



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**KANSER HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI,
BİLİŞSEL ESNEKLİK VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN
İNCELENMESİ**

Esra SÖYLEV ADANALI

**DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANA BİLİM DALI
ADLİ PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ**

**ANKARA
2024**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI,
BİLİŞSEL ESNEKLİK VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN
İNCELENMESİ

Esra SÖYLEV ADANALI

DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
ADLİ PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ

İKİNCİ DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Belgin ÜSTÜN GÜLLÜ

ANKARA

2024

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Kanser Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Bilişsel Esneklik ve Psikolojik Dayanıklılığın İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Esra SÖYLEV ADANALI

Tarih: 15.08.2024

İmza:

KABUL ve ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Disiplinlerarası Adli Bilimler Ana Bilim Dalı

Adli Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında

Esra SÖYLEV ADANALI tarafından hazırlanan

“Kanser Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Bilişsel Esneklik ve Psikolojik Dayanıklılığın İncelenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OYBİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:22.07.2024

İmza

Prof. Dr. Ayşegül
DURAK BATIGÜN

Ankara Üniversitesi
DTCF
Jüri Başkanı

İmza

Prof. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ

Ankara Üniversitesi
Adli Bilimler
Enstitüsü

İmza

Doç. Dr. Gülçin ORHAN

Jandarma ve Sahil Güvenlik
Akademisi

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

İmza

Ünvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Kanser Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Bilişsel Esneklik ve Psikolojik Dayanıklılığın İncelenmesi

Kanser hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kendine zarar verme davranışı ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmada bu ilişkiyi açıklayabileceği düşünülen bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek değişkenlerinin rolleri incelenmiştir. Alanyazında kendine zarar verme davranışının kanser hastalarında sağlıklı bireylere göre anlamlı şekilde yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sebeple araştırma grubu kanser tanısı almadan önce kendine zarar verme davranışı gösterenler, tanı sonrası kendine zarar verme davranışı gösterenler ve kendine zarar verme davranışı göstermeyen kanser hastaları olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Ayrıca kanser tanısı almamış sağlıklı bireyler kontrol grubunu oluşturmuştur. Kemoterapi tedavisis sırasında hastaların yatar pozisyonunda olması ve açık damar yolunun motor becerilerine engel olması nedeniyle ölçek setleri araştırmacı tarafından tek tek okunarak doldurulmuştur. Sırasal etkiyi azaltabilmek amacıyla ölçekler karışık sırada katılımcılara uygulanmıştır. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Sosyodemografik Bilgi Formu'nun yanı sıra, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇCTÖ), Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE), Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-PSÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır.

Analizler sonucunda, kanser hastalarında çocukluk dönemi travmaları ile kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkide bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal desteğin rolü incelenmiştir. Analiz bulgularında bu değişkenlerin aracılık ilişkisi saptanmamış ancak elde edilen bulgular düşük bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek düzeylerinin kendine zarar verme davranışı için risk faktörleri olduğuna işaret etmiştir. Araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin birbirleriyle ilişkili olduğu ve dört grubun bulgularının değişkenler ve sosyodemografik bilgiler açısından farklılaştığı görülmüştür. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular alanyazın doğrultusunda tartışılmış ve çalışmanın önemi, sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için öneriler ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: bilişsel esneklik, çocukluk çağı travmaları, kanser, kendine zarar verme davranışı, psikolojik dayanıklılık

SUMMARY

Examination of Childhood Traumas, Nonsuicidal Self-Injury Behavior, Cognitive Flexibility and Psychological Resilience in Patients with Cancer

In this study, the relationship between childhood traumatic experiences and nonsuicidal self-injury behavior in patients with cancer was examined, and the roles of cognitive flexibility, psychological resilience and perceived social support variables, which are thought to explain this relationship, were examined. In the literature, it has been observed that nonsuicidal self-injury behavior in cancer patients is significantly higher than in healthy individuals. For this reason, the research group was divided into three groups: those who showed nonsuicidal self-injury behavior before being diagnosed with cancer, those who showed nonsuicidal self-injury behavior after diagnosis, and cancer patients who did not show nonsuicidal self-injury behavior. In addition, a control group consisting of healthy individuals who were not diagnosed with cancer was created. Since the patients were in a supine position during the chemotherapy and open vascular access hindered their motor skills, in order to reduce the sequential effect, the scale sets prepared by the researcher in a mixed order were read and filled out one by one. In addition to the Informed Consent Form and Sociodemographic Information Form, the participants were given the Inventory of Statements About Self-Injury, Childhood Trauma Questionnaire, Cognitive Flexibility Inventory, Connor-Davidson Psychological Resilience Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale were applied.

As a result of the analysis a significant relationship was found between childhood traumas and self-injury behavior in patients with cancer. In addition, the role of cognitive flexibility, psychological resilience and perceived social support in the relationship between childhood traumas and self-injury behavior was examined. In the analysis findings, no mediation relationship was found between these variables but the findings indicated that they were risk factors for self-injury behavior. It was observed that the variables examined within the scope of the research were related to each other, and the findings of the four groups participating in the study differed in terms of variables and sociodemographic information. The findings obtained as a result of the study were discussed in line with the literature, the importance of the study, its limitations and suggestions for future research were discussed.

Key Words: cancer, childhood traumas, cognitive flexibility, nonsuicidal self-injury behavior, psychological resilience

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
Özet	iv
Summary	v
İçindekiler	vi
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
Çizelgeler	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Kanser	3
1.1.1. Kanserin Tanımı	3
1.1.2. Kanserin Etiyolojisi	4
1.1.3. Kanserin Tanısı	5
1.1.4. Kanserin Tedavisi	6
1.2. Kendine Zarar Verme Davranışı	7
1.2.1. Kendine Zarar Verme Davranışının Tanımı ve Türleri	7
1.2.2. Tarihsel Süreç	10
1.2.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Yaygınlığı	11
1.2.4. Kendine Zarar Verme Davranışının Risk Etkenleri	12
1.2.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Özkıyım	13
1.2.6. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri	13
1.2.7. Kendine Zarar Verme Davranışının Açıklayan Modeller	14
1.2.8. Kendine Zarar Verme ve Kanser	17
1.2.9. Kendine Zarar Verme Davranışının Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi	19
1.2.10. Kendine Zarar Verme Davranışı, Çocukluk Çağı Travmaları ve Suç	21
1.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları	22
1.3.1. Fiziksel ihmal ve istismar	23
1.3.2. Cinsel İstismar	24
1.3.3. Duygusal İstismar	25
1.3.4. Duygusal İhmal	26
1.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Etkenleri	27
1.3.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı	28
1.3.7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kanser	30
1.3.8. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kendine Zarar Verme Davranışı	32
1.4. Bilişsel Esneklik	34
1.4.1. Bilişsel Esneklik ve Kanser	37
1.5. Psikolojik Dayanıklılık	38
1.5.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Kanser	41
1.6. Sosyal Destek	42
1.7. Çalışmanın Amacı	45
2. GEREÇ VE YÖNTEM	46
2.1. Çalışmanın Hipotezleri	46
2.2. Katılımcılar	46
2.3. İşlem	49
2.4. İstatistiksel Analiz	50

2.5. Veri Toplama Araçları	51
2.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	51
2.5.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri	51
2.5.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	52
2.5.4. Bilişsel Esneklik Envanteri	52
2.5.5. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	53
2.5.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	54
3. BULGULAR	55
3.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre KZVD	55
3.1.1. Cinsiyete Göre KZVD Türleri	55
3.1.2. Cinsiyete Göre KZVDDE Alt Boyutları	57
3.1.3. Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre KZVD	59
3.1.4. Özkıyım Girişimi Öyküsüne Göre KZVD	60
3.2. Çocukluk Çağı Travmaları ile KZVD İlişkisi	62
3.3. Kanser Hastalarının Sağlıklı Kontrol Grubuna Göre KZVD Sonuçları	66
3.4. Psikolojik Dayanıklılık, Bilişsel Esneklik ve Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri Aracılık Analizi Modelleri	67
3.4.1. Psikolojik Dayanıklılık Değişkeni Aracılık İlişkisi	67
3.4.2. Bilişsel Esneklik Değişkeni Aracılık İlişkisi	69
3.4.3. Algılanan Sosyal Destek Değişkeni Aracılık İlişkisi	71
3.5. Kanser Tanısı Almadan Önce KZVD Gösterenler ile Kanser Tanısı Aldıktan Sonra KZVD Gösterenlerin KZVDDE Alt Ölçek Düzeyleri	73
3.6. Kanser Hastalarında Bilişsel Esneklik, Psikolojik Dayanıklılık ve Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerinin İncelenmesi	74
4. TARTIŞMA	77
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	90
KAYNAKLAR	94
EKLER	
Ek-1. Onam Formu	122
Ek-2. Sosyodemografik Bilgi Formu	123
Ek-3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	124
Ek-4. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri	125
Ek-5. Bilişsel Esneklik Envanteri	129
Ek-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	130
Ek-7. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	131
Ek-8. Etik Kurul Kararı	132
ÖZGEÇMİŞ	133

ÖNSÖZ

Bu araştırma Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde tanık olduğum kanser hastalarının çocukluk çağı travma yaşantıları ve bu yaşantıların olumsuz etkilerine yönelik duyduğum merak ile şekillendi. Çocukluk çağı travmaları yetişkinlerle çalışırken sıklıkla karşılaştığım ve yaşamın ilerleyen dönemlerini şekillendirme gücü üzerinde düşündüğüm bir konuydu. Öte yandan Adli Psikoloji yüksek lisans eğitimim sırasında suç, şiddet, özkıyım ve suça sürüklenme ile çocukluk çağı travmaları konularında aldığım kapsamlı dersler kendine zarar verme davranışına yönelik sorgulayıcı bir bakış açısı geliştirmemde fayda sağladı. Bu travmaların kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabileceğini fark ettiğimde bu sürecin nasıl işlediğini bilmenin kendine yönelik şiddet sarmalında sıkışan bireylerin olaylarla baş etme gücü bulmalarına fayda sağlayacağına inandım.

Bu zorlu sürecin başından sonuna kadar her anında bana destek olan ve benden yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarıma teşekkür etmek isterim. Değerli tez danışmanım Prof. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ hocama süreç boyunca gösterdiği ilgisi, sabrı ve samimi desteği için çok teşekkür ederim. Çalışma süresince bütün sorularımı her daim yanıtlamaya hazır olunuz, akademik enerjiniz, içtenliğiniz ve teşvikleriniz için minnettarım. Değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Belgin ÜSTÜN GÜLLÜ hocama ilgisi, desteği ve her daim yardıma hazır bulunuşu ile duygusal olarak zorlandığım tüm anları sakinliği ile kucaklayarak yumuşattığı için içtenlikle teşekkür ediyorum. Bu sürecimi sizlerin rehberliğinde tamamladığım için çok şanslı olduğumu düşünüyorum.

Eğitim hayatımın her aşamasında yanımda olduğunu hissettiğim kıymetli aileme desteklerinden ötürü teşekkür ediyorum. Emek ve sevgiyle filizlenen dostlukların önemini anladığım yaşamımın bu döneminde yardımlarını benden esirgemeyen tüm sevdiklerime teşekkür ediyorum. Cömertçe sevmenin ve sevilmenin ne olduğunu yedi yıldır her an yeniden öğrenmemi sağlayan biricik Fincan'ıma yaşamıma kattıkları için teşekkür ediyorum.

