



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUĞU TANISI ALAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMA ETKİLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
İNCELENMESİ**

MERVE NALÇACI

YRD. DOÇ. DR. SEMRA BARİPOĞLU

İstanbul, 2018

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUĞU TANISI ALAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMA ETKİLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
İNCELENMESİ**

Merve Nalçacı

154102117

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: YRD.DOÇ. DR. SEMRA BARİPOĞLU

İstanbul - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102117
Öğrenci Adı Soyadı	: Merve Nalçacı
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu
Tezin Başlığı	: Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerde Çocukluk Çağı Travma Etkileri ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.01.2018	Saati	: 16:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Sinem Zeynep Metin	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu Özal İldeniz	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerde Çocukluk Çağı Travma Etkileri ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Adı SOYADI

İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sũresince bilgisi, tecrũbesi ve anlayıőı ile yanımnda olan, yœnlendiren başarı, disiplin ve etik kurallar açısından œrnek aldığım çok değerli hocam Yrd. Doç.Dr. Semra BARİPOğLU'na sonsuz teőekkũrlerimi sunarım.

Bu gũnlere gelmemde maddi ve manevi bũyũk katkıları olan, her konuda aldığım kararlıma destek çıkan, sevgilerini her an hissettiren œmũr boyu minnet duyacağım canım annem ve babama gœnũlden teőekkũr ediyorum.

Bu hayatta çalıőkanlıęına, hayran duyduğum, hayata karşı dimdik duran, hiçbir sorunda yılmayan, fakat tez çalıőmam sũre içerisinde œęrendięimiz zorlu bir hastalık sũrecine giren biricik ananeme minnettarlığımı sunuyor ve benim için yaptığı bũtũn emekleri için teőekkũr ediyorum. Bu zorlu sũreci yeneceğine gœnũlden inanıyor sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Ayrıca tez sũrecinde varlıklarıyla ve destekleriyle beni mutlu eden tũm dost ve arkadaőlarıma teőekkũr ediyorum.

Merve NALÇACI

ÖZET

Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerde Çocukluk Çağı Travma Etkileri ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı panik bozukluğu tanısı alan bireylerde sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek oranda çocukluk çağı travmalarının varlığını saptamaktır. Yine panik bozukluğu tanısı alan ve çocukluk çağı travmaları yaşayan bireylerin yaşam kalitelerini hangi düzeyde etkilediğini belirlemektir.

Yöntem ve Gereç: Çalışmaya Bursa Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 18-65 yaş arası 50 panik bozukluk hastası ile geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik hastalığı olmayan 50 sağlıklı kontrol grubu dâhil edilmiştir. Hasta ve kontrol grubuna kişisel bilgi formu, çocukluk çağı travmaları ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin çocukluk çağı travmaları ölçeği puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin cinsiyetlerine göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ; fiziksel istismar ve emosyonel ihmal puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. Hasta grubun WHOQOL- Bref yaşam kalitesi ölçeğinin toplam ve alt ölçek puanlarına bakıldığında kontrol grubuna göre yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Çocukluk çağı travmalarının varlığı ve alt çeşitleri bireylerde panik bozukluğun görülme oranını artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Çocukluk Çağı Travmaları, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Investigation the Quality of Life and The Effects of Childhood Trauma With people who were diagnosed with Panic Disorder

Aim: The goal of this research is to determine people who diagnosed with panic disorder will have more childhood trauma and also to investigate at which level childhood trauma will affect the quality of life with people who diagnosed with panic disorder.

Method and Materials: This research was conducted with 50 panic disorder patients who were aged between 18-65 at psychiatry clinic in Bursa State Hopital and also 50 healthy people who do not any have psychiatric disorder were added to this research. Scale for quality of life, childhood trauma scale and personal information form were used to patient and control group.

Findings: The results of childhood trauma scale in people with diagnosed panic disorder were significantly higher than control groups. Based on gender there are no statistically significant differences between the results of emotional abuse, physical neglect, sexual abuse, childhood trauma with patients and control groups. There are statistically significant differences between the results of physical abuse and emotional neglect. The quality of life is higher in control grups than in patients group according to reuslt of the WHOQOL-Bref quality of life scale's total and subscale scores.

Results: The presence and sub-types of childhood trauma increase the probability of getting panic disorder.

Key Words: Panic Disorder, Childhood Trauma, Quality of Life

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

	Sayfa
YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	iv
İÇİNDEKİLER LİSTESİ.....	v
TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
BÖLÜM 1: PANİK BOZUKLUK.....	3
1.PANİK BOZUKLUK.....	3
1.1. Klinik Özellikler.....	3
1.1.1. Panik Atakları.....	4
1.1.2. Agorafobi.....	5
1.1.3. Beklenti Anksiyetesi.....	6
1.2.Tarihçe.....	7
1.3.Epidemiyoloji.....	8
1.4. Etiyoloji.....	9
1.4.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	9
1.4.2. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşımlar.....	11
1.4.3 Biyolojik Yaklaşım.....	12
1.5. Panik Bozukluğun Diğer Ruhsal Sorunlarla İlişkisi.....	12
1.6.Tedavi.....	14
1.6.1.Panik Bozukluğun Psikoterapisi.....	14
1.6.1.1.Bilişsel Davranışçı Terapi.....	14
1.6.1.2.Analitik (Çözümleyici) Psikoterapi.....	15
1.6.2.Farmakolojik Tedavisi.....	15
BÖLÜM 2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI.....	18
2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI.....	18
2.1.2. Travma Türleri.....	19
BÖLÜM 3. YÖNTEM ve GEREÇLER.....	25
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	26

3.2. VERİLERİN TOPLANMASI	26
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	27
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	27
3.3.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	27
3.3.3.Yaşam Kalitesi Ölçeği	27
3.3.4.Verilerin İstatistiksel Analizi	28
BÖLÜM 4: BULGULAR	28
Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar	29
Tablo 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyut, Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları İle İlgili Elde Edilen Veriler.....	31
Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyut ile Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	33
Tablo 4. Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 5. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 6. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 7. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 12. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
BÖLÜM 5: TARTIŞMA VE YORUM	45
Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Boyut ile Yaşam Kalitesi Alt Boyut Arasındaki İlişki Düzeyleri	45
Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	46
Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	48
Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına ve Yaşam kalitesine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	50

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	52
BÖLÜM:6 SONUÇ ve ÖNERİLER.....	58
KAYNAKÇA.....	58
EKLER.....	63
CV.....	71



TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar	29
Tablo 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyut, Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları İle İlgili İle İlgili Elde Edilen Veriler	31
Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyut ile Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	33
Tablo 4. Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 5. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 6. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 7. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 10. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 11. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 12. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	44

GİRİŞ ve AMAÇ

Panik bozukluk herhangi bir durumla ilişkilendirilemeyen sık yaşanan panik ataklar ve bu panik atakların tekrar yaşanacağı endişesiyle karakterize olan bir bozukluktur. Bu bozukluktaki ataklar ani şiddetli bir endişe, dehşet, korkunç bir şey olacağı hissi ile birlikte en az dört belirtiyi içerir. Fiziksel belirtiler, nefes almada güçlük, kalp çarpıntısı, mide bulantısı, göğüs ağrısı, boğulma hissi ve nefes alamama, baş dönmesi, sersemlik, terleme, ürperme, uyuşma ya da karıncalanma ve titremedir. Ayrıca atak anında görülebilecek depersonalizasyon (kişinin kendi bedeninin dışında olduğu hissi) ve derealizasyon(dünyanın gerçek olmadığı hissi) olguları bulunmaktadır. Panik bozukluk sıklıkla ergenlik döneminde ortaya çıkar ve yılların geçmesiyle genellikle hastalığın şiddeti artar (Kring ve ark., 2017).

Çocuklukta veya genç erişkinlikte karşılaşılan duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olguları çocukluk çağı travmaları olarak adlandırılmaktadır. İhmal ve istismar olarak genel kavramlar halinde literatürde geçmektedir. 18 yaş altındaki çocuklara aktif biçimde uygulanan fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal ilerlemelerine zarar veren her tür davranışa istismar; çocukların beslenme, eğitim, bakım, barınma gibi ihtiyaçlarından pasif bir şekilde yoksun bırakma durumuna ise ihmal denmektedir.

Çocuk ihmali ve istismarı bireylerin ileriki yaşantılarında psikiyatrik sonuçlar doğurabilmektedir. Disosiyatif belirtiler, intihar girişimleri, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları, uyku bozuklukları, fobiler, duygu durum ve anksiyete bozuklukları, bedensel yakınmalar, somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis ve panik bozukluğu ile çocukluk çağı travmalarının ilişkili olduğu bildirilmektedir (Yöyen,2017).

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel işlevlerini, psikolojik halini, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini ve çevrenin kendisine olan etkilerini, inançlarını kapsamaktadır. (Avcı, Pala, 2004).

Yapılan çalışmalar panik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar vakalarının daha sık görülmekte olduğunu göstermekte (Özkan, Özen, Ertunç, 2005) fakat çocukluk çağı travmalarının tüm alt tipleriyle yapılan çalışmalar sınırlıdır. Panik bozukluğu panik atakları, eşlik eden beklenti anksiyetesi ve agorafobi ile

hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini önemli şekilde etkilemektedir (Alkın, 2002). Yine çocukluk çağı travmaları da bireylerin ileriki yaşamlarında psikiyatrik hastalıklara sebep olmakta (Örsel ve ark., 2011) böylece bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönden etkilenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu hastaların çocukluk çağı travmalarının sağlıklı kontrol grubuyla farklılıkları ile panik bozukluğun ve çocukluk çağı travma olgularının bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkiyi saptamaktır.

Hipotezler

1. Panik bozukluğu teşhisi konmuş kişilerde çocukluk çağı travmaları görülme sıklığı normal popülasyona göre fazladır.
2. Panik bozukluğu tanısı alan kadın hastaların panik bozukluğu tanısı alan erkek hastalara göre çocukluk çağı travma yaşamış olma riski daha yüksektir.

Alt Problemler

1. Çocukluk çağı travmasından dolayı panik bozukluğu tanısı aldığı düşünülen bireylerin yaşam kalitelerinde anlamlı bir bozukluk görülmekte midir?
2. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan bireylerin sosyal ilişkilerinde anlamlı bir takım bozukluklar görülmekte midir?
3. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan bireylerin ruhsal alanlarında anlamlı bir takım bozukluklar görülmekte midir?

BÖLÜM 1: PANİK BOZUKLUK

1.PANİK BOZUKLUK

Panik bozukluk birden ve nedeni olmadan meydana gelen sıkıntı ile buna eşlik eden ruhsal ve fiziksel belirtiler ile ortaya çıkan ataklarla tanımlanmış bir hastalıktır (Altıntaş, Uğuz, Levent, 2015). Panik bozukluğun en temel özelliği panik atak ise 10-15 dakika ile 1 saat arasında süren, genellikle atağın oluşacağı zamanı ve yeri belli olmayan, sıklıkla herhangi bir nedene bağlı oluşmayan fiziksel belirtiler ile ortaya çıkan yoğun bir anksiyete nöbetidir (Tamam,2009).

Panik atak ve agorafobi DSM-5'te ayrı iki hastalık olarak tanımlanmasına rağmen genellikle agorafobi panik atak ile sıklıkla birlikte görülmektedir. Nadiren de olsa panik atakları olmayan bireylerde agorafobi hastalığına sahip olabilmektedir (Kring ve ark., 2017).

Panik bozukluğun diğer iç içe bulunduğu kavram beklenti anksiyetesidir. Bu kavram panik bozukluğunda yaşanan ataklardan sonra sahip olunan tekrarlanan ve kaçınılmaz olan atakların sürekli oluşacağına panik bozukluklu bireylerin karşılaştığı bir anksiyete çeşididir (Mantar, Yetmez, Alkın, 2011).

1.1. Klinik Özellikler

Klinik ortamlarda en sık karşılaşılan anksiyete bozukluklarından biri panik bozukluğudur. Hastalığın en belirgin özelliği kendiliğinden ve beklenmedik şekilde yaşanan panik ataklardır. Panik atağın en önemli semptomları otonom sistemi tarafından tetiklenen normalden daha yüksek atan kalp atışları, bayılma, göğüste sıkışma veya daralma ve nefes darlığıdır. Bulanık görme dışkılama isteği, halsizlik ve bulantı ise parasempatik sistemin etkinleştirmesiyle ortaya çıkan diğer belirtilerdir.(Sönmez, 2006).

Panik bozukluğu belirtilerin zaman zaman azalması zaman zaman da artmasıyla seyreden kronik tipli bir hastalık olarak tanımlanır. Hastalık fobiler, depersonalizasyon, derealizasyon, uyku bozuklukları, hipokondriasis ile ön belirtilerle ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Yaşanan ilk panik atak öncesinde bireylerin yaklaşık %70'i önemli yaşam olayları yaşamaktadır. Bunlar; değer verilen kişilerle yaşanan problem ve

ayrılmalar, bireylerin karşılaştıkları sağlık sorunları ve stresli günlük yaşam olayları olarak önem sırasına göre sıralanabilir.

Hastalığın seyri göz önünde bulundurulduğunda yaşanan panik ataklar belirli zaman geçtikçe azalır ya da tamamen kaybolmaktadır. Fakat yaşanan panik ataktan bir sonrakinin ne zaman yaşanacağı düşüncesi hastayı daha kaygılı, yeti yitimleri yaratacak şekilde şiddetli biçimde bir beklenti durumuna sokmaktadır. Bu hal beklenti ankiyitesi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca hastalığa çoğunlukla kalabalık ortamlarda yalnız kalma korkusu ve panik atak yaşandığı anda çıkmanın kolay olmayacağı yerlerden kaçınma olarak tanımlanan agorofobi eşlik eder. (Akçam, 2016).

1.1.1. Panik Atakları

Panik ataklar, panik bozukluğu hastalığının en temel özelliğidir. Panik ataklar diğer ruhsal bozukluklarda da, özgül fobi, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğundaki yaşanan panik atakların herhangi bir uyarıcıyla ilişkisi olmayıp, herhangi bir zamanda ortaya çıktığı görülmektedir. Fakat sosyal fobi, özgül fobi bozukluklarında ataklar genelde bir uyarıcıdan sonra yaşanmaktadır. Bazılarında ise atakların beklenip ya da beklenmedik olması ayırt edilememektedir, bu panik ataklara ise duruma bağlı panik ataklar denilmektedir(Çökmüş,2016).

Ataklar tipik olarak şiddetli bir korku, kaygı ve kötü bir şey olacağı beklentisiyle birden başlar ve kısa süre içerisinde zirveye ulaşır. Genellikle 5-10 dakikada şiddeti azalır, çok az panik atak 30 dakikadan uzun sürer. Panik atakların şiddeti ve sıklığı hastalığın seyrine göre değişebilmektedir. Bu süre içerisinde atak yaşayan kişide şiddetli bedensel ve bilişsel yakınmalar ortaya çıkmaktadır. Bedensel yakınmalar kalp çarpıntısı, terleme, titreme gibi tipik belirtiler iken, bilişsel yakınmalar daha fazla çeşitlilik gösterebilmektedir. Hastalar genellikle bedensel belirtileri yanlış yorumlamakta bu yüzden stres seviyelerini yukarıya çekmektedirler.

a.DSM-5 Panik Atağı için Tam Ölçütleri

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da dörtten fazlasının), birden olarak başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, yoğun bir korku ya da rahatsızlık döneminin olması:

- 1.Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması,
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik hissi ya da bayılacak gibi olma duyumu
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)
11. Gerçekdışılık ('derealizasyon', gerçek dışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma ('depersonalizasyon', kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da 'çıldırma' korkusu.
13. Ölüm korkusu

1.1.2. Agorafobi

Agorafobinin geçmişten günümüze kadar farklı tanı kriterleri olmuştur. Agorafobi ilk olarak yalnızca bireyin tek meydanlara çıkmasından ve açık yerlerden duyulan korku olarak tanımlanırdı. Fakat günümüz tanımı agorafobinin daha da genişlemiştir. Tek başına kalmaktan, yalnız dışarı çıkmaktan, kalabalık ortamlara girmekten, sinema, köprü, uçak tünel gibi ortamlara girerken duyulan korku ve kaçınma davranışı da agorafobi sayılmaktadır (Öztürk, Uluşahin, 2011).

Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin geneli ele alındığında agorafobinin görülme sıklığı %50-65 oranında görülmektedir (Özlü, 2013). Fakat agorafobi toplum içinde ve klinik ortamlar örnekleminde görülme oranları değişiklik göstermektedir. Toplum içinden alınan örnekleme panik bozukluğuna 1/3'üne agorafobi eşlik ederken,

linik ortamda ise oran yükselerek yaklaşık 3\4'üne agorafobi eşlik ettiği kaydedilmiştir (Tükel,2002).

Panik bozukluğunda işlevselliği düşüren kriter olan panik ataklardan sonra ikincil olarak agorafobi gösterilmektedir.

Panik bozukluğu hastalığı içinde DSM-4'te iki küme halinde sınıflandırılırken agorafobili ve agorafobisiz olarak, DSM-5'te bu ayırım kaldırılmıştır. Bunun yerine agorafobi tek başına bir tanı kriteri olarak değiştirilmiştir.

Hastalıkta agorafobi bulunup bulunmaması hastalığın gidişatını, seyrini, tedavisini büyük oranda etkilemektedir.

DSM-5'teki "Agorafobi"nin A grubu 5 ölçütü şöyledir:

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).
2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).
3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
5. Tek başına evin dışında olma. Ayrıca DSM-5'e "belirtilerin en az 6 aydır sürüyor olması" şartı da eklenmiştir.

1.1.3. Beklenti Anksiyetesi

Beklenti anksiyetesi yaşanan ilk panik ataktan sonra tekrar tekrar yaşanabilecek olan panik ataktan duyulan şiddetli korku ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Beklenti anksiyetesi, bir çalışmada panik bozukluğu ve agorafobinin şiddetini değerlendiren bir ölçüt olarak değerlendirebileceği öngörülmüştür. Kişi beklenti anksiyetesi içindeyken kişinin günlük rutin işlevselliği negatif yönde etkilenmektedir. Kişide panik atak yaşamadığı zamanlarda dahi fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne zarar gelecek şekilde sürekli olumsuz düşünceler yer almaktadır. Sıklıkla korkunç bir eylemle karşılaşacağı düşüncesi, aklını ya da kontrolünü kaybetme algısı, çıldıracak korkusu ve ölecekmiş hissinin olması hastanın günlük yaşantısında uyumsuz davranışlar göstermesine neden olabilmektedir (Alkan,2007).

1.2.Tarihçe

Panik kelimesi Antik Yunan mitolojisinde bulunan yarı insan yarı keçi görünümünde bulunan Tanrı Pan'dan gelmektedir. Antik Yunan mitolojisine göre Tanrı Pan beklenilmeyen zamanlarda birden meydana gelen şiddetli korku ve kaygı ataklarıyla ilişkilidir. Tanrı Pan'ı "Bilin(e)mez'in tanrısı" olarak kabul ederler ve nedenini açıklanamayan olayları ona atfedebileceğini söylemektedirler. Tanrı'nın öfkelenildiğinde onun sahip olduğu tiz çığılığı veya deniz kabuğuna üflemesiyle insanların hiç beklemedikleri anda bekleseler bile onları tahmin edemedikleri şiddetli bir korkuya götürür (Şahin, 2011).

Uzmanlar panik bozukluğunu 19.yüzyılın ortalarında tanımlamaya başlamışlardır. Modern tanı yöntemlerinin bulunmaması nedeniyle ayırıcı tanı yapmakta zorlanılmış bu yüzden panik bozukluğu ilk yıllarda çarpıntı ve göğüs ağrıları nedeniyle kardiyolojik bir hastalık olarak düşünülmüştür (Çeçen,2015)

1871 yılında Da Costa panik bozukluğunu askerlerde sık rastlanılan yapısal bozukluğun bulunmadığı fakat yoğun bir şekilde göğüs ağrısı, şiddetli kalp çarpıntıları, kardiyak belirtilerin bulunduğu, işlevsel bir sendrom "irritabl kalp sendromu" olarak tanımlamıştır.1894 yılında Freud ise "anksiyete nevrozu" olarak tanımlamakta bu tanım DSM-II'de panik atağı için tanımlanan 12 belirtiden 9'unu karşılıyor olması dikkat çekicidir. 1909 yılındaki Kreapelin'in yayımlanan kitabında anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünü "korku nevrozu" adıyla açıklamıştır. 1917'de Francis Heckel yayınlanan kitabında "paroksizmal anksiyete atağını" DSM-III panik atak tanı kriterlerine oldukça yakın tanımlamıştır.

Literatürde ilk kez anksiyete ataklarından ayrı bir tanım olarak panik atağı terimini kullanan kişi Klein'dır. Klein imipramine yanıt veren panik ataklarını, imipramine yanıt vermeyen yaygın anksiyete bozukluğundan ayırmıştır, bu farklılıktan panik atağını anksiyete bozukluğundan ayrı bir hastalık olarak tanımlamıştır. Panik bozukluğunun açıkça tanımlanması DSM-III'de belirtilmiştir. Bu sınıflamada panik bozukluğu beraberinde agorafobiye de anksiyete bozuklukları içinde tek başına veya panik bozukluğu ile birlikte yer verilmiştir. DSM-IV'de ve DSM-IV-TR'de agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğu tanımları yer almıştır. En son olarak DSM-V'de ise

panik bozukluğu ve agorafobi birbirinden ayrılmış iki ayrı bozukluk olarak tanımlanmış fakat komorbid olabileceği belirtilmiştir (Köseoğlu, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Mental Disorders (ICD-9)'da panik bozukluğu tanı sınıflandırması bulunmazken, ICD-10'da birkaç kez ağır otonomik bunaltı nöbeti geçiren hastalar için 'panik bozukluk veya paroksizmal bunaltı nöbetleri' sınıflandırmaları kullanılmıştır (Öztürk, Uluğ,1993).

1.3.Epidemiyoloji

Panik bozukluk genel popülasyonda incelendiğinde sık görülen psikiyatrik hastalıkların arasında bulunmaktadır (Ceylan, Yazan, 2000).

Panik bozukluğun yaşam boyu prevalans oranları incelendiğinde % 1,5-5 görülürken hastalığın atakları için %3-5,6 olarak sayısal değerleri bildirilmiştir. Ayrıca panik bozukluğu ve tekrarlayan yaşam boyu prevalanslarının %5,1-12,3 arasında olması her 10 kişiden birinde tekrarlayan panik atakların bireylerin mevcut zaman ya da gelecek zamandaki bir panik atak durumunun gelişeceği izlenimini sonucuna vardırılmaktadır. Cinsiyet oranları incelediğinde ise panik bozukluğun kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Bu hastalığa bireyler genellikle genç erişkinlik döneminde (ortalama 25 yaşlarında) daha fazla yakalanmaktadır (Duran, 1999). Fakat panik bozukluk çocukluk çağında sıralarında ve 45 yaş sonrasında da ortaya çıkabilmektedir. Kadınlarda daha fazla görülmesinin nedenleri kadınların bedensel ve bilişsel semptomları daha fazla yaşaması, hayatta daha az bağımsız ve aktif olmaları ve kaygı yaratabilecek durumlara daha fazla önem vermeleri ve üzerine düşünmelerinden dolayı kadınlarda görülme olasılığı yükselmektedir (Altıntaş, 2006). Ayrıca kadın erkek olarak panik bozukluğu incelendiğinde hastalığın gidişi ciddiyeti, seyri benzer olarak görülmektedir fakat tedavi sürecinde erkekler kadın hastalardan farklı olarak alkolü tedavi edici unsur olarak görüp, alkol kullanmaktadırlar (Yörük, 2017).

Hastalığın 17 yaşında ve 17 yaş öncesinde başlaması, 18 yaşında ve 18 yaş sonrasında başlayanlara göre hastalık birçok farklı riskli durum taşımaktadır. Bunların içinden 17 yaşından önce bu hastalığı yaşarlarda alkolü kötüye kullanım, intihar

düşünceleri veya girişimleri, acil servise başvuru oranları bakımından riskli davranışlar olarak gösterilmektedir (Yüksel, 2004).

Sağlık hizmeti veren merkezlerin arasında birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde panik bozukluğuna sık olarak rastlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde ICD-10 'a göre tanı konulmuş panik bozukluğu hastalarında Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu çalışmada yaşam boyu panik bozukluğunun görülme prevalansı %3,4 olarak kaydedilmiştir. Ayrıca bu hasta grubunun diğer alt kiniklere başvurma oranları da oldukça fazladır. Bunun sebebi olarak bireyler farklı hastalıklardan şüphelenerek farklı polikliniklere başvurmuşlardır. Çalışmalar vestibuler bozukluğu ile başvuran hastaların %15'inin, kardiyoloji polikliniğine başvuranların hastaların %16'sının, hiperventilasyon sebebiyle hastaneye giden hastaların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu belirlenmiştir (Tükel, 2002).

Agorafobi eşlik edip etmemesine kaynaklı olarak yaşanan panik bozukluklarının başlangıç dönemleri değişmektedir. Agorafobili panik bozukluk yirmili yaşın başlarında başlarken, agorafobisiz panik bozukluk yirmili yaşın sonlarında meydana gelir (Favarelli ve Paionni, 1999).

Panik bozukluğu hastalığı evli olmayan bireylerde evli olanlara göre 2 kat daha fazla risk olarak görülmektedir. Hastaların daha çok bekar, dul, veya yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Bu verilerde hastalıkta sosyal desteğin hastalığın seyrinde tedaviyi pozitif ya da negatif yönde etkilediğini düşündürmektedir (Altıntaş, Uğuz, Levent, 2015).

1.4. Etiyoloji

1.4.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kurama göre panik bozukluğu iki şekilde formüle edilebilir. İlk formüle olarak hastalar nörobiyolojik olarak panik bozukluğuna hassasiyetleri olduğu ve bu hassasiyetlik yaşamın ilk dönemlerinde çekingenliğe yol açabildiği savunulmaktadır. Bu çekingenlik çocukların çevresine olan güven duygusunu azaltmakta ve anne babalarına ihtiyacı olan güven duygularını bu yüzden normalden daha çok talep etmektedirler. Buna bağlı olarak çocuklar anne babalara daha çok bağımlı hale geldiği savunulur. Çocukların bu güven duygusuna talepleri karşılanamayacak kadar fazla olması onları narsistik yapıda kırılğan ve hassas bir

pozisyona getirmektedir. Çocuklar bu eksikliklerinden dolayı ailelerin onları yeteri şekilde koruyamadıklarını düşünür ve ailelerini yetersiz olduğu düşüncesi meydana gelir. Bu düşüncedeki çocuğun ailesinden alacağı güvenlik duygusu ihtiyacından az verilirse veya güvenlikle olan korkuları tersine pekiştirilirse çocuk aileye öfke hissedecek ve bundan dolayı suçluluk duygusuna kapılacaktır. Bu bağlamların sonunda çatışmalı duygularla bağımlı bir ilişki meydana gelecektir.

İkincil formülde, çocuğun gerçekte olan birincil ihtiyaçlarını karşılayamaması ile ilişkilidir. Yeni doğan bir bebeğin doğumdan itibaren ebeveyninin özellikle annenin tüm ihtiyaçlarını karşılayan, haz verici ve olumlu deneyimler oluşmasına ortam sağlayan yaşantılar oluşturduğu düşünülür. Fakat bebeğin ilk deneyimlerinde olumsuz yaşantılar daha fazla ebeveynini kötü olarak deneyimler ve onlara öfke duygusu besleyeceği kabul edilir. Bebekte öfke ile beraber ebeveynine zarar verme arzusu meydana gelmekte ve bu dönemdeki bebeğin arzu ve eylemi ayırt edememesinden kaynaklı, ailesini kaybedeceği korkusu başlar. Bu koşullara ebeveyninde kontrolcü, özerkliğe izin vermeyen bir ebeveyn var olursa bebekte kendi başına kalamayacağı ve kendisine yetemeyeceği duygular oluşabilir. Böylece öfke ve suçluluğun ebeveyn ile tüm yaşantıdaki bağları çocukta bağımlılığı pekiştirmektedir.

Erken dönemdeki bu yaşantılar sonucu bireyin ilişkilerinde iki farklı bağlanma olayına yol açabilmektedir. Bazıları ayrılma konusunda karşısındaki bireye bağımlı hale gelir ayrılma onlar için oldukça hassas ve alıngan bir hal aldığı varsayılır. Diğer durumda ise bazı bireylerin yakın ilişkiden kaçındıkları ilişkide bağımlılık duygusunun onları yutuyormuş hissi olduğu düşünülür. İki durumda da terk edilme ve ilişki yaşamada oluşan kaygı savunma mekanizmalarını harekete geçirir fakat savunma mekanizmaları eksik olarak çalışır bu yüzden kişilerde suçluluk ve öfke duygusunu yaşamaya eğilimli oldukları varsayılır. Bu deneyimler bireyde olumsuz yaşantılardan başa çıkmada yetersizliğe, kaçınmaya neden olmakta ve hastada rahatsız ortamdan somatik belirtilerin yönelttiği alana vardırıldığı düşünülür (Şahin, 2011).

Sonuç olarak panik bozukluğunun psikodinamik modelinde alışkın olunmayan ve beklenilmeyen durumlar karşısında “aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışlarıyla ortaya çıkan ve “çözülmemiş bağımlılık-bağımsız çatışmalarına” sebep olan doğumla birlikte gelen bir korku yanıtının var olduğudur (Tükel, 2000). Başarısız

savunma mekanizmalarının işleminin sonucunda anksiyete uyarıcı dürtüleriyle panik nöbetlerinin oluştuğu fikri vardır.

1.4.2. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşımlar

Bilişsel davranışsal kuram, panik bozukluğun seyrinde somatik belirtilerden korku, otomatik düşünceler ve kaçınma davranışları üzerinde yoğunlaşır. Bilişsel davranışçı kuramcılara göre panik bozukluğun temel elemanları şunlardır;

- **Klasik koşullanma:** Panik atakların seyri ve sıklığı agorafobili hastalarda korktukları ortamdaki sistematik bir şekilde yüzleştirmeye azalmaktadır. Başlangıcında nötr uyarıcı ile rahatsız edici bir olayla bir korkunun çıkması önem teşkil etmektedir. Daha sonrasında ise zararsız bir durumun oluşturduğu korku tepkisi kaçma veya kaçınma davranışı ile öğrenilmiş olmaktadır. Fakat hastaların çoğunda fobik kaçınma durumlarına neden olan herhangi bir çevresel etmen ayırt edilememektedir.
- **Korkudan korkma ve intreroseptif koşullanma:** Panik bozukluğu hastalarını genellikle içsel uyaranlardan (panik ataklar) korkmaktadırlar. Panik ataklar Pavloviyan interoseptif koşullanmanın sonucudur. Hastaya zarar vermeyecek bedensel bir yakınma, öğrenilmiş çağrışımlar nedeniyle kısa bir süre sonra meydana gelecek olan panik atağın habercisi olarak değerlendirilir. Bu şekilde koşullu uyarıcı oluşturan içsel olaylar zaman içerisinde panik atak şeklinde koşullu tepkinin ortaya çıkmasına yol açacaktır.
- **Katastrofik yanlış yorumlama:** Panik bozukluğu hastaları atak anındaki yaşadığı belirtileri yanlış yorumlama yönelimindedirler. Örneğin hastalar göğüs ağrısı şikayetlerini genelde kalp krizi geçiriyor olduklarına yorarlar veya derealizasyon ya da depersonalizasyon yaşadıklarında kendi davranışları üzerindeki hakimiyeti kaybetmekte, delirmekte olduğuna yorumlayabilmektedirler.
- **Anksiyeteye duyarlılık:** Panik bozukluğu hastalarının anksiyete duyarlılıkları artmıştır, bu yüzden hastaların stresli durumlar karşısında zararsız bedensel izlenimleri sıklıkla ortaya çıkabilmektedir ve hastalar da bu izlenimleri yanlış biçimde yorumlayabilmektedir. Bunun yanında hastalar tekrar bir panik atak geçireceklerini düşünüp çeşitli otomatik düşünceler geliştirir. Bu düşünceler ise

hastanın tamamıyla anksiyete durumuna girmesine neden olur. Bunlar panik bozukluğun otomatik düşünce ve imgelerin gelişmesi ile açıklanmaktadır (Vural,2013).

