psikolojik Danışmanlığı* (s. 133-158). Ankara: Pegem Akademi.

Savaşır, I., & Şahin, N. H. (1997). *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 51-71.

Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 167-180.

Schreurs, K., & Ridder, D. (1997). Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic disease. *Clinical Psychology Review*, 89-112.

Schunk, D. H., & Meece, J. L. (2005). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. UK: Information Age Publishing.

Schunk, D. H., & Pajares, F. (2002). The development of academic self-efficacy. A. Wigfield, & J. Eccles içinde, *Development of achievement motivation* (s. 15-31). San Diego: Academic Press.

Seçer, İ. (2005). *Spss ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Senemoğlu, N. (2001). *Gelişim Öğrenme ve Öğretim- Kuramdan Uygulamaya*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Sezgin, F. (2012). İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRETMENLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 489-502.

Shaikh, A., & Kauppi, C. (2010). Deconstructing Resilience: Myriad Conceptualizations and Interpretations. *International Journal of Arts and Sciences*, 3(15), 155-176.

- Shapir, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press.
- Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the Self-Efficacy Scale. *Psychol Rep*(53), 899-902.
- Sherer, M., Maddux, J. E., & Mercandante, B. (1982). The SelfEfficacy Scale: construction and validation. *Psychol Rep*.(51), 663-671.
- Smith, P., Anoniadov, K., & Cowie, H. (2003). Intervetions to reduce school bullying. *Journal of Education*, 299–312.
- Soest, T., Mossinge, S., Stefansen, K., & Hjemdal, O. (2010). A validation study of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*(32), 215-225.
- Solberg, V. S., & Villarreal, P. (1997). Examition of self-efficacy, social support and stress as predictors of psychological and physical distress among hispanic college students. *Hispanic Journal of Behavioral Science*(19), 182-201.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive–compulsive disorder. D. Barlow içinde, *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (s. 516-550). New York: Guildford.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.
- Şahin, D. (1995). Türkiye'de insan eliyle yapılan travmalara bağlı psikiyatrik bozuklukların boyutu. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 26-30.
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şar, V. (2017). Savaş ve terör yaşantılarında travma sonrası stres. *Okmeydanı Tıp Dergisi*(33), 114-120.
- Şenkal, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şimşek, Ş., & Gençdoğan, S. (2014). Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Taner, Y. v. (2004). Çocuk istismarı ve ihlali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 82-86.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihlali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 82-86.
- Taylor, D., & Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of health & illness*, 29(1), 27-45.
- TDK. (2020). *İhmal*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- TEDMEM. (2017). *Çocukların Öz Denetim Becerilerinin Gelişmesini Sağlayacak Stratejiler*. <https://tedmem.org/mem-notlari/yansima/cocuklarin-oz-denetim-becerileriningelismesini-saglayacak-stratejiler> adresinden alındı
- Telef, B. B. (2011). Öz yeterlilikleri farklı ergenlerin psikolojik semptomlarının incelenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Terr, L. (1983). Chowchilla Revisited: The Effects of Psychice Trauma Your Years after a School-bus Kidnapping. *American Journal of Psychiatry*(140), 25-39.
- Terzi, Ş. (2005). İyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Thomas, E., Nijenhuis, R. S., & Krikke, P. A. (2007). Volume of Discrete Brain Structures in Complex Dissociative Disorders: Preliminary Findings. *Progress in Brain Research*(167), 307-310.
- Tirali, T., Oğuz, Y., & Soydan, S. (2014). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Oral Bulguları. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 154-157.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Tommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L., & Burges, M. (2002). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 303-312.
- Truffino, J. C. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Türksoy, N. (2000). *Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları*. İstanbul: 5US Yayınları.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*(1), 165-178.

Warda, G. G., & Bryant, R. A. (1998). Cognitive bias in acute stress disorder. *Behaviour Research And Therapy*(36), 1177-1183.