SİMGELER ve KISALTMALAR

APA	American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
ASPB	T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BEE	Bilişsel Esneklik Envanteri
CD-PSÖ	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire)
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HSGM	T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IARC	The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
ISSS	International Society for the Study of Self-Injury (Uluslararası Kendine Zarar Verme Araştırmaları Derneği)
KZV	Kendine Zarar Verme
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
KZVDDE	Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SHGM	T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TTM	Trikotillomani
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNICEF	United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu)

ŞEKİLLER

Şekil 3. 1. Psikolojik dayanıklılık değişkeninin aracı etkisine ilişkin model	67
Şekil 3. 2. Bilişsel esneklik değişkeninin aracı etkisine ilişkin model	69
Şekil 3. 3. Algılanan sosyal destek değişkeninin aracı etkisine ilişkin model	71



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Kendine zarar verme davranışını açıklayan modeller	15
Çizelge 2. 1. Katılımcılara ait sosyodemografik bulgular	47
Çizelge 2. 2. Kanser türleri dağılımı	48
Çizelge 2. 3. İlk kez KZVD gösterme yaş dağılımı	49
Çizelge 3. 1. Cinsiyete göre KZVD türleri	56
Çizelge 3. 2. Cinsiyete göre KZVDDE alt boyutları	58
Çizelge 3. 3. Psikolojik yardım alma durumuna göre KZVDDE alt boyutları	60
Çizelge 3. 4. Özkıyım girişimi öyküsüne göre KZVDDE alt boyutları	61
Çizelge 3. 5. Değişkenler arasındaki korelasyon değerleri	64
Çizelge 3. 6. Kanser hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre KZVDDE karşılaştırması	66
Çizelge 3. 7. Psikolojik dayanıklılık aracı değişken analizi model katsayıları	68
Çizelge 3. 8. Psikolojik dayanıklılık aracılık etkisinin anlamlılığına ilişkin Bootstrap analizi	69
Çizelge 3. 9. Bilişsel esneklik aracı değişken analizi model katsayıları	70
Çizelge 3. 10. Bilişsel esneklik aracılık etkisinin anlamlılığına ilişkin Bootstrap analizi	70
Çizelge 3. 11. Algılanan sosyal destek aracı değişken analizi model katsayıları	71
Çizelge 3. 12. Algılanan sosyal destek değişkeni aracılık etkisinin anlamlılığına ilişkin Bootstrap analizi	72
Çizelge 3. 13. Tanı öncesi ve tanı sonrası KZVD gösterenlerin KZVDDE düzeyleri	73
Çizelge 3. 14. Kanser hastaları gruplarında CD-PSÖ, BEE ve ÇBASDÖ düzeyleri	75

1. GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bireyin kendi beden dokusuna özkıyım amacı taşımadan, kasıtlı olarak ve doğrudan zarar vermesidir (Nock, 2010). Olumsuz duygulanımdan kurtulmak için seçilen ve işlevsiz bir başa çıkma mekanizması olan KZVD alanyazında yaygın olarak “nonsuicidal self-injury” (özkıyım niyeti olmayan KZVD) şeklinde yer almaktadır. Öte yandan KZVD bireye hala yaşadığını gösteren ve karşılaşılan sorunlar karşısında geçici çözüm sağlayan bir kendine yardım davranışı olarak da görülebilir (Favazza, 1998). Bu kavram son dönemde araştırmacıların ilgisini çekmiş olsa da hala konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olunmadığı düşünülmektedir.

KZVD toplumda sık karşılaşılan bir sağlık problemidir. Başlangıç yaşı ergenlik dönemi olarak belirtilse de KZVD her yaşta görülebilmektedir (Claassen vd., 2006; Tarlacı vd., 1997). Toplum örneklemleri bir araştırmada ergenlerin yarısından fazlasında KZVD görüldüğü saptanmıştır (Nock vd., 2006). Bir başka çalışmada genç yetişkinlerin %17'sinin KZVD gerçekleştirdiği belirtilmiştir (Whitlock vd., 2006). Görülme sıklığı ve yaygınlığının her geçen gün arttığı biliniyor olmakla birlikte davranışa yol açan etkenler ve tedavi yaklaşımlarına yönelik çalışmaların oldukça sınırlı olduğu ifade edilmektedir (Jacobson ve Gould, 2007). Bugüne kadar KZVD'nin nedenleri üzerine yapılan araştırmalarda biyolojik, psikolojik ve psikososyal etkenler başta olmak üzere çeşitli etkenlerin etkisi incelenmiştir. Bu araştırmalar KZVD'nin tek bir etkenin varlığının yanı sıra çoklu etkene bağlı olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Bireye özgü nitelikte olan bu etkenlerin sorgulanmasının davranışın tedavisi açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Favazza, 1989).

Yaşam boyu karşılaşılan çeşitli stres kaynakları sonucunda etkili baş etme yöntemlerine sahip olmayan bireylerin acı veren duygulardan kurtulmak, duygusal gerilimi azaltmak ya da hissizlikten kurtulup bir şeyler hissedebilmek gibi amaçlarla kendine zarar verdiği düşünülmektedir (Klonsky, 2011; Skegg, 2005; Tunç, 2016). Stres gündelik yaşam olaylarının yanı sıra çeşitli şekillerde meydana gelmektedir. Travmatik yaşam olayları, bir yakının kaybı ve kronik hastalık gibi bazı durumlar birey için kaçınılmaz bir stres kaynağı olabilmektedir. Tanı ve tedavi sürecinin içerdiği belirsizlikler, bedensel ağrılar, yan etkiler ve beraberindeki birtakım psikolojik sorunlar açısından kanser hastalığı ciddi bir yaşamsal stres kaynağı olmaktadır. Bireyler bu zorlanmalarla baş etmede çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Alanyazında kanser tanısı konulduktan sonraki ilk yılda KZVD'de artış olduğu tespit

edilmiştir (Klaassen vd., 2019). Kanser tanısının konmasını izleyen beş yıl içinde hastalarda KZVD görülmüş ve bu oranın aynı topluluktaki özkıyım oranından çok daha yüksek olduğu aktarılmıştır (Noel vd., 2021; O'Rourke, 2022).

KZVD'ye yol açan etkenler araştırıldığında üzerinde durulan konulardan birinin çocukluk çağı ruhsal travmaları olduğu görülmektedir. Travmatik yaşantılar doğal afetler gibi insandan bağımsız olabileceği gibi, ihmal ve istismar türleri gibi insanların neden olduğu şekillerde de meydana gelmektedir. Bireyin gelişim sürecini engelleyen, uyumunu, sağlığını ve yaşamını tehlikeye atabilecek her çeşit istismar, ihmal ya da sömürüye maruz kalma çeşitli ruh sağlığı sorunlarının gelişimi için risk oluşturmaktadır (World Health Organization [WHO], 2022). Zoroğlu vd. (2001) çocukluk döneminde ihmal ve istismara maruz kalmış lise öğrencilerinin çocukluk çağı travması yaşamamış olanlara kıyasla KZVD gösterme risklerinin yüksek olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantılarının KZVD için risk faktörü olduğu bilinmektedir (Goldstein vd., 2009).

KZVD ile ilişkili olabilecek etkenler incelendiğinde çocukluk çağı ruhsal travmalarına ek olarak sosyal destek kavramı da dikkat çekmektedir. Bireyin baş etme yöntemleri arasında algılanan sosyal destek düzeyinin önemi bilinmektedir. Bu desteğin yeterli olmadığı durumlarda KZVD'nin bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığı görülmüştür (Wolff vd., 2014). Ülkemizde ergenlerle yapılan bir çalışmada KZVD gösteren bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin KZVD göstermeyenlere göre düşük olduğu bulgulanmıştır (Değerli, 2015). Yaşamsal güçlüklerle baş etmede algılanan sosyal destek düzeyi önemli bir güç kaynağı olmaktadır.

Öte yandan iç ve dış stres kaynaklarına karşı esnek ve başarılı bir uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık (Klohn, 1996) ve zorlayıcı bir durum karşısında davranışa geçmeden önce yalnızca doğru seçeneği değil tüm seçeneklerin ihtimallerini ve olası sonuçlarını fark edebilmek için gerekli beceriyi tanımlayan bilişsel esneklik (Martin ve Anderson, 1998) düzeylerinin kendine zarar verme (KZV) sürecinde rolü olup olmadığı ve varsa nasıl bir rolü olduğu bilinmemektedir. Bu nedenle bu çalışmada kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve bilişsel esnekliğin, çocukluk çağı travması ve KZVD ile nasıl bir ilişkisi olduğunun açıklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca kanser hastalarında KZVD'nin algılanan sosyal destekle ilişkisinin incelenmesinin bu davranışın çok boyutlu bir biçimde anlaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bilgiler kanser hastalarında KZV riski taşıyan hastaların belirlenmesi ve desteklemesine yönelik adımların atılması açısından oldukça önemlidir.

Bundan sonraki kısımda sırasıyla kanser, KZVD, çocukluk çağı ruhsal travmaları, bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek kavramları ele alınacaktır.

1.1. Kanser

1.1.1. Kanser Tanımı

Kanser geçmişini insanlık tarihine kadar uzanan ve günümüzde de sıklıkla karşılaşılan hastalıkların başında gelmektedir. İlk kez Hipokrat tarafından “karkinos” veya “karkinoma” olarak adlandırılan, sonrasında da Galen tarafından hücrelerinin yengece olan benzerliği nedeniyle “kanser” adını alan hastalık insan organizmasını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalması şeklinde tanımlanmaktadır (Sigerist, 1960). Organizmadaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi, çoğalması ve birikmesiyle oluşan kanser kronik bir hastalık olup bedeninin diğer bölgelerine de yayılım gösterebilmektedir. Kanser hücreleri zorlu koşullara direnç gösteren ve koşulları kendi lehine çevirebilen hücrelerdir. Kendi sinyal sistemlerine sahip olan kanser hücreleri diğer sağlıklı hücre ile temasın ardından büyümeye ve çoğalmaya devam etmektedir. Dolaşım sistemine dahil olup beden içinde yeni damar sistemleri oluşturmakta, başka bir yere hareket ederek yeni bir yerde çoğalmayı başlatabilmektedir (Baykara, 2016). Bu şekilde oluşan kanser süreci metastaz olarak adlandırılmaktadır.

Kanser tanı ve tedavi süreçlerindeki gecikmelerin etkisiyle ölüme yol açan bir hastalıktır. Dünyada %10 oranında kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir (Aydoğan vd., 2012). Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (IARC) 2020 yılı verilerine göre dünya çapında 19,3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir. Amerikan Kanser Topluluğu'nun yayımladığı rapora göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 2024 yılında 2.001.140 yeni kanser tanısı ve 611.720 kansere nedenli ölüm gerçekleşeceği olası görülmektedir (Siegel vd., 2024). Ölüme neden olan kanser türleri sırasıyla akciğer (%18), kolorektal (%9,4), karaciğer (%8,3), mide (%7,7) ve meme kanseri (%6,9) olmaktadır (Sung vd., 2021). Akciğer kanseri her iki cinsiyette en sık rastlanan ve ölüme neden olan kanser türü olmakla birlikte prostat kanseri erkeklerde, meme kanseri ise kadınlarda ikinci sıklıkta görülen kanser türlerindendir (Boyle ve Levin, 2008; Siegel vd., 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılı verilerine göre kadınlarda meme kanseri en sık tanı konan kanser türü olan akciğer kanserinin önüne geçmiştir (WHO, 2020). Öte yandan erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte bu kanser türlerindeki sağ kalım oranları da artmıştır (Siegel vd., 2022). 2019 ve 2020 yıllarında Koronavirüs ve diğer ölüm nedenlerine rağmen kansere bağlı ölümlerde %1,5 oranında 1991'den beri ise %33 oranında

bir düşüş saptanmış ve yaklaşık 3,8 milyon kansere bağlı ölüm engellenmiştir (Siegel vd., 2023).

Kronik hastalıklar kişide ciddi fiziksel, duygusal ve psikolojik etki bırakan, yoğun strese neden olan ve yaşam boyu takip gerektiren durumlardır. Kişinin yaşamında köklü değişimlere neden olan, işlevsel, fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyo-ekonomik yönden ciddi olumsuz etkileri olan kronik hastalıkların başında kanser gelmektedir. Yaşamsal tehdit içeren kanser bireylerde ciddi psikolojik zorlanmalara neden olmaktadır. Kanser tanısı alan kişiler çok yönlü gelişen olumsuz etkiler, duygusal stres ve yaşam kalitesinde azalma ile mücadele etmek durumunda kalmaktadır (Rowland ve Baker, 2005). Bedensel ağrılar ve yan etkiler ile birlikte kaygı, umutsuzluk, çaresizlik ve terk edilme korkusu gibi duygular ortaya çıkabilmektedir. Tüm bunlar kişinin günlük yaşamında ve ruhsal dengesinde birtakım bozulmalar meydana getirmektedir.