1.4.3 Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşımlarda panik atakların nörokimyasal bozukluktan meydana geldiği görüşü yaygındır. Panik bozukluğunda genetik etkenlerin oranlarına bakıldığında bulgular genetik faktörlerin varlığını destekler niteliktedir Panik bozukluğunun birinci derece akrabalarda görülme sıklığı %22 bulunurken, normal popülasyonda oran %2 oranında görülmektedir. Yapılan araştırmalar da sodyum laktat, karbondioksit soluma, hiperventilasyon, yohimbin yutma gibi durumların panik atağı tetikleyen diğer faktörlerin arasında olduğu görülmektedir. Hiperventilasyon ve panik atak belirtileri benzemektedir. Bunun üzerine yapılan çalışmalarda panik atak geçiren bireylerde hiperventilasyona rastlanılmış fakat bunun hepsi için geçerli olmadığı söylenebilir. Hiperventilasyon bir kısım hastada panik atak oluşumuna ortam hazırlarken, panik atağın oluşumunun temel nedenin bu olmadığı söylenebilmektedir.

Diğer biyolojik modellerde ise panik ataklardaki araştırmalar uyanmanın düzenlenmesi, sempatik aktivitenin denetiminden sorumlu bir çekirdek olan lokus seruleus'taki noradrenalin içeren nöronların aşırı uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerine odaklanmıştır. Önemli inhibitör mekanizmalarından presinaptik alfa-2 otoreseptörlerin panik atakları olan bireylerde yetersiz işlev gördüğü öne sürülmektedir. Ayrıca farklı araştırmalar merkezi nöradrenerjik sistemin işlev bozukluğunun panik ataklarının ortaya çıkmasına neden olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. (Yüksel,2004).

1.5. Panik Bozukluğun Diğer Ruhsal Sorunlarla İlişkisi

Panik bozukluğuna sıklıkla farklı ruhsal bozukluklar eşlik edebilmektedir. Bu durumlarda eş tanılar hastalığın seyrini, şiddetini ve tedavisini farklı yönlerden etkilemektedir. Depresyon , somatizasyon bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları sırasıyla en çok izlenen eş tanılar olarak tanımlanır (Konkan ve ark., 2003). Ayrıca panik bozukluğuna eklenen comorbid tanılar intihar girişim oranlarını da artırmaktadır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001). Panik bozukluğuna eklenen comorbid tanıların

oluşumunda da yakın dönem yaşam olaylarının sıklığı önemli tetikleyicilerdendir (Özkan, Özen, Ertunç, 2005).

Majör Depresyon: Panik bozuklukta en sık görülen eş tanıdır (Tükel, 2002). Hastaların yaşamlarında bir major depresyondan yakınma prevalansı %35-%91iken major depresyonun eş tanı olarak görülme sıklığı ise %30-%60 oranları arasında değişmektedir. Panik bozukluğuna eklenen major depresyonun hastalarda genel sağlık, sosyal fonksiyonlar, duygusal rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alanlarında anlamlı derecede yaşam kalitelerini düşürdüğü kaydedilmiştir (Altıntaş, Uğuz, Levent, 2015).

Anksiyete Bozuklukları: Panik bozukluğu hastalarında %10-%20 oranında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eşlik etmektedir. Panik bozukluk ve OKB'nin birlikte görüldüğü durumlarda hastalık daha erken yaşlarda başlamakta, uygulanan tedavilerin başarı oranları düşmekte ve şiddetli depresyon görülme riski artmaktadır.

Yaygın anksiyete bozukluğu hastaları panik bozukluğu tanısı almasalar bile hastaların %73'ü panik atak geçirdikleri belirlenmiştir. Sosyal fobi ile eş tanı oranları %15-%20 arasında değişmektedir. Bu birliktelikte sosyal fobi genellikle dah erken başlamaktadır (Köseoğlu,2013).

Panik bozukluğun hipokondriyazis ile görülme sıklığı %25 oranında iken hipokondriyazisde panik bozukluk görülme oranı %13.3 olarak bildirilmektedir. İki hastalığın birbirleriyle benzer özellikleri bulunmakta bu yüzden içi içe geçmektedirler. Örneğin hipokondriak hastalarda vücut duyularına hassasiyet oldukça yüksektir, panik bozukluğu hastalarında da durum aynı şekilde ataklar için geçerlidir(Konkan ve ark., 2003).

Alkol-Madde Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı: Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda alkol bağımlılığını artıran nedenler arasında bireylerin panik bozukluğu tanısı alması bağımlılık riskini artırmaktadır. Fakat alkolü kötüye kullanım riski ile panik bozukluğu arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Köseoğlu, 2013).

Yapılan alkolizm ve panik atak vaka araştırmalarında; %50 oranında panik atakların alkolizmden sonra, %39'u daha önce, %11'i ise aynı yıl ortaya çıkmaktadır (Kocabaşoğlu, 2002).Ayrıca panik bozukluğu hastaları alkol tüketimlerini içinde

buldukları anksiyeteli durumdan kurtulmak için bir kullandıkları belirlenmiştir (Altıntaş, Uğuz, Levent, 2015).

Kişilik Bozuklukları: Panik bozukluğu tanısı alan hastalar sıklıkla hastalığın geçmişinde veya hastalığın seyirinde eksen I veya eksen II tanısı almaktadırlar. Panik bozukluğu ile sık görülen kişilik bozuklukları; Çekingen, Bağımlı, Obsesif Kompulsif olmakla beraber Borderline ve Paranoid kişilik bozukluklarını da rastlanmaktadır. Kişilik bozukluğu olan panik bozukluğu hastalarında iyileşmenin ardından nüksler daha sık gözlemlenmektedir. Ayrıca tedavide bilişsel davranışçı terapi, comorbiditesiz panik bozukluğuna göre kişilik bozukluğunun eşlik ettiği panik bozukluğunda daha etkili olduğu görülmektedir.

1.6.Tedavi

Panik bozukluğunda farmakolojik ve başta bilişsel-davranışçı terapi olmak üzere psikoterapilerde tedavi başarısı kanıtlanmıştır. Bu tedavi yöntemlerinin etkilikleri arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalar sonucunda farklılık etkilikleri gözlenmemiştir. Bu sebepten hastanın en fayda sağlayacağı yöntem ya da yöntemlerin seçilmesi için hastalıkta ek tanı bulunup bulunmamasına, kurumun olanaklarına, hastanın seçimine ve önceki tedavilerden sağladığı yararlar göz önünde bulundurularak tedavi planlaması yapılmalıdır. Panik bozukluğunda ilaç ve bilişsel davranışçı terapinin birlikte kullanılması tartışmalıdır. Çünkü uzun dönem yalnız bilişsel-davranışçı terapi uygulanan duruma, iki tedavinin birlikte uygulandığı alınan sonuca göre daha olumlu sonuçlar göstermektedir. Ancak dirençli hastalar için farmakolojik ve bilişsel davranışçı terapinin beraber uygulanması önerilmektedir. Panik bozukluğunda psikoeğitim tüm tedaviler için oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden her tedavide yönteminde psikoeğitim verilmeli yani panik nöbetlerin ne olduğu ve oluş mekanizması hakkında bilgilendirilmelidir.

1.6.1.Panik Bozukluğun Psikoterapisi

1.6.1.1.Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapide hastada ilk olarak felaket düşünceleri ve bunu sürdüren güvenlik arama davranışları değerlendirilmelidir. Böylece hastaya özgü belirti ve yorumlar şekillendirilir ve hastaya bedensel duyum, felaket yorumu, korku kısır

döngüsü kendi terimleriyle açıklanır. Felaket açıklamalarının yerini mantıklı yeni açıklamalar getirilir. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozuklukta etkili yöntem giderek alıştırma (exposure) yöntemidir. Bu yöntem ek olarak ters niyetlenme (paradoxical intention) yöntemi kullanıldığında tedavi süreci daha çok güçlü kılınmaktadır. Panik bozukluğu hastaları genellikle korkularından korkmaktadırlar. Bu yöntemle hastalardan korktukları korkularını, panik nöbetlerini çağırılması istenir. Hastaya bu şekilde korkunun ona zarar vermeyeceği danışmanla öğretilmektedir. Ayrıca agorafobi, özgül ve sosyal fobide de sistematik duyarsızlaştırma yöntemi ile başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

1.6.1.2.Analitik (Çözümleyici) Psikoterapi

Bu psikoterapi yönteminde kısa sürede panik nöbetlerine ve fobik nevroitik durumlara etkisi olmadığı kabul edilmektedir .

1.6.2.Farmakolojik Tedavisi

Panik bozukluğunda en çok kullanılan ilaçlar; serotonin geri alım önleyicileri, serotonerjik ve noradrenerjik geri alım önleyicisi, noradrenerjik ve seçici serotonin geri alım önleyicisi, noradrenalin geri alım önleyicisi, trisiklik antidepresanlar, benzodiazepinler ve MAO önleyicileridir. Farmakolojik tedavinin süresi 8 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir. Bir yıl süren farmakolojik tedavinin sonunda ilaçların kesilmesiyle son bulan tedavide hastaların %50'sinin hastalık belirtilerinin depreştiği ortaya çıkmıştır.Türkiye Psikiyatri Derneği bu akut panik nöbetlerin sönmesinden sonra en az ilaçlı tedavinin bir yıl daha devam etmesini önermektedir(Öztürk, Uluşahin, 2011).

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireyin kendini geliştirmesi, özel hayatını doldurması ve varacağı hedeflerine ulaşması ile ilgilidir. Tanım olarak ise farklı algılar mevcut bulunmaktadır, öznel olarak hayattan alınan haz ve hoşnutluk olarak betimlenebilirken ayrıca toplum ve sosyal hayat içinde bireyin kendini algılaması durumu olarak tanımlanabilir. İçerik olarak yaşam kalitesini incelediğimizde bireylerin toplum ile olan sosyal ilişkileri, bedensel fonksiyonları, psikolojik hallerindeki iyilik oluşları başlıkları halinde toplanır (Perim, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü ise bireyin yaşadığı kültürel normları toplum içinde hayatlarını hayatlarındaki önem verdiği sistemleri ve amaçlarını algılamalarını yaşam kalitesi olarak tanımlar. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü de yaşam kalitesini daha ayrıntılı ve sağlıklı değerlendirebilmek için ana kısımlara bölmüştür. Bunlar fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkiler ve çevresel özelliklerdir (Tüzün, Eker, 2003).

Yaşam kalitesinin tanımı birçok kişi tarafından farklı yorumlarla değerlendirilmesinden evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. Fakat yaşam kalitesini değerlendirebilmek için farklı araştırmacılar benzer objektif maddeler koymuştur ve bu maddeler altında yorumlanmıştır. Bu objektif maddelerde fiziksel iyilik hali, günlük yaşamda bedensel bir takım rutinleri yapmada güçlük, işlevsel yetersizlik, hastalık belirtileri ile yorumlanır. Evan ve arkadaşları ise yaşam kalitesini objektif ve subjektif alandan incelemiş, objektif kısmında fiziksel iyi olma durumunu incelerken subjektif alanda psikolojik iyilik halini değerlendirmişlerdir (Fayers, 2000).

Günlük hayatta gün geçtikçe yaşam kalitesinin önemi artıyor ve bunun üzerinde yapılan araştırmalar da artmaktadır. Yaşam kalitesini artıran ve azaltan nedenler de bu konu hakkında oldukça önem taşımaktadır. Belli başlı yaşam kalitesini arttıran etkenler; toplumda olan yakın çevresiyle olumlu ilişkiler yürütmek, maddi olarak güvence içinde yaşaması, yaşamın içinde dinamik olması, etrafındaki kişiler tarafından özgün bir kişi olarak algılanması ve itibar görmesi önemli yaşam kalitesi etkileyen unsurlar arasındadır. Azaltan nedenler incelediğinde ise aktif sağlık problemleri, gelecek ile ilgili endişeler, sosyal çevreden azalan destek, hareketsiz yaşam, kronikleşmiş yorgunluk ve sağlık sorunları olarak görülmektedir (Perim, 2007).

Yaşam kalitesi bireylerin büyük bir çoğunlukla sağlıkla olan ilişkisini de inceler. Sağlığa ilişkin kriterleri ise sağlık programları, tedavinin aktifliğinin ölçülmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında kullanılmaktadır (Avcı, Pala, 2004).

Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Panik bozukluğunun epidemiyolojisi ve klinik incelemelerden bireylerin yaşam kalitesi bilgisi elde edilmektedir. Günlük işlevselliği bozabilen ana belirtilerden biri anksiyetedir. Anksiyete bozuklukları bireylerde yaşam kalitesini işlevselliği yerine

getiremem bakımından önemli seviyede etkileyen kronik ve sıklıkla görülen bir bozukluktur. Hatta bireylerde bulunan diyabet, hipertansiyon, myokard infarktüsü gibi hastalıkların bireyleri etkilediği gibi anksiyete bozukluklarının da aynı derecede bireyleri etkilediği araştırılmıştır(Kessler, DuPont, Berglund, Wittchen, 1999).Daha derinsel olarak bakıldığında ise Amerika’da ECA (Epidemiologic Catchment Area) isimli yapılan bir çalışmadan panik bozukluğun yaşam kalitesi hakkındaki bilgileri buradan elde edilmiştir. Araştırma panik bozukluğuna sahip olan hastaların %35’inin genel sağlığının, %38’inin de mental sağlığını olumsuz yönde etkileyerek kısmen ya da tamamen bozduğunu ortaya koymuştur (Markowitz, Weissman, Ouellette, 1989).

Ayrıca genel toplum ile tedavi edilemeyen panik bozukluğu hastaları karşılaştığında günlük yaşam kalitesini ciddi bir şekilde etkilediğini görmekteyiz. Örneğin bu bireyler hastalık yüzünden maddi olarak kayıplar yaşamaktadır. Bunun sebebi ise işe devamlılıklarında güçlük çekmeleri, genel topluma göre 7 kat daha fazla hastaneye başvurdıkları görülmektedir.

Literatür incelendiğinde panik bozukluğunda yaşam kalitesini araştıran çalışmalar birden fazla ölçme aracı kullanmasına rağmen panik bozukluğu hastalarının da diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (Mendlowicz, Stein, 2000).

BÖLÜM 2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI

2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI

Çocuk ihmali ve istismarı ebeveynle tarafından ya da bakıcı gibi yetişkinler tarafından çocuğa sunulan toplumsal kurallar, uygun olmayan ve hasar yaratabilecek şekilde nitelendirilen bedensel, duygusal, zihinsel ve cinsel gelişimlerini sekteye uğratan,akıl sağlığı ya da beden sağlıklarına hasar veren, kaza gibi olayların ardından oluşmayan yani çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesine engel teşkil eden olayların bütünüdür(Zeren,Yengil, Çelikel, Arık ve Arslan,2012). Bir başka deyişle; bir yetişkin tarafından, cinsel gelişimini tamamlamamış olan çocuk ya da ergeni kullanarak cinsel arzu ve cinsel gereksinimlerini karşılamak adına kaba kuvvet uygulayıp ya da tehdit yoluyla çocuk ya da ergeni kullanmasıdır (Aktepe,2009).

Anne ve babalar çocuklarını yetiştirirken bilinçsizce ya da farkında olarak çocuğun gelişimini olumsuz bir biçimde etkileyen bazı şiddet içerikli davranışlar sergileyebilmektedirler. Çocuk yaşlarda yaşanmış olan istismar sonucunda psikolojik ve sosyal problemler de görülmektedir. İstismar, çocuğun yaşı ilerledikçe kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve alkol- madde kullanımı gibi sorunlara neden olabilmektedir(Zeren vd.,2012).Bu tanımlardan da anlaşıldığı üzere çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun fiziksel ve akıl gelişimini gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar olarak nitelendirilmektedir. İhmal ve İstismarı birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olarak belirtilmesidir. İhmal; fiziksel ve duygusal, istismar ise cinsel,duygusal ve fiziksel istismar olarak tiplere ayrılmaktadır (Turhan ve ark., 2006).

Çocuk istismarı daha çok çocuğun ebeveynleri tarafından yapılmaktadır. İstismarcı anne ve babanın etnik köken, coğrafi konum, eğitim ve mesleki gruplardan belirgin bir şekilde çıkabilseler de sosyo-ekonomik açıdan avantajsız kabul görülen gruplarda çıkma ihtimali daha yüksektir. Genel olarak çocuk bakımından sorumlu olarak kabul görülse de istismarda erkeklere oranla daha fazla sorumludurlar. Bunun dışında baba evde ise ve çocuğa karşı ilgisiz ise istatistik tersine dönebilmektedir. Ebeveynlerde

ilaç veya alkol bağımlılığı varsa istismar oranı artmaktadır. Ayrıca bu tip anne ve babalar kendi memnuniyetlerini çocuklarının memnuniyetlerinden üstün tutmaktadırlar(Jain, 1999; Tercier, 1998).

2.1.2. Travma Türleri

Çocuğun temel ihtiyaç ve bakımlarından sorumlu olan bireyler çocuğu yetiştirirken çocuğun gelişimini engelleyici, sağlık ve yaşamına zarar verecek davranışlarda bulunmaları, çocuğun benlik algısına ve gelişimine zarar vermektedir. Çocukluk çağı travmalarını 3 başlık altında toplanabilir. Bunlar fiziksel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmal, cinsel istismar ve ihmaldir.

2.1.2.1. Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal

Fiziksel istismar, en kolay fark edilebilen istismar türüdür. Çocuğun kaza harici nedenlerle yara almış olması durumudur(Turhan, Sangün ve İnandı,2006).Çocuk yaşlarda kazalar sıklıkla görülen bir durumdur fakat yaşa bağlı olarak gerçekleşen uygunsuz kazalar da görülmektedir. Önemli olan bu kazanın kim tarafından yapıldığıdır. Bahsi geçen hasarın başka bir akranı tarafından yapıldığı söylenmiş ise bu durum araştırılmalıdır (Kara ve ark., 2004).

Fiziksel ihmal ise; çocuğun sağlık durumu, giyim, beslenme ya da gözetim gibi yaşamsal ihtiyaçlarının giderilmesinde çocuğa bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından yeterli şekilde karşılanamaması durumudur. Büyüme ve gelişme geriliği yaşayan çocuklarda kazaya bağlı değişikliklerin sonucu olarak fiziksel ihmal neden olarak gösterilebilir. Fiziksel ihmal, istismardan daha fazla görülmektedir (Kara, Biçer, Gökalp, 2004).

Fiziksel istismar, çocuğun bedensel sağlığını negatif yönde etkileyip çocuğun vücudunda hasara neden olacak biçimde kötü davranış olarak tanımlanmaktadır. Görülen vakalarda morarma, çürükler, sigara yanığı, iç kırıklar ve kanamaların görüldüğü saptanmıştır (Pelcovitz ve ark, 2000).

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük olanların ebeveynleri ya da bakımlarını üstlenen

kişiler tarafından çocuğun sağlığını bozacak biçimde fiziksel hasar vermesi durumudur (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Kaza dışında oluşan yaralanmalarda çocuğun bakımını üstlenen kişinin ya da ebeveynin kontrolünü kaybedip ya da cezalandırmak istediği zaman oluşmaktadır. Sıklıkla görülen fiziksel istismar çocuğun dövülmesidir. Davranışın yapılmasındaki amaç çoğu zaman otoriteyi sağlamak, öfkeyi boşaltmak ya da ceza verme amaçlı yapılmaktadır(Kara ve ark.2004).

Çocuk ihmali ve istismarı çocuk adölesanın sağlık ve refahını zedeleyip, bu hasarın hayatı boyunca kalıcı izler bırakması sonucu oluşan sağlık sorunu yaratmasıdır(ICN, 2001). Tanınması en basit olan istismar türü fiziksel istismar olmakla birlikte çocuğun kaza dışında fiziksel bir zarar alması sonucunda duygusal olarak etkileyebilmektedir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995).

Fiziksel İstismar- İhmal Risk Etmenleri ve Etkileri

Cinsiyet odaklı düşünüldüğü zaman çocukluk dönemindeki örselenmelerde genel olarak bir farklılık bulunmamaktadır(Bostancı ve ark. 2006). Erkek çocukları, kız çocuklarına oranla daha çok fiziksel istismar mağduru olmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Bostancı ve arkadaşlarının(2006) yapmış oldukları araştırmaya göre kalabalık ve parçalanmış ailelerin çocukları daha fazla istismara maruz kalmaktadır İstismar mağdurları yetişkinlerle iletişim kurmaktan kaçınırlar ve onların kendilerine dokunmalarından korkarlar. Sosyal olarak da yetersizdirler. Ebeveynlerinden korkma, zor ağlama, yalan söyleme gibi tepkiler görülebilir (Bilir ve ark 1991). Fiziksel istismar mağduru çocuklarda uyum problemleri, bilişsel yetilerinde bozulmalar, büyüme geriliği ve akademik anlamda başarısızlık yaşadıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur(Taner ve Gökler,2004). Kendilerine zarar verme davranışlarında bulunabilirler. Yaşamış oldukları stres ve yaşamsal sıkıntıları kontrol altına almak ve kendilerini cezalandırmak amacıyla kendine zarar verip bağımlılık seviyesinde madde kullanımı da görülmektedir(Chasan,2010). Fiziksel istismara uğrayan çocukların aile ve okul ortamında sorunlarla başa çıkma ve çözme anlamında başarısız olduklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur(Taner ve Gökler, 2004).

Fiziksel istismarda kız ya da erkek oranında belirgin bir fark olmamasına rağmen erkek

çocukları daha fazla sert fiziksel cezalara maruz bırakılmaktadır. 4-8 Yaş arası fiziksel istismarın en yoğun olduğu dönemdir. Puberta sonrasında azalma görülmektedir. Prematüre bebeklerde, fiziksel ya da zihinsel engeli olan çocuklarda fiziksel istismar ve ihmal riski artmaktadır. Fiziksel istismarda bulunan anne-babanın genç, bekar, işsiz ve düşük eğitim seviyeli ebeveynler olduğu bildirilmiştir (Runyan ve ark., 2002).

Risk faktörlerini incelediğimizde anne ve babadan kaynaklanan, çocuktan kaynaklanan ve durum nedeniyle olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Anne ve babadan kaynaklanan durumlar; ebeveynlerin genç ve deneyimsiz olması, çocuk gelişimi bilgilerinin yeterli seviyede olmaması (Wang ve ark.,2007). Kendi çocukluk dönemlerine ait herhangi bir istismar öykülerinin bulunması (Bulut,1996),alkol-madde bağımlılığının bulunması (Hancı,2002). Bireysel memnuniyetlerini çocuğunun ihtiyacından üstün tutmaları ve çocuktan beklentilerinin olmaması (Kara ve ark, 2004), Psikolojik rahatsızlıklarının olması (Wang ve ark., 2007), duygusal problemler(Strausm, 2000), Ebeveynler arası evlilik sorunları (Yavuzer, 2001), Anne ya da babanın istediği cinsiyette doğmamasıdır (Kara ve ark, 2004). Çocuktan kaynaklı durumlar; kronik rahatsızlıklara sahip olma, fiziksel görünümünün kötü olması (Küpeli ve ark.,2003), Fiziksel ya da zihinsel engelli olması, huysuzluk , aşırı ağlama nöbetlerinin olmasıdır (Kara ve ark,2004). Durumdan kaynaklı etkenler ise; ekonomik yetersizlikler (Straus, 200; Yavuzer,2001), Partnerin ölümü ve sonucunda çocuğa tek başına bakma (Kara ve ark, 2004), boşanma (Hancı ,2002), aile içi şiddetli geçimsizlik (Ayan, 2007), göç durumlarının varoluşu ve çocuk sayısının fazla olması (Polat, 2001), işsizlik, kriz içeren durumlardan sayılabilir (Kara ve ark, 2004).

2.1.2.2. Cinsel İstismar

Çocuklarda cinsel istismar kavramı, cinsel gelişimini tamamlamamış durumda olan bir çocuğun kendinden yaşça büyük bir yetişkin tarafından cinsel uyarılmalara karşı kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır. Cinsel istismar sonucunda çocuğun psiko-sosyal gelişimi negatif yönde etkilenmektedir (Yakut, Korkmaz, 2013).

Her cinsel istismar şiddet içerikli olmak zorunda değil farklı şekillerde de karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; Açık konuşmalar, saç okşanması, dokunma, fuhuş yapmaya itme şeklinde de karşılaşılmaktadır. Bu gibi durumlarda çocuğun rızasının olup olmamasına bakılmaksızın istismarcı hakkında gerekli işlem uygulanmaktadır

(Yakut ve Korkmaz, 2013). Ayrıca yapılmış olan istismar çocuk ya da ergenin kan bağı olan kişiler tarafından gerçekleştirilmiş ise bu duruma ensest adı verilmektedir. Tüm bunlar çocuk üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. İstismarcının bu durumu inkar etmesi, istismar mağduru çocuğun kendisini suçlu hissetmesi ve bu durumdan utanması, toplum olarak cinsel istismarı tasvip edilmemesinin sonucudur. Türkiye’de yapılmış olan bir araştırmada tüm çocukların temas içerikli cinsel istismarlara maruz kaldığı saptanmıştır. Erkek çocuklarda anal sürtünme, kız çocuklarında ise dokunma ve öpmenin daha fazla oranla görüldüğü belirtilmektedir (Aktepe,2009).Cinsel istismara uğrayan bir çocukta duygusal ve davranışsal bozukluklar oluşmaktadır. Korku, depresyon, kızgınlık, stres bozukluğu, cinsel ilişki taklidi ve uygun olmayan cinsel davranışlar sık görülen belirtiler arasındadır (Kara ve ark., 2004).

Cinsel istismar sonucunda çocukta ihanet, acizlik ve damgalanma gibi etkiler belirlemektedir. Çocuk kendisini toplumdaki izole etmektedir. Toplum olarak istismar yaşayan çocuklara karşı bir önyargı bulunmaktadır. Bu durum da çocuğun kendisini daha fazla soyutlamasına neden olmaktadır (Dilsiz ve Mağden 2015).

Cinsel istismar, istismar türleri arasında belirlenmesi en zor olan ve bütün istismar türlerinden sonra incelenen türdür. Çocukların fiziksel istismarına gösterilmiş olan ilgi kapsamında, yıllar sonra çocuk istismarının bir türü olarak incelemeye alınmıştır. Çocuk istismarı ile ilgili bilgiler 1980’li yıllardan sonra toplanmaya başlanmıştır (Pişi, 2013).

Cinsel İstismar Risk Faktörleri ve Etkileri

Çocukluk dönemleri cinsel istismara maruz kalma oranı erkeklerde %1-19, kadınlarda ise %0,9-45 arasında değişkenlik göstermektedir. Cinsel istismara her yaşta maruz kalınabilir. Kız çocukları erkek çocuklarına göre 1,5-3 kat daha fazla cinsel istismara uğramaktadır. Erkek çocuklarının istismara maruz kalma durumları ise daha küçük olduğu görülmektedir(Runyan ve ark., 2002). Cinsel istismarın sosyo-ekonomik durumla ilgisinin olmadığı, herhangi bir sosyo-ekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir(Taner,2004).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda olay sonrası psikolojik ve davranışsal belirtiler, travma sonrasında stres bozukluğuna benzer nitelikte sorunlar yaşadıklarını

göstermektedir. Çocuklar yaşamış oldukları travma sonrasında ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde cinsel işlev bozukluğu, cinsel kimlik bozuklukları gösterebilmektedir(Topbaş ve ark., 2008).İstismara uğramış olan çocukta cinsel duygu ve standart gelişiminden sapabilir ve bu durum uygunsuz bir hal alabilir (Polat, 2000). Riskli cinsel eylemler de sık görülmektedir. Erken yaşlarda gebe kalma, cinselliği birden fazla eşinin olması, ve cinsel saldırı oranının yüksek olması da belirtilmektedir(Taner ve Bahar, 2004). Sürekli cinsel oyunlar ve cinsellik anlamında baştan çıkarıcı hareketler sergilemesi, yaşına uygun olmayan cinsel aktivitelerde bulunması, kontrolsüz mastürbasyon, toplum içinde uygunsuz cinsel davranışlar, cinsel ilişki taklidi, vajina ya da anüse yabancı cisim sokmak, insanlara sürtünmek, seks konularına fazla ilgili olmak ya da ilgisiz olma sık görülen davranışlar arasındadır. Cinsel taciz yaşayan bazı çocuklar ilişkilerini cinsellik odaklı kurarlar ve genellikle yetişkin birey oldukları zaman çocuklara cinsel taciz veya cinselliklerini gelir elde etmek amacıyla kullanmaktadırlar (Kara ve ark., 2004).

Cinsel istismar yaşayan çocuklar arasında kız çocukları üç kat daha fazla zarar görmektedir(Kara ve ark., 2004). Finkelhor'a (1994) göre cinsel istismara uğrayanların çoğu kız çocuğudur. Erkek çocuklarının yaşadıkları istismarın açığa çıkarılması ise kız çocuklarına oranla daha azdır(Finkelhor,1994). Cinsel istismar %77 olasılıkla aile bireyleri tarafından, %11 diğer akrabalar, %5 çocuğun bakımıyla alakası olmayan kişiler, %2 ise bakımını üstlenen diğer kişiler tarafından uygulanmaktadır. İstismarcıların yaş aralığı 20-40 arasındadır(Kara ve ark., 2004). İstismar mağdurunun cinsiyeti ne olursa olsun istismarcıların çoğunluğu erkektir ve bu failer kurban tarafından tanınmaktadırlar. Ayrıca istismarcıların çoğu çocukluk dönemlerinde ya istismara uğramışlardır ya da ev içinde şiddet yaşamışlardır. Cinsel istismarcının eğitim düzeyi genelde düşük olmakla birlikte ailesi çoğunlukla tek ebeveynden oluşmaktadır (Tardif ve ark. , 2005).

2.1.2.3. Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal

Duygusal istismar; çocuğun duygusal ihtiyaçlarına anne-baba ya da çocuğun bakımını üstlenen kişiler tarafından devamlı olarak tekrarlayıcı ve uygunsuzca karşılık verme ve bu duruma karşı tepki göstermedir. Çocuğa yapılmış olan veya yapılması

ihmal edilen aşığılama ya da görmezden gelme gibi durumların psikolojik açıdan çocuğa zarar veren davranışlar olarak belirtilmiştir. Duygusal istismar; bir yetişkinin ekonomik sosyal ve psikolojik açıdan ihtiyaçlarının çocuğu aracı olarak kullanıp ve tüm bunları gidermesi sonucunda çocuğun zihinsel, duygusal ve sosyal gelişiminin olumsuz şekilde etkilenmesi şeklinde de tanımlanabilir. Duygusal istismar sonucunda çocuğu derinden sarsan, psikolojik olarak harap eden ve normal kişiliğinin tamamlanmasını engelleyip, kişilerarası iletişim becerilerinde bozukluklar da ortaya çıkabilir(Yaşar ve Akduman 2007). Anne ve babanın çocuğu reddetmesi, aşırı koruma hali, ayırım yapma ya da başkalarıyla kıyaslama, kendi çıkarları doğrultusunda çocuğu kullanma, suça teşvik etme gibi davranışlar da duygusal istismar olarak kabul edilmektedir. Ebeveynlerin bu tutumlarına maruz kalan çocuklarda saldırgan davranışlar gösterme, bağımlı kişilik geliştirme görülmektedir(Yaşar ve Akduman 2007). Ayrıca işahsızlık, tutarsızlık, depresyon, intihar gibi davranışlar da ortaya çıkar(Dilsiz ve Mağden 2015).

Duygusal ihmal ise; çocuğu ihtiyacı olan sevgi ve ilgiden mahrum bırakıp yakınlık gösterilmemesidir. Yeterli derecede sevgi gösterilmemesi, çocuğa gerekli önemin verilmemesi duygusal ihmalde en fazla karşılaşılan durumdur. Dokunma, gülümseme gibi sevgi göstergesi olan davranışları ebeveynlerinden göremeyen çocuklar duygusal ihmale maruz bırakılmıştır. Bu duruma maruz bırakılan çocuklar yani ilgi ve sevgi eksikliği yaşayan çocuklar gelişim süresince özgüvensiz bireyler olarak yetişir ve çoğu zaman da evden kaçma, uzaklaşma eğilimi gösterebilirler (Yaşar ve Akduman 2007).

Duygusal İhmal/İstismar Risk Faktörleri ve Etkileri

Ebeveynleri tarafından sürekli eleştiri alan sevgisiz ve ilgisiz büyütölen çocuklar, özgüvensiz davranışlar sergileyip sosyal açıdan yetersiz davranışlar gösterebilmektedirler. Duygusal anlamda istismar edilen çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimlerinde de sorunlar yaşandığı görülmektedir. Dikkat dağınıklığı ve öğrenme problemleri de yaşamaktadırlar bu durum da çocukların akademik anlamdaki başarılarını olumsuz yönde etkilemektedir(Aral ve Gürsoy, 2001).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklar genellikle ailelerinden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik geliştirme, değersiz hissetme, uyum sağlayamama gibi

davranışlar sık görülür. Duygusal istismardan kaynaklı hasarlar fiziksel istismar kadar zedeleyici bir durumdur. Ayrıca bulguları daha gizlidir(Polat, 2002).

Çocukların ebeveynleri tarafından beklenmiş olan davranışları sergilemedikleri zaman çocuklar “yaramaz”olarak nitelendirilir. Yaramazlık olarak adlandırılan bu davranışa karşılık olarak aileler bilerek ya da bilmeyerek duygusal istismarla karşılık verdikleri gözlemlenmiştir. Örneğin; yaramazlık yapan bir çocuğa “sus ve otur yerine! Eğer susmazsan seni doktora götürürüm sana iğne yaparlar” şeklindeki tehditler, çocuğun yapmış olduğu yaramazlığı durdurmasına engel olmadığı gibi ilerde yaşayacağı sağlık problemlerinde doktora gitmekten kaçınıp, sorunlar yaşayabilir. Bu bağlamda duygusal istismar aile içinde önemli sorunlar teşkil eden bir istismar türüdür (Topbaş,2004).

Duygusal istismar yaşayan çocuğun duygusal gelişimi de olumsuz engellenir. Çocuğun farklı duygular hissetmesine, duygularını ifade etme şekli ve kontrol etme yeteneğinin sürecini yavaşlatmaktadır. Çocuğun eğitimini, sosyal ve kültürel gelişimini, psikolojik gelişimini ve kişilerarası iletişimi üzerinde olumsuz yönde etkiler (O’Hagan, 2006).

BÖLÜM 3. YÖNTEM ve GEREÇLER

Bu bölümde araştırmanın modeli, verilerin toplanması, veri toplama araçları, ve analizde kullanılan istatistiksel teknik bilgilere yer verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmada karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışma Bursa Devlet Hastanesi Mayıs 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında Bursa Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran, çalışmayla bağlantısı olmayan psikiyatri hekimleri tarafından panik bozukluğu tanısı konulan 50 gönüllü hasta ve 50 sağlıklı gönüllü ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra onamları alınmıştır. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlanıldı.

Hasta grubunun çalışmaya dahil olma kriterleri

- 1) 18-65 yaş aralığında olmak
- 2) DSM-V tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı almak
- 3) Mental geriliği bulunmayan
- 4) Alkol, madde bağımlılık problemi yaşamayan ve yaşamamış
- 5) Okur yazar olmak

Hastalar için çalışmadan dışlanma kriterleri

- 1) 18 yaş altı, 65 yaş üstü olması
- 2) Mental retardasyon bulunması
- 3) Geçmişinde alkol veya madde problemi bulunan

Kontrol grubu ise hasta grupları ile sayı bakımından ve cinsiyet bakımından eş tutulmaya çalışılmış, geçmiş ve şimdiki yaşamında herhangi bir psikiyatrik bozukluğu, mental retardasyonu, alkol veya madde problemi olmayan kişiler arasından seçilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim ve çalışma durumları hakkında sorular yer almaktadır. Kişisel bilgi formu Ek1’de yer almaktadır.

3.3.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk çağı istismar ve ihmaller ileriki yaşam dönemlerinde psikiyatrik bozuklara sebep olmakla birlikte bu bozukluklar giderek artmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan ihmaller ve istismarların geriye dönük olarak değerlendirilmesi, niceliksel olarak araştırılması ve bu çalışmaların standardize edilmesi ve derecelendirilme ihtiyacı duyulmuştur. Bu ihtiyaçların karşılanması için ‘Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’ ya da ‘CTQ’ olarak bilinen ölçek; niceliksel metotla geçmişe yönelik istismarı ölçen araçtır. Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçme aracı 28 maddeden oluşur. CTQ; cinsel, fiziksel, duygusal, emosyonel , ve fiziksel ihmalleri ölçen toplam 5 alt puanı vardır. İlk hali 53 maddeden oluşturulurken, testin birinci yazarı tarafından 28 maddeye getirilmiştir. Bulgular sonucu CTQ’nun İngilizcesi gibi Türkçesi’de geçerlide güvenilir olduğu desteklenmiştir. (Şar ve ark., 2012).

3.3.3.Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçeği (QOL) Dünya Sağlık Örgütü Grubunun (WHO) tarafından bireylerin pozisyonları hakkındaki düşünceleri, kültürleri, değerleri, amaçları, beklentilerini ölçerek tanımlamış. Testin ilk orijinal versiyonunda 236 başlık vardır, daha sonra test 100 başlığa indirilerek revize edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) revizeden sonra 4 ana başlık olan Fiziksel Sağlık, Psikolojik, Sosyal ilişkiler ve Çevresel olarak belirlenmiştir. Bu 4 ana başlık altında

toplamda 24 alt başlık altında ölçek bölünmüştür. Dünya Sağlık Örgütü Grubu tarafından (The WHO Group, 1998) Yaklaşık 300 kişi ile yapmış olduğu çalışmada testin geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Psychological Medicine, 1998).

3.3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 24 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmış olup, hipotez testlerin uygulamasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Farklılıklarının belirlenmesinde Mann Whitney U testi, bağımsız örneklem T testi, bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişki düzeylerini belirlemek için Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır.

BÖLÜM 4: BULGULAR

Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

N=80		Grup		Toplam
		Kontrol	Hasta	
Cinsiyet	Kadın	22	27	49
	Erkek	18	13	31
Yaş	32 Yaş Altı	36	10	46
	32 Yaş ve Üstü	4	30	34
Medeni Durum	Bekâr	31	9	40
	Evli	9	25	34
Eğitim Düzeyi	Dul/Boşanmış	0	6	6
	Okur-Yazar Değil	0	0	0
	İlkokul	0	11	11
	Ortaokul	0	4	4
Çalışma Durumu	Lise	1	20	21
	Lisans	21	4	25
	Lisansüstü	18	1	19
	Hiç Çalışmamış	2	8	10
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Çalışmıyor	9	11	20
	Geçici İşlerde Çalışmış	2	6	8
	Çalışıyor	27	15	42
Hastalık-Tedavisi Hakkında Bilgi Durumu	Yalnız	8	1	9
	Anne-Baba	21	8	29
	Eş-Çocuklar	8	29	37
	Diğer Bir Yakımla	3	2	5
Hastalık-Tedavisi Hakkında Bilgi Durumu	Yok	21	11	32
	Var-Az	6	8	14
	Var-Orta	13	21	34

Araştırma grubunun cinsiyet dağılımlarına baktığımızda; kontrol grubunda 22 kadın, 18 erkek olduğu; hasta grubunda 27 kadın ve 13 erkek olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan 80 kişinin yaş ortalaması 32 olup kontrol ve deney grubuna göre yaş dağılımlarına baktığımızda; kontrol grubunda 32 yaş altında olan 36 kişi, 32

yaş ve üstünde olan 4 kişi olduğu; hasta grubunda 32 yaş altında olan 10 kişi, 32 yaş ve üstünde olan 30 kişi olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda bekâr olan 31 kişi, evli olan 9 kişi olduğu; hasta grubunda bekâr olan 9 kişi, evli olan 25 kişi, dul/boşanmış olan 6 kişi olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda lise mezunu olan 1 kişi, lisans mezunu olan 21 kişi, eğitimi lisansüstü olan 18 kişi olduğu; hasta grubunda ilkokul mezunu olan 11 kişi, ortaokul mezunu olan 4 kişi, lise mezunu olan 20 kişi, lisans mezunu olan 4 kişi ve eğitimi lisansüstü olan 1 kişi olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda hiç çalışmamış olan 2 kişi, çalışmayan 9 kişi, geçici işlerde çalışan 2 kişi, çalışan 27 kişi olduğu; hasta grubunda hiç çalışmamış olan 8 kişi, çalışmayan 11 kişi, geçici işlerde çalışan 6 kişi, çalışan 15 kişi olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda yalnız yaşayan 8 kişi, anne-babası ile birlikte yaşayan 21 kişi, eş-çocuklar ile birlikte yaşayan 8 kişi, diğer bir yakınıyla yaşayan 3 kişi olduğu; hasta grubunda yalnız yaşayan 1 kişi, anne-babası ile birlikte yaşayan 8 kişi, eş-çocuklar ile birlikte yaşayan 29 kişi, diğer bir yakınıyla yaşayan 2 kişi olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda hastalığının tedavisi hakkında bilgisi olmayan 21 kişi, az bilgisi olan 6 kişi, orta düzeyde bilgisi olan 13 kişi olduğu; hasta grubunda hastalığının tedavisi hakkında bilgisi olmayan 11 kişi, az bilgisi olan 8 kişi, orta düzeyde bilgisi olan 21 kişi olduğu gözlenmiştir.

Tanımlayıcı İstatistikler

Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyut, Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği test edilmiş olup elde edilen ile ilgili dağılımlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyut, Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları İle İlgili Elde Edilen Veriler

	Grup	n	Ort.	S. Sapma	Min.	Max.	P	
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Emosyonel İstismar	Kontrol	40	6,38	1,93	5	13	0,00
		Hasta	40	8,45	3,06	5	17	
		Toplam	80	7,41	2,75	5	17	
	Fiziksel İstismar	Kontrol	40	5,18	0,45	5	7	0,00
		Hasta	40	6,25	2,10	5	13	
		Toplam	80	5,71	1,60	5	13	
	Fiziksel İhmal	Kontrol	40	6,40	1,80	5	12	0,00
		Hasta	40	8,43	2,69	5	14	
		Toplam	80	7,41	2,49	5	14	
	Emosyonel İhmal	Kontrol	40	8,48	3,32	5	16	0,01
		Hasta	40	12,55	4,07	5	21	
		Toplam	80	10,51	4,22	5	21	
Cinsel İstismar	Kontrol	40	5,43	1,22	5	11	0,00	
	Hasta	40	6,20	2,27	5	14		
	Toplam	80	5,81	1,85	5	14		
Çocukluk Çağı Travma	Kontrol	40	31,85	5,52	25	42	0,02	
	Hasta	40	41,88	10,10	29	76		
	Toplam	80	36,86	9,53	25	76		
Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	Bedensel Alan	Kontrol	40	23,03	2,70	18	28	0,16*
		Hasta	40	21,50	3,69	14	30	
		Toplam	80	22,26	3,31	14	30	
	Ruhsal Alan	Kontrol	40	21,90	2,65	14	27	0,06*
		Hasta	40	19,93	3,99	12	28	
		Toplam	80	20,91	3,51	12	28	
	Sosyal İlişkiler Alanı	Kontrol	40	11,10	2,11	3	15	0,00
		Hasta	40	9,30	3,25	4	15	
		Toplam	80	10,20	2,87	3	15	
	Çevre Alanı	Kontrol	40	33,40	4,36	21	42	0,04
		Hasta	40	29,95	5,16	20	40	
		Toplam	80	31,68	5,05	20	42	

*P>0,05

P= Kolmogorov-Smirnov Test Sonucu

Çocukluk çağı travma ölçeği ve alt boyut puanları için:

Emosyonel istismar puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 6,38, hasta grubunun puan ortalamasının 8,45 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 7,41 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre emosyonel istismar puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir (P<0,05).

Fiziksel istismar puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 5,18, hasta grubunun puan ortalamasının 6,25 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 5,71 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre fiziksel istismar puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir (P<0,05).

Fiziksel ihmal puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 6,40, hasta grubunun puan ortalamasının 8,43 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 7,41 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre fiziksel ihmal puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir ($P<0,05$).

Emosyonel ihmal puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 8,48, hasta grubunun puan ortalamasının 12,55 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 10,51 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre emosyonel ihmal puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir ($P<0,05$).

Cinsel istismar puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 5,43, hasta grubunun puan ortalamasının 6,20 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 5,81 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre cinsel istismar puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir ($P<0,05$).

Çocukluk çağı travma puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 31,85, hasta grubunun puan ortalamasının 41,88 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 36,86 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre çocukluk çağı travma puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir ($P<0,05$).

Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları için:

Bedensel alan puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 23,03, hasta grubunun puan ortalamasının 21,50 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 22,26 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre bedensel alan puanlarının normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir ($P>0,05$).

Ruhsal alan puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 21,90, hasta grubunun puan ortalamasının 19,93 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 20,91 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre ruhsal alan puanlarının normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir ($P>0,05$).

Sosyal ilişkiler alan puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 11,10, hasta grubunun puan ortalamasının 9,30 ve araştırma grubunun

genel puan ortalamasının 10,20 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre sosyal ilişkiler alan puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir (P<0,05).

Çevre alan puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 33,40, hasta grubunun puan ortalamasının 29,95 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 31,68 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre çevre alan puanlarının normal dağılım göstermediği gözlenmiştir (P<0,05).

Korelasyon Analizi

Araştırma grubunun çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyut ile Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyut ile Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

N=80		Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği				
		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal İlişkiler Alanı	Çevre Alanı	
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Emosyonel İstismar	r	-0,47	-0,41	-0,52	-0,43
		P	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
	Fiziksel İstismar	r	-0,28	-0,28	-0,38	-0,31
		P	0,012**	0,011**	0,00*	0,006*
	Fiziksel İhmal	r	-0,43	-0,29	-0,46	-0,68
		P	0,00*	0,008*	0,00*	0,00*
	Emosyonel İhmal	r	-0,52	-0,34	-0,49	-0,60
		P	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
	Cinsel İstismar	r	-0,17	-0,27	-0,33	-0,18
		P	0,13	0,02**	0,00*	0,11
	Çocukluk Çağı Travma	r	-0,58	-0,45	-0,63	-0,67
		P	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*

*P<0,01 ; **P<0,05

Emosyonel istismar puanlarına göre baktığımızda:

- Emosyonel istismar ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (r=-0,47;P<0,01).
- Emosyonel istismar ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (r=-0,41;P<0,01).
- Emosyonel istismar ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (r=-0,52;P<0,01).

- Emosyonel istismar ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,43;P<0,01$).

Fiziksel istismar puanlarına göre baktığımızda:

- Fiziksel istismar ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,28;P<0,05$).
- Fiziksel istismar ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,28;P<0,05$).
- Fiziksel istismar ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,38;P<0,01$).
- Fiziksel istismar ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,31;P<0,01$).

Fiziksel ihmal puanlarına göre baktığımızda:

- Fiziksel ihmal ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,43;P<0,01$).
- Fiziksel ihmal ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,29;P<0,01$).
- Fiziksel ihmal ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,46;P<0,01$).
- Fiziksel ihmal ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,68;P<0,01$).

Emosyonel ihmal puanlarına göre baktığımızda:

- Emosyonel ihmal ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,52;P<0,01$).
- Emosyonel ihmal ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,32;P<0,01$).
- Emosyonel ihmal ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,49;P<0,01$).

- Emosyonel ihmal ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,60;P<0,01$).

Cinsel istismar puanlarına göre baktığımızda:

- Cinsel istismar ile bedensel alan puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=-0,17;P>0,05$).
- Cinsel istismar ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,27;P<0,05$).
- Cinsel istismar ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,33;P<0,01$).
- Cinsel istismar ile çevre alan puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=-0,18;P>0,05$).

Çocukluk çağı travma puanlarına göre baktığımızda:

- Çocukluk çağı travma ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,58;P<0,01$).
- Çocukluk çağı travma ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,45;P<0,01$).
- Çocukluk çağı travma ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,63;P<0,01$).
- Çocukluk çağı travma ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,67;P<0,01$).

Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol ve hasta gruplarına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyut, Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4. Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	N=80	Grup	n	Ort./Sıra Ort.	Test İst.	P	
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Emosyonel İstismar	Kontrol	40	Sıra Ort. 32,06	Z	-3,335	0,00*
		Hasta	40	48,94			
	Fiziksel İstismar	Kontrol	40	Sıra Ort. 34,78	Z	-2,806	0,01*
		Hasta	40	46,23			
	Fiziksel İhmal	Kontrol	40	Sıra Ort. 30,61	Z	-3,872	0,00*
		Hasta	40	50,39			
	Emosyonel İhmal	Kontrol	40	Sıra Ort. 29,38	Z	-4,301	0,00*
		Hasta	40	51,63			
	Cinsel İstismar	Kontrol	40	Sıra Ort. 37,21	Z	-1,732	0,08
		Hasta	40	43,79			
	Çocukluk Çağı Travma	Kontrol	40	Sıra Ort. 27,73	Z	-4,922	0,00*
		Hasta	40	53,28			
Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	Bedensel Alan	Kontrol	40	Ort. 23,03	T	2,107	0,04*
		Hasta	40	21,50			
	Ruhsal Alan	Kontrol	40	Ort. 21,90	T	2,608	0,01*
		Hasta	40	19,93			
	Sosyal İlişkiler Alanı	Kontrol	40	Sıra Ort. 47,80	Z	-2,839	0,01*
		Hasta	40	33,20			
	Çevre Alanı	Kontrol	40	Sıra Ort. 48,26	Z	-2,995	0,00*
		Hasta	40	32,74			

*P<0,05

Z=Mann Whitney U Testi

T=Bağımsız Örneklem T Testi

Hasta grubunda olan kişilerin, kontrol grubunda olan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0,05$); kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin cinsel istismar puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($P>0,05$) gözlenmiştir.

Hasta grubunda olan kişilerin, kontrol grubunda olan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$).

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin cinsiyetlerine göre çocukluk çağı travma ölçeği ve alt boyut, Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 5. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Grup	Cinsiyet	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Emosyonel İstismar	Kontrol	Kadın	22	6,73	2,29	0,585	0,45
		Erkek	18	5,94	1,31		
	Hasta	Kadın	27	8,41	2,86		
		Erkek	13	8,54	3,57		
Fiziksel İstismar	Kontrol	Kadın	22	5,14	0,47	4,919	0,03*
		Erkek	18	5,22	0,43		
	Hasta	Kadın	27	5,74	1,16		
		Erkek	13	7,31	3,09		
Fiziksel İhmal	Kontrol	Kadın	22	5,91	1,41	0,113	0,74
		Erkek	18	7,00	2,06		
	Hasta	Kadın	27	8,19	2,50		
		Erkek	13	8,92	3,10		
Emosyonel İhmal	Kontrol	Kadın	22	7,73	3,07	4,865	0,03*
		Erkek	18	9,39	3,47		
	Hasta	Kadın	27	13,22	3,67		
		Erkek	13	11,15	4,63		
Cinsel İstismar	Kontrol	Kadın	22	5,50	1,37	0,309	0,58
		Erkek	18	5,33	1,03		
	Hasta	Kadın	27	6,41	2,49		
		Erkek	13	5,77	1,74		
Çocukluk Çağı Travma	Kontrol	Kadın	22	31,00	5,62	0,321	0,57
		Erkek	18	32,89	5,36		
	Hasta	Kadın	27	41,96	8,75		
		Erkek	13	41,69	12,88		

*P<0,05

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubunda olan kadın ve erkeklerin, kontrol grubunda olan kadın ve erkeklere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin cinsiyetlerine göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (P>0,05); fiziksel istismar ve emosyonel ihmal puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu (P<0,05) gözlenmiştir.

Tablo 6. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Cinsiyet	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Bedensel Alan	Kontrol	Kadın	22	23,05	2,70	1,470	0,23
		Erkek	18	23,00	2,79		
	Hasta	Kadın	27	20,93	3,41		
		Erkek	13	22,69	4,11		
Ruhsal Alan	Kontrol	Kadın	22	21,32	2,70	0,002	0,96
		Erkek	18	22,61	2,48		
	Hasta	Kadın	27	19,48	4,19		
		Erkek	13	20,85	3,51		
Sosyal İlişkiler Alanı	Kontrol	Kadın	22	10,86	2,44	0,002	0,96
		Erkek	18	11,39	1,65		
	Hasta	Kadın	27	9,15	3,12		
		Erkek	13	9,62	3,62		
Çevre Alanı	Kontrol	Kadın	22	34,41	3,86	1,575	0,21
		Erkek	18	32,17	4,71		
	Hasta	Kadın	27	29,78	4,91		
		Erkek	13	30,31	5,84		

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubunda olan kadın ve erkeklerin, kontrol grubunda olan kadın ve erkeklere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin cinsiyetlerine göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin yaşlarına göre çocukluk çağı travma ölçeği ve alt boyut, Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Grup	Yaş	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Emosyonel İstismar	Kontrol	32 Yaş Altı	36	6,36	1,96	0,133	0,72
		32 Yaş ve Üstü	4	6,50	1,92		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	8,80	3,71		
		32 Yaş ve Üstü	30	8,33	2,88		
Fiziksel İstismar	Kontrol	32 Yaş Altı	36	5,19	0,47	0,077	0,78
		32 Yaş ve Üstü	4	5,00	0,00		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	6,60	2,55		
		32 Yaş ve Üstü	30	6,13	1,96		
Fiziksel İhmal	Kontrol	32 Yaş Altı	36	6,28	1,72	0,010	0,92
		32 Yaş ve Üstü	4	7,50	2,38		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	7,40	2,68		
		32 Yaş ve Üstü	30	8,77	2,65		
Emosyonel İhmal	Kontrol	32 Yaş Altı	36	8,44	3,16	1,790	0,19
		32 Yaş ve Üstü	4	8,75	5,19		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	10,00	4,69		
		32 Yaş ve Üstü	30	13,40	3,53		
Cinsel İstismar	Kontrol	32 Yaş Altı	36	5,36	1,13	0,184	0,67
		32 Yaş ve Üstü	4	6,00	2,00		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	6,10	2,03		
		32 Yaş ve Üstü	30	6,23	2,37		
Çocukluk Çağı Travma	Kontrol	32 Yaş Altı	36	31,64	5,33	0,126	0,72
		32 Yaş ve Üstü	4	33,75	7,68		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	38,90	13,86		
		32 Yaş ve Üstü	30	42,87	8,58		

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilerin, kontrol grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin yaşlarına göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

Tablo 8. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Yaş	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Bedensel Alan	Kontrol	32 Yaş Altı	36	22,92	2,59	0,699	0,41
		32 Yaş ve Üstü	4	24,00	3,92		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	22,00	3,40		
		32 Yaş ve Üstü	30	21,33	3,83		
Ruhsal Alan	Kontrol	32 Yaş Altı	36	21,81	2,70	1,049	0,31
		32 Yaş ve Üstü	4	22,75	2,22		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	17,60	3,24		
		32 Yaş ve Üstü	30	20,70	3,96		
Sosyal İlişkiler Alanı	Kontrol	32 Yaş Altı	36	11,03	2,17	0,110	0,74
		32 Yaş ve Üstü	4	11,75	1,50		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	9,20	3,68		
		32 Yaş ve Üstü	30	9,33	3,17		
Çevre Alanı	Kontrol	32 Yaş Altı	36	33,28	4,34	0,082	0,78
		32 Yaş ve Üstü	4	34,50	5,00		
	Hasta	32 Yaş Altı	10	29,70	5,68		
		32 Yaş ve Üstü	30	30,03	5,08		

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilerin, kontrol grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin yaşlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin medeni durumlarına göre çocukluk çağı travma ölçeği ve alt boyut, Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 9. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Grup	Medeni Durum	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Emosyonel İstismar	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	6,55	2,05	0,680	0,41
		Evli	9	5,78	1,39		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	8,27	3,04		
		Evli	25	8,56	3,14		
Fiziksel İstismar	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	5,19	0,48	2,751	0,10
		Evli	9	5,11	0,33		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	5,53	1,06		
		Evli	25	6,68	2,45		
Fiziksel İhmal	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	6,19	1,66	0,721	0,40
		Evli	9	7,11	2,15		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	7,27	1,91		
		Evli	25	9,12	2,88		
Emosyonel İhmal	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	8,35	3,10	1,007	0,32
		Evli	9	8,89	4,17		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	11,07	3,15		
		Evli	25	13,44	4,35		
Cinsel İstismar	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	5,42	1,21	0,067	0,80
		Evli	9	5,44	1,33		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	6,33	2,41		
		Evli	25	6,12	2,22		
Çocukluk Çağı Travma	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	31,71	5,22	1,451	0,23
		Evli	9	32,33	6,78		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	38,47	8,03		
		Evli	25	43,92	10,80		

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilerin, kontrol grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin medeni durumlarına göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

Tablo 10. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Medeni Durum	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Bedensel Alan	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	23,06	2,61	0,337	0,56
		Evli	9	22,89	3,18		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	22,20	4,09		
		Evli	25	21,08	3,45		
Ruhsal Alan	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	21,81	2,65	0,097	0,76
		Evli	9	22,22	2,77		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	19,33	3,89		
		Evli	25	20,28	4,09		
Sosyal İlişkiler Alanı	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	11,03	2,35	1,843	0,18
		Evli	9	11,33	1,00		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	10,27	3,39		
		Evli	25	8,72	3,09		
Çevre Alanı	Kontrol	Bekâr/Dul/Boşanmış	31	33,58	4,80	0,251	0,62
		Evli	9	32,78	2,33		
	Hasta	Bekâr/Dul/Boşanmış	15	31,20	4,96		
		Evli	25	29,20	5,23		

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilerin, kontrol grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin medeni durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol ve hasta grubunda olan kişilerin çalışma durumlarına göre çocukluk çağı travma ölçeği ve alt boyut, Whoqol-Bref (TR) yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 11. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Grup	Çalışma Durumu	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Emosyonel İstismar	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	5,64	0,81	0,205	0,65
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	6,66	2,16		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	7,63	2,61		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	9,19	3,31		
Fiziksel İstismar	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	5,09	0,30	6,315	0,01*
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	5,21	0,49		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	5,32	0,58		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	7,10	2,59		
Fiziksel İhmal	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	6,09	1,38	0,198	0,66
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	6,52	1,94		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	7,95	2,70		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	8,86	2,67		
Emosyonel İhmal	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	7,36	3,47	1,020	0,32
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	8,90	3,22		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	12,68	3,37		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	12,43	4,70		
Cinsel İstismar	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	5,55	1,81	1,789	0,19
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	5,38	0,94		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	5,68	1,73		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	6,67	2,61		
Çocukluk Çağı Travma	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	29,73	5,29	0,291	0,59
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	32,66	5,47		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	39,26	7,47		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	44,24	11,68		

*P<0,05

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilerin, kontrol grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin çalışma durumlarına göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($P>0,05$); fiziksel istismar puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0,05$) gözlenmiştir.

Tablo 12. Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Whoqol-Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Çalışma Durumu	n	Ort.	S. Sapma	F	P
Bedensel Alan	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	23,73	3,04	0,215	0,64
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	22,76	2,57		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	21,63	4,18		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	21,38	3,29		
Ruhsal Alan	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	22,64	3,41	0,946	0,33
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	21,62	2,31		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	19,63	4,44		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	20,19	3,63		
Sosyal İlişkiler Alanı	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	11,36	3,26	0,558	0,46
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	11,00	1,54		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	10,00	3,42		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	8,67	3,04		
Çevre Alanı	Kontrol	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	11	34,64	5,52	0,017	0,90
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	29	32,93	3,84		
	Hasta	Hiç Çalışmamış/Çalışmıyor	19	31,00	4,24		
		Geçici İşlerde Çalışmış/Çalışıyor	21	29,00	5,81		

F=Bağımsız Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hasta grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilerin, kontrol grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin çalışma durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

BÖLÜM 5: TARTIŞMA VE YORUM

Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Boyut ile Yaşam Kalitesi Alt Boyut Arasındaki İlişki Düzeyleri

Hasta olan grupta çocukluk çağı alt boyutu olan duygusal istismar ile bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı travması alt boyutu olan duygusal istismar artarken bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alanında azalma olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travması alt boyutu olan duygusal ihmal ile bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Çocukluk travması alt boyutu olan duygusal ihmal artarken bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları arasında azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta olan grupta yaşam kalitesi alt boyutlarına baktığımızda bedensel ve ruhsal alanda normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir. Sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında ise normal dağılım olmadığı görülmüştür. Travma sonrası kişilerde genel olarak işlevsel bozukluklar görülmektedir. Duygusal istismar ve ihmal ebeveynler veya çevre tarafından en az bilinen istismar türüdür. Kişiler daha çok cinsel ve fiziksel istismar ve ihmale önem gösterdiklerinden dolayı duygusal istismar ve ihmal ikinci planda kalmıştır. Ancak duygusal istismara maruz kalan bireylerde fiziksel ve cinsel istismardakiler kadar etkilenebilmektedir. Bu işlevsel bozuklukların en önemlileri kişilerarası bozulmalar bununla beraber, işe gidememe, sosyal ortamlara girememe, yaşanan travmayı anımsatan yer ve mekanlardan uzak durma gibi sonuçlar meydana gelebilir. Bu durumda kişiler daha depresif, stresli kaygılı bir durum içerisinde olup buda kişilerin hayat standartlarını doğrudan etkileyen bir faktör olduğu düşünülebilir. Çocukluk çağı travması alt ölçeği olan Fiziksel istismar ile bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları arasında negatif yönde olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı travması alt ölçeği olan fiziksel istismar artarken bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanlarında azalma olduğu görülmüştür. Çocukluk travması alt boyutu olan fiziksel ihmal ile bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Çocukluk travması alt boyutu olan fiziksel ihmal artarken bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanlarında azalma olduğu

görülmüştür. Çocukluk çağında fiziksel istismara ve ihmale maruz kalan kişilerde ebeveynlere ve çevresindeki insanlara karşı korku duygusu gelişir. Bundan dolayı kişiler daha çok içe kapanık bireyler olup asosyal bir kişilik yapısı meydana gelebilir. Kişilerde var olan bu korku ve kaygı duygusu ile kendilerini diğer insanlardan soyutlayıp iletişimi kesebilirler. Çocukluk çağı travması alt boyutu olan cinsel istismar ile bedensel alan puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Cinsel istismar ile ruhsal, sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Cinsel istismar artarken ruhsal ve sosyal ilişkiler alan puanları azalmaktadır. Cinsel istismar ile çevre alan puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Çocukluk çağı travma ile bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre azalma olduğu görülmüştür. Alpay ve ark. yaptıkları çalışma da duygu düzenleme güçlüklerinin çocukluk çağı ruhsal travmaları ile depresif belirtiler ve travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemiştirler. Elde edilen bulgulara göre çocukluk çağı ile depresif, stres ve travma sonrası stres bozukluk arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Alpay ve ark., 2017). Yapılan bu araştırmanın çalışmamızdan farkı geniş bir kadın örneklem üzerinden yapılmıştır. Ayrıca ele alınan sosyo-demografik verilerde farklılık göstermektedir. Ayrıca Krause ve ark. yaptıkları çalışma da duygularını ifade edemeyen kişilerde küçüklüğünde duygusal istismara maruz kalabileceği üzerinde durmuştur (Krause, 2003). Johnson yaptığı çalışmada çocukluk çağında ki travmaların kişilerin psikolojik dayanıklılığını azalttığı ve bu durumda kişilerin şiddete, alkole daha yatkın olduğunu saptamışlardır (Johnson, 2010). Yapılan araştırmalar göstermiştir ki kişilerin yaşadıkları travmalar yaşam kalitesinde önemli bir etkidir. Travmalar sonucu oluşan psikolojik çökkünlük ve bunalım bu sonuçların çıkmasında etkili olmuştur.

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre

Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta grubunda olan kadın ve erkeklerin, kontrol grubunda olan kadın ve erkeklere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal,

cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin cinsiyetlerine göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($P>0,05$); fiziksel istismar ve emosyonel ihmal puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0,05$) gözlenmiştir. Kadınların toplumdaki maruz kaldıkları cinsiyetçi kimlikten dolayı istismara ve ihmale maruz kalma olasılığı daha fazla olabileceğini söyleyebiliriz. Toplumumuz da kadınlara cinsel bir obje olarak yaklaşıldığından dolayı, cinsel ve fiziksel olarak daha fazla istismara uğramaktadırlar. Ancak buna rağmen özellikle bakımevleri, ıslahevleri ve okullarda erkek çocuklara karşıda cinsel ve fiziksel istismarların meydana geldiğini söyleyebiliriz. Toplumumuzda ebeveynler bilerek veya bilmeyerek başka ailelerin çocuklarıyla kıyaslama yaparak hatta kendi çocukları arasında kıyaslama yaparak çocuklarına duygusal ihmal ve istismarda bulunabilirler. Ayrıca kadınlar üzerinde oluşan tabulardan dolayı bazı şeyleri başaramayacaklarını düşünürler. Bundan dolayı kadınlar üzerinde sözel olarak bu işi başaramayacaklarını söyledikleri zaman oluşan korku, kişilerde duygusal olarak bir ihmal ve istismar meydana gelebilir. Zeren ve ark. tarafından üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı ile ilgili yapılan bir araştırmada göre cinsiyetler arasında örselenme yaşantıları açısından erkeklerde duygusal, fiziksel ve cinsel örselenme daha anlamlı olduğu bulunmuştur (Zeren, 2012). Göker ve ark yaptıkları araştırma da cinsel istismar mağduru olan çocuk ve ergenlerin çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuru şekillerini sosyodemografik verilere göre incelemiştir. Elde edilen bulgulara göre istismara uğrayan katılımcıların %69 nun kız olduğu görülmüştür (Göker, 2010). Dönmez ve ark yaptıkları çalışma da adli değerlendirme için çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve istismarla ilişkili özelliklerini, istismar sonrası gelişen ruhsal bozukluk tanılarını araştırmışlardır. Elde edilen bulgulara göre kızların daha çok cinsel istismara maruz kaldıkları görülmüştür (Dönmez, 2014). Yapılan araştırmalarda cinsiyetler arasında istismara maruz kalma ve bunun sonucunda cinsiyetlerin bu travmalardan etkilenmelerinde farklılıklar olduğu görülmüştür. Özellikle cinsel istismarda kadınların daha fazla maruz kaldığı görülmüştür.

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta grubunda olan kadın ve erkeklerin, kontrol grubunda olan kadın ve erkeklere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin cinsiyetlerine göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. İstismar veya ihmale maruz kalan erkek çocuklarda, erkeklerin yaşam kalitesi daha yüksek olduğunu düşünebiliriz. Yaptığımız literatür çalışmasına göre erkeklerin cinsiyetlerine verilen rolden dolayı kendilerine yapılan istismarları ve ihmalleri açık bir şekilde ifade etmiyorlar. Bundan dolayı hayatlarına bir şekilde devam etmeyi başarabiliyorlar. Ancak kadınlarda bu durum tam tersine olabilir. Kadınlar kendini daha çok içe kapatıp kendini dış ortamdan soyutladığı zaman maddi yoksunlukta çekebilirler. Bu durumda kişilerin yaşam kalitesinde düşmesine sebep olabilir. Alanla ilgili Zeren ve ark. yaptıkları çalışma da Çocuk istismarı veya çocuğa yönelik kötü muamele insanlık tarihi kadar eski, sosyal ve tıbbi bir sorundur. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde çocukluk çağında istismara uğrama sıklığının ortaya konması ve istismara ilişkin sebepler incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılan 150 öğrencinin %60 nın kız olduğu ve Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre duygusal, fiziksel ve cinsel örselenmesi belirgin düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Zeren ve ark., 2012). Yapılan araştırma da bizim araştırmamızdan farklı olarak daha geniş bir örneklem grubuna sahiptir. Ayrıca elde edilen sonuçlara göre kadınların erkeklere oranla travmalardan daha fazla etkilendiği görülmüştür.

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Medeni Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilerin, kontrol grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının

daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin medeni durumlarına göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Hasta grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilerin, kontrol grubundaki bekâr/dul/boşanmış ve evli olan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin medeni durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Travma sonucunda oluşan stres bozukluğunun en büyük sonucu ilişkilerde duyarsızlaşmadır. Bunun sonucunda birçok kişi ilişkisini devam ettiremeyip boşanma yolunu seçebilirler. Toplumumuzda dul veya boşanmış bireyler özellikle de kadın bireyler iyi bir tutum ile karşılaşmazlar. Özellikle bu durum istismar ile birleşince kişilerin toplumdan görecekları tepki daha sert ve ağır olabilir. Buda kişilerin daha depresif, kaygılı ve stresli bir yaşam biçimine sokup buda kişilerde kişilerarası ilişkilerin bozulmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olabilir. Bekar olan kişiler ise istismara uğradığı için insanlara olan güvenini kaybedip, kişilerarası ve toplumda ki yerinden uzaklaşabilir. Bu durumda kişiler de gelecek kaygısı oluşabilir. Kendini diğer insanlardan soyutlayabilir. Özellikle kadınlarda yaşadığı travma yüzünden özellikle cinsel istismar sonucunda aile kuramama korkusu da meydana gelebilir. Alanla ilgili Güler'in yaptığı çalışma da kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışını belirlemeyi amaçlamıştır. Elde edilen bulgulara göre kadınların %40,7'si aile içi şiddete maruz kaldıklarını, bunların %91'i eşi, %19,7'si eşinin yakınları tarafından kendilerine şiddet uygulandığını belirtmiştir. Kadınların %56,9'u aile içinde şiddet uygulayanların erkekler olduğunu, şiddetin en çok kadınlara (%59.8) ve çocuklara (%32.4) uygulandığını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların büyük bir bölümünün (%59.7) şiddeti fiziksel şiddet olarak tanımladıkları, ekonomik ve cinsel şiddeti tanımlayanların olmadığı görüldü. Kadınlar ekonomik yetersizliğin (%58,8) aile içi şiddeti artıran en önemli neden olduğunu belirtmişlerdir (Güler ve ark., 2005). Sözen'in yaptığı araştırma da erişkin yaşta cinsel istismara uğramış bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen bulgulara göre bireylerin yaş ortalaması 25.3 ve cinsel

istismar olayı gerçekleştiğindeki ortalama yaşları 22.9 idi. Olay sonrası psikiyatrik tanı alan ve almayan bireyler içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Beck depresyon ve umutsuzluk ölçekleri ortalama puanı ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında (yabancılaşma, kalıp yargılar, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç) anlamlı bir ilişki var olduğu görülmüştür (Sözen ve ark., 2013). Yapılan araştırmalarda kadınlar damgalanmamak için kendilerine yapılan fiziksel ve cinsel istismardan sessiz kalıp bu konuda konuşmamayı tercih ederken, başkasına yapılan istismar ve ihmalleri daha net ve açık bir şekilde ifade ettikleri sonucuna görülmüştür.

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Yaşlarına ve Yaşam kalitesine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilerin, kontrol grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin yaşlarına göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. İstismara uğrayan kişilerin çoğunluğunu çocuk ve ergen yaşta meydana geldiğinden dolayı bu kişilerde daha fazla travmaya sebep olabilir. Çünkü kişilerin yaşları arttıkça duygusal zekaları, biliş seviyeleri de artmaktadır. Bununla beraber kişilerin durumla yüzleşme müdahaleleri ve dirençleri de değişiklik gösterebilir. Ayrıca yaş küçük olması sebebiyle kişilerin kendilerini savunmaları da daha güç olduğunu söyleyebiliriz. Bu durumda kişilerin istismar veya ihmale maruz kalma riskleri de artmaktadır. Ergenlik çağlarında kişilerin kendilerini kabul ettirme, göz önünde bulunma isteği, güç gösterileri, kendilerini kabul ettirme ve kendini gösterme, sosyal medyanın bu çağda daha fazla kullanılması istismar ve ihmalin oluşmasına sebebiyet verebileceğini düşünebiliriz. Hasta grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve

üstünde olan kişilerin, kontrol grubundaki 32 yaş altında, 32 yaş ve üstünde olan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin yaşlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Örneklem grubumuzdaki kişi sayısının az olması ve kişi sayısındaki yaş dağılımının dengeli olmadığından dolayı böyle bir sonucun çıkmasında etkili olduğunu söyleyebiliriz. Ancak şunu da belirtebiliriz ki çocuk yaşta ki ve ergenlikteki bireylerin istismar ve ihmale uğradıkları zaman, bu durumu kendi başlarına aşamayacaklarından ve açık bir şekilde ifade edemeyeceklerinden ve yaşanan istismar ve ihmalin tekrar edebileceği düşüncesi ile dolayı kendilerini dış dünyaya kapatıp, iletişimi kesip daha depresif bir ruh halinde olabilirler. Bu durumda kişilerin yaşam kalitesini düşürebilir. Alanla ilgili Traş ve ark. yaptıkları çalışma da ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Elde edilen bulgulara göre fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın cinsiyete göre erkek ergenlerin lehine anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir. Ergenlerde fiziksel, duygusal ve cinsel istismar yaşantıları ile aile, arkadaş ve öğretmenden algılanan sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Traş ve ark., 2017). Türkiye’de Çocuk İstismarı adlı çalışmada yaş itibariyle 7-14 yaş dilimindeki kız çocukları, duygusal istismara en çok sırası ile arkadaş, öğretmen, baba ve anneleri tarafından maruz kaldıklarını, 7-14 yaş aralığındaki erkek çocuklar en çok öğretmenleri, arkadaşları ve babaları tarafından kendilerine duygusal istismar uygulandığını bildirmişlerdir. 15-18 yaş dilimindeki erkekler daha çok arkadaşlarının ve babalarının, aynı yaş dilimindeki kızlar ise öğretmenlerinin ve annelerinin duygusal istismarına uğradıklarını bildirmişlerdir (Türkiye’de Çocuk İstismarı, 2010). Alanla ilgili yapılan diğer araştırmalarda örneklem farklılığı vardır. Bizim örneklemimizde yaş grubu daha çok 30 yaş ve üstünden oluştuğundan ötürü sonuçlarda farklılık olduğu görülmüştür.

Kontrol ve Hasta Grubunda Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Göre Çocukluk Çağı Travma ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilerin, kontrol grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin çalışma durumlarına göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; fiziksel istismar puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. Çalışma durumuna göre istismara uğrayan kişiler, çalışmaya devam etmek zorunda kaldığından dolayı fiziksel istismarı ve ihmali göz ardı edip devam etmek zorunda kalabilirler buda var olan fiziksel istismarın artmasına ve devam etmesine sebep olabilir. Örneğin çalışanın iş yaşantısına devam etmek zorunda olduğunu bilen bir müdürün iş yerinde çalışanına herhangi bir istismar ve ihmali sürekli yineleyerek devam edebilir. Özellikle kadınların iş yaşantılarında karşılaştıkları “kadınlar bu işi beceremez” gibi sexist düşüncelere maruz kalıp, duygusal, fiziksel hatta cinsel istismar veya ihmale maruz kalabilir. Hasta grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilerin, kontrol grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin çalışma durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. İstismar ve ihmale maruz kalana maddi geliri iyi olmayan bireyler, yaşamış oldukları travma sonrasında profesyonel destek alamayacaklarından dolayı, bu travmayı atlatma süreçleri daha sancılı ve problemlidir hatta hiç atlatamayabilirler. Ama maddi durumu yeterli olan bireyler hem profesyonel destek alabilir, hatta sosyal aktivitelerini arttırabilme imkanları olabilir. Böylece psikolojik açıdan kendilerini daha iyi hissedebilecekleri aktivitelere yönelebilirler. Özen yaptığı

çalışma da iş yerlerinde var olan psikolojik şiddetin sosyodemografik (duygusal istismar, zorbalık, yıldırma gibi) değişkenlerle olan ilişkisini incelemiştir ve elde edilen sonuçlara göre sosyodemografik değişkenlerin psikolojik şiddette etkili olduğu görülmüştür. Alanla ilgili bir diğer araştırma da Gerni bankacılık sektöründe kadınların maruz kaldığı cinsel istismar üzerinde çalışma yapmıştır. Elde edilen bulgulara göre kadınların maruz kaldıkları cinsel istismar diğer bulgularla benzerlik göstermiştir. Ayrıca katılımcılara yöneltilen sorularda kendilerine olan cinsel tacizden bahsedemezken başkalarına olan tacizleri daha açık ve rahat bir şekilde söyleyebilmektedirler. Bu tacizin çalışma verimini nasıl etkilediği üzerine sorulan sorulara ise katılımcıların çoğu çok etkilendim şeklinde cevaplamışlardır (Gerni, 2001). Araştırmanın yaptığımız araştırmadan farkı cinsel istismar üzerine yapılmış olması ve farklı değişkenlerden faydalanmış olmasıdır. Yapılan bu çalışmaya göre çalışan kadınlar istismara uğradıklarında kendilerini rahat bir şekilde ifade edemediklerinden dolayı buda kişinin hem iş performansını hem de yaşam kalitesini doğrudan etkileyebileceğini söyleyebiliriz.

BÖLÜM:6 SONUÇ ve ÖNERİLER

- Bedensel alan puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 23,03, hasta grubunun puan ortalamasının 21,50 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 22,26 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre bedensel alan puanlarının normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir ($P>0,05$).
- Ruhsal alan puanlarına baktığımızda; kontrol grubunun puan ortalamasının 21,90, hasta grubunun puan ortalamasının 19,93 ve araştırma grubunun genel puan ortalamasının 20,91 olduğu gözlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test sonucuna göre ruhsal alan puanlarının normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir ($P>0,05$).
- Emosyonel istismar ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,47;P<0,01$).
- Emosyonel istismar ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,41;P<0,01$).
- Emosyonel istismar ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,52;P<0,01$).
- Emosyonel istismar ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,43;P<0,01$).
- Fiziksel istismar ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,28;P<0,05$).
- Fiziksel istismar ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,28;P<0,05$).
- Fiziksel istismar ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,38;P<0,01$).
- Fiziksel istismar ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,31;P<0,01$).
- Fiziksel ihmal ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,43;P<0,01$).
- Fiziksel ihmal ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,29;P<0,01$).

- Fiziksel ihmal ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,46;P<0,01$).
- Fiziksel ihmal ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,68;P<0,01$).
- Emosyonel ihmal ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,52;P<0,01$).
- Emosyonel ihmal ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,32;P<0,01$).
- Emosyonel ihmal ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,49;P<0,01$).
- Emosyonel ihmal ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,60;P<0,01$).
- Cinsel istismar ile bedensel alan puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=-0,17;P>0,05$).
- Cinsel istismar ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,27;P<0,05$).
- Cinsel istismar ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,33;P<0,01$).
- Cinsel istismar ile çevre alan puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=-0,18;P>0,05$).
- Çocukluk çağı travma ile bedensel alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,58;P<0,01$).
- Çocukluk çağı travma ile ruhsal alan puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,45;P<0,01$).
- Çocukluk çağı travma ile sosyal ilişkiler alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,63;P<0,01$).
- Çocukluk çağı travma ile çevre alan puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=-0,67;P<0,01$).
- Hasta grubunda olan kişilerin, kontrol grubunda olan kişilere göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, kontrol ve hasta

grubunda olan kişilerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alan puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$).

- Hasta grubunda olan kadın ve erkeklerin, kontrol grubunda olan kadın ve erkeklere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin cinsiyetlerine göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($P>0,05$); fiziksel istismar ve emosyonel ihmal puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0,05$) gözlenmiştir.
- Hasta grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilerin, kontrol grubundaki hiç çalışmamış/çalışmayan ve geçici işlerde çalışmış/çalışan kişilere göre emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucunu değerlendirdiğimizde, hasta ve kontrol gruplarına bağlı olarak kişilerin çalışma durumlarına göre emosyonel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travma puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($P>0,05$); fiziksel istismar puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0,05$) gözlenmiştir.

Öneriler

- Çocukluk çağı travmalarının ileriki dönemlerde bireylerde psikiyatrik bozukluklara neden olabileceği ve yaşam kalitelerini düşürdüğünden ebeveynlerin ve tüm toplumun bilinçlendirmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır
- Araştırmanın kontrol grubunun popülasyonun eğitim durumunun çoğunluğunu lisans ve lisans üstünden oluşmaktadır. Deney ve kontrol grubunun eğitim

durumlarının aynı olmaması nedeniyle çalışma bulgularının genellenebilirliğinin sağlanması için daha geniş ve farklı kesimlerden katılımcıların oluşturduğu örneklem gruplarıyla araştırmaların yapılması faydalı olacaktır.

- Panik bozukluğu tanısı almış bireylerle klinikte çalışırken travmatik geçmiş olasılığı detaylı sorgulanmalı ve psikoterapide BDT nin yanı sıra, travmaya yönelik terapi teknikleri de (örn. EMDR) kullanılması düşünülmelidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma Bursa Devlet Hastanesi'ne başvuran araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ve klinik olarak panik bozukluğu teşhis konmuş kişilerden toplanan verilerle ve 50 kişi sınırlıdır. Bireylerin çocukluk çağı travmalarına ilişkin veriler, Vedat Şar'ın Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
- Bireylerin çocukluk çağı travmalarına ilişkin veriler, Vedat Şar'ın Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
- Bireylerin yaşam kalitesine ilişkin veriler, WHOQOL-TR Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
- Kontrol grubundan alınan yaşam kalitesine ve çocukluk çağı travmaları özellikle cinsel istismara dair alınan verilerde bireyler kendilerini saklamış olabileceği düşünülmektedir.

Bu durumlar göz önünde bulundurularak yapılacak yeni çalışmalar için , yaptığımız çalışmanın faydalı olduğunu düşünmekteyim.

KAYNAKÇA

- Akçam, N.Ö.,(2016). Panik Bozukluğunda; Emosyon Regülasyonu, Bağlanma Stilleri, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının; Disosiyatif Belirtilerle İlişkisinin Araştırılması. Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2).
- Turhan, E., Sangün, Ö., Ve İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı Ve Önlenmesi. Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi ,15, 153-7.
- Alkan, M.,(2007). Duygu Durum Ve Anksiyete Bozukluklarında Panik-Agorafobik Spektrumun Ve Erişkin Ayrılma Anksiyetesinin Komorbiditesi Ve Etkileri. Yayımlanmış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Alpay E., Aydın A., Bellur Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Ve Travma Sonrası Stres Belirtileri İle İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20; S.218-226.
- Altıntaş, E., Uğuz, Ş., & Levent, B. A. (2015). Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 40(2), 288-297.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara,2013
- Aral N, Gürsoy F. (2001). Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal Ve İstismarı. *Milli Eğitim Dergisi*,; 151:36-39
- Arias I. (2004). The Legacy Of Child Maltreatment: Long-Term Health Consequences For Women. *J Womens Health (Larchmt)*;13:468 –73
- Arslantaş, H., Dereboy, İ. F., Aştı, N., & Pektekin, Ç. (2011). Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu Ve Bunu Etkileyen Faktörler.
- Avcı, K., Pala, K.,(2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışan Araştırma Görevlisi Ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi . *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 30 (2): 81-85.
- Ayan, S. (2007). Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep Ve Sonuçları. Ankara; 1995.
- Bilir, S., Arı, M., Dönmez, N. Ve Güneysu, S. (1991). 4-12 Yasları Arasında 16.000 Çocukta Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme, Çocuk İstismarı Ve

İhmali, Ankara: İlo, 45-54.

Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, (2006). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. *New Symposium Journal* 2006;44(2): 189- 95.

Bulut, I. (1996). Genç Anne Ve Çocuk İstismarı. Ankara: Bizim Büro

Ceylan, M.E, Yazan B (2000). Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, 3. Cilt, 77-112

Chasan N (2010). Alkol Bağımlılığı İle Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Adli-Klinik Psikoloji Programı

Cohen P, Brown J, Smaile E. (2001). Child Abuse And Neglect And The Development Of Mental Disorders İn The General Population. *Dev Psychopathol*;13(4):981-99.

Çeçen, H.,(2015). Panik Bozukluğu Hastalarında Aleksitimi, Anksiyete Duyarlılığı, Sirkadiyen Tercihler Ve Biyokimyasal Ölçümlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Van.

Çökmüş,F.P., (2016). Panik Bozukluğu Hastalarında Serum Mirna Ekspresyon Profilinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa.

Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., Demir, A. Ç., Bayhan, P. Ç., & Miniksar, D. Y. (2014). Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1).

Duran, A., (1999). Anksiyete Ve Panik Ataklarında Hasta Değerlendirilmesi Ve Tedavisi. *Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*.145-156.

Faravelli, C., Paionni, A. (1999) Panic Disorder: Clinical Course, Etiology And Prognosis. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management And Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz.

Fayers M., Machin, D. (2000). Quality Of Life, England, 3-27.

Finkelhor, D. (1994); “Sex Abuse And Sexual Health In Children: Current Dilemmas For The Pediatrician”, *Schweiz Med Wochenschr*, 124: 2320-2330.

Gerni, M. (2001). İşyerinde Cinsel Taciz: Erzurum İlinde Bankacılık Sektörü Üzerine Bir Uygulama. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 56(03).

Göker, Z., Aktepe, E., Tural Hesapçıoğlu, S., & Kandil, S. (2010). Cinsel İstismar Mağduru Olan Çocukların Başvuru Şekilleri, Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17, 15-21.

Gökler B, Taner Y. (2004). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe

Tıp Dergisi, 35: 83-85.

- Hancı, İ. H. (2002). Adli Tıp Ve Adli Bilimler. (1. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık; 263-284
- ICN, International Nurses Day. Nurses Always There For You: United Against Violence. Ant 36-Violence Tool Kit, Geneva; 2001.
- Jain AM. Emergency Department Evaluation Of Child Abuse. Emerg Med Clin North Am 1999; 17: 575-593.
- Jonson-Reid M, Presnall N, Drake B, Fox L, Bierut L, Reich
- Kara, B., Biçer, Ü. Ve Gökalp, A, S (2004). Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi; 47: 140–151.
- Kessler, RC., Dupont RL., Berglund P., Wittchen HU. (1999). Impairment İn Pure And Comorbid Generalized Anxiety Disorder And Major Depression At 12 Months İn Two National Surveys. Am J Psychiatry. 156: 1915-23.
- Kocabaşoğlu, N. (2002). Panik Bozukluğu, Agorafobi Ve Diğer Komorbid Durumlar. *Yeni Symposium 40 (2): 68-75.*
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., & Erkmen, H. (2003). Panik Bozukluğu Ve Komorbid Tanılar. *Düşünen Adam*, 6, 219-22.
- Köseoğlu, F.,(2013). Major Depresif Bozukluk Ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.
- Krause ED, Mendelson T, Lynch TR. (2003). Childhood Emotional İnvalidation And Adult Psychological Distress: The Mediating Role Of Emotional İnhibition. *Child Abuse Negl*; 27: 199-213.
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison,G., Neale, J.,(2017). Anormal Psikoloji, (Çev.M.Sahin), 10. Baskı, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Küpeli, S., Kanbur, N. Ve Derman, O. (2003). Çocuk İstismarı: Bir Olgu Sunumu.. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 12,4, 129-130.
- Mantar, A., Yemez, B., & Alkın, T. (2011). *Anksiyete Duyarlılığı Ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 187-93
- Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R Et Al. (1989).Quality Of Life İn Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* .46:984–992.
- Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH (2009). Childhood Maltreatment And Adult Psychopathology: Pathways To Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Dysfunction. *Rev Bras Psiquiatr*;31(Suppl II):41-8.
- Mendlowicz, MV., Stein, MB.(2000). Quality Of Life İn Individuals With Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*. 157(5):669-682.
- O'Hagan, K. (2006). Identifying Emotional And Psychological Abuse: A Guide For

Childcare Professionals. Berkshire, GBR: Mcgraw-Hill Education.

- Özkan, M., Özen, Ş., & Ertunç, N. (2005). Panik Bozukluğuna Komorbid Eksen-1 Bozukluklarının Oluşumunda Travmatik Yaşam Olaylarının Rolü. *Klinik Psikiyatri*, 8, 53-59.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları-I 11.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara ; 2011.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S.J., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F. And Weiner, M. (2000). “Adolescent Physical Abuse: Age At Time Of Abuse And Adolescent Perception Of Family Functioning” *Journal Of Family Violence*, 15 (4):375-389.
- Pelendecioğlu, B. Ve Bulut, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 9 (1), 50-62.
- Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Bitirme Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi*
- Pişi, D .(2013).İstismar Ve İhmale Uğrayan Çocukların Psiko-Sosyal Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi. Konya.
- Polat O. Çocuk Ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2002: 85-97.
- Polat, O. (2000); “Çocukta Cinsel İstismar”, *Adli Tıp, Der Yayınları*, 207-231
- Repetti R, Taylor S, Seeman T. (2002). Risky Families: Family Social Environments And The Mental And Physical Health Of Offspring. *Psychol Bull*;128:330–66.
- Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F. (2002). Child Abuse And Neglect By Parents And Caregivers. In: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R (Editors). *World Report On Violence And Health*. World Health Organization, 59-86.
- Sönmez, S. (2006). Panik Bozukluğunda Davranış Değişiklikleri. *Uzmanlık Tezi. İstanbul: Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*
- Sönmez, S., (2006). Panik Bozukluğunda Davranış Değişiklikleri. Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Şahin, S. (2011). Panik Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması Ve Aile İlişkilerinin Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Fenomenolojisi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Tamam, L. (2009, Mart). Panik Bozukluk. *Actual Medicine*, 32-38

Tükel,R., (2000). Panik Hastasına Yaklaşım:Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı Ve Tedavi İlkeleri.*İlk Söz*.

Güler, N., Tel, H., & Tuncay, F. Ö. (2005). Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 51-56.

Sözen, A., Özgür, T. B., Elçi, Ç., Bakır, P., Efil, H., Özver, İ., Emül, M. (2013). Erişkin Yaşta Cinsel İstismara Uğramış Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama Ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki. *Journal Of Mood Disorders*, 3(2), 64-69.

Türkiye’de Çocuk İstismarı, (2010), Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Ankara



EKLER

Ek:1

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK :2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF TR)

AD SOYAD:

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir

sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtı rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G 1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G 4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Ek:3

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1.Cinsiyet:

K E

2. Yaş:.....

3. Medeni durum:

Bekar Evli Dul/Boşanmış

4. Eğitim düzeyi:

Okur-yazar değil İlkokul

Ortaokul Lise

5. Mesleği:.....

6. Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış Çalışmıyor

Geçici işlerde çalışmış Çalışıyor

7. Birlikte yaşanan kişiler:

Yalnız Anne-baba Eş- çocuklar Diğer bir yakınıyla

8. Hastalık- tedavisi hakkında bilgi durumu:

Yok Var-az Var-orta

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Merve NALÇACI

07.06.1992

mnalcaci9@gmail.com

0538 361 32 61

Yıldırım/BURSA

Eğitim durumu :

2015 Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikoloji Bölümü (%100 İngilizce, Tam Burslu)

2015 Lefke Avrupa Üniversitesi Pedagojik Formasyon

2017 Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi

İngilizce – (Okuma, yazma; iyi, Konuşma; orta)

İş deneyimi

2013 Bursa Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi, Polikliniği (Staj)

2013-2014 Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık, Rehberlik Araştırma Merkezi (Asistan öğrenci)

2014 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Bölümü (Staj)

2016 NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi (Staj)

2015-2017 Ekim Sevgi Dünyamız Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

2017 Bursa Gençlik Aile ve Destek Merkezi