Warner, L. M., Gutierrez-Dona, B., Angulo, M. V., & Schwarzer, R. (2015). Resource loss, self-efficacy, and family support predict posttraumatic stress symptoms: a 3-year study of earthquake survivors. *Anxiety Stress Coping*(28), 239-253.

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*(5), 503-515.

Werner, E. E., & Smith, R. E. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. NY: Cornell University Press.

WHO. (2006). *Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y adresinden alındı

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelleteir, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *J. Affect. Disord*(126), 411-414.

Wood, R. E., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*(14), 361-384.

Wright, M. O., Crawford, E., & Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68.

Yağcı, İ., Avcı, S., Taşdelen, Y., & Kıvrak, Y. (2018). İntihar girişiminde bulunanlarda D tipi kişilik, çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete, dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(6), 551-558.

Yenilmez, D. O., Atagün, M. İ., Altun, İ. K., Tunç, S., Uzel, M., Altınbaş, K., . . . Oral, E. T. (2019). Bipolar Bozukluk ve Yineleyici Depresif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Bilişsel Süreçler Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(10), 1-9.

Yıldırım, F., Küçüköncü, S., Beştepe, E., & Yıldırım, M. S. (2014). The Relationship of Childhood Abuse and Neglect with Suicide Attempts in an Adult Unipolar Depression Sample. *Noropsikiyatri Arsivi*, 51(2), 133-140.

Yıldırım, P. (2014). Ergenlerde Psikolojik Dayanıklılık ile Benlik Kurgusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

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

Zara, A. (2011). Krizler ve Travmalar. A. Zara içinde, *Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları* (s. 91-121). İstanbul: İmge Kitabevi.

Ziehnert, A. V. (2016). Schemas and romantic attachment as potential mediators in the relationship between child abuse and intimate partner violence. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Missoula: The University of Montana.



8 EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Belirtiler ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılık ve Öz-yeterliliğin Aracı Rolü

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Arel Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Genel Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Özge Yavuz tarafından, Doç Dr. Zeynep Belma Gölge danışmanlığında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı üniversite öğrencileri üzerinde çocukluk çağı travmalarının psikolojik belirtiler ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık ve öz-yeterliliğin aracı rolünü incelemektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun dışında ölçeklerde ad-soyad ve imza gibi kişisel bilgiler alınmayacaktır. Çalışmanın anonim ve gizli tutulması amacıyla katılımcılara ölçek formları bir zarf içinde dağıtılacaktır. Ölçekler doldurulduktan sonra zarfla kapalı bir şekilde teslim alınacaktır. Cevaplarınız sadece araştırmacı tarafından bilimsel veri amacıyla kullanılacaktır ve gizli tutulacaktır. Bu anlamda, araştırma sonuçlarından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve boş bırakılmaması oldukça önemlidir. Araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, katılımınızı sonlandırabilirsiniz.

Çalışma sırasında sizden istenilen, verilen ölçeği boş madde bırakmamaya özen göstererek samimi bir şekilde doldurmanızdır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi ve destek almak için ozgeyaavuz@hotmail.com hesabından ulaşabilirsiniz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum.

Kabul ediyorum ()

Kabul etmiyorum ()

Ad-Soyad:

İmza:

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

() Erkek () Kadın

3- Medeni durumunuz:

() Evli () Bekâr () Boşanmış/Dul

4- Okuduğunuz bölüm:

Bölüm.....

5- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

6- Algılanan gelir düzeyiniz nedir?

() Üst () Orta () Alt

7- Kimlerle yaşıyorsunuz?

() Tek başına () Anne, baba, kardeş ile () Arkadaş ile () Eş,Sevgili ile () Akrabalar ile () Yurtta

8- Bebekliğinizde/Çocukluğunuzda anne babanızdan ayrı kaldınız mı?

() Evet () Hayır Eğer cevabınız evet ise kimden ?

Ne kadar süre ayrı kaldınız?

Ayrı kaldığınız süreyi kiminle/kimlerle geçirdiniz?

9- Çocukluğunuzda anlamakta ve baş etmekte zorlandığınız, olumsuz ve rahatsız edici bir olay yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

Eğer cevabınız evet ise bu olayı nasıl tanımlarsınız?