Hastalık sürecinde geçirilen operasyonlar, tedavilerin yan etkileri ve bedensel ağrılara çoğu zaman psikolojik bozulmalar da eşlik edebilmektedir. Alanyazında kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk görülme oranı %29-47 şeklinde oldukça yüksek bir oranda saptanmış ve en sık karşılaşılan tanının majör depresyon olduğu görülmüştür (Ateşçi vd., 2003; Aydoğan vd., 2012; Hardman vd., 1989). Öte yandan kanser hastalarında anksiyete bozuklukları ile depresyon sıklıkla bir arada görülmektedir (Contantin vd., 1999; Montazeri vd., 1998). Depresyon ve anksiyetenin bir arada görüldüğü hastalarda semptomlar daha şiddetli ve iyileşme süresi daha uzun olabilmektedir (Hirschfeld, 2001). Kanser hastalarında depresyon tedaviye uyumu bozarak hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemekte ve KZV ve özkıyım gibi sonuçlara neden olabilmektedir (Hardman vd., 1989; Valente ve Saunders, 1997). Çalışmanın önemli değişkenlerinden biri olan KZVD ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

1.1.2. Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisinin öğrenilebilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmalarda hastalığın birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Genetik ve çevresel etkenlerin kanserin etiyolojisi ile ilişkili olduğu ve bunların çeşitli şekillerdeki etkileşiminin kanser oluşumunu etkilediği kabul edilmektedir (Murcray vd., 2009).

Kanser oluşumunda etkili olduğu düşünülen risk etkenlerini değiştirilebilen ve değiştirilemeyen etkenler olarak iki grupta incelemek mümkün olmaktadır. Değiştirilebilen risk etkenleri alkol, tütün ürünleri, kırmızı et, yağ ağırlıklı ve düşük lifli besin tüketimi gibi beslenme tercihleri, kimyasal maddelere ve radyasyona maruz kalma, hava kirliliği ve stres

gibi çevresel etkenlerdir. Değiştirilemeyen risk etkenlerine bazı kalıtsal genler, etnik köken, cinsiyet ve yaş örnek verilebilmektedir (Ayar, 2018; Carbone vd., 2020). Öte yandan bazı enfeksiyonlar, biyolojik ajanlar, immünolojik etkenler, iyonize ışınlar, mesleki hastalıklar, Hepatit B, Hepatit C ve HPV (Human Papilloma Virus) gibi virüsler, obezite ve beden kitle endeksinin yüksekliği, hareketsiz yaşam biçimi, sağlıklı cinsel yaşam ve güneş ışınlarının da kansere neden olduğu belirtilmektedir (Blackadar, 2016; Wild, 2014). Bunların yanı sıra artan risklerin birikmesi ve hücrel onarım mekanizmalarının etkisini yitirmesi nedeniyle yaşlanma da kanser etiolojisinde bir başka temel etken haline gelmektedir (Wild, 2014).

Kanser hastalığının etiolojisinde çok sayıda etkenin varlığından söz edilmektedir. Bu etkenlerin hangisinin kesin olarak kansere yol açtığı bilinemese de son dönemde yapılan araştırmalar birçok farklı etkenin hastalığa yol açabildiğini göstermektedir. Ford vd. (2009) tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada beden kitle indeksi 30 kg/m²'nin altında olan, sigara içmeyen, haftalık 3,5 saat egzersiz yapan ve uygun diyet yapan bireylerin bu koşulları sağlamayanlara göre %70 daha düşük oranda kanser gelişim riski taşıdığı tespit edilmiştir. Kanser ve sosyal destek ilişkisinin incelendiği başka bir araştırmaya göre yeterli sosyal desteğin sağlanamadığı durumlarda bireylerin meme kanserine yakalanma riskinin 2-9 kat artış gösterdiği saptanmıştır (Lillberg vd., 2003). Bu doğrultuda basit yaşam tarzı değişiklikleri ile kanser gelişim riskinin belirgin oranda azaltılabildiği ifade edilmektedir (Eren, 2017).

1.1.3. Kanser Tanısı

Düzenli sağlık kontrolleri kanserin erken tanısında büyük bir öneme sahiptir. Özellikle ailede kanser öyküsü olan bireylerin kanser taramalarını düzenli bir şekilde yaptırmaları önerilmektedir. Bu kişilerde kansere yatkınlığın belirlenmesi ve hastalığa neden olan etkenlerin bilinmesi amacıyla genetik testler ile erken tanı konabilmektedir. Halk sağlığı uygulamalarından biri olan kanser taraması kanser belirtisi olmayan ancak riskli grupta yer alan bireylerin erken tanı ve tedavisi amacıyla muayene edilmesidir. Bu uygulamalarda amaç herhangi bir hastalık bulgusunun sonrasında ileri yöntemler ile doğrulanmak üzere erken dönemde tespit edilmesidir (T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Genel kanser taraması dışında bireyler kimi zaman bedenlerindeki bazı belirtiler nedeniyle de kanser taramasına başvurabilmektedir. Oldukça fazla ve çeşitli şekillerde görülebilen bu belirtiler hücrelerin konumlandığı yere ve bedendeki yayılma durumuna göre farklılık göstermektedir. Bedenin herhangi bir şişlik ya da sertlik, iyileşmeyen yaralar, ben ve siğillerde oluşan değişiklikler, sürekli öksürük, göğüs ağrısı, kemik ağrısı, iştahsızlık, ani zayıflama ve olağan dışı kanamalar çoğu kanser türünde görülebilen ortak belirtilerdendir

(Kutluk ve Kars, 2001). Öte yandan kimi zaman bu belirtilere bağlı hiçbir yakınma yokken de kontrol muayeneleri sırasında hastalık fark edilebilir.

Kanser türlerinin her biri farklı risk etkenleri, tanı ve tedavi yöntemlerine sahiptir. Bu nedenle tanı ve tarama yöntemleri de değişiklik göstermektedir. Meme, kalın bağırsak, serviks, prostat kanseri gibi bazı kanser türleri için erken tanı ve tarama önerilmektedirken mesane, pankreas, tiroid kanseri gibi kanser türleri için bu yöntemler tavsiye edilmemektedir (Eren, 2017). Kanser hastalığında tanı süreçleri kanserin türüne bağlı olarak değişmekte ve tanı sürecinde hastanın şikayetleri, fiziki muayenesi, laboratuvar ve biyopsi sonuçları, sitolojik değerlendirmeler, röntgen ve mamografi bulguları, endoskopik incelemeler, cerrahi yöntemler ve gen incelemelerine başvurulmaktadır. Tanı sürecinin ardından hastalığın beden içi yaygınlığının tespit edilebilmesi için evrelendirme aşamasına geçilmektedir (Kutluk ve Kars, 2001).

1.1.4. Kanserın Tedavisi

Normal hücrelerin aksine kanser hücreleri herhangi bir yere tutunmadan yaşayıp çoğalabilmektedir. Çok sayıda kanser türü ve bölgesi mevcut olduğundan kanserin türüne ve kişiye özgü farklı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahaleler, immünoterapi, gen terapisi ve hormon terapisi gibi biyolojik terapiler uygulanmaktadır (Baykara, 2016).

Çok sayıda kanser türü ve bölgesi mevcut olduğundan her kanser türüne ve bireye özgü farklı yaklaşımlar ve tedaviler uygulanmaktadır. Temel olarak üç başlıkta incelenen bu tedavi yöntemleri iyileştirme ve destekleme odaklı yöntemler ve palyatif tedavi yöntemleridir. İyileştirici tedavi yöntemleriyle kanser hücrelerinin yok edilmesi amaçlanırken destekleyici tedavi yöntemleriyle cerrahi girişimle kanserli hücrenin ve çevresinin temizlenmesi amaçlanmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan kemoterapide amaç oluşabilecek metastazın engellenmesidir. Radyoterapi ise kanserli hücrelerin bulunduğu bölgelerde hücrelerin yok edilmesini amaçlamaktadır. Palyatif tedavi yöntemleri ise hastalığın ileri dönemlerinde tedavi sürecinin devamlılığını sağlamak, ağrı ve acıları gidermek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla uygulanmaktadır (Özkan ve Armay, 2007).

Modern tıp kanseri henüz ortaya çıkmadan engellemeyi hedeflemektedir. Kanser oluşumunu engellemede ilk yol bu oluşumu tetikleyecek her türlü durumu engellemek olmaktadır. Bu nedenle sigara ve tüm tütün ürünleri ile birlikte alkol tüketimini sınırlandırmak, fiziksel hareketi arttırmak, vitamin ve mineral desteği almak, beslenmeyi ve stresi kontrol

etmek ve uzun süre güneş ışınlarına maruz kalmamaya dikkat etmek kanserin oluşumunu engellemek açısından önem teşkil etmektedir (Baykara, 2016).

Tanı ve tedavi sürecinin içerdiği belirsizlikler, bedensel ağrılar, yan etkiler ve beraberindeki birtakım psikolojik sorunlar açısından kanser hastalığı ciddi bir yaşamsal stres kaynağı olmakta ve bireyler bu zorlanmalarla baş etmede çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Bundan sonraki bölümde bireylerin baş etme yollarından biri olarak başvurduğu kendine zarar verme davranışı tanıtılacaktır.

1.2. Kendine Zarar Verme Davranışı

Bu başlık altında kendine zarar verme davranışının tanımı, tarihsel süreci, yaygınlığı, işlevleri, risk etkenleri açıklanacak davranışı açıklayan modeller ile diğer ruhsal bozukluklar, özkıyım ve suç ile ilişkisine değinilecektir.

1.2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Tanımı ve Türleri

Kendine zarar verme davranışı (KZVD) bireyin kendi beden dokusuna özkıyım amacı taşımadan, kasıtlı olarak ve doğrudan zarar verme eylemleri olarak tanımlanmaktadır (Herpertz, 1995; Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005; Nock, 2010). Alanyazında kasıtlı KZVD'nin çeşitli terimlerle ifade edildiği görülmektedir. “Self-injury” ve “self-mutilation” bireyin doğrudan kendi bedenine yaptığı girişimler iken “self-harm” terimi riskli ve dolaylı davranışları belirtmek amacıyla kullanılmaktadır (Aksoy ve Ögel, 2003). KZVD’nin var olan çeşitli isimlendirmelerinin ortak yönü bireyin bedenine yönelik gerçekleştirdiği zararın ölümcül düzeyde olmaması ve özkıyım niyeti taşımamasıdır (İşler, 2018; Wood, 2018). International Society for the Study of Self-Injury (ISSS) KZVD’yi “ölüm niyeti ya da sosyal yaptırım amacı olmadan, bireyin kendisi tarafından, istemli olarak, beden dokularında oluşturulan hasar” olarak tanımlamış ve “özkıyım niyeti olmayan KZVD” (non-suicidal self-injury) teriminin kullanılmasının daha uygun olduğunu bildirmiştir (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). Bu tez çalışmasında KZVD “özkıyım niyeti olmayan KZVD” anlamında kullanılacaktır.

DSM-5’in (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) üçüncü bölümü olan “Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar”da yer alan KZVD zihinsel engelli bireylerde görülen KZV davranışlarından, psikotik bireylerde görülen uzuv amputasyonu gibi ciddi kendini yaralama biçimlerinden, piercing gibi sosyal olarak kabul gören davranışlardan ve dini ritüeller sırasında uygulanabilecek eylemlerden farklıdır (American Psychological

Association [APA], 2013; Brown ve Plener, 2017; Favazza, 1989; Klonsky, 2007; Sintes vd., 2018). Bunlara ek olarak temel hedef bedene zarar verme olmadığından madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları da kapsam dışında değerlendirilmektedir (Posner vd., 2014).

KZVD çeşitli işlevlere sahiptir ve bu işlevlerin başında acı veren duygulardan kurtulmak ve duygusal gerilimi azaltmak gelmektedir, böylelikle işlevsel olmayan bir başa çıkma mekanizması ya da duygu düzenleme stratejisi olarak bireyin kendine zarar verdiği düşünülmektedir (Skegg, 2005; Tunç, 2016). Kendine zarar veren bireyin duygusal baskıyı hafifletmek, olumsuz duygulardan kurtulmak, hissizlikten kurtulup bir şeyler hissetmek, kendini cezalandırmak, ilgi çekmek ya da bir sorumluluktan kurtulmak gibi amaçlarla bu eylemi gerçekleştirebileceği de bildirilmiştir (Klonsky, 2011). Duygusal acıdan kaçış amacıyla bedenin tahrip edilmesi anlık olarak rahatlama sağlasa da hasar sonrası endorfin salınımının bağımlılığa yol açan işlevsiz bir başa çıkma döngüsüne neden olduğu belirtilmiştir (Hicks ve Hinck, 2008).

Favazza ve Rosenthal (1993) KZVD'nin majör, stereotipik ve yüzeysel olmak üzere üç düzeyde görüldüğünü belirtmiştir. Majör KZV davranışları (örneğin göz çıkarma, bir uzvunu kesme gibi) psikolojik bir bozukluğun temel belirtisi olmamakla birlikte herhangi bir bozuklukla ilişkili de olabilmektedir (Örne, 2018). Stereotipik kendine zarar verici eylemler ise zihinsel engelli bireylerde görülen başını bir yere vurma gibi ritmik zarar verici davranışlardır. Yüzeysel/orta düzeyde KZVD ise daha az ciddi yaralanma ile sonuçlanan, düzensiz ve düşük ölüm riski taşıyan davranışlardır (Favazza ve Rosenthal, 1993).

KZV geniş bir davranış yelpazesi oluşturur ve davranışın bazı biçimleri özkıyımla yakından ilişkili iken diğer davranışların ise duygusal acıya verilen tepki olduğu düşünülmektedir (Skegg, 2005). Alanyazında en yaygın KZV yöntemi olarak bıçak gibi keskin bir aletle bedeni kesmek, en çok zarar verilen bölgelerin ise kol ve bacak olduğu görülmüştür (Favazza, 1996; Klonsky ve Muehlenkamp, 2007; Nock ve Prinstein, 2004; Whitlock vd., 2008). Sıklıkla rastlanan diğer zarar verme yöntemleri arasında kanayana kadar yarayı kaşımak, deriyi yakmak, derinin altına nesneler sokmak, tırmalamak, beden uzuvlarına vurmak, yaranın iyileşmesine engel olmak, saç koparmak ve kendini ısırarak yer almaktadır (Briere ve Gil, 1998; Favazza ve Conterio, 1989; Ghaziuddin vd., 1992; Herpertz, 1995; Klonsky, 2007; Langbehn ve Pfohl, 1993; Nock, 2010). Kendini yakma ve zehirlemenin yanı sıra elektrik çarpması az rastlanan KZVD türleri arasındadır (James vd., 2012).

Alanyazındaki çalışmalarla uyumlu olarak ülkemizde ergenlerde en sık görülen KZVD kendini kesme ve kendine vurma olarak saptanmıştır (Zoroğlu vd., 2003). Ülkemizde KZV yönteminin cinsiyete göre dağılımının incelendiği bir çalışmada kadın ve erkeklerin başvurduğu yöntemler arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Saç/kıl kopartma, cilt yüzeyini tırnaklama, bedendeki yaranın iyileşmesini engelleme ve tehlikeli madde yutma kadınların başvurduğu yöntemler iken erkeklerin en çok başvurduğu yöntemler bedenini ya da uzuvlarını sert bir yere çarpma ya da kendine vurma olarak belirtilmiştir (Kabukçu-Başay vd., 2017). Birey bu yöntemlerden kendisi için uygun olanı seçtikten sonra bedeninde ulaşabildiği bölgelere zarar vermekte ve kimi zaman davranışın ardından bedenindeki izleri gizlemek istemektedir (Adler ve Adler, 2011).

KZVD'ye yönelik düşüncelerin sıklıkla stresli bir olayın ardından ve birey yalnızken ortaya çıktığı belirtilmiştir (Nock, 2010). Olumsuz düşünce ve duyguların ardından bireyin kendini yatıştırma, yardım arama, olumsuz düşünce ve duygularla baş edebilme amacıyla KZVD'ye yöneldiği görülmüştür (Klonsky, 2009; Muehlenkamp vd., 2009; Nock vd. 2009).

KZVD'nin sıklığı ve şiddeti araştırmanın yapıldığı örnekleme bağlı olarak da değişebilmektedir. Örneğin ergenler ve yetişkinlerle yapılan araştırmalar kendine zarar veren çoğu bireyin bunu yalnızca birkaç kez yaptığını belirtmekteyken (Whitlock vd., 2008) yatarak tedavi gören psikiyatri örnekleminde KZVD'nin çok daha sık sergilendiğini bildirmektedir (Nock ve Prinstein, 2004). Bunun yanı sıra KZVD'nin cinsiyete yönelik dağılımdan bahsedebilmek araştırma sonuçları tutarlılık göstermediğinden henüz mümkün değildir. Bazı araştırmalar kadınların erkeklerden daha fazla kendine zarar verdiğini belirtirken (Saçarçelik vd., 2011; Zlotnick vd., 1999) bazıları ise cinsiyete bağlı herhangi bir farklılık bulunmadığını ifade etmektedir (Briere ve Gil, 1998; Klonsky, 2007; Stanley vd., 2001).

Bu davranışların yanı sıra dövme ve piercing gibi bedende doku hasarına yol açan bazı davranışlar sosyal ve kültürel olarak kabul görmesi ve bedene zarar verme amacı taşımaması nedeniyle KZVDler arasında kabul edilmemektedir (Klonsky, 2007; International Society for the Study of Self-Injury, 2023). Benzer şekilde kaza sonucu KZV ile sonuçlanmış davranışlar ile doğrudan zarar vermeyen ancak yaşamsal tehlike içeren keyif alma amaçlı davranışlar (örneğin tehlikeli spor dalları) kasıtlı KZVD'ler içinde yer almamaktadır (Babiker ve Arnold, 1997). Kendine vurma, kendini ısırma, yara ve dudak yolma ve saç koparmak gibi yöntemlerin toplumda görece kabul edilir olması araştırmalarda farklı sonuçların elde edilmesine neden olabilmektedir.

Kendine zarar vermenin en belirgin olumsuz sonucu fiziksel zarar olmasına karşın KZVD gösteren bireylerin bu davranışları gerçekleştirme esnasında çok az acı hissettikleri ya da hiç acı hissetmedikleri bildirilmektedir (Favazza, 1996; Nock ve Prinstein, 2004). Bireyin kendi bedenini kesmesi, yakması ya da başka bir şekilde yaralaması acı verici bir olay gibi görünmekle birlikte KZV öyküsü olanların daha az ağrı duyarlılığına sahip olduğu ve çeşitli ağrı türlerine karşı daha yüksek ağrı eşiğine sahip oldukları saptanmıştır (Kemperman vd., 1997). Azalmış ağrı duyarlılığının fiziksel acıya alışmaktan, KZV sırasında endorfin salınımından ya da bireyin yaralanmayı hak ettiğine olan inancından kaynaklandığı düşünülmektedir (Comer ve Laird, 1975; Nock vd., 2006). KZVD sonucunda bireyin yoğun bir acı hissetmiyor oluşu bu davranışın tedavisini daha da zorlaştırmaktadır. Kendine zarar veren bireyler öfke, suçluluk ve utanç duygularını davranışın en belirgin olumsuz sonuçları olarak belirtmişlerdir (Klonsky, 2009). Olumsuz sonuçlarına rağmen davranış birkaç farklı şekilde pekiştirilmekte ve bu ödülleri yaşanan olumsuz sonuçlara kıyasla ağır bastığında davranış devam etmektedir (Nock, 2010).

Toplumda sık karşılaşılan bir durum olmasına rağmen henüz KZVD hakkında yeterli bilimsel araştırmaların varlığından söz etmek mümkün değildir. Son yıllarda KZVD'nin önemli psikolojik ve fiziksel zararlara yol açtığı fark edilmesiyle konu araştırmacıların dikkatini çekmiştir. KZVD'ye doğrudan ve uygun müdahalelerde bulunmak bireyin gördüğü fiziksel ve psikolojik zararı azaltacağından davranışa ve müdahale yöntemlerine yönelik çalışmaların artmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ek olarak KZVD'nin altında yatan nedenlerin bilinmesinin sigara, alkol, madde kötüye kullanımı gibi daha geniş anlamda zarar verici eylemlerin aydınlatılmasında da yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2.2. Tarihsel Süreç

KZVD'nin tarihçesi eski zamanlara dayanmaktadır (Aksoy ve Ögel, 2003). Eski Ahit'te "bıçak ve neşter" kullanarak kendini yaralayan bireylerden, Markos İncil'inde bir kişinin kendini taşla yaraladığından bahsedilmektedir (Lüleci, 2007). Sophokles'in yazdığı Kral Oedipus trajedisinde de Kral Oedipus'un babasını öldürerek annesi ile evlendiğini anladığında gözlerini oyarak çıkarmasından bahsedilmiştir. Norveç mitolojisinde Odin'in Mirmir Irmağı'nın suyundan bir yudum içebilmek için gözlerinden birini feda etmesi anlatılmaktadır (Favazza ve Conterio, 1989).

KZVD'nin bilinen ilk olgu bildirimi 1946 yılında suçluluk duygusundan kurtulmak isteyen bir kadının her iki göz küresini çıkarması olarak yayımlanmıştır (Favazza ve Conterio, 1989). Davranışın ilk tanımı ise Graff ve Marlin tarafından 1967 yılında "bilek kesme

sendromu” şeklinde yapılmıştır (Erol, 2021). Menninger (1938) KZVD’nin nedenlerinden birinin özkıyım düşüncelerinden kaçınmak olduğunu öne sürse de (Akt. Erol, 2021) Pattison ve Kahan’ın (1983) davranış sonrası oluşan rahatlama hissi, özkıyım niyetinin yokluğu ve zaman içerisinde davranışın tekrar edişine yönelik bir model geliştirmesiyle bu terimler birbirinden ayrılmıştır (Higgins, 2015; Lüleci, 2007).

1.2.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Yaygınlığı

KZVD’nin yaygınlığı henüz tam olarak bilinmiyor olsa da alanyazında konuyla ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. 2000’li yılların başından önce KZVD’nin yaygınlığı hakkında çok az bilgi olmakla birlikte son 15 yılda istikrarlı bir artış olduğu görülmüştür (Brown ve Plener, 2017). Örneğin 1980’lerin başında %0,4 olan yaygınlık oranının on yılın sonunda %0,75’e yükseldiği ve toplumda yaklaşık %4 oranında yaygınlığa sahip olduğu belirtilmektedir (Sintes vd., 2018). Yaygınlığının artmasıyla birlikte fiziksel yaralanma, enfeksiyon, hastaneye yatış ve eylemin ölümle sonuçlanması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmesi nedeniyle KZVD bir halk sağlığı sorunu olarak da kabul edilmeye başlamıştır (Helvacı- Çelik ve Hoccoğlu, 2017; Sintes vd., 2018).

KZVD klinik ortamda yaygın olarak görülmektedir. Briere ve Gil (1998) KZVD’nin yaygınlığını klinik popülasyonda %21, genel popülasyonda ise %4 olarak saptamışlardır. Psikiyatri birimlerine başvuran ergenlerin %40-60’ının yaşamları boyunca en az bir kez KZVD gösterdiği ve %50’sinin tekrarlayan KZVD gösterdiği bildirilmiştir. Saçarçelik vd. (2011) ülkemizde psikiyatri kliniğine başvuran ergenler ve genç yetişkinlerle yürüttükleri çalışmada KZVD’nin görülme oranını %50 olarak saptamışlardır. Klinik ortamlarda bulaşıcılık etkisi ve psikopatolojiye bağlı KZVD görülebilmesi nedenleriyle buralarda daha yüksek yaygınlık oranı görüldüğü düşünülmektedir (Sintes vd., 2018).

KZVD psikiyatrik bozukluk nedeni ile kliniğe başvuran bireylerde görüldüğü gibi klinik olmayan popülasyonda da sıklıkla görülmektedir. Dünyada farklı örneklemelerde yapılan araştırmalarda ergenlerin %13-45’inin ve genç yetişkinlerin %5-35’inin yaşamları boyunca en az bir kez KZVD gösterdiği görülmüştür (Sintes vd., 2018). Amerika Birleşik Devletleri toplam nüfusunun %4’ünde, askere alınanların %4’ünde, ergenler ve genç erişkinlerin %13-17’sinde KZVD’nin görüldüğü çalışmalar mevcuttur (Briere ve Gil, 1998; Favazza vd., 1989; Klonsky vd., 2003). Klonsky (2011) tarafından yapılan bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri’nde KZVD’nin yaşam boyu yaygınlığının %5,9 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde üniversite öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise KZVD yaygınlığı %28,5 olarak bulgulanmıştır (Idig-Camuroglu ve Gölge, 2018).

Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde KZVD'nin 14 ile 24 yaş arasında başlangıç gösterdiği görülmektedir (Favazza ve Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Klonsky, 2007). Benzer şekilde ülkemizde Tarlacı vd. (1997) tarafından yapılan bir çalışmada KZVD'nin 16-20 yaşları arasında ortaya çıktığı saptanmıştır. Geç çocukluk döneminde başladığı görülen KZVD'nin dönemler halinde azalış gösterdiği ve 10-15 yıl sonunda davranışın sona erdiği ya da önemli ölçüde azaldığı belirtilmektedir (Favazza ve Rosenthal, 1993; Sintès vd., 2018).

1.2.4. Kendine Zarar Verme Davranışının Risk Etkenleri

KZVD stres ve baş etme mekanizmaları ile ilişkilendirilmektedir. Lynch ve Mizon (2011) strese karşı toleransı düşük olan bireylerin KZVD göstermeye eğilimli olduklarını ifade etmiştir. Chapman vd. (2006) tolere edilemeyen stresin yol açtığı içsel sıkıntı ve olumsuz duyguların KZVD'ye yol açabildiğini ileri sürmüşlerdir.

Stresin yanı sıra çocukluk çağı travmaları, hastalık öyküsü, ebeveyn alkol bağımlılığı ya da depresyonu gibi etkenlerin önemi ve mükemmeliyetçilik, bedenden ya da cinsel organlardan duyulan memnuniyetsizlik ve duyguları ifade edememenin riskli etkisinden de söz edilebilmektedir (Örnek, 2018). Öte yandan çocuklukta cinsel istismar öyküsü, zihinsel bir bozukluğun varlığı, zayıf sözel beceriler ve kültür gibi çeşitli etkenler kendine zarar vermenin varlığıyla ilişkili bulunmuştur (Klonsky ve Moyer, 2008; Nock, 2008).

KZVD ile ilgili olası risk etkenleri sosyodemografik tablo, psikiyatrik geçmiş ve sosyal çevre olarak üç genel kategoriye ayrılmıştır: Genç yaş, kadın cinsiyeti, düşük sosyoekonomik koşullar, homoseksüel ya da biseksüel davranışın demografik risk etkenlerindendir. Depresyon ve anksiyete bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları psikiyatrik bozukluklarla ilgili risk etkenlerini oluşturmaktadır. Olumsuz çocukluk yaşantıları ve ergenlikte yaşanan ilişkisel zorluklar sosyal çevreye ilişkin risk etkenlerindendir (Skegg, 2005).

Alanyazında KZVD'ye yol açabilecek risklere ek olarak bazı koruyucu etkenlerin varlığından da söz edilmektedir. Olumsuz koşullar ve stresli durumlara rağmen öz şefkat düzeyinin KZVD üzerinde koruyucu role sahip olduğu ifade edilmektedir (Jiang vd., 2016; Xavier vd., 2016). Öte yandan sosyal destek mekanizmalarının da dürtüsellik, travmatik çocukluk yaşantıları gibi hem kalıtsal hem de sonradan edinilen sorunlara rağmen KZV'ye karşı koruyucu etken olabildiği vurgulanmıştır (Skegg, 2005).

1.2.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Özkıyım

Özkıyım bilerek ve isteyerek bireyin kendi yaşamına son vermesini amaçlayan eylemleridir. KZVD'ler incelenirken bireyin özkıyım niyeti taşıyıp taşımadığı önem arz etmektedir. Özkıyım amacıyla KZV sonucunda oluşan yaralanmalar çoğu zaman ciddi düzeyde tıbbi müdahale gerektirirken kasıtlı KZVD sonucu oluşan yaralanmalar genellikle daha basit tıbbi müdahaleler gerektirmektedir (Lofthouse ve Yager-Schweller, 2009).

KZVD tekrarlayan biçimde, çeşitli yöntemler şeklinde ve davranış sonrasında gelen rahatlama hissi ile ortaya çıkarken özkıyım davranışının yöntem çeşitliliği ve meydana gelişi daha az olmakta ve davranış sonrasında rahatlama olmamaktadır (Muehlenkamp, 2005). KZVD gösteren her birey özkıyım meyilli değilken (Adler ve Adler, 2011) bazı araştırmalarda zarar verme davranışının ardından özkıyım olasılığının arttığından söz edilmektedir (Angelotta, 2015; Demirel ve Canat, 2004; Toprak vd., 2011; Whitlock vd., 2013). Kimi zaman özkıyım eğilimli bir birey aynı zamanda KZVD'de bulunabilmektedir (Angelotta, 2015). Alanyazında KZVD ile özkıyım arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş ve KZVD'nin bireyin gelecekteki özkıyım olasılığı için önemli bir risk etkeni olabileceği belirtilmiştir (Guan vd., 2012; Klonsky vd., 2013)

KZVD ve özkıyımın ortak risk etkenlerine sahip oluşunun bu davranışların birlikte ya da birbiri ile ilişkili şekilde ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (Asarnow vd., 2011; Posner vd., 2014). Örneğin özkıyım girişimi ve KZVD olan bireylerde istismar yaşantısı ve madde kötüye kullanımı daha sık bildirilmiştir (Fink vd., 1995; Turner vd., 2013). Öte yandan her iki davranışa yönelik altta yatan nedenlerin incelenmesinde bireyin beyanı temel alındığından henüz konuyla ilgili kesin görüş bildirmek güçtür. Kendi yaşamına son verme ile KZVD'nin ayrımını yapabilmek bu tür davranışların önlenmesi noktasında önem arz etmektedir. Kendini daha iyi hissetmek isteyen bireyin kendine zarar verdiği, duygularının tümünden kurtulmak isteyenlerin ise özkıyım başvurduğu düşünülmektedir (Özen, 2022).

1.2.6. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri

KZVD'nin işlevleri incelenmek istendiğinde bireyin davranışa yönelik anlatımları dikkate alınmaktadır. Bu sayede kendine zarar vermeye yol açan etkenler ve davranışın işlevlerine ilişkin bilgiler elde edilmektedir. KZV güdüsü bireysel farklılıklar barındırdığından destek ve müdahale yöntemleri de bu ihtiyaçlara göre şekillenmektedir. KZVD'nin daha iyi anlaşılmasını sağlamada davranışın işlevlerini bilmek önem taşımaktadır (Taylor vd., 2018).

Nock ve Prinstein'e (2004) göre KZVD'nin dört temel işlevi bulunmaktadır:

1. Olumsuz otomatik pekiştirme: Birey olumsuz duygu durumunu azaltmak amacıyla kendine zarar vermektedir.
2. Olumlu otomatik pekiştirme: Herhangi bir fizyolojik tepki yaratmak (örneğin hissizlikten kurtulabilmek adına acı hissedebilmek) için KZVD'ye başvurulmaktadır.
3. Olumsuz sosyal pekiştirme: Kişiler arası ilişkilerde kaçınmak istenen durumların varlığı karşısında (örneğin hoşla gitmeyen bir şey yapması gerektiğinde) KZVD'nin kullanılmasıdır.
4. Olumlu sosyal pekiştirme: Başka birinden ilgi alabilmek ya da mutsuzluğunun başkaları tarafından görülmesini sağlamak gibi nedenlerle KZVD'nin kullanılması şeklinde açıklanmaktadır (Nock ve Prinstein, 2004).

1.2.7. Kendine Zarar Verme Davranışını Açıklayan Modeller

KZVD'yi açıklayabilmek için birçok kuramsal model ileri sürülmüştür. Davranışa yol açtığı düşünülen etkenlerin tek başına ya da birlikte nasıl ve neden kendine zarar vermeye yol açtığı açık değildir. Suyemoto (1998) herhangi bir patolojik davranış anlamaya çalışırken davranışın gerçekleşme sebebini, hangi bireylerin davranışa yatkın olduğunu ve davranışın nasıl bir işleve hizmet ettiğini bilmenin öneminden bahsetmektedir.

KZVD'nin tek bir model ile açıklanamayacak şekilde karmaşık ve birbiri ile bağlantılı olduğunu öne süren Suyemoto (1998) davranışın içsel ve kişiler arası ilişki sistemindeki işlevleri üzerinde durmaktadır. Çizelge 1.1'de görüldüğü üzere KZVD'nin seks ya da özkıyımla ilgili dürtüler üzerindeki kontrolü göstermek (Cross, 1993; Friedman vd., 1972; Klonsky, 2007), kendi ile öteki arasındaki sınırı tanımlamak (Simpson ve Porter, 1981), dissosiatif epizotları sona erdirmek (Herpertz, 1995; Miller ve Bashkin, 1974) ya da heyecan aramak için yapıldığını öne süren çok çeşitli kuramsal modeller geliştirilmiştir (Klonsky ve Muehlenkamp, 2007). Nock (2010) bu modellerin dışında Birleşik Model adını verdiği model ile KZVD süreçlerini üç temel koşula bağlamaktadır. Birinci koşula göre KZVD tekrarlı şekilde gerçekleşmektedir çünkü davranış bireyin şartlarını değiştirebildiğine yönelik etkili bir yöntem olarak işlev görmekte ve pekiştirilmektedir. İkincisi bireyin sosyal çevresini etkilemesine ihtiyaç duyacak aşırı uyarılma, zayıf sözel ve sosyal beceriler gibi olumsuz etkenlere sahip olmasıdır. Üçüncüsü ise bireyin KZVD'ye başvurma olasılığını arttıran olumsuz duygu duruma yatkınlık, eksik duygu düzenleme becerileri, psikiyatrik tanı öyküsü, çocukluk dönemi ihmal ve istismarı ve özkıyım eğilimi gibi bireysel etkenlere sahip olması olarak belirtilmiştir (Nock, 2010).

Çizelge 1. 1. Kendine zarar verme davranışını açıklayan modeller

Kişiler Arası Etki Modeli	KZVD çevresel tepkiler yoluyla pekiştirilmektedir. KZVD ifade edilemeyen ve tehdit oluşturan çatışmaları ifadeye dökülerek çevrenin ihtiyaçlarına hizmet eder. Bu modele göre birey çevresindeki insanları etkilemek ya da manipüle etmek için kendine zarar vermektedir (Allen, 1995; Chowanec vd., 1991).
İntihar Karşıtı Model	KZVD özkıyımın yerine konulan bir davranıştır. Yaşam ve ölüm içgüdüleri arasında bir uzlaşma olup özkıyımdan uzaklaşmak amacıyla seçilen bir yöntemdir (Klonsky, 2007).
Duygu Düzenleme Modeli	KZVD sözel ya da başka yollarla ifade edilemeyen öfke, endişe ya da acıyı ifade etme ihtiyacından doğan bir davranış biçimidir. Duygusal stresle baş etmede zayıf stratejileri olan bireyler tecrübe etmek istemedikleri içsel yaşantıların yoğunluğunu ve şiddetini azaltmak amacıyla KZVD'ye yönelmektedir (Favazza, 1992; Mikolajczak vd., 2009).
Cinsel Model	KZVD cinsellik ve menstrüasyon içerikli çatışmalardan kaynaklanmaktadır (Friedman vd., 1972).
Dissosiasyon Modeli	KZVD yoğun duygulanım ve dissosiasyon ile başa çıkma biçimidir. Hissizleşme yaşayan birey yeniden duygusal ve fiziksel duyumlar deneyimleyebilmek adına kendisine zarar vermeye yönelebilmektedir (Klonsky, 2007).
Kişiler Arası Sınırlar Modeli	KZVD kendi ve öteki arasında bir sınır çizme girişimidir. Bu modelin savunucuları nesne ilişkileri kuramından yararlanmaktadır (Klonsky, 2007). Anne ile güvenli bağlanmanın kurulamamış olması ve anneden ayrılamama nedeniyle benlik duygusundan yoksun olan bireylerin KZVD gösterdiği savunulmaktadır (Friedman vd., 1972). Bireyin bedeninde bıraktığı yaralanma izleri ile kendisi ile diğerleri arasındaki ayrımı teyit ettiği ve kimliğini ya da özerkliğini öne sürdüğü düşünülmektedir (Klonsky, 2007).
Kendini Cezalandırma Modeli	KZVD bireyin kendisine yönelik gelişen öfke ya da aşağılama duygularının karşılığı olmaktadır. Linehan (1993) kendine zarar veren bireylerin çevresinden cezalandırılmayı ya da yok sayılmayı öğrenmiş olabileceğini ifade etmektedir (Herpertz vd., 1997; Klonsky, 2007).
Heyecan Arama Modeli	KZVD yüksek heyecan içeren sporlara benzer şekilde uç şeyler yaparak canlılık ve heyecan yaratmanın bir yolu olmaktadır (Klonsky, 2007).
Birleşik Model	Bu modelin üç temel önermesi bulunmaktadır. Birincisi davranış tekrarlayan bir yapıya sahiptir. İkincisi bireyin çevresini etkileme ihtiyacı duymasına neden olabilecek etkenlere sahip olmasıdır. Üçüncüsü ise KZVD'ye başvurma olasılığını arttıran bireysel etkenlerdir (Nock, 2010).

Psikodinamik görüş temelinde KZVD'yi ele alan ilk isim Emerson (1913) olmuş ve KZVD'yi kendini yok etmenin bir biçimi, kendini cezalandırma ve yalancı özkıyım olarak ele almıştır (Aksoy ve Ögel, 2003). Davranışçı yaklaşım ise KZVD'ye sonradan öğrenilen bir kendini koruma yöntemi olarak bakmıştır (Winchel ve Stanley, 1991). Van der Kolk vd.'ne (1991) göre erken dönem travma yaşantıları savunma mekanizmalarının sık kullanılmasına ve

dissosiatif durumlara neden olmakta ve bu nedenle bedene zarar vererek suçluluğun giderilmesi istenmektedir.

Young'un Şema Terapi Kuramı'na göre çocukluk çağında temel gereksinimlerin karşılanmaması yetişkinlikte meydana gelen birtakım psikopatolojilerin temelini oluşturmaktadır. Erken dönem uyumsuz şemalar erken dönemde gelişen bireylerin kendilerine ve başkalarına yönelik algılarını etkileyen, yineleyici zihinsel yapılardır. Bu dönemde yaşanan olumsuz deneyimler "gereksinimlerin engellenmesi", "travmatize etme ya da kurban haline gelme", "olağanüstü anılar" ile "içselleştirme ya da özdeşleşme" şeklinde dört başlık halinde sınıflandırılmaktadır (Young vd., 2003). Erken çocukluk döneminde görülen sevgi ve anlaşılma gibi temel gereksinimlerin eksikliğinin terk edilme ya da duygusal yoksunluk şemalarını; travmatik yaşantılar sonucu deneyimlenen kurban konumunun ise suistimal edilme ve kusurluluk şemalarını oluşturabildiği ifade edilmektedir. Yaşamda meydana gelen olağanüstü olaylar karşısında çocuğun aşırı müdahale edilerek gereğinden fazla korunması bağımlılık ya da hak görme şemalarına yol açabilmektedir. İçselleştirme ya da özdeşim kurma ise ebeveynin düşünceleri, hisleri, tepkileri ve eylemlerinin çocuk tarafından içselleştirilip özdeşim kurulması durumudur (Calvete, 2014). Erken dönemde uyum bozucu yaşantılar sonucu oluşan şemaların bireyde öfke birikimine yol açtığı ve zaman içinde kişiler arası ilişkilerin bozulmasına, kendine zarar vermeye ve bazı psikolojik rahatsızlıkların gelişmesine neden olduğu ifade edilmektedir (Briere vd., 2002). Şemaların zaman içinde alışılmış bir strateji haline gelmesiyle KZV gibi tekrarlayıcı ve çarpık davranışlara dönüşebildiği ileri sürülmektedir (Young vd., 2003).

KZVD'ye yol açan risk etkenlerinden biri olan çocukluk çağı travmaları ile erken dönemde meydana gelen uyumsuz şemalar ilişkisine dikkat çeken çeşitli çalışmalar mevcuttur (Aksoy ve Ögel, 2005; Klonsky ve Moyer, 2008; Saçarçelik vd., 2011; Shapiro, 1987). Castille vd. (2007) çalışmalarında güvenin kötüye kullanılması, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon ve yetersiz öz disiplin şemalarının KZVD öyküsü olanlar ile olmayanları ayırt ettiğini saptamışlardır. Ülkemizde KZVD'nin ortaya çıkmasında etkili olan şemaların araştırıldığı bir çalışmada (Yavuz vd., 2017) duygulara karşı zayıflık, duyguları kabul, kontrol edilmezlik, anlaşılabilirlik ve farklılık şemalarının KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ek olarak Yavuz vd. (2017) çocukluk çağında fiziksel istismar yaşantısı, aile içi şiddete tanıklık, aile bireylerinde psikiyatrik tanı durumu ve özkıyım öyküsünün KZVD'ye zemin hazırlayan etkenlerden olduğunu ifade etmişlerdir.

Alanyazında KZVD gösteren bireylerin kusurluluk, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk ve yetersiz öz denetim şemalarına sahip olduğu görülmüş olup bu şema boyutları Kopukluk/Reddedilme şema alanında yer almaktadır (Castille vd., 2007). İşler'in (2018) yaptığı çalışmada ise KZVD'yi yordayan şema alanının Zedelenmiş Otonomi olması zarar verme davranışı hakkında hala yeterli bilgiye sahip olunmadığını göstermekte ve bu farklılığın kültürel nedenlerden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

KZVD ve nedenleri henüz tam olarak anlaşılmamış gibi görünse de davranışa yönelik farklı motivasyonların olabileceği ve bu motivasyonların sorgulanmasının tedavi süreçleri açısından önemli olduğu bilinmektedir (Favazza, 1989). KZVD psikiyatrik, psikososyal, genetik ve biyolojik etkenler başta olmak üzere pek çok etken sonucunda ortaya çıkabilmektedir (Evans vd., 2004).

Klonsky ve Muehlenkamp (2007) KZVD gösteren bireylerin günlük yaşamlarında yoğun olumsuz duyguları sıklıkla yaşadıklarını bildirmiştir. Ayrıca kendine zarar veren bireyler yaşadıkları deneyimleri yorumlama, duygularına yönelik farkındalık ve duygu ifade etme becerileri bakımından da benzer güçlükler içinde olabilmektedir.

Bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirildiğinde KZVD'nin baskın işlevlerini anlamak davranışın psikolojik ve sosyal mekanizmalarını öğrenme konusunda fayda sağlamaktadır (Taylor vd., 2018).

Bundan sonraki kısımda KZVD ile kanser ilişkisine değinilecektir.

1.2.8. Kendine Zarar Verme ve Kanser

Kanser tüm dünyada görülen bireyin yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkileri bulunan çok yönlü bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireyin sağlıklı olma hali ile birlikte yaşam rutinleri, gelecek planları ve psikolojik dengesi değişmektedir. Kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik sorunlar anksiyete bozuklukları ve majör depresyondur (Şahin vd., 2020). Depresyonda olan bireyde mutsuzluk, hüznün, yaşamdan zevk alamama, sevecek yapılan işlere karşı istekte azalma ve iştah değişikliklerinin yanında suçluluk duyguları, KZV ya da özkıyım düşünceleri sıkça görülen belirtilerdendir (Aydoğan vd., 2012). Acı veren duygulardan kurtulmak, duygusal gerilimi azaltmak ya da hissizlikten kurtulup bir şeyler hissetmek amacıyla işlevsel olmayan bir başa çıkma mekanizması ya da duygu düzenleme stratejisi olarak bireyin kendine zarar verdiği düşünülmektedir (Klonsky, 2011; Skegg, 2005; Tunç, 2016).

Kanserli bireylerin genel nüfusla karşılaştırıldığında KZVD riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Nguyen vd., 2023). Kanser tanısı alan hastalarda KZVD'nin görülme sıklığını ve risk etkenlerini inceleyen bir çalışmada her 1000 kanser hastasından 3'ünün 5 yıl içinde KZV deneyimi yaşadığı ve bu oranın aynı popülasyondaki özkıyım oranından daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Noel vd., 2021). Kanser hastalarında erken yaş, psikiyatrik hastalık ve geçmişte KZV öyküsünün varlığı KZVD için önemli risk etkenleri olarak saptanmıştır (Men vd., 2022; Noel vd., 2021). Bu etkenler alanyazında sağlıklı popülasyon için belirtilmiş risk etkenleri ile tutarlılık göstermektedir (Skegg, 2005).

Baş ve boyun bölgesi kanserleri, erken evrede olursa dahi KZVD üzerinde daha yüksek risk teşkil etmektedir (Noel vd., 2021). Baş ve boyun bölgesi kanserine sahip hastaların daha yüksek KZV riski taşıyor olması alanyazında bu hastaların daha yüksek özkıyım riski taşıdıkları bilgisi ile tutarlıdır (Kam vd., 2015; Misono vd., 2008). Kanser hastalarında özkıyım ve KZVD'lerin görülme sıklığının incelendiği bir çalışmada da yaşamda kalma oranı, metastaz ve yatış süresinin kanser hastalarında özkıyım ve KZVD riskini artırdığı ifade edilmektedir (Men vd., 2022).

Hastalığın belirtilerinin ve uygulanan tedavinin ağır olması bu etkenlere bağlı olarak daha çok ruhsal sorun yaşanabileceğini düşündürmektedir. Bu doğrultuda hastalık evresinde ilerlemeye bağlı olarak KZVD'nin artacağı düşünülse de tedavinin ilk evrelerinde KZV riski daha yüksek bulunmuştur (Klaassen vd., 2019; Noel vd., 2021). Kanser tanısı konulduktan sonraki ilk yılda KZVD'de artış tespit edilmiştir (Klaassen vd., 2019). Metastatik tanı (kansere hücrelerinin oluşum gösterdiği bölgeden bedenin diğer kısımlarına yayılım göstermesi) etkisinin genç hastalarda KZVD riskini artırırken yaşlı hastalarda herhangi bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır (Men vd., 2022). Bu durum genç yaş grubundaki hastaların durumu daha ciddi bir olumsuz yaşam olayı olarak algıladığını düşündürmektedir. Men vd.'nin (2022) çalışmasında yaş ile KZVD arasındaki ilişkinin doğrusal olmadığı, genç yaşlarda yüksek olan riskin 60 yaşın altındaki hastalarda azaldığı, ancak 60 yaş üzerinde tekrar artış gösterdiği bulunmuştur. Bu durum gençlerin ileri yaştaki bireylere göre daha az yaşam becerisine, daha düşük bilişsel esneklik ve psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bu bilgiler kanser hastalığı sürecinde KZV riski taşıyan hastaların belirlenmesi, desteklenmesi, tedaviye uyumlarının iyileştirilmesi açılarından önem taşımaktadır. Kanser hastalarında KZV riskinin sağlıklı bireylere oranla yüksek oluşu tedavi ve bakım süreçlerinde ruh sağlığına yönelik desteğin önemini göstermektedir.

1.2.9. Kendine Zarar Verme Davranışının Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi

DSM 4-TR’de KZVD borderline kişilik bozukluğunun belirtisi olarak kabul edilmiş olsa da yapılan çalışmalarda majör depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yeme bozuklukları, maddenin kötüye kullanılması, şizofreni ve kişilik bozuklukları kümesinden tanısı olan bireylerde de KZVD görüldüğü bildirilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2003; APA, 2000; Bentley vd., 2014; Herpertz vd., 1997; Klonsky vd., 2003; Zlotnick vd., 1999). KZVD'nin yaygınlığının toplumda görünür hale gelmesi ve artan bilimsel ilginin etkisi ile DSM 5’te “Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar” başlığı altında ‘Kendine Zarar Verme Öyküsü’ şeklinde listelenmektedir (APA, 2013).

Van der Kolk vd. (1991) KZVD ve özkıyım üzerinde çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının güçlü bir yordayıcı olduğunu ve ayrıca dissosiasyon ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Dissosiyatif belirtilerin eşlik etmesiyle KZVD öncesinde bireyler kendilerini uyuşmuş ya da ölü gibi hissettiklerini belirtmiştir.

KZV doğrudan bir ruhsal bozukluk tanısına işaret etmemektedir. Ancak madde kötüye kullanımı gibi bedene zarar vermeyi içeren psikolojik bozukluklarla benzer psikolojik süreçleri içerebileceği ifade edilmiştir (Klonsky ve Muehlenkamp, 2007).

Zoroğlu vd. (2003) ülkemizde lise dönemindeki öğrencilerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında travma ve dissosiasyonun varlığının KZVD ve özkıyım girişiminde rolü olduğunu ve dissosiasyonun KZVD için güçlü bir yordayıcı olduğunu belirtmişlerdir. Aksoy ve Ögel’e (2005) göre herhangi bir evde yaşamayan ve sokakta kalan çocuklarda madde kullanımı ve suç KZVD üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir ve suça sürüklenmiş çocuklarda KZVD üç kat fazla görülmektedir.

KZVD’nin saç koparma ve deri yolma türleri ile yöntem açısından benzerlik gösteren “Trikotillomani (TTM)” ve “Deri Yolma Bozukluğu” tanıları arasında önemli farklılıklar dikkat çekmektedir. Bireyde belirgin saç kaybına yol açacak şekilde tekrarlayıcı saç yolma davranışı TTM olarak adlandırılmakta ve bireyin psikososyal ve günlük yaşam işlevselliğinde ciddi düzeyde bozulmalara neden olmaktadır. Bedenin tüm bölgelerinde kaşıntı ve bu kaşıntıyı azaltma amacıyla engellenemeyen saç yolma dürtüsü meydana gelmektedir. Bu saç yolma davranışının kronik bir halde olması ve etkin düzeyde tedavi edilememesi TTM’nin ayırıcı özelliklerindendir (Stein vd., 1999). İlk olarak DSM III-R ile birlikte “Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları” başlığıyla “kişinin saç yolma dürtüsünü kontrol edememesi ve saç yolma davranışı sonrasında rahatlama” şeklinde psikiyatrik tanı

sistemine giren TTM DSM 4-TR’de de aynı başlık altında sınıflandırılmış ve “Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, Kleptomani, Piromani, Patolojik Kumar Oynama ve Başka Türlü Adlandırılmayan Dürtü Kontrolü Bozukluğu” tanıları ile birlikte yer almıştır. DSM 5’te ise “Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmış ve “Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), İstifleme Bozukluğu ve Deri Yolma Bozukluğu” tanıları ile beraber bu başlık altında sınıflandırılmıştır (APA, 1994; 2000; 2013). TTM stres ve kaygı ile ilişkilendirilirken KZVD yoğun olumsuz duyguların varlığı ve ümitsizlik ile ilişkilendirilmektedir. KZVD’nin öfke ifadesi, cezalandırma, hissizlikten kurtulma ve dikkati başka yöne çekme gibi işlevleri bu davranışı TTM’den ayırmaktadır. Ek olarak KZVD gösteren bireylerin depresif belirtilerinin ve ‘zarardan kaçınma’ kişilik özelliğinin TTM tanısı almış bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. KZVD sergileyen bireyler çoğu zaman bu davranışın işlevsiz olduğunun bilincindeyken TTM tanısı almış bireyler davranışlarını ‘zararsız sinirsel alışkanlık’ olarak tanımlamaktadır (Deliberto ve Nock., 2008; Mathew vd., 2020). TTM gibi Deri Yolma Bozukluğu da KZVD ile benzer özelliklere sahip olsa da klinik benzerlik ve eş tanı oranları TTM ve Deri Yolma Bozukluğu’nun ortak bir genetik yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Deri Yolma Bozukluğu ve TTM’nin her ikisinde de kellik ve cilt lezyonları gibi bireyin dış görünüşünde dışarıdan fark edilebilen sonuçlar meydana gelmektedir (Odlaug ve Grant, 2008).

TTM’nin tekrarlayıcı özellikte olması, dürtü kontrolünde zorlanma, gerginlik, kaygı gibi duyguların yolma sonrasında azalması, bu bireylerin kendilerinde ve ilk derece yakınlarında OKB ile eş tanı alma oranlarının yüksek olması ve OKB ile ortak nörobiyolojik mekanizmalara sahip olmaları nedeniyle OKB ile ilişkili şekilde sınıflandırılması gerektiğine dair yaygın bir görüş mevcuttur (Murphy vd., 2016). Öte yandan TTM’nin OKB’den daha çok Tik Bozukluğu ile uyduğu da ifade edilmektedir (Rozenman vd., 2016). Saç yolma davranışının ardından duygusal gerilimin azalması ve kaygı nedeni ile sürecin tekrarlması TTM ile Tik Bozukluklarının ortak yapısal özellikleri arasında gösterilmektedir (Günal-Okumuş, 2023).

KZVD ruhsal bozuklukların yanı sıra bir takım adli olgularla da ilişkilidir. KZVD’nin normal popülasyona oranla sık görüldüğü gruplar arasında tutuklu ve hükümlüler yer almaktadır (Çadircioğlu ve Aladağ, 2024). Bundan sonraki bölümde adli psikolojinin inceleme alanına giren çocukluk çağı travmaları, KZVD ve suç ilişkilerine değinilecektir.

1.2.10. Kendine Zarar Verme Davranışı, Çocukluk Çağı Travmaları ve Suç

Ülkemizde ceza ve hukuk davalarının adli psikoloji kapsamında incelendiği bir çalışmada çocukluk çağı travma yaşantıları ile KZV ya da başkasına zarar verme davranışı ve özkıyım arasında ilişki olduğu gözlenmiştir (Erdoğan ve Kışlak, 2023). Çocuklukta kötü muameleye maruz kalmanın dolaylı yoldan bireyin yaşamı boyunca çeşitli olumsuz sonuçlar yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir. Erken dönem travma yaşantıları olan ve destekleyici aile ortamından yoksun büyüyen bireyler gelişimleri için uygun olanaklardan faydalanma ve sosyal ilişkiler geliştirme konularında da sorun yaşayabilmektedir. Bu koşulların birtakım psikolojik sorunlara zemin hazırladığı düşünülmektedir (Wolfe, 1999).

Feldman'ın (1988) yaptığı çalışmada KZVD'nin en fazla görüldüğü gruplar arasında tutuklular ve ıslah evlerinde bulunan ergenler yer almaktadır. Alanyazında çocukluk çağı travma yaşantısı olan ve uyuşturucu madde kullanan bireylerde KZVD'ye sık rastlanılmıştır (Darke ve Torok, 2013; Evren vd., 2012; Harford vd., 2014). Hükümlü bireylerle yapılan çalışmalarda çocuklukta istismar yaşantısı, kötü aile ilişkilerine sahip olma, hükümlü ebeveyn ve madde bağımlılığı olanlar arasında KZVD'nin yaygın olduğu saptanmıştır (Greene vd., 2014; Gunter vd., 2011; Kenny vd., 2008). Diğer çalışmalarda da benzer şekilde çocukluk çağı travma yaşantısı olan hükümlülerin ergenlikte ve sonrasında suça karışma, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı ve saldırganlık riskinin yüksek olduğu görülmektedir (Chen vd., 2011; Crosson-Tower, 2005; Taşören ve Gül, 2022). Taşören ve Gül (2022) hükümlü bireylerle yaptıkları çalışmada KZVD oranını yaklaşık %65 olarak saptamışlardır. Hükümlü çocuk ve ergenlerin kendine zarar verenler ve vermeyenler biçiminde iki gruba ayrılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada kendine zarar verenlerin olduğu grupta tekrarlayan suç oranı %61.9 iken diğer grupta bu oran %17.7 olarak saptanmıştır. Ayrıca kendine zarar veren grubun %52'si parçalanmış aileye sahip iken diğerlerinde bu oran yaklaşık %19 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç KZVD ile aile yapısı ve tekrarlı suç arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Dülger vd., 1997).

Öte yandan Aksoy ve Ögel'e (2005) göre sokakta yaşayan çocuklarda madde kullanımı ve suç KZVD üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olup suça sürüklenmiş çocuklarda KZVD üç kat fazla görülmektedir. KZVD'nin yoğun duygularla baş etme aracı olarak kullanıldığı düşünüldüğünde çocukluk travmaları ile KZVD arasındaki ilişki daha iyi anlaşılmaktadır. Bu nedenle çalışmamızın önemli değişkenlerinden biri olan çocukluk çağı ruhsal travmaları bundan sonraki kısımda ele alınacaktır.

1.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları

Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre 18 yaşından küçük herkes çocuk olarak kabul edilmektedir (UNICEF, 2019). Çocukluk çağı travması bireylerin 18 yaşından önceki dönemde yaşadığı her türlü ihmal ve istismar, bakım verenin kaybı, göç, şiddete tanıklık, doğal afetler ve kazalara bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Herman, 2007). Çocukluk çağı travmasına her türlü sosyal sınıf, etnik grup ve sosyoekonomik düzeyden gelen ailede büyüyen çocuk maruz kalabilmektedir (Bostancı vd., 2006).

Çocukluk çağı travmaları afet ya da kaza gibi olaylar dışında insan eylemiyle de meydana gelebilmektedir. Çocuklukta kişiler arası travmaya maruz kalmak gelişimin birçok yönünü olumsuz etkilemektedir. Çocuğa yönelik zararlı ya da uygunsuz olarak bilinen, çocuğun gelişimini engelleyen her türlü eylem ve eylemsizlikler çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açılardan zarar görmesine, sağlığının ve güvenliğinin tehlikeye sokulmasına yol açmakta ve buna yol açan her türlü durum çocuğun ihmali ya da istismarı şeklinde tanımlanmaktadır (Oral vd., 2001; Taner ve Gökler, 2004). İhmal ve istismar yaşayan çocuk fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan tehlike altında kalmakta ve bireyin iç ve dış kaynakları bir tehditle başa çıkmak için yetersiz kaldığında çocukluk çağı travması ortaya çıkmaktadır. İlerleyen zamanda duygusal, fizyolojik, dikkat, davranışsal ve ilişkisel düzensizlik, işlevsel bozulma ve psikiyatrik tanılar ile kendini gösteren gelişimsel travmalara neden olmaktadır (Petrenchik ve Weiss, 2015). Çocukluk çağındaki travma yaşantıları ile TSSB, borderline kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı ve özkıyım girişimleri gibi birçok tanı arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Güz vd., 2003).

Çocukluk çağı travmaları arasında kabul edilen çocuğa yönelik istismar duygusal, cinsel ve fiziksel istismar şeklinde üç başlığa ayrılırken ihmal duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere iki başlığa ayrılmaktadır (Bernstein vd., 2003; WHO, 2002; Taner ve Gökler, 2004). Genellikle çocuğun en yakınları tarafından ve tekrarlı şekilde gerçekleştirilmesi nedeniyle çocuk istismarı fark edilmesi ve tedavisi en zor travma türü olmaktadır (Johnson, 2000; Yılmaz vd., 2003). DSÖ çocuk istismarını "bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziki ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" şeklinde tanımlayarak yetişkinin niyetinden bağımsız şekilde eylemin çocuk üzerindeki etkisinin önemini vurgulamıştır (WHO, 2010).

Çocukluk çağı travmaları çok eski kaynaklarda rastlanan ve uzun yıllardır var olan bir durum olmasına karşın alanyazında konuyla ilgili farkındalığın yeterli olmadığı görülmektedir. Öte yandan son zamanlarda ülkemizde ve dünyada konuya olan ilgi giderek artmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Önlenabilir olan bu travmaların medikal, hukuksal, psikolojik ve sosyolojik açılardan ele alınması konunun tam anlamıyla incelenebilmesi açısından önemlidir (Polat, 2016).

1.3.1. Fiziksel ihmal ve istismar

İlk kez Kempe vd. (1985) tarafından “Dövülmüş Çocuk Sendromu” ifadesiyle tanımlanan fiziksel istismar çocuğun bedensel bütünlüğüne yönelik bakım veren tarafından gerçekleştirilen ve çocuğa fiziksel olarak zarar veren kaza dışı zarar verici eylemlerdir. Fiziksel istismar tanınması en kolay olan istismar türüdür. Çocuğun şiddetin birinci mağduru olmasının yanında şiddete tanıklık etmesi de fiziksel istismar içinde değerlendirilmektedir (Polat, 2001).

En yaygın fiziksel istismar şekli çocuğun dövülmesi olup yakma, boğma ve ısırma davranışları da sıklıkla karşılaşılan davranışlardandır (Kara vd., 2004; Mandelli vd., 2015). Ölümcüllük açısından diğer istismar türleri içinde en çok tehlike barındıran türdür (İdig-Camuroglu ve Gölge, 2018). Anne baba tarafından genellikle çocuğu cezalandırmak amacıyla fiziksel istismara başvurulduğu belirtilmiştir (Kara vd., 2004). Ülkemizde çocukları disipline etmek amacıyla fiziksel cezalandırma bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Oral vd., 2001). Öte yandan Meadow (1977) tarafından “Munchausen by Proxy” şeklinde tanımlanan ve kolay tespit edilemeyen fiziksel istismar türünde bakım veren tarafından kasıtlı olarak üretilen belirtiler söz konusu olmaktadır. Bakım veren bireyin çocukta fiziksel/psikolojik belirtiler olduğunu iddia etmesi ve bunları kasıtlı olarak üretmesidir. Çocuk bakım veren bireyden uzaklaştırıldığında da bunlar ortadan kalkmaktadır (Motz, 2008).

Fiziksel ihmal ise bakım verenler tarafından gerekli tıbbi yardımın reddedilmesi, geciktirilmesi, eğitim, beslenme, fiziksel ihtiyaçlar ve güvenlik konularında ilgisiz ve kayıtsız kalınması şeklinde tanımlanmaktadır (Güler vd., 2002). Fiziksel ihmal bulguları gelişim geriliği yaşayan, uyum güçlüğü çeken, gereksinimlerini tek başına karşılayamayan çocuklarda daha sık karşılaşılmaktadır (Polat, 2004). Ebeveyn yaşının genç oluşu, çocukluk dönemi istismar öyküsü, madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı, ekonomik yetersizlikler, bir ebeveynin kaybı, ailede hastalık öyküsünün varlığı, çocuk sayısı ve aile yapısındaki bozulmalar ile fiziksel ihmal ve istismar ilişkili bulunmaktadır (Hancı, 2002).

1.3.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar çocuk istismarı türleri içerisinde fark edilip görülmesi en zor olan istismar türü olup çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Çocuğun bilişsel anlamda tam olarak kavrayamadığı bir cinsel eylemde yer alması, fiziki ve ruhsal gelişimi açısından hazır olmadığı ve onayının söz konusu olmadığı ya da kanunları ve toplumun kurallarını ihlal eden durumların tümünü kapsamaktadır (T. C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASPB], 2017). Çocuğun cinsel ilişkinin içeriğini ve sonuçlarını ayrıntılı şekilde bilmemesi, cinsel yaklaşımlara karşı koyma ve reddetmesinin olanaksızlığı sebebiyle çocukların cinsel ilişkiye rıza göstermelerinin mümkün olmadığı altı çizilmektedir (Kinneer, 2007). DSÖ cinsel istismarın tanımını “bir çocuk ve bir yetişkin arasında ya da bir çocuk ile başka bir çocuk arasında güven, güç ya da sorumluluk ilişkisi içinde, diğer bireyin ihtiyaçlarını tatmin etmek ya da karşılamak üzere yapılan aktivite” olarak açıklamaktadır (WHO, 2022).

Çocuğa yönelik tecavüz, enstest, teşhircilik, cinselliğeyönelik konuşmalar ve imalar, pornografik içeriklere maruz bırakma, cinsel organları okşama ve gözetleme gibi çeşitli eylemler cinsel istismardır (Hancı, 2002; Polat, 2001). Çocuk ve yetişkin arasındaki temas ve ilişkinin o yetişkinin ya da bir başkasının cinsel tatmini için kullanılması cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Hancı, 2002). Öte yandan çocuğa cinsel anlamda ifadeler yöneltilmesi, çocuğun bedeninin özel bölgelerinin gözetlenmesi ya da yetişkinin özel bölgelerinin çocuğa gösterilmesi, çocuğa çıplaklık içeren unsurlar gösterilmesi, çocuğun cinsel amaçlı fotoğraf ya da videolarının çekilmesi, çocuğa cinsel içerikli eylemlerin izlettirilmesi temas içermeyen cinsel istismar davranışlarındandır (ASPB, 2017).

Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda alandaki veriler farklılık göstermektedir. DSÖ verilerine göre kadınların beşte biri ve erkeklerin on üçte biri çocuklukta cinsel istismara uğramıştır (WHO, 2022). Ülkemizde çocuğun cinsel istismarının yaygınlığına yönelik çeşitli araştırmalar yapılmış olsa da ortaya çıkan sonuçlar tutarlılık göstermemektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Ebeveynlerin boşanması, şiddet, alkol ya da madde kötüye kullanımı, cinsel yaşam sorunları, sosyal izolasyon ve baskıcı ebeveynlik gibi etkenlerin cinsel istismar yaşanan ailelerde sık görüldüğü saptanmıştır (Green, 1996). Çocuğun yaşadığı durumu anlamlandıramaması, korku, suçluluk ya da utanç gibi nedenlerle gizlenmesiyle bilinenden daha az kayda geçtiği düşünülmektedir.

Cinsel istismarın çocuktaki etkileri yaş ve çocuğun gelişimi gibi etkenlere bağlı olarak farklılaşmaktadır. Cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda korku, kaygı bozukluğu ve depresyon, uyku bozuklukları, bedensel şikayetler gözlenmiş ve benlik saygısının ciddi hasara

uğradığı belirtilmiştir (Green, 1996). Bunun yanı sıra kişiler arası ilişki kurma ve ilişkileri sürdürmede güçlük, KZV ve özkıyım düşünceleri sık görülmektedir. (Pizarro ve Billick, 1999). Öte yandan ilerleyen yıllarda çocuklukta cinsel istismara uğramış bireylerin uğramayanlara göre daha fazla cinsel saldırıda bulundukları saptanmıştır (Pizarro ve Billick, 1999).

1.3.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar toplumda oldukça sık görülmesine rağmen fark edilmesi ve ortaya konması en zor olan istismar türüdür (Tıraşçı ve Gören, 2007). Yetişkinler tarafından gerçekleştirilen ve çocuğun psikososyal gelişimini engelleyen davranışlara duygusal istismar adı verilmektedir (Taner ve Gökler, 2004). DSÖ'ye (1999) göre duygusal istismar çocuğun ihtiyaçlarına ve gelişimine uygun destekleyici ortamın yokluğu nedeniyle potansiyeline, sağlığına ya da gelişimine zarar veren ya da verme olasılığı olan her türlü eylemdir. Fiziksel temas ve zarar verme niyeti zorunluluğu olmaksızın gerçekleştirilen eylemler yetişkin ile çocuk arasındaki ilişkide çocuğun zarar görmesine neden olmaktadır (Glaser, 2002). Duygusal istismar birçok şekilde görülebilir. En sık karşılaşılan davranışlar çocuğa bağırma, küfretme, değer vermeme, lakap takma, aşırı baskı uygulama, çocuğu reddetme, önemsememe, aşağılama, küçük düşürme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, bağımlı kılma, aşırı koruma, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama ve çocuktan yaşının üzerinde görevler bekleme sık görülen duygusal istismar türleridir (Polat, 2001; Tıraşçı ve Gören, 2007). Bunların yanı sıra çocuğun sürekli eleştirilmesi, utandırılması, korku ve endişe duymasına neden olunması, çocuğun davranışlarından memnun olunmaması da duygusal istismar türleri arasında sayılmaktadır.

Duygusal istismar somut fiziksel bulguların bulunmayışıyla fiziksel ve cinsel istismardan farklılık gösterir. Öte yandan fiziksel ve cinsel istismar varlığında birey duygusal şiddete de uğramaktadır (Polat, 2016). Duygusal istismar çocuğun psikolojik gelişimine diğer istismar türlerinden daha fazla zarar vermektedir (Claussen ve Crittenden, 1991). O'Dougherty Wright (2007) duygusal istismarın tüm çocukluk çağı travmalarının çekirdeğini oluşturduğunu ve neredeyse en yıkıcı istismar türü olduğunu ifade etmektedir.

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda değersizlik duyguları gelişebilmekte, uyumsuz ve saldırgan davranışlar ortaya çıkabilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Öte yandan çocukluk döneminde duygusal istismarın varlığı yetişkinlik döneminde depresyon, kaygı, TSSB, özkıyım, benlik saygısında azalma ve kişilik bozuklukları gibi sorunlara yol açmaktadır (Mullen vd., 1996). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada KZVD ile erken dönem

duygusal ihmal ve istismar yaşantılarının ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Martin vd., 2016). Bir başka çalışmada da çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismarın ileriki dönemde KZV ya da başkalarına zarar verme ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Harford vd., 2014).

Duygusal istismar ülkemizde ve dünyada sık karşılaşılan önemli bir sorundur. Ülkemizde UNICEF işbirliği ile yapılan “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet” adlı çalışmada 7-18 yaş arasındaki 1186 çocukla görüşülmüş olup duygusal, fiziksel ve cinsel istismar oranları sırasıyla %49, %56 ve %9 olarak belirtilmiştir (T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 2010). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise duygusal istismarın tüm istismar türleri arasında ilk sırada yer aldığı görülmüştür (Bahar vd., 2009).

1.3.4. Duygusal İhmal

Çocuğa en temel ihtiyaçlardan olan sevgi ve ilginin gösterilmemesi, çocuğun kendini değerli hissetmesine engel olunması şeklinde ifade edilen duygusal ihmal çocuğun gelişimi için gerekli koