



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUK VE ERGENLER İLE
BAKIM VERENLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
ÖZELLİKLERİNİN, ÇOCUK VE ERGENLERİN
PSİKOPATOLOJİSİ İLE İLİŞKİSİ**

Ayşegül ŞEN DEMİR

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN**

**ANKARA
2022**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUK VE ERGENLER İLE
BAKIM VERENLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
ÖZELLİKLERİNİN, ÇOCUK VE ERGENLERİN
PSİKOPATOLOJİSİ İLE İLİŞKİSİ**

Ayşegül ŞEN DEMİR

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN**

**ANKARA
2022**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Ve Ergenler İle Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin, Çocuk Ve Ergenlerin Psikopatolojisi İle İlişkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu tarafından, 09/09/2021 tarihinde, İ8-540-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Ayşegöl ŞEN DEMİR

Tarih: 09.12.2022

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme konu: 08-Ara-2022 00:14 +03

NUMARA: 1974593029

Kelime Sayısı: 13595

Gönderildi: 1

CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUK VE ERGENLER İLE...
Aysegul Sen Demir tarafından

Benzerlik Endeksi	
%15	
Kaynağa göre Benzerlik	
Internet Sources:	%12
Yayınlar:	%5
Öğrenci Ödevleri:	%7

KABUL ONAY SAYFASI

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Ayşegül ŞEN DEMİR	Sınav tarihi: 21 / 12 / 2022
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı	: Doç.Dr.Merve ÇIKILI UYTUN	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: : “ Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenler ile Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi”	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği	☐ Oy çokluğu
ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı
Didem Behice ÖZTOP
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Hesna GÜL
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki yolculuğumun başlangıcından itibaren desteklerini hiç esirgemeyen, bana tecrübe ve bilgi birikimleriyle yol gösteren, akademik ve mesleki hayatıma vazgeçilmez katkıları bulunan, hekimlik yolumu aydınlatan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Birim Günay KILIÇ, Prof. Dr. Didem Behice ÖZTOP, Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ ve Doç. Dr. Sadettin Burak AÇIKEL'e,

Hem asistanlık eğitimim hem de tez sürecim boyunca ihtiyaç duyduğum her anda bana yol gösteren, sürecin zorluğuna rağmen motivasyonumun yüksek olmasını sağlayan, ilk tez asistanı olduğum için kendimi her daim şanslı hissettiğim tez danışmanım Doç Dr. Merve ÇIKILI UYTUN'a,

Kısa süreli de olsa birlikte çalışma fırsatı edindiğim, beraber çalışmaktan keyif aldığım Öğr. Gör. Dr. R. Duygu TEMELTÜRK ve Öğr. Gör. Dr. Sabide Duygu UYGUN,

Berberken çok eğlendiğim, asistanlık sürecimi güzelleştiren, her anımda yanımda olup beni güçlü kılan, çok değer verdiğim arkadaşlarıma ve tez sürecimde desteklerini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgilerini ve karşılıksız desteklerini hep hissettiğim, her zaman bana inanıp güvenen canım annem ve babama, ilk ve en değerli dostum olan ablama,

Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemini keyifle gözlemlediğim, çocuk ve ergen psikiyatrisini tercih etmemin en güzel sebebi olan kardeşime,

Bilgi ve sevgisiyle hep destekçim olan, yanımdayken kendimi dünyanın en şanslı insanı hissettiğim sevgili eşime,

Son olarak kendi zorlu hayatlarının ve tez sürecimin gizli kahramanları olan çok değerli hastalarımın teşekkür ederim.

Ayşegül ŞEN DEMİR

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan.....	i
Özgünlük Raporu.....	ii
Kabul Onay Sayfası.....	iii
Önsöz.....	iv
İçindekiler	vi
Simgeler ve Kısaltmalar.....	xi
Tablolar Dizini.....	xii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
3.1. Çalışmanın Hipotezleri	7
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. Çocuk İhmali ve İstismarı İle İlgili Genel Tanımlar.....	9
4.1.1. İhmal.....	9
4.1.2 Fiziksel İstismar.....	10
4.1.3 Duygusal İstismar.....	10
4.1.4 Cinsel İstismar	10
4.1.4.1. Tanım ve Tarihçe	10
4.1.4.2. Epidemiyoloji.....	11
4.1.4.3. Risk Faktörleri	12
4.1.4.4. Cinsel İstismar Sonrasında Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar.....	12
4.1.4.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	13
4.1.4.4.2. Duygudurum Bozuklukları	13
4.1.4.4.3 Anksiyete Bozuklukları	14
4.1.4.4.4 İntihar	14
4.1.4.4.5. Madde bağımlılığı	14
4.1.4.4.6. Yeme Bozukluğu	15
4.1.4.4.7. Davranım Bozukluğu.....	15
4.1.4.4.8. Kişilik Bozuklukları	15

4.1.4.4.9. Tekrarlanan Cinsel İstismar Mağduriyeti	16
4.1.4.4.10. Ebeveynlik Üzerindeki Yıkıcı Etkiler	16
4.2. Psikolojik Dayanıklılık	17
4.2.1. Tanım.....	17
4.2.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	20
4.2.2.1. Risk Faktörleri	20
4.2.2.2. Koruyucu Faktörler	20
4.2.2.3. Olumlu Uyum Gösterme.....	21
4.2.3. Psikolojik Dayanıklılığın Alt Boyutları	21
4.3. Mizaç ve Karakter	22
4.3.1. Mizaç.....	22
4.3.1.1. Yenilik Arayışı.....	23
4.3.1.2. Zarardan Kaçınma	23
4.3.1.3. Ödül Bağımlılığı	23
4.3.1.4. Sebat Etme	24
4.3.2. Karakter	24
4.3.2.1. Kendini Yönetme.....	24
4.3.2.2. İş birliği Yapma.....	24
4.3.2.3. Kendini Aşma	25
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	26
5.1. Örneklem Seçimi	26
5.2. Çalışmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri	26
5.3. İşlem	27
5.4. Veri Toplama Araçları	27
5.4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Vaka Formu.....	27
5.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG- ŞY-T).....	28
5.4.3. Bakım Verenlere Verilecek Ölçekler:.....	28
5.4.3.1. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği.....	28

5.4.3.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği-AHÇYTÖ (Parental Attitude Research Instrument-PARI).....	29
5.4.3.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	29
5.4.4. Çocuk ve Ergenlere Verilecek Ölçekler.....	30
5.4.4.1. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)	30
5.4.4.2. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE, Junior Temperament and Character Inventory-Revised, J-TCI-R).....	30
5.4.4.3. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (Regulation of Emotions Questionnaire, EİDDÖ).....	31
5.4.5. Verilerin Analizi	31
6. BULGULAR	32
6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler.....	32
6.1.1. Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri	32
6.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler	33
6.2. Cinsel İstismara İlişkin Özellikler	35
6.3. Çocuk ve Ergenlerin Klinik Değerlendirmelerine İlişkin Veriler	37
6.4. Çocuk ve Ergenlerdeki Aktif Psikopatoloji Varlığı ile Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin İlişkisi.....	39
6.5. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin İlişkisi.....	40
6.6. Çocuk ve Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Duygu Düzenleme Ölçeğinin İlişkisi.....	41
6.7. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanterinin İlişkisi	41
6.8. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Psikopatoloji ve Sigara-Madde Kullanımı Arasındaki İlişki	42
6.9. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Arasındaki İlişki.....	42
6.10. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Bakım Verenlerin Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişki.....	43
6.11. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Duygu Düzenleme Ölçeği Arasındaki İlişki.....	44

6.12. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri Arasındaki İlişki.....	44
6.13. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Arasındaki İlişki.....	45
6.14. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Bakım Verenlerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Arasındaki İlişki.....	45
7. TARTIŞMA	47
7.1. Sosyodemografik Bulguların Tartışması	47
7.1.1. Çocuk ve Ergenlere ilişkin Sosyodemografik Bulguların Tartışması.....	47
7.1.2. Aileye ilişkin Sosyo-Demografik Bulguların Tartışması.....	47
7.2. Cinsel İstismara İlişkin Bulguların Tartışması	49
7.3. Psikiyatrik Bozukluklar	50
7.4. Hipotezlerimize İlişkin Tartışmalar	51
7.4.1. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Seviyesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
7.4.2. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenler ile Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
7.4.3. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Duygu Düzenleme Becerileri ile Dayanıklılık Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
7.4.4. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Kişilik Özellikleri ile Dayanıklılık Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
7.4.5. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Dayanıklılık Seviyeleri ile Psikopatolojileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	54
7.5. Diğer Bulgular	55
7.6. Çalışmamızın Kısıtlılıkları	56
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
9. KAYNAKLAR.....	58
10. EKLER.....	75
EK 1. Gönüllü Onam Formları.....	75
EK 2. Sosyodemografik Bilgi ve Vaka Formu	78
EK 3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	80
EK 4. Kısa Semptom Envanteri.....	82

EK 5. Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Anketi	84
EK 6. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri.....	86
EK 7. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	91
EK 8. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği.....	92



SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇGPSÖ	: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
ÇMKE	: Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri
EİDDÖ	: Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği
YDÖ	: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
PARİ	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 6.1.	Çocuk ve Ergenlerin Yaş ve Sınıf Ortalamaları.....	32
Tablo 6.2.	Çocuk ve Ergenlerin Cinsiyet, Sigara - Madde Kullanımı ve Başvuru Şekillerinin Dağılımı.....	33
Tablo 6.3.	Anne ve Babaların Yaş Ortalamaları	33
Tablo 6.4.	Ailesel Özellikler.....	34
Tablo 6.5.	Çocuk ve Ergenlerin Olay Anındaki Yaş Ortalamaları.....	35
Tablo 6.6.	İstismara İlişkin Özellikler	36
Tablo 6.7.	İstismar Sonrası Çocuğun ve Ailenin Davranışı	37
Tablo 6.8.	Çocuk ve Ergenlerin Aktif Psikopatolojilerine İlişkin Veriler.....	38
Tablo 6.9.	Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Hastalar (n=23).....	38
Tablo 6.10.	İlaç Tedavisi Önerilme Durumu.....	38
Tablo 6.11.	Çocuk ve Ergenlerdeki Aktif Psikopatoloji Varlığı ile YDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 6.12.	ÇGPSÖ Toplam Puanı ile YDÖ Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki İlişki	40
Tablo 6.13.	ÇGPSÖ Toplam Puanı ile EİDDÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 6.14.	ÇGPSÖ Toplam Puanı ile ÇMKE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 6.15.	ÇGPSÖ Puanı ile Psikopatoloji ve Sigara-Madde Kullanımı Puanları Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 6.16.	ÇGPSÖ Puanı ile PARİ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 6.17.	ÇGPSÖ Puanı ile KSE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	43
Tablo 6.18.	Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile EİDDÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 6.19.	Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile ÇMKE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 6.20.	Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile PARİ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 6.21.	Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile KSE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	46

1. ÖZET

Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Ve Ergenler İle Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi İle İlişkisi

Amaç: Çalışmamızın birincil amacı cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık özelliklerinin birbirleriyle ve çocuk ve ergenlerin ruhsal bozukluklarıyla ilişkisini incelemektir. Ayrıca çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılığı ile mizaç ve karakter özellikleri, duygu düzenleme becerileri ve aile tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, kliniğimizde takiplerine devam edilen, 11-18 yaş aralığında olan, cinsel istismar mağduru 56 çocuk ve bakım verenleri dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan her hastada sosyodemografik bilgi ve vaka formu doldurulmuştur. Çocuklara yönelik tanısal amaçlı bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) hem çocuklar hem de bakım verenler ile görüşülerek tamamlanmıştır. Çocuklara; Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri, Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği verilmiştir. Bakım verenlere ise Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri verilmiştir.

Bulgular: Çocuk ve ergenlerdeki nörogelişimsel bozukluklar haricindeki aktif psikopatoloji varlığı ile bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık toplam ve alt boyut (kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar) puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık seviyesi ile bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık toplam ve alt boyut (kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, aile uyumu, sosyal kaynaklar) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerin dayanıklılık seviyeleri ile duygu düzenlemenin içsel-işlevsel ve dışsal-işlevsel alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, içsel-işlevsel olmayan ve dışsal-işlevsel olmayan alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık seviyeleri ile mizaç alt boyutu olan ödül bağımlılığı, sebat etme ve karakter alt boyutu olan kendini yönetme ile pozitif yönlü

anlamalı bir ilişki saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasında negatif yönlü anlamalı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerin dayanıklılık seviyeleri ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği'nin Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma alt boyut puanı arasında pozitif yönlü anlamalı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık seviyesi ile bakım verenlerin kısa semptom envanterinin tüm alt boyut (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostile) puanları arasında negatif yönlü anlamalı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile duygu düzenlemenin içsel-işlevsel alt boyutu arasında negatif yönlü anlamalı bir ilişki, içsel-işlevsel olmayan ve dışsal-işlevsel olmayan alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamalı bir ilişki saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile karakter alt boyutu olan kendini yönetme arasında negatif yönlü anlamalı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamalı bir ilişki bulunamamıştır. Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile bakım verenlerin kısa semptom envanterinin tüm alt boyut (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostile) puanları arasında pozitif yönlü anlamalı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuçlar: Cinsel istismar belirlendikten sonra çocuk ve ergenlere ruhsal destek verildiği gibi bakım verenlere de ruhsal destek verilmesinin gerektiği düşünülmektedir. Çocuk ve ergenler ile bakım verenlerin dayanıklılığını arttırmayı amaçlayan müdahalelerin genişletilmesi hem yapılan müdahalelerin daha etkin olması hem de toplum sağlığı açısından ciddi önem taşımaktadır

Anahtar Kelimeler: Cinsel İstismar, Psikolojik Dayanıklılık, Çocuk ve Ergen, Bakım Veren, Mizaç ve Karakter, Duygu Düzenleme, Aile Tutumu

2. ABSTRACT

Objective: The primary aim of our study is to examine the relationship between the psychological resilience characteristics of children and adolescents who are victims of sexual abuse and their caregivers, and their relationship with mental disorders of children and adolescents. In addition, it was aimed to evaluate the relationship between the psychological resilience of children and adolescents and their temperament and character traits, emotion regulation skills and family attitudes.

Method: Our study consists of 56 children and caregivers who were victims of sexual abuse and met the inclusion criteria, aged between 11 and 18, who applied to Ankara University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, and were followed up in our clinic. Sociodemographic information and case form were filled in for each patient included in the study. A diagnostic interview for children, "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)" was completed by interviewing both children and their caregivers. Child and Adolescent Resilience Form, Junior Temperament and Character Inventory, the Regulation of Emotions Questionnaire were given to children. The caregivers were given the Adult Resilience Scale, the Parental Attitude Research Instrument, and the Brief Symptom Inventory.

Results: A negative significant relationship was found between the presence of active psychopathology, excluding neurodevelopmental disorders, in children and adolescents, and the total and sub-dimension resilience (self-perception, future perception, structural style, social competence, social resources) scores of their caregivers. A positive and significant relationship was found between the resilience level of children and adolescents and the total and sub-dimension (self-perception, future perception, structural style, family harmony, social resources) scores of caregivers. There was a positive and significant relationship between the resilience levels of children and adolescents and the internal-functional and external-functional sub-dimensions of emotion regulation, and a negative significant relationship was found between the internal-non-functional and external-non-functional sub-dimensions. A positive and significant relationship was found between the psychological resilience levels of children and adolescents and the reward dependence as temperament sub-dimension, self-directedness as the character sub-dimension and perseverance. A significant negative

correlation was found between the presence of active psychopathology in children and adolescents and their levels of resilience. A positive and significant relationship was found between the resilience levels of children and adolescents and the Democratic Attitude and Equality Recognition score which is a sub-dimension of the Parental Attitude Research Instrument. A negative significant correlation was found between the psychological resilience level of children and adolescents and the scores of all sub-dimensions (anxiety, depression, negative self, somatization, hostility) of the caregivers' brief symptom inventory. There was a negative and significant relationship between the presence of active psychopathology in children and adolescents and the internal-functional sub-dimension of emotion regulation, and a positive and significant relationship between the internal-non-functional and external-non-functional sub-dimensions. A negative significant relationship was found between the presence of active psychopathology in children and adolescents and self-directedness, which is the character sub-dimension. No statistically significant correlation was found between the presence of active psychopathology in children and adolescents and the sub-dimension scores of the Parental Attitude Research Instrument. A positive and significant relationship was found between the presence of active psychopathology in children and adolescents and the scores of all sub-dimensions (anxiety, depression, negative self, somatization, hostility) of the caregivers' brief symptom inventory.

Conclusions: After sexual abuse is identified, it is crucial to provide psychological support to caregivers as well as psychological support for children and adolescents. The expansion of interventions aimed at increasing the resilience of children and adolescents and caregivers cannot be underestimated in terms of both more effective interventions and public health.

Key Words: Sexual Abuse, Resilience, Child and Adolescent, Caregiver, Temperament and Character, Emotion Regulation, Family Attitude

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk dönemi cinsel istismarı; gelişimini tamamlamamış çocuk ve ergenlerin onay vermeye muktedir olmadıkları, tamamıyla anlayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili toplumsal kurallarla uyuşmayan cinsel faaliyetlerde kullanılması olarak tanımlanmıştır (1). Çocuk cinsel istismarı, dünya çapında önemli ve ciddi bir sorundur. Yapılan incelemelere göre, çocukluk çağı cinsel istismarı kadınlarda ortalama %18-20 ve erkeklerde %8-10 oranında görüldüğü bulunmuştur (2, 3).

Çocukluk çağı cinsel istismarı ile ilgili risk faktörleri bireysel, ailesel ve toplumsal olmak üzere üç başlıkta incelenebilir. Riski arttıran bireysel faktörlere; çocuğun kız cinsiyette olması, zekâ düzeyinin düşük olması, akranlarıyla ilişkisinin iyi olmaması, zayıf sosyo-ekonomik statü, ek patoloji varlığı, ebeveyn kaybı ve alkol kullanımı örnek verilebilir.

Ailesel risk faktörleri; ebeveynde psikopatoloji varlığı, uygun aile desteğinin ve korumasının olmaması, ebeveynlerin tutarsız ve sert tutumu, annenin düşük eğitimi, anne babanın boşanmış olması, anne babadan uzun süre ayrı kalma, ailede alkol veya madde bağımlılığı olan kişilerin olması, anne baba arasındaki şiddet (fiziksel veya duygusal) olarak sayılabilir. Ayrıca ailenin sosyal ilişkilerinin kısıtlı olması, anne babanın fiziksel, cinsel veya duygusal şiddet öyküsünün varlığı, sosyokültürel seviyenin düşük olması, ailede işsiz bireylerin olması, erişkinlerin çocukla ortak oda ya da ortak yatağı paylaşması, anneyle baba arasında cinsel problemlerin olması, aile içinde rol çatışmalarının olması, çocuğun ev içinde cinsel ilişkiye tanık olması da çocuğun cinsel istismarı riskini artırır (4, 5). Toplumsal risk faktörleri olarak evsizlik, savaş veya diğer çevre felaketleri, yoksul olmak, göç, akran zorbalığı, istismar, ihmal sayılabilir (6, 7). Çocuk cinsel istismarı, çocuklukta ve yetişkinlikte devam eden çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü olan kadınlar için yaşam boyu görülen psikopatoloji insidansı %56 ve erkekler için %47 olarak bildirilmektedir (8).

Ancak tüm cinsel istismar mağdurlarının olumsuz gelişimsel sonuçlar ve ruhsal sorunlar göstermediği, bazı bireylerin normal işlevsellik düzeylerini koruduğu bilinmektedir (9). Cinsel istismar mağdurlarının sağlıklı ruhsal gelişimini sürdürmesinde, psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Psikolojik dayanıklılık; zorluklara, travmalara veya diğer büyük stres faktörlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama

yeteneğini, sonucunu veya dinamik süreci ifade eder (10). Strese bağıklık kazanmaktan ziyade olumsuz deneyimlerden kurtulma kapasitesidir (11). Olumsuz bir olayın etkisini azaltmak için hareket eden dinamik bir mekanizma olarak da tanımlanabilir. Önceki çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın stres ve ruh sağlığı durumu arasında bir ara noktayı temsil ettiğini ve stresin olumsuz etkilerini azaltabileceğini göstermiştir (12, 13).

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen üç temel faktör olarak risk faktörleri, koruyucu faktörler ve olumlu uyum gösterme öne çıkmaktadır. Psikolojik dayanıklılık dinamik bir yapıda olup, risk ve koruyucu faktörler ile olumlu uyum gösterme arasındaki denge veya dengesizlikten etkilenir (14). Dayanıklılıkta ‘risk faktörü’ olarak bahsedilen durum istenmeyen bir sonuç için ihtimal artırıcılar olarak tanımlanabilir. Risk faktörleri çocukların ya da ergenlerin bireysel, ailesel ya da çevresel faktörler sebebiyle içine düştüğü psikolojik sağlığını koruyamamasına sebep olabilecek olayların bütünüdür (15, 16). Koruyucu faktörler ise kişinin sahip olduğu risk faktörleri üzerinde tampon görevi gören, bu faktörlerin kümülatif etkilerinin önüne geçen ya da olumsuz bir sonuca sebep olma ihtimallerini azaltan durumlardır. Olumlu uyum gösterme; kişinin bireysel veya çevresel koruyucu faktörleri kullanarak risk faktörleriyle mücadele etmesi sonucunda, kazanmış olduğu yeterlilikler şeklinde tanımlanabilir (17). Ailesel koruyucu faktörlere, ebeveyn desteği örnek olarak verilebilir. Cinsel istismara uğramış çocuklara ifşa sonrası sunulan bakım veren desteği, çocukların iyileşmesinde önemli bir faktördür. Bakım verenin dayanıklılık seviyesinin yüksek olması ve psikopatolojisinin olmaması çocuğun daha fazla duygusal destek almasıyla sonuçlanabilir. Artan kanıtlar, ebeveynlerin çocuklarının cinsel istismara uğradığını bildirmelerinin ardından önemli kayıp ve travma yaşadığını göstermektedir (18). Bu nedenle cinsel istismar sonrası çocuk ve ergenlerin desteklendiği gibi ebeveynlerin de desteklenmesi önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde, cinsel istismara uğramış çocukların suç işlemeyen annelerinin dayanıklılık seviyeleri ve ilişkili faktörler incelenmiştir (5). Ancak bildiğimiz kadarıyla cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin ve ebeveyn/bakım verenlerinin dayanıklılık seviyeleri ile psikopatolojilerini birlikte inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır.

Ayrıca son zamanlarda yapılan araştırmalara göre dayanıklılık, kişinin mizaç ve karakter özellikleri ve duygu düzenleme becerileriyle de ilişkili bulunmuştur (19, 20). Mizaç, dış uyaranlara verilen otomatik bir duygusal tepki iken; karakter çevre ile etkileşim yoluyla oluşur ve mizacın uyandırdığı otomatik yanıtı kontrol eder (21). Karakter toplumdan,

kültürden ve eğitimden etkilenererek zamanla değişir ancak mizaç gelişim dönemleri boyunca sabit kalır, değişmez. Cloninger mizacı yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma ve sebatkarlık olmak üzere dört temel boyutta; karakteri de kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç temel boyutta incelemiştir (124). Yapılan bir çalışmaya göre dayanıklılık; mizaç ve karakter alt boyutlarından ödül bağımlılığı, sebatkarlık, kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma ile pozitif yönde, zarardan kaçınma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (21, 22). Ayrıca olumlu duyguların yoğun olması başa çıkmakta zorlanılan durumlarda kişilerin daha çabuk toparlanabilme becerisinin gelişimini desteklemekte, psikolojik dayanıklılığına katkı sağlamaktadır. Bu duygular aynı zamanda kişinin motive olmasını da kolaylaştırmaktadır (23). Kişinin duygu düzenleme becerisinin dayanıklılık seviyesi ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar vardır.

Çalışmamızda çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık özelliklerinin, birbiriyle ve çocuk ve ergenlerin psikopatolojisiyle ilişkisi; çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılığı ile mizaç ve karakter özelliklerinin ilişkisi; çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılığı ile duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi değerlendirilecektir.

3.1. Çalışmanın Hipotezleri

- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin psikopatolojisi ile bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık seviyesi ilişkilidir.
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasında doğrusal bir ilişki vardır.
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin duygu düzenleme becerileri ile dayanıklılık durumları ilişkilidir.
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin kişilik özellikleri ile dayanıklılık durumları ilişkilidir.
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin dayanıklılık durumları ile psikopatoloji durumları ilişkilidir.

Amaçlar:

- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık seviyesini incelemek
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin bakım verenlerinin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumlarını incelemek
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin mizaç ve kişilik özelliklerini incelemek
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin duygu düzenleme becerilerini incelemek
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin psikopatolojilerini incelemek
- ✓ Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin psikopatolojisi ile bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık seviyesinin ilişkisini incelemek

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Çocuk İhmali ve İstismarı İle İlgili Genel Tanımlar

Çocuk istismarı ve ihmali; anne baba, bakım veren veya bir diğer yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen uygun olmayan ya da zarar verici olarak nitelendirilen eylem veya eylemsizliklerin toplamıdır. Bu tür eylem veya eylemsizlikler çocuğun gelişimi üzerinde engelleyici ve kısıtlayıcı etki bırakır; çocuğa fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarar vererek çocuğun sağlık ve güvenliğini tehlikeye sokar (1, 24).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre çocuk ihmal ve istismarı; "Çocukların sağlığı, hayatta kalımı, gelişmesi veya ilişkilerindeki güven duygusu üzerinde kötü etkisi olan istismar (duygusal, fiziksel veya cinsel), ihmal ve diğer sömürü çeşitleri ile sonuçlanan olumsuz eylemlerdir." (25).

DSM-5'te ise; "Çocuğa Kötü Davranma ve Boşlama Sorunları" başlığı altında; "çocuğa bedensel sömürü (çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin kasıtlı şekilde çocuğun bedensel olarak yaralanmasına neden olması), çocuğa cinsel sömürü (bakım verenin veya çocuğun sorumluluğunu taşıyan kişinin cinsel uyarılma elde etmek amacıyla çocuğu cinsel bir fiile dahil etmesi), çocuğu boşlama (bakım verenin gereken ilgiyi göstermeyip çocuğu boşlaması, çocuğun gereksinimlerini görmezden gelmesi) ve çocuğa ruhsal sömürü (çocuğu ruhsal anlamda olumsuz etkileyen sözlü veya simgesel eylem)" şeklinde çocuk istismarına yer verilmiştir (26).

4.1.1. İhmal

Çocuğun yeme, içme, giyinme, barınma, sağlık, eğitim ve danışma gibi temel ihtiyaçlarının çocuğa bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından karşılanmamasıdır (27). Fiziksel, cinsel ve duygusal ihmal olarak üç kategoride incelenebilir.

İhmali istismardan ayıran en temel özellik ihmalin pasif iken istismarın aktif bir davranış şekli olmasıdır (1).

4.1.2 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; 18 yaşını doldurmamış çocuk ya da ergenin; annesi, babası veya bakımından sorumlu diğer kişiler tarafından sağlığına zarar verecek tarzda fiziksel hasara uğratılması, yaralanması veya yaralanma riski taşıması olarak tanımlanabilir. Bu hasar elle veya bir cisimle vurarak, iterek, sarsarak, yakarak ya da ısıtarak olabilir (1, 27). Fiziksel istismar için kısaca “çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır” denilebilir. Sağlık merkezlerine yaralanma şikayetiyle başvuran tüm çocuk ve ergenlerde, tespit edilmesi en basit istismar çeşidi olan fiziksel istismar mutlaka akla gelmelidir.

4.1.3 Duygusal İstismar

UNICEF’e göre duygusal istismar ve ihmal; çocuğun niteliğinin, kapasitesinin ve arzularının sürekli aşağılanması, sosyal ilişki kurmasının engellenmesi, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal anlamda zararlar verme veya terk etme ile tehdit ediliyor olması, çocuktan yaşını ve gücünü aşan taleplerde bulunulması ve çocuğun, sosyal kurallara aykırı olan çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlanmıştır (24).

4.1.4 Cinsel İstismar

4.1.4.1. Tanım ve Tarihçe

Çocuğun cinsel istismarı uzun yıllardır devam eden ciddi bir problemdir (28). Tarihte süregelen bir problem olduğuna dair birçok kanıt vardır. Hammurabi yazıtlarında babası tarafından hamile kalan bir kız çocuğundan bahsedilir (29). Ensest öykülerden sıklıkla bahseden Yunan mitolojisi de bu duruma örnek verilebilir. Ayrıca Roma ve Yunan uygarlıklarında, yetişkinlerin çocuklarla cinsel ilişkide bulunması normal kabul edilmiştir (30).

Çocuğun cinsel istismarı yüzyıllardır var olmasına rağmen, bunun sorun olarak görülmesi yakın tarihte başlanmıştır. 1970’lerde Amerika Birleşik Devletleri’nde aniden artan vaka bildirimleri sonrasında üzerinde çalışılması gerektiği düşünülmüştür (31). Bu yıllarda Çocuk İstismarı Önleme ve Tedavi Yasası’nın faaliyet göstermesiyle yasal süreçler yaygınlaşmış ve artık 1974 yılında Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal Önleme Merkezi kurulmuştur (32). Bununla birlikte cinsel istismar bildirimleri hızla artmış ve 1986 yılında

mağdurlara dava açma hakkı tanıyan Çocuk İstismarı Mağduru Hakları Kanunu yürürlüğe girmiştir. Devam eden yıllarda istismarcılara açılan davalarda artış görülmüştür.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde çocuğun cinsel istismarı ile ilgili birçok tanımlamanın yapıldığı görülmektedir. Çocukluk dönemi cinsel istismarının tanımı ilk kez 1978 yılında Ruth ve H.Kempe tarafından; gelişimini tamamlamamış çocuk ve gençlerin onay vermeye muktedir olmadıkları, tamamıyla anlayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili toplumsal kurallarla uyuşmayan cinsel faaliyetlerde kullanılması olarak tanımlanmıştır (30).

Başka bir tanımlamaya göre çocuğun cinsel istismarı; on sekiz yaş altı birine karşı, bir yetişkin tarafından kendi cinsel doyumunu amacıyla baskı, tehdit veya kandırma yoluyla yapılan her türlü cinsel içerikli eylem olarak tanımlanır. Ensest ise cinsel istismarın, çocuk ile kan bağının olduğu veyahut çocuğa bakmakla yükümlü biri tarafından gerçekleştirilmesidir. İki çocuk arasındaki davranışlarda ise çocuklar arasındaki yaş farkı dört ya da daha fazla olduğunda, yaşı görece küçük olan çocuğun zor kullanılarak ya da ikna edilerek cinsel haz alma amacıyla yapılan eylemlere maruz kalması da cinsel istismar olarak değerlendirilir (28).

DSM-V'te Çocuğa Cinsel Sömürü; cinsel haz alma amacıyla çocuğun herhangi bir cinsel fiile dahil edilmesi olarak tanımlanır. İstismar eden kişi; ebeveyn, bakım veren ya da çocukla ilgili sorumluluğu olan biri veya diğer kişiler olabilir. Cinsel sömürü; çocuğun cinsel bölgelerini okşama, penetrasyon, zor kullanarak cinsel ilişkiye girme, ensest, fiili livata, teşhircilik gibi eylemleri kapsadığı gibi istismarcının dokunmadan yaptığı bazı eylemleri de kapsamaktadır. Çocuk ile istismarcı arasında direkt bedensel bir temas olmadan, başka kişilerin cinsel haz alması için çocuğun bazı eylemlere zorlanması, kandırılması, ayartılma, gözünün korkutulması veya baskı altında tutulması bu kapsam dahilindedir (33).

Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği ise çocukların cinsel istismarını, rıza verebilecek yaşta olmayan bir çocuk veya ergenin, bir yetişkinin cinsel açıdan uyarılmasına neden olan bir davranışın içinde bulunması veya bu duruma sessiz kalınması şeklinde tanımlamıştır (34).

4.1.4.2. Epidemiyoloji

Çocuk cinsel istismarı, dünya çapında hatırı sayılır büyüklükte ciddi bir sorundur. Yakın zamanda 24 ülkede yapılan 55 çalışmanın sistematik bir incelemesine göre,

4.1.4.3. Risk Faktörleri

Ailesel risk faktörü olarak ebeveynde psikopatoloji varlığı, uygun aile desteğinin ve korumasının olmaması, annenin düşük eğitimi, anne babanın boşanmış olması, anne babadan uzun süre ayrı kalma, ailede alkol veya madde bağımlılığı olan kişilerin olması, anne baba arasındaki şiddet (fiziksel veya duygusal) ailesel risk faktörleri arasında sayılabilir. Ayrıca ailenin sosyal ilişkilerinin kısıtlı olması, anne babanın fiziksel, cinsel veya duygusal şiddet öyküsünün varlığı, sosyokültürel seviyenin düşük olması, ailede işsiz bireylerin olması, erişkinlerin çocukla ortak oda ya da ortak yatağı paylaşması, anneyle baba arasında cinsel problemlerin olması, aile içinde rol çatışmalarının olması, çocuğun ev içinde cinsel ilişkiye tanık olması da çocuğun cinsel istismarı riskini artırır (4, 5).

4.1.4.4. Cinsel İstismar Sonrasında Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar

12

Cinsel istismara uğramış çocuklarda psikopatolojinin gelişimi; çocuğun istismarcıyla olan ilişkisine, istismarın türü, şiddeti ve süresine, şiddet kullanımına, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyine, cinsiyetine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir.

Cinsel istismarın başlama yaşının küçük olması, istismarın penetrasyon içermesi ve tekrarlanması psikopatolojiler açısından daha olumsuz sonuçları öngörmektedir (38, 39).

Önceki araştırmalar, çocukluk çağı cinsel istismarının travma sonrası stres bozuklukları, depresyon, anksiyete, intihar girişimi, madde kullanımı ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar, psikosomatik şikayetler, riskli cinsel davranışlar ve cinsel işlev bozuklukları dahil birçok psikolojik sorun ve psikopatoloji ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (4, 40-45). Ayrıca borderline kişilik bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve bulimia nervosa gibi psikiyatrik bozukluklar da cinsel istismarla ilişkilendirilmiştir (46).

4.1.4.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Cinsel istismardan sonra en çok görülen psikopatoloji travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB) (47-49). TSSB gelişiminde en önemli risk faktörü cinsel istismardır (50). TSSB tanısı, travmatik olayı yeniden yaşantılama, hipervijilans ve travma ile ilişkili uyaranlardan sürekli kaçınma gibi semptomları içerir (51). Ayrıca uyku problemleri, irritabilite, fazla odaklanma veya konsantre olma zorluğu gibi artmış uyarılmışlık belirtileri de görülür. TSSB belirtileri cinsel istismarın hemen ardından gelişmeyebilir; semptomlar cinsel istismardan aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirli gelişimsel dönüm noktaları, cinsel aktivitenin başlaması veya doğum yapmak TSSB semptomlarının ortaya çıkmasını tetikleyebilmektedir (51).

4.1.4.4.2. Duygudurum Bozuklukları

Çok sayıda çalışma, majör depresyon ve distimi ile cinsel istismar arasında bağlantı olduğunu göstermiştir (52). Cinsel istismara uğrayan çocuklar, depresyon gelişimi açısından yüksek risk taşır ve bu risk yetişkinliğe kadar devam eder (2). Depresyon tanısı olan kişilerde yapılan bir çalışmaya göre cinsel istismar öyküsü olanlarda, cinsel istismar öyküsü olmayan

kişilere kıyasla iştah artışı, kilo alımı ve hipersomni gibi belirtilerin daha sık olduğu belirtilmiştir (46).

Çocukluk çağı istismarı, bipolar affektif bozukluk riskini de artıran çevresel faktörlerden biridir (53, 54). Depresyon etyolojisi açısından sıklıkla üzerinde durulan bu konu, bipolar affektif bozukluk için yeni bir araştırma konusu olmuştur ve son zamanlarda üzerine yoğunlaşmıştır (55). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan bipolar affektif bozukluğa sahip kişilerde daha sık atak görülmektedir. Ayrıca intihar düşüncelerinin daha yoğun olduğu ve ek psikopatolojilerin arttığı bilinmektedir (56).

4.1.4.4.3 Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının, cinsel istismar geçmişi olan kişilerde, böyle bir geçmişi olmayan kişilere göre daha sık görüldüğü bilinmektedir (57). Cinsel istismar öyküsü olan kadınların, panik ataklara karşı artan bir duyarlılık sergiledikleri gösterilmiştir (58). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün; yetişkin dönemde sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk gibi tüm anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğu önceki çalışmalarda bildirilmiştir (59).

4.1.4.4.4 İntihar

Cinsel istismar öyküsü, bireyin tüm yaşamı boyunca intihar riskini (çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik) arttırmaktadır (3). Cinsel istismara uğramış bireylerin tekrarlayan intihar davranışında bulunma ihtimalleri daha yüksektir (60).

İntihar düşüncesi veya intihar girişimi olan herhangi bir çocuk veya ergen, cinsel istismar da dahil olmak üzere tüm psikososyal risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir.

4.1.4.4.5. Madde bağımlılığı

Çocukluk çağı cinsel istismarı, ergenlerde madde kullanımının erken başlangıcını ve yetişkinlikte alkol ve yasadışı uyuşturucu bağımlılığını önemli ölçüde öngörmektedir (61, 62). Bireyin istismarın travmasıyla baş edebilmek amacıyla ergenlik döneminde sigaraya başlayabileceği bilinmektedir. Yetişkin sigara içimi ile çocukluk çağı cinsel istismarı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre fiziksel ve cinsel istismar öyküsü

olan kadınlarda sigara içme oranının 3.5 kat, yalnızca cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda iki kat arttığı görülmüştür (63).

Çok sayıda çalışma, çocukların cinsel istismarı ile uyuşturucu madde kullanımını ilişkilendirmiştir. Çocukların cinsel istismarı, çocuklarda ve ergenlerde çaresizlik ve yetersizlik gibi duyguları arttırabilir ve madde kullanımı bu duygulardan kaçmanın yollarından biridir. Diğer istismar ve ihmal türlerinde olduğu gibi cinsel istismar da uyuşturucu kullanımı, uyuşturucu bağımlılığı ve parenteral uyuşturucu kullanımı ile ilgili sorunlarla ilişkilendirilmiştir (51, 64).

4.1.4.4.6. Yeme Bozukluğu

Çocuk cinsel istismarı ile obezite gelişimi ve yeme bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalar vardır (65, 66).

Çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsünün, tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervoza ile ilişkili olduğu bilinmektedir (67-69). Çocukluk döneminde iki veya daha fazla kez cinsel istismara maruz kalmış olmak, ergenlik döneminde bulimia nervoza riskini beş kat daha fazla arttırmaktadır. Anoreksiya nervoza ile ilişkisine dair veriler çelişkili olup ek çalışmalara ihtiyaç vardır (66).

4.1.4.4.7. Davranım Bozukluğu

Çocukların cinsel istismarı, davranış sorunları gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Özellikle ergen erkeklerde çocuk cinsel istismarı ile şiddet davranışı arasında bir bağlantı olduğu bildirilmektedir (70). Şiddet içeren davranışlar arasında silah kullanımı ve kavga yer alır. Şiddet davranışları, kadın cinsel istismar mağdurlarına kıyasla erkek mağdurlar tarafından daha sık sergilenmektedir ve şiddet cinsel istismarın stresiyle başa çıkmak için dışsallaştırma davranışına örnek olarak verilebilir. Ayrıca cinsel istismara uğrayan kız ergenlerin duygularını öfke ve saldırganlık yoluyla dışa vurabilecekleri belirtilmektedir (71).

4.1.4.4.8. Kişilik Bozuklukları

Araştırmacılar, çocukluk çağı cinsel istismarı ile kişilik bozukluklarının gelişimi arasında önemli bir bağlantı olduğunu belirtmişlerdir (72). Özellikle borderline kişilik bozukluğu gelişimi açısından artmış risk gösterilmiştir (73). Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün, intihar düşüncesini ve girişim sayısını da önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir (74).

4.1.4.4.9. Tekrarlanan Cinsel İstismar Mağduriyeti

Cinsel istismar öyküsü bir bireyin (özellikle de kadınlar için) ergenlik ve yetişkinlik döneminde cinsel istismar açısından yeniden mağdur olma riskini artırmaktadır. Yetişkin cinsel istismarının, çocukken cinsel istismara uğramış bireylerde dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur (75). Erken istismarın etkilerinin ve sebep olduğu ruhsal sorunların, özellikle kadınlarda yetişkinlik döneminde işlevsiz ve cinsel şiddet içeren ilişkiler için risk artışına sebep olduğu bildirilmektedir (76).

4.1.4.4.10. Ebeveynlik Üzerindeki Yıkıcı Etkiler

Cinsel veya fiziksel olarak istismara uğrayan annelerin çocukları, istismara uğramamış annelerin çocuklarına göre daha yüksek oranda suça karıştığı, dışsallaştırıcı ve saldırgan davranışlar sergilediği bulunmuştur. Ayrıca bu çocukların anneleri ya da diğer kişiler tarafından fiziksel, duygusal veya cinsel istismara uğrama ihtimali daha yüksektir (51). İstismarın kuşaklar arası olası etkisine ilişkin endişeler ışığında, literatürde çocuk çağı cinsel istismarı ve yetişkin dönemde ebeveynlik becerileri arasındaki ilişkiye özel bir önem verilmiştir (77). Şimdiye kadar toplanan verilerle, çocukluk cinsel istismarı öyküsünün, algılanan ebeveynlik becerilerini ve kişinin çocuklarıyla olan ilişki kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca çocukluğunda cinsel istismar mağduru olan kadınlar; çocuklarına karşı daha düşük düzeyde ebeveyn sıcaklığı, daha sık fiziksel ceza kullanımı ve daha fazla saldırganlık gösterdiklerini bildirmişlerdir (78).

Genel olarak; çocukluk çağı cinsel istismarının psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu kanıtlar bazı bozukluklar için diğerlerinden daha güçlüdür. Çocukluk çağı cinsel istismarının duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, TSSB, alkol ve madde kullanım bozuklukları için ciddi bir risk faktörü

olduğuna dair gl knıtlar vardır. Kişilik bozuklukları, psikoz ve yeme bozukluklarının yordayıcısı olduğuna dair ise daha az kanıt vardır. Yine de çocukluk ağı cinsel istismarı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki bağlantıya ilişkin güçlü nedensel çıkarımlar yapabilmek için, karıştırıcı faktörlerin sistematik olarak kontrol edildiği ek uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç vardır (40).

Tüm bunlara rağmen bütün cinsel istismar mağdurlarının olumsuz gelişimsel sonuçlar ve ruhsal sorunlar göstermediği, bazı bireylerin normal işlevsellik düzeylerini koruduğu bilinmektedir (9). Cinsel istismar mağdurlarının sağlıklı ruhsal gelişimine katkı sağlayan faktörlerden biri de psikolojik dayanıklılıktır. Bireyin gelişimine ve uyumuna yönelik ciddi tehdit ve tehlikelere rağmen bireyde iyi sonuçların görülmesi olarak tanımlanan cinsel istismar mağduru çocuklarda psikopatoloji gelişimini önleyici rolü olduğu düşünülen psikolojik dayanıklılık (resilience) kavramının ve özelliklerinin detaylı incelenmesi faydalı olacaktır (79).

4.2. Psikolojik Dayanıklılık

4.2.1. Tanım

Psikoloji alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde, kişilerin olumsuz özellikleriyle ilgili inceleme yapan çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. 2000’li yıllardan sonra kişilerin güçlü ve olumlu yönlerinin incelendiği; umutlu, huzurlu, sağlıklı olabilmesi ve bunu sürdürebilmesi ile ilgili çalışmalar önem kazanmış ve pozitif psikoloji alanı ön plana çıkmıştır (13, 80).

Psikiyatri alanındaki koruyucu hekimlik uygulaması olarak varsayılabilen pozitif psikoloji, kişinin iyi bir yaşam sürmesi için yapılması gerekenlerin araştırıldığı ve geliştirildiği bir alandır (81). Pozitif psikoloji alanının en önemli konularından biri de psikolojik dayanıklılık kavramıdır.

Bu alanda Emmy Werner’in 1950’de başlattığı boylamsal çalışma, dayanıklılık kavramının ortaya çıkması ve geliştirilmesine öncülük eden en önemli araştırmalardan biri olarak bilinmektedir. Bu çalışmada patoloji gelişimini kolaylaştıran belirli risk faktörlerine (zor doğum, yoksulluk, alkol kötüye kullanımı olan aileler, ruhsal hastalıklar, şiddet vb.) sahip 698 çocuğun gelişim basamakları ve uyumları 30 yıl boyunca takip edilmiştir. Çoklu risk

faktörü olan bu çocukların çoğunda ciddi psikopatolojik semptomlar gelişmiştir. Ancak çocukların %28'inin uyumlu, kendine güvenen, sosyal işlevselliği ve ruhsal durumu iyi olan yetişkin bireyler olduğu görülmüş ve bunlar “dayanıklı” bireyler olarak nitelendirilmiştir. Benzer risklere rağmen bazı bireyler olumlu gelişim sergilerken bazılarının ciddi ruhsal hastalıklar yaşaması, buna sebep olabilecek faktörlerin araştırılması gerektiğini düşündürmüştür. Werner'in öncü çalışmalarıyla birlikte dayanıklılık araştırmalarında köklü bir değişim yaşanmaya başlamış, risk faktörlerinin analizinden koruyucu faktörlerin araştırılmasına geçiş başlamıştır (14). Daha sonraki çalışmalarda dayanıklı bireylerin sahip olduğu özellikler ve bu çocuklarda olumlu gelişime katkı sağlayan faktörler belirlenmeye çalışılmıştır (79, 82, 83).

Psikolojik dayanıklılık üzerine yapılan çalışmalara rağmen tanımı konusunda hala bir fikir birliği yoktur (84, 85). Ancak tüm dayanıklılık tanımları temelde, zor koşullara beklenenden daha iyi uyum sağlama konusunda ortak bir tema paylaşır. Yani temel anlamıyla dayanıklılık, olumsuz bir olay veya duruma rağmen sıkıntının üstesinden gelme ve olumlu sonuçlar yaşama yeteneği olarak tanımlanabilir (86). Dayanıklılık tanımlarının çoğu, olumsuz veya olumlu sonuçlarla eşleştirilmiş risklerden oluşur. Bu nedenle, bir bireyin dayanıklı olduğu söylenebilmesi için, bir tür sıkıntı veya risk altında olması gerekir. Hatta bazı araştırmacılar riske veya sıkıntıya maruz kalmadan dayanıklılığın geliştirilemeyeceğini iddia etmiştir (87).

Psikolojik dayanıklılık; zorlu şartlara rağmen kişinin uyum sağlamasını kolaylaştıran ve koruyan özelliklerin tamamı olup dinamik bir kavramdır (88). Amerikan Psikoloji Derneği dayanıklılığı “zor veya zorlu hayat tecrübelerine, özellikle zihinsel, duygusal ve davranışsal esneklik ve dış- iç taleplere uyum yoluyla başarılı bir şekilde uyum sağlama süreci ve sonucu” olarak tanımlamaktadır (89).

Psikolojik dayanıklılık, olumsuz bir olayın etkisini azaltmak için hareket eden dinamik bir mekanizma olarak da tanımlanabilir. Önceki çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın stres ve ruh sağlığı durumu arasında bir ara noktayı temsil ettiğini ve stresin olumsuz etkilerini azaltabileceğini göstermiştir (90-93).

Psikolojik Dayanıklılık” Üzerine Yapılan Bazı Tanımlamalar (85)

- “Uyumsuz bir sonuca zemin hazırlayan bazı çevresel tehlikelere karşı kişinin tepkisini değiştiren veya iyileştiren koruyucu faktör” (Rutter, 1987) (94)
- “Zorlu veya tehdit edici koşullara rağmen başarılı adaptasyon süreci, kapasitesi veya sonucu” (Masten, Best & Garmezy, 1990) (6)
- “Önemli olumsuzluklar bağlamında olumlu adaptasyonu kapsayan dinamik bir süreç” (Luthar ve diğerleri, 2000) (12)
- “Birinin zorluklar karşısında başarılı olmasını sağlayan kişisel nitelikler” (Connor & Davidson, 2003) (95)
- “Adaptasyon veya gelişmeye yönelik ciddi tehditlere rağmen iyi sonuçlarla karakterize edilen bir olgu sınıfı” (Masten, 2001) (79)
- “Bireylerin önemli değişiklik, sıkıntı veya riskle başarılı bir şekilde başa çıkma kapasitesi” (Lee & Cranford, 2008) (96)
- “Önemli olumsuz koşullar altında bir bireyin istikrarı veya hızlı iyileşmesi, hatta büyümesi” (Leipold & Greve, 2009) (97)
- “Olumsuz deneyimlerden sonra iyileşip psikososyal dengeyi sağlama yeteneğini etkileyen bir tür plastisite ve sıkıntı karşısında toparlanabilme yeteneği (Lundman, 2012) (98)
- “Stres veya travma ile karşı karşıya kalındığında olumsuz psikolojik tepkilere direnme yeteneği” (Pecoraro, 2016) (99)
- “İnsanları gelecekteki olumsuz yaşam olaylarına karşı daha direçli hale getiren koruyucu bir faktör “ (Ayed, 2018) (100)

Psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin sahip olduğu bazı özellikler; mutluluk, eleştirel düşünme becerisi, yaratıcılık, kararlılık, dışa dönüklük, uyumluluk, başkalarına güvenli ve yakın bağlanma, esneklik, daha az kaçınma davranışı, iyimserlik, yeniliklere açık olma, başkalarının desteğini alabilme, eğitim arzusu, yüksek özgüven, yüksek entelektüel işlevler, değişimin olumlu kabulü, problem çözme becerisi, öz disiplin, öz yeterlilik, mizah anlayışı, sosyal sorumluluk, inanç, kendini geliştirme eğilimi, zor yaşam koşullarına uyum sağlayabilme, önemli sıkıntılara olumlu adaptasyon ve özerklik olarak sıralanabilir (15, 23, 83, 101-110)

4.2.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Mevcut çalışmalar incelendiğinde psikolojik dayanıklılık kavramının çeşitli tanımlarında üç temel faktör öne çıkmaktadır. Bunlar arasında; a) risk faktörleri, b) koruyucu faktörler ve c) olumlu uyum gösterilmektedir.

Psikolojik dayanıklılık dinamik bir yapıda olup, risk ve koruyucu faktörler ile olumlu uyum gösterme arasındaki denge veya dengesizlikten etkilenir (14). Diğer ifade ile dayanıklılık, güç ve kırılganlığın bütünleşmesini temsil eder; koruyucu süreçlerin ve risk faktörlerinin eşzamanlı olarak incelenmesini gerektirir (111).

4.2.2.1. Risk Faktörleri

Dayanıklılıkta ‘risk faktörü’ olarak bahsedilen durum istenmeyen bir sonuç için ihtimal arttırıcılar olarak tanımlanabilir. Risk faktörleri çocukların ya da ergenlerin bireysel, ailesel ya da çevresel faktörler sebebiyle içine düştüğü psikolojik sağlığını koruyamamasına sebep olabilecek olayların bütünüdür (15, 16). Toplumsal risk faktörleri olarak evsizlik, savaş veya diğer çevre felaketleri, yoksul olmak, göç, akran zorbalığı, istismar, ihmal sayılabilir. Aile içi şiddet, ebeveynlerin bir patolojiye sahip olması, anne babanın ayrı olması ya da çocuğa yeterli ilgi göstermemesi, ebeveynlerin tutarsız ve sert tutumu, ebeveyn kaybı ailesel risk faktörleridir (87, 88, 112, 113). Kişinin sahip olduğu düşük mental kapasite, sağlık problemi, kaygılı mizaç, kendini ifade etme becerisinde yetersizlik, düşük benlik saygısı da bireysel risk faktörleri arasında sayılabilir (13).

Tek başına bir risk faktörünün olması anlam ifade etmeyebilirken birden fazla riskin birleşerek kümülatif etki ile çocuk veya genç için olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (16, 114).

4.2.2.2. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler ise kişinin sahip olduğu risk faktörleri üzerinde tampon görevi gören, bu faktörlerin kümülatif etkilerinin önüne geçen ya da olumsuz bir sonuca sebep olma ihtimallerini azaltan durumlardır. Koruyucu faktörler, kişinin zorlu durumlar ile mücadele ettiği anlarda ve sonrasında destekçi olan en önemli faktörlerdir (115). Koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve sosyal faktörler olmak üzere üç grupta incelenebilir (14, 116). Bireysel

koruyucu faktörlere özgüven, özyeterlilik, yüksek zeka, dışa dönük olma, kolay mizaç, olumlu duygulanım ve yüksek benlik saygısı örnek olarak verilebilir (13, 85). Bazı çalışmacılar bu faktörlere ek olarak duygusal zekayı koruyucu bir faktör olarak değerlendirmiş ve duygusal yeteneğin bir göstergesi olarak dayanıklılığın kabul edilebileceğini öne sürmüşlerdir (117). Destek veren sıcak aile ilişkisi, yüksek sosyoekonomik durum, ev ortamının düzenli olması, ebeveynlerin yüksek eğitim seviyesi, aile içinde eğitimin destekleniyor olması ailesel koruyucu faktörlerdir (113). Çevresel koruyucu faktörler için olumlu arkadaş ve okul ortamı, öğretmenlerin desteği, çevresi tarafından kabul görmesi sayılabilir (116, 118).

4.2.2.3. Olumlu Uyum Gösterme

Her bireyin risk ve koruyucu faktörleri birbirinden farklı olabildiği gibi bu faktörlerden etkilenmeleriyle ortaya çıkan sonuçlar da birbirinden farklıdır. Bu nedenle psikolojik dayanıklılık incelenirken, sadece risk ve koruyucu faktörlerin tanımı yetersiz olmakta, bunlara ek olarak olumlu sonuçların da tanımlanması gerekmektedir (17).

Olumlu uyum gösterme; kişinin bireysel veya çevresel koruyucu faktörleri kullanarak risk faktörleriyle mücadele etmesi sonucunda, kazanmış olduğu yeterlilikler şeklinde tanımlanabilir. Buna örnek olarak; kişinin sosyal ilişkilerinin iyi olması, sorumluluklarını yerine getirmesi, davranış problemlerinin olmaması, kurallara uygun davranması, okul hayatının başarılı ve devam ediyor olması, sosyal yardımlaşma projelerine ve ders dışındaki aktivitelere dahil olması, spor yapması verilebilir (13).

4.2.3. Psikolojik Dayanıklılığın Alt Boyutları

Friborg ve arkadaşları tarafından psikolojik dayanıklılık; yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar, kendilik ve gelecek algısının dahil olduğu kişisel güç olmak üzere beş alt boyutta incelenmiştir (119).

Yapısal stil, kişinin bir iş yaparken kendine güvenmesi, planlama yeteneği, zamanı yönetebilmesi, güçlü yönleri, öz disiplin gibi sahip olduğu bazı özellikleri kapsar (119, 120).

Sosyal yeterlilik, kişi zorlandığı ve başa çıkması gereken bir durum içerisindeyken çevreden destek alıp almaması ile ilgili bir faktör olup kişilerarası yeterlilik olarak da tanımlanabilir. Çevredeki kişiler ile ilişki kurma, ilişkiyi sürdürme, bir problemle karşılaştığı zaman başedebilme ve çatışmaları uygun biçimde çözebilmeye olanak sağlar (120). Büyüme döneminde olan çocuğın olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştığı zaman duygusunu düzenleme, zihinselleştirme ve kendini yansıtma becerisini geliştirmesinde güvenli bağlanma örüntüsü çok önemlidir. Güvenli bağlanma, hem sosyal işlevsellik ve zorlu yaşam olaylarıyla mücadele edebilmek hem de psikolojik dayanıklılık için önemli bir faktördür (121, 122).

Aile uyumu; bireyin ailesinden aldığı desteğe veya ailesiyle olan uyumuna işaret eder. Ayrıca aile uyumu, ailenin bir kriz ile karşılaştıktan sonra aile işleyişi ve yapısında değişiklikler yaparak uyum sağlama yeteneğini de içerir (123). Bir ailenin yaşanan krizlere uyum sağlama düzeyi dayanıklılığın önemli bir göstergesidir (124).

Uyumu kolaylaştıran en temel faktör sosyal destektir. Zorluklarla baş edebilmek sosyal destek kaynaklarının kullanılması vesilesiyle dayanıklılığın arttırılması ile olur. Sosyal kaynaklar kişinin yakın çevresindeki bireylerden destek alabilme, bu bireyler ile sağlam ilişkiler kurabilme becerisini ve destek sistemlerinin derecesini belirtir (125).

Risk etmenlerinin gelecekte ortaya çıkan ruhsal hastalıklar veya olumsuz sonuçlar üzerine etkisini inceleyen gelişimsel araştırmalar, kişilik özelliklerinin de dayanıklılık üzerinde etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Böylece araştırmacılar, riske maruz kalan kişileri olumsuz sonuçlardan koruyan kişisel gleri ve özellikleri (yeterlilik algısı, umutlu olma, sevgi, gerçekçilik, merak, kararlılık, cesaret, yaşamdaki anlam vb.) incelemeye başlamıştır (125, 126). Bazı kişilik özelliklerinin zorlu yaşam şartlarının olumsuz etkilerine karşı koruyucu olduğu görülmüştür (126). Dayanıklılık, mizaç ve karakter gibi birçok değişikenden ve problem çözme yeteneği gibi belirli becerilerden oluşan çok boyutlu bir kavramdır (19).

4.3. Mizaç ve Karakter

4.3.1. Mizaç

Mizaç, dış uyaranlara karşı otomatik duygusal tepkilerden sorumlu kalıtsal bir kişisel özellik olarak tanımlanabilir. Cloninger; mizacın kalıtsal olarak aktarıldığını, doğuştan gelen

bir özellik olup hayat boyu devam ettiğini belirtmiş ve mizacı kişiliğin biyolojik yönü olarak tarif etmiştir (127). Mizaç gelişim dönemleri sürecince değişmez, aynı şekilde devam eder (128).

Cloninger mizacı yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma ve sebatkarlık olmak üzere dört temel boyutta; karakteri de kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç temel boyutta incelemiştir (22).

4.3.1.1. Yenilik Arayışı

Yenilik arayışı dürtüsel olma, keşfetmeye yönelik davranışlarda bulunma, ödül alma ihtimaliyle aşırı davranışlar ve engellenme ile karşılaşınca kaçınan davranışlar sergilemeyle ilişkilidir. Yeni durumlara hızlı alışan bu kişiler bir engellenme ile karşılaştıkları zaman fazla öfkelenebilirler.

Mizaç karakter ölçeğindeki ‘yenilik arayışı’ alt boyut puanı yüksek olan bireyler heyecanlı, meraklı, dürtüsel, çabuk sıkılan, dikkati dağınık, hızlı karar değiştiren veya karar vermekte zorlanan bireylerdir. Bu alt boyuttan düşük puan alanlar ise karar verirken detaylı düşünen, isteksiz, çekingen, yeniliklere ve değişime dirençli olan bireylerdir (22).

4.3.1.2. Zarardan Kaçınma

Zarardan kaçınma; diğer kişilere göre daha kaygılı, dikkatli, korkulu, karamsar, utangaç, gergin, güvensiz ve çabuk yorulan bireylerin özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Bu bireylerin tehlike beklenti düzeyleri yüksek olup eleştiri karşısında daha hassas oldukları söylenebilir (22).

Mizaç karakter ölçeğindeki ‘zarardan kaçınma’ alt boyut puanı düşük olan bireylerin yüksek özgüvenli ve tehlike anında bile rahat olmaya yatkın oldukları söylenebilir (128).

4.3.1.3. Ödül Bağımlılığı

Ödül bağımlılığı kişinin diğerinin onayına bağımlılık gösterme yönündeki yatkınlığı olarak tanımlanmaktadır.

Mizaç karakter ölçeğindeki ‘ödül bağımlılığı’ alt boyut puanı yüksek olan bireylerin duygusal, yardım etmeyi seven, merhametli olduğu söylenebilir. Düşük puan alan bireylerin de bağımsız ve sosyal ödüllere duyarsız olduğu söylenebilir (127, 128).

4.3.1.4. Sebat Etme

Engelleyici ödül yokluğu durumları olsa bile davranışın sönmesine karşı genetik bir direnç gösterme eğilimiyle ilişkilidir. Mizaç karakter ölçeğindeki ‘sebat etme’ alt boyut puanı yüksek olan kişiler herhangi bir ödül beklentisi olmadan davranışlarına devam ederler. Bu kişilerin engellenme eşikleri yüksek olup kararlı bir yapıları vardır (127). Bu boyut, sıkıntı ve zorlukların üstesinden gelme ve stres öncesi gözlemlenen seviyeye geri dönme gücü veya yeteneği olarak adlandırılan dayanıklılık tanımına en çok benzemektedir (21).

4.3.2. Karakter

Karakter; kişinin mizacından, savunma mekanizmalarından, yaşadığı çevreden ve yaşantılarından etkilenen, yetişkinlik döneminde olgunlaşan bir yapıdır. Kişiliğin sosyokültürel yönü olarak tarif edilir. Karakter kendini yönetme, iş birliği yapma, kendini aşma olmak üzere üç alt boyutta incelenmiştir (127).

4.3.2.1. Kendini Yönetme

Kendini yönetme, bireyin bağımsız kararlar alabilmesi ve aldığı kararların sorumluluğunu kabul etmesini içerir. Kendini yönetme özelliği yüksek olan bireyler, kendi kendine yetebilen özgüveni yüksek bireyler olup hedeflerine uygun davranışlar gösterirler (127)

4.3.2.2. İş birliği Yapma

İş birliği yapma, diğerlerinin bireysel farklılıklarını kabul etme ile ifade edilmektedir. Bu özelliği yüksek olanlar başkalarının duygularını anlayabilen, tercihlerine saygı duyan, iş birliğine açık, şefkatli, adaletli ve tolerans sahibi kişilerdir (127).

4.3.2.3. Kendini Aşma

Kişinin kendisini doğanın bir parçası hissedip evrenle aynı akışta ilerleyeceğini kabul etmesi olarak tanımlanabilir. Kişi bu durumda kendi sınırlarını bilir, başarı ve başarısızlığı kabullenip hoşgörüsüyle karşılar (127-129).

Dayanıklılığın, kişinin mizaç ve karakter özellikleriyle ilişkili olduğu gibi duygu düzenleme becerileriyle de ilişkili olduğu saptanmıştır (19, 20). Psikolojik dayanıklılık seviyesi yüksek olan kişilerin sorunlarla baş etme becerisi ve sosyal ilişkilerinin gelişmiş olduğu, problemler karşısında olumlu ve çözüm odaklı davranışlar sergileyebildiği belirtilmiştir (130). Ergenlerle yapılan birçok çalışmada duygu düzenleme becerilerinin dayanıklılık seviyesini yordadığı saptanmıştır (131-133).

Ayrıca ergenlerde dayanıklılığı yordayan bir başka faktör ebeveynlerinin tutumudur. Destekleyici ve kabullenici ebeveyn tutumu dayanıklılığı olumlu düzeyde yordarken, aşırı kollayıcı ve kısıtlayıcı ebeveyn tutumu olumsuz yönde yordamıştır (134).

Tüm bu bilgiler ışığında cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin dayanıklılığı ile psikopatolojilerini tespit etmek ve çok yönlü bir değerlendirmeye bunların ilişkili olduğu faktörleri ortaya koymak mevcut çalışmalara ve bu hastalara yönelik müdahalelere katkıda bulunacaktır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Örneklem Seçimi

Etik kurul onayının alınmasının ardından 01.10.2021 ile 01.11.2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, kliniğimizde takiplerine devam eden, cinsel istismar mağduru olup belirlenen dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 56 çocuk ve bakım verenleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen çocuklar ve bakım verenleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş sonrasında çalışmayı kabul eden katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formları Ek-1'de sunulmuştur. Çalışmanın finansal kaynağı araştırmacılar tarafından sağlanmıştır.

Çalışma “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” tarafından 09.09.2021 tarihinde onaylanmıştır (Karar No: İ8-540-21).

5.2. Çalışmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

Dâhil olma ölçütleri (Çocuklar İçin)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Ergen Polikliniğine başvurmuş olmak

- Cinsel istismar mağduru olmak
- 11-18 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Dâhil olma ölçütleri (Bakım Verenler İçin)

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Okuryazar olmak

Dışlama ölçütleri (Çocuklar ve Bakım Verenler İçin)

- Çocuk ya da bakım verenin anket ve ölçeklerin doldurulmasına engel olacak ciddi zihinsel ya da bedensel problemlerinin olması
- Türkçeyi yeterli seviyede bilmemesi
- Çocukta karşılıklı iletişimi engelleyecek otizm spektrum bozukluğunun olması
- Çocuğun kurum bakımında kalıyor olması

5.3. İşlem

Araştırma hakkında bilgilendirme yapıp onam alınmasının ardından, katılımcıların sosyodemografik bilgi ve vaka formu araştırmacı tarafından katılımcılarla görüşülerek ve adli/takip dosyası aracılığıyla doldurulmuştur. Daha sonrasında çocuk ve ergenlere yönelik tanısal amaçlı bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) hem çocuklar hem de bakım verenler ile görüşülerek tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlere Çocuk ve Ergen Dayanıklılık Formu, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri, Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği uygulanmıştır. Bakım verenlere ise Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

5.4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Vaka Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, cinsel istismarın niteliğini ve istismarcının özelliklerini değerlendirmek için kullanılan bir veri formu olup çocuk ve ebeveyn ile ilişkili sosyodemografik veriler ebeveynlerle görüşülerek doldurulmuştur. Mevcut formdaki cinsel istismarla ilişkili özellikler ise görüşmeci tarafından hastanın takip veya adli dosyasından doldurulmuştur.

5.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Çocuk ve ergenlerin psikopatolojilerini belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Chambers ve arkadaşlarının (1985) oluşturduğu Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre Kaufman ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir (7, 135). Daha sonra DSM-V tanı kriterlerine uygun şekilde güncellenmiş ve güncellenen son versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (136).

Görüşme çizelgesi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik verileri, yakınmaları, gelişim öyküsü gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki belirtileri değerlendiren tarama soruları yer alır. Tarama soruları sonrasında saptanan pozitif belirtiler için o psikopatolojiyi daha detaylı değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanır. Son bölümde çocuğun işlevselliğini tespit etmek amacıyla genel değerlendirme yapılır. Alınan bilgiler ve klinik gözlem sonucunda DSM-5 tanılarını doğrulamak için puanlama yapılır.

5.4.3. Bakım Verenlere Verilecek Ölçekler:

5.4.3.1. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin; kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31), gelecek algısı (2, 8, 14, 20), yapısal stil (3, 9, 15, 21), sosyal yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29), aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32) ve sosyal kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) şeklinde altı boyutu ve toplam 33 maddesi vardır. Maddelerin beşli likert tipi bir cevaplama sistemi vardır. Puanlama yapılırken bazı sorular (1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33) ters olarak değerlendirilir.

Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır. Değerlendirmede puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılık artmakta, puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılık azalmaktadır (125). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Basım ve Çetin tarafından Türkçeye uyarlanmış. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış, alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 arasında ve test-tekrar test güvenirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği bulunmuştur (137).

5.4.3.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği-AHÇYTÖ (Parental Attitude Research Instrument-PARI)

Ölçek 1958 yılında Schaefer and Bell tarafından geliştirilmiştir. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını inceleyen bu ölçek 60 madde içerir ve maddelerin dördümlük likert tipi bir cevaplama sistemi vardır (138). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, Le Compte ve Özer (1978) tarafından yapılmıştır (139). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.91'dir.

Ölçeğin aile tutumlarını değerlendirmesi 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm (aşırı annelik); kontrol, anksiyete ve zorlu ebeveynlik tutumları, ikinci bölüm (demokratik tutum ve eşitlik tanıma); destekleyici ve paylaşımcı ilişkiye teşvik eden tutumlar, üçüncü bölüm (ev kadınlığını reddetme); çocukları ile ilişkide sinirli, stresli ve sıkıntılı anne tutumları, dördüncü bölüm (karı-koca geçimsizliği); çocuk yetiştirmede ebeveynler arası uyumsuzluk, beşinci bölüm (otoriter tutum) ise; aşırı cezalandırıcı ve katı ebeveyn tutumları üzerinedir. Ölçekte toplam puan değerlendirmesi yapılmayıp, 5 bölümün puanları ayrı ayrı değerlendirilir. "Demokratik tutum ve eşitlik tanıma" dışındaki tüm bölümlerdeki puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarının artması ile ilgilidir. Bahsedilen bölümlerden alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64'tür (140).

5.4.3.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilen, 53 maddeden oluşan bir belirti tarama ölçeğidir (141). KSE, 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi (SCL-90)'nin kısaltılmış versiyonudur. KSE'nin Türkiye uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmış olup anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçektir ve maddeleri 0-4 arasında puanlanır. Her alt boyut için madde puanları toplanır ve belirlenen toplam, o alt boyuttaki madde sayısına bölüldüğünde o boyut için bir puan elde edilmiş olur. Her bir alt boyut puanı ve genel puanın yükselmesi psikolojik belirti seviyesinin yüksek olduğunu gösterir (142).

Ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları üç ayrı çalışmada 0.96 ve 0.95, alt boyut için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında bulunmuştur (143).

5.4.4. Çocuk ve Ergenlere Verilecek Ölçekler

5.4.4.1. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)

Çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık (sağlamlık) seviyesi ile ilgili bilgi veren bir ölçektir. Orijinal form 28 madde, üç alt ölçek ve sekiz alt boyuttan oluşur. Liebenberg, Ungar ve Van de Vijver tarafından on bir farklı ülkeden toplanan veriler sonucunda 2012 yılında geliştirilmiştir (144). 2013 yılında Liebenberg, Ungar ve LeBlanc tarafından iki farklı çalışma sonucunda 12 maddeden oluşan beşli likert yapıdaki bu kısa ölçek elde edilmiştir (145). Ölçekten en az 12, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması psikolojik dayanıklılık (sağlamlık) seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği Arslan (2015) tarafından yapılmıştır (146). Ölçeğin madde faktör yüklerinin 0.54 ile 0.81 arasında değiştiği görülmüş, iç tutarlık katsayısı 0.91 olarak tespit edilmiştir (147). Ölçeğin Arapça versiyonu Panter-Brick, Hadfield ve diğerleri (2017) tarafından Ürdün ve Suriyeli 11-18 yaş aralığındaki 603 öğrenciye uygulanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (148).

5.4.4.2. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE, Junior Temperament and Character Inventory-Revised, J-TCI-R)

Cloninger kendi geliştirdiği kişilik kuramını temel alan, mizaç ve karakter alt boyutlarını içeren 240 maddelik bir ölçek geliştirmiştir (128). Geliştirilen bu ölçek yetişkin ve geç ergenlik dönemindeki kişiler için uygundur. Bu nedenle Luby ve arkadaşları (1999) küçük çocuk ve ergenler için bu ölçeğin yeni bir versiyonu olan Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (J-TCI-R)'ni geliştirmiştir (149).

Çocuklar ve ergenlerin mizaç ve karakter özelliklerini değerlendiren bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması Köse ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmış çocuk ve ergenlerin mizaç ve karakter özelliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir (150). J-TCI-R 125 soru ve 6 alt boyuttan oluşur, beşli likert tipindedir. Alt boyutların dört tanesi mizaç ve iki tanesi karakter boyutudur. Mizaç alt boyutları yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme iken karakter alt boyutları kendini yönetme ve iş birliği yapmadır.

J-TCI-R'nin alt boyutlarının Cronbach alfa değeri 0.60 ve 0.75 arasında değişmektedir. Test-tekrar test korelasyonu yenilik arayışı için 0.60, zarardan kaçınma için 0.58, ödül bağımlılığı için 0.58, sebat etme için 0.64, kendini yönetme için 0.72 ve iş birliği yapma için 0.67 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Chronbach alfa değeri 0.64 olarak tespit edilmiş olup Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucu elde edilmiştir (150).

5.4.4.3. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (Regulation of Emotions Questionnaire, EİDDÖ)

Phillips ve Power (2007) tarafından geliştirilmiştir (151). 19 madde içeren beşli likert tipinde bir değerlendirme ölçeğidir. EİDDÖ ergenlerin, duygularını dengelemek için içsel veya dışsal (kişilerarası) kaynakları ne boyutta kullandığını ve kullanılan bu stratejilerin fonksiyonel olup olmadığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. En fazla puan alan alt boyut, ergenin en çok kullandığı duygu düzenleme yöntemi olduğu kabul edilmektedir

Ölçeğin, içsel-işlevsel, içsel-işlevsel olmayan, dışsal-işlevsel, dışsal-işlevsel olmayan şeklinde dört alt ölçeği bulunur. Alt ölçekler iç tutarlık açısından incelendiğinde; Cronbach Alfa değerleri.66 ile.76 aralığında bulunmuştur. Duy ve Yıldız (2014) tarafından ölçeğin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayıları dört alt boyut için; dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu.76, içsel işlevsel olmayan alt boyutu.68, içsel işlevsel alt boyutu.74 ve dışsal işlevsel alt boyutu.59 olarak tespit edilmiştir. Yine test tekrar test güvenilirliği dört alt boyut için; dışsal işlevsel olmayan alt boyutu.70, içsel işlevsel olmayan alt boyutu.56, içsel işlevsel alt boyutu.51 ve dışsal işlevsel alt boyutu.52 olarak hesaplanmıştır (152).

5.4.5. Verilerin Analizi

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 27.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sayısal veriler ise ortalama±standart sapma ve ortanca minimum-maximum kullanılarak gösterilmiştir.

İki sayısal değişken arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

Çalışmaya 11-18 yaş arası, 56 cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenleri dahil edilmiştir.

6.1.1. Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması $13,98 \pm 1,90$, eğitim yıl ortalaması 8 ± 1 olarak bulunmuştur (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Çocuk ve Ergenlerin Yaş ve Sınıf Ortalamaları

	N	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (Min-Max)
Yaş (Yıl)	56	$13,98 \pm 1,90$	14 (11-17)
Eğitim yılı	55*	8 ± 1	9 (5-12)

*Olgulardan 1 tanesi 8. Sınıf mezunu olup liseye devam etmemiştir.

Katılımcıların 46'sı (%82,1) kız, 10'u (%17,9) erkek çocuktan oluşmaktadır. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin 8'i (%10,7) sigarayı, 1'i (%1,8) sigara ve esrar veya eroini, 1'i (%1,8) sigara, alkol ve esrar veya eroini düzenli olarak kullandığını belirtmiştir. Mağdurların başvurma şekilleri, 28'i (%50,0) kendisi, 3'ü (%5,4) okul, 5'i (%8,9) konsültasyon, 20'si (%35,7) adli makam aracılığı ile olmuştur (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Çocuk ve Ergenlerin Cinsiyet, Sigara - Madde Kullanımı ve Başvuru Şekillerinin Dağılımı

Özellikler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kız	46	82,1
	Erkek	10	17,9
Sigara ve Madde Kullanımı	Yok	48	85,7
	Sigara	8	10,7
	Sigara+Esrar/Eroin	1	1,8
	Sigara+Alkol+Esrar/Eroin	1	1,8
Başvuru Şekli	Kendileri	28	50,0
	Adli Makam	20	35,7
	Konsultasyon	5	8,9
	Okul	3	5,4

6.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler

Hastaların annelerinin yaş ortalaması $40,43 \pm 6,13$, babalarının yaş ortalaması $45,46 \pm 6,51$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.3).

Tablo 6.3. Anne ve Babaların Yaş Ortalamaları

	n	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (Min-Max)
Anne Yaşı (Yıl)	55	$40,43 \pm 6,13$	41 (30-57)
Baba Yaşı (Yıl)	54	$45,46 \pm 6,51$	46 (34-64)

Katılımcıların ailelerinin 30'u (%53,6) çekirdek, 7'si (%12,5) geniş, 19'u (%33,9) dağılmış aile tipinde olduğu görülmüştür. Hastaların 37'sinin (%66,1) anne babası birlikte, 16'sının (%28,5) anne babası boşanmış, 1'inin (%1,8) annesi vefat etmiş, 2'sinin (%3,6) babası vefat etmiş olduğu belirlenmiştir. Hastaların 19'unun (%33,9) annesi ilköğretim, 18'inin (%32,1) babası lise mezunu olduğu görülmüştür. Annelerin 17'si (%30,3), babaların 53'ünün

(%94,6) mevcut bir işi vardır. Annelerin 12'sinde (%21,4), babaların 5'inde (%9,0) psikiyatrist tarafından tanısı konulan ruhsal bir hastalığı vardır (Tablo 6.4).

Tablo 6.4. Ailesel Özellikler

Özellikler	Kategori	n	%
Aile Yapısı	Çekirdek	30	53,6
	Geniş	7	12,5
	Dağılmış	19	33,9
Anne-Baba Birlikteliği	Birlikte	37	66,1
	Boşanmış	16	28,5
	Anne Vefat	1	1,8
	Baba Vefat	2	3,6
Annenin Eğitimi (n=55)	Okur Yazar	4	7,1
	İlkokul Mezunu	19	33,9
	Ortaokul Mezunu	13	23,2
	Lise Mezunu	10	17,9
	Üniversite Mezunu	8	14,3
	Yüksek Lisans Mezunu	1	1,8
	Okur Yazar	1	1,8
Babanın Eğitimi (n=54)	İlkokul Mezunu	14	25,0
	Ortaokul Mezunu	10	17,9
	Lise Mezunu	18	32,1
	Üniversite Mezunu	9	16,1
	Yüksek Lisans Mezunu	2	3,6
Annenin Çalışma Durumu (n=55)	Çalışmıyor	38	67,9
	Çalışıyor	17	30,3
Babanın Çalışma Durumu (n=54)	Çalışmıyor	1	1,8
	Çalışıyor	53	94,6
Annede Ruhsal Hastalık (n=55)	Yok	43	76,8
	Var	12	21,4
Babada Ruhsal Hastalık (n=54)	Yok	49	87,4
	Var	5	9,0

6.2. Cinsel İstismara İlişkin Özellikler

Mağdurların olay anındaki yaş ortalamaları $11,28 \pm 2,88$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.5).

Tablo 6.5. Çocuk ve Ergenlerin Olay Anındaki Yaş Ortalamaları

	n	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (Min-Max)
Yaşı (Yıl)	56	$11,28 \pm 2,88$	12 (5-17)

Mağdurların 41'i (%73,2)'si cinsel dokunma, 13'ü (%23,2)'si penetrasyon (genital, oral, anal), %1,8'i sözlü istismar ve teşhircilik, %1,8'i sanal yol aracılığı ile cinsel istismara uğramıştır. İstismarcıların 12'sinin (% 21,4) aile içinden (sıklık sırasına göre: baba, abi, üvey baba, üvey abi), 13'ünün (%23,2) akraba, 23'ünün (% 41,1) tanıdığı kişi, 8'inin (%14,3) tanımadığı kişi olduğu saptanmıştır. İstismarların 15'i (%26,8) istismarcının evinde, 15'i (%26,8) park ve benzeri açık alanda gerçekleşmiştir. Mağdurların 30'unda (%53,6) istismar tekrarlanmamışken, 13'ünde (%23,2) istismar 7 veya daha fazla kez tekrarlanmıştır. Vakaların 7'sinde (%12,5) birden fazla istismarcı mevcuttur. İstismar olaylarının 17'sinde (%30,4) eşlik eden bir durum yokken, 16'sında (%28,6) zor kullanma, 12'sinde (%21,4) tehdit eşlik etmiştir (Tablo 6.6).

Tablo 6.6. İstismara İlişkin Özellikler

Özellikler	Kategori	N	%
İstismar Şekli	Cinsel Dokunma	41	73,2
	Genital Penetrasyon	6	10,7
	Anal Penetrasyon	5	8,9
	Oral Penetrasyon	1	1,8
	Genital ve Anal Penetrasyon	1	1,8
	Sözlü İstismar ve Teşhircilik	1	1,8
	Sanal Yolla İstismar	1	1,8
İstismarcının Yakınlığı	Aile İçinden Kişi	12	21,4
	Akraba	13	23,2
	Tanıdığı Kişi	23	41,1
	Tanımadığı Kişi	8	14,3
İstismarın Yeri	İstismarcının Evi	15	26,8
	Park vb Açık Alan	15	26,8
	İstismarcı ve Mağdur Aynı Evde Yaşıyor	9	16,1
	Mağdurun Evi	8	14,3
	Okul	6	10,7
	Başka Birinin Evi	2	3,6
	Sosyal Medya	1	1,8
İstismarın Tekrarı	Yok	30	53,6
	1-3 Kez	10	17,9
	4-6 Kez	3	5,4
	7 ve Üstü	13	23,2
Birden Fazla İstismarcı	Yok	49	87,5
	Var	7	12,5
İstismara Eşlik Eden Durum	Yok	17	30,4
	Zor Kullanma	16	28,6
	Tehdit	12	21,4
	Vaatte Bulunma	6	10,7
	Alıkoyma	5	8,9
İstismar Sonrası Gebelik	Yok	56	100,0
	Var	0	0,0

İstismar sonrası çocuğun ve ailenin davranışına ilişkin bilgiler Tablo 76.'de sunulmuştur.

Çocukların 26'sı (%46,4) istismar sonrası olayı gizlediğini, 23'ü (%41,1) aileden yardım istediğini belirtmiştir. Ailelerden 31'i (%55,4) olaydan sonra adli yardım ararken, 11'i (%19,6) suçlu veya ailesiyle direkt görüşmüştür. Ailelerin olay sonrası çocuklara yaklaşımına bakıldığında ise 31'inin (%55,4) destekleyici-koruyucu, 11'inin (%19,6) aldırma-umursamaz, 8'i (%14,3) suçlayıcı olduğu görülmüştür (Tablo 6.7).

Tablo 6.7. İstismar Sonrası Çocuğun ve Ailenin Davranışı

Özellikler	Kategori	n	%
Çocuğun İstismar Sonrası Davranışı	Gizleme	26	46,4
	Aileden Yardım İsteme	23	41,1
	Arkadaştan Yardım İsteme	4	7,1
	Eğitim Kurumundan Yardım İsteme	3	5,4
Ailenin İstismara Yaklaşımı	Adli Yardım Arama	31	55,4
	Suçlu ve/veya Ailesi ile Direkt Görüşme	11	19,6
	Gizleme	9	16,1
	Hukuk Dışı Uygulamalar	5	8,9
Ailenin Çocuğa Yaklaşımı	Destekleyici-Koruyucu	31	55,4
	Aldırma-Umursamaz	11	19,6
	Suçlayıcı	8	14,3
	Baskılayıcı-Sınırlayıcı	4	7,1
	Diğer	2	3,6

6.3. Çocuk ve Ergenlerin Klinik Değerlendirmelerine İlişkin Veriler

Olguların 29'unda (%51,8) en az bir aktif psikopatoloji saptanmıştır (nörogelişimsel bozuklukluğu olan hastalar bu bölüme dahil edilmemiştir). Hastaların 20'sinde (%36,0) depresyon, 11'inde (%19,8) travma sonrası stres bozukluğu, 6'sında (%10,8) anksiyete bozukluğu saptanmıştır (Tablo 6.8).

Tablo 6.8. Çocuk ve Ergenlerin Aktif Psikopatolojilerine İlişkin Veriler

Özellikler	Kategori	n	%
Psikopatoloji*	Yok	27	48,2
	Var	29	51,8
Psikopatolojisi Olan Hastaların Dağılımı (n=29)**	Depresyon	20	35,7
	Travma sonrası Stres Bozukluğu	11	19,6
	Anksiyete Bozukluğu	6	10,7
	Davranım Bozukluğu	3	5,4
	Dürtü Denetim Bozukluğu	2	3,6
	Borderline Kişilik Bozukluğu	2	3,6
	Cinsel Kimlik Hoşnutsuzluğu	2	3,6
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	3,6
	Madde Kullanım Bozukluğu	2	3,6
	Uyum Bozukluğu	1	1,8

* Nörogelişimsel bozukluklar hariç tutulmuştur.

** Birden fazla tanısı olan hastalar vardır.

Çocuk ve ergenlerin 23'ünde (%41,1) nörogelişimsel bozukluk saptanmıştır. Bu hastaların 15'inde (%26,8) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 8'inde (%14,3) özgün öğrenme güçlüğü tespit edilmiştir (Tablo 6.9).

Tablo 6.9. Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Hastalar (n=23)

	N	%
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	15	26,8
Özgül Öğrenme Güçlüğü	8	14,3

Olguların 35'ine (%62,5) ilaç tedavisi önerilmiştir (Tablo 6.10).

Tablo 6.10. İlaç Tedavisi Önerilme Durumu

Özellik	Kategori	n	%
İlaç Tedavisi*	Önerilmedi	21	37,5
	Önerildi	35	62,5

* Nörogelişimsel bozuklukların tedavisi hariç tutulmuştur.

6.4. Çocuk ve Ergenlerdeki Aktif Psikopatoloji Varlığı ile Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin İlişkisi

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile (nörogelişimsel bozuklukluğu olan hastalar bu bölüme dahil edilmemiştir) ile Yetişkin Dayanıklılık Ölçeği (YDÖ)'nin toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 6.11).

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile YDÖ Kendilik Algısı alt boyut puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile YDÖ Gelecek Algısı alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile YDÖ Yapısal Stil alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile YDÖ Sosyal Yeterlilik alt boyut puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile YDÖ Sosyal Kaynaklar alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile YDÖ toplam puanı arasında düşük orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.11. Çocuk ve Ergenlerdeki Aktif Psikopatoloji Varlığı ile YDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki

		Kendilik Algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumu	Sosyal Kaynakla r	YDÖ Toplam
Psikopatoloji	r	-0,283	-0,303	-0,412	-0,299	-0,187	-0,321	-0,393
	p	0,035*	0,023*	0,002**	0,025*	0,168	0,016*	0,003**

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.5. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin İlişkisi

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) puanı ile Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin (YDÖ) Kendilik Algısı alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile YDÖ Gelecek Algısı alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile YDÖ Yapısal Stil alt boyut puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile YDÖ Aile Uyumunu alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile YDÖ Sosyal Kaynaklar alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile YDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.12. ÇGPSÖ Toplam Puanı ile YDÖ Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki İlişki

		Kendilik Algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumunu	Sosyal Kaynaklar	Toplam
ÇGPSÖ	r	0,324	0,379	0,298	0,235	0,331	0,319	0,416
Toplam	p	0,015*	0,004**	0,026*	0,082	0,013*	0,016*	0,001**

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.6. Çocuk ve Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Duygu Düzenleme Ölçeğinin İlişkisi

Çocuk ve Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) puanı ile Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeğinin (EİDDÖ) İçsel İşlevsel alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile EİDDÖ İçsel İşlevsel Olmayan alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile EİDDÖ Dışsal İşlevsel alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile EİDDÖ Dışsal İşlevsel Olmayan alt boyut puanı arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.13. ÇGPSÖ Toplam Puanı ile EİDDÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		İçsel İşlevsel	İçsel İşlevsel Olmayan	Dışsal İşlevsel	Dışsal İşlevsel Olmayan
ÇGPSÖ	r	0,424	-0,548	0,334	-0,292
Toplam	p	0,001**	<0,001**	0,012*	0,029*

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.7. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanterinin İlişkisi

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) puanı ile Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanterinin (ÇMKE) Ödül Bağımlılığı alt boyut puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile ÇMKE Sebat Etme alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile ÇMKE Kendini Yönetme alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.14. ÇGPSÖ Toplam Puanı ile ÇMKE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Yenilik	Zarardan	Ödül	Sebat	Kendini	İşbirliği
		Arayışı	Kaçınma	Bağımlılığı	Etme	Yönetme	Yapma
ÇGPSÖ	r	-0,237	0,005	0,274	0,362	0,484	0,256
Toplam	p	0,079	0,971	0,041*	0,006**	<0,001**	0,057

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.8. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Psikopatoloji ve Sigara-Madde Kullanımı Arasındaki İlişki

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) toplam puanı ile çocuk ve ergenlerin psikopatoloji varlığı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.15. ÇGPSÖ Puanı ile Psikopatoloji ve Sigara-Madde Kullanımı Puanları Arasındaki İlişki

		Psikopatoloji	Sigara Madde Kullanımı
ÇGPSÖ	r	-0,564	-0,144
Toplam	p	<0,001**	0,290

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.9. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Arasındaki İlişki

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğinin (PARİ) Demokratik alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.16. ÇGPSÖ Puanı ile PARİ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Aşırı Annelik	DemokratikTutum ve Eşitlik Tanıma	Ev Kadınlığını Reddetme	Karı Koca Geçimsizliği	Otoriter Tutum
ÇGPSÖ Puanı	r	-0,034	0,406	-0,135	-0,020	-0,148
	p	0,806	0,002**	0,320	0,885	0,275

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.10. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Bakım Verenlerin Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişki

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) puanı ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) Anksiyete alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile KSE Depresyon alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile KSE Olumsuz Benlik alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile KSE Somatizasyon alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÇGPSÖ puanı ile KSE Hostilite alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.17. ÇGPSÖ Puanı ile KSE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite
ÇGPSÖ Puanı	r	-0,382	-0,447	-0,359	-0,454	-0,338
	p	0,004**	0,001**	0,007**	<0,001**	0,011*

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.11. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Duygu Düzenleme Ölçeği Arasındaki İlişki

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile EİDDÖ İçsel İşlevsel alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile EİDDÖ İçsel İşlevsel Olmayan alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile EİDDÖ Dışsal İşlevsel Olmayan alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.18. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile EİDDÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		İçsel İşlevsel	İçsel İşlevsel Olmayan	Dışsal İşlevsel	Dışsal İşlevsel Olmayan
Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı	r	-0,371	0,509	-0,172	0,305
	p	0,005**	<0,001**	0,204	0,022*

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.12. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri Arasındaki İlişki

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE) Kendini Yönetme alt boyut puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.19. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile ÇMKE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Yenilik Arayışı	Zarardan Kaçınma	Ödül Bağımlılığı	Sebat Etme	Kendini Yönetme	İşbirliği Yapma
Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı	r	0,226	0,098	-0,091	-0,241	-0,360	-0,100
	p	0,094	0,475	0,505	0,073	0,006**	0,465

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.13. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Arasındaki İlişki

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu (PARİ) ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 6.20. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile PARİ Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Aşırı Annelik	Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	Ev Kadınlığını Reddetme	Karı Koca Geçimsizliği	Otoriter Tutum
Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı	r	-0,044	-0,101	0,160	-0,004	-0,092
	p	0,746	0,459	0,240	0,974	0,501

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

6.14. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile Bakım Verenlerin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Arasındaki İlişki

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) Anksiyete alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile KSE Depresyon alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile KSE Olumsuz Benlik alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile KSE Somatizasyon alt boyut puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile KSE Hostilite alt boyut puanı arasında düşük orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 6.21. Çocuk ve Ergenlerdeki Psikopatoloji Varlığı ile KSE Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite
Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı	r	0,408	0,506	0,319	0,403	0,322
	p	0,002**	<0,001**	0,016*	0,002**	0,016*

Spearman Korelasyon Analizi

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

7. TARTIŞMA

7.1. Sosyodemografik Bulguların Tartışması

7.1.1. Çocuk ve Ergenlere ilişkin Sosyodemografik Bulguların Tartışması

Çalışmamızdaki cinsel istismar mağduru çocukların %82,1'i kız, %17,9'u erkeklerden oluşmaktadır. Ülkemizde 2016 yılında bir çocuk izlem merkezinde yapılan bir çalışmada merkeze cinsel istismar ile başvuran çocukların %84'ünün kız, %16'sının erkek çocuğu olduğu saptanmıştır (153). Literatür incelendiğinde diğer çalışmaların sonucunun bu çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Çalışmamız erkek çocuklarına kıyasla kız çocuklarının daha fazla cinsel istismara mağruz kaldığı bilgisini desteklemektedir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda erkek çocuklarında da cinsel istismarın fazla olduğuna dikkat çekilmektedir (154).

Örnekleme çocuk ve ergenlerin %98,2'sinin örgün eğitime devam ettiği %1,8'inin ortaokul mezunu olup okula devam etmediği görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre cinsel istismar sonrası çocukların %18,3'ünün okulu bıraktığı, başka bir çalışmaya göre ise %18'inin okula devam etmediği belirlenmiştir (154, 155). Literatür ile mevcut çalışma verilerinin uyumlu bulunmamasının yaşanan yerin sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların %15'inin düzenli şekilde sigara kullandığı, %3,6'sının ise düzenli şekilde sigara ve alkol-madde kullanımının olduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismar sonrası sigara, alkol ve madde kullanım miktarının arttığı bilinmektedir (61, 62). Ülkemizde cinsel istismar mağduru çocukları değerlendiren başka bir çalışmada sigara içme oranı %25, alkol madde kullanım oranı ise %8 olarak bulunmuştur (156). Çalışmamızın sigara ve alkol-madde kullanım oranı diğer çalışmalara göre düşük saptanmıştır. Bunun sebebinin çalışmamızda olgu sayısının kısıtlılığı olabileceği düşünülmüştür.

7.1.2. Aileye ilişkin Sosyo-Demografik Bulguların Tartışması

Mevcut örnekleme annelerinin yaş ortalaması 40,4, babalarının yaş ortalaması 45,5 olarak bulunmuştur. Literatürde cinsel istismar mağduru çocukların anne ve babalarının yaş dağılımının cinsel istismara etkisi ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Ülkemizde yakın zamanda bu konu üzerine yapılan bir çalışmada çocukların annelerinin yaş ortalaması 38,5, babaların yaş ortalaması ise 42,4 olarak bulunmuştur (157). Çalışmamızdaki ebeveynlerin yaş ortalaması ile ilgili bulguların, bu çalışma ile benzer olduğu görülmüştür.

Ebeveyn eğitim düzeyleri incelendiğinde ortaokul mezunu ve altı olan annelerin oranı %63,2, babaların ise %44,7 olarak bulunmuştur. Diğer literatür verileri ile benzer bulguları olan bir çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocukların; eğitim düzeyi ortaokul mezunu ve altı olan annelerinin oranı %88,2 iken babalarının oranı %82 olarak bulunmuştur (157). Ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi ile cinsel istismarı ilişkili bulan çalışmalar olduğu gibi, cinsel istismar ile herhangi bir sosyodemografik faktör arasında net bir ilişki olmadığına yönelik yayınlar da mevcuttur (158, 159). Çoğunluğu oluşturan literatür verileri ile kıyaslandığında, çalışmamızdaki anne ve babaların eğitim seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Buna çalışmaya dahil edilen olguların yaşadığı yerin sosyo-kültürel özelliklerinin sebep olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda annelerin %21,4'ünün babaların ise %9'unun psikiyatrist tarafından konulmuş bir ruhsal hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Ülkemizde cinsel istismar mağduru çocuklarda yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık tanısı olan annelerin oranı %36,2, babaların ise %3,4 olarak bulunmuştur (156). Sonuçlar bu çalışma ile benzer bulunmuştur. Örneklemimizdeki anne ve babaların psikopatoloji oranlarının daha yüksek oranda olabileceği ancak psikiyatri başvurularının olmadığı tahmin edilmektedir.

Mevcut örnekleme annelerin %30,4'ünün; babaların ise %94,6'sının çalıştığı tespit edilmiştir. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile ilgili yapılan başka bir çalışmada annelerin %80,8'inin ev hanımı olduğu; babaların ise %2,8'inin işsiz olduğu bildirilmiştir (157). Çalışmamızın ülkemizdeki diğer literatür verileri ile benzer dağılım gösterdiği söylenebilir.

Cinsel istismar mağduru olguların %33,9'unun aile yapısının dağılmış aile olduğu (ebeveyn boşanması veya ebeveyn kaybı sebebiyle) ve %28,5'inin ebeveynlerinin boşanmış olduğu mevcut çalışmada saptanmıştır. Yapılan çalışmalar ebeveynlerin boşanmış olması, bir ya da iki ebeveynin olmamasının cinsel istismar açısından önemli bir risk faktörü olduğunu bildirilmiştir (160, 161). Avrupa Birliği'ne üye olan ülkelerde yapılan geniş çaplı bir araştırmaya göre 2019 yılındaki boşanma oranının %0,18; ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine bakıldığında 2020 yılı içindeki boşanma oranının %0,162 olduğu tespit

edilmiştir (162, 163). Örneklemimizdeki ebeveyn boşanma oranının genel popülasyona oranla yüksek saptanması literatürle uyumlu görünmektedir.

7.2. Cinsel İstismara İlişkin Bulguların Tartışması

Çocuk ve ergenlerin cinsel istismara uğrama yaşlarının ortalaması $11,28 \pm 2,88$ olarak bulunmuştur. Literatürde çocukların cinsel istismara uğrama yaşını inceleyen çalışmaların sonuçlarında farklılıklar görülse de genel olarak ortalamanın 8-11 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir (164). Çalışmamıza dahil edilen örneklemin 11-18 yaş arasındaki çocuklardan oluşmasının çalışmamızda yaş ortalamasının daha fazla çıkmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki mağdurların %73,2'si cinsel dokunma, %23,2'si penetrasyon (genital, oral, anal), %1,8'i sözlü istismar ve teşhircilik, %1,8'i sanal yol aracılığı ile cinsel istismara uğramıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada en sık saptanan cinsel istismar tipinin cinsel dokunma ve cinsel penetrasyon olduğu bulunmuştur (165). Çocukların maruz kaldığı cinsel istismar türlerinin incelendiği başka bir çalışmada ilk sırada cinsel dokunmanın, ikinci sırada penetrasyonun olduğu sonucuna varılmıştır (166). Cinsel istismar mağduru olguların %41,5'inin penetrasyon; %35,5'inin dokunma, okşama, öpme yoluyla cinsel istismara maruz kaldığını belirtilen çalışmalar da vardır (157). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında çocuğun cinsel istismarında görülen istismar şekli olarak penetrasyonun en sık olduğunu belirtenler olduğu gibi, cinsel dokunmanın en sık olduğunu belirtenler de vardır. Ancak çocuğa zarar vermeyeceği veya çocuğun durumu yanlış anlamış olabileceği gibi yanlış algılar nedeniyle adli makamlara cinsel dokunma bildiriminin daha az yapılmış olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut örnekleme istismarcıların çocuk ve ergenlere yakınlığına bakıldığında %21,4'ünün aile içinden (sıklık sırasına göre: baba, abi, üvey baba, üvey abi), %23,2'ünün akraba, %41,1'inin tanıdığı kişi, %14,3'ünün tanımadığı kişi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada istismarcıların %73,5'ü çocuğun tanıdığı biri ve %31,1'i aile içinden biri olduğu tespit edilmiştir (167). Aynı konu üzerinde yapılan bir çalışmada istismarcıların %66'sının çocuğun tanıdığı bir kişi, %18'inin akraba ve %16'sının yabancı biri olduğu belirlenmiştir (168). Cinsel istismarın genellikle çocuğun tanıdığı ve güvendiği bir kişi tarafından gerçekleştirildiğini belirten literatür verileri ile çalışmamızın sonucu uyumlu bulunmuştur.

7.3. Psikiyatrik Bozukluklar

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerin %51,8’inde aktif psikopatoloji olduğu tespit edilmiştir. Bu hesaplama nörögelişimsel bozukluklar dahil edilmemiş olup ayrıca incelenecektir. İncelediğimiz olgularda en sık tespit ettiğimiz üç tanı major depresif bozukluk (%36), travma sonrası stres bozukluğu (%19,8) ve anksiyete bozukluğu (%10,8)’dur. Literatürde istismardan önce mağdurların en sık aldığı tanıların zihinsel yetersizlik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve major depresif bozukluk iken; istismardan sonra aldığı en sık tanıların travma sonrası stres bozukluğu, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve uyum bozukluğu olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (48, 169). Ülkemizde yapılan bir çalışmada cinsel istismardan sonra en sık görülen ruhsal bozukluğun travma sonrası stres bozukluğu (%36,9) olduğu belirtilmiştir (166). Aynı konu üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise en sık travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve major depresif bozukluk tanılarının konulduğu belirtilmiştir (170). En sık olarak akut stres bozukluğu (%37,6), major depresif bozukluk (%27,1), davranım bozukluğu (%22,4) ve travma sonrası stres bozukluğu (%12,9) olduğunu belirten çalışmalar da vardır (171). Literatür incelendiğinde, oranlar farklı olsa da cinsel istismar sonrası çocuklara konulan tanılarda travma sonrası stres bozukluğu ve major depresif bozukluk üzerinde durulduğu dikkat çekmiştir. Çalışmamızda travma sonrası stres bozukluğu tanısının depresyona oranla daha düşük olmasının, olguların çalışmanın yapıldığı dönemdeki mevcut psikopatolojisinin değerlendirilmeye dahil edilip daha önceden tedavisi tamamlanan psikopatolojilerin gözardı edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Örneklemimizdeki olguların %26,8’inde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %14,8’inde özgül öğrenme güçlüğü saptanmıştır. Türkiye’de normal popülasyonda yapılan en geniş epidemiyoloji çalışmasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu oranı çocuklarda %12,4 olarak bulunmuştur (172). Genel örnekleme kıyasla cinsel istismar örnekleminde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının daha yüksek oranda olduğu bilinmektedir. Geniş bir örnekleme yapılan bir çalışmaya göre çocukluk çağında cinsel istismara uğramak ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı ilişkili bulunmuştur (173). Bu duruma bazı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin istismardan kaynaklanan belirtilerle benzerlik göstermesi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun istismar riskini arttırması yönündeki iki yönlü ilişkinin neden olabileceği düşünülmektedir (174). Cinsel istismara uğramış çocuklarda yapılan bir çalışmada, normal popülasyona kıyasla bu olgularda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı oranının iki katına çıktığı bulunmuştur (175). Yapılan

çalışmalarda cinsel istismar mağduru çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun görölme oranlarının %14 ile %46 arasında değiştiği saptanmıştır (175, 176). Çalışmamızın verileri bu literatür verileri ile uyumlu bulunmuştur.

7.4. Hipotezlerimize İlişkin Tartışmalar

7.4.1. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Seviyesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çocuk ve ergenlerin en az bir ruhsal bozukluğa (nörogelişimsel bozukluklar harici) sahip olması ile bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık toplam ve alt boyut (kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar) puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre bakım verenlerin dayanıklı olmasının, çocuk ve ergenlerin cinsel istismar sonrası gelişebilecek ruhsal hastalıklardan korunması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Mevcut veriler hipotezimizi desteklemektedir.

Çocuk cinsel istismarı, çocuklukta ve yetişkinlikte devam eden çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Bu kişiler için yaşam boyu görölün psikopatoloji insidansı kadınlar için %56 ve erkekler için %47 olarak bildirilmektedir (8). Ancak bütün cinsel istismar mağdurlarının gelişimsel ve ruhsal sorunlar göstermediği, üçte biri veya daha fazlasının dirençli olup bu travmanın üstesinden gelerek normal işlevsellik düzeylerini koruduğu bilinmektedir (9, 177).

Çocukların cinsel istismar sonrası gösterdiği uyum, ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşları ve destek düzeyleri ile ilişkilidir (178). Ancak artan kanıtlar, ebeveynlerin çocuklarının cinsel istismara uğradığını öğrenmelerinin ardından önemli kayıp ve travma yaşadığını göstermektedir (18). Travmatik olarak etkilenen bakım verenler, bu travma sonrası bakım verme rolünden istemsiz olarak taviz verebilirler. Bu nedenle bu tür travmatik olaylardan sonra ebeveynlere ruh sağlığı desteği sunmanın önemli olduğu düşünölmektedir (179). Son yıllarda istismar mağduru çocuklarda dayanıklılığı artırma amacıyla uygulanan tedavi süreçlerinde, ebeveynlerin de desteklenmesinin başarılı sonuçlar elde etmek için önemli olduğu vurgulanmaktadır (180, 181). Literatür incelendiğinde cinsel istismara uğrayan çocukların ruhsal hastalıkları, tedavi süreci hakkında bir çok inceleme olmasına rağmen bakım verenlerin ihtiyaçlarına daha az oranda odaklanıldığı görölmüştür (18). Cinsel

istismar mağduru çocuk ve ergenlerin psikopatolojisi ile ebeveyn/bakım verenlerinin dayanıklılık seviyelerini birlikte inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır.

7.4.2. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenler ile Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya dahil ettiğimiz çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık seviyesi ile bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık toplam ve alt boyut (kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, aile uyumu, sosyal kaynaklar) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre bakım verenlerin dayanıklılığının artması, çocuk ve ergenin dayanıklılığının artmasıyla ilişkili bulunmuştur. Mevcut veriler hipotezimizi desteklemektedir.

Bakım verenlerin dayanıklılığı aile düzeyinde koruyucu faktör olarak değerlendirilir ve çocuğun yaşadığı travmanın iyileşmesinde önemli bir faktördür (182). Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan yetişkin kadınlarla yapılan bir çalışmada, dayanıklılığı yordayan faktörler araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, yaşadığı ailenin uyumlu ve istikrarlı bir yapıda olması kişilerin dayanıklılığını arttırdığı görülmüştür (182, 183).

Çocuk ve ergenlerde ihmal ve istismar sonrası dayanıklılığa ilişkin faktörlerin incelendiği çalışmalarda, en az bir tutarlı bakım verene sahip olmanın koruyucu faktörler içinde olduğu ve en belirgin koruyucu etki gösteren faktörlerin aile düzeyinde olduğu saptanmıştır (184). Cinsel istismar mağduru çocuklarda yapılan bir başka çalışmada istismarın keşfedildiği dönemdeki bakım verenin ilk duygusal desteği, çocuk ve ergenlerin dayanıklılık seviyesini yordamıştır. Bu çocuk ve ergenlerin tedavi sürecinde, bakım verenlerinin uygun desteği sağlayabilmesi için gerekli müdahalelerin yapılması gerektiği öne sürülmüştür (182, 185).

Literatür incelendiğinde, cinsel istismara uğramış çocukların ebeveynlerinin dayanıklılığı ile ilgili bir çalışma bulunmuştur. Bahsedilen çalışmada dayanıklılık seviyesi yüksek olan annelerin psikolojik sıkıntı seviyeleri daha düşük; olumlu yeniden değerlendirme, öz-şefkat ile sosyal destek sistemleri daha yüksek bulunmuş ve dayanıklılık seviyesi düşük annelerde bu alanların çalışılması gerektiği düşünülmüştür (5). Literatürde cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin ve ebeveyn/bakım verenlerinin dayanıklılık seviyelerini birlikte inceleyen araştırmaların kısıtlı olduğu görülmüştür.

7.4.3. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Duygu Düzenleme Becerileri ile Dayanıklılık Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerin en çok kullandığı duygu düzenleme yöntemleri ile psikolojik dayanıklılık seviyeleri karşılaştırılmıştır. Olguların dayanıklılık seviyeleri ile duygu düzenlemenin içsel-işlevsel ve dışsal işlevsel alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, içsel-işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olguların dayanıklılığı arttıkça işlevsel duygu düzenleme yöntemlerine daha sık başvurdıkları, azaldıkça da işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemlerine daha sık başvurdıkları bulunmuştur.

Psikolojik dayanıklılık seviyesi yüksek olan kişilerin sorunlarla baş etme becerisi ve sosyal ilişkilerinin gelişmiş olduğu, problemler karşısında olumlu ve çözüm odaklı davranışlar sergileyebildiği belirtilmiştir (130). Ergenlerle yapılan birçok çalışmada dayanıklılık ve duygu düzenleme becerisi arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki olduğu, duygu düzenleme becerilerinin dayanıklılık seviyesini yordadığı saptanmıştır (131-133).

7.4.4. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Kişilik Özellikleri ile Dayanıklılık Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya dahil ettiğimiz çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık seviyeleri ile mizaç alt boyutu olan ödül bağımlılığı, sebat etme ve karakter alt boyutu olan kendini yönetme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olguların psikolojik dayanıklılık seviyeleri ile mizaç alt boyutlarından yenilik arayışı ve zarardan kaçınma ile karakter alt boyutu olan iş birliği yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Mizaç ve karakter ölçeğindeki ‘ödül bağımlılığı’ alt boyut puanı yüksek olan bireylerin duygusal, yardımlaşmayı seven, olumlu kişilerarası geri bildirimleri önemseyen, merhametli bir yapıda; düşük puan alan bireylerin ise bağımsız ve sosyal ödüllere duyarsız olduğu söylenebilir (127, 128). Ödül bağımlılığı yüksek olan kişilerin, psikolojik stres durumlarında daha az dışsallaştırıcı davranışlarda bulunduğu ve sosyal destek sistemleri aracılığıyla dayanıklılıklarının arttığı söylenebilir (186). Mizaç karakter ölçeğindeki ‘sebat etme’ dayanıklılık ile en güçlü pozitif korelasyonu sağlayan alt boyut olup, sebat etme puanı

yüksek olan kişilerin herhangi bir ödül beklentisi olmadan davranışlarına devam ettiği belirtilmiştir (21). Ayrıca bu kişilerin engellenme eşiği yüksek olup kararlı bir yapıda oldukları saptanmıştır (127). Kendini yönetme özelliği yüksek olan bireylerin ise kendi kendine yetebilen özgüveni yüksek bireyler olduğu, hedeflerine uygun davranışlar gösterdiği ifade edilmiştir (127).

Covid-19 karantinası yaşayan çocukların mizaç profilleri ve dayanıklılık seviyelerinin ilişkisini inceleyen bir çalışmada; çocukların dayanıklılığı arttıkça sebat etme ve ödül bağımlılığının arttığı, yenilik arayışının azaldığı saptanmıştır (186). Önceki araştırmalarda da sebatkar mizaç özelliği yüksek dayanıklılık ile ilişkili bulunmuştur (186). Başka bir çalışmaya göre dayanıklılık; mizaç ve karakter alt boyutlarından ödül bağımlılığı, sebatkarlık, kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma ile pozitif yönde, zarardan kaçınma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (22). Çalışmamızın sonuçları literatür ile kısmi benzerlik göstermiştir.

7.4.5. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Dayanıklılık Seviyeleri ile Psikopatolojileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya dahil ettiğimiz çocuk ve ergenlerin en az bir psikopatolojiye (nörogelişimsel bozukluklar harici) sahip olması ile psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Yani elde edilen sonuçlara göre çocuk ve ergenlerin dayanıklılık seviyesinin artması ile ruhsal hastalıklardan korunmasının ilişkili olduğu söylenebilir. Mevcut veriler hipotezimizi desteklemektedir.

Ergenlerde dayanıklılık; major depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur (187, 188).

Alan yazını incelendiğinde istismar mağduru çocukları travmanın olumsuz etkilerinden koruyabilmek için dayanıklılık seviyesinin artırılması gerektiği düşünülmüş ve bu amaçla çeşitli dayanıklılık odaklı müdahaleler geliştirilmiştir (180, 189, 190). Çalışmalar dayanıklılığı artıran bu müdahalelerin, çocuklarda ruhsal semptomları azaltma açısından etkin olduğunu göstermiştir (191, 192). Yapılan müdahaleler çocuktaki ruhsal bozukluklara odaklanmak yerine çocuğun güçlü yanları, ebeveyn desteği ve diğer sosyal ilişkileri güçlendirme yönünde olmuştur (180, 193-195).

7.5. Diğer Bulgular

Mevcut çalışmadaki çocuk ve ergenlerin dayanıklılık seviyeleri ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARİ)'nin Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma alt boyut puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. PARİ'nin Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma boyutu, olumlu ebeveyn tutumunun değerlendirilen tek alt boyuttur. Diğer alt boyutlar (Aşırı Annelik, Ev Kadınlığını Reddetme, Karı Koca Geçimsizliği, Otoriter Tutum) olumsuz ebeveyn tutumunu değerlendirir. Mevcut sonuçlar dayanıklılık gelişiminde bakım verenlerin olumlu tutumunun önemli olduğunu göstermektedir.

Çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılık seviyesi ile bakım verenlerin kısa semptom envanterinin tüm alt boyut (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostile) puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Bakım verendeki ruhsal semptomların artması, çocuk ve ergenin dayanıklılık seviyesinin azalması ile ilişkili bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile duygu düzenlemenin içsel-işlevsel alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki, içsel-işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olgulardaki psikopatoloji varlığı ile duygu düzenlemenin dışsal-işlevsel alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Olgularda, aktif psikopatoloji varlığı ile işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemlerinin kullanılması ilişkili bulunmuştur.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile karakter alt boyutu olan kendini yönetme arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer mizaç ve karakter alt boyutları ile çocuk ve ergenlerin psikopatolojisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji varlığı ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerdeki aktif psikopatoloji varlığı ile bakım verenlerin kısa semptom envanterinin tüm alt boyut (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik,

somatizasyon, hostile) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Bakım verenlerdeki ruhsal semptomların artması, çocuk ve ergendeki aktif psikopatoloji varlığı ile ilişkili bulunmuştur

7.6. Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı yapılan değerlendirmelerin kesitsel nitelikte ve genel olarak öz bildirim ölçeklerine dayanıyor olmasıdır. Bu nedenle araştırılan özelliklerde sadece ilişkisel çıkarım yapılabilmekte, neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Ayrıca örneklemin tek merkezli olması ve sadece klinik örneklemini içermesi diğer kısıtlılıklardır. Farklı zamanlarda ve bölgelerde yapılacak çalışmalar ile sonuçlarda değişiklikler görülebilir. Bu sebeple daha geniş örneklem ve daha fazla bölgeyi kapsayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı ise hem çocukların hem de bakım verenlerin dayanıklılık ve psikopatolojilerini etkileyebilecek genetik yatkınlık, olumsuz çevre şartları ya da sosyal hayattaki zorluklar gibi diğer faktörlerin ele alınmamış olmasıdır.

Çalışmamızın güçlü yanı ise bildiğimiz kadarıyla cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin dayanıklılık ve psikopatolojilerini beraber değerlendiren ilk çalışma olmasıdır.

Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda daha az oranda üzerinde durulan bakım veren/ebeveynlerinin ruhsal semptomları ve dayanıklılığına odaklanması, çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

Gelecek araştırmalarda bu alanda yapılacak uzunlamasına çalışmalar, dayanıklılık ve psikopatoloji gelişimine etki eden faktörlerin neden-sonuç ilişkisi içerisinde incelenmesine olanak sağlayacaktır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin dahil edildiği çalışmamızın bulgularına göre;

- Bakım verenlerin dayanıklı olmasının, çocuk ve ergenlerin cinsel istismar sonrası gelişebilecek ruhsal hastalıklardan korunması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca bakım verenlerin dayanıklılığının artması, çocuk ve ergenlerin dayanıklılığının artmasıyla ilişkili bulunmuştur.
- İşlevsel duygu düzenleme yöntemlerinin çocuk ve ergenlerin dayanıklılığı ile ilişkili olduğu, işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemlerinin ise dayanıklılıkta azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmamızın kesitsel dizaynı nedeniyle duygu düzenleme yöntemleri ile dayanıklılık arasındaki bu ilişkide neden-sonuç ilişkisi kurulamamıştır.
- Mizaç alt boyutu olan ödül bağımlılığı, sebat etme ve karakter alt boyutu olan kendini yönetmenin, çocuk ve ergenlerin psikolojik dayanıklılıkta artma ile ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Çocuk ve ergenlerin dayanıklılığı ile cinsel istismar sonrası gelişebilecek ruhsal hastalıklar ilişkili bulunmuştur.

Tüm bu sonuçlar ışığında, unutulmaması gereken en önemli nokta çocuk ve ergenlerin değerlendirme ve tedavi süreçlerine bakım verenlerinin de dahil edilmesi gerektiğidir. Çocuk ve ergen aile sisteminin bir parçasıdır. Bu sistemin içindeki herhangi bir problem diğer sistem öğelerinde de etki bırakır. Yani çocuk veya ergenin yaşadığı sorunların bakım verenleri etkileyeceği gibi, bakım verenlerinde bir sıkıntı geliştiğinde de bu durumdan çocuk veya ergen olumsuz etkilenecektir. Bu durum bazı ailelerde sorunların katlanarak artmasına neden olabilir. Bu sebeple yalnızca cinsel istismar mağduru çocuk veya ergenin değil, bakım verenlerin de değerlendirilme ve tedavi sürecine dahil edilmesi; hem yapılan müdahalelerin daha etkin olması hem de toplum sağlığı açısından ciddi önem taşımaktadır. Dayanıklılığın hem çocuklarda hem bakımverenlerde artırılmasının ise psikopatoloji açısından koruyucu olabileceği, bu nedenle cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin ruhsal hastalıklarına odaklanıldığı kadar dayanıklılıklarını artıracak müdahalelere de odaklanılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004;35 (2):82-6.
2. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*. 2005;28 (5):430-8.
3. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*. 2004;82 (2):217-25.
4. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*. 2013;37 (9):664-74.
5. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *Journal of forensic and legal medicine*. 2013;20 (3):146-50.
6. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*. 1990;2 (4):425-44.
7. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36 (7):980-8.
8. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*. 2004;28 (5):491-503.
9. Dufour MH, Nadeau L, Bertrand K. Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24 (6):781-97.
10. Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social science & medicine*. 2009;68 (12):2190-8.
11. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*. 1991;20 (9):459-66.

12. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000;71 (3):543-62.
13. Tümlü GÜ, Recepoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. 2013 (3):205-13.
14. Werner EE, Smith RS. *Vulnerable, but invincible: Adams, Bannister, Cox*; 1989.
15. Barnová S, Tamášová V. Risk and protective factors in the life of youth in relation to resilience. *Psychology and pathopsychology of child*. 2018;52 (1):50-9.
16. Flouri E, Tzavidis N, Kallis C. Adverse life events, area socioeconomic disadvantage, and psychopathology and resilience in young children: The importance of risk factors' accumulation and protective factors' specificity. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;19:535-46.
17. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2007;3 (28):113-28.
18. McGillivray CJ, Pidgeon AM, Ronken C, Credland-Ballantyne CA. Resilience in non-offending mothers of children who have reported experiencing sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2018;27 (7):793-810.
19. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 2006;44 (4):585-99.
20. ERDEN S, Eminoğlu Z. Bilişsel davranışçı temelli psiko-eğitim programının psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme üzerindeki etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*. 2020;15 (21):555-82.
21. Kim JW, Lee H-K, Lee K. Influence of temperament and character on resilience. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54 (7):1105-10.
22. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*. 1987;44 (6):573-88.
23. Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Westphal M, Coifman K. The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological science*. 2004;15 (7):482-7.

24. Runyan D. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World report on violence and health. 2002.
25. WHO. Violence against children 2016 [Available from: https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_2].
26. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association; 2013. Autism spectrum disorder. 2013:50-9.
27. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1999;38 (10):1214-22.
28. İşeri E. Cinsel istismar. Çetin FÇ PB, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, editörler. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.
29. İşeri E. Cinsel istismar. Çetin FÇ PB, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N.
30. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı: Seçkin; 2007.
31. Özen N, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 1997;2 (4):473-93.
32. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997;36 (10):37S-56S.
33. Slep AMS, Heyman RE, Foran HM. Child maltreatment in DSM- 5 and ICD- 11. Family Process. 2015;54 (1):17-32.
34. Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM. Child abuse and neglect: a clinician's handbook: Elsevier Health Sciences; 1999.
35. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2013;58 (3):469-83.
36. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child abuse & neglect. 2009;33 (6):331-42.

37. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16 (2):79-101.
38. Lev-Wiesel R, Markus L. Perception vs. circumstances of the child sexual abuse event in relation to depression and post-traumatic stress symptomatology. *Journal of child sexual abuse*. 2013;22 (5):519-33.
39. Matta Oshima KM, Jonson-Reid M, Seay KD. The influence of childhood sexual abuse on adolescent outcomes: The roles of gender, poverty, and revictimization. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2014;23 (4):367-86.
40. Noll JG. Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021;17 (1):439-64.
41. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological medicine*. 2001;31 (6):965-77.
42. McNally RJ, Heeren A, Robinaugh DJ. A Bayesian network analysis of posttraumatic stress disorder symptoms in adults reporting childhood sexual abuse. *European journal of psychotraumatology*. 2017;8 (sup3):1341276.
43. Aaron M. The pathways of problematic sexual behavior: A literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2012;19 (3):199-218.
44. Ross CA. Childhood sexual abuse and psychosomatic symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of child sexual abuse*. 2005;14 (1):27-38.
45. Loeb TB, Rivkin I, Williams JK, Wyatt GE, Carmona JV, Chin D. Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual review of sex research*. 2002;13 (1):307-45.
46. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42 (3):269-78.
47. Şimşek Ş, Gençoğlu S. Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*. 2014;41 (1).

48. AYRALER TANER H, Çetin FH, IŞIK Y, İŞERİ E. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16 (4).
49. Kolko DJ, Hurlburt MS, Zhang J, Barth RP, Leslie LK, Burns BJ. Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child maltreatment*. 2010;15 (1):48-63.
50. Oviedo-Joekes E, Marchand K, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Krausz M, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addictive behaviors*. 2011;36 (1-2):55-60.
51. Hornor G. Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of pediatric health care*. 2010;24 (6):358-64.
52. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*. 2001;135 (1):17-36.
53. Marchand WR, Wirth L, Simon C. Adverse life events and pediatric bipolar disorder in a community mental health setting. *Community mental health journal*. 2005;41 (1):67-75.
54. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161 (4):631-6.
55. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*. 2016;4 (1):1-10.
56. Marwaha S, Gordon-Smith K, Broome M, Briley P, Perry A, Forty L, et al. Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *Journal of affective disorders*. 2016;190:764-71.
57. Allen B, Tellez A, Wevodau A, Woods CL, Percosky A. The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. *Journal of interpersonal violence*. 2014;29 (12):2257-72.
58. Haileye A. Psychopathological correlates of child sexual abuse: the case of female students in Jimma Zone, South West Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*. 2013;23 (1):32-8.

59. Blanco C, Rubio J, Wall M, Wang S, Jiu CJ, Kendler KS. Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and anxiety*. 2014;31 (9):756-64.
60. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehllum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child abuse & neglect*. 2004;28 (8):863-75.
61. Sartor CE, Waldron M, Duncan AE, Grant JD, McCutcheon VV, Nelson EC, et al. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction*. 2013;108 (5):993-1000.
62. Ulibarri MD, Ulloa EC, Salazar M. Associations between mental health, substance use, and sexual abuse experiences among Latinas. *Journal of child sexual abuse*. 2015;24 (1):35-54.
63. Nichols H, Harlow B. Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004;58 (5):402-6.
64. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003;111 (3):564-72.
65. Noll JG, Trickett PK, Harris WW, Putnam FW. The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of interpersonal violence*. 2009;24 (3):424-49.
66. Sancu L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females: Findings From the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2008;162 (3):261-7.
67. Gustafson TB, Sarwer DB. Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*. 2004;5 (3):129-35.
68. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78 (1):79-90.
69. Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D., Faith-Anne Dohm, Ph.D., Kathleen M. Pike, Ph.D., Denise E. Wilfley, Ph.D., and, Christopher G. Fairburn, M.D. Abuse, Bullying, and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159 (11):1902-7.

70. Mullers E-S, Dowling M. Mental health consequences of child sexual abuse. *British journal of nursing*. 2008;17 (22):1428-33.
71. Cyr M, McDuff P, Wright J. Prevalence and predictors of dating violence among adolescent female victims of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006;21 (8):1000-17.
72. Dolan M, Whitworth H. Childhood sexual abuse, adult psychiatric morbidity, and criminal outcomes in women assessed by medium secure forensic service. *Journal of child sexual abuse*. 2013;22 (2):191-208.
73. Sansone RA, Hahn HS, Dittoe N, Wiederman MW. The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2011;15 (4):275-9.
74. Ferraz L, Portella MJ, Vázquez M, Gutiérrez F, Martín-Blanco A, Martín-Santos R, et al. Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry research*. 2013;210 (3):980-5.
75. Filipas HH, Ullman SE. Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006;21 (5):652-72.
76. Dubowitz H, Black MM, Kerr MA, Hussey JM, Morrel TM, Everson MD, et al. Type and timing of mothers' victimization: effects on mothers and children. *Pediatrics*. 2001;107 (4):728-35.
77. Testa M, Hoffman JH, Livingston JA. Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting. *Child abuse & neglect*. 2011;35 (5):363-71.
78. Barrett B. The impact of childhood sexual abuse and other forms of childhood adversity on adulthood parenting. *Journal of child sexual abuse*. 2009;18 (5):489-512.
79. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56 (3):227.
80. Gable SL, Haidt J. What (and why) is positive psychology? Review of general psychology. 2005;9 (2):103-10.
81. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*. 2010;10 (1):26.

82. Daniels T. The intangible promise of resilience. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*. 2021;37 (10):1-4.
83. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*: Cornell University Press; 1992.
84. Pai N, Vella S-L. Can one spring back from psychosis? The role of resilience in serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018.
85. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*. 2013;18 (1):12.
86. Vella S-LC, Pai NB. A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*. 2019;7 (2):233.
87. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1094 (1):1-12.
88. Masten AS, Reed M-GJ. Resilience in development. *Handbook of positive psychology*. 2002;74:88.
89. Fullerton DJ, Zhang LM, Kleitman S. An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *Plos one*. 2021;16 (2):e0246000.
90. Hao S, Hong W, Xu H, Zhou L, Xie Z. Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. *Personality and Individual Differences*. 2015;83:65-71.
91. Howell KH, Miller-Graff LE, Schaefer LM, Scrafford KE. Relational resilience as a potential mediator between adverse childhood experiences and prenatal depression. *Journal of health psychology*. 2020;25 (4):545-57.
92. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child abuse & neglect*. 2017;64:89-100.
93. Sheerin CM, Lind MJ, Brown EA, Gardner CO, Kendler KS, Amstadter AB. The impact of resilience and subsequent stressful life events on MDD and GAD. *Depression and anxiety*. 2018;35 (2):140-7.
94. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*. 1987;57 (3):316-31.

95. De Goede IH, Branje S, van Duin J, VanderValk IE, Meeus W. Romantic relationship commitment and its linkages with commitment to parents and friends during adolescence. *Social Development*. 2012;21 (3):425-42.
96. Lee HH, Cranford JA. Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviors?: A study of Korean adolescents. *Drug and alcohol Dependence*. 2008;96 (3):213-21.
97. Greve W, Leipold B. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*. 2009;14 (1):40-50.
98. Lundman B, Al  x L, Jons  n E, L  vheim H, Nygren B, Fischer RS, et al. Inner strength in relation to functional status, disease, living arrangements, and social relationships among people aged 85 years and older. *Geriatric Nursing*. 2012;33 (3):167-76.
99. Pecoraro A, Pacciolla A, O'Cleirigh C, Mimiaga M, Kwi  tek P, Blokhina E, et al. Proactive coping and spirituality among patients who left or remained in antiretroviral treatment in St Petersburg, Russian Federation. *AIDS care*. 2016;28 (3):334-8.
100. Ayed N, Toner S, Priebe S. Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2019;92 (3):299-341.
101. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry*. 1985;147 (6):598-611.
102. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*. 1979;37 (1):1.
103. Flores E, Cicchetti D, Rogosch FA. Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Developmental psychology*. 2005;41 (2):338.
104. Tedeschi RG, Calhoun LG. " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*. 2004;15 (1):1-18.
105. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD- RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18 (2):76-82.
106. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*. 2019;55 (11):745.

107. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*. 2019;10:208.
108. Hsu H-T, Juan C-H, Chen J-L, Hsieh H-F. Mediator roles of social support and hope in the relationship between body image distress and resilience in breast cancer patients undergoing treatment: A modeling analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021:4206.
109. Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of occupational and organizational psychology*. 2015;88 (3):533-62.
110. Lindert J, Schick A, Reif A, Kalisch R, Tüscher O. Verläufe von Resilienz–Beispiele aus Längsschnittstudien. *Der Nervenarzt*. 2018;89 (7):759-65.
111. Masten AS. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology*. 2011;23 (2):493-506.
112. Coleman JC, Coleman J, Hagell A. Adolescence, risk and resilience: Against the odds: John Wiley & Sons; 2007.
113. Arslan G. Ergenlerde psikolojik sağlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2015;5 (44):73-82.
114. Rolfe SA. Promoting Resilience in Children: ERIC; 2002.
115. Mandleco BL. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2000;13 (3):99-112.
116. Rennecke L, Melzer J, Petermann F, Ronniger P. Ressourcenaktivierung zur sozialemotionalen Entwicklung sprachentwicklungsgestörter Kinder und mütterliches Belastungserleben. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2019;67 (3).
117. Murphy DA, Marelich WD. Resiliency in young children whose mothers are living with HIV/AIDS. *AIDS care*. 2008;20 (3):284-91.
118. Turgut Ö, Çapan BE. Ergen psikolojik sağlık düzeyinin yordayıcıları: Algılanan sosyal destek ve okul bağlılığı. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2017 (44):162-83.

119. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*. 2005;14 (1):29-42.
120. Çalık Var E, Büyükbodur AÇ. Sosyal hizmet uzmanlarında ikincil travmatik stres. *Journal of Human Sciences*. 2017;14 (4):3676-89.
121. Werner EE, Smith RS. *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*: Cornell University Press; 2001.
122. Thompson G, Wrath A, Trinder K, Adams GC. The roles of attachment and resilience in perceived stress in medical students. *Canadian medical education journal*. 2018;9 (4):e69.
123. Walsh F. Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*. 2003;42 (1):1-18.
124. Patterson JM. Understanding family resilience. *Journal of clinical psychology*. 2002;58 (3):233-46.
125. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003;12 (2):65-76.
126. Sharma N, Nagle Y. Personality and resilience as determinants of psychological well-being among military children. *Defence Life Science Journal*. 2018;3 (4):356-62.
127. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*. 1993;50 (12):975-90.
128. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. 1994.
129. Gillespie NA, Cloninger CR, Heath AC, Martin NG. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and individual differences*. 2003;35 (8):1931-46.
130. Ergün-Başak B, Can G. The relationships between self-compassion, social-connectedness, optimism and psychological resilience among low-income university students. 2018.
131. Eroğlu BB. Ergenlerde ebeveyn duygusal erişilebilirliği ile psikolojik sağlamlık: Duygu düzenlemenin aracı rolü: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.

132. Eren G. Ebeveyn kaybı yaşamış ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. 2017.
133. Aydın Sünbül Z. Ergenlerde bilinçli farkındalık ve kendini toparlama gücü arasındaki ilişki: Özduyarlık ve duygu düzenleme güçlüğü'nün düzenleyici rolü [Yayımlanmamış doktora tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi. 2016.
134. GÜLEN ÖS. Interplay of parental involvement, school belonging, peer social support, and self-esteem in resilience of adolescents from low socioeconomic districts. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 2019.
135. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. Archives of general psychiatry. 1985;42 (7):696-702.
136. ÜNAL F, ÖKTEM F, ÇETİN ÇUHADAROĞLU F, ÇENGEL KÜLTÜR SE, AKDEMİR D, FOTO ÖZDEMİR D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (ÇDSG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. Turk Psikiyatri Dergisi. 2019;30 (1).
137. Basim HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22 (2):104-14.
138. Schaefer ES, Bell RQ. Development of a parental attitude research instrument. Child development. 1958:339-61.
139. Le Compte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. Psikoloji dergisi. 1978;1 (1):5-9.
140. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi/Relationship between mental health, parental attitude and attachment style in adolescence. Anadolu psikiyatri dergisi. 2008;9 (3):139.
141. Derogatis LR. The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II: Clinical Psychometric Research; 1992.
142. Sahin NH, Durak A. Kisa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Turk Gencleri Icin Uyarlanmasi. Türk Psikoloji Dergisi. 1994.

143. Şahin HN, BATIGÜN DA, UĞURTAŞ S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13 (2):125-35.
144. Liebenberg L, Ungar M, Vijver FVd. Validation of the child and youth resilience measure-28 (CYRM-28) among Canadian youth. *Research on social work practice*. 2012;22 (2):219-26.
145. Liebenberg L, Ungar M, LeBlanc JC. The CYRM-12: a brief measure of resilience. *Canadian Journal of Public Health*. 2013;104 (2):e131-e5.
146. Arslan G. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (ÇGPSÖ) psikometrik özellikleri: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*. 2015;16 (1):1-12.
147. ARSLAN G, BALKIS M. Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, özyeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*. 2016;6 (1):8-22.
148. Panter- Brick C, Hadfield K, Dajani R, Eggerman M, Ager A, Ungar M. Resilience in context: A brief and culturally grounded measure for Syrian refugee and Jordanian host- community adolescents. *Child development*. 2018;89 (5):1803-20.
149. Luby JL, Svrakic DM, McCallum K, Przybeck TR, Cloninger CR. The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure. *Psychological reports*. 1999;84 (3_suppl):1127-38.
150. Kose S, Celikel FC, Akin E, Kaya C, Cumurcu BE, Etikan I, et al. Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27 (1):6-13.
151. Phillips K, Power M. A new self- report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2007;14 (2):145-56.
152. Baki D, YILDIZ MA. Ergenler için duygu düzenleme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2014;5 (41):23-35.
153. Sarıcan A. Cinsel istismar mağduru 9-15 yaş arası çocuklarda algılanan sosyal desteğin travmatik strese etkisi: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
154. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe tıp dergisi*. 2014;15 (2):194-201.

155. Yektaş Ç, Tufan AE, Büken B, Çetin NY, Yazıcı M. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarcıya ilişkin özelliklerin ve psikopatoloji ile ilişkili risk etkenlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19 (5):501-8.
156. Özdemir E, Özmen S, Öztop D, Özdemir Ç, Çıkılı M. The assesment of demographic characteristics, familial variable and mental disorders in child and adolescent sexual abuse cases. *Adli Tıp Bülteni*. 2014;19:146-53.
157. Işık Ü, Aktepe E, Şimşek F, Akyıldız A, Yıldız A. Isparta ilinde bir üniversite hastanesinde değerlendirilen cinsel istismar mağdurlarının sosyodemografik, klinik ve ailevi özellikleri: 2014–2018 verileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10 (1):53-7.
158. Mekuria A, Nigussie A, Abera M. Childhood sexual abuse experiences and its associated factors among adolescent female high school students in Arbaminch town, Gammo Goffa zone, Southern Ethiopia: a mixed method study. *BMC international health and human rights*. 2015;15 (1):1-9.
159. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2000;12 (5):349-55.
160. Aysev A, Taner Y. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Golden Print. 2007:397-420.
161. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Family structure variations in patterns and predictors of child victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77 (2):282-95.
162. Eurostat.[Internet]. Marriage and divorce statistics [Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics120.
163. [Available from: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=37211#:~:text=Bo%C5%9Fanan%20%C3%A7iftlerin%20say%C4%B1s%C4%B1%202019%20y%C4%B1l%C4%B1nda,binde%201%2C62%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti>.
164. Dokgöz H, Kar H. Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2017;3 (3):169-74.
165. Öztop DB, Özcan ÖÖ, editors. Cinsel İstismar Vak'alarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*; 2010.

166. İmren SG, Ayşe A, Yusufoglu C, Arman AR. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*. 2013;26 (1):11-6.
167. Fis NP, Arman A, Kalaca S, Berkem M. Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey. *Children and Youth Services Review*. 2010;32 (10):1285-90.
168. Mete BK, Bilge F. Çocuk istismarı: Stres, aile işlevselliği, sosyal yalıtım, kabul/red. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2015;8 (51):213-46.
169. Uytun MÇ, Yılmaz R, Öztıp DB, Özdemir Ç. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin kendine zarar verme, intihar davranışı ve psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 2016;21 (3):137-43.
170. Ozbaran B, Erermis S, Bukusoglu N, Bildik T, Tamar M, Ercan ES, et al. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: a clinical sample in Turkey. *Journal of interpersonal violence*. 2009;24 (9):1478-93.
171. Senn TE, Carey MP, Vanable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical psychology review*. 2008;28 (5):711-35.
172. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*. 2019;73 (2):132-40.
173. Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse & Neglect*. 2015;47:94-101.
174. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child abuse & neglect*. 2006;30 (11):1239-55.
175. Merry SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33 (7):939-44.
176. McLeer SV, Callaghan M, Henry D, Wallen J. Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33 (3):313-9.

177. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*. 2007;31 (3):211-29.
178. Domhardt M, Münzer A, Fegert JM, Goldbeck L. Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015;16 (4):476-93.
179. van Duin EM, Verlinden E, Tsang VMW, Verhoeff AP, Brilleslijper-Kater SN, Voskes Y, et al. A sexual abuse case series of infants and toddlers by a professional caregiver: A qualitative analysis of parents' experiences during the initial crisis period post-discovery. *Child Abuse & Neglect*. 2022;125:105460.
180. Giordano F, Salimbeni CT, Jefferies P. The Tutor of Resilience Program with Children Who Have Experienced Maltreatment: Mothers' Involvement Matters. *Child Psychiatry & Human Development*. 2022.
181. Brown EJ, Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: The role of caregivers. *Journal of Affective Disorders*. 2020;277:39-45.
182. Faraji H, YILMAZ M. Investigation on childhood traumas, anger expressions and psychological resilience of sexual abuse victim mothers and their children. *Adli Tıp Dergisi*. 2022;36 (2):57-68.
183. Hyman B, Williams L. Resilience among women survivors of child sexual abuse. *Affilia*. 2001;16 (2):198-219.
184. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Egolf B. Resilient early school- age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1994;64 (2):301-9.
185. Rosenthal S, Feiring C, Taska L. Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child abuse & neglect*. 2003;27 (6):641-61.
186. Scaini S, Caputi M, Giani L, Forresi B. Temperament profiles to differentiate between stress-resilient and stress-affected children during Covid-19 pandemic. *Psychology Hub*. 2021;38 (3):7-16.
187. Okuyama J, Funakoshi S, Tomita H, Yamaguchi T, Matsuoka H. Longitudinal characteristics of resilience among adolescents: a high school student cohort study to assess the psychological impact of the Great East Japan Earthquake. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2018;72 (11):821-35.

188. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18 (4):314-21.
189. Afifi TO, MacMillan HL. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56 (5):266-72.
190. Giordano F, Ferrari C. Resilience in children victims of violence: an intervention project with adolescents in Lithuania [Processi di resilienza in minori vittime di violenza: Un progetto di intervento con adolescenti in Lituania]. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*. 2018;20 (2):105-16.
191. Taussig HN, Weiler LM, Garrido EF, Rhodes T, Boat A, Fadell M. A positive youth development approach to improving mental health outcomes for maltreated children in foster care: Replication and extension of an RCT of the Fostering Healthy Futures Program. *American journal of community psychology*. 2019;64 (3-4):405-17.
192. Wolmer L, Hamiel D, Laor N. Preventing children's posttraumatic stress after disaster with teacher-based intervention: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50 (4):340-8. e2.
193. Pérez-González A, Guilera G, Pereda N, Jarne A. Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse & Neglect*. 2017;72:393-403.
194. Giordano F, Caravita SC, Jefferies P. Social-ecological resilience moderates the effectiveness of avoidant coping in children exposed to adversity: An exploratory study in lithuania. *Frontiers in psychology*. 2020;11:536353.
195. Haj-Yahia MM, Sokar S, Hassan-Abbas N, Malka M. The relationship between exposure to family violence in childhood and post-traumatic stress symptoms in young adulthood: The mediating role of social support. *Child abuse & neglect*. 2019;92:126-38.

10. EKLER

EK 1. Gönüllü Onam Formları

Bakım Veren İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın Adı: Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin ve Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkili Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Merve Çıkkılı Uytun

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı

Sayın Katılımcı;

Bu bilgilendirilmiş olur formu sizlerin bu araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilmeniz amacıyla size bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Aynı zamanda araştırma grubumuzun bir üyesi de size sözel olarak bilgi verecektir. Bu çalışmaya katılmış ya da katılmamış olmak eğer varsa herhangi bir yerde devam etmekte olan tedaviniz veya takiplerinizi konusunda hiçbir olumsuz etki yaratmayacaktır.

Bu çalışmanın amacı “Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin ve Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkili Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi”nin araştırılmasıdır. Bu amaçla bu gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz. Bu çalışmaya sizin gibi polikliniğimize başvuran 11-18 yaş arası yaklaşık 75 hastanın dahil edilmesi planlanmaktadır.

Onay vermeniz durumunda sizden sosyo-demografik veri formu, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Anketi, Kısa Semptom Envanterini doldurmanız istenecektir. Bu ölçekler daha sonra araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık ya da risk beklenmemektedir. Ayrıca çalışmanın sizin tedavi sürecinizle bir ilgisi bulunmamaktadır. Bu çalışmanın ruhsal/bedensel sağlığını tehlikeye atacak hiçbir özelliği bulunmamaktadır. Sizinle ilgili alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimleriniz gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Eğer çalışma ile ilgili daha detaylı bilgi almak isterseniz veya çalışma süresince aklınıza takılan bir soru olursa araştırmacı Dr. Ayşegül Şen Demir’e danışabilirsiniz.

Sayın katılımcı, bu çalışmaya gönüllü olarak dahil olmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Adres: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Cebeci/Ankara

Gönüllü Onam Formu

Ben-_____Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak kendimin ve çocuğumun “Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin ve Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkili Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Bakım verenin; Araştırmacının;

Adı- Soyadı: Adı- Soyadı:

Tarih: Tarih:

İmza: İmza:

Çocuk ve Ergen İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın Adı: Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin ve Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkili Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Merve Çıkılı Uytun

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı

Sayın Katılımcı;

Bu bilgilendirilmiş olur formu senin bu araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilmen amacıyla sana bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Aynı zamanda araştırma grubumuzun bir üyesi de sana sözel olarak bilgi verecektir. Bu çalışmaya katılmış ya da katılmamış olmak eğer varsa herhangi bir yerde devam etmekte olan tedavin veya takiplerin konusunda hiçbir olumsuz etki yaratmayacaktır.

Bu çalışmanın amacı “Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin ve Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkili Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi”nin araştırılmasıdır. Bu amaçla bu gönüllü olarak katılmayı teklif ediyoruz. Bu çalışmaya senin gibi polikliniğimize başvuran 11-18 yaş arası yaklaşık 75 hastanın dahil edilmesi planlanmaktadır.

Onay vermen durumunda senden Sosyo-demografik Veri Formu, Çocuk ve Ergenler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri, Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeğini doldurman istenecektir. Bu ölçekler daha sonra araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Bu uygulamalar sırasında senin için herhangi bir rahatsızlık ya da risk beklenmemektedir. Ayrıca çalışmanın senin tedavi sürecinle bir ilgisi bulunmamaktadır. Bu çalışmanın ruhsal/bedensel sağlığını tehlikeye atacak hiçbir özelliği bulunmamaktadır. Seninle ilgili alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimler gizli tutulacak ve mahremiyete azami titizlik gösterilecektir. Eğer çalışma ile ilgili daha detaylı bilgi almak istersen veya çalışma süresince aklına takılan bir soru olursa araştırmacı Dr. Ayşegül Şen Demir’e danışabilirsin.

Sayın katılımcı, bu çalışmaya gönüllü olarak dahil olmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul edebilirsin. Eğer istemezsen bu çalışmaya katılmayabilirsin, kabul ettikten sonra da istediğin herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilirsin. Araştırmacı da senin araştırmaya uyum sağlayamaman veya benzeri nedenlerle seni araştırma dışı bırakılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemen, çalışmadan çıkmaya karar vermen ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılman, sana uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Adres: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Cebeci/Ankara

Gönüllü Onam Formu

Ben-_____ Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak kendimin “Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin ve Bakım Verenlerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkili Özelliklerinin, Çocuk ve Ergenlerin Psikopatolojisi ile İlişkisi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Hastanın; Araştırmacının;

Adı- Soyadı: Adı- Soyadı:

Tarih: Tarih:

İmza: İmza:

EK 2. Sosyodemografik Bilgi ve Vaka Formu

Adı- Soyadı:

Başvuru Tarihi:

Doğum tarihi: Yaş:

Olay anında yaşı:

1. Başvuru Şekli.
2. Değerlendirmelerden dolayı kendisini psikolojik olarak kötü hissediyor mu?
3. Cinsiyeti
4. Kardeş sayısı özüvey
5. Eğitimi
6. A. Sigara- Madde kullanımı var mı? 0.Yok 1.Var

B. Varsa hangisi?

7. Annenin yaşı: Çocuğu doğurduğu yaşı:

8. Annenin Eğitimi

9. Anne meslek:

10. Annede ruhsal hastalık:

11. Babanın yaşı:

12. Babanın Eğitimi

13. Babanın işi:

14. Babada Ruhsal Hastalık:

15. Babada madde bağımlılığı

1. Yok 1- Sigara 2- Alkol 3- Esrar 4-Diğer

16. Annede madde bağımlılığı

0- Yok 1- Sigara 2- Alkol 3- Esrar 4- Diğer

17. Aile durumu:

18. Anne baba arası akrabalık

21. Akrabalarda ruhsal hastalık:

23. Ayrı odası: 0. Yok, aile ile aynı 1. Yok, kardeşi veya başka biri ile ortak 2. Var

Ayrı yatağı: 0. Yok, ebeveyn ile aynı 1. Yok, kardeşi veya başka biri ile ortak 2. Var

24. A.Cinsel İstismarın şekli

1- Genital penetrasyon 2- anal penetrasyon 3- Oral penetrasyon 4- Dokunma, öpme, okşama, sürtünme 5- Sözlü istismar 6- Teşhircilik 7- Çocuk pornosu 8-Sanal yolla istismar 9- Diğer

B. Cinsel İstismarın yeri

C.Cinsel istismarın tekrarı var mı?

D.Birden fazla istismarcı var mı?

E. Varsa yaşları:

F. İstismarcı:

1. Sevgili 2- Sevgili dışı arkadaş 3- baba 4- abi 5- akraba 6- Eğitimci/müdür
- 7- akraba dışında tanıdık 8-yabancı 9- üvey baba 10- imam nikahlı eş 11-Diğer

G.İstismarcı ile tanışma yolu:

25. İstismar sonucunda gebelik:

26. A.Mağdurun; Daha önce cinsel istismarı: 0. Yok 1. Var

B. Varsa o sırada yaşı:

C. Varsa kaç kez:

D. Varsa kim tarafından:

27. İstismara eşlik eden durum:

1. yok 2. Alıkoyma 3. Zor kullanma 4. Tehdit 5. Vaatte bulunma
6. Birşey gösterme/teklif etme 7. Diğer

28. Mağdurun istismar sonrası davranışı:

1. Gizleme 2. Aileden yardım isteme 3. Arkadaştan yardım isteme
4. Eğitim kurumundan yardım isteme 5. Emniyet birimlerinden yardım isteme 6. Diğer

29. Ailenin durumu öğrendikten sonra yaklaşımı:

1. Gizleme
2. Suçlu ve/veya ailesi ile direk görüşme
3. Adli yardım arama
4. Hukuk dışı uygulamalar
5. Diğer

30. Ailenin çocuğa yaklaşımı:

1. Suçlayıcı
2. Baskılayıcı- sınırlayıcı
3. Destekleyici- koruyucu
4. Aldırmaz – umursamaz
5. Diğer

31. Muayene sonucu aldığı tanı

1. Psikopatoloji yok
2. Akut stres reaksiyonu
3. Uyum boz
4. PTSB
5. Depresyon
6. Anksiyete boz
7. Dürtü denetim boz
8. CKB
9. Davranım Bozukluğu
10. Diğer

32. A. Komorbid tanı var mı? 0 –yok 1- var

B. Varsa 1- DEHB 2-ÖÖG

33. Sistemik hastalık: 0- yok 1 –var (varsa belirtiniz.....)

34. İlaç tedavisi: 0-önerilmedi 1- önerildi

EK 3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözemem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni ...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
Birbirinden bağımsız					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...					
Zayıftır					Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...					
Çok fazla güvenmem					Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşılarımdan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başa çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...					
Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

EK 4. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

BU BELİRTLİLER SON 1 HAFTADIR SİZDE NE KADAR VAR?	Hiç yok	Biraz var	Orta	Epey var	Çok fazla var
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.Baygınlık, baş dönmesi					
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu					
5.Olayları hatırlamada güçlük					
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11.İştahta bozukluklar					
12.Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16.Yalnızlık hissetmek					
17.Hüzünlü, kederli hissetmek					
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19.Ağlamaklı hissetmek					
20.Kolayca incinebilme, kırılmak					
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23.Mide bozukluğu, bulantı					
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25.Uykuya dalmada güçlük					

BU BELİRTİLER SON 1 HAFTADIR SİZDE NE KADAR VAR?	Hiç yok	Biraz var	Orta	Epey var	Çok fazla var
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27.Karar vermede güçlükler					
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30.Sıcak soğuk basmaları					
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32.Kafanızın bomboş kalması					
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak					
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.Dehşet ve panik nöbetleri					
46.Sık sık tartışmaya girmek					
47.Yalnız bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları					
51.Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.Suçluluk duyguları					
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK 5. Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Anketi

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun Buluyorum	Oldukça Uygun Buluyorum	Biraz Uygun Buluyorum	Hiç Uygun Bulmuyorum

Görüşünüzü aşağıdaki kutuculara rakamlarla bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü yazmanız gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.	
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.	
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.	
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.	
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.	
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.	
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.	
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.	
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.	
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.	
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.	
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.	
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.	
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.	
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.	

27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilerse bütütün şikayetçi olurlar.	
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.	
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.	
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.	
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.	
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.	
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklamış gibi hissetmesidir.	
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.	
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.	
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.	
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.	
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.	
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.	
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.	
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.	
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.	
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.	
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	
57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	
58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	
59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen annesababalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	
60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.	

EK 6. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri

Yönerge

Aşağıda sizin yaş grubunuzdaki çocuklar için tasarlanmış bir ölçek bulacaksınız. Soruları tam olarak anlayıp anlamadığınızdan emin olmak için aşağıdaki açıklamayı dikkatle okumanızı istiyoruz.

- ☞ Soruları yanıtlarken kurşun kalem ya da siyah renkli bir tükenmez kalem kullanınız. Bir soruyu yanıtlarken çok zaman harcamayınız, aklınıza gelen ilk yanıtı işaretleyiniz. Yanıtınızı değiştirmek isterseniz yanıtınızı silabilir ya da üzerine (X) işareti koyarak değiştirebilirsiniz:

Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
☐	☐	☒	☐	☒

- ☞ Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadenin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Yanıtınız evetse "Doğru" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıtınız hayırsa "Yanlış" seçeneğini işaretleyiniz. Arada bir yerde ise "Çoğu kez doğru" ya da "Çoğu kez yanlış"ı işaretleyiniz. Karar veremiyorsanız, "Kararsızım!". Örneğin, çoğu çocuktan daha fazla güldüğünüzü düşünüyorsanız, **aşağıdaki soruları şu şekilde yanıtlayabilirsiniz:**

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
1. Çok gülerim.	☐	☐	☐	☐	☒
2. Neredeyse hiç gülmem.	☒	☐	☐	☐	☐

- ☞ Ya da, bazen çok konuşabilir, bazen de çok konuşmayabilirsiniz. O zaman **aşağıdaki gibi yanıtlayabilirsiniz:**

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
3. Çok konuşurum.	☐	☐	☐	☒	☐
4. Genellikle sessizimdir.	☐	☒	☐	☐	☐

- ☞ Soruyu anlamadıysanız ya da sizin yaş grubuna uygun olmadığını düşündüyseniz, SORUNUN ÜZERİNİ ÇİZİNİZ VE YANITLAMAYINIZ. Burası çok önemli! Örneğin:

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
5. <u>Hızlı araba kullanırım</u>	☐	☐	☐	☐	☐

- ☞ Ölçeği ne kadar sürede yanıtladığınızı kaydedin. Daha sonra bunu size soracağız.

Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. **Doğru ya da yanlış yanıt yoktur!**

Başlamaya Hazır. Öncelikle aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

	Erkek	Kız			
Erkek çocuğu mu yoksa kız çocuğu musunuz?	☐	☐			
	3.	4.	5.	6.	7.
Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Karnenizi aldığınızda, çoğu kez notlarınız nasıldır? (Aşağıdaki yanıtlardan en yakın olanını seçiniz):					
Pekiyi	İyi	Orta	Geçer	Başarısız	
☐	☐	☐	☐	☐	

Başlayınız!

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
1. Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mecbur olduğumdan fazla çalışmak istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Okuldan döndüğümde, dışarıya çıkıp oynamak yerine dinlenmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Öğretmenlerim bana haksızlık yaparlar.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları benim gibi görmeyen insanlardan rahatsızlık duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bazen düşünüp hareket edeceğime düşünmeden hareket ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bir şey uydurduğumda diğer çocukları buna inandırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Riskli, tehlikeli işler yapmayı severim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Kendim için çok para harcamaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Kendimle ilgili sırlarımı arkadaşlarımdan gizlemem.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Diğer çocuklarla oynamaktansa kendi kendime oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Bir iş ne kadar kolaysa o işi yapmaktan o kadar çok hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
13. Kalabalık içinde olmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Arkadaşlarımdan daha güzel giysilerim olsun isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Bir şeyde başarısız olursam, diğerlerinin bana yardım etmeyişi yüzünden olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Karnemdeki notlarımı fazla dert etmem.	☐	☐	☐	☐	☐
17. İstedğim şeyleri beklemekten nefret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Bir şeyleri yaparken, önceki yöntemler sonuç verse bile yeni yöntemler denerim.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Hemen harcamaktansa para biriktirmekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Gelecek için fazla ümit beslemem, karamsarım.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
21. Keşke insanlar beni daha iyi anlasalar.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Diğer çocukların öğrenmelerine yardım etmekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sorunlarımdan bahsetmekten hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Yalnız kalmaktan hiç hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eğlence olsun diye diğer çocukları kandırmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Daha güzel olsun diye, ev ödevlerimi çoğu zaman yeniden yazarım.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Çok çalışmadığım için yetişkinler benim şımartılmış olduğumu düşünürler.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Başkalarına yardım etmekten gerçekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Önemli bulduğum şeyler üzerinde egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Bir çocuk tuhaf ya da alışılmadık ise, bu genellikle onun hatası değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Hastalandığımda korkuya kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Bir şeyin yolunda gitmiyorsa mutlaka belli bir nedeni vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Çoğu soru ve bulmacanın nasıl çözüleceğini bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
34. Yeni insanlarla tanışmaktan gerçekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
35. İnsanların birbirine yardım etmesi herkesin yararına.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Başkaların önünde (örneğin sınıfta öğrencilerin önünde) konuşmak zorunda olduğumda gergin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Başkalarının duyguları beni pek ilgilendirmez.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Başkalarının hakkımda ne düşündüklerine aldığım önem.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Çoğu zaman ne istediğimi bilmem.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Müzik, spor ya da beceri gerektiren işlerde ancak bana söylendiğinde egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Diğer çocuklarla oynarken onlara ayak uydurmakta zorlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Bazen hayatımdaki değişiklikleri kafama öyle takarım ki ya uykum kaçır ya da karnım ağrır.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Keyifsiz olduğumda yalnız kalmayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir şeyi yapmadan önce ne yapacağımı düşünmeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eğlenceli işler tehlikeli işleri yapmaktan çekinmem.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Okulda yanlış bir şey yapmadığım halde başım çoğu kez derde girer.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
47. Ev ödevlerimi yaparken tekrar kontrol etmediğim için çoğu zaman puan kaybederim.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Yeni çocuklarla tanıştığımda kendinden emin davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Bir şeyi alışkanlık edindiğimde, değiştirmek istemem.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
50. Dama ya da satranç oynarken sıkılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
51. İnsanlarla ilk kez tanıştığımda hava atmayı severim.	☐	☐	☐	☐	☐
52. İşleri tam olarak doğru yapıncaya değin denemeye devam ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
53. Hata yaptığımda, hatamı kabul ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
54. Günlük işleri yaparken çoğunlukla hatırlatılma gereksinimi duymam.	☐	☐	☐	☐	☐
55. İnsanlar daima beni kullanmaya çalışırlar.	☐	☐	☐	☐	☐
56. Başkalarını mutlu görmek beni de mutlu eder.	☐	☐	☐	☐	☐
57. Sevdiğim şeyleri iyi yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
58. Acıklı öykü ve şarkıları aptalca bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐
59. Çoğu zaman kendimi çaresiz hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐
60. İşlerin çoğunlukla yolunda gideceğine inanırım (iyimserim).	☐	☐	☐	☐	☐
61. Kötü şeyler olacağından endişe ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
62. Çoğu kez kendimi zayıf ve güçsüz hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
63. Kahramanlık öykülerini severim.	☐	☐	☐	☐	☐
64. Birisinin üzgün olup olmadığını çoğunlukla anlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
65. Yaptığım işte başarılı olmam için yalan söylemem ya da hile yapmam gerekebilir.	☐	☐	☐	☐	☐
66. Birisine kötü davranmış olsam bile özür dilemem.	☐	☐	☐	☐	☐
67. Bir şey çizerken istediğim gibi olmadığında kağıdı atar yeniden çizmeye başlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
68. Zorunlu olduğumdan fazlasını yapmam.	☐	☐	☐	☐	☐
69. Keşke daha fazla kendime özel şeyler olsaydı.	☐	☐	☐	☐	☐
70. Tanıdığım bir çocuğa sataşıldığında, bunu durdurmak benim görevim değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
71. İnsanların benim iyi bir insan olduğumu düşünmeleri önemlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
72. Tartışmaktansa çekilmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
73. Ev ödevlerimde, spor yarışmalarında elimden gelenin en iyisini yapabilmek için, diğer çocuklardan daha çok çaba sarfederim.	☐	☐	☐	☐	☐
74. Yıllarca okumak zorunda kalsam da, büyüdüğümde heyecan verici bir mesleğim olsun isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
75. Bazen önemsiz şeyler, beni gergin ve sinirli yapar.	☐	☐	☐	☐	☐
76. Keşke daha akıllı olsaydım.	☐	☐	☐	☐	☐
77. Bana kötü davranmış olsa bile birisine kötü davrandığımda rahatsızlık duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
78. İşler uzayınca çoğunlukla yanda bırakırım.	☐	☐	☐	☐	☐
79. Sıramın gelmesini beklemekten rahatsız olmam.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
80. Arkadaşlarımın sayısından memnunum.	☐	☐	☐	☐	☐
81. Ev ödevimi yaparken çoğunlukla son dakikaya kadar beklerim	☐	☐	☐	☐	☐
82. Kurallara uymak için elimden geleni yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
83. Bir hata yaptığımda çoğu zaman yüzüm kızarır.	☐	☐	☐	☐	☐
84. Bazen başkalarına hükmetmeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
85. Evde sorunum olduğunu arkadaşlarıma çoğunlukla söylemem	☐	☐	☐	☐	☐
86. Duyarlı bir kişiyim.	☐	☐	☐	☐	☐
87. Birisi beni bir şeyi yapmam için cesaretlendirdiğinde çoğunlukla "yaparım" derim.	☐	☐	☐	☐	☐
88. Bir grubun lideri olmak eğlencelidir.	☐	☐	☐	☐	☐
89. Öğretmenlerimin bana "aferin" demelerinden çok hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
90. Başkalarının neler hissettiğini anlamaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
91. Bir şeyi denemeden önce daima başkalarına danışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
92. Bir şeyi kafama koyduğumda, çoğunlukla başanlı olurum.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
93. Doğum günümde birisi 250 YTL verse, tümüyle kendime oyuncak alırdım.	☐	☐	☐	☐	☐
94. Okulda çoğunlukla hakettiğim notları alırım.	☐	☐	☐	☐	☐
95. Ağlayıp sızlayan çocuklara katlanamam.	☐	☐	☐	☐	☐
96. Anne ve babamın arkadaşlarıyla tanıştığımda utangaç davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐
97. İnsanlar bana kötü davrandıklarında öcümü almaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
98. Tanıştığım çocukların çoğunu severim.	☐	☐	☐	☐	☐
99. İşleri daha iyi yapmanın yollarını aramaktan hoşlanırım	☐	☐	☐	☐	☐
100. Diğer çocuklar hoşlanmasalar da farklı çocuklarla bir arada olmaktan rahatsız olmam.	☐	☐	☐	☐	☐
101. Bir işe başladığımda bitirinceye dek bırakmam.	☐	☐	☐	☐	☐
102. Başkalarının önderlik etmesini beklerim.	☐	☐	☐	☐	☐
103. Anne ve babamı kucaklamaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
104. Bazen fazla gergin olduğumdan hoşlandığım işleri yapamam.	☐	☐	☐	☐	☐
105. Çocukların başkalarıyla dalga geçtiğini görmek beni gerçekten rahatsız eder.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
106. Söylemiş ya da yapmış olduğum şeylerden çok endişelenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
107. Bir çocuk olarak yaptığım tercihlerin pek fazla bir önemi yok.	☐	☐	☐	☐	☐
108. Keyifsiz olduklarında arkadaşlarıma yardımcı olmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
109. Ödevlerimi yapmam için kendimi zorlamam gerekir.	☐	☐	☐	☐	☐
110. Acıklı filmler beni ağlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
111. Karar vermeden önce beklemekten hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
112. Dış görünüşümden memnunum.	☐	☐	☐	☐	☐
113. Kendimi olduğum gibi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
114. Ortada kurallar olmaksızın çocukların istediklerini yapmalarından hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
115. Duyduğum her şeye inanırım.	☐	☐	☐	☐	☐

EK 7. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlık Ölçeği

	Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamamen tanımlıyor
1. Hayatımda saygı duyabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	5
2. Eğitim almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3. Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin, arkadaşlarımla kim olduğumu, nelerden hoşlandığımı) .	1	2	3	4	5
4. Başladığım faaliyetleri/işleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5. Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim (örneğin, şiddete başvurmadan veya kötü şeyler söylemeden)	1	2	3	4	5
6. Yardıma ihtiyacım olursa, nereden yardım alabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
7. Kendimi okuluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
8. Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
9. Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
10. Yaşadığım toplumda bana adil bir şekilde davranılır.	1	2	3	4	5
11. Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
12. Ailemin aile geleneklerini ve kültürünü seviyorum.	1	2	3	4	5

EK 8. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği

Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.		H i ç b i r z a m a n	N a d i r e n	B a z e n	Ç o ğ u z a m a n	H e r z a m a n
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
2	Duruma ilişkin amaçlarımı veya planlarımı yeniden gözden geçiririm, düşünürüm.	()	()	()	()	()
3	Durum üzerinde düşünüp anlamaya çalışırım.	()	()	()	()	()
4	Bir dahaki sefere neyi daha iyi yapabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
5	Öfkemi/üzüntümü sözel olarak (örn. bağırarak, tartışmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
7	Başkalarını kötü hissettirmeye çalışırım (örn. kaba davranarak, onları görmezden gelerek).	()	()	()	()	()
8	Başkalarına zorbalık yaparım (örn. alay etmek, itmek, dedi kodu yapmak gibi).	()	()	()	()	()
9	Öfkemi/üzüntümü etrafımdaki eşyalardan çıkarırım.	()	()	()	()	()
10	Kendime zarar verecek veya kendimi cezalandıracak bir şey yaparım.	()	()	()	()	()
11	Bazı düşünceler ve duygular sürekli kafamı meşgul eder (örn. aynı şeyi düşünür dururum).	()	()	()	()	()
12	Başkalarının benden iyi durumda olduğunu düşünerek kendimi daha kötü hissederim.	()	()	()	()	()
13	Duygularımı içime atarım, saklarım.	()	()	()	()	()
14	Sanki ben ben değilmişim gibi gelir (ör., kendimi bir tuhaf hissederim, etrafımdaki şeyler tuhaf gelir).	()	()	()	()	()
15	Bu olaya ilişkin neler hissettiğimi birisiyle konuşurum.	()	()	()	()	()
16	Arkadaşılarımdan veya ailemden sarılmak, elimi tutmak gibi bedensel yakınlık ararım.	()	()	()	()	()

ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ:

Re: Turkce Junior TCI Kullanim Izniİleti: 11 / 1081



Gönderen
Alıcı
Tarih: 2021-07-22 20:18



Merhaba Sevgili Aysegül,

Elbette tez çalışmanızda Türkçe Junior TCI ölçeğini kullanmanız beni sevindirir. Junior TCI-R Formunu, derecelendirmesini ve validation çalışması makalesini ekte gönderiyorum.

Selam ve sevgilerimle,
Samet

Samet Kose, MD, PhD
Assoc. Prof. of Psychiatry and Neuroscience

On Thu, Jul 22, 2021, 2:21 PM
Sayın hocam merhabalar. Ben Ankara Üniversitesi çocuk ve ergen ruh sağlığı biriminde asistan doktor olarak çalışıyorum. Eğer izniniz olursa çocuk mizaç ve karakter envenleri (revize) uzmanlık tezimde kullanmak isterim. Tez danışman hocam Doç. Dr. Merve Çikili Uytun, tezimde cinsel istismara uğrayan çocuk-ergenlerde ve bakım verenlerinde mizaç ve duygusal özelliklerine de bakmayı düşünüyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim. Teşekkürler şimdiden. Saygılarımla.

Asistan Doktor Aysegül Şen

**Kose_Turkish-JTCIR.pdf** (v...
**Kose_J-TTCIR_ScoringKey.p...**
**Kose_2017_PCP-J-TCI-R.pd...**
[Tüm ek dosyaları indir](#)

Re: Ergenlerde duygu düzenleme ölçeğiİleti: 5 / 1081



Gönderen
Alıcı
Tarih: Çrş 13:10



Sayın Şen,

Öncelikle tez çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Ekte talep etmiş olduğunuz Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin sonunda puanlamaya veya alt boyutlara ilişkin bilgiler mevcut. Sizden ricam, etik bir sorumluluğun da gereği olarak tez dahil hiçbir yayında ölçeğin tüm maddelerine yer vermemeniz ve olur da ölçeği sizden talep edenler olduğunda ölçeği paylaşmayıp şahsıma yönlendirmeniz ve son olarak da ölçeği araştırma amacı dışında kullanmamanız.

Kolaylıklar dilerim...

* > adresine sahip kullanıcı 27 Tem 2021 Sal, 21:07 tarihinde şunu yazdı:
Sayın hocam merhabalar. Ben Ankara Üniversitesi çocuk ve ergen ruh sağlığı biriminde asistan doktor olarak çalışıyorum. Eğer izniniz olursa ergenler için duygu düzenleme ölçeğini uzmanlık tezimde kullanabilir miyim ? Tez danışman hocam Doç. Dr. Merve Çikili Uytun, tezimde cinsel istismara uğrayan çocuk-ergenlerde duygu düzenlemeye de de bakmayı düşünüyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim. Teşekkürler şimdiden. Saygılarımla.

Asistan Doktor Aysegül Şen

**DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ...**