TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLER İLE ANTALYA'DA TURİZM SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN GENÇ ERİŞKİNLER ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞAM DENEYİMİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLILIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Şenay MEVLİTOĞLU

SOSYAL PEDİATRİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Betül ULUKOL

ANKARA

2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLER İLE ANTALYA'DA TURİZM SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN GENÇ ERİŞKİNLER ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞAM DENEYİMİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLILIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Şenay MEVLİTOĞLU

SOSYAL PEDİATRİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Betül ULUKOL

ANKARA

2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum *"Akdeniz Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencileri ile Antalya'da turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkilerinin incelenmesi"* başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Şenay MEVLİTOĞLU

Tarih:
İmza:

KABUL VE ONAY

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında

Şenay MEVLİTOĞLU tarafından hazırlanan " Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencileri ile Antalya'da Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi " adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 29.07.2019

İmza
Prof.Dr.Betül ULUKOL
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Prof.Dr.Sevgi BAŞKAN
Ankara Üniversitesi
Raportör

İmza
Prof.Dr.Elif ÖZMERT
Hacettepe Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Prof.Dr.Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	**1**
1.1Tanımlar	2
1.1.1 Şiddet	2
1.1.2 Çocuk İstismarı ve İhmali	2
1.1.2.1 Fiziksel İstismar	3
1.1.2.2 Cinsel İstismar	3
1.1.2.3 Duygusal veya Psikolojik İstismar	4
1.1.2.4 İhmal	6
1.1.3 Hane İçi İşlev Bozuklukları	6
1.2 Sorunun Yaygınlığı	7
1.3 Olumsuz Yaşam Deneyimlerinin Etkileri	7
1.3.1 Fiziksel Sağlığa Etkileri	9
1.3.2 Cinsel Sağlığa Etkileri	10
1.3.3 Psikolojik ve Davranışsal Etkileri	11
1.3.4 Çocukluk Dönemindeki Olumsuz Yaşam DeneyimlerininNörobiyolojik Etkileri	12
1.3.4.1 Beyin Gelişimi	12
1.3.4.2 Stres Tepki Spektrumu (Pozitif-Tolerable-Toxic Stres)	14
1.4 Çocuk İstismarı ve İhmaline ilişkin Kuramlar	22
1.5 Psikolojik Sağlamlık	25
1.5.1 Tanım	26
1.5.2 Psikolojik Sağlamlık Çalışmalarında Güçlüğün Tanımlanması	28
1.5.3 Psikolojik Sağlamlık Çalışmalarında Yeterliliğin Tanımlanması	29
1.5.4 Bilişsel Üçlü	30
1.5.5 Çocuk İstismar ve İhmal Yaşantısının Ardından Sergilenen Psikolojik Sağlamlık Araştırmalarına İlişkin Araştırmalar	32
2. GEREÇ VE YÖNTEM	**34**
2.1 Araştırmanın Türü	34
2.2 İzinler ve Etik Onay	34
2.3 Evren ve Örneklem	34
2.4 Araştırmaya Alınma Ölçütleri	35
2.5 Veri Toplama Tekniği ve Araçları	35
2.5.1 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Anketi	36
2.5.2 Bilişsel Üçlü Envanteri	37
2.6 Araştırmanın Hipotezleri	38
2.7 İstatistiksel Yöntem	39

3. BULGULAR **41**
3.1 Sosyo-demografik Özellikler 41
3.2 Katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimlerine İlişkin Verileri 46
3.2.1 Çocuğa Yönelik Kötü Muamele Öyküsünün Sıklığı 46
3.2.1.1 Fiziksel İstismar Sıklığı 46
3.2.1.2 Cinsel İstismar Sıklığı 46
3.2.1.3 Duygusal İstismar Sıklığı 48
3.2.1.4 Duygusal İhmal Sıklığı 48
3.2.1.5 Fiziksel veya Tıbbi İhmal Sıklığı 49
3.2.2 Hane İçi İşlev Bozukluğu Sıklığı 49
3.2.2.1 Aile İçi Şiddet Sıklığı 49
3.2.2.2 Ebeveynin Ayrılması ya da Boşanması Sıklığı 51
3.2.2.3 Ailede Ruhsal, Zihinsel Hastalığı Olan ya da İntihar Eden Birey Sıklığı 51
3.2.2.4 Hane İçi Alkol Sorunu Olan Birey Sıklığı 52
3.2.2.5 Hane İçinde Uyuşturucu Kullanan Birey Sıklığı 52
3.2.2.6 Ailede Suça Karışan veya Cezaevine Giren Birey Sıklığı 52
3.2.3 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyim Skoru 52
3.3 Sosyodemografik Özellikler ile ÇÇOYD Skorları Arasındaki İlişki 56
3.4 Psikolojik Sağlamlık İle İlişkili Veriler 58
3.4.1 ÇÇOYD Varlığı İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki 61
3.4.2 ÇÇOYD İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 63
3.4.3 Çocukluk Çağındaki Aktiviteler İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki 69
3.4.4 Katılımcıların Hayat Görüşleri İle İlgili Veriler 69
4.TARTIŞMA 71
4.1 Çocuğa Yönelik Kötü Muamele 71
4.2 Hane İçi İşlev Bozukluğu 76
4.3 ÇÇOYD Skoru 79
4.4. Psikolojik Sağlamlık 82
5.SONUÇ ve ÖNERİLER 88
ÖZET **94**
SUMMARY **95**
KAYNAKLAR 96
EKLER 101
Ek-1: Etik Kurul Onayı 101
Ek-2: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimi Belirleme Anket Formu 102
Ek-3: Bilişsel Üçlü Envanter 111
ÖZGEÇMİŞ 114

ÖNSÖZ

Çocuğa yönelik kötü muamele ve diğer olumsuz yaşam deneyimleri çocukların sağlığını etkileyen ve etkileri yaşam boyu devam eden hatta diğer nesillere de aktarılan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çocukluk döneminde istismara ve ihmale uğrayan, olumsuz deneyim yaşayan bazı kişiler erişkin yaşa ulaştığında pozitif benlik algısına, pozitif dünya görüşüne ve pozitif gelecek algısına sahip olabiliyor. Olumsuz yaşam deneyimlerine rağmen psikolojik sağlamlığın oluşmasına yardım eden koruyucu faktörler bulunabilirse, istismar ve ihmale maruz kalan çocukların sağaltımı için bu koruyucu faktörlere yer verilerek yerel ve ulusal düzeyde yeni programların geliştirilmesi sağlanabilir. Bu belirteçlerin gösterilmesi açısından ülkemizde yapılmış herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Uluslararası çalışmalarda da özellikle bu konuyu ele alan ve nesnel çıktılar elde edilen çok sayıda araştırma bulunmamaktadır. Bu tez çalışmasının amacı bu sorulara cevap bulabilmektir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim, meslekte ahlaklı ve etik olmayı aynı zamanda bilimsel yaklaşımın önemini kavradığım, yüksek lisans eğitimime başlamama vesile olan, bana yol gösteren, her daim yanımda varlığını hissettiğim çok saygı değer hocam Dr.Sevtap VELİPAŞAOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana bilgisiyle, sevgisiyle, vizyonu ile çok şey öğreten saygı değer tez danışmanı hocam Prof.Dr.Betül ULUKOL'a çok teşekkür ediyorum. Değerli hocam ile çalışmak çok büyük bir onur ve şans olup aldığım eğitimin ve vizyonun benim hayatımı değiştirdiğini belirtmek isterim.

Yüksek lisans eğitimimde emeği çok büyük olan, çok kıymetli hocalarım Prof.Dr.Sevgi BAŞKAN ve Prof.Dr.Filiz ŞİMŞEK ORHON'a çok teşekkür ediyorum. Aynı zamanda yüksek lisansta tanıdığım çok saygı değer doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarıma, bugüne kadar bana çok şey öğreten hastalarıma ve ailelerine, tez çalışmasına katılarak destek veren herkese çok teşekkür ediyorum.

Her daim destekçilerim sevgili annem, babam ve abilerime teşekkür ediyorum. Tanıştığım günden itibaren bana bilgisiyle çok şey katan, hayallerim için beni her zaman destekleyen eşim ve meslektaşım Dr.Süleyman MEVLİTOĞLU'na, bize hayata çocuk gözü ile bakmayı ve karşılıksız sevginin gücünü öğreten kızımız Dolunay'a çok teşekkür ediyorum.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE	: Adverse Childhood Experiences
ACTH	: Adrenokortikotropin hormonu
AÜTF	: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
AVP	: Arginin vazopressin
BÜE	: Bilişsel Üçlü Envanter
CDC	: The United States Center for Disease Control and Prevention
CRH	: Kortikotopin salgılayan hormon
ÇÇOYD	: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimi
ÇÇOYDBA	: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimi Belirleme Anketi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HPA	: Hipotalamik-hipofiz-adrenal
IL	: İnterlökin
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
SAM	: Sempato-adrenomedüler
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSS	: Sempatik sinir sistemi
VTA	: Ventral Tegmental Alan

ŞEKİLLER

Şekil 3.1	Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Cinsiyetlerine Göre ÇÇOYD Skorunun Dağılımını Gösteren Grafik	55
Şekil 3.2	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre ÇÇOYD Skor Dağılımını Gösteren Grafik	55
Şekil 3.3	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyim Skoru İle Ortalama Kardeş Sayısı Arasındaki İlişki	59
Şekil 3.4	Turizm Sektöründe Çalışanlarda ÇÇOYD Skoru İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62
Şekil 3.5	Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerde ÇÇOYD Skoru İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	64

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1	Stres Tepkisi Spektrumu	18
Çizelge 1.2	Çocuk İstismarını ve İhmalini Etkileyen Faktörler	23
Çizelge 3.1	Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinler İle Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsiyetleri ve Yaş Grupları İle İlgili Özellikleri	42
Çizelge 3.2	Katılımcıların Medeni Durumları İle İlgili Özellikleri	42
Çizelge 3.3	Katılımcıların Yaşadıkları Yerler İle İlgili Özellikleri	44
Çizelge 3.4	Katılımcıların Kardeş Sayıları ve Aile Tipi İle İlgili Özellikleri	44
Çizelge 3.5	Katılımcıların Annelerinin Eğitim ve Çalışma Durumuna İlişkin Veriler	45
Çizelge 3.6	Katılımcıların Babalarının Eğitim ve Çalışma Durumuna İlişkin Veriler	45
Çizelge 3.7	Turizm Sektöründe Çalışanların ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Çocuğa Yönelik Kötü Muamele İle Karşılaşma Sıklığı	47
Çizelge 3.8	Turizm Sektöründe Çalışanların Cinsiyete Göre Çocuğa Yönelik Kötü Muamele İle Karşılaşma Sıklığı	47
Çizelge 3.9	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Çocuğa Yönelik Kötü Muamele İle Karşılaşma Sıklığı	48
Çizelge 3.10	Turizm Sektöründe Çalışanların ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hane İçi İşlev Bozukluğu İle Karşılaşma Sıklığı	50
Çizelge 3.11	Turizm Sektörü Çalışanlarında Cinsiyete Göre Hane İçi İşlev Bozukluğu İle Karşılaşma Sıklığı	50
Çizelge 3.12	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Hane İçi İşlev Bozukluğu İle Karşılaşma Sıklığı	51
Çizelge 3.13	Turizm Sektöründe Çalışanlarda ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Herhangi Bir ÇÇOYD'ne Maruz Kalma Sıklığına İlişkin Veriler	54
Çizelge 3.14	Katılımcıların ÇÇOYD Skoruna Ait Özellikleri	54
Çizelge 3.15	Turizm Sektöründe Çalışanlarda ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde En Az Bir ÇÇOYD'ne Maruz Kalma İle Çocukluk Çağındaki Yaşamlarına İlişkin Veriler	57
Çizelge 3.16	Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi İle En Az Bir ÇÇOYD' ne Maruz Kalma Arasındaki İlişki	57
Çizelge 3.17	Katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine İlişkin Veriler	59
Çizelge 3.18	Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin İncelenmesi	60
Çizelge 3.19	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin İncelenmesi	60
Çizelge 3.20	Katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyim	61

	özellikleri İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Veriler	
Çizelge 3.21	Turizm Sektöründe Çalışanlarda ÇÇOYD Varlığı İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki ilişkinin incelenmesi	62
Çizelge 3.22	Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerde ÇÇOYD Varlığı İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	64
Çizelge 3.23	Katılımcıların Çocuğa Yönelik Kötü Muamele Kategorileri İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi	65
Çizelge 3.24	Katılımcıların Hane İçi İşlev Bozukluğu Kategorileri İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki ilişkisinin İncelenmesi	66
Çizelge 3.25	Katılımcıların Çocukluk Döneminde Herhangi Bir Aktivite İle İlgilenme Durumları İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	70

1. GİRİŞ

Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal, sonuçları erişkinlik dönemine uzanan, çoğu zaman kişiyi yaşam boyu etkileyen birçok soruna yol açmaktadır (Cicchetti, 2010). Biyolojik yerleşik etki (embedding); olumsuz yaşam deneyimlerine karşı başlangıçta geçici, homeostatik tepkilerin fizyolojiyi kalıcı olarak değiştirdiği süreçler olarak tanımlanır. Yaşamın erken döneminde gerçekleşen olaylar, hassas ve kritik periyotların ve yüksek plastisitenin varlığından dolayı, vücudun olaylara karşı olan tepkisini kalıcı olarak etkiler. Sonuç olarak yaşanan olumsuz deneyimler hem psikolojik hem de somatik sağlık üzerinde bir çok soruna yol açar (Johnson ve ark., 2013; Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017; Twardosz ve ark., 2010).

Olumsuz deneyimlerin ileri yaşlara uzanan olumsuz etkileri bilinmekle beraber istismara ya da ihmale uğrayan çocukların bir kısmının standart bir tedavi ya da rehabilitasyonu söz konusu olmasa bile yaşamına sağlıklı ve üretken bireyler olarak devam ettiği görülmektedir. Bu kişiler erişkin yaşa ulaştığında pozitif benlik algısına, pozitif dünya görüşüne ve pozitif gelecek algısına sahip olabilmektedir. Olumsuz yaşam deneyimlerine rağmen kişilerde psikolojik sağlamlığın oluşmasına yardım eden bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörlerin olduğu bazı olgu çalışmalarında gösterilmiştir (Gizir, 2007). Bireylerin bazı kişilik özellikleri de iyilik halinin oluşmasına ve devamına katkı sağlamaktadır. Olumsuz deneyimlere rağmen psikolojik olarak dayanıklılık sahibi kişiler için koruyucu olan faktörlerin belirlenmesi istismar ve ihmale maruz kalan çocukların sağaltımı için son derece önemli bir katkı sağlayacaktır. İstismar ve ihmale uğrayan bireyler için bu koruyucu faktörler desteklenerek yerel ve ulusal düzeyde yeni destek programlarının geliştirilmesi mümkün olabilir.

1.1 Tanımlar

1.1.1 Şiddet

Şiddet olgusu, günümüzde hem bireysel hem de toplumsal boyutta sık karşılaştığımız bir durumdur. Baskı kurmak, korkutmak, fiziksel olarak zarar vermek her toplumda farklı derecelerde ve sürekli olarak rastlanan şiddet görünümleridir (Güleç ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şiddet; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı şeklinde tanımlanmıştır (Wolf ve ark., 2002).

Şiddeti değerlendirirken genetik, psikolojik, biyolojik, sosyokültürel, sosyoekonomik ve politik faktörlerin kolaylaştırıcı ya da zorlayıcı yönleriyle beraber ele alınması gerekmektedir. Asıl cevaplanması gereken soru, insanın yaşamına devam edebilmesi için şiddetin bir zorunluluk olup olmadığıdır (Güleç ve ark., 2012).

Psikolojik kuramların bazılarında şiddetin yaşanmışlıklarla öğrenildiği öne sürülmüştür. Çocukluk döneminde yakın çevrelerinde dayak gibi şiddet görenlerde, saldırgan davranışlara yatkınlık olduğu ifade edilmektedir. Bandura'ya göre; şiddete olan eğilim taklit yoluyla, saldırgan dürtülerin serbest kalmasıyla, geçmişte oluşmuş saldırgan davranış eğilimlerinin ortaya çıkmasıyla veya genel tahrik unsurlarının artmasıyla ortaya çıkabilmektedir (Güleç ve ark., 2012; Nadir ve ark., s:694).

1.1.2 Çocuk İstismarı ve İhmali

Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuğa yönelik kötü muamelenin kavramsal tanımı; "Sorumluluk, güven veya güç ilişkileri bağlamında, çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ya da onuruna zarar veren ya da zarar verme potansiyeli taşıyan

her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış ve ticari veya başka amaçlı sömürü" şeklindedir (WHO, 2006).

DSÖ çocuk istismarını ise, "çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar" olarak tanımlamaktadır (WHO, 2006).

Çocuğa uygulanan kötü muamele, sıklığı, nedenleri ve sonuçları açısından değerlendirildiğinde dört başlık söz konusudur:

1) Fiziksel istismar

2) Cinsel istismar

3) Duygusal veya psikolojik istismar

4) İhmal

1.1.2.1 Fiziksel İstismar

Bir çocuğun fiziksel istismarı; çocuğa karşı, çocuğun sağlığına, hayatına, gelişimine veya onuruna zarar veren veya zarar verme olasılığı taşıyacak şekilde kasıtlı fiziksel güç kullanma veya uygulama olarak tanımlanır (WHO, 2006). Çocuğa karşı yöneltilen fiziksel istismar niteliğindeki davranışlar tokat atmaktan çocuğun çeşitli atler kullanılarak yaralanmasına ve hatta ölümüne neden olacak kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkmaktadır. İstismarcılar genellikle ebeveynler, bakıcılar, öğretmen, akraba ya da diğer çocuklar ve yetişkinlerdir (Fırat ve ark., 2016, s:14).

1.1.2.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar, bir çocuğun tam olarak anlamadığı, yeterli bilgi veya gelişim düzeyine sahip olmadığı için rıza veremeyeceği ya da kanunlara, toplumun sosyal tabularına uymayan cinsel bir aktivite içerisinde yer alması olarak tanımlanmaktadır. (WHO, 2006; İbiloğlu ve ark., 2018).

Bir eylemin cinsel istismar olarak kabul edilmesi için mutlaka temasın olması gerekmez. Çocuğun bir cinsel eylemi ya da herhangi bir pornografik materyali izlemeye zorlanması, cinsel içerikli sözler söylenmesi, çocuğun karşısında teşhircilik gibi durumlar da cinsel istismar olarak kabul edilir (Ulukol ve ark., 2013, s:7; Aktepe, 2009).

Cinsel istismar tanımı genellikle bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite için kullanılmaktadır. Aynı zamanda çocukların kendilerinden beş yaş ve daha büyük kişiler tarafından cinsel içerikli davranışlara zorlanmaları veya maruz bırakılmaları da cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir. (Güleç ve ark., 2012; Aktepe, 2009).

Cinsel oyunlar, cinsel istismardan daha farklı değerlendirilmelidir. Aynı yaş grubundaki çocukların birbirlerinin genital organlarına bakması veya ellemesi, ilişki olmadıkça cinsel istismar olarak değerlendirilmez. Ancak altı yaşında bir çocuk üç yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunuyorsa bu normal bir davranış değildir. Bu olay kanunen istismar kabul edilmese de değerlendirilmesi gerekir. Süt çocukluğundan ergenliğe kadar olan dönemlere özgü psikososyal davranışların özellikle hekimler tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Eğer çocuk kendi yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar gösteriyorsa istismar açısından şüphelenmek gerekir (Kara ve ark., 2004).

1.1.2.3 Duygusal veya Psikolojik İstismar

DSÖ çocuğun duygusal istismarını; çocuğa gelişimsel olarak uygun destekleyici bir çevrenin sağlanmaması olarak tanımlamıştır. Çocuğa birincil bağlanma figürünün sunulmamasının yanı sıra çocuğun yaşadığı toplumla uyumlu,

potansiyelleri ile örtüşen, tutarlı, bütüncül, duygusal ve sosyal yetkinliklerin kazandırılamaması da çocuğun duygusal istismarı olarak nitelendirilmektedir. Aynı zamanda; çocuğun sağlığına, fiziksel, zihinsel, manevi, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar veren veya zarar verme ihtimali yüksek eylemler de duygusal istismar kapsamında değerlendirilmektedir (WHO, 2006; Runyan ve ark., 2002).

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin ya da ebeveynlerin duygusal istismara neden olan davranışlarını aşağıdaki gibi özetleyebiliriz;

1. Reddetmek: Çocuk evde birey olarak kabul edilmeyip olumsuz olaylardan çocuk sorumlu tutulur ve çocuğun ihtiyaçları önemsenmez.

2. Tek başına bırakmak: Çocuğun toplumsal ilişkilerden ve ebeveynlerden uzak tutulup kendisini yalnız hissetmesine neden olacak davranışlardır.

3. Aşağılamak: Çocuğu takma isimlerle çağırmak gibi çocuğun onurunu zedeleyecek davranışların sürekli olarak uygulanmasıdır.

4. Korkutmak, yıldırmak, tehdit etmek: Çocuğun fiziksel ya da sözel saldırılar ile korkutulması, tehdit edilmesi nedeniyle sürekli korku dolu bir çevrede yaşamasına sebebiyet verilmesidir.

5. Duygusal tepki vermeyi reddetme: Çocuğun duygusal ve zihinsel gelişimi için ihtiyacı olan gereksinimlerinin karşılanmamasıdır.

6. Suça yöneltme, kışkırtma: Çocuğun şiddet içeren davranışlara yöneltilmesi, saldırgan davranışlara özendirilmesi ve ona iyi ile kötü davranış kavramlarının öğretilmemesidir.

7. Vaktinden önce yetişkin rolü verme: Çocuğa yaşı ile uyumlu olmayan sorumluluklar vermek, kardeşlerinin sorumluluğunun yüklenmesi gibi davranışları kapsar.

8. Kendi çıkarına kullanma: Yetişkinlerin kendi çıkarları doğrultusunda çocuğu dilendirmesi, soygun yaptırması, eğitimine devam ettirmeyip kendi işleri için kullanması gibi davranışları kapsar (Fırat ve ark., 2016, s:24).

1.1.2.4 İhmal

Çocuk ihmali, anne, baba ya da çocuğa bakmakla yükümlü kimselerin çocuğun sağlıklı büyümesi ve gelişimi için yapması gerekenleri yapmaması; beslenme, giyinme, barınma, sağlık, güvenli bir ortamda yaşam, eğitim ve sevgi gibi temel gereksinimlerini karşılamayı ihmal etmesidir. İhmal kasıtlı ya da kasıtsız, evde ya da kurumda olabilir (Berans ve ark., 2017). Fiziksel, duygusal, sağlık, eğitim ve sosyal desteğin ihmali olarak karşımıza çıkabilir. İhmal pasif iken istismar aktif bir durumdur. İhmal, fiziksel istismardan daha sık görülür ancak ölüm veya fiziksel olarak ağır yaralanma ile sonuçlanmadığı için önemsenmeme olasılığı daha fazladır. Fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişimi ve sağlığı olumsuz yönde etkiler, ölüme kadar varan ciddi sonuçlara neden olabilir (Ulukol ve ark., 2013; Kara ve ark., 2004; Taner ve ark., 2004).

1.1.3 Hane İçi İşlev Bozuklukları

Aile içindeki sorunlar veya hane içi işlev bozuklukları çocukların sağlığı ve gelişimini olumsuz etkiler. Hane içi işlev bozuklukları kapsamında aile içi şiddet, parçalanmış aile, ailede psikiyatrik sorunu olan, alkol, uyuşturucu kullanan ya da cezaevine giren bir aile bireyinin varlığı söz konusudur. Aile içi şiddete tanık olmak en sık karşılaşılan sorunlardan birisidir (Ulukol ve ark., 2013). Aile içi şiddete maruz kalan çocuklar şiddetin "sessiz" kurbanları olarak da adlandırılmaktadır. Uzun süre şiddete tanık olan çocuklarda kaygı bozukluğu, özgüven eksikliği, içe kapanma, isteksizlik, öfkeyi kontrol edememe, umutsuzluk, dürtüleri kontrol etmede güçlük, uyku bozuklukları, akademik performansda azalma, konsantrasyon güçlüğü yaşama, sigara, alkol ve madde kötüye kullanımlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (İbiloğlu, 2012).

1.2 Sorunun Yaygınlığı

Çocuk istismarı, yinelenebilirliği, çocuğun yaşamının ilerleyen yıllarını etkileyebilecek uzun süreli olumsuz etkilerinin olması ve çocuğa genellikle en yakını sayılabilecek kişiler tarafından yapılması gibi nedenlerle tanınması ve tedavi edilmesi en zor travma türlerindendir. Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sadece aileleri değil tüm toplumu etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (Fırat ve ark., 2016, s:14). Oranlar ülkeden ülkeye göre değişse de yapılan çalışmalar genel olarak gelişmekte olan ülkelerde çocukların %78'inin, gelişmiş ülkelerde ise %60'nın herhangi bir şiddete maruz kaldığını göstermektedir (Hıllıs ve ark., 2016). Türkiye'de farklı merkezler tarafından yapılan araştırmalarda çocuklara yönelik fiziksel istismarın %13-48 arasında, duygusal istismara uğrayan çocuk oranının %36-60 arasında, cinsel istismar sıklığının %10-28 arasında değiştiğini göstermektedir (Ulukol ve ark., 2013; Yılmaz, 2008; Koç ve ark., 2018).

1.3 Olumsuz Yaşam Deneyimlerinin Etkileri

Olumsuz olarak algılanan ve sonrasında adaptasyon gerektiren her türlü olay kötü yaşam olayı (adverse life event) olarak tanımlanmaktadır (Fırat ve ark., 2012; Felitti ve ark., 1998). Aynı zamanda her kötü yaşam olayı da travmatik değildir. Herhangi bir kötü yaşam olayının travmatik olabilmesi için şu 3 özelliği içinde barındırması gerekmektedir:

1)Beklenmediklik: Aynı şiddetteki iki stres kaynağından kısa sürede aniden etki eden, ‘yayılarak’ etki gösteren stres kaynağına göre daha travmatiktir.

2)Kontrol edilemezlik: Kişinin stres kaynağına karşı elindeki kaynaklarla olayla baş etme becerisindeki öznel algısı, stresörün etkilerini tamponlar ya da alevlendirir.

3)Yaşanan olayın 'olumsuz' olarak algılanması: Olayın kendisinin duygusal veya fiziksel acı vermesi ya da ileride acı verme olasılığının olduğu düşüncesi stresörün travma haline gelmesine aracılık etmektedir (Fırat ve ark., 2012; Carlson ve ark., 2000).

Travmayı 'gelişimsel' hale getiren ek özellikler tanımlanmıştır. Buna göre travmanın;

-Gelişimin erken çocukluk ya da ergenlik dönemlerinde yani 'kritik' zaman diliminde yaşanmış olması

- Tekrarlayıcı ve uzun süreli yaşanması,

-Özellikle çocuğun bakım vereni tarafından ihmal ya da istismar yoluyla uygulanmış olması, travmayı gelişimsel travma haline getirir (Fırat ve ark., 2012; Courtis, 2004; Van Der Kolk, 2005).

Çocuğa bağırmak, alay etmek, lakap takmak gibi 'gündelik' yaşantılarımız; gelişimin kritik dönemlerinde oluyorsa, bununla baş etme kaynakları kısıtlıysa, beklenmedikse ve yineliyorsa, olumsuz duygulanıma neden oluyorsa, özellikle bakım veren tarafından yapılmışsa tanım gereği gelişimsel travma örneğidir (Fırat ve ark., 2012).

Olumsuz ve şiddet içeren deneyimlerin etkileri özellikle çocukluk çağında daha şiddetli ve kalıcıdır (Teicher ve ark., 2013). Çocuk, uğradığı kötü muamele ne şekilde ve hangi ağırlıkta olursa olsun bundan mutlaka etkilenir. Çocuğun davranışsal, sosyal, bilişsel ve duygusal gelişiminde çeşitli olumsuzluklara neden olur. Etkinin ağırlığı ve kalıcılığı bazı etmenlere bağlı olarak değişir. Bu etmenlerin başında; çocuğun istismara uğradığı sıradaki yaşı, istismarın ağırlığı, şiddeti uygulayan kişinin çocuğa olan yakınlığı ve şiddetin süresi gelir. Ayrıca çocuğun bulunduğu çevrenin özellikleri ile annesi, babası ve diğer aile bireyleriyle olan ilişkisi de şiddetin etkilerini belirler (Ulukol ve ark., 2013; Fırat ve ark., 2012;

Teicher ve ark., 2013). Şiddetin çocuk üzerindeki etkileri, erişkin dönemde de tıbbi, duygusal, psikiyatrik ve sosyal sorunlar olarak yaşam boyu devam edebilir. Çalışmalardan elde edilen veriler çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin ve kötü muamelenin yaşamın ileri dönemlerinde nasıl izler bıraktığına dair ciddi bilgiler içermektedir (Ulukol ve ark., 2013; Fırat ve ark., 2012; Teicher ve ark., 2013; Hughes ve ark., 2017; Avşar ve ark., 2014; Chartier ve ark., 2010).

1.3.1 Fiziksel Sağlığa Etkileri

Şiddetle karşılaşan çocuklarda morluklar, kesikler, ezikler, sıyrıklar, yanıklar, kemik kırıkları, iç organ yaralanmaları, beyin kanaması, kol ve bacaklarda hareket sorunları ve körlük, sağırlık, konuşma bozuklukları gibi duyu sorunları görülebilir. Şiddetin derecesine bağlı olarak kalıcı sakatlıklar ve ölüm söz konusu olabilir (Ulukol ve ark., 2013; Kara ve ark., 2004; Avşar ve ark., 2014). Şiddete bağlı ölüm olguları incelendiğinde bebek ve küçük çocukların en hassas grup olduğu görülmektedir. İlk dört yaş grubundaki ölümler 14 yaş grubundakilere göre iki kat daha fazladır (WHO, 2006).

Çocuklara yönelik kötü muamelenin neden olduğu yaralanmaların bir kısmı kalıcı herhangi bir fiziksel hasar bırakmasa da yaşamın ileri dönemlerinde bazı ciddi somatik yakınmalara yol açarlar (Ulukol ve ark., 2013; Fırat ve ark., 2012; Teicher ve ark., 2013; Hughes ve ark., 2017; Avşar ve ark., 2014; Chartier ve ark., 2010). Karen ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında, toplam 37 çalışma değerlendirilmeye alınmış. ÇÇOYD olan kişilerde olmayanlara göre belirgin derecede sağlık sorunlarında artış olduğu saptanmış. Fiziksel inaktivite, fazla tartılı olma, obezite ve diyabet ile ılımlı bir risk artışı; sigara içme, alkol tüketme, sağlığını umursamama, kanser, kalp hastalıkları, solunumsal hastalıklar ile orta derecede risk artışı; sorunlu cinsel davranışlarda bulunmada, psikolojik sorunlarda, zararlı düzeyde alkol tüketiminde, kendine zarar verme davranışlarında güçlü risk artışı olduğu bildirilmiştir (Hughes ve ark., 2017).

Paras ve arkadaşlarının çocuk cinsel istismarı ile ilgili 23 araştırmayı kapsayan meta analiz çalışmasında, cinsel istismar öyküsü ile yaşam boyu fonksiyonel gastrointestinal sorunlar, nonspesifik kronik ağrılar, psikojenik epilepsi dışı havale nöbetleri ve kronik pelvik ağrılar arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Paras ve ark., 2009). Psikiyatrik semptomlar, depresyon, öfke ve kaygının yanı sıra kronik ağrı, fibromiyalji, fonksiyonel gastrointestinal hastalıkları, baş ağrıları gibi fiziksel yakınmalar sık görülmektedir (Ulukol ve ark., 2013; Aktepe, 2009; Fırat ve ark., 2012; Bellis ve ark., 2014).

1.3.2 Cinsel Sağlığa Etkileri

Cinsel istismara uğrayan bireylerde cinsel farkındalık daha erken yaşlarda başlar. Bu travmatik deneyimler çocuğun yaşı ile uyumlu olmayan cinsel davranışlar sergilemesine neden olabilir. Diğer çocuklar ile cinsel içeriği olan oyunlar oynamak isteyebilir. Davranışlarında şiddete eğilim sergileyebildiği gibi şiddete karşı boyun eğici ve kabullenici olarak da davranabilir (İbiloğlu ve ark., 2018; Aktepe, 2009; Taner ve ark., 2004). İstismar sonrasında kişiler yetişkinlik döneminde takıntılı bir şekilde cinsel deneyimlere yönelebilirler. Bunun nedeni ise cinsel olarak tatmin sağlamak değil öfkenin, kinin kendisine döndürülmesi olabilir. Cinsel isteğin fazla olmasının bir diğer nedeni ise, güç sağlamaya çalışmak ve kontrolü ele almak isteği olabilir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kişi, yetişkinlikte cinsel şiddet uygulamaya, kendi çocuklarına karşı da cinsel veya fiziksel şiddet uygulamaya eğilimli olabilirler (Aktepe, 2009; Taner ve ark., 2004).

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, cinsel yönden riskli davranış gösterme ile çocukluk çağı cinsel istismara uğrama arasında birliktelik olduğu görülmektedir. Cinsel istismara uğramış kişilerle yapılan çalışmalarda cinsel ilişkiye daha erken yaşta başlamak, birden fazla cinsel partnere sahip olmak ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha yüksek oranda maruz kalmak gibi risk faktörlerinde artış

olduğu bildirilmiştir (İbiloğlu ve ark., 2018; Aktepe, 2009; Taner ve ark., 2004; Merrill ve ark., 2013; Bersley ve ark., 2000).

1.3.3 Psikolojik ve Davranışsal Etkileri

Psikiyatrideki fenomenoloji ve sınıflandırma sorunlarının çözümüne aracılık ettiği için çocukluk çağı travmalarını anlamak çok önemlidir (Fırat ve ark., 2012; Felitti ve ark., 1998). Teicher ve arkadaşları travmanın bir 'ekofenotipik varyant' olarak önemli psikiyatrik bozuklukların klinik ve nörobiyolojik açıdan ayrışık alt tiplerine neden olabileceğini öne sürmüştür. Yani, erken çocukluk travmaları, deskriptif olarak bir psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini karşılayan ama ek belirtiler, belirti şiddeti, ortaya çıkış yaşı, ailesel birikim, nörobiyolojik bulgular hatta tedavi gibi geçerleyiciler bakımından bazı noktalarda o bozukluktan ayrışan bir klinik tabloya neden olabileceğini belirtmiştir (Teicher ve ark., 2013).

Kötü muameleye uğrayan çocuğun duygu durumu ve psikososyal gelişimi erken dönemden itibaren bozulur. Etkilenme ileri yaşlara kadar devam eder (Tremblay ve ark., 2004; Hunt ve ark., 2017). Psikolojik sorunların ya da davranış değişikliklerinin bir kısmı erken dönemde çocuğun sağlık yardımı almasını gerektirecek kadar şiddetli olabilir. Bir kısmı da sessiz kalabilir ve erken dönemde daha az belirti gösterebilir. İstismara uğrayan çocukların yaklaşık 1/3'ü akut dönemde herhangi bir belirti vermeyebilirler. Bu nedenle sonradan doğabilecek sorunlar düşünülerek bu çocukların düzenli takip altında bulundurulmaları büyük önem arz etmektedir. İzleme dayalı veriler akut dönemde belirti göstermemiş çocukların %10-20'sinde 12-18 ay içinde sorunlar başlayabileceğini ortaya koymuştur (Ulukol ve ark., 2013; Aktepe, 2009).

Çocuklarda kötü muamelenin etkisiyle erken dönemde en sık görülen sorunlar regresyon (altını ıslatma, parmak emme, konuşma geriliği vb.), depresyon, kaygı düzeyinde artma, öfke nöbetleri, utanma duygusu ve bilişsel bozukluklardır (Tremblay ve ark., 2004; Hunt ve ark., 2017). Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aile bireylerinden uzaklaşma, kaygılı olma, bağımlı kişilik, değersiz

hissetme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlarda bulunmaya sık rastlanır (Kara ve ark., 2004).

Çocuklukta karşılaşılan her türlü şiddet erişkinlikte farklı davranışsal tepkilere neden olabilmektedir (Güleç ve ark., 2012; Hughes ve ark., 2017). Çocuklukta fiziksel şiddete maruz kalmış kişilerde anksiyete bozukluğu, erişkin yaşamda depresyon, yeme bozuklukları, alkol-madde kullanımı ve davranım bozukluklarının görülme olasılığı daha yüksektir (Güleç ve ark., 2012; Hughes ve ark., 2017; Ulukol ve ark., 2013; Kara ve ark., 2004). Çocuklukta şiddete maruz kalmak, yetişkinlik döneminde madde kötüye kullanımı, şiddet suçu işleme, intihar girişimleri, eş istismarı ve kötü ebeveynlik için de risk oluşturmaktadır (Tremblay ve ark., 2004). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olanlarda yetişkinlikte kişilik problemleri ortaya çıkabilmektetir. Bu kişiler yetişkinlikte duygusal partnerleri ile ilişkilerinde zorlanabilmekte, çocuk bakımını üstlenmekte, sorumluluk alma konusunda isteksiz olabilmektedirler. Çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalan kişilerde yetişkinlikte depresyon, madde ve alkol kötüye kullanım, intihar, yeme bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları ve rastgele cinsel ilişkiler gözlenebilmektedir (Aktepe, 2009).

1.3.4 Çocukluk Dönemindeki Olumsuz Yaşam Deneyimlerinin Nörobiyolojik Etkileri

1.3.4.1 Beyin Gelişimi

İnsan beyni, konsepsiyondan yaklaşık 2 hafta sonra başlayan ve yaşamın üçüncü dekadında yetişkinlik olgunluğuna ulaşan uzun süreçli bir gelişim sürecini takip eder (Bick ve ark., 2016). Gelişimin erken evrelerinde henüz ayrışmamış büyük, orantısız topografik biçimler oluşur. Bu devreler daha sonraki dönemlerde duyusal ve motor yaşantılar ile adaptif değişikliğe uğrar. Tüm bu süreç ‘deneyim-bağımlı’ (experience-dependent) organizasyon olarak tanımlanmaktadır (Bick ve ark., 2016; Fiş ve ark., 2009).

Beyin bölgeleri, zirve sinaptogenezin ulaştığı zaman noktasında değişiklik gösterir. İnsan ve insan dışı primat çalışmalarında, görsel korteks gibi daha temel yapılar, yaşamın ilk 8 ayında en yüksek sinaptogenezise ulaşırken, prefrontal korteksin içindeki daha karmaşık yapılar, doğumdan sonraki 15.ayda zirveye ulaşır. Bölgeler aynı zamanda kendi deneyimlerine dayalı budama başlangıcında da değişiklik gösterir. Bu zamanlama farklılıkları, bölgelerin çevresel girdilere ne kadar hassas kaldıklarını etkiler (Bick ve ark., 2016).

Genetik süreçler doğum öncesi dönemin çoğunda baskındır. Buna karşılık, beyin gelişiminin postnatal evreleri, deneyime dayanmaktadır. Her ne kadar genler beyin gelişimi için genel bir plan hazırlasalar da, her biri kendine özgü bir genetik plana sahipken, çevre bu planın ne ölçüde uygulanacağını belirler. Buradaki örtük, genomik seviyedeki değişikliklerin, çevreden gelen sinyallerin kullanım şeklini etkileyeceği; çevredeki diğer varyasyonlar ve beyne sağlanan ilgili girdiler de sinir gelişimini yönlendiren gen ekspresyon şablonlarını etkilemektedir (Berans ve ark., 2017; Bick ve ark., 2016).

Çevresel girdilerin zamanlaması aynı zamanda beynin normal gelişme potansiyelini de çok önemli derecede şekillendirmektedir. Beynin olgunluğa ulaşması için, çevreden gelen belirli sinyallerin gelişimdeki belirli noktalarda mevcut olacağı varsayılmaktadır. Bu süreç ‘deneyim-beklentili’(experience expectant) olarak adlandırılır. Eğer birey o deneyimi doğru zamanda yaşamaz ise beklenen bir dizi gelişim basamağı gerçekleşmemiş olur. Diğer işlemlerde olduğu gibi, daha basit devre için hassas dönemler, daha karmaşık olan devrelere göre daha erken gelişir (Johnson ve ark., 2013; Bick ve ark., 2016; Hughes ve ark., 2017).

Beyin gelişimi en temel sistemlerle (beyin sapı, duyusal motor bölgeleri) başlar ve en karmaşık (prefrontal korteks) ile biter. Üstelik, daha sonra gelişen, daha gelişmiş devrelerin temeli, daha temel işlemlerin ve devrelerin deneyime dayalı gelişimine bağlıdır. Örneğin, bir dizi sese maruz kalmak, konuşma ve dil anlama da dahil olmak üzere yüksek dereceli süreçlerin geliştirilmesi için gerekli olan, işitsel

algıyı temel alan (konuşma algısı dahil) sinir devrelerinin gelişimini destekler (Bick ve ark., 2016).

Özetlemek gerekirse, insan beyni belirli bir dizi parametre içerisinde gelişmeye başlamıştır. Olgunluk genetik ve çevresel faktörler ve zaman içindeki karmaşık etkileşimleri ile ortaya çıkar. Beyin gelişimindeki hassas dönemlerde (fırsat pencerelerinde) beklenen girdi olmaması beynin genetik potansiyeline ulaşma yeteneğini tehdit eder. Hassas dönemler 'iki ucu keskin kılıç' olarak adlandırılır, çünkü bu dönemler deneyimlerin ve ortamların gelişim üzerinde orantısız derecede büyük bir etkiye sahip olduğu 'fırsat penceleri'dir. Bu dönemlerde beyin, hem pozitif hem de negatif çevresel uyaranlara adapte olabilir (Johnson ve ark., 2013; Bick ve ark., 2016; Fiş ve ark., 2009).

1.3.4.2 Stres Tepki Spektrumu (Pozitif-Tolerable-Toxic Stres)

Stres Cevabının Anatomisi ve Fizyolojisi

Strese olan cevap hem merkezi hem de çevresel bileşenlere sahiptir. Merkezi sistem bileşenleri; amigdala, hipotalamus, lokus seruleustur. Stres cevabının çevresel bileşenleri, sempato-adrenomedüler (SAM) ekseni ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini içerir. Strese yanıt olarak, SAM ve HPA eksenlerinin her ikisi de aktive edilir. Amigdalanın aktivasyonu, merkezi yapılar tarafından modüle edilir: hipokampüs (öğrenme ve hafıza için önemlidir), prefrontal korteks (yürütücü fonksiyonlarda bilişsel olaylarda yer alır) ve ponstaki lokus seruleus (stres yanıtı sırasında otonomik etkilere aracık etmekten sorumludur) (Bucci ve ark., 2016).

Sempato-adrenomedüler eksen aktivasyonu

Uyaran bir stresör olarak yorumlandığında, SAM ekseni aktive edilir, norepinefrin ve epinefrin (aynı zamanda noradrenalin ve adrenalin olarak da bilinir) gibi katekolaminler serbest bırakılır. Sempatik sinir sistemi (SSS)'nin aktivasyonu

hem merkezi hem de periferik sinir sistemi modülatörlerine sahiptir ve bir dizi birbirine bağlı nöron aracılığı ile çalışır. Lokus seruleus, omuriliğin sempatik nöronlarını aktive eder; bu damarlara, ana organlara, salgı bezlerine ve vücudun norepinefrin salgıladıkları diğer bölgelerine dağıtılır. Sempatik nöronlar ayrıca adrenal medulladan epinefrin salgılanmasını aktive eder. Dolaşımdaki norepinefrin ve epinefrin, eş zamanlı fizyolojik değişikliklerin aktivasyonu yoluyla; kan, oksijen ve enerjinin hayati organlara yönlendirilmesini ve kullanılabilirliğini arttırmak için 'savaş ya da kaç' yanıtını harekete geçirir (Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017).

Hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen aktivasyonu

Bir strese yanıt olarak SAM eksenini harekete geçirmenin yanı sıra, amigdala ve lokus seruleus da HPA ekseninin aktivasyonunu indükleyen hipotalamusa işaret verir. Stresörlere maruz kalma sırasında HPA ekseninin aktivasyonu; kortikotropin salgılayan hormonun (CRH) ve arginin vasopressinin (AVP), hipotalamustan hipofiz bezine salınımını arttırır. Buna karşılık, hipofiz bezi adrenokortikotropin hormonunu (ACTH) kan dolaşımına salgılar. ACTH, glukokortikoidleri salgılayan adrenal korteksi hedefler. Glukokortikoidler, HPA ekseninin kortizol ile son efektörleridir. Fizyolojik olarak normal HPA ekseni işlevi, karşılıklı etkilere sahip iki kortikosteroid reseptörünün dengeli aktivasyonuna bağlıdır: mineralokortikoid ve glukokortikoid reseptörleri. Minerakortikoid reseptörleri hipotalamusta bulunur ve kan basıncını, HPA ekseni sirkadiyen ritmini, serebral glikoz kullanılabilirliğini ve nöronal duyarlılığı düzenler, böylece bir savaş ya da kaç yanıtı gerektiğinde organizmayı hazır hale getirir (Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017).

Glukokortikoid reseptörleri, hiptalamusta ve ön hipofizde bulunur. CRH ve ACTH sekresyonunun negatif geri besleme inhibisyonu yoluyla stres yanıtının sona ermesinde önemli bir rol oynar. Bu negatif geri besleme döngüsü, organizmanın glukortikoidlere toplam doku maruziyetinin süresini sınırlandırmakta, bu hormonların biyolojik sistemler üzerindeki etkilerini en aza indirgemekte ve

organizma artık stresöre maruz kalmazken, strese cevap sırasında gözlenen etki zincirini sonlandırmaktadır (Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017).

SAM ve HPA eksenleri, MSS'nin diğer ana bileşenleriyle de etkileşime girer:

-Ödül merkezi (mezokortikolimbik sistem); biliş ve motivasyon açısından önemlidir ve madde bağımlılığı ve uyuşturucu bağımlılığı için bir hedeftir. Bu sistem, ventral tegmental alandaki (VTA) dopaminerjik nöronlardan oluşur; beynin doğal motivasyon, güçlendirme ve ödül devrelerinde yaygın olarak yer alır. VTA, prefrontal korteks de dahil olmak üzere beynin birçok bölgesine yayılan nöronları içerir.

-Duygusal merkez (amigdala- hipokampüs kompleksi); hafıza, karar verme ve duygusal tepkiler (özellikle korku) için önemlidir ve stresörün ilgili bilgilerinin alınması ve duygusal analizine aracılık eder.

-Termoregülatuar merkez; çekirdek sıcaklığını arttırır ve proinflamatuar sitokinlerin, tümöz nekröz faktör-a'nın, interlökin (IL)-1 ve IL-6'nın pirojenik etkilerine aracılık eder.

-Hipotalamustaki iştah-doyma merkezi, strese cevap olarak iştahı düzenler. CRH konsantrasyonlarındaki akut yükselmeler iştahsızlığa neden olabilir (Bucci ve ark.,2016).

Birey artık strese maruz kalmadıysa veya destekleyici bir bakıcının yanındaysa ve vücudun strese adapte olmasına yardımcı olan etkili başa çıkma mekanizmaları varsa, otonom sinir sisteminin parasempatik alt bölümü SAM'ın aktifleşmesini engeller. Kortizol, CRH ve ACTH sekresyonuna negatif feedback ile etki eder ve HPA ekseninin aktivasyonunu sonlandırır. Böylece stres tepkisi sonlandırılır ve vücudun homeostaza dönmesi kolaylaştırılır (Johnson ve ark., 2013; Bucci ve ark., 2016; Fiş ve ark., 2009).

Stres Tepkisinin Düzenlenmesi

Normal fizyolojik stres yanıtı, hayatta kalmak için gerekli olan homeostazı korumak için uyarlanmış ve zaman sınırlı bir süreçtir. Homeostaz, biyolojik sistemlerin vücut ısısı ve enerji dengesi gibi temel fizyolojik değişkenlerin iç stabilitesini korumak için sahip oldukları kendi kendini düzenleyen özellikleri ile elde edilir. Homeostazı sağlamanın bir parçası olarak organizma, stres yanıtının hem merkezi hem de çevresel bileşenlerinden aşırı tepki almayı önlemek için başarılı bir adaptasyon için gerekli olan süreçleri aktive eder. Allostasis olarak bilinen bu adaptif süreçler, organizmanın dış ve iç değişiklikleri tespit etme ve uygun adaptif yanıtları harekete geçirme yeteneğine dayanır. Stres tepkisinin zaman sınırlı doğası, sistemik kısa süreli değişimlerini çocuğun adapte stres tepkisinin sağlıklı gelişimi için tolere edilebilir ve faydalı kılar. Allostasis, stresli bir durumla başa çıkma bağlamında organizmanın adaptasyon sürecini ifade eder. Ancak, stresli duruma maruz kalma yoğun, kronik veya tekrarlanırsa ve hassas gelişim dönemlerinde ve tamponlama faktörü olmadan ortaya çıkarsa, bu allostatik işlemlerin uzun süreli veya sık ve düzensiz aktivasyonuna neden olarak zamanla toksik olabilir (Johnson ve ark., 2013; Bucci ve ark., 2016).

Stresöre fizyolojk cevap; stresörün şiddeti, bireysel genetik özellikler, gen-çevre etkileşimleri, aile ortamı ve gelişim deneyimleri gibi bağlamsal ve biyolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Biyolojik ve sosyal esnekliği içeren koruyucu faktörler de vücudun çevresel strese nasıl tepki verdiğini belirlemede rol oynar (Johnson ve ark., 2013; Bucci ve ark., 2016). Stres tepkisi spektrumu, Çizelge 1.1'de gösterildiği gibi; pozitif, tolere edilebilir ve toksik stresi içermektedir.

Çizelge 1.1 Stres Tepkisi Spektrumu

STRESE KARŞI CEVAP		
Pozitif	**Tolere edilebilir**	**Toksik**
Hafif veya orta şiddetteki strese fizyolojik cevap	Zaman kısıtlı stresöre adaptif cevap	Yoğun ve sürekli strese karşı maladaptive yanıt
Stres yanıtının kısa aktivasyonu kalp atış hızını, kan basıncını ve hormonal seviyeyi yükseltir	Stres yanıtının zaman sınırlı aktivasyonu, kısa vadeli sistemik değişikliklerle sonuçlanır.	Çocuklarda stres yanıtının uzun süreli aktivasyonu beyin mimarisini bozar ve hastalık riskini arttırır
Homeostaz, vücudun doğal başa çıkma mekanizmalarıyla hızla iyileşir	Homeostaz, bakmakta olan erişkin veya diğer tamponlama sistemlerinin varlığıyla iyileşir	Uzun süreli allostasis kronik stres yanıtı oluşturur
Örnek;Okulda zor bir sınav, spor yarışına katılmak	Örnek; Göç, doğal afet	Örnek; İstismar,ihmal,aile içi şiddet

Stres Cevabının Biyolojik Değişimleri

Toksik stres yanıtı özellikle çocuklar için geçerlidir; çünkü gelişen beyin oldukça plastiktir ve çevreden etkilenir. Stres tepkisinin düzensizliği beyin mimarisine zarar verebilecek ve genellikle nöroendokrin bağışıklık devresi olarak adlandırılan yüksek derecede entegre biyolojik sistemler olan **sinir, endokrin ve bağışıklık** sistemlerini etkileyebilecek önemli biyolojik değişiklikler üretir. Erken çocukluk döneminde stres yanıtının uzun süreli veya sık olarak aktivasyonu, SAM ve HPA eksenlerinin ana aracıları ve düzenleyicileri olan önemli alanlardaki nöronal bağlantıları azaltır. Toksik stres tepkisi sırasında, organizma, negatif geri besleme düzenlemesinin bozulması nedeni ile SAM ve HPA eksenlerini düzenleyemeyebilir. Bu düzensizlik SAM ve HPA eksenlerinin uzun süreli bir aktivasyonuna ve stres kaynaklı hormonların (örn;kortizol) ve katekolaminlerin (örn;epinefrin ve norepinefrin) salınmasının düzensizliğine yol açabilir. Sonuç olarak, dolaşan stres kaynaklı hormonlar ve katekolaminler, kronik olarak aşırı veya kronik olarak eksik olabilir (Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017; Heim ve ark., 2018).

Sinir sisteminde, ÇÇOYD'lerine maruz kalmak; hipokampus, amigdala ve prefrontal korteks gibi beynin strese duyarlı bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olur. Prefrontal kortekste, olumsuzluklara kronik maruz kalmanın, çocuklarda prefrontal korteks sinaptik plastisitesinin azalmasına neden olduğu ve yetişkinlerde selektif prefrontal korteks atrofisiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Amigdalada, strese kronik maruz kalma, çocuklarda artan amigdala hacmine ve yetişkinlerde atrofiye bağlanmıştır. Hipokampusta, uzun süreli strese maruz kalma yetişkinlerde hipokampal hacminin azalması ile ilişkilendirilmiştir (Bucci ve ark., 2016; Fırat ve ark., 2012).

Endokrin sistemde, HPA eksenin kronik aktivasyonu ile tutarlı hormon düzeylerinde değişikliğe; artmış CRH seviyesi, düşük sabah kortizol seviyesi ve yükselmiş öğleden sonra kortizol seviyesine neden olur (Bucci ve ark., 2016; Fırat ve ark., 2012; Twardosz ve ark., 2010).

HPA ekseninin kronik düzensizliği immün ve enflamatuar yanıt üzerinde derin etkilere sahiptir çünkü hemen hemen immün yanıtın tüm bileşenleri glukokortikoidlerden etkilenir. Nöroendokrin immün devresi sitokinler ile etkileşime girerek hem doğuştan hem de kazanılmış bağışıklığın düzenlenmesinde kilit rol oynayan sinyaller ve çoğu vücut dokusunun ve organ sisteminin gelişimi ve metabolizması için gereklidir.

Bir stres yanıtı sırasında SSS'nin aktivasyonu, sistemik dolaşımdaki proinflamatuar sitokinlerin salgılanmasını indükleyerek organizmada enflamatuar yanıtta sürekli bir yükselişi tetikler. Proinflamatuar sitokinler, olası enfeksiyonları önlemek için bağışıklık sistemi tarafından üretilir ve 'hastalıkta davranış' olarak bilinen karmaşık adaptif yanıtın aktivasyonundan sorumludur. Proinflamatuar sitokinler ayrıca bir immün yanıt sırasında HPA ekseni ile etkileşime girer. Kortizol salgılamak için HPA eksenini aktive ederler ve kortizol, tehdit ortadan kalktıktan sonra HPA eksenini ve enflamatuar yanıtı kapatmak için negatif geri besleme inhibisyonuna katılır. Kronik bir toksik stres yanıtı sırasında gözlenen uzun süreli düzensizlik, anti-enflamatuar yolakları inhibe eder ve yüksek C-reaktif protein (CRP) ve proinflamatuar sitokin seviyeleri gibi inflamasyon düzeylerinin yükselmesine neden olur (Bucci ve ark., 2016; Heim ve ark., 2018).

Biyolojik Yerleşik Etki (Biological Embedding)

Biyolojik yerleşik etki (embedding); başlangıçta geçici, homeostatik tepkilerin fizyolojiyi kalıcı olarak değiştirdiği süreçler olarak tanımlanır. Yaşamın erken döneminde gerçekleşen olaylar, hassas ve kritik periyotların ve yüksek plasitisitenin varlığından dolayı, vücudun olaylara karşı olan tepkisini kalıcı olarak etkiler (Johnson ve ark., 2013; Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017; Twardosz ve ark., 2010).

Epigenetik süreçler, biyolojik yerleşik etkiyi yönlendiren kilit bir mekanizma ailesini temsil eder. Epigenetik, gen aktivitesinde ve DNA sekansında değişiklik yapılmadan meydana gelen ekspresyondaki kalıtımsal değişiklikler olarak tanımlanır.

Bu değişiklikler sıkı bir şekilde 2 ana epigenetik modifikasyonla düzenlenir: DNA metilasyonu ve histon modifikasyonları. Epigenetik düzenleme tipik olarak çoklu organ sistemlerinin hücrelerinde meydana gelir, bu nedenle bu yapıların nasıl geliştiğini ve işlediğini etkiler. Veriler, bu kimyasal değişikliklerin yaşamın erken dönemindeki olumsuz deneyimlere karşı oldukça duyarlı olduğunu göstermektedir (Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017; Fırat ve ark., 2012).

Bazı genler epigenetik olarak ancak hassas gelişim dönemlerinde değiştirilebilirler. Organ sistemleri hala gelişmekte iken, yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen epigenetik değişikliklerin uzun vadeli fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları üzerinde önemli etkileri olabilir. Bu nedenle, hassas gelişim dönemlerinde kronik olarak aktive olmuş toksik stres yanıtının neden olduğu epigenetik düzenleme, sistemlerin erişkinlikte strese nasıl tepki verdiğini etkiler ve kronik hastalık riskinde artışa neden olur (Bucci ve ark., 2016; Berans ve ark., 2017; Twardosz ve ark., 2010; Fırat ve ark., 2012; Heim ve ark., 2018).

Beyin, özellikle gelişiminin hassas olduğu dönemlerde yaşamın erken dönemlerindeki strese duyarlıdır; bu da mimarisinin nasıl olgunlaştığını ve işlediğini etkiler. Çocukluk çağında şiddetli ve uzun süreli strese maruz kalmak beyinde sinir sisteminin gelecekteki sorunlara nasıl tepki vereceğini etkileyebilecek uzun süreli değişikliklere yol açabilir. Örneğin, hayvan modellerinde ve koruyucu bakımdaki çocuklarla yapılan çalışmalarda, doğumdan hemen sonra maternal bakımdaki farklılıklar, bir çocuğun davranışsal ve nöroendokrin stres yanıtlarında epigenetik programlamanın güçlü rolünü göstermiştir. Hayvanlarda, doğumdan hemen sonra stresli deneyimlerin, beyindeki reseptörlerin kimyasal yapısını değiştiren epigenetik değişikliklere neden olduğu ve bunun da savaş ya da kaç tepkisinin aktivasyonunu düzenlediği gösterilmiştir.

Çocuklarla yapılan çalışmalar, şiddetli olumsuz deneyimler ile yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk dahil olmak üzere daha sonraki akıl hastalıkları için risk artışı arasındaki ilişkileri göstermiştir. Kronik olarak düzensiz stres tepkileri ayrıca, astım, hipertansiyon, kalp hastalığı ve diyabet gibi diğer kronik

hastalıkların artmış riski ile ilişkili epigenetik değişikliklerle sonuçlanabilir (Bucci ve ark.,2016; Berans ve ark., 2017; Twardosz ve ark., 2010; Fırat ve ark., 2012; Heim ve ark., 2018).

Olumsuz yaşam deneyiminin aksine destekleyici bir ortam pozitif epigenetik değişiklikler oluşturabilir. Son araştırmalar, epigenetik değişikliklerden sonra bile negatif değişiklikleri tersine çevirmenin ve çocuk ve bakıcı arasındaki pozitif etkileşimler yoluyla normal fizyolojik işlevi geri kazanmanın mümkün olabileceğini göstermiştir. Hayvanlarda, bu pozitif epigenetik değişikliklerin örnekleri, öğrenme ve hafıza gibi bilişsel becerilerin gelişimidir (Johnson ve ark., 2013; Bucci ve ark., 2016; Twardosz ve ark., 2010).

1.4 Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Kuramlar

Çocuk istismarı ve ihmalini açıklamaya çalışan kuramlar; 1960'larda psikolojik, 1970'lerde sosyolojik ve 1980'li yıllardan sonra da ekolojik/etkileşimsel kuramlardır (Teicher ve ark., 2003; Belsky, 1993; Gıovannoni, 1989, s:37).

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerini ve nasıl oluştuğunu en kapsamlı biçimde açıklayan modellerin ekolojik/etkileşimsel modeller olduğu var sayılmaktadır (Scannapieco ve ark., 2007).

Çocuk istismarının kuşaklararası geçişini ve olası risk faktörlerini açıklamak amacıyla Cichetti ve Rizley etkileşimsel bir tablo oluşturmaya çalışmışlardır. Bu modelde, çocuk istismar ve ihmalinin tek bir olumsuz olaya dayanarak açıklanmasının mümkün olmadığına dikkat çekilmiştir. Çevresel güçler, ebeveyn özellikleri ve çocuğun özellikleri arasında karşılıklı ve dinamik etkilerin olduğu ifade edilmiştir. Nasıl çevre çocuğun gelişimini ve danranışlarını etkiliyor ise çocuk da çevreyi ve kendi gelişimini etkileyebilmektedir (Cicchetti ve ark., 1987; Cicchetti ve ark., 1993).

Etkileşimsel modelde çocuk istismarı ve ihmalinin risk faktörleri; istismarı arttırıcı (potantiating) ve ödünleyici (compansetory) faktörler olarak 2 ana başlık altında incelenmiştir.

Ayrıca bu faktörler kendi içinde ; geçici ve kalıcı faktörler açısından da incelenmektedir (Cicchetti ve ark.,1987).

Böylece Çizelge 1.2'de izlenebileceği gibi dört faktöre ulaşılmaktadır.

Çizelge 1.2 Çocuk İstismarını ve İhmalini Etkileyen Faktörler

	Çocuk İstismarı ve İhmalini Etkileyen Faktörler	
	Arttırıcı Faktörler	Ödünleyici Faktörler
Kalıcı Faktörler	*İncinebilirlik faktörleri* *Riski arttıran koşullar ya da kalıcı faktörler*	*Koruyucu faktörler* *Riski azaltan özellik ya da kalıcı faktörler*
Geçici faktörler	*Zorlayıcı faktörler* *Geçici ama önemli stres faktörleri*	*Tampon faktörler* *Stres ya da zorlayıcı özelliklerdeki geçici artışlara karşı tampon oluşturabilecek faktörler*

(Kaynak: Tablo Cichetti ve Rizley, 1981,s.43)

İncinebilirlik faktörleri: İstismar riskini ve onun kuşaklar arası aktarılmasını arttıran kalıcı olan koşul ya da faktörleri kapsamaktadır. İncinebilirlik faktörleri, çocuk, ebeveyn ya da çevre ile ilgili olabilmektedir. Çocuğun özürlü olması, güç mizacının olması, ebeveynin çocukluğunda istismar edilmiş olması, ebeveynlerin şiddete eğilimli olması, güçlük koşullarında toleranslarının az olması, çocuk büyütme ve disiplin yöntemleri, yoksulluk, işsizlik, yaşanılan çevrede sosyal imkanların az olması, ebeveynlik becerilerinin yeterli olamaması gibi faktörlerdir (Yılmaz, 2008; Cicchetti ve ark., 1987; Cicchetti ve ark., 1993; Belsky, 1980).

Zorlayıcı faktörler: Ebeveylerin çocuklarını istismar etme eğilimini arttırabilecek ailede huzursuzluğa yol açabilecek geçici stres veya zorlayıcı

faktörlerdir. Zorlayıcılar kısa süreli stresörler olarak tanımlanmaktadır. Sevilen birinin kaybı, statü ya da iş kaybı, geçici sağlık sorunları, evlilik ile ilgili problemler zorlayı faktörler olarak sayılabilir (Yılmaz, 2008; Cicchetti ve ark., 1987; Cicchetti ve ark., 1993; Belsky, 1980).

Koruyucu faktörler: İstismarın olma olasılığını azaltabilecek kalıcı koşul ya da özelliklerdir. Çocuğun olumlu mizacı, uyum sağlama becerisi, fiziksel olarak çekici olması, zeka seviyesinin iyi olması, iletişim becerilerinin iyi olması, ebeveynlerin çocukluklarında iyi bir ebeveyne sahip olma geçmişi gibi faktörlerdir (Yılmaz, 2008; Cicchetti ve ark.,1987; Cicchetti ve ark., 1993; Belsky, 1980).

Tampon faktörler: Ebeveynleri ve çocuğu stresten ve zorlayıcılardan koruyabilecek ya da bunları engelleyebilecek geçici özellik ya da faktörlerdir. ebeveynlerin maddi gelirlerinin iyi olması, sosyal imkanların yeterli olması gibi özelliklerdir (Yılmaz, 2008; Cicchetti ve ark., 1987; Cicchetti ve ark., 1993; Belsky, 1980).

İstismarı arttırıcı faktörler eğer ki koruyucu faktörlerden fazla olur ise istismar meydana gelecektir. Koruyucu faktörlerin azalması ve arttırıcı faktörlerin artması durumunda da istismarın kuşaklar arası geçişi söz konusu olabilecektir (Cicchetti ve ark., 1987).

Ekolojik/etkileşimsel modelde ayrıca dört gelişimsel düzey tanımlanmakta olup bunlar;

1) Makrosistem: Şiddet düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda şiddetin yüksek düzeylerini tolere etmeye yönelik bir eğilim vardır.

2) Eksosistem: Aile, iş, komşuluk ilişkileri, sosyal hizmetler gibi sosyal yapılara işaret etmektedir.

3) Mikrosistem: Aile, ebeveyn ve çocuklara ilişkin özellikler; ebeveynin istismar geçmişi, kişilik özellikleri, çocuğun sağlık sorunlarının olması gibi faktörleri kapsamaktadır.

4) Bireysel düzey: Kişinin gelişimsel dönemlerindeki temel konulardaki başarısı, bireysel düzeyde yeterliliğin veya yetersizliğin belirlenmesindeki en önemli unsurdur. Bağlanma, duygu düzenlenmesi, baş etme becerileri, etkili akran ilişkileri ve okula uyum sağlamak bu düzeyde incelenen konulardır (Cicchetti ve ark.,1987; Cicchetti ve ark., 1993; Belsky, 1980).

Makrosistem, eksosistem, mikrosistem ve bireysel düzeydeki ödünleyici faktörler şiddet olasılığını düşürerek risk faktörleri ise şiddeti arttırarak etkili olur. Her bir gelişim düzeyindeki koruyucu ve tampon faktörlerin incelenmesi, çocukların şiddete maruz kalmalarına rağmen nasıl başarılı yeterlilik sergilediklerini anlamaya yardımcı olabilir.

Her bir düzeydeki incinebilirlilik ve zorlayıcı faktörler çocukların yaşadıkları sorunları çözmelerini zorlaştırıp yetersizliğe yol açabilir. Koruyucu ve tampon faktörler ise çocuğun sağlıklı gelişimine yol açar (Cicchetti ve ark., 1987; Cicchetti ve ark., 1993; Belsky, 1980; Hutchison, 1980).

1.5 Psikolojik Sağlamlık (Dayanıklılık)

Kişilerin, her ekolojik düzeydeki (makrosistem, eksosistem, mikrosistem, bireysel düzey) incinebilirlik ve koruma etmenlerine karşı yanıtları ve bu etmenler ile etkileşimleri, gelişimsel sonuçlarda farklılıklara neden olmaktadır. Bireyler, temelde aynı gelişimsel rotadan yola çıksalar dahi, yaşadıkları olaylara farklı tepkiler verebilir. Yolun psikopatolojiye mi yoksa dayanıklılığa mı varacağı; ekolojik/etkileşimsel modelde belirtilen her bir düzeydeki risk ve koruyucu faktörlerin aynı zamanda bu düzeylerin birbirini etkileyen karmaşık etkileşimi

belirlemektedir (Cicchetti,2010; Cicchetti ve ark.,1987; Cicchetti ve ark.,1993; Scannapieco ve ark., 2007).

1.5.1 Tanım

Psikolojik sağlamlık konusunda yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde ilk olarak 1960'larda risk altında olan çocuklarla olan çalışmalar göze çarpmaktadır. Risk altında olmalarına rağmen bazı çocukların sağlıklı gelişim gösterdiği fark edilmiş sonraki yıllarda da bu çocukların önemini vurgulamaya başlayan yayınlar ortaya çıkmıştır (Masten, 2001; Luthar ve ark., 2000).

İlk yayınlarda, psikolojik olarak sağlamlık gösteren çocuklar için "strese dayanıklı" tanımlamaları kullanılmış ve bu çocukların olağanüstü birtakım özekliklerinin olduğu düşünülmüştür. Ancak Masten, "ordinary magic" adlı yazısında psikolojik sağlamlık sergileyen çocukların, olağanüstü özellikler taşımadığını belirtmiştir. Psikolojik sağlamlığa etki eden koruyucu faktörler aslında her çocuğun normal büyüme ve gelişim gösterebilmesi için olması gereken unsurlardır. Çocukların gelişim sürecinde var olması gereken ve koruyucu etkisi gözlenen özellikler geliştirilirse risk altında yaşayan bireylerin yeterliliğini arttırabilecek sonuçlara ulaşabilmenin mümkün olabileceği ifade edilmiştir (Masten, 2001; Luthar ve ark., 2000).

Psikolojik sağlamlılık; yetersizliğin oluşmasına neden olan stresli olayların sonrasında yeterliliğin sürdürülmesi veya davranışların düzeltilmesi ve iyileşme kapasitesi şeklinde tanımlanmıştır (Masten, 2001; Luthar ve ark., 2000). Bu tanıma göre psikolojik sağlamlık, bireylerin riskten etkilenilebildiği ancak zamanla bu etkinin azaltılıp geri dönüşün olduğu bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

Psikolojik sağlamlık için iki önemli koşul söz konusudur;

1) Travmaya veya ağır bir güçlüğe maruz kalınması

2) Güçlüğe rağmen pozitif adaptasyonun başarılması.

Psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; her hangi bir güç koşul sonrası dayanıklılık sergileyen bir bireyin başka bir güçlük veya risk koşul söz konusu olduğunda dayanıklılık sergilemeyebileceği vurgulanmıştır. Psikolojik sağlamlığın bir kişilik özelliği olarak değil bir süreç olarak ele alınması gerektiği ifade edilmiştir (Masten, 2001; Luthar ve ark., 2000; Luthans ve ark., 2006; Shonk ve ark., 2001).

Psikolojik sağlamlık ile karışabilen bazı kavramların incelenmesi bu kavramın daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. En çok anlam karışıklığı yaratan kavramlardan biri benlik dayanıklılığı (ego resiliency) dır. Benlik dayanıklılığı; güçlülük, çalışma kararlılığı, zorlu çevresel koşullara yanıtta esnek davranabilmek olarak değerlendirilen bir kişilik özelliğidir. Psikolojik sağlamlık ise bir kişilik özelliği değil gelişimsel bir süreçtir.

Diğer bir kavran olan umut (hope) hayatta pozitif beklentilere sahip olmaktır ancak pozitif beklentilerin olabilmesi için güçlük koşullarında olmak gerekli değildir. Psikolojik sağlamlılığın tanımında ise birinci şart güçlük koşulunda bulunmaktır. Umut kavramında sadece beklentiler değerlendirilirken psikolojik sağlamlıkta gelişimsel sonuçların olması gerekmektedir.

İyimserlik (optimism) ise bireylerin hayatta iyi sonuçlar ile karşılaşacağına ilişkin beklentisidir. İyimserlikte psikolojik sağlamlıkta olması gereken güçlük yaşantısının varlığı gerekli değildir.

Bahsedilen özellikler ‘psikolojik sağlamlık’ sürecini kapsama konusunda yetersizdir. Buna rağmen bahsedilen özellikler kişilerin riskli koşullarda sergilenen psikolojik sağlamlık sürecinde pozitif etkilere sahiptir. Örneğin kişinin umut edebilmesi, istismar yaşantısının ardından koruyucu faktör olarak etkili olup kişinin

dayanıklılık geliştirmesine yardımcı olur (Luthar ve ark.,2000; Luthans ve ark., 2006; Shonk ve ark., 2001).

İncelenen yayınlarda, psikolojik sağlamlığın kalıcı bir özellik olmadığı da vurgulanmaktadır. Psikolojik sağlamlık; bireyin, çevrenin ve zamanın birbiri ile etkileşiminin sonucu olarak sağlanabilmektedir. Bir gelişim döneminde psikolojik sağlamlığı düşük olarak tanımlanan bir birey sonraki gelişim döneminde psikolojik sağlamlılığı yüksek olarak değerlendirilebilir. Aynı şekilde her hangi bir dönemde psikolojik olarak sağlam olarak değerlendirilen bir birey sonraki bir dönemde psikolojik sağlamlığı düşük olarak değerlendirilebilir. Bir konuda psikolojik sağlamlık gösteren bir birey başka bir güçlük söz konusu olduğunda aynı dayanıklılığı gösteremeyebilir. Dolayısıyla psikolojik sağlamlık, birey ve çevre özelliklerinin etkileşimine bağlı olmaktadır (McGloin ve ark., 2001; DuMont ve ark., 2007; Masten ve ark., 1998).

Psikolojik sağlamlık alanında yapılan çalışmalar, güçlük koşulunda olan çocuklarda çevre ile olan etkileşimleri inceler ve bu çocuklarda yeterliliğin geliştirilmesine olanak sağlayan müdahale çalışmaları hakkında fikirler verebilir (McGloin ve ark., 2001; DuMont ve ark., 2007; Masten ve ark., 1998).

Psikolojik sağlamlığın tanımlanmasında iki konunun önemi vurgulanmaktadır. Birincisi güçlük koşulunun ikincisi de gelişimsel alandaki yeterliliğin tanımlanmasıdır (Cicchetti, 2010; Masten, 2001). Aşağıdaki bölümde psikolojik sağlamlık çalışmalarında güçlük ve yeterliliğin tanımlanmasına ilişkin araştırmalar sunulacaktır.

1.5.2 Psikolojik Sağlamlık Çalışmalarında Güçlüğün Tanımlanması

Psikolojik sağlamlık olarak tanımlanabilmesi için kişinin gösterdiği yeterliliğin güçlük koşulunda sergilenmesi gerekmektedir. Eğer yeterlilik güçlük koşulunda

gerçekleşmez ise bu durum psikolojik sağlamlık olarak tanımlanmaz (Cicchetti, 2010).

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; güçlük koşulunu saptamak için bazen tek bazen de birden fazla güçlük yaşantıları seçilmiştir. Literatürde güç koşulu tanımlamak için seçilen değişkenlerden bazıları; yoksulluk, anne ve babanın boşanması, ebeveyn psikopatolojisi, savaş, aile içi şiddete maruz kalmak, çocuk istismarı ve ihmali, deprem gibi doğal afetlerdir (Masten,2001; Shonk ve ark., 2001; Masten ve ark., 1998; Luthar ve ark. 1999, s:129).

Yaşanılan güçlükler genellikle izole bir şekilde olmayıp farklı risk faktörlerinin beraber görülme olasılığı yüksektir. Araştırmalarda tek bir güçlük koşulunun seçilmesi çalışmanın geçerlik ve güvenirliliğinde sorunlara yol açabilir. Bu nedenle ölçülmek istenilen güçlükle beraber onunla ilişkili olabilecek diğer olası durumların da ölçülmesi önerilmektedir. Bir tek ölçüm yapmaktansa güçlüklerin beraber değerlendirilmesinin daha güvenilir olduğu ifade edilmiştir. Güçlüklerin beraber değerlendirilmesi, gerçek yaşam ile daha fazla uyumlu olacağından bu tarz çalışmalarda geçerlik ve güvenirliliğin de daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Ölçümlerin geçerlik ve güvenirliğinin yüksek olması da müdahale çalışmalarının etkinliğini artırabileceği belirtilmektedir (Shonk ve ark.,2001; Luthar ve ark., 1999, s:129).

1.5.3 Psikolojik Sağlamlık Çalışmalarından Yeterliliğin Tanımlanması

Psikolojik sağlamlık çalışmalarında diğer önemli konulardan biri de yeterliliğin tanımlanmasıdır. Yeterlilik kişinin toplumda yaş ve cinsiyetine uygun olan beklentileri karşılaması, toplumsal beklentilerle paralellik gösteren gelişimsel görevleri yerine getirmesi olarak değerlendirilmektedir (Masten, 2001; Masten ve ark., 1998).

Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde bireyin gelişim döneminin özelliğine uygun biçimde yeterlilik kriterlerinin; dil gelişimi, motor becerilerinin gelişimi, problem çözme becerileri, sosyal uyum sağlama, kurallara uymak, okul yıllarında arkadaşlar ile olan ilişkiler, akademik başarı ve yetişkinlik döneminde antisosyal davranışın azlığı, iş verimliliği, akademik başarı, sosyal başarı, yaşam doyumu olarak seçildiği görülmüştür (Masten 2001; Masten ve ark.,1998).

Literatürde hem davranışsal puanlar, akademik başarı gibi dışsal bir yeterlilik kriterinin hem de psikolojik olarak iyi olmak gibi içsel bir yeterlilik kriterinin beraber ele alınmasının daha iyi olabileceği belirtilmektedir.

Psikolojik sağlamlık ile ilgili dikkate alınması gereken diğer bir husus da kişilerin gösterdikleri gelişimin olağandışı olmasına gerek yoktur. Bu kişilerin normal seviyede bir yeterliliğe sahip olması yeterlidir (Masten ve ark., 2012).

Yeterliliğin doğru bir biçimde tanımlanması için yeterliliğin belirlenmesinde güçlük alanına özgü doğru bir kriterin seçilmesi önemlidir. Bunun için öncelikli olarak güçlüğün literatürde tanımlanmış etkileri incelenmeli, sonrasında o güçlüğe özgü yeterlilik alanının belirlenmesi gerekmektedir (Luthar ve ark.1999, s:129; Masten ve ark., 2012).

1.5.4 Bilişsel Üçlü

Beck'in öne sürdüğü bilişsel model incelediğinde; depresyonun meydana gelmesinde bilişsel hataların, şemaların, bilişsel üçlünün ve otomatik düşüncelerin rol aldığı görülmektedir. Depresyonun oluşmasına neden olan olumsuz içerikli şemalardır. Şemalar, benlik ve benliğin dünyayla olan ilişkisi hakkındaki olgunlaşmamış, katı tutumlardan oluşmaktadır. Stres ile birlikte tetiklenen şemalar bilişsel hataların oluşmasına neden olmaktadır. Bilişsel hatalar da algının ve düşüncelerin olumsuz bir şekilde gerçeği yansıtmayan, aşırı ve bozuk olmasına yol açmaktadır.

Bütün bu süreçlerin sonucunda depresif bir bireyde aşağıdaki algılar oluşur;

1)Negatif gelecek algısı (yaşanılan acıların ve güç koşulların süresiz olarak devam edeceğini düşünerek uzun süreli ve olumsuz tahminler yapma)

2)Negatif benlik algısı (yaşanılan olumsuz olayları kişisel sorunlardan ötürü olmasından kaynaklandığını düşünme)

3)Negatif dünya görüşü (dünyayı engellerle dolu olan, adeletsiz ve acımasız bir yer olarak kabul etme)

Bireylerdeki benlik algısı, gelecek algısı ve dünya görüşü 'bilişsel üçlü' olarak adlandırılmaktadır. Depresif bireylerde negatif benlik algısı, negatif dünya görüşü ve negatif gelecek algısı hakimdir (Pössel ve ark., 2011; Esbensen ve ark., 2007; Beckham ve ark., 1986; Beck, 1982).

Depresif bireyler yaşanılan olayları otomatik olarak olumsuz bir şekilde yorumlar. Normal kişilere göre yaşanılan olayları mantıksal ve gerçekçi olarak değerlendirebilmek için sınırlı beceriye sahiptirler. Depresif bireyler için; nötr ifadeler hakaret, küçük kayıplar önemli ve hafif engeller zorlu engeller olarak algılanır. Negatif bilişsel üçlüye sahip olan depresif bir kişi kendisinin yetersiz olduğunu düşünür. Yaşadığı olumsuz olayların kendisinin davranışlarından dolayı olduğuna inanır, dünyayı engellerle dolu olarak görür, geleceğin zorluklarla dolu olduğuna ve şu anki zorlukların süresiz bir şekilde devam edeceğine inanır (Esbensen ve ark., 2007; Beckham ve ark., 1986).

Bilişsel Üçlü Envanter (the Cognitive Triad Inventory) (BÜE); yetişkinlerdeki bu uyumsuz bilişleri ölçmek için tasarlanmıştır (Beckham ve ark., 1986). BÜE, bireylerin hem pozitif hem de negatif bilişlerini ölçen maddelerden oluşturulmuştur. Benliği, dünyayı ve geleceği negatif olarak algılamanın depresyona yol açtığı, pozitif

olarak algılamanın da bireyleri depresyondan koruduğu öngörülmüştür (Esbensen ve ark., 2007; Beckham ve ark., 1986; Beck, 1982; Nelson ve ark., 1977).

Olumsuz benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı ile depresif belirtiler arasındaki ilişki bugüne kadar bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmalar incelendiğinde, kişilerin yeterliliğini değerlendirmek için bilişsel üçlünün kullanabilirliği desteklenmektedir (Esbensen ve ark., 2007; Beckham ve ark., 1986; Beck, 1982; Nelson ve ark., 1977; Anderson ve ark., 1995). Pössel, BÜE'nin güvenilir ve geçerlik çalışmasını Almanya'da yapmıştır (Pössell, 2009). Erarslan tarafından da Bilişsel Üçlü Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Erarslan ve ark., 2019). Bulgular bu modelinin farklı kültürlerde de uygulanabilir olacağını göstermiştir (Pössell, 2009; Erarslan ve ark., 2019).

1.5.5 Çocuk İstismar ve İhmal Yaşantısının Ardından Sergilenen Psikolojik Sağlamlık Araştırmalarına İlişkin Araştırmalar

İstismara uğrayan bireylerde psikolojik sağlamlığın incelendiği çalışmaların gözden geçirildiği bir yayında, araştırma sonuçlarının çelişkili olması sebebi ile sonuçları özetlemede güçlük yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır (Luthar ve ark., 1999, s:129).

İstismar konusundaki psikolojik sağlamlık çalışmalarında; güçlük, dayanıklılık ve yeterliliğin işlevsel tanımlamalarına rehberlik edecek yeterli sayıda bilgi yoktur. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde istismarın tanımlanması, örneklem seçimi, ölçme ve yöntem konusunda da farklılıkların olduğu belirtilmiştir (Heller ve ark., 1999; Landsfort ve ark., 2006; Bal ve ark., 2003; McGee ve ark., 2001).

Literatür incelendiğinde; bilişsel üçlünün alt gruplarının her biri ayrı olarak psikolojik sağlamlık araştırmalarında çalışılmış olmasına karşın sadece bir çalışmada bir bütün olarak bilişsel üçlü çalışılmıştır. Mak ve ark. psikolojik sağlamlık, yaşam

memnuniyeti ve depresyon arasındaki ilişkinin benliğe, dünyaya ve geleceğe pozitif bakış açısıyla açıklanabileceği varsayımını incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda psikolojik sağlamlığın pozitif benlik algısı, pozitif dünya görüşü ve pozitif gelecek algısı ile anlamlı derecede pozitf ilişkili olduğu gösterilmiştir. Pozitif bilişlere sahip bireylerin yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve daha az depresyon belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. Genel iyi oluşu değerlendirmede pozitif bilişsel üçlüden faydalanabileceği desteklenmiştir (Mak ve ark., 2011).

Bu araştırmada Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenimini sürdüren 18-24 yaş arasındaki Tıp fakültesi öğrencileri ile turizm sektöründe çalışan aynı yaş grubundan genç erişkinlerin çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri (ÇÇOYD) ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda ÇÇOYD ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. İki farklı grupta ÇÇOYD ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelendiği bir korelasyon çalışmasıdır.

2.2 İzinler ve Etik Onay

Araştırmanın 26/04/2017 tarih ve 70904504 sayı ile AÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Araştırma gruplarından biri olan Tıp Fakültesi öğrencileri için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Turizm sektöründe çalışan katılımcılar için çalışmanın yapıldığı her bir otel yönetiminden izin alınmıştır.

2.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini AÜTF'de halen öğrenimini sürdüren 18-24 yaş arası öğrenciler ile Antalya'da turizm sektöründe çalışan aynı yaş grubundaki genç erişkinler oluşturmuştur.

Örneklem sayısı her iki grup için de %99 güven düzeyi, %5 güven sınırları ve toplumda istismarın görülme sıklığı %20 kabul edilerek hesaplanmıştır. Tıp Fakültesi grubunu Tıp Fakültesi'nin birinci ve altıncı sınıflarında eğitim almakta olan 1162 öğrenci oluşturmaktadır. Bu grup için örneklem boyutu 314 kişi olarak belirlenmiştir. Turizm sektörü grubunun evrenini Akdeniz Turistik Otelciler ve İşletmeciler Birliği'nden alınan bilgiler doğrultusunda en fazla lise mezunu, 18-24 yaş grubu yaklaşık 800 birey oluşturmaktadır. Bu grup için de örneklem büyüklüğü 278 kişi olarak belirlenmiştir (Kaynak,WHO Epi-info Ver. 7.0.8.3 elektronik istatistik programı).

2.4 Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Araştırmaya alınma ölçütü; her iki grup için de 18-24 yaş arasında olmak ve araştırmaya katılmak için gönüllü olmak ve turizm sektörü katılımcıları için en fazla lise mezunu olmaktır.

Araştırmaya katılmadan önce her bir katılımcıya araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Vereceği bilgilerin araştırma dışında veya kişisel bilgi olarak kullanılamayacağı, araştırmaya katılmanın yalnızca gönüllülük esasına dayandığı, istediği zaman araştırmadan çekilebileceği ifade edilmiştir. Bu süreçte araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınmış ve araştırmada kullanılan formlar verilerek doldurmaları istenmiştir. Kişilerin katılım düzeyini artırmak ve verdikleri yanıtların güvenilirlik düzeyini yükseltmek için imzalatılmış, aydınlatılmış onam alınmadı ve hiç bir formda kimlik bilgileri istenmedi. Anketler kapalı bir zarfla teslim edildi. Kişilerin hiç kimseden etkilenmemesi ve doğru bilgiler vermesi amacı ile anketleri doldurduktan sonra kapalı zarfa koymaları söylendi ve bir sonraki gün kapalı zarf içinde teslim alındı. Bu süreçte formları dolduranların kim olduklarının fark edilmemesi için özel dikkat gösterilmiştir. Formlar doldurultuktan sonra incelenmiş, hiç doldurulmamış veya demografik bilgi dışında her hangi bir bilgi işaretlenmemiş formlar analize dahil edilmemiştir.

2.5 Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere olumsuz yaşam deneyimlerini belirlemek için **'The Adverse Childhood Expriences (ACE) Questionnaire**'den adapte edilen **Olumsuz Yaşam Deneyimi Belirleme** anket formu ve bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyini belirlemek için **Bilişsel Üçlü Envanter** anket formu kullanılmıştır.

2.5.1 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Anketi

Çalışmada, katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyini olumsuz yönde etkileyecek "güçlük kriterleri" olarak çocukluk çağında karşılaştıkları olumsuz deneyimler kullanılmıştır. Olumsuz yaşam deneyimlerini belirlemek için *The United States Center for Disease Control and Prevention (CDC) ve Kaiser Permante* tarafından 1997'de geliştirilen '*The Adverse Childhood Expriences (ACE) Questionnaire'*den adapte edilen *"Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimlerini Belirleme Anketi"* temel alınarak hazırlanan bir soru formu kullanılmıştır.

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimlerini Belirleme Anketi (ÇÇOYDBA) Türkiye'de ilk kez 2013 yılında ''Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması'' nda Türkçeye tercüme ve adapte edilerek kullanılmıştır (Ulukol ve ark., 2013). ÇÇOYDBA'da sosyodemografik özellikler, hane içi işlev bozuklukları, istismar ve ihmal öykülerinin varlığı ve mevcut sağlık durumlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

ÇÇOYDBA'da yer alan sağlık durumlarına ilişkin sorular bu araştırmanın amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek için gerekli değildir. Ayrıca bu forma ek başka bir soru formu daha kullanıldığı için, fazla sayıda soru sorulması halinde katılımcıların sıkılarak soruları gerçekçi şekilde yanıtlamayabilecekleri kaygısı ile sağlık durumlarına ilişkin sorular çıkarılmıştır. Böylece ÇÇOYDBA'nın sosyodemografik özellikler, hane içi işlev bozuklukları, istismar ve ihmal öykülerinin varlığına ilişkin soruların yer aldığı ilk 37 soruluk kısmı kullanılmıştır (Ek -2);

- 1-15 numaralı sorular sosyodemografik özellikler ile ilgilidir
- 16-30 numaralı sorular hane içi işlev bozuklukları ile ilgilidir
- 31-37 numaralı sorular çocukluk çağında yaşanan kötü muamelelerin öyküsü ile ilgilidir

ÇÇOYDBA'ne, kişilerin çocukluk çağında yaşadıkları olumsuz deneyimlerle ve bunlarla baş etmeyi sağlayan unsurlar ile ilgili kişisel düşüncelerinin neler olduğunun sorgulandığı 10 tane tamamlama cümlesi ve ek sorular eklenmiştir. Bu tamamlama sorularının eklenme amacı herhangi bir kısıtlama olmadan kişilerin kendini ifade etmelerini ve fikirlerinin neler olduğunun belirlenmesidir. Anketteki 38-47 numaralı sorular buna ilişkindir.

Hane içi işlev bozukluğunun ve çocuğa yönelik kötü muamelenin varlığı belirlenirken ilgili sorulara verilen yanıtlardan pozitif olarak kabul edilen cevaplar dikkate alınmıştır (Ulukol ve ark., 2013).

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi skoru hesaplanması; katılımcıların öykülerinden belirlenen ÇÇOYD olarak kabul edilen 'fiziksel istismar', 'cinsel istismar', 'duygusal istismar', 'duygusal ihmal', 'fiziksel ihmal', 'aile içi şiddet', 'ebeveynin ayrılması ya da boşanması', 'ailede ruhsal, zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey', 'hane içinde alkol sorunu olan birey', 'hane içinde uyuşturucu kullanan birey' ve 'ailede suça karışan veya ceza evine giren birey' kategoriler toplanmıştır (Ulukol ve ark., 2013).

2.5.2 Bilişsel Üçlü Envanteri

Çalışmada psikolojik sağlamlığı belirlemek için yeterlilik ölçütü olarak *"Bilişsel Üçlü Envanter''* kullanılmıştır (Ek-3). Bilişsel Üçlü Envanter (the Cognitive Triad Inventory) (BÜE); yetişkinlerdeki uyumsuz bilişleri ölçmek için Beckham ve arkadaşları tarından 1986 yılında tasarlanmıştır. Erarslan tarafından da Bilişsel Üçlü Envanter'in Türkçeye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Erarslan ve ark., 2019). BÜE, bireylerin hem pozitif hem de negatif bilişlerini ölçen toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Envanterde benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı ile ilgili düşünceler yer almaktadır. Pozitif benlik algısını ölçen 4, negatif benlik algısını ölçen 6, pozitif ve negatif dünya görüşlerini ölçen 5 er, pozitif ve negatif gelecek algılarını ölçen 5 er madde mevcuttur. 6 madde dolgu maddeler

olup puanlamaya dahil edilmemiştir. Maddeler puanlanırken pozitif maddeler ters kodlandığı için envanterden alınan düşük puan pozitif bilişsel üçlüyü, yüksek puan ise negatif bilişsel üçlüyü yansıtır. Yani psikolojik olarak sağlamlık düzeyi yüksek olanlar daha düşük puan, psikolojik olarak sağlamlık düzeyi düşük olanlar daha yüksek puan alırlar.

2.6 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtlanması amaçlanmaktadır;

1. Tıp fakültesinde okuyan 18-24 yaş arasındaki öğrencilerin ÇÇOYD sıklığının belirlenmesi

2. Tıp fakültesinde okuyan 18-24 yaş arasındaki öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeyinin belirlenmesi

3. Tıp fakültesinde okuyan 18-24 yaş arasındaki öğrencilerin ÇÇOYD ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkilerinin incelenmesi

4. Turizm sektöründe çalışan 18-24 yaş arasındaki genç erişkinlerin ÇÇOYD sıklığının belirlenmesi

5. Turizm sektöründe çalışan 18-24 yaş arasındaki genç erişkinlerin psikolojik sağlamlık düzeyinin belirlenmesi

6. Turizm sektöründe çalışan 18-24 yaş arasındaki genç erişkinlerin ÇÇOYD ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkilerinin incelenmesi

7. Tıp fakültesi öğrencileri ile turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin ÇÇOYD sıklığının karşılaştırılması

8. Tıp fakültesi öğrencileri ile turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin karşılaştırılması

Hipotez 1: Çocukluk çağındaki olumsuz yaşam deneyimleri ile ileri yaşlardaki akademik başarı arasında negatif yönde bir ilişki vardır (Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin ÇÇOYD sıklığı, Tıp fakültesi öğrencilerinin ÇÇOYD'leri sıklığından daha fazladır).

Hipotez 2: Akademik başarı ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (Tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeyi, turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin psikolojik sağlamlık düzeyinden daha yüksektir).

Hipotez 3: Çocukluk çağındaki olumsuz yaşam deneyimleri ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında negatif bir ilişki vardır (ÇÇOYD sıklığı fazla olanların psikolojik sağlamlık düzeyi, ÇÇOYD sıklığı düşük olanlardan daha düşüktür).

Hipotez 4: Çocukluk çağında olumsuz yaşam deneyimi olan bireylerde bazı içsel ve dışsal faktörler yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde psikolojik sağlamlık düzeyleri ve akademik başarıları ile pozitif yönde ilişkilidir.

2.7 İstatistiksel Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistiksel paket programına girilerek tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel analizler ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin gösterilmesinde ortanca (median), alt-üst (min–max) değerler, ortalama ± standart

sapma ($\bar{X}$±SS) kullanılmıştır. Nominal değerlerin ifadesinde vaka sayısı (n) ve oran (%) kullanılmıştır. Çalışmada, ölçüm ile elde edilen parametrik veriler eğer normal dağılım gösteriyorsa bağımsız gruplarda Student t testi, normal dağılım göstermiyorsa grupların karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesi için ise Ki-kare testi ve Fischer-exact testlerinden yararlanılmıştır. Grupların ortalama değerlerinin karşılaştırılması için One Way Anova testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki korelasyon değerlendirilmesinde parametrik veriler için Pearson, non-parametrik veriler için ise Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Çalışmaya AÜTF öğrencilerinden 18-24 yaş aralığında olup gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 480 kişi ile Antalya'da turizm sektöründe çalışan 18-24 yaş aralığında olup gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 370 kişi olmak üzere toplam 850 kişi dahil edilmiştir.

3.1 Sosyo-demografik Özellikler

Araştırmaya Tıp fakültesi öğrencilerinden katılan 480 öğrencinin %46,8'i (n:225) kadın, %52,7'i (n:253) erkektir. Turizm sektöründen katılan 370 genç erişkinin %34,1'i (n:129) kadın, %65,1'i (n:241) erkektir. Her iki grup arasında cinsiyetler açısından fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$). Tıp Fakültesi katılımcılarının yaş ortalaması 20,99±1,90; turizm sektörü katılımcılarının yaş ortalaması ise 21,75±2,32'dir. Her iki grup arasında yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$). Katılımcıların cinsiyet ve yaş aralıklarına göre dağılımı Çizelge 3.1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların doğum yerleri incelendiğinde her iki grubun benzer şekilde Akdeniz ve Ege bölgesinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların 18 yaşını bitirene kadar en uzun süre yaşadığı yerleşim yerleri incelendiğinde; turizm sektöründeki kişilerin köylerde yaşama oranı %21,4 (n:79) iken Tıp fakültesi katılımcılarında bu oran %9,2 (n:43) dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tıp fakültesi katılımcılarının hemen tamamı (%99,4) bekardır ancak bu oran turizm sektöründe %80,3 tür. Katılımcıların medeni durumu Çizelge 3.2'de özetlenmiştir.

Çizelge 3.1 Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinler İle Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsiyetleri ve Yaş Grupları İle İlgili Özellikleri

		Turizm n (%)	**Tıp** n (%)	**Toplam** n (%)
Cinsiyet	**Kadın**	129 (15,2)	225 (26,5)	354 (41,7)
	Erkek	241 (28,4)	253 (29,8)	494 (58,3)
Toplam	n (%)*	370 (43,6)	478 (56,4)	848 (100)
Yaş grupları	18	61 (7,2)	39 (4,6)	100 (11,8)
	19	30 (3,5)	94 (11,1)	124 (14,6)
	20	29 (3,4)	81 (9,6)	110 (13)
	21	31 (3,7)	80 (9,4)	111 (13,1)
	22	35 (4,1)	56 (6,6)	91 (10,7)
	23	39 (4,6)	55 (6,5)	94 (11,1)
	24	146 (17,2)	72 (8,5)	218 (25,7)
Toplam	n (%)*	371 (43,8)	477 (56,3)	848 (100)
	Ortalama yaş± SS	21,75±2,32	20,99±1,90	21,32±2,13
	(En küçük-En büyük)	18-24	18-24	18-24
*Yanıtlanan anketlerden (n=850) 2 ankette (%0,2) bu soruya cevap verilmemiştir				

Çizelge 3.2 Katılımcıların Medeni Durumları İle İlgili Özellikleri

Medeni durum	**Turizm** n (%)	**Tıp** n (%)	**Toplam** n (%)	**P değeri**
Bekar	298(80,3)	476 (99,4)	774 (91,1)	**P<0,001**
Evli	62 (16,7)	1(0,2)	63 (7,4)	
Boşanmış	9 (2,4)	0 (0,0)	9 (1,1)	
Dul	2 (0,5)	2(0,4)	4 (0,5)	
Toplam	371 (100)	479(100)	850 (100)	

Katılımcıların halen yaşadıkları yerler incelendiğinde turizm sektöründeki kişiler genellikle aile yanında veya misafirhanelerde kalırken Tıp fakültesindeki katılımcıların; aile ile birlikte, arkadaş veya tek olarak evde ve yurtlarda yaşadığı tespit edilmiştir (Çizelge 3.3).

Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde; ortalama kardeş sayısı turizm sektöründe 2,14±1,65 iken Tıp fakültesi katılımcılarında 1,65±1,39'dur ($p<0,001$). Aile tipleri incelendiğinde turizm sektöründe geniş aile oranı (%8,5), Tıp fakültesi katılımcılarından (%4) daha yüksektir ($p<0,05$). Katılımcıların kardeş sayısı ve aile tipleri ile ilgili özellikler Çizelge 3.4'te özetlenmiştir.

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde; turizm sektöründeki katılımcıların annelerinin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Annelerin çalışmama sıklığı turizm sektörü için %69,7 iken Tıp fakültesindeki grubun annelerinde bu sıklık %52,9 dur ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Bu konuya ait veriler Çizelge 3.5'de özetlenmiştir.

Katılımcıların babalarının öğrenim düzeyleri incelendiğinde; turizm sektöründeki katılımcıların babaların eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Babaların çalışmama sıklığı turizm sektörü için %5,4 iken Tıp fakültesindeki grubun babalarında bu sıklık %0,4 dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Bu konuya ait veriler Çizelge 3.6'da özetlenmiştir.

Çizelge 3.3 Katılımcıların Yaşadıkları Yerler İle İlgili Özellikleri

Halen yaşanılan yer	**Turizm** n (%)	**Tıp** n (%)	**Toplam** n (%)	**P değeri**
Anne-baba-kardeşler ile birlikte evde	181 (49,2)	127 (26,5)	308 (36,4)	**P<0,001**
Tek başına evde	29 (7,9)	110 (23)	139 (16,4)	
Arkadaşlarla evde	20 (5,4)	85 (17,7)	105 (12,4)	
Devlet yurdunda	11 (3,0)	78 (16,3)	89 (10,5)	
Özel yurtta	4 (1,1)	59 (12,3)	63 (7,4)	
Kurum ve derneklere ait misafirhanelerde	62 (16,8)	0 (0,0)	62 (7,3)	
Abla-ağabey-kardeş ile birlikte evde	5 (1,4)	9 (1,9)	14 (1,7)	
Akraba ile evde	6 (1,6)	9 (1,9)	15 (1,8)	
Diğer	50 (13,6)	2 (0,4)	52 (6,1)	
Toplam	368 (100)	479 (100)	847 (100)	
Yanıtlanan anketlerden (n=850) 3 ankette (%0,4) bu soruya cevap verilmemiştir				

Çizelge 3.4 Katılımcıların Kardeş Sayıları ve Aile Tipi İle İlgili Özellikleri

Kardeş sayısı	**Turizm**	**Tıp**	P değeri
Ortalama kardeş sayısı ±SS	2,14±1,651	1,65±1,392	**P<0,001**
En az-en çok	0-10	0-11	
Aile tipi*	**Turizm n (%)**	**Tıp n (%)**	P değeri
Çekirdek aile (n=790)	333 (91,2)	457 (95,8)	**P<0,05**
Geniş aile (n=50)	31(8,5)	19 (4)	
Diğer (n=2)	1 (0,3)	1 (0,3)	
Toplam n (%)	365 (100)	477 (100)	
*Yanıtlanan anketlerden (n=850) 8 ankette (%0,9) bu soruya cevap verilmemiştir			

Çizelge 3.5 Katılımcıların Annelerinin Eğitim ve Çalışma Durumuna İlişkin Veriler

Annenin öğrenim durumu	**Turizm** n (%)	**Tıp** n (%)	**P değeri**
Okur-yazar değil	42 (11,4)	18 (3,8)	**P<0,001**
Okur-yazar	22 (5,9)	8 (1,7)	
İlkokul mezunu	166 (44,9)	124 (26,0)	
Ortaokul mezunu	65 (17,6)	42 (8,8)	
Lise mezunu	46 (12,4)	99 (20,8)	
Üniversite-yüksekokul mezunu	29 (7,8)	186 (39)	
Toplam	370 (100)	477 (100)	
Annenin çalışma durumu	**Turizm** n (%)	**Tıp** n (%)	**P değeri**
Çalışmıyordu	258 (69,7)	253 (52,92)	**P<0,001**
Çalışıyordu	112(30,3)	225 (47,07)	
Toplam	370(100)	478 (100)	

Çizelge 3.6 Katılımcıların Babalarının Eğitim ve Çalışma Durumuna İlişkin Veriler

Babanın öğrenim durumu	**Turizm** n (%)	**Tıp** n (%)	**P değeri**
Okur-yazar değil	6(1,6)	2(0,4)	**P<0,001**
Okur-yazar	22(5,9)	6(1,3)	
İlkokul mezunu	161(43,5)	67 (14,0)	
Ortaokul mezunu	63(17,0)	33(6,9)	
Lise mezunu	77(20,8)	98(20,5)	
Üniversite-yüksekokul mezunu	41(11,1)	272(56,9)	
Toplam	370(100)	478 (100)	
Babanın çalışma durumu	**Turizm** n (%)	**Tıp** n (%)	**P değeri**
Çalışmıyordu	20(5,43)	2(0,41)	**P<0,001**
Çalışıyordu	348(94,56)	477(99,58)	
Toplam	368(100)	479(100)	

3.2 Katılımcıların ÇÇOYD'ne İlişkin Verileri

3.2.1 Çocuğa Yönelik Kötü Muamele Öyküsünün Sıklığı

Çocuğa yönelik kötü muamele kapsamında; katılımcıların 18 yaş altında karşılaştıkları fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal sorularına verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlara göre istismar ve ihmalin sıklığı Çizelge 3.7, Çizelge 3.8 ve Çizelge 3.9' da özetlenmiştir.

3.2.1.1 Fiziksel İstismar Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında fiziksel istismar sıklığı %22,1 iken bu oran Tıp fakültesi öğrencilerinde %27 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Turizm sektöründe çalışanlar arasında fiziksel istismar sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde kadınlar arasında %21,4 iken bu oran erkekler arasında %22,6 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tıp fakültesi öğrencileri arasında fiziksel istismar sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde ise kadınlar arasında bu oran %20,5 iken erkeklerde %32,5 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

3.2.1.2 Cinsel İstismar Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında cinsel istismar sıklığı %14,7 iken bu oran Tıp fakültesi öğrencilerinde %8 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Turizm sektöründe çalışanlar arasında cinsel istismar sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde kadınlar arasında bu oran daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise cinsel istismar sıklığı, kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 3.7 Turizm Sektöründe Çalışanların ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Çocuğa Yönelik Kötü Muamele İle Karşılaşma Sıklığı

ÇÇOYD kategorileri	Turizm	Tıp	Toplam	P değeri
Çocuğa yönelik kötü muamele	Evet n (%)	Evet n (%)	Evet n (%)	
Fiziksel istismar	80(22,1) [a]	129(27,0) [a]	209 (24,9)	p>0,05
Cinsel istismar	49(14,7) [b]	35(8,0) [b]	84 (10,9)	P<0,01
Duygusal istismar	53(14,7) [c]	46(9,6) [c]	99 (11,8)	P<0,05
Duygusal ihmal	76(21,2) [d]	34(7,1) [d]	110 (13,2)	P<0,001
Fiziksel veya tıbbi ihmal	80(22,2) [e]	35(7,3) [e]	115 (13,7)	P<0,001

a Turizm sektöründe çalışan 9 (%2,4), tıp fakültesi öğrencilerinden 2(%0,4) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır

b Turizm sektöründe çalışan 38 (%10,2), tıp fakültesi öğrencilerinden 42 (%8,8) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır

c Turizm sektöründe çalışan 10 (%2,7), tıp fakültesi öğrencilerinden 2(%0,4) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır

d Turizm sektöründe çalışan 12 (3,2%), tıp fakültesi öğrencilerinden 2 (%0,4) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır

e Turizm sektöründe çalışan 11 (%3,0), tıp fakültesi öğrencilerinden 1 (%0,2) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır

Çizelge 3.8 Turizm Sektöründe Çalışanların Cinsiyete Göre Çocuğa Yönelik Kötü Muamele İle Karşılaşma Sıklığı

ÇÇOYD kategorileri	Kadın	Erkek	Toplam	P değeri
Çocuğa yönelik kötü muamele	Evet n (%)	Evet n (%)	Evet n (%)	
Fiziksel istismar	27(21,4)	53 (22,6)	80(22,2)	p>0,05
Cinsel istismar	18(15,5)	30 (13,9)	48 (14,5)	p>0,05
Duygusal istismar	20(15,7)	32 (13,7)	52 (14,4)	p>0,05
Duygusal ihmal	26(20,6)	50 (21,6)	76 (21,2)	p>0,05
Fiziksel veya tıbbi ihmal	31(24,6)	49 (21,0)	80 (22,3)	p>0,05

Çizelge 3.9 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Çocuğa Yönelik Kötü Muamele İle Karşılaşma Sıklığı

ÇÇOYD kategorileri	Kadın	Erkek	Toplam	
Çocuğa yönelik kötü muamele	Evet n (%)	Evet n (%)	Evet n (%)	P değeri
Fiziksel istismar	46(20,5)	82 (32,5)	128(26,9)	P<0,01
Cinsel istismar	24(11,4)	11 (4,9)	35 (8,0)	P<0,05
Duygusal istismar	16(7,1)	30 (11,9)	46 (9,7)	p>0,05
Duygusal ihmal	15(6,7)	19 (7,5)	34 (7,1)	p>0,05
Fiziksel veya tıbbi ihmal	17 (7,6)	18 (7,1)	35 (7,3)	p>0,05

3.2.1.3 Duygusal İstismar Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında duygusal istismar sıklığı %14,7 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %9,6 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Duygusal istismar sıklığı, turizm sektöründe çalışanlar arasında kadınlarda, Tıp fakültesi öğrencileri arasında erkeklerde daha yüksektir ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

3.2.1.4 Duygusal İhmal Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında duygusal ihmal sıklığı %21,2 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %7,1 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001). Duygusal ihmal sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde her iki grupta da erkeklerde daha fazla ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

3.2.1.5 Fiziksel veya Tıbbi İhmal Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı %22,2 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %7,3 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Turizm sektöründe çalışanlar arasında fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde kadınlar arasında %24,6 iken bu sıklık erkekler arasında %21 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tıp fakültesi öğrencileri arasında fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde ise kadınlar arasında bu sıklık %7,6 iken erkeklerde %7,1 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

3.2.2 Hane İçi İşlev Bozukluğu Sıklığı

Hane içi işlev bozukluğu sıklığı için incelenen parametreler ve sıklık çizelgeleri Çizelge 3.10, Çizelge 3.11 ve Çizelge 3.12'de özetlenmiştir.

3.2.2.1 Aile İçi Şiddet Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında aile içi şiddet sıklığı %24,6 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %20,6 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Turizm sektöründe çalışanlar arasında aile içi şiddet sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde kadınlarda erkeklerden daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında aile içi şiddet sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde ise erkeklerde daha yüksek ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çizelge 3.10 Turizm Sektöründe Çalışanların ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hane İçi İşlev Bozukluğu İle Karşılaşma Sıklığı

ÇÇOYD kategorileri	Turizm	Tıp	Toplam	P değeri
Hane içi işlev bozukluğu	Evet n (%)	Evet n (%)	Evet n (%)	
Aile içi şiddet	91 (24,6) [a]	98(20,6) [a]	189 (22,4)	p>0,05
Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması	55(14,8) [b]	45(9,4) [b]	100 (11,8)	P<0,05
Ailede ruhsal,zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey	46(12,4) [c]	56(11,7) [c]	102 (12,0)	p>0,05
Hane içinde alkol sorunu olan birey	47(12,7) [d]	28(5,8) [d]	75 (8,8)	P<0,001
Hane içinde uyuşturucu kullanan birey	28(7,5) [e]	14(2,9) [e]	42 (4,9)	P<0,01
Ailede suça karışan veya ceza evine giren birey	53(14,3) [f]	38(7,9) [f]	91 (10,7)	P<0,01

a Turizm sektöründe çalışan 1 (%0,3), tıp fakültesi öğrencilerinden 4(%0,8) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır
b Turizm sektöründe çalışan 0(%0), tıp fakültesi öğrencilerinden 0(%0) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır
c Turizm sektöründe çalışan 1 (%0,3), tıp fakültesi öğrencilerinden 1 (%0,2) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır
d Turizm sektöründe çalışan 2 (%0,5), tıp fakültesi öğrencilerinden 1(%0,2) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır
e Turizm sektöründe çalışan 1(%0,3), tıp fakültesi öğrencilerinden 1(%0,2) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır
f Turizm sektöründe çalışan 1(%0,3), tıp fakültesi öğrencilerinden 1(%0,2) kişi bu soruyu yanıtsız bırakmıştır

Çizelge 3.11 Turizm Sektörü Çalışanlarında Cinsiyete Göre Hane İçi İşlev Bozukluğu İle Karşılaşma Sıklığı

ÇÇOYD kategorileri	Kadın	Erkek	Toplam	P değeri
Hane içi işlev bozukluğu	Evet n (%)	Evet n (%)	Evet n (%)	
Aile içi şiddet	38(29,7)	53 (22,0)	91 (24,7)	p>0,05
Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması	28(21,7)	27 (11,2)	55 (14,9)	P<0,01
Ailede ruhsal,zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey	23(17,8)	22 (9,2)	45 (12,2)	P<0,05
Hane içinde alkol sorunu olan birey	19(14,7)	28 (11,6)	47 (12,7)	p>0,05
Hane içinde uyuşturucu kullanan birey	12(9,3)	16 (6,6)	28 (7,6)	p>0,05
Ailede suça karışan veya ceza evine giren birey	20(15,5)	32 (13,3)	52 (14,1)	p>0,05

Çizelge 3.12 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Hane İçi İşlev Bozukluğu İle Karşılaşma Sıklığı

ÇÇOYD kategorileri	Kadın	Erkek	Toplam	
Hane içi işlev bozukluğu	Evet n (%)	Evet n (%)	Evet n (%)	P değeri
Aile içi şiddet	45(20,2)	53 (21,1)	98 (20,7)	p>0,05
Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması	29(12,9)	16 (6,3)	45 (9,4)	**P<0,05**
Ailede ruhsal,zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey	26(11,6)	29 (11,5)	55 (11,5)	p>0,05
Hane içinde alkol sorunu olan birey	15 (6,7)	13 (5,1)	28 (5,9)	p>0,05
Hane içinde uyuşturucu kullanan birey	1(0,4)	13 (5,1)	14 (2,9)	**P<0,01**
Ailede suça karışan veya ceza evine giren birey	13(5,8)	24 (9,5)	37 (7,8)	p>0,05

3.2.2.2 Ebeveynin Ayrılması ya da Boşanması Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında ebeveynin ayrılması ya da boşanması sıklığı %14,8 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %9,4 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Ebeveynin ayrılması ya da boşanması sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde her iki grupta da bu oran kadınlarda daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.2.2.3 Ailede Ruhsal, Zihinsel Hastalığı Olan ya da İntihar Eden Birey Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında ailede ruhsal, zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey sıklığı %12,4 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %11,7 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Turizm sektöründe çalışanlar arasında bu sıklık kadınlarda daha fazla olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

3.2.2.4 Hane İçi Alkol Sorunu Olan Birey Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında hane içi alkol sorunu olan birey sıklığı %12,7 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %5,8 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001). Her iki grupta da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

3.2.2.5 Hane İçinde Uyuşturucu Kullanan Birey Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında hane içinde uyuşturucu kullanan birey sıklığı %7,5 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %2,9 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001). Turizm sektöründe çalışanlar arasında bu sıklık cinsiyete göre incelendiğinde kadınlar arasında daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur .

3.2.2.6 Ailede Suça Karışan veya Cezaevine Giren Birey Sıklığı

Turizm sektöründe çalışanlar arasında ailede suça karışan veya ceza evine giren birey sıklığı %14,3 iken bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinde %7,9 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001). Turizm sektöründe çalışanlar arasında ailede suça karışan veya ceza evine giren birey sıklığı açısından cinsiyetler arasında farklılık bulunmamıştır. Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise bu oran erkeklerde daha yüksek olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.2.3 ÇÇOYD Skoru

Araştırmada 11 farklı ÇÇOYD kategorisi (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, aile içi şiddet, ebeveynin ayrılması ya da boşanması, ailede ruhsal, zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey, hane içinde alkol sorunu olan birey, hane içinde uyuşturucu kullanan birey, ailede suça karışan veya ceza evine giren birey) değerlendirilmiştir. ÇÇOYD skoru bu kategorilerin sayısal olarak toplanmasıyla elde edilmekte olup 0-11 arasında değişmektedir. Turizm sektöründe çalışanlarda ÇÇOYD skoru 1,77±1,996; Tıp fakültesi öğrencileri arasında 1,16±1,518 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). ÇÇOYD skorunun en küçük ve en büyük değerleri turizm sektöründe 0-11 iken Tıp fakültesi öğrencilerinde 0-7'dir.

Araştırmada turizm sektöründen sadece 103 (%29,2) kişi ankette sorulan olumsuz yaşam deneyimlerinden herhangi birine maruz kalmadığını ifade etmiştir. Turizm sektöründen 250 (%70,8) kişinin ise çocukluk çağında herhangi bir olumsuz yaşam deneyimine maruz kaldığı görülmüştür. Bu sıklık turizm sektöründe cinsiyete göre incelendiğinde ise kadınlarda sıklık %77,9'a yükselmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinde herhangi bir olumsuz deneyime uğramış olma sıklığı ise %57,1 olup cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerde %60,9'a kadar yükseldiği tespit edilmiştir. Bu konuya ait veriler Çizelge 3.13'de özetlenmeye çalışılmıştır.

ÇÇOYD skorlaması incelendiğinde; turizm sektöründe birden fazla olumsuz yaşam deneyimine maruz kalma sıklığının Tıp fakültesi öğrencilerinden daha yüksek olduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) görülmüştür. Bu konuya ait veriler Çizelge 3.14'de özetlenmiştir.

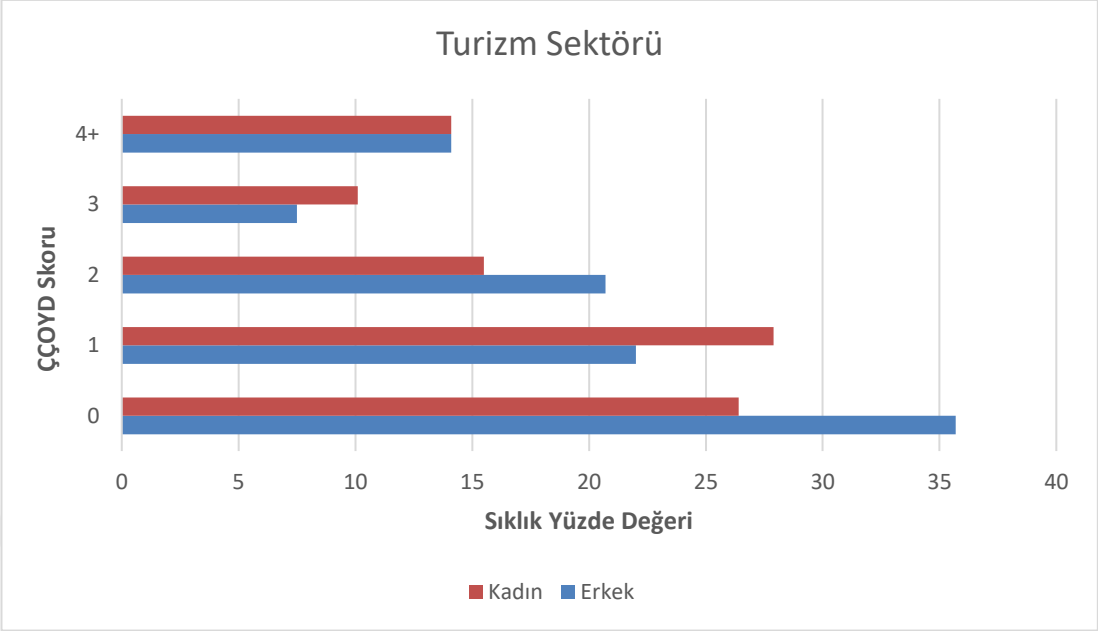
Birden fazla olumsuz yaşam deneyimine maruz kalma sıklığı cinsiyetlere göre incelendiğinde turizm sektöründe çalışan kadınlarda sıklığın daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerde sıklığın daha fazla olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu konuya ait veriler Şekil 3.1 ve Şekil 3.2'de özetlenmiştir.

Çizelge 3.13 Turizm Sektöründe Çalışanlarda ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Herhangi Bir ÇÇOYD'ne Maruz Kalma Sıklığına İlişkin Veriler

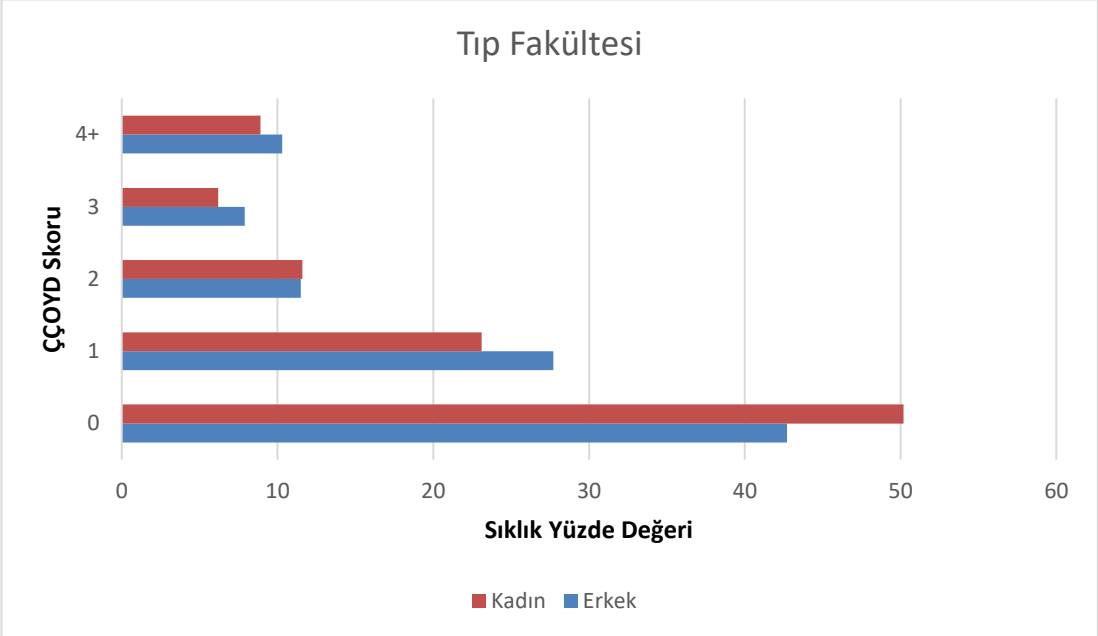
Turizm sektöründe herhangi bir ÇÇOYD ne maruz kalma	**Kadın n(%)**	**Erkek n(%)**	**Toplam n(%)**	**P değeri**
Evet	95(77,9)	155(67,1)	250(70,8)	**P<0,05**
Hayır	27 (22,1)	76 (32,9)	103(29,2)	
Toplam n(%)	122(100)	231 (100)	353 (100)	
Tıp fakültesi öğrencilerinde herhangi bir ÇÇOYD ne maruz kalma	**Kadın n(%)**	**Erkek n(%)**	**Toplam n(%)**	**P değeri**
Evet	112 (52,8)	145(60,9)	257 (57,1)	p>0,05
Hayır	100(47,2)	93 (39,1)	193(42,9)	
Toplam n(%)	212 (100)	238 (100)	450 (100)	

Çizelge 3.14 Katılımcıların ÇÇOYD Skoruna Ait Özellikleri

ÇÇOYD skoru	**Turizm** n(%)	**Tıp** n(%)	**Toplam** n(%)	P değeri
0	120(32,3)	221(46,1)	341(40,1)	
1	89(24,0)	122(25,5)	211(24,8)	
2	70(18,9)	55(11,5)	125(14,7)	**P<0,001**
3	31(8,4)	35(7,3)	66(7,8)	
4+	61(16,4)	46(9,6)	107(12,6)	
Toplam n(%)	371(100)	479(100)	850(100)	



Şekil 3.1 Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Cinsiyetlerine Göre ÇÇOYD Skorunun Dağılımını Gösteren Grafik



Şekil 3.2 Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre ÇÇOYD Skor Dağılımını Gösteren Grafik

3.3 Sosyodemografik Özellikler İle ÇÇOYD Skorları Arasındaki İlişki

Araştırmada aile tipi ile çocukluk çağına ait olumsuz yaşam deneyimleri arasındaki ilişki incelendiğinde; en az bir ÇÇOYD öyküsü olanların sıklığının daha çok geniş aile tipi ile parçalanmış aile grubunu temsil eden 'diğer' grubunda yer aldığı ve bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Çocukluğunda geniş aileye sahip bireylerin %78'inde, parçalanmış aile grubunun %100'ünde en az bir ÇÇOYD öyküsü var iken bu sıklık çekirdek aileye sahip bireylerde %58,2 olarak tespit edilmiştir.

Turizm sektöründe an az bir ÇÇOYD öyküsü olanların sıklığı; çocukken anne-baba ile yaşamayanlarda, okul öncesi dönemde bakımıyla ebeveyn dışındaki kişilerin ilgilenmiş olduğu bireylerde daha yüksek oranda görülmüştür ve bu sıklık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerinde ise en az bir ÇÇOYD öyküsü olanların sıklığı açısından bu gruplar arasında fark görülmemiştir. Bu konuya ait veriler Çizelge 3.15'de özetlenmiştir.

Anne ve baba eğitim düzeyleri ile en az bir ÇÇOYD görülme sıklığı incelendiğinde; anne ve babaların eğitim düzeyi düştükçe en az bir ÇÇOYD görülme sıklığının arttığı görülmüştür ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu konuya ait veriler Çizelge 3.16'da özetlenmiştir.

Çizelge 3.15 Turizm Sektöründe Çalışanlarda ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde En Az Bir ÇÇOYD'ne Maruz Kalma İle Çocukluk Çağındaki Yaşamlarına İlişkin Veriler

	Turizm sektöründe en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar		P değeri	**Tıp fakültesi öğrencilerinde en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar**		P değeri
	N	(%)		N	(%)	
Çocukken anne-baba ile mi yaşandı			**P<0,01**			p>0,05
Evet	204/315	64,8		207/348	59,5	
Hayır	42/49	85,7		49/100	49	
Toplam	246/364	67,6		256/448	57,1	
Okul öncesi dönemde bakımınızla kim ilgilendi						
Ebeveynlerden biri	208/318	65,4	**P<0,05**	192/321	59,8	p>0,05
Diğer (İkinci derece akraba, uzak akraba, akraba olmayan bakıcı, kreş veya gündüz bakımevi vb.)	37/46	80,4		65/129	50,4	
Toplam	245/364	67,3		257/450	57,1	
Çocukken yatılı okul veya yurtta kaldınız mı						
Evet	48/66	72,7	p>0,05	88/157	56,1	p>0,05
Hayır	198/299	66,2		163/291	57,7	
Toplam	246/365	67,3		256/448	57,1	

Çizelge 3.16 Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi İle En Az Bir ÇÇOYD'ne Maruz Kalma Arasındaki İlişki

Babanın eğitim düzeyi	**En az bir ÇÇOYD'ne maruz kalma**		**P değeri**
	n/toplam	%	
Düşük	5/8	62,5	**P<0,001**
Orta	239/352	67,9	
Yüksek	263/488	53,8	
Toplam	507/848	59,7	
Annenin eğitim düzeyi	**En az bir ÇÇOYD'ne maruz kalma**		**P değeri**
	n/toplam	%	
Düşük	40/60	66,7	**P<0,05**
Orta	269/427	63	
Yüksek	197/360	54,7	
Toplam	506/847	59,7	

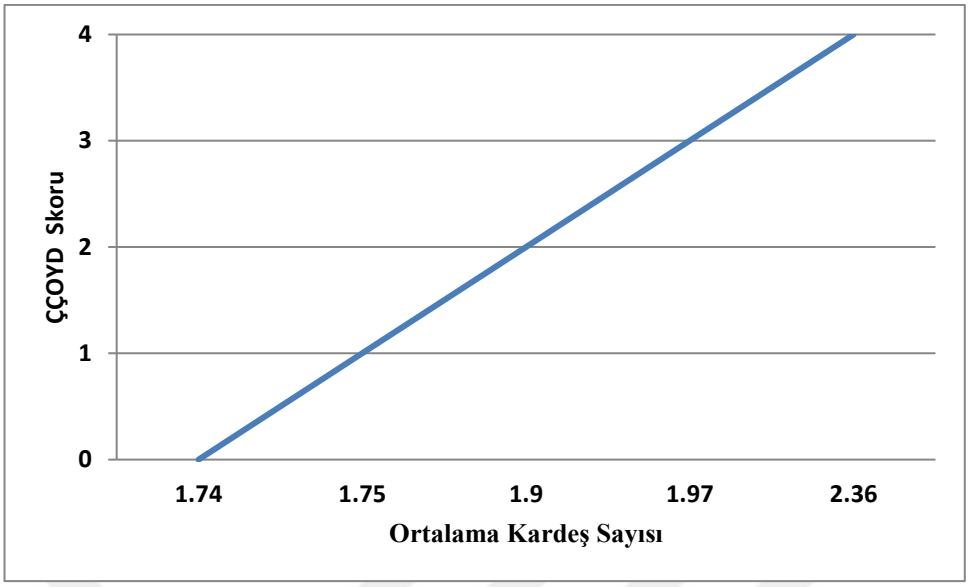
Kardeş sayıları ile ÇÇOYD skorunun ilişkisi incelendiğinde; kardeş sayısı arttıkça ÇÇOYD skorunun da arttığı gözlenmiş ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Şekil 3.3).

3.4 Psikolojik Sağlamlık İle İlişkili Veriler

Psikolojik sağlamlık düzeyinin belirlenmesi için çalışmada Bilişsel Üçlü Envanter kullanıldı. BÜE'in; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı ortalama değerlerinde turizm sektöründe çalışanlar ile Tıp fakültesindeki öğrenciler arasında fark olup olmadığı araştırıldı. İki grup arasında ortalamalar açısından fark olmadığı saptandı. Bulgular Çizelge 3.17'de özetlendi.

Turizm sektöründe çalışan katılımcılarda cinsiyete göre BÜE'nin alt grupları incelendi. Erkeklerin gelecek algısı açısından psikolojik sağlamlık düzeyinin kadınlara göre daha düşük olduğu ve bu düşüklüğün de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Benlik algısı ve dünya görüşü açısından erkeklerde psikolojik sağlamlık düzeyinin kadınlara göre daha düşük olduğu bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Bulgular Çizelge 3.18'de özetlendi.

Tıp fakültesi öğrencilerinde cinsiyete göre BÜE'nin alt grupları incelendi. Her 3 alt grupta da erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeyinin kadınlardan daha düşük olduğu saptandı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Bulgular Çizelge 3.19'da özetlendi.



Şekil 3.3 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyim Skoru İle Ortalama Kardeş Sayısı Arasındaki İlişki

Çizelge 3.17 Katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine İlişkin Veriler

	Turizm		Tıp		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	P değeri
Benlik algısı toplam	24,35±10,47	10-53	24,92±10,73	10-62	p>0,05
Dünya görüşü toplam	32,17±9,62	11-67	32,21±8,39	11-59	p>0,05
Gelecek algısı toplam	24,69±10,47	10-57	24,25±10,44	10-70	p>0,05

Çizelge 3.18 Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin İncelenmesi

	TURİZM				
	KADIN		ERKEK		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor+-SS	En küçük-en büyük	**P değeri**
Benlik algısı toplam	23,63±9,95	10-49	24,77±10,76	10-53	p>0,05
Dünya görüşü toplam	31,33±8,74	14-58	32,65±10,06	11-67	p>0,05
Gelecek algısı toplam	22,94±8,78	10-42	25,64±11,22	10-57	**P<0,05**

Çizelge 3.19 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin İncelenmesi

	TIP				
	KADIN		ERKEK		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	**P değeri**
Benlik algısı toplam	23,77±10,27	10-62	25,93±11,06	10-61	**P<0,05**
Dünya görüşü toplam	31,25±8,83	11-56	33,05±7,87	17-59	**P<0,05**
Gelecek algısı toplam	22,80±9,13	10-70	25,55±11,38	10-68	**P<0,01**

3.4.1 ÇÇOYD Varlığı İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan kişilerde en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırılmış; psikolojik sağlamlık düzeyinin en az bir ÇÇOYD ne maruz kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bulgular Çizelge 3.20'de özetlenmiştir.

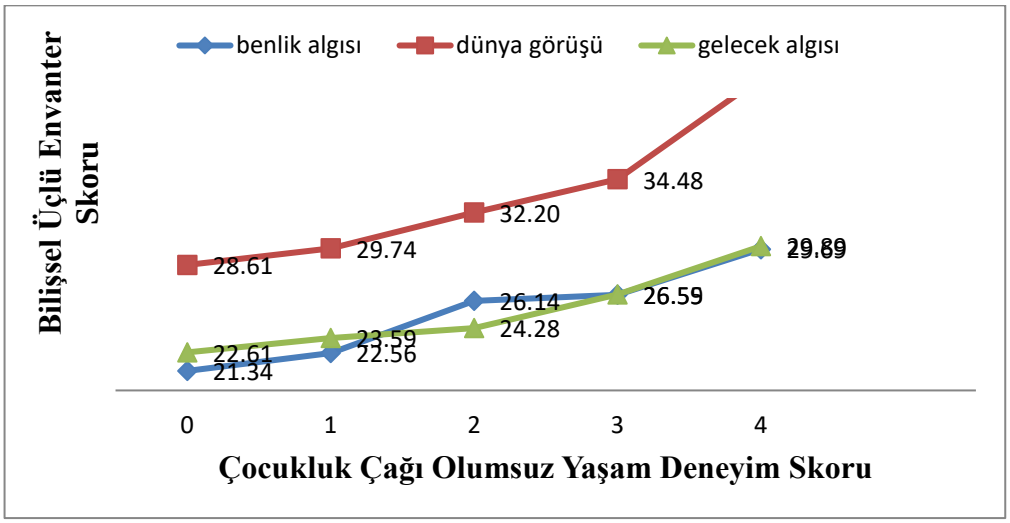
Turizm sektörü çalışanları arasında en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı açısından psikolojik sağlamlık düzeyinin en az bir ÇÇOYD ne maruz kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Konuya ait veriler Çizelge 3.21'de özetlenmiştir. Aynı zamanda ÇÇOYD skoru arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (p<0,001). Bulgular Şekil 3.4'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.20 Katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyim Özellikleri İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Veriler

	ÇÇOYD				
	VAR		YOK		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor+-SS	En küçük-en büyük	**P değeri**
Benlik algısı toplam	26,23±11,05	10-62	22,41±9,52	10-57	**P<0,001** (p=0,000)
Dünya görüşü toplam	33,90±8,93	11-67	29,68±8,30	12-59	**P<0,001** (p=0,000)
Gelecek algısı toplam	25,35±10,62	10-70	23,11±10,07	10-68	**P<0,05** (p=0,003)

Çizelge 3.21 Turizm Sektöründe Çalışanlarda ÇÇOYD Varlığı İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	TURİZM ÇÇOYD				
	VAR		YOK		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	**P değeri**
Benlik algısı toplam	25,81±10,93	10-53	21,34±8,76	10-47	**P<0,001**
Dünya görüşü toplam	33,89±9,69	11-67	28,61±8,43	12-56	**P<0,001**
Gelecek algısı toplam	25,70±10,45	10-57	22,61±10,25	10-56	**P<0,05**



Şekil 3.4 Turizm Sektöründe Çalışanlarda ÇÇOYD Skoru İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tıp fakültesi öğrencileri arasında en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı açısından en az bir ÇÇOYD'ne maruz kalanlarda psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. İki grup arasındaki fark; benlik algısı ve dünya görüşünde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken gelecek algısında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgular Çizelge 3.22'de özetlenmiştir.

ÇÇOYD skoru ile psikolojik sağlamlık düzeyi incelenmiş; ÇÇOYD skoru arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu azalma benlik algısında ve dünya görüşünde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,001$) gelecek algısında anlamlı bulunmamıştır. Bulgular Şekil 3.5'de gösterilmiştir.

3.4.2 ÇÇOYD İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

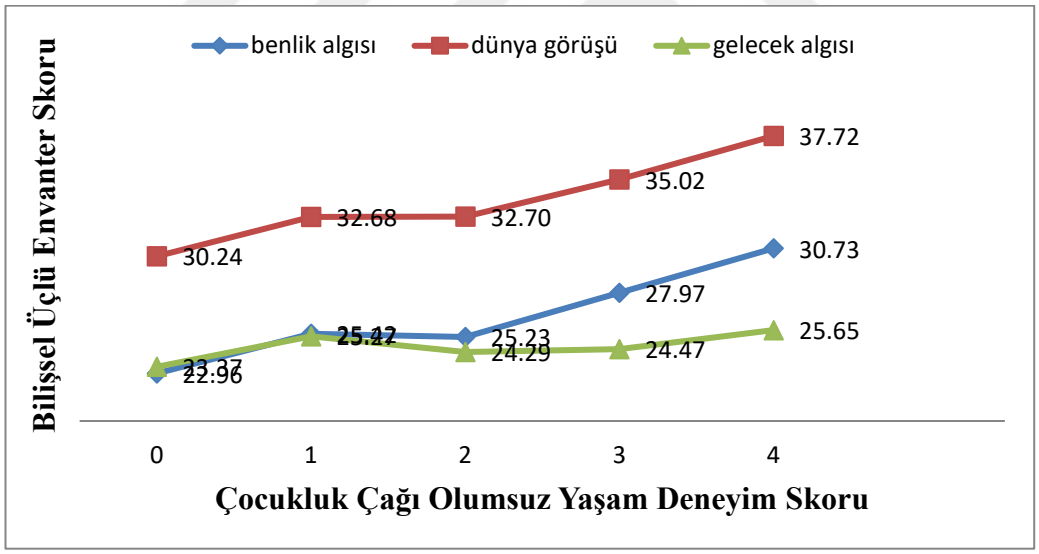
ÇÇOYD'lerinin 11 alt kategorisi ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki Çizelge 3.23 ve Çizelge 3.24'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Analizler turizm sektöründe çalışan ve Tıp fakültesinde okuyan katılımcılar tek bir grup olacak şekilde değerlendirilerek yapılmıştır.

Fiziksel istismar ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Fiziksel istismara uğrama öyküsü olan bireylerin, fiziksel istismar öyküsü olmayan bireylere göre; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı açısından psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.22 Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerde ÇÇOYD Varlığı İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	TIP ÇÇOYD				
	VAR		YOK		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	**P değeri**
Benlik algısı toplam	26,61±11,18	10-62	22,92±9,86	10-57	**P<0,001**
Dünya görüşü toplam	33,91±8,19	11-56	30,24±8,20	12-59	**P<0,001**
Gelecek algısı toplam	25,02±10,78	10-70	23,37±9,98	10-68	p>0,05



Şekil 3.5 Tıp Fakültesinde Okuyan Öğrencilerde ÇÇOYD Skoru İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çizelge 3.23 Katılımcıların Çocuğa Yönelik Kötü Muamele Kategorileri İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi

ÇÇOYD kategorileri		**Benlik algısı toplam**			**Dünya görüşü toplam**			**Gelecek algısı toplam**		
Çocuğa yönelik kötü muamele		Ortalama skor±SS	Min-max	P değeri	Ortalama skor±SS	Min-max	P değeri	Ortalama skor±SS	Min-max	P değeri
Fiziksel istismar	Evet	27,64±11,93	10-62	**P<0,001**	36,06±9,30	13-67	**P<0,001**	25,79±10,57	10-63	**P<0,05**
	Hayır	23,66±9,94	10-57		30,90±8,39	11-59		23,94±10,36	10-70	
Cinsel istismar	Evet	27,43±11,06	10-55	**P<0,05**	36,07±10,35	14-67	**P<0,001**	24,43±9,21	11-49	p>0,05
	Hayır	24,46±10,58	10-62		31,76±8,55	11-61		24,37±10,64	10-70	
Duygusal istismar	Evet	30,55±12,31	12-61	**P<0,001**	37,60±10,86	13-67	**P<0,001**	26,83±10,93	10-61	**P<0,01**
	Hayır	23,85±10,13	10-62		31,41±8,35	11-59		24,00±10,30	10-70	
Duygusal ihmal	Evet	31,60±10,81	11-55	**P<0,001**	40,39±9,25	20-67	**P<0,001**	29,93±10,78	10-62	**P<0,001**
	Hayır	23,73±10,27	10-62		31,09±8,25	11-59		23,61±10,14	10-70	
Fiziksel veya tıbbi ihmal	Evet	30,52±11,78	10-56	**P<0,001**	36,70±9,55	13-58	**P<0,001**	28,93±10,60	10-59	**P<0,001**
	Hayır	23,79±10,19	10-62		31,48±8,64	11-67		23,69±10,22	10-70	

Çizelge 3.24 Katılımcıların Hane İçi İşlev Bozukluğu Kategorileri İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi

ÇÇOYD kategorileri		**Benlik algısı toplam**			**Dünya görüşü**		**toplam**	**Gelecek algısı toplam**		
Hane içi işlev bozukluğu		Ortalama skor±SS	Min-max	P değeri	Ortalama skor±SS	Min-max	P değeri	Ortalama skor±SS	Min-max	P değeri
Aile içi şiddet	Evet	26,75±10,47	10-55	**P<0,05**	36,12±9,08	11-67	**P<0,001**	24,93±9,24	10-57	p>0,05
	Hayır	24,08±10,54	10-62		31,07±8,57	11-61		24,31±10,79	10-70	
Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması	Evet	24,94±10,49	10-53	p>0,05	34,26±10,14	13-61	**P<0,05**	24,04±8,72	10-42	p>0,05
	Hayır	24,64±10,64	10-62		31,91±8,71	11-67		24,49±10,66	10-70	
Ailede ruhsal,zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey	Evet	26,80±10,41	10-56	**P<0,05**	35,69±7,98	19-61	**P<0,001**	26,23±11,07	10-70	p>0,05
	Hayır	24,40±10,62	10-62		31,70±8,95	11-67		24,19±10,34	10-68	
Hane içinde alkol sorunu olan birey	Evet	28,08 ±11,51	10-56	**P<0,01**	36,11±8,75	15-58	**P<0,001**	27,76±12,07	10-70	**P<0,01**
	Hayır	24,34±10,47	10-62		31,81±8,85	11-67		24,10±10,22	10-68	
Hane içine uyuşturucu kullanan birey	Evet	28,41±10,72	14-49	**P<0,05**	35,40±10,01	15-58	**P<0,05**	27,30±11,17	10-55	p>0,05
	Hayır	24,48±10,58	10-62		32,02±8,83	11-67		24,28±10,39	10-70	
Ailede suça karışan veya ceza evine giren birey	Evet	27,13±10,41	10-48	**P<0,05**	36,27±9,46	11-67	**P<0,001**	25,88±10,89	10-59	p>0,05
	Hayır	24,40±10,61	10-62		31,70±8,73	11-61		24,26±10,39	10-70	

Duygusal istismar ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Duygusal istismara uğrama öyküsü olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi, uğramayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Bu düşüklük istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Duygusal ihmal ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Duygusal ihmale uğrama öyküsü olan bireylerin, uğramayan bireylere göre; psikolojik sağlamlık düzeyi daha düşük bulunmuştur ve bu düşüklüğün istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel veya tıbbi ihmal ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Fiziksel veya tıbbi ihmale uğrama öyküsü olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin uğramayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Aile içi şiddet ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Aile içi şiddet öyküsü olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin olmayan bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu düşüklük, benlik algısı ve dünya görüşü kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken gelecek algısı kategorisinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması öyküsü olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi olmayan bireylere göre daha düşük tespit edilmiştir. Bu düşüklük, benlik algısı ve gelecek algısı kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, dünya görüşü kategorisinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ailede ruhsal, zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey olması ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Ailede ruhsal, zihinsel hastalığı olan ya da intihar eden birey öyküsü olan bireylerin, olmayan bireylere göre psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu düşüklük, benlik algısı ve dünya görüşü kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken gelecek algısı kategorisinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hane içi alkol sorunu olan birey olması ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Hane içi alkol sorunu olan birey öyküsü olan kişilerin olmayan kişilere göre psikolojik sağlamlık düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hane içinde uyuşturucu kullanan birey olması ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Hane içinde uyuşturucu kullanan birey öyküsü olanların, olmayan bireylere göre; psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu düşüklük, benlik algısı ve dünya görüşü kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken gelecek algısı kategorisinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ailede suça karışan veya cezaevine giren birey olması ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Ailede suça karışan veya ceza evine giren birey öyküsü olanların psikolojik sağlamlık düzeyi, olmayan bireylerden daha düşük olarak saptanmıştır. Bu düşüklük benlik algısı ve dünya görüşü kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken gelecek algısı kategorisinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

3.4.3 Çocukluk Çağındaki Aktiviteler İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki

Katılımcıların 18 yaşından önce spor, müzik, dans, resim gibi bir aktivite ile ilgilenme durumları sorulmuştur. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin, Tıp fakültesi öğrencilerine göre çocukluk döneminde herhangi bir aktivite ile ilgilenme sıklığının istatistiksel olarak ($p<0,001$) anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda çocukluk döneminde herhangi bir aktivite ile ilgilenenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu ilişki benlik algısı ve gelecek algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı iken, dünya görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgular Çizelge 3.25'de özetlenmiştir.

3.4.4 Katılımcıların Hayat Görüşleri İle İlgili Veriler

Katılımcılara bazı tamamlama cümleleri verilerek hayat görüşleri ve kendileri ile ilgili algıları değerlendirilmeye çalışılmıştır.

"Hayatımda güçlü olmamı sağlayan en önemli etken ....." cümlesinde tamamlama kelimesi %42 oranda 'ailem', %36,4 oranında '..... kişisel özelliğim' şeklinde ifade edilmiştir. Bu cümleyi '..... kişisel özelliğim' olarak cevap verenlerin %46,7'si 'öz güvenimin yüksek olması', %28'i 'inançlı olmam', %11,7'si azimli ve hırslı olmam, %8,9'u 'hayallerimin ve umutlarımın olması' olarak cevap vermiştir.

"Hayatımda bazı olumsuz deneyimler yaşadım bunların üstesinden ..... sayesinde geldim." cümlesinde tamamlama kelimesi %44,8 oranında 'ailem', %40,7 '..... kişisel özelliğim', %12,3 oranında arkadaşlarım şeklinde ifade edilmiştir. Cümleyi '.....kişisel özelliğim' şeklinde cevap verenlerin %33,5'si 'öz güvenimin yüksek olması', %33'ü 'hayallerimin ve umutlarımın olması', %12'si azimli ve hırslı olmam, %8,6'sı 'inançlı olmam' olarak tamamlamıştır.

Çizelge 3.25 Katılımcıların Çocukluk Döneminde Herhangi Bir Aktivite İle İlgilenme Durumları İle Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Çocukluk döneminde herhangi bir aktivite ile ilgilenme				
	EVET		**HAYIR**		
Bilişsel üçlü envanter	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	Ortalama skor±SS	En küçük-en büyük	**P değeri**
Benlik algısı toplam	24,18±10,18	10-61	27,23±12,62	10-62	**P<0,001**
Dünya görüşü toplam	31,99±8,82	11-67	33,50±9,45	14-59	p>0,05
Gelecek algısı toplam	23,98±10,26	10-70	26,95±11,33	10-68	**P<0,01**

4. TARTIŞMA

Çalışmada 'Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri' 2 ana kategoride incelenmiştir: ‘Çocuğa yönelik kötü muamele’ ve ‘hane içi işlev bozuklukları’. Bu ana kategorilerin altındaki istismar ve ihmalin farklı tipleri ile aile içinde çocuk için stres oluşturabilecek olaylar ayrı ayrı incelenmiştir. Araştırmada katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri 'Bilişsel Üçlü Envanter' kullanılarak belirlenmeye çalışılmıştır. Son olarak, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri ve ailesel faktörlerin psikolojik sağlamlık ile ilişkisi incelenmiştir.

4.1 Çocuğa Yönelik Kötü Muamele

Araştırma sonucuna göre tüm katılımcılar arasında en sık karşılaşılan çocuğa yönelik kötü muamele tipi %24,9 ile fiziksel istismar olmuştur. Fiziksel istismar, hem Tıp fakültesi öğrencileri (%27) arasında hem de turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında (%22,1) en sık karşılaşılan istismar türüdür. Bu araştırmada olduğu gibi DSÖ/CDC’nin önerdiği ACE anketi kullanılarak yetişkinlerde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Romanya’da bu çalışmada olduğu gibi üniversite öğrencileri arasında ÇÇOYD araştırılmış, %26,9 sıklık ile fiziksel istismar en yaygın istismar tipi olarak bulunmuştur (Baban ve ark.,2013). Yine benzer yöntemle Makedonya Eski Yugoslav Cumhuriyeti’nde gerçekleştirilen çalışmada fiziksel istismar sıklığı %21, Arnavutluk’ta yapılan çalışmada %41,5 olarak bulunmuştur (Qirjako ve ark., 2013; Raleva ve ark., 2013). Avrupa bölgesinde fiziksel istismar sıklığı %22,9 olarak bulunmuştur (Sethi ve ark., 2013). Türkiye’de 2013 yılında üniversite öğrencileri arasında ÇÇOYD araştırmasında fiziksel istismar sıklığı %21,1 olarak bulunmuştur (Ulukol ve ark., 2013). Bu çalışmada fiziksel istismar sıklığı Türkiye’de daha önce yapılmış çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmada anket formlarının kapalı zarfla toplanmış olması, dolayısıyla kişisel bilgilerin korunma sürecine duyulan güven olabilir. Çalışmada Tıp fakültesi öğrencilerinin fiziksel istismar sıklığı turizm sektöründeki genç erişkinlerden daha yüksek saptanmış ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Her

iki grupta da fiziksel istismarın en sık karşılaşılan istismar türü olması ülkemizde fiziksel şiddetin çocukların disiplini için yaygın şekilde kullanılıyor olduğunu gösterebilir.

Araştırmada tüm katılımcılar arasında cinsel istismar sıklığı %10,9 olarak bulunmuştur. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde cinsel istismar sıklığı %14,7, Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise %8 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Türkiye'de 2013 yılında üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada cinsel istismar sıklığı %7,9 olarak bulunmuştur (Ulukol ve ark., 2013). Benzer yöntemin kullanıldığı 2013 çalışmasında elde edilen veriler bu araştırmada Tıp fakültesi öğrencileri grubundaki cinsel istismar sıklığı ile benzerdir. Ancak turizm sektöründe çalışanlar için bu oran hem bu çalışma hem de diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni gruplar arasındaki sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklerden dolayı olabilir. Aynı zamanda çocukluk döneminde istismara maruz kalmanın olumsuz etkisinin sonucu bu kişiler eğitimlerine devam edememiş ve erken yaşta çalışmaya başlamış bir grubu temsil edebileceğinden turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde cinsel istismar sıklığı yüksek bulunmuş olabilir.

Turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında cinsel istismar sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde kadınlarda %15,5 erkeklerde %13,9 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda oran daha yüksek olarak bulunmuş ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç toplumda sadece kadınların cinsel istismara uğradığı algısının yanlış olduğunu, çocukluk döneminde hem kızların hem de erkeklerin risk altında olduğunu göstermektedir.

Tıp fakültesi öğrencilerinde cinsel istismar sıklığı cinsiyete göre incelendiğinde ise kadınlarda %11,4 erkeklerde %4,9 olarak bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerinde kadınlarda cinsel istismar sıklığı erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer yöntemle yapılan Türkiye'deki çalışmada ise cinsel istismar sıklığı kadınlarda %7,2 erkeklerde ise %8,7'dir (Ulukol ve ark., 2013). Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında yapılan

araştırma ile karşılaştırıldığında bu çalışmada kadınlarda sıklık daha yüksek bulunmuştur. Bilgilerin kapalı zarfla toplanmış olması, dolayısı ile katılımcıların kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağına dair duydukları güven bunun nedeni olabilir. Erkekler de ise bu çalışmada oran daha düşük saptanmıştır. Bunun nedeni bu çalışmanın sadece Tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılmasına karşın diğer araştırmanın bir çok üniversitenin değişik fakültelerinde okuyan öğrencileri kapsamış olduğundan dolayısı ile katılımcıların sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların anket formundaki çocukluk çağı kötü muamele tiplerine cevap verme sıklığı incelendiğinde cinsel istismar sorularına turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde %10, Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise %8,8 sıklığında cevap verilmediği tespit edilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde diğer sorulara cevap vermeme sıklığı %0,4 iken turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde bu sıklık ortalama %2,8 civarındadır. Aradaki ciddi fark, kişilerin cinsel istismar ile ilgili yaşadıkları travma öyküsünü paylaşmak istemediğini düşündürmektedir. Genel olarak anketteki sorulara cevap vermeme oranlarına bakıldığında da turizm sektöründe çalışan katılımcıların cevap vermeme oranlarının yüksek olması; kişilerin yaşadığı travma öykülerinin daha yüksek olduğu ve bu konuda yaşadıkları travmanın psikolojik etkisi, utanma, unutmak isteme gibi nedenlerle bilgilerini paylaşmaktan çekindikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada tüm katılımcılar arasında duygusal istismar sıklığı %11,8 olarak bulunmuştur. Bu sıklık turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde %14,7, Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerde ise %9,6 olarak tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Türkiye'deki benzer çalışma yöntemiyle üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada duygusal istismar sıklığı %9,8 olarak bulunmuştur (Ulukol ve ark.,2013). Bu oran bu çalışmadaki Tıp fakültesi öğrencilerinin duygusal istismar sıklığı ile benzerdir. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde duygusal istismar sıklığının daha yüksek olmasının nedeni kırsal kesimde yaşama oranının yüksek olması, ebeveynlerin eğitim seviyesinin daha düşük olması, ebeveynlerin işsizlik oranının daha yüksek olması, kardeş sayılarının

daha fazla olması gibi sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Arnavutluk, Romanya ve Makedonya Eski Yugoslav Cumhuriyeti'nde benzer çalışma yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalarda üniversite öğrencilerinde duygusal istismar sıklığı sırasıyla %51, %23,6 ve %10,8'dir (Baban ve ark., 2013; Qirjako ve ark., 2013; Raleva ve ark., 2013). Ülkeler arasındaki farklılıkların sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çocuğa yönelik kötü muamele kapsamında en az önemsenen konulardan biri de duygusal ihmaldir. Tüm katılımcılar arasında duygusal ihmal sıklığı %13,2'tür. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde bu sıklık Tıp fakültesi öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Benzer anketlerin kullanıldığı üniversite öğrencileri arasında ÇÇOYD belirlemek amaçlı yapılan çalışmalarda duygusal ihmal sıklığı Arnavutluk'ta %11,2, Romanya'da ise %26,3 olarak bulunmuştur (Baban ve ark., 2013; Qirjako ve ark., 2013). Türkiye'de yapılan çalışmada ise sıklık %8,8 olarak bulunmuştur (Ulukol ve ark., 2013). Bu çalışmada Tıp fakültesi öğrencilerindeki duygusal ihmal sıklığı %7,1 olup ülkemizde yapılan diğer çalışmanın sonucu benzerlik göstermektedir. Ülkeler arasındaki bu farklılık çalışmanın yapıldığı grupların sosyoekonomik düzeyindeki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Turizm sektöründeki genç erişkinler arasındaki duygusal ihmal sıklığı %21,2 olup hem kendi ülkemizdeki hem de diğer ülkelerdeki çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni turizm sektöründe çalışan kişilerin üniversite öğrencilerine göre daha fazla sıklıkta geniş ailede büyümüş olmalarından, ortalama kardeş sayısının daha fazla oluşundan, ebeveynlerinin işsizlik sıklığının daha yüksek oluşundan, ebeveynlerinin eğitim seviyesinin daha düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Aynı zamanda bu kişiler, çocukluk çağında olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalarak eğitimlerine devam edemeyip erken yaşta çalışan kişiler olabileceğinden duygusal ihmal sıklığı daha yüksek saptanmış olabilir.

Araştırmada tüm katılımcılar arasında fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı %13,7 iken, turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında bu sıklık %22,2; Tıp fakültesi öğrencilerinde ise %7,3'tür. Üniversite öğrencileri arasında benzer anket formu kullanılarak yapılan Arnavutluk, Romanya kökenli çalışmalarda fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı sırası ile %6,5 ve %16,5'dur (Baban ve ark., 2013; Qirjako ve ark., 2013). Türkiyede yapılan benzer çalışmada ise bu sıklık %5,7'dir (Ulukol ve ark., 2013). Tıp fakültesi öğrencileri arasındaki fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte iken, turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasındaki fiziksel veya tıbbi ihmal sıklığı hem ülkemizdeki hem de diğer ülkelerdeki çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin gruplar arasındaki sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Geniş ailelerde, çok çocuğun olduğu kalabalık ailelerde aynı zamanda ailenin de ekonomik yetersizliği olduğunda çocukların gereksinimlerinin fark edilmesi, gelişimleri için uygun ortamın sağlanmasında güçlük çekilebileceğinden bu grupta duygusal ihmalde olduğu gibi fiziksel veya tıbbi ihmalde de sıklık daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmada, çocuğa yönelik kötü muameleler incelendiğinde fiziksel istismar sıklığı dışında diğer tüm istismar ve ihmal türlerinde turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerdeki oranların Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerden daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu veri ışığında fiziksel istismarın, toplumumuzda sosyoekonomik ve eğitim düzeyi fark etmeksizin halen çocukları disiplin altına alma yöntemi olarak kullanıldığı sonucuna varılabilir. Çalışmadaki diğer sonuçlar incelendiğinde turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin ebeveynlerinin eğitim düzeyinin Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyinden daha düşük olduğu bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların çocukluk çağında ebeveynlerinin çalışma sıklığı incelendiğinde turizm sektöründeki katılımcıların annelerinin ve babalarının çalışmama sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde turizm sektöründeki genç erişkinlerin kardeş sayısı ortalaması Tıp fakültesi öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Turizm sektöründeki katılımcıların 18 yaş altındaki yaşamlarını sürdürdüğü yerleşim

yeri tıp fakültesi öğrencilerine göre daha fazla kırsal kesimde olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar; ekolojik/etkileşimsel model çerçevesinde özetlenecek olursa, turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin eksosistem içindeki risk faktörleri;

- Ebeveynlerinin eğitim seviyesinin düşük olması,
- Ebeveynlerinin bir işte çalışma sıklığının düşük olması,
- Kırsal kesimde yaşamış olmaktır.

Mikrosistem içindeki risk faktörü ise;

- Kardeş sayısının daha fazla olmasıdır.

Eksosistem ve mikrosistem içindeki bu risk faktörlerinin turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde daha yüksek sıklıkta görülmesi, Tıp fakültesi öğrencilerine göre çocukluk çağında daha fazla çocukluk çağı kötü muamele tiplerine maruz kalmış olmasını açıklayabilir.

Bu çalışma ve diğer çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda çocuğa yönelik kötü muamelenin sosyoekonomik düzeyi daha düşük kesimlerde daha sık olmakla birlikte, sosyoekonomik düzeyi daha yüksek sayılabilecek kesimlerde de hala yüksek bir sıklıkta seyrettiği ifade edilebilir.

4.2 Hane İçi İşlev Bozukluğu

Çalışmada çocukluk döneminde maruz kalınan olumsuz yaşam deneyimlerinin sıklığı karşılaştırıldığında en sık görülen sorun fiziksel istismar (%24,9) ikinci sırada da aile içi şiddete tanıklık (%22,4) olduğu görülmüştür. Hem turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında hem de Tıp fakültesi öğrencileri arasında olumsuz yaşam deneyimlerinin görülme sıklığı sıralaması aynı olup; genel olarak tüm kategorilerde sıklık yüzdesi turizm sektöründe daha yüksektir.

Aile içi şiddet görülme sıklığı turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde %24,6 iken Tıp fakültesi öğrencileri arasında %20,6'dır. Gruplar arasında turizm sektöründe aile içi şiddet daha yüksek görülmekle beraber bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Benzer veri toplama araçları kullanarak Romanya'da yapılmış olan çalışmada aile içi şiddet görülme sıklığı üniversite öğrencileri arasında %17,4 tür (Baban ve ark.,2013). Türkiye'de yapılan bir çalışmada bu oran %18,4 olarak tespit edilmiştir (Ulukol ve ark.,2013). Türkiye'de 2006-2007 yılları arasında yürütülen 'Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet' araştırmasının sonucunda her 3 kadından birinin şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (TBMM,2011). Hem ülkeler arasında hem de her iki grup arasında aile içi şiddet görülme sıklığının benzer oranda olduğu görülmektedir. Şiddetin farklı toplumlarda ve aynı toplumun çeşitli sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyelerinde yaygın olarak görüldüğü sonucuna ulaşılabilinir. Şiddetin toplumun her kesimini ilgilendiren çok önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu düşünülmüştür.

Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması sıklığı incelendiğinde, tüm katılımcılar arasında bu sıklık %11,8'dir. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında %14,8, Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise %9,4'tür. Benzer veri toplama araçları kullanarak Romanya'da ve Arnavutluk'da yapılmış olan çalışmalarda ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması sıklığı üniversite öğrencileri arasında sırası ile; %15,6 ve %6,6'dır (Baban ve ark., 2013; Qirjako ve ark., 2013). Türkiye'de yapılan benzer çalışmada ise %5,2'dir (Ulukol ve ark., 2013). Tıp fakültesi öğrencileri arasındaki ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması sıklığı Türkiye'de 2013 yılında yapılan çalışmadan daha yüksek sıklıkta bulunmuştur. Bu çalışma sadece bir üniversitede bulunan ve Tıp fakültesinde okuyan öğrencileri kapsamakta iken, 2013 yılında yapılan çalışma Türkiye'nin beş farklı bölgesini kapsayan üniversite öğrencilerini kapsamaktadır. Boşanma toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısı ile ilişkili bir durumdur. Bu çalışmadaki yüksek oranın da bu nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülebilinir. Turizm sektöründe çalışan grupta sıklığın daha yüksek bulunmasının nedeni; bu grubun çocukluk çağında olumsuz yaşam deneyimlerine kalma sıklığının daha yüksek olup, bunun olumsuz etkisi olarak eğitimlerine devam edemeyip erken yaşta çalışan kişilerden oluşmuş olabileceğinden kaynaklanabilir.

Çalışmada katılımcı grupların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması sıklığı incelendiğinde; turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde kadınlarda bu sıklık %21,7 iken erkeklerde %11,2'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Turizm sektöründeki genç erişkinlerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi daha düşük ve ebeveynlerin çalışmama sıklığı Tıp fakültesi öğrencilerinin ebeveynlerinden daha yüksek idi. Ebeveynlerin boşanması sonucu aile dinamikleri de değişmekte, eve gelir sağlamak için çalışmayan anne ya da babanın olduğu yerde eve gelir sağlamak için çocuklar da çalışmaya zorlanabilmektedir. Turizm sektöründe çalışan kadınlar, çocukluğunda aile dinamiklerindeki değişiklik ve ekonomik kaygılardan ötürü erken yaşta çalışmaya başlamış olabilirler bu nedenle de bu grupta ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması sıklığı diğer gruplardan daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmada ailede ruhsal, zihinsel hastalık olan ya da intihar eden birey öyküsünün olma sıklığı tüm katılımcılar arasında %12; turizm sektöründeki katılımcılar arasında %12,4; Tıp fakültesindeki katılımcılar arasında ise %11,7'dir. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde cinsiyete göre ailede ruhsal, zihinsel hastalık olan ya da intihar eden birey öyküsünün olma sıklığı incelendiğinde; kadınlarda %17,8 erkeklerde ise %9,2 olarak belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı zamanda, turizm sektöründe çalışan kadınlarda bu sıklık Tıp fakültesi öğrencileri kadın katılımcılar arasındaki sıklıktan daha yüksektir. Genel olarak bakıldığında turizm sektöründe çalışan genç erişkin kadın katılımcılarında hane içi işlev bozukluğu parametrelerinin sıklığı hem kendi gruplarındaki erkeklere göre hem de Tıp fakültesindeki kadın grubundan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre kadınların erken yaşta eğitim hayatlarına devam etmek yerine çalışmaya başlama nedenlerinden biri; çocukluk çağında hane içindeki işlev bozukluğundan ve bunların getirdiği ekonomik kaygılardan dolayı olabilir.

Çalışmada hane içinde alkol sorunu olan birey öyküsünün sıklığı incelendiğinde bu oran tüm katılımcılar arasında %8,8; turizm sektöründeki katılımcılarda %12,7; Tıp fakültesindeki katılımcılarda ise %5,8'dir. Aradaki farkın her iki grubun sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklarından dolayı olduğu

düşünülmüştür. Romanya'da benzer veri toplama yöntemleri kullanılarak üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada hane içi alkol kullanan birey varlığının sıklığı % 21,4 olarak bulunmuştur (Baban ve ark., 2013). Alkol kullanma sıklığı ülkelerin sosyal ve kültürel özellikleri ile de ilgilidir. Türkiye nüfusunun büyük çoğunluğu Müslüman olduğundan dolayı alkol tüketimi diğer ülkelere göre daha düşüktür. Romanya'daki çalışma ile aradaki farkın bundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hane içinde uyuşturucu kullanan birey öyküsün sıklığı incelendiğinde bu oran tüm katılımcılar arasında %4,9; turizm sektöründeki katılımcılarda %7,5; Tıp fakültesindeki katılımcılarda ise %2,9'dir. Türkiye'de ve Romanya'daki aynı çalışmalarda hane içi uyuşturucu kullanan birey varlığının sıklığı ise sırasıyla %3,4 ve % 2,1 olarak bulunmuştur (Ulukol ve ark., 2013; Baban ve ark., 2013). Bu çalışmada hem turizm sektörü katılımcılarının oranı hem de Tıp fakültesi katılımcılarının oranı diğer iki çalışma sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur. Uyuşturucu kullanımı yasal olmayan bir durumdur. Kişiler anket formundaki uyuşturucu ile ilgili sorulara yanıt vermek istemiyor ya da yanlış cevap veriyor olabilirler. Bu çalışmada anket formlarının kapalı zarfla toplanmış olması, dolayısıyla kişisel bilgilerin korunma sürecine duyulan güven sonucu kişiler bu sorulara daha doğru ve daha yüksek oranda cevap vermiş olabilirler.

Çalışmada ailede suça karışan veya ceza evine giren birey öyküsünün sıklığı incelendiğinde bu oran tüm katılımcılar arasında %10,7, turizm sektöründeki katılımcılar arasında %14,3; Tıp fakültesindeki katılımcılar arasında ise % 7,9'dur. Türkiye'de benzer veri toplama yöntemi kullanılarak üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada bu oran %10,3 olarak bulunmuştur (Ulukol ve ark.,2013). Çalışmada turizm sektörü katılımcıları arasındaki sıklığın daha yüksek olmasının sebebinin, gruplar arasındaki sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklardan dolayı olduğu düşünülmektedir.

4.3 ÇÇOYD Skoru

Araştırmada katılımcıların ankette yer alan 11 farklı olumsuz yaşam deneyiminden en az birine maruz kalma sıklığı turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında % 70,8, Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise %57,1'dir. Bu çalışmaya benzer anket formu kullanarak yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Romanya'da, Arnavutluk'ta, Makedonya Eski Yugoslav Cumhuriyeti'nde bu oranlar sırası ile %64,9, %72,4 ve %64'tür (Baban ve ark., 2013; Qirjako ve ark., 2013; Raleva ve ark., 2013). Türkiye'de yapılan çalışmada ise bu oran %49,7'dir (Ulukol ve ark., 2013). Bu çalışmada Tıp fakültesi öğrencileri arasındaki sıklık ile diğer çalışmalardaki üniversite öğrencileri arasındaki sıklık incelendiğinde; Türkiye'de 2013 yılındaki araştırmaya göre daha yüksek bir oran diğer ülkelerdekilere ise benzer bir oran tespit edilmiştir. Türkiye'deki diğer çalışmadan daha yüksek bir oran bulunmasının nedeni bu çalışmada anket formlarının kapalı zarfla toplanmış olması, dolayısıyla kişisel bilgilerin korunma sürecine duyulan güven olabilir. Aynı zamanda ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali konusunda yapılan çalışmaların varlığı ve medyada daha fazla bu olaylar hakkında konuşulması kişilerin daha korkusuz bir şekilde anket sorularına daha doğru ve eksiksiz yanıt vermesine olanak sağlamış olabilir.

Çalışmada ÇÇOYD skoru ortalaması turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde 1,77±1,996; Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise 1,16±1,518 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Herhangi bir olumsuz yaşam deneyimine maruz kalan kişi diğer olumsuz deneyimlere mağruziyet açısından da risk altındadır (Ulukol ve ark., 2013). Turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında, tüm kategorilerde çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalma oranı daha yüksek olduğundan bu grupta ÇÇOYD skorunun da daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada ÇÇOYD öyküsü olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri incelenmiş olup; çekirdek ailelerde ÇÇOYD sıklığının daha düşük olduğu, özellikle parçalanmış aile ve geniş ailelerde ÇÇOYD sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Aynı zamanda anne ve baba eğitim düzeyinin yüksek olduğu grupta ÇÇOYD sıklığının

daha düşük olduğu saptanmıştır. Kardeş sayısı arttıkça ÇÇOYD skorunda da artış olduğu saptanmıştır.

Bulunan sonuçlar ekolojik/etkileşimsel model çerçevesinde incelenecek olur ise, eksosistem ve mikrosistem içinde ÇÇOYD için koruyucu faktörler aşağıdaki gibidir:

-Çekirdek aile yapısı

-Anne eğitim düzeyinin yüksek olması

-Baba eğitim düzeyinin yüksek olması

-Kardeş sayısının az olması

Hane içi işlev bozuklukları, çocuğa yönelik kötü muamele riskini arttıran faktörlerdir (Ulukol ve ark., 2013; Junger ve ark., 2013; Dube ve ark., 2001; Vernig ve ark., 2011). Turizm sektöründe çalışan genç erişkinler ile Tıp fakültesi öğrencilerinin karşılaştıkları hane içi işlev bozukluk parametreleri karşılaştırıldığında; turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması, hane içinde alkol ve uyuşturucu kullanan birey sıklığı ve ailede suça karışan veya cezaevine giren birey sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinler ile Tıp fakültesi öğrencileri çocuğa yönelik kötü muamele parametrelerinin sıklığı açısından değerlendirildiğinde; fiziksel istismar dışında tüm parametrelerin sıklığının turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde daha fazla olduğu görülmektedir.

Turizm sektöründe çalışan katılımcılar arasında ÇÇOYD öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırılmış; çocukken ebeveyni ile yaşayanlarda ve okul öncesi dönemde bakımıyla ebeveynlerden birinin ilgilendiği kişilerde ÇÇOYD sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinde ÇÇOYD öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında ise bu özelliklerin ÇÇOYD sıklığına etki etmediği görülmüştür. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin sosyodemografik özellikleri Tıp fakültesi öğrencileri ile karşılaştırıldığında; anne ve baba eğitim

düzeyinin düşük olması, kırsal kesimde yaşama oranın yüksek olması, kardeş sayısının yüksek olması, hane içinde alkol ya da uyuşturucu kullanan birey sıklığının yüksek olması, ailede suça karışan veya ceza evine giren birey sıklığının yüksek olması gibi risk faktörlerinin turizm sektöründe çalışan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile Tıp fakültesi katılımcılarının bu özellikler açısından koruyucu faktörlere sahip olduğu sonucuna ulaşılabilinir.

4.4 Psikolojik Sağlamlık

Araştırmada psikolojik sağlamlık düzeyini belirlemek için Bilişsel Üçlü Envanter kullanıldı. Beck'in bilişsel modeli incelendiğinde, depresif bireyin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilinir:

1) Yaşadığı olumsuz olaylarda kusurun kendi psikolojik, ahlaksal ve fiziksel özelliklerinden dolayı olduğunu düşünme eğilimindedir (negatif benlik algısı)

2) Dünyayı yaşamdaki hedeflerine ulaşmak için aşılmaz engellerle dolu bir yer olarak algılar (negatif dünya görüşü)

3) Yaşadığı zorlukları veya çektiği acıların süresiz olarak devam edeceğini düşünür (negatif gelecek algısı)

Negatif bilişsel üçlünün (benliği, dünyayı ve geleceği negatif algılamanın) depresyona yol açtığı görüşüne zıt olarak pozitif bilişsel üçlünün (benlik, dünya ve gelecek hakkında olumlu düşüncelere sahip olma) bireyleri depresyondan koruduğu öngörülmüştür (Masten ve ark., 1998; Esbensen ve ark., 2007; Beck, 1982).

Kaynak taramasında, Türkiye'de ve dünyada ÇÇOYD'ini güçlük faktörü olarak kabul edip psikolojik sağlamlığın bilişsel üçlü ile değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yetişkinlerle yapılan kısıtlı sayıdaki araştırmalarda, psikolojik sağlamlığı belirlemede bilişsel üçlüyü oluşturan pozitif benlik algısının, pozitif dünya görüşünün ve pozitif gelecek algısının yaşam memnuniyetini arttırdığı,

depresif belirtilerden koruduğu sonucuna varılmıştır (Mak ve ark., 2011; Yılmaz, 2008).

Çalışmada BÜE puanları kodlanırken pozitif maddelerin tamamı ters kodlandığı için ölçekten alınan düşük puanlar pozitif bilişsel üçlüyü, diğer bir ifade ile psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğunu; yüksek puanlar ise negatif bilişsel üçlüyü, yani psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmada turizm sektöründe çalışan genç erişkinler ile Tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeyi değerlendirildiğinde; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısından alınan ortalama puanlarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Ancak katılımcılar ÇÇOYD öyküsü olup olmamalarına göre incelendiğinde; ÇÇOYD olan grubun benlik algısının, gelecek algısının ve dünya görüşünün ÇÇOYD olmayan gruba göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Her bir grup cinsiyetlerine göre ayrı ayrı incelendiğinde Tıp fakültesi öğrencileri arasında kadınlarda benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısının erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi olduğu görülmüştür. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde cinsiyete göre incelendiğinde ise genel olarak yine kadınlarda benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısının erkeklere oranla daha iyi olduğunu ancak sadece gelecek algısındaki oranın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Turizm sektöründe çalışan erkeklerin mesleki doyumu, toplumdaki statüsü ve maddi kazançları kendilerini yeteri kadar tatmin etmediği için gelecek algılarında daha negatif bir etkilenmeye neden olmuş olabilir.

Çocukluk çağında kötü muameleye uğrayan veya hane içi işlev bozukluğu olan bireylerde psikiyatrik semptomlar ve depresyon gibi ciddi sorunların meydana geldiği birçok çalışmada gösterilmiştir (Hughes ve ark., 2017; Paras ve ark., 2009; Bellis ve ark., 2014; Teicher ve ark., 2013; Fırat ve ark., 2012). Aynı zamanda

ÇÇOYD skoru arttıkça ağlama nöbetleri, depresyon ve kontrolsüz öfke gibi problemlerde de artış görülmektedir (Ulukol ve ark., 2013; Hunt ve ark., 2017).

Çalışmada, turizm sektörü çalışanları arasında en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısının istismar öyküsü olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Tıp fakültesi öğrencileri arasında en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısının istismar öyküsü olan grupta daha düşük olduğu görülmüştür. İki grup arasındaki fark; benlik algısı ve dünya görüşünde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken gelecek algısında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgular literatür ile uyumlu olup, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalmanın kişinin psikolojik sağlamlık düzeyi ile negatif ilişkili olduğunu göstermiştir.

Her iki grupta ÇÇOYD skoru ile psikolojik sağlamlık düzeyi incelenmiştir. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde ÇÇOYD skoru arttıkça benlik algısının, dünya görüşünün ve gelecek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötüye gittiği görülmüştür. Benzer şekilde Tıp fakültesindeki öğrenciler arasında da ÇÇOYD skoru arttıkça benlik algısının, dünya görüşünün ve gelecek algısının daha kötüye gittiği görülmüştür. Bu değişiklik benlik algısında ve dünya görüşünde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,001$) gelecek algısında anlamlı bulunmamıştır. Bulgular literatür ile uyumlu olarak, ÇÇOYD skoru ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında ÇÇOYD geçirmiş bireylerin gelecek algısının korunmuş olmasına; ileride kendilerini maddi ve manevi tatmin edebilecek bir mesleğe sahip olacağı düşüncesinin tampon faktör olarak etki etmiş olabileceği düşünülebilinir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerinin benliğin olumsuz olarak algılanmasına, düşük benlik saygısına neden olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Kendall-Tackett, 2002; Ammerman ve ark., 1986). Benlik saygısının psikolojik sağlamlığa etkisinin incelendiği çalışmalarda; çocuğa yönelik kötü muamele

ardından sergilenen dayanıklılık sürecinde, benlik saygısının, depresyon ve içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış davranış problemleri için koruyu faktör olduğu ifade edilmiştir (Kim ve ark., 2006; Mak ve ark., 2011; Erarslan ve ark., 2019). Pozitif benlik algısının, pozitif dünya görüşünün ve pozitif gelecek algısının yaşam memnuniyetini arttırdığı ve depresif belirtileri azalttığı da çalışmalarda gösterilmiştir (Mak ve ark., 2011; Erarslan ve ark., 2019; Yılmaz, 2008).

Çalışmada tüm katılımcılar arasında; ÇÇOYD'nin 11 alt kategorisinin psikolojik sağlamlık düzeyi ile olan ilişkisi ayrı ayrı incelendi. Genel olarak değerlendirildiğinde hem çocuğa yönelik kötü muamele parametrelerinin hem de hane içi işlev bozukluğunun bilişsel üçlünün tüm alanlarında (benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı) literatür ile uyumlu olarak negatif yönde ilişkili olduğu aynı zamanda ÇÇOYD skoru arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de azaldığı tespit edilmiştir.

Araştırmada, hane içi işlev bozuklukları parametrelerinin (hane içinde alkol sorunu olan birey dışında) gelecek algısı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif ilişkili olmadığı görülmüştür. Yaşanan olumsuz deneyimlere rağmen gelecek algısının korunmuş olmasının katılımcı grubun eğitim seviyesi yüksek veya çalışarak para kazanan kişilerden oluşmuş olmasından kaynaklandığı düşünülebilinir. Bu bilgiler doğrultusunda; gelecek algısının korunmasında eğitim ve bir işte çalışmanın tamponlayıcı bir faktör olabileceği söylenebilinir.

Çalışmada duygusal istismar ve ihmale uğrayanların benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı alanlarının üçünde de diğer istismar türlerine göre daha yüksek puan aldığı yani psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel veya tıbbi ihmal diğer çocuğa yönelik kötü muamele türlerinden farklı olarak görünür iz bırakmadığı için şiddetin toplumsal olarak kabul edilebilirlik düzeyi yüksek olan toplumlarda yeterince önemsenmeyen bir sorundur. Ancak bu çalışmada da gösterildiği gibi duygusal istismar ve duygusal ihmalin kişinin psikolojik sağlamlık düzeyi ile diğer çocuğa yönelik kötü muamelelerden daha fazla negatif ilişkili olduğu görülmüştür.

Bunun nedeni duygusal istismar ve ihmale daha uzun süre maruz kalınması olabilir. Aile ve çevre tarafından çocuğa sürekli olarak duygusal istismar ve ihmal sayılacak davranışların sergilenmesi vücutta kronik stres haline neden olur. Stresin kronikleşmesi, çocuğa bakım vereni tarafından yapılması ve kritik yaşam dönemlerinde bu olayların meydana gelmesi toksik strese neden olup biyolojik yerleşik etki (biological embedding) ile vücudun dengesini bozmakta ve psikolojik sağlamlık düzeyini negatif olarak etkilemektedir (Johnson ve ark., 2013; Fırat ve ark., 2012; Bick ve ark., 2016; Fiş ve ark., 2009).

Çocukluk döneminde spor, müzik, resim, dans gibi faaliyetlere katılmanın kişilerin hem fiziksel hem de psikolojik gelişime olumlu katkı sağladığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu faaliyetlerde bulunmak kişilerin duygusal olarak daha dengeli olmalarına, kendilerine güven duygularını geliştirmelerine, kaygı ve stres düzeylerini azaltmalarına olanak sağladığı gibi akademik başarılarının daha iyi olmasına, okulu bırakmayı önlemeye, bir üst öğrenimi tercih etmeye de yardımcı olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Köse, 2013; Haskell ve ark, 1985). Bu çalışmada katılımcıların 18 yaşından önce spor, müzik, dans, resim gibi bir aktivite ile ilgilenme durumları incelenmiştir. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin, Tıp fakültesi öğrencilerine göre çocukluk döneminde herhangi bir aktivite ile ilgilenme sıklığının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda çocukluk döneminde herhangi bir aktivite ile ilgilenenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bulgular literatür ile uyumlu olup, çocukluk çağında herhangi bir aktivite ile ilgilenmenin kişilerin akademik başarısına katkıda bulunduğu ve psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde ilişkili olduğu söylenebilinir.

Sonuç olarak; ÇÇOYD sıklığının oldukça yüksek olduğu, turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde yani eğitim hayatlarına devam etmeyip erken yaşta çalışmaya başlayan kişilerde ÇÇOYD sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çocuğa yönelik kötü muamele ve hane içi işlev bozukluklarının tüm parametreleri psikolojik sağlamlık düzeyi ile negatif yönde ilişkilidir. Duygusal istismar ve ihmal, negatif ilişkinin daha fazla olduğu parametrelerdir. ÇÇOYD skoru arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de azaldığı tespit edilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde

ÇÇOYD'ne maruz kalınmasına rağmen gelecek algısının korunmasının nedeni kişilerin ileride mesleki olarak maddi ve manevi doyuma ulaşma umudu olabilir. Çocukluk çağında spor, müzik, resim gibi bir aktivite ile ilgilenmek ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışması; Antalya'da turizm sektöründe çalışan 18-24 yaş arası genç erişkinler ve Antalya'da Tıp fakültesinde okuyan 18-24 yaş arasındaki üniversite öğrencileri arasında ÇÇOYD sıklığını ve katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyi ile ÇÇOYD arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek amacı ile yapılmıştır. Çalışmaya, Tıp fakültesi öğrencilerinden 450, turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerden 370 kişi olmak üzere toplamda 850 kişi katılmıştır.

Araştırmanın bulgularına genel olarak bakıldığında; ÇÇOYD sıklığının oldukça yüksek olduğu, turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında ÇÇOYD sıklığının Tıp fakültesi öğrencilerinden daha da yüksek olduğu saptanmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyi, ÇÇOYD öyküsü olanlarda olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. ÇÇOYD skoru arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de azaldığı tespit edilmiştir.

Çalışmanın bulguları aşağıda özetlenmiştir;

1. Sosyodemografik özellikler incelendiğinde; turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerin anne eğitim düzeyinin, baba eğitim düzeyinin Tıp fakültesi öğrencilerinden daha düşük olduğu bulunmuştur. Ortalama kardeş sayısı, 18 yaş altında kırsal kesimde yaşama oranı turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çocukluk çağında ebeveynlerinin çalışma oranları incelendiğinde, turizm sektöründeki katılımcıların annelerinin ve babalarının çalışmama oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.

2. Tüm katılımcılar arasında en sık karşılaşılan çocuğa karşı yapılan kötü muamele tipi %24,9 ile fiziksel istismar olmuştur. Fiziksel istismar, hem Tıp fakültesi öğrencileri (%27) arasında hem de turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında (%22,1) en sık karşılaşılan istismar türüdür.

3. Çocuğa yönelik kötü muameleler incelendiğinde fiziksel istismar sıklığı dışında diğer tüm istismar ve ihmal türlerinde turizm sektöründe çalışan genç

erişkinlerdeki sıklığın Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerden daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4. Hane içi işlev bozukluğu parametrelerinin görülme sıklığı incelendiğinde en sık görülen sorun aile içi şiddete tanıklık (%22,4) olarak tespit edilmiştir. Hem turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında hem de Tıp fakültesi öğrencileri arasında hane içi işlev bozukluğu parametrelerinin görülme sıklığı sıralaması aynı olup; genel olarak tüm kategorilerde sıklık yüzdesi turizm sektöründe daha yüksektir.

5. Katılımcıların ankette yer alan 11 farklı olumsuz yaşam deneyiminden en az birine maruz kalma sıklığı turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında % 70,8 olup bu oran cinsiyetlere göre incelendiğinde kadın ve erkeklerde sırası ile %77,9 ve %67,1 olarak belirlenmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında ise ankette yer alan herhangi bir olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalma sıklığı %57,1 olup bu sıklık cinsiyetlere göre incelendiğinde kadın ve erkeklerde sırası ile %52,8 ve %60,9'dur.

6. ÇÇOYD öyküsü olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri incelenmiş olup; çekirdek ailelerde ÇÇOYD sıklığının daha düşük olduğu, özellikle parçalanmış aile ve geniş ailelerde ÇÇOYD sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Aynı zamanda anne ve baba eğitim düzeyinin yüksek olduğu grupta ÇÇOYD sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kardeş sayısı arttıkça ÇÇOYD skorunda da artış olduğu saptanmıştır.

7. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinler ile Tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeyi değerlendirildiğinde; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısından alınan ortalama puanlarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Ancak katılımcıları ÇÇOYD öyküsü olup olmamalarına göre incelediğimizde; ÇÇOYD olan grubun benlik algısının, gelecek algısının ve dünya görüşünün ÇÇOYD olmayan gruba göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

8. Her bir grup cinsiyetlerine göre ayrı ayrı incelendiğinde Tıp fakültesi öğrencileri arasında kadınlarda benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısının erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi olduğu saptanmıştır. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde cinsiyete göre incelediğinde ise genel olarak yine kadınlarda gelecek algısının erkeklere göre daha iyi olduğu saptanmıştır.

9. Turizm sektörü çalışanları arasında en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında; benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısının istismar öyküsü olan grupta daha kötü olduğu bulunmuştur.

10. Tıp fakültesi öğrencileri arasında en az bir ÇÇOYD öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında; benlik algısı ve dünya görüşünün istismar öyküsü olan grupta daha kötü olduğu görülmüştür.

11. Turizm sektöründe çalışan genç erişkinlerde ÇÇOYD skoru ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde ÇÇOYD skoru arttıkça benlik algısının, dünya görüşünün ve gelecek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötüye gittiği görülmüştür.

12. Tıp fakültesindeki öğrenciler arasında da benzer şekilde ÇÇOYD skoru ile psikolojik sağlamlık düzeyi incelenmiştir. ÇÇOYD skoru arttıkça benlik algısının ve dünya görüşünün daha kötüye gittiği görülmüştür.

13. Tüm katılımcılar arasında; ÇÇOYD'nin 11 alt kategorisi ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişki ayrı ayrı incelenmiştir. Kişilerin fiziksel, cinsel, duygusal istismara ve ihmale uğramış olmasının bilişsel üçlünün tüm alanları ile (benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı) negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Hane içi işlev bozukluklarının da benlik algısı ve dünya görüşü ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif olarak ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak hane içinde alkol sorunu olan birey dışında diğer hane içi işlev bozuklukları parametrelerinin (hane içinde alkol sorunu olan birey dışında) kişilerin gelecek algısı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif ilişkili olmadığı saptanmıştır.

14. Benlik algısı, dünya görüşü ve gelecek algısı ile ÇÇOYD'nin 11 parametresi arasındaki ilişki tek tek incelenmiştir. Her üç alanda da en yüksek puanı duygusal ihmal ve duygusal istismara uğrayanların aldığı tespit edilmiştir.

15. Ekolojik/etkileşimsel modele göre çocuğa yönelik kötü muamelenin (çocuk istismarı ve ihmalinin) görülme olasılığını etkileyen arttırıcı ve ödünleyici faktörler açısından araştırma sonuçları gözden geçirildiğinde incinebilirlik faktörleri;

-Ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olması,

-Kardeş sayısının fazla olması,

-Ebeveynlerin çalışmıyor olması,

-Kırsal kesimde yaşıyor olmak,

-Hane içinde alkol kullanan birey varlığı,

-Hane içinde uyuşturucu kullanan birey varlığı,

-Aile içinde suça karışan veya cezaevine giren bireyin olması ,

-Geniş aile veya parçalanmış aileye sahip olmak,

-Çocukluk döneminde ebeveynlerden uzun süre ayrı kalmak,

-Okul öncesi dönemde çocuğun bakımı ile başkalarının ilgilenmesi olarak saptanmıştır.

16. Ekolojik/etkileşimsel modele göre çocuğa yönelik kötü muamelenin (çocuk istismarı ve ihmalinin) görülme olasılığını etkileyen arttırıcı ve ödünleyici faktörler açısından araştırma sonuçları gözden geçirildiğinde koruyucu faktörler;

-Ebeveyn eğitim seviyesinin yüksek olması,

-Ebeveynlerin çalışıyor olması,

-Çekirdek aile yapısına sahip olmak,

-Kardeş sayısının az olması,

-Hane içinde alkol veya uyuşturucu kullanan birinin olmaması,

-Ebeveyn ile uzun süre ayrı kalmamak,

-Okul öncesi dönemde bakımı ile ebeveynin ilgilenmesi olarak saptanmıştır.

17. Çalışmanın sonuçları genel olarak incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeyi ile negatif ilişkili etmenler;

-Çocuğa yönelik kötü muameleye (çocuk istismarı ve ihmaline) maruz kalmak

-Çocukluk döneminde hane içi işlev bozukluğunun varlığı

-ÇÇOYD skoru arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de azaldığı tespit edilmiştir.

Çalışmada, çocuğa yönelik kötü muamele ve hane içi işlev bozukluklarının tüm parametrelerinin psikolojik sağlamlık düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu

gösterilmiştir. Birden fazla çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimine maruz kalmak ile psikolojik sağlamlık düzeyinin negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağında spor, müzik, resim gibi bir aktivite ile ilgilenmek ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde ilişkinin olduğu gösterilmiştir.

Çocuğa yönelik kötü muamele ve diğer olumsuz yaşam deneyimleri çocukların sağlığını etkileyen ve etkileri yaşam boyu devam eden hatta diğer nesillere de aktarılan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kişilerin psikolojik sağlamlık düzeyini en çok etkileyen nedenlerden biri çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmaktır. Bu nedenle sağlık çalışanları ile birlikte toplumun her düzeyindeki meslek mensuplarının bir araya gelerek sorunun öncelikle iyi bir şekilde analiz edilmesi ve eylem planlarının oluşturulması gerekmektedir.

Çalışmada, erişkinlerde psikolojik sağlamlık düzeyinin çocukluk çağında kalınan kötü maruziyetler ve hane içindeki olumsuz olaylar ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kişilerin çocukluk çağında yaşadıkları olumsuz yaşam deneyimlerinin etkilerini azaltabilmek için bu alanda uzman personellerin yetiştirilmesi, tedavi ve rehabilitasyon modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında bile ÇÇOYD'nin sıklığının ve psikolojik sağlamlık düzeyi ile negatif yönde olan ilişkinin yüksek olması özellikle üniversite öğrencilerine yönelik rehabilitasyon ve destek programlarının uygulanması gerektiğini göstermektedir. Üniversite öğrencilerine eğitim hayatlarında ulaşabilmek daha kolay olmakla birilikte bu kişilerin çalışma hayatlarına başlamadan önce psikolojik sağlamlık düzeyini iyileştirmek daha sonraki dönemlerde kişilerin sağlığını ve refah düzeyini anlamlı yönde etkileyecektir.

Çalışmada, eğitim hayatlarına devam etmeyip erken yaşta çalışmaya başlayan kişilerde ÇÇOYD sıklığının daha yüksek olduğu tespit edildi. İş verenlerin, çalışanlarının bu özelliklerini iyi bilmesi önemlidir. Çalışan sağlığı açısından bu kişilere yönelik hizmet içi eğitim verilmesi ve rehabilitasyon programlarının uygulanmasının kişilerin işteki verimine, sağlığına ve refah düzeyine pozitif yönde etki edeceği düşünülmektedir.

Şiddet, çocuğa yönelik kötü muamele ve diğer olumsuz yaşam deneyimleri her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde görülmekte olup, her kesim için riskleri ayrı ayrı değerlendirmek ve eylem planı yapmak gerekmektedir. Özellikle ülkemizde kırsal kesimdeki bölgelerde çocuğa yönelik kötü muameleye zemin hazırlayan nedenlerin incelenmesi, yerel halkın ve kamu çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitilmesi, çocuklara ve ailelere yönelik sosyal destek alanlarının oluşturulması, spor, müzik, resim gibi sanatsal faaliyetlere önem verilmesi gerekmektedir. Çocuğun yüksek yararını gözeterek yapılacak olan tüm bu faaliyetlerin daha koordineli, istikrarlı ve hızlı bir şekilde işleyebilmesi için de özellikle kırsal kesimlerde Çocuk Koruma ve Destekleme Birimleri'nin oluşturulması önem arz etmektedir. Çocuk Koruma ve Desteklme Birimleri'nde her meslek mensubundan üyelerin olması, bu üyelerin çocuğa yönelik kötü muamele hakkında eğitilmesi, risk analizlerini ve eylem planını oluşturabilecek yeterliliğe ulaştırılması için de eğitilmesi gerekmektedir. İlçelerde olduğu gibi illerde de aynı birimlerin oluşturulması ve ilçeler ile illerin koordineli bir şekilde çalışması verilecek olan hizmetlerin daha etkili, hızlı ve sürekli olmasını sağlayacaktır. Çocukların biyopsikososyal yönden tam iyilik halini sağlamak amacıyla yapılan projeler, bireysel çalışmalar çok değerli ve önemli olmakla beraber hizmetlerin sürekliliği açısından yetersiz kalmaktadır. Çocuk Koruma ve Destekleme Birimleri'nin oluşturulması verilecek olan hizmetlerin devamlılığı açısından çok büyük önem arz etmektedir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalan çocukların benlik algısını, dünya görüşünü ve gelecek algısını pozitif yönde etkileyebilecek en önemli alanlardan biri okullardır. Okullarda görev yapan hem idari personellerin hem de öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında farkındalıklarının arttırılması ailesinde olumsuz deneyimlere maruz kalan çocuk için umut olabilir. Aynı zamanda okullarda spor, müzik, resim gibi sanatsal alanlarda aktivitelerin arttırılması, bu alanlara katılımın sağlanması çocukların biyopsikososyal iyilik haline katkı sağlayacaktır.

ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Tıp fakültesi Öğrencileri ile Antalya'da Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi

Çocukluk döneminde çocuğa yönelik kötü muamele ve hane içi işlev bozuklukları, sonuçları erişkinlik dönemine uzanan, çoğu zaman kişiyi yaşam boyu etkileyen birçok soruna yol açmaktadır. Bu çalışmanın amacı; Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenimini sürdüren 18-24 yaş arasındaki üniversite öğrencilerinin ve turizm sektöründe çalışan aynı yaş grubundan genç erişkinlerin çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri (ÇÇOYD) ve psikolojik sağlamlık (pozitif benlik saygısı, pozitif dünya görüşü, pozitif gelecek algısı) düzeylerinin belirlenmesidir.

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) öğrencilerinden 18-24 yaş aralığında olup gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 480 kişi ile Antalya'da turizm sektöründe çalışan 18-24 yaş aralığında olup gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 370 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya toplamda 850 kişi katılmıştır.

Araştırmanın türü, tanımlayıcı araştırma grubuna girmekte olup; araştırmada anket formu kullanılmıştır. Çalışmada, psikolojik sağlamlık düzeyini belirlemek için güçlük kriteri olarak 'Çoçukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri' kullanıldı. Olumsuz yaşam deneyimlerini belirlemek için 'The Adverse Childhood Expriences (ACE) Questionnaire'den adapte edilen Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması soru formu kullanıldı. Çalışmada psikolojik sağlamlığı belirlemek için yeterlilik ölçütü olarak Bilişsel Üçlü Envanter (BÜE) kullanıldı.

Sonuç olarak; ÇÇOYD sıklığının oldukça yüksek olduğu, turizm sektöründe çalışan genç erişkinler arasında ÇÇOYD sıklığının Tıp fakültesi öğrencilerinden daha da yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuğa yönelik kötü muamele ve hane içi işlev bozukluklarının tüm parametreleri psikolojik sağlamlık düzeyi ile negatif yönde ilişkilidir. Birden fazla ÇÇOYD'ne maruz kalmak ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında negatif bir ilişki vardır. Çocukluk çağında spor, müzik, resim gibi bir aktivite ile ilgilenmek ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

Anahtar kelimeler: bilişsel üçlü, çocuk istismarı ve ihmali, psikolojik sağlamlık

SUMMARY

Investigation of Relationship Between Childhood Negative Life Experiences and Resilience in the Akdeniz University School of Medicine Students and Young Adults Working in Tourism Sector in Antalya

Childhood maltreatment and household dysfunctions lead to many problems that extend outcomes to adulthood, often affecting a person for life.The aim of this study was to determine the levels of negative life experiences and resilience (positive self-esteem, positive world view, perception of positive future) of university students aged between 18-24 who are at Akdeniz University and young adults of the same age group working in tourism sector.

A total of 480 students of Akdeniz University Faculty of Medicine (AÜTF) aged 18-24 who agreed to participate in the study voluntarily and 370 persons aged 18-24 who worked in the tourism sector in Antalya were included in the study. A total of 850 people participated in the study.

The type of the research was in the descriptive research group and a questionnaire was used in the research. In the study, 'Childhood Adverse Life Experience' was used as the difficulty criterion to determine the level of resilience. In order to determine the negative life experiences, 'The Childhood Negative Life Experiences Questionnaire' which was adapted from 'The Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire was used. In the study Cognitive Triple Inventory was used as a criterion of competence to determine resilience.

As a result; the frequency of adverse life experience in childhood is quite high. Among the young adults working in the tourism sector, the frequency of adverse life experience in childhood higher than the students of the Faculty of Medicine. All parameters of child maltreatment and household dysfunctions are negatively correlated with resilience.There is a negative relationship between exposure to more than one adverse life experience and resilience. In childhood, there is a positive relationship between engaging in an activity such as sports, music and painting and psychological stability.

Key words: child abuse and neglect, cognitive triad, psychological resilience

KAYNAKLAR

AKTEPE E. (2009) Childhood Sexual Abuse. *Current Approaches in Psychiatry*. **1**:95-119.

ANDERSON KW, SKIDMORE JR.(1995). Empirical analysis of factors in depressive cognition: the cognitive triad inventory. *J Clin Psychol*.**51(5)**:603-609. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199509)51:5<603::AID-JCLP2270510504>3.0.CO;2-Z

AMMERMAN RT, CASSISI JE, HERSEN M, HASSELT VBV. (1986) Consuquences of oysical abuse and neglect in children. *Clinical Psyschology Review*. 6:291-310.

AVŞAR A, KARANFİL R, KETEN A. (2014).Death due to child physical abuse: a case report. *Journal of Forensic Medicine*.**28(3)**:287-93.

BABAN A, COSMA A, BALAZSI R, SETHI D, OLSAVSZKY V. (2013) Survey of adverse chilhood experiences among Romanian university students report from the 2012 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

BAL S, VAN OOST P, DE BOURDEAUDHUIJ I, CROMBEZ G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse and Neglect.* 27(8).

BARKER DB. (2007).Antecedents of Stressful Experiences: Depressive Symptoms, Self-Esteem, Gender, and Coping.*International Journal of Stress Management.***14(4):**333-349. doi: 10.1037/1072-5245.14.4.333.

BECK AT. (1982). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive.*Journal of Cognitive Psychotherapy.**1***(1)**:5-37.

BECKHAM EE, LEBER WR, WATKINS JT, BOYER JL, COOK JB.(1986).Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.**54(5)**:566-7. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.566

BELLIS MA, LOWEY H, LECKENBY N, HUGHES K, HARRISON D. (2014). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *J Public Health (Oxf)*. **36(1)**:81-91.doi: 10.1093/pubmed/fdt038.

BELSKY J. (1993).Etiology of child maltreatment: A developmental ecologicalanalysis. *Psychological Bulletin.***114(3)**:413-434.http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413.

BELSKY J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist.***35(4)**:320-35. doi: 10.1037/0003-066X.35.4.320

BERANS EA, JENSEN KGS, NELSON AC. (2017)Biological embedding of childhood adversity:from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine***15(1)**:135. doi: 10.1186/s12916-017-0895-4.

BERSLEY LS, VAN EENWYK J, SIMMONS KW. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviours and heavy drinking. *Am J Prev Med*. **18(2)**:15-158. https://doi.org/10.1016/S0743797(99)00084-7.

BICK J, NELSON CA. (2016).Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology*. **41**:177-196.

BUCCI M, MORQUES SS, OH D, HORNS BN. (2016) Toxic Stress in Children and Adolescents. **Advances in Pediatrics**. **63(1)**:403-428. doi: 10.1016/j.yapd.2016.04.002.

CARLSON EB, DALENBERG CJ. (2000).A Conceptual Framework for the Impact of Travmatic Experiences.*Travma,Violence,Abuse.***1(4)**:4-28. https://doi.org/10.1177/1524838000001001002

CHARTIER MJ, WALKER JR, NAIMARK B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse and Neglect.***34(6)**:454-464. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.09.020.

CICCHETTI D. (2010)Resilience under conditions of extreme stres: a multilevel perspective.*World Psychiatry*. **9(3)**:145-154

CICCHETTI D, LYNCH M. (1993).Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment for children's development.*Psychiatry.***56(1)**:96-118.

CICCHETTI D, RIZLEY R. (1981). Developmental perspectives on the etiology intergenerational tranmission, and sequelae of child maltreatment. New Directions for Child and Adolescent Development (11):31-55. doi: 10.1002/cd.23219811104

COURTIS CA. (2004). Understanding Complex Travma, Complex Reaction and Treatment Approaches. Psychotherapy: Theory,Research, Practice, Training Copyright 2004 by the Educational Publishing Foundation. 41(4):412-425.

DUBE SR, ANDA RF, FELITTI VJ, CROFT JB, EDWARDS VJ, GILES WH. (2001).Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect.***25(12)**:1627-1640.

DuMONT KA, WIDOM CS, CZAJA SJ. (2007). Predictors of resilience in abused ang neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect.***31(3)**:255-274.

ERARSLAN Ö, IŞIKLI S. (2019).Bilişsel Üçlü Envanteri'nin Türkçe Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Arch Neuropsychiatry.***56**:32-39.doi : 10.29399/npa.19390.

ESBENSEN AJ, BENSON BA.(2007). An evaluation of Beck's cognitive theory of depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. **51(1)**:14-24.

FELITTI VJ, ANDA RF, NORDENBERG D. (1998).Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *AM J Prev Med.***14(4):** 245-258.doi:10.1016/S0145-2134(03)00105-4.

FIRAT S, İLTAŞ Y, YILMAZ Ş. (2016) Ruhsal ve Hukuki Yönleriyle Çocuk İstismarı, Çocukların Cinsel Dokunulmazlığına Karşı Suçlar, Akademisyen Kitabevi, Ankara, s:14-15.

FIRAT S, İLTAŞ Y, YILMAZ Ş. (2016) Ruhsal ve Hukuki Yönleriyle Çocuk İstismarı, Çocukların Cinsel Dokunulmazlığına Karşı Suçlar, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 24-26.

FIRAT S, BASKAK B. (2012).Gelişimsel Travmanın Uzun Dönem Etkileri ve Bunlara Aracılık Eden Nörobiyolojik Mekanizmalar. *Kriz Dergisi*. **20(1-2-3)**:25-41.doi:10.1501/Kriz_0000000331

FİŞ PN, BERKER M. (2009).Nörotransmitter Sistemlerin Gelişimi ve Psikopatolojiye Yansımaları. *Klinik Psikofarmokoloji Bülteni.***19**:312-321.

GIOVANNONI J. Definitional issues in child maltreatment. In Cicchetti D, Carlson V (Eds.) Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect (pp.3-37). New York: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CB09780511665707.002.

GİZİR CA. (2007)Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk PDR Dergisi.***28**:113-128.

GÜLEÇ H, TOPLAOĞLU M, ÜNSAL D, ALTINTAŞ M. (2012) Violence as a Vicious Cycle. *Current Approaches in Psychiatry***4(1)**:112-137. doi:10.5455/ccp.20120408

HASKELL WL, MONTOYE HJ, ORENSTEIN D. (1985). Physical activity and exercise to achieve health-related physical fitness components. *Public Health Reports.***100(2):**202-212.

HEIM MC, ENTRIGGER S, BUSS C. (2018). Translating basic research knowledge on the biological embedding of early-life stres into novel approaches fort he develop mental programming of life long health. *Psychoneuroendocrinology.*https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.011.

HELLER SS, LARRIEU JA, D'IMPERIO R, BORIS NW. (1999). Research on resilience to child maltreatment : empirical considerations. *Child Abuse and Neglect.***23(4)**:321-338.

HILLIS S, MERCY J, AMOBI A, KRESS H. (2016).Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics.***137(3)**:e20154079

HUGHES K, BELLIS MA, HARDCASTLE KA, FETHI D, BUTCHART A, MIKTON C, JONES L, DUNNE MP. (2017).The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. **2(8)**:356-66.doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.

HUNT TENAK KA, SLACK KS, BERGER LM. (2017).Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood.*Child Abuse and Neglect.***67**:391-402. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.005

HUTCHISON ED.(1990). Child Maltreatment: Can It Be Defined? Social Service Review. 64(1):60-78. https://doi.org/10.1086/603742.

İBİLOĞLU A. (2012)Domestic Violence. *Current Approaches in Psychiatry***4(2)**:204-222.doi:105455/cap.20120413.

İBİLOĞLU A, ATLI A, OTO R, ÖZKAN M. (2018)Multifaceted Glance on Childhood Sexual Abuse and Incest. *Current Approcaches in Psychiatry***10 (1)**: 84-98. doi:10.18863/pgy.336520.

JUNGER M, GREENE J, SCHIPPER R, HESPER F, ESTOURGIE V. (2013). Parental Criminality, Family Violence and Intergenerational Transmission of Crime Within a Birth Cohort. *European Journal on Criminal Policy and Research.***19(2)**:117-133.

JOHNSON SB, RILEY AW, GRANGER DA, RIIS J. (2013). The Science of Early Life Toxic Stress for Pediatric Practice and Advocacy. *Pediatrics.* **131(2)**:319-27.doi:10.1542/peds.2012-0469.

KARA B, BİÇER Ü, GÖKALP AS. (2004).Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. **47(2)**:140-151.

KENDALL-TACKETT K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by whıch abuse can ınfluence health. *Child Abuse and Neglect.***26:**715-729

KÖSE E. (2013). Eğitim kurumlarında gerçekleştirilen ders dışı etkinliklerin sınıflandırılmasına yönelik bir öneri. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi.***2(2):** 336-353.

KIM J, CICHETTI D. (2006). Longitudinal trajectoriıes of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*. 77:624-639.

KOÇ ESRA M, DAĞLI FŞ, AKSAKAL F, AKSOY H, KAHVECİ R, et al. (2018)Exploring Prevalance of Child Abuse: Use of ICAST-Retrospective Instrument with the First Year Medical Students in a University. *Konuaralp Tıp Dergisi***10(1)**:7-12.

LANDSFORT JE, MALONE PS, STEVENS KI, DODGE KA, BATES JE, PETTIT GS. (2006). Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviors: factors underlying resilience in physically abused children. *Development Psychopathology.*18(1):35-55.

LUTHANS F, VOGELGESANG GR, LESTER PB. (2006). Developing the psychological capital of resiliency. Human Resource Development Review.5(1):25-44.https://doi.org/10.1177/1534484305285335.

LUTHAR SS, CICCHETTI D, BECKER B. (2000). The construct of resilience: Acritical evaluation and guidelines for future work. *Child Development.***71(3)**: 543–562.

LUTHAR SS, CUSHING G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In Glantz MD, Johnson JL (Eds.),*Longitudinal research in the social and behavioral sciences. Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 129-160). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers

MAK WW, NG IS, WONG CC.(2011).Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad.*Journal of Counseling Psychology*.***58*(4)**:610-617.http://dx.doi.org/10.1037/a0025195.

MASTEN AS. (2001).Ordinary Magic: Resilience Process in Development. *American Psychologist*.**56(3)**:227-38. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

MASTEN AS, COATSWORTH JD. (1998).The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from successful children. *American Psychologist*.**53(2)**:205-220.

MASTEN AS, REED MGJ, CUTULI JJ, HERBERS JE. (2012). Resilience in development. In Lopez SJ, Snyder CR (Eds) The Oxford Handbook of Positive Psychology. Online publication.doi:10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0012

McGEE R, WOLFE D, OLSON J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, andadjustment among adolescents.*Development and Pshchopathology*.**13(4)**:827-846.

McGLOIN JM, WIDOM CS. (2001).Resilience among abused and neglected children grown up. *Development Pschopathology*.**13(4)**:1021-38.

MERRILL LL, GUIMOND JM, THOMSEN CJ, MILLER JS. (2003).Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.**71 (6)**:987-996.

NADİR U, FURAT E.Kadına Yönelik Şiddetin Küçük Mağdurları Çocuklar ve Şiddete Tanık Olmuş Çocuklar İle Çalışma.Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu.Ankara,27-28 Nisan 2012, s:694-695

NELSON RE, CRAIGHEAD WE. (1977). Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression.*Journal of Abnormal Psychology*.**86(4)**:379-88.doi: 10.1037/0021-843X.86.4.379

PARAS ML, MURAD MH, CHER LP, GORANSON EN, SATTLER AL, COLBENSON KM et al. (2009).Sexual abuse and life time diagnosis of somatic disorders a systematic review and meta-analysis.*The Journal of the American Medical Association*.**302(5)**:550-561. doi: 10.1001/jama.2009.1091.

PÖSSEL P. (2009).Cognitive Triad Inventory (CTI): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* . **40(2)**:240-247. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.001

PÖSSEL P, THOMAS SD.(2011*)*.Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? a three-wave longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology*.**67(3)**:224-240.doi: 10.1002/jclp.20751

QIRJAKO G, BURAZERI G, SETHI D, MIHO V. (2013). Community survey on prevalence of adverse chilhood experiences in Albania, Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

RALEVA M, PESHEVSKA DJ, SETHI D. (2013). Survey of adverse childhood experiences among young people in the Yugoslav Republic of Macedonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

RUNYAN D, WATTAM C, IKEDA R, HASSAN F, RAMINO L. (2002) Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In; Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozono R,editörs. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.

SCANNAPIECO M, CANNEL- CARRICK K. (2007). Understanding Child Maltreatment: An ecological and developmental perspective. Social Work. 51(1):90-90 https://doi.org/10.1093/sw/52.1.90

SETHI D, BELLIS M, HUGHES K, GILBERT R, MITIS F, GALEA G, editörs. (2013). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen:WHO Regional Office for EuropE.

SHONK SM, CICCHETTI D. (2001)Maltreatment, compotency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology.***37(1)**:3-17.

TANER Y, GÖKLER B.(2004)Çocuk İstismarı ve İhmali:Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi.* **35**:82-86.

TEICHER MH, ANDERSEN SL, POLCARI A, ANDERSON CM, NAVALTA CP, KIM DM. (2003). The neurobiological consequences of early stres and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.***27(1)**:33-44. https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)000007-1.

TEICHER MH, SAMSON JA. (2013).Childhood Maltreatment and Psychopathology: A case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically District Subtypes.*Am j Psychiatry,***170(10)**:1114-33. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957.

TREMBLAY RE, NAGIN DS, SEGVIN JR, IOCCOLILLO M, ZELAZO PD, BOIVIN M et al. (2004).Physical aggression during early childhood:trajectories and predictors. *Pediatrics***114(1)**:43-50.

Türkiye Büyük Millet Meclisi, İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Kadın ve Aile Bireylerine Yönelik Şiddet İnceleme Raporu; 2011.

Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması Çalışma Raporu-2013. (2014) ULUKOL B, KAHİLOĞULLARI AK, SETHİ D, editörler. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi; 2-7.

TWARDOSZ S, LUTZKER RJ. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior.***15(1)**:59-68. https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.003.

VAN DER KOLK B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma. *Psychiatric annals.***35(5)**:401-408. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06.

VERNIG PM. (2011). Family roles in homes with alcohol-dependet parents: an evidencbased review. *Substance Use and Misuuse*. **46(4)**:535-42.

WOLF R, DAICHMAN L, BENETT G. Abuse of the elderly. In World Report on Violence and Health (Eds Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R):125-127. Geneva, WHO, 2002.

World Health Organization and International Society for Preventing of Child Abuse and Neglect. (2006) Preventing child maltreatment a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.

YILMAZ IRMAK T. (2008). Çocuk İstismarı ve ihmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler (Prebalance of Child Abuse and Neglect and Factors Related to Durability); (thesis) İzmir: Ege Üniversitesi.

ZIGLER E, HALL NW. Physical child abuse in America: Past, present and future. In Cicchetti D, Carlson V (Eds.) Child Maltreatment:Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect (pp.38-75). New York: Cambridge University Press.

EKLER

Ek-1:Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 70904504/162
Konu :

07.05.2017

Sayın
U[illegible]ı.Dr.Şenay MEVLİTOĞLU

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencileri ile Antalya'da Turizm Sektöründe Çalışan Genç Erişkinlerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri ve psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ada TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ASLININ AYNISIDIR
Mehmet ATEŞ
AÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sekreteri

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

Ek-2: Tez Anket Formu

ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞAM DENEYİMLERİNİ BELİRLEME ANKETİ

SOSYODEMOGRAFİK BAZI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ SORULAR

Anket no:…….

1. Doğum tarihiniz nedir?----------(yıl)

2. Cinsiyetiniz nedir?

- Erkek
- Kadın

3. Doğdunuz yer neresidir?.....

4. 18 yaşını bitirene kadar en uzun yaşadığınız yerleşim yeri aşağıdakilerden hangisidir?

1) İl (açık yazınız)……

2)İlçe (açık yazınız)…….

3) Köy (açık yazınız)……

5. Medeni durumunuz nedir?

1) Bekar

2) Evli

3) Boşanmış

4) Dul

6. Halen yaşadığınız yeri işaretleyiniz.

1) Devlet yurdunda

2) Özel yurtta

3) Tek başına evde

4) Anne-baba-kardeşler ile birlikte evde

5) Abla-ağabey-kardeşler ile birlikte

6) Arkadaşlarla birlikte evde

7) Akraba ile birlikte

8) Kurum ve derneklere ait misafirhanede

9) Diğer (açıklayınız)…….

7. Sizden başka kaç kardeşiniz var?

1) Kardeşim yok

2)……tane kardeşim var. Yaşları: …... , …… , …... , …… , …… , ……

8.Çocukluğunuzda yani 18 yaşınızdan önceki dönemde sürekli olarak ailenizin (anne ve babanızın) yanında mı yaşadınız?

1. Evet

2.Hayır (Eğer bir başka yerde 6 aydan fazla yaşadıysanız ne kadar süre ile ve nerede/kiminle olduğunu aşağıya tek tek belirtiniz.)

……..yıl……birlikte

……..yıl……birlikte

……..yıl……birlikte

9. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?

1.Çekirdek aile (anne,baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)

2.Geniş aile (anne,baba,kardeşler,büyükanne,büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)

3.Diğer (açıklayınız……..)

10. Doğduğunuzda anneniz kaç yaşındaydı? Yaş……..yıl

11.Sizin, annenizin ve babanızın öğrenim durumunu belirtiniz. İlgili kutucuğa (x) işareti koyunuz.

Öğrenim durumu	**Anne**	**Baba**	**Siz**
Okur-yazar değil			
Okur-yazar			
İlkokul mezunu			
Ortaokul mezunu			
Lise mezunu			
Üniversite-yüksekokul mezunu			

12. Siz 18 yaşından küçükken annenizin gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığını belirtiniz.

1. Hayır çalışmıyordu.

2. Evet çalışıyordu (ne iş yaptığını açıklayınız……..)

3. Emekliydi

13. Siz 18 yaşından küçükken babanızın gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığını belirtiniz.

1. Hayır çalışmıyordu.

2. Evet çalışıyordu (ne iş yaptığını açıklayınız……..)

3. Emekliydi

14. Okul öncesi dönemde bakımınızla kim ilgilendi?

- Ebeveynlerinizden biri
- İkinci dereceden bir akraba
- İkinci dereceden uzak bir akraba
- Akraba olmayan bir bakıcı
- Kreş veya gündüz bakımevi
- Diğer…….

15. 18 yaşınızdan önce hiç yatılı okulda veya yurtta kaldınız mı?

- Evet (evetse kaç yaşlar arası:….-….)
- Hayır

HAYATINIZIN İLK 18 YILINDA:

16. Babanız sigara içti mi?

- Evet
- Hayır

17. Anneniz sigara içti mi?

- Evet
- Hayır

18. Alkol problemi olan veya alkolik olan birisiyle bir süre aynı evi paylaştınız mı?

- Hayır

- Evet Kim olduğunu/olduklarını aşağıya işaretleyiniz:
- Anne

- Baba
- Kız kardeş
- Erkek kardeş
- Diğer akrabalar
- Akraba olmayanlar(tanıdık)

19. Hiç uyuşturucu kullanan biriyle bir süre aynı evi paylaştınız mı?

- Hayır
- Evet

20. Anne babanız boşandı mı veya hiç ayrıldı mı?

- Evet
- Hayır

21. Hiç üvey babayla yaşadınız mı?

- Evet
- Hayır

22. Hiç üvey anneyle yaşadınız mı?

- Evet
- Hayır

23. Hiç bakım veren bir kurumda yaşadınız mı?

- Evet
- Hayır

24. Hiç evden kaçıp bir günden daha uzun süre dışarıda kaldınız mı?

- Evet
- Hayır

25. Hiç kardeşiniz evden kaçıp bir günden daha uzun süre dışarıda kaldı mı?

- Evet
- Hayır

26. Ailenizde ruhsal, zihinsel hastalığı olan var mı?

- Evet
- Hayır

27. Ailenizde intihara teşebbüs eden oldu mu?

- Evet
- Hayır

28. Ailenizde hapse giren var mı?

- Evet
- Hayır

29. Ailenizde bir suça karışan oldu mu?

- Evet
- Hayır

30. İhtiyacınız olduğunda veya duygusal probleminiz olduğunda kaç tane yakın arkadaşınız yardım ederdi?.....tane

OLUMSUZ YAŞAM DENEYİMLERİ iLE İLGİLİ SORULAR

31. Aşağıda kadın-erkek ilişkisinde karşılaşılabilen bazı davranış türleri yer almaktadır. 18 yaşından küçük olduğunuz dönemde anne-babanız arasında aşağıdakilerden herhangi biri yaşandı mı? Her bir davranış türü ile ilgili sizin için en uygun olan seçeneğe (x) işareti koyunuz

Davranış türü	**Hiç**	**Bir veya iki kez**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çok sık**
İtip kakma, tokat atma veya ona bir şey fırlatma					
Tekme atma, ısırma, yumrukla veya sert bir cisimle vurma					
Birkaç dakika boyunca tekrar eden şekilde vurma					
Bir bıçak veya silahla tehdit etme, onu yaralamak için bıçak ya da silah kullanma					

32.18 yaşından küçük olduğunuz dönemi düşünerek aşağıdaki tanımlamalardan size göre uygun olan seçeneğe (x) işareti koyunuz.

	Hiç	**Nadiren doğru**	**Bazen doğru**	**Sıklıkla doğru**	**Çok sıklıkla doğru**
Yeterli yiyeceğimiz yoktu					
Beni koruyup kollayacak birileri olduğunu biliyordum					
Ailemdekiler benim için çirkin, tembel, salak,					

beceriksiz gibi olumsuz özellikler içeren sıfatlar kullanırdı						
Ailemde bana önemli ya da özel olduğumu hissettirecek biri vardı						
Kirli giysiler giymek zorunda kaldım						
Sevildiğimi hissettim						
Anne-babamın hiç doğmamış olmamı dilediklerini düşünürdüm						
Ailemdeki insanlar birbirlerini gözetir, birbirlerine destek olurlardı						
Ailemden birilerinin benden nefret ettiğini düşünürdüm						
Ailemdekiler bana incitici veya hakaret boyutunda sözler söylerdi						
Ailem kendilerini birbirlerine yakın hissederdi						
İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birileri vardı						
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı						

33. Bazen çocuklar anne-babalarının veya diğer erişkinlerin incitici davranışlarına

Siz 18 yaşından küçükken bir erişkin veya sizden en az 5 yaş büyük biri……		**Cevabınız evet ise bu ilk olduğunda kaç yaşındaydınız?**	**Cevabınız evet ise bu son olduğunda kaç yaşındaydınız?**	**Yaklaşık kaç defa oldu?**	**Kaç farklı insan bunu yaptı?**	**Bu kişi /kişilerin cinsiyeti ne idi?**
a.Vücudunuza cinsel olarak dokundu mu veya okşadı mı?	○ Evet ○ Hayır	Yaş……..	Yaş……..	…defa	Kişi sayısı ……	○ Kadın ○ Erkek ○ İkisi de
b.Siz onun vücuduna cinsel olarak dokundunuz mu?	○ Evet ○ Hayır	Yaş……..	Yaş……..	…defa	Kişi sayısı ……	○ Kadın ○ Erkek ○ İkisi de
c.Herhangi bir yolla sizinle cinsel ilişkiye girmeye kalkıştı mı? (oral, vajinal, anal)	○ Evet ○ Hayır	Yaş……..	Yaş……..	…defa	Kişi sayısı ……	○ Kadın ○ Erkek ○ İkisi de
d.Herhengi bir yolla sizinle cinsel ilişkide bulundu mu? (oral, vajinal, anal)	○ Evet ○ Hayır	Yaş……..	Yaş……..	…defa	Kişi sayısı ……	○ Kadın ○ Erkek ○ İkisi de

maruz kalabilmektedir. Aşağıda erişkinlerin bu davranışlarından bazıları yer almaktadır, lütfen 18 yaşınızdan önceki dönemi düşünerek bu davranışlara maruz kalma konusunda kendiniz için uygun olan seçeneğe (x) işareti koyunuz.

Davranış türü	Hiç	Bir veya iki kez	Bazen	Sıklıkla	Çok sık
Küfretme veya hakaret etme					
Vurup bir şey fırlatma ya da vurma veya bir şey fırlatmakla tehdit etme					
İtip kalkma veya tokat atma					
İz bırakacak veya zorlayacak kadar sert vurma					

34. Bazı insanlar 18 yaşından önce kendilerinden en az 5 yaş büyük biriyle veya bir erişkinle cinsel deneyim yaşamaya zorlanmış olabilir. Bu deneyim bir akraba, bir arkadaş veya bir yabancıyla yaşanmış olabilir. Aşağıdaki sorular bu konu ile ilgilidir, istemezseniz yanıtlamayabilirsiniz ancak yanıtlarınız bu araştırmanın sonuçları için önemli olacaktır.

35.Sorudaki maddelerin en az birine yanıtınız evet ise (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz):

Bu kişi/kişiler	Evet	Hayır
Evinizde yaşayan bir akrabanız mıydı?		
Evinizde yaşayan ve akrabanız olmayan biri miydi?		
Evinizde yaşamayan bir akrabanız mıydı?		
Tanıdığınız ama evinizde yaşamayan biri miydi?		
Bir yabancı mıydı?		
Size baktığı düşünülen biri miydi?(ör:bakıcı)		
Güvendiğiniz biri miydi?		

36. 18 yaşınızdan önce bu anket kapsamındaki sorularda yer almayan herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı? (Lütfen türünü de belirterek yanıtlayınız – *Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*.)

1) Hayır, şiddete maruz kalmadım.

2) Evet, fiziksel şiddete maruz kaldım.

3) Evet, sözel şiddete maruz kaldım.

4) Evet, cinsel şiddete maruz kaldım.

5) Evet, diğer (Açıklayınız.……)

37. Bu anketteki şiddete maruz kalma ile ilgili sorulardan herhangi birine yanıtınız evet ise bu olayı biriyle paylaştınız mı?

1) Şiddete maruz kalmadım

2) Hayır paylaşmadım

3) Arkadaşlarımla paylaştım.

4) Ailemle paylaştım

5) İlgili makama bildirdim

6) Profesyonel destek aldım

38. Okul hayatınız boyunca hiç sınıfta kaldınız mı?

- Evet (kaç kez?..... / kaçıncı sınıf veya sınıflarda…….)
- Hayır

39. 18 yaşınızdan önce herhangi bir aktiviteyle ilgilendiniz mi?

(spor,müzik,resim,sinema,kitap……)

- Evet (açıklayınız.……)

- Hayır

40. Hayatımda güçlü olmamı sağlayan en önemli etken…….

41. Evet hayatımda bazı olumsuz deneyimler yaşadım bunların üstesinden…… sayesinde geldim.

42. ……..... olmasaydı başıma kötü olaylar gelmezdi.

43. Bir çocuğun olumsuz olaylar yaşadığını görsem/duysam ona şu tavsiyelerde bulunurdum;

……

44. Bundan sonrası için hayatımdaki hedefim;

……
……
……
……

45. Ailemdeki bireyler arasında etkili, güçlü biri olarak görülmek benim için önemlidir

- Evet
- Hayır

46. Arkadaş çevremde etkili, güçlü biri olarak görülmek benim için önemlidir

- Evet
- Hayır

47. Genel olarak aşağıda belirtilen çevrelerde değer gören, sevilen birisiyimdir

- Ailemde
- Arkadaşlar arasında
- Öğretmenlerim arasında

Yukarıda size sunulan sorularla ilgili sizin başka söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen ekleyiniz.

……
……
……
……
……

Ek-3: Bilişsel Üçlü Envanter

BİLİŞSEL ÜÇLÜ ENVANTERİ

Bu envanter insanların zaman zaman sahip oldukları farklı düşünceleri listelemektedir.

Bu düşüncelerin her biri için, fikrinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alarak buna ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Her düşünce için sadece bir cevap seçtiğinizden emin olunuz. Maddeleri **ŞU ANKİ** düşüncenize göre cevaplayınız.

ÖRNEK:

Tamamen Katılıyorum =7
Çoğunlukla Katılıyorum =6
Biraz Katılıyorum =5
Ne katılıyorum ne katılmıyorum=4
Biraz Katılmıyorum =3
Çoğunlukla Katılmıyorum =2
Hiç Katılmıyorum =1

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Yaşam iniş ve çıkışlara sahiptir.	1	2	3	4	⑤	6	7

Yukarıdaki örnekte, 5'i yuvarlak içine almak sol tarafta verilen ifadenin envanteri dolduran kişinin sahip olduğu fikirlere **biraz uyduğunu** göstermektedir.

SAYFAYI ÇEVİRİNİZ VE BAŞLAYINIZ

CEVAPLAMA KODLARI: Fikrinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Her düşünce için sadece bir cevap seçiniz. Maddeleri **SU ANKİ** düşüncenize göre cevaplayınız.

Tamamen Katılıyorum =7
Çoğunlukla Katılıyorum =6
Biraz Katılıyorum =5
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum=4
Biraz Katılmıyorum =3
Çoğunlukla Katılmıyorum =2
Hiç Katılmıyorum =1

Maddeleri **SU ANKİ** düşüncenize göre cevaplayınız.

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Birçok beceri ve yeteneğim var.	1	2	3	4	5	6	7
2. İşim (ev işi, okul ödevi, günlük işler) zevksiz.	1	2	3	4	5	6	7
3. İnsanların çoğu arkadaş canlısı ve yardımsever.	1	2	3	4	5	6	7
4. Benim için bir şeylerin yolunda gitme ihtimali yok.	1	2	3	4	5	6	7
5. Başarısızım.	1	2	3	4	5	6	7
6. İleride başıma gelecek iyi şeyleri düşünmeyi severim.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşimi (meslek, okul ödevi, ev işi) yeterli bir şekilde yapıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tanıdığım insanlar ihtiyacım olduğunda bana yardım ederler.	1	2	3	4	5	6	7
9. Bundan birkaç yıl sonra benim için herşeyin çok iyi olacağını bekliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Şimdiye kadarki önemli ilişkilerimin hemen hemen hepsini mahvettim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Gelecekte beni birçok heyecan bekliyor.	1	2	3	4	5	6	7
12. Günlük aktivitelerim eğlenceli ve tatminkardır.	1	2	3	4	5	6	7
13. Hiçbir şeyi doğru yapamam.	1	2	3	4	5	6	7
14. İnsanlar beni severler.	1	2	3	4	5	6	7

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
15. Hayatımda olmasını beklediğim hiçbir şey kalmadı.	1	2	3	4	5	6	7
16. Şu anki sorunlarım ya da endişelerim öyle ya da böyle hep olacak.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tanıdığım diğer insanlar kadar yeterliyim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dünya çok düşmanca bir yer.	1	2	3	4	5	6	7
19. Geleceğim hakkında umutlu olmak için hiçbir nedenim yok.	1	2	3	4	5	6	7
20. Hayatımdaki önemli insanlar yardımsever ve destekleyicidir.	1	2	3	4	5	6	7
21. Kendimden nefret ederim.	1	2	3	4	5	6	7
22. Problemlerimin üstesinden geleceğim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Kötü şeyler başıma çok gelir.	1	2	3	4	5	6	7
24. Sevecen ve destekleyici bir eşim ya da arkadaşım var.	1	2	3	4	5	6	7
25. Birçok şeyi iyi yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
26. Geleceğim üzerinde düşünemeyeceğim kadar berbat.	1	2	3	4	5	6	7
27. Ailem bana ne olduğunu umursamaz.	1	2	3	4	5	6	7
28. Gelecekte benim için herşey yolunda gidecek.	1	2	3	4	5	6	7
29. Birçok önemli şeyden dolayı suçluyum.	1	2	3	4	5	6	7
30. Ne yaparsam yapayım, insanlar ihtiyacım olan şeyleri elde etmeri zorlaştırırlar.	1	2	3	4	5	6	7
31. Ben değerli bir insanım.	1	2	3	4	5	6	7
32. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.	1	2	3	4	5	6	7
33. Kendimi beğeniyorum.	1	2	3	4	5	6	7
34. Birçok zorlukla karşı karşıyayım.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kişiliğimde ciddi kusurlar var.	1	2	3	4	5	6	7
36. Yıllar geçtikçe, hoşnut ve tatminkar olacağımı bekliyorum.	1	2	3	4	5	6	7

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Şenay MEVLİTOĞLU
Doğum yeri ve tarihi: Mersin / 4 Şubat 1985
Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu: Evli
İletişim adresi: Özel Kemer Anadolu Hastanesi Kemer/ANTALYA
Telefon: 0505 5663108
e-posta:drsenayture@gmail.com

II-Eğitim

Derece	**Bölüm/Program**	**Üniversite**	**Yıl**
Yüksek Lisans	Sosyal Pediatri	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015-
Tıpta Uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	2010-2015
Lisans	Tıp Fakültesi	Yüzüncü Yıl Üniversitesi	2003-2009

Yabancı dil: İngilizce

III-Unvanlar, IV-Mesleki Deneyim

Görev Unvanı	**Görev Yeri**	**Yıl**
Pratisyen Hekim	Sivas Yıldızeli Karacaören Sağlık Ocağı	2009-2010
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	2010-2015
Uzman Dr.	Ordu Akkuş Devlet Hastanesi	2017-2019
Uzman Dr.	Özel Kemer Anadolu Hastanesi	2019-

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

1. Sosyal Pediatri Derneği
2. Türk Tabipler Birliği

VI. Bilimsel İlgi Alanları:

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. MEVLİTOĞLU ŞENAY, YILMAZ AYGEN, ÖZEL DENİZ (2018).Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Oranının Belirlenmesi ve Hastane Yatışının Nutrisyonel Durum Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr,DOI: 10.5336/pediatr.2018-63829

Tıpta Uzmanlık Tezi ve Danışmanı:

Tez adı: Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Oranın ve Nütrisyonel Risk Skorlamasının Belirlenmesi

Tez Danışmanı:(Prof.Dr.Aygen YILMAZ)

Verdiği konferans ya da seminerler:

1.MEVLİTOĞLU ŞENAY (2016). Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolünün Tanıtımı, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nün Aile Hekimlerine yönelik eğitimi, ANTALYA

2.MEVLİTOĞLU ŞENAY (2016). Çocuklarda Kaza Önlemleri, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nün Aile Hekimlerine yönelik eğitimi, ANTALYA

3. MEVLİTOĞLU ŞENAY (2018). Çocuk İstismarı ve İhmali, Ordu Akkuş Kaymakamlığı bünyesinde kamu kurumlarına yönelik eğitim, ORDU

VII-Diğer Bilgiler

Katıldığı eğitim ve kurslar:

1.Çocuklarda İleri Yaşam Uygulayıcı Eğitimi Kursu, ANTALYA,Kurs, 07.06.2011-10.06.2011

2. Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, ANTALYA, Sertifika, 05.11.2014-07.11.2014

3.Anne Sütü ve Emzirme Eğitici Eğitimi ve Bebek Dostu Hastane Ulusal Değerlendirmeci Eğitimi, ANKARA,

4.Çocuk Sağlığı İzlem Kursu, Çocuk Sağlığı İzleme, ANTALYA, Kurs, 15.05.2016 -19.05.2016

5.Sosyal Pediatri Sempozyumu & ISSOP Eğitim Kursu, Sosyal Pediatri, ANKARA, Kurs, 14.05.2015-16.05.2015

6. Yenidoğanda Güncel Yaklaşımlar Kursu, ANTALYA, 12.04.2017

7.Çocuk Koruma Vakalarına Değerlendirme, Analiz ve Müdahale Eğitici Eğitimi,ORDU, 29.09.2018-30.09.2018

8.Uluslar arası Gelişimi İzleme Destekleme Rehberi (GİDR) Uygulayıcı Eğitimi Kursu,ANTALYA,14.11.2018-18.11.2018

9.WHO Thinking Health Programme-Workshop for trainers, İSTANBUL, 26.11.2018-27.11.2018

10.Pediatrik Epidemiyoloji, İSTANBUL, Kurs, 28.11.2018