Bu olayı ne sıklıkla yaşadınız?

() Sadece bir kez () Birkaç kez () Defalarca/Sürekli olarak

Kaç yaşındaydınız?

Yaşadığınız olay insan eliyle gerçekleştirildiyse kim tarafından yapıldı?

10- Çocukken istismara maruz kaldınız mı?

() Evet () Hayır

Eğer cevabınız evet ise ne tür bir istismara maruz kaldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Cinsel (öpmek, cinsel organ göstermek, çocuğun cinsel organlarını göstermesini istemek, el ile ya da bir cisimle genital temas, rektal bölgelere, memeye veya vücudun diğer bölgelerine dokunmak ya da çocuktan dokunmasını istemek, teşhircilik, röntgencilik vb.)

() Fiziksel (Vurmak, itmek/çekmek, çimdiklemek, bir eşya kullanarak (kemer vb.) dövmek , vurmak, yaralanmasına sebep olmak, kırık, zedelenme ya da çıkığa neden olmak, yakmak, zehirlemek vb.)

() Psikolojik (Sürekli aşağılamak/küçümsemek/eleştirmek, sürekli bağırarak, başkalarının yanında utandırma, aşağılayıcı isimler takma, terk etme ya da şiddet ile cezalandırma tehditlerinde bulunma, eğitim almasını engellemek, aşırı baskı ve otorite uygulama, vb.)

Eğer birden fazla istismara maruz kaldıysanız aşağıdaki soruları sizi en çok etkileyeni düşünerek cevap veriniz. Kim tarafından istismara maruz kaldınız?

() Baba/anne () Kardeş () Amca, dayı, teyze, hala, büyükanne, büyükbaba () Öğretmen

() Tanıdık (komşu, esnaf, arkadaş vb) () Yabancı Diğer (belirtiniz)

Kaç yaşındaydınız?.....

11- Çocukluğunuzda yaşadığınız olumsuz/örseleyici veya rahatsız edici olay sonrasında destek aldınız mı?

() Evet psikolojik destek aldım () Hayır () Evet çevremden (ailem/arkadaşlarım/okulum vb.) sosyal destek gördüm

12- Şu anda ailenizden veya çevrenizden beklediğiniz desteği görüyor musunuz?

() Evet (kimler).....

() Hayır 13- Herhangi bir psikolojik / psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

() Evet (belirtiniz)() Hayır

14- Eğer cevabınız evet ise tedavi görüyor musunuz? Evet () () Hayır

Ek-3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek? Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.					
2. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tıpsız” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı					
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.					
5. Kirli giysiler içerisin de dolaşmak zorunda kalırdım.					
6. Sevildiğimi hissediyordum.					
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum					
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti					
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu					
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum					
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı					
13. Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi					
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
15. Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.					
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğiydi					
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi					
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi					
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.					

20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı					
21. Çocukluğum mükemmeldi.					
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu					
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum					
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.					



Ek-4. Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz. Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

	Hiç				Çok fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16.Yalnızlık hissetmek					
17. Hüzünlü, kederli hissetmek					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19. Ağlamaklı hissetmek					
20. Kolayca incinebilme, kırılmak					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak					

30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35. Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları					
36. Konsantrasyonda(dikkati birşey üzerine toplama) güçlük					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

Ek-5. TSSB-KD Ölçeği

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği-Kendini Değerlendirme

İnsanların travmatik bir olayla karşıladıktan sonra yaşadıkları bazı problemlerin bir listesi aşağıda verilmiştir. Sıralanan belirtileri SON BİR AY BOYUNCA hangi sıklıkta yaşadığınızı 0-3 arasında bir rakamı işaretleyerek puanlayınız:

	Hiç	Nadiren	Bir dereceye kadar	Hemen her zaman
1.Travmatik olay hakkında tam da istemediğiniz zamanlarda aklınıza gelen üzüntü verici düşünceler veya görüntüler yaşama				
2.Travmatik olay hakkında kötü rüyalar veya kâbuslar görme				
3.Travmatik olayı yeniden yaşama, sanki olay tekrar yaşanıyor gibi hissetme veya davranma				
4.Travmatik olay aklınıza geldiğinde kendinizi duygusal olarak kötü hissetme (örneğin, korkmuş, öfkeli, üzgün veya suçlu hissetme)				
5.Travmatik olayı tekrar hatırladığınız zaman fiziksel tepkiler verme (örneğin ter içinde kalma, kalp atışlarınızın hızlanması)				
6.Travmatik olay hakkında düşünmemeye, konuşmamaya veya bir şey hissetmemeye çalışma				
7.Travmatik olayı size hatırlatan etkinliklerden, insanlardan veya yerlerden kaçınmaya çalışma				
8.Travmatik olaya ilişkin önemli bir bölümü hatırlayamama				
9.Sizin için önemli olan etkinliklere daha az ilgi duyma veya daha az sıklıkta katılma				
10.Çevrenizdeki insanlara uzak veya yabancılaşmış hissetme				
11.Duygusal olarak duyarsızlaşmış hissetme (örneğin, ağlayamama veya sevgi hissedememe)				
12.Gelecek planlarınızın veya umutlarınızın sanki gerçekleşmeyeceğini hissetme (örneğin, bir mesleğinizin, evliliğinizin, çocuğunuzun veya uzun bir hayatınızın olmayacağını hissetme)				
13.Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte güçlük çekme				
14.Çabuk sinirlenme veya öfke patlamaları yaşama				
15.Dikkati toplamakta güçlük çekme (örneğin, bir konuşma sırasında gidip gelme, televizyonda izlenen bir öyküyü kaçırma, okuduğunuz şeyi unutma)				

16. Aşırı tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme veya kapıya arkanızı dönmekten rahatsız olma)				
17. Yerinden sıçrama veya kolayca irkilme (örneğin, arkanızdan biri geçerken)				

Yukarıda sıralanan belirtiler (17 belirti) SON BİR AY BOYUNCA aşağıdaki dokuz yaşam alanında işlevselliğinizi bozdu mu?:

1. İş ☒ EVET ☐ HAYIR
2. Evdeki sorumluluklar ☒ EVET ☐ HAYIR
3. Arkadaşlıklar ☒ EVET ☐ HAYIR
4. Boş zaman etkinlikleri ☒ EVET ☐ HAYIR
5. Okul yaşamı ☒ EVET ☐ HAYIR
6. Aile ilişkileri ☒ EVET ☐ HAYIR
7. Cinsel yaşam ☒ EVET ☐ HAYIR
8. Genel yaşam doyumu ☒ EVET ☐ HAYIR
9. Genel işlevsellik ☒ EVET ☐ HAYIR

Ek-6. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki 18 soruyu yapabildiğiniz en iyi biçimde ve dürüstçe yanıtlamanız gerekmektedir. Lütfen şu an ki görüşlerinizi ve yaşam durumunuzu en iyi tanımlayan cümle için size uyan durumun rakamsal ifadesini cümle başındaki boşluğa yazınız.

0: Hiç doğru değil 1: Biraz doğru 2: Çoğunlukla doğru 3: Çok doğru

- ___1. Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.
- ___2. Günlük programımda değişiklik yapmaktan hoşlanmam.
- ___3. Her gün işe/okula gitmeyi dört gözle beklerim.
- ___4. Hayatın beklenmeyen sorunlarını çözmek için yeterince güçlü değilim.
- ___5. Hayatta her şey olacağına varır.
- ___6. Plan yaptığımda, bunları gerçekleştireceğimden eminim.
- ___7. Ne kadar uğraşırsam uğraşayım, genellikle çabalarım boşa çıkar.
- ___8. İşimde çeşitlilikten hoşlanırım.
- ___9. Genellikle, insanlar benim söylediklerimi dikkatle dinlerler.
- ___10. Kendimi özgür bir insan olarak düşünmem, bana sadece hayal kırıklığı yaşatır.
- ___11. Elimden gelenin en iyisini yapmak hemen her zaman iyi sonuç verir.
- ___12. Yaptığım hataları genellikle düzeltmek çok zordur.
- ___13. Günlük programımda herhangi bir aksama olması beni rahatsız eder.
- ___14. Çoğu zaman hayata bıraktığım yerden başlamak isteği ile yataktan kalkarım.
- ___15. Çoğu zaman ne istediğimi bilmem.
- ___16. Alışılan düzendeki (rutindeki) değişiklikler beni öğrenmeye zorlar.
- ___17. Çoğu günler, yaşam benim için gerçekten ilginç ve heyecan vericidir.
- ___18. Bir kişinin iş konusunda heyecanlanabileceğini hayal edemem.

Ek-7. Özyeterlilik Ölçeği

ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

	Hiç				Çok iyi
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir					
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.					
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım					
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam					
5. Her şeyi yarım bırakırım					
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım					
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.					
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.					
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim					
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim					
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.					
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım					
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır					
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem					
15. Kendine güvenen biriyim					
16. Kolayca pes ederim.					
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum					

Ek-8. Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 69396709-050.01.04
Konu : Etik Kurul Kararı Hk.

Sayın Özge YAVUZ

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 26.02.2020 tarih ve 2020/02 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali Argun KARACABEY
Rektör

KARAR NO-26: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisi Özge YAVUZ'un "Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Belirtiler ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkiye Psikolojik Dayanıklılık ve Öz Yeterliliğin Aracı Rolü" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Özge YAVUZ'un çalışmasının, raportörün de görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.



T.C.
KÜÇÜKÇEKMECE BELEDİYE BAŞKANLIĞI
İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 98959111-044-E.45441

23/07/2020

Konu : Anketler

BAŞKANLIK MAKAMINA

İlgi : Özge YAVUZ'un 20.07.2020 tarihli ve 30753 sayılı başvurusu.

İstanbul Arel Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Genel Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge YAVUZ'un " **Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Belirtiler ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılık ve Öz-Yeterliliğin Aracı Rolü** " adlı tez çalışmasının anketini, Başkanlığımıza bağlı müdürlüklerde çalışan personellere uygulamak istediği, ilgi sayılı dilekçe ile tarafımıza iletilmiştir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde adı geçeninin yukarıda belirtilen konu ile ilgili anket çalışması yapılabilmesi hususunu olurlarımıza arz ederim.

 e-imzalıdır

Dinçay KÜLEKÇİ
İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürü

OLUR
23/07/2020

 e-imzalıdır

Kemal ÇEBİ
Belediye Başkanı

Dağıtım:

Gereği:

Başkanlık Makamına

Bilgi:

Tüm Müdürlüklere

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Doğrulama Kodu : PAJMM5FBEE Evrak Talıp Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/kucukcekmece-belediyesi-sty>
Adres: Halkalı Merkez Mahallesi Turgut Özal Bulvarı No:10 K.Çekmece/İST.
Telefon: 0212 444 43 60 / Faks: 2124110772
KEP: kucukcekmecebelediyesi.yazisleri@hs01.kep.tr

Bilgi için: Sevilay SAYILAR
Bilgisayar İşletmeni

9 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Özge YAVUZ

ORCID Numarası : 0000-0002-9455-5810

Öğrenim Durumu

2013 - 2017 Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi – Sosyoloji

2017 - 2019 Yıldız Teknik Üniversitesi – Pedagojik Formasyon

2017 - 2021 Yüksek Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi – Psikoloji

İş/Staj Deneyimi

Haziran/Ekim – 2016 Sosyolog Stajyer: Beylikdüzü Belediyesi Kadın ve Aile Hizmetleri Müdürlüğü

Eylül/Haziran - 2017 Felsefe Grubu Öğretmeni Stajyer: Güngören Anadolu Lisesi

2020 – Devam Ediyor Sosyal Çalışma Uzmanı: Küçükçekmece Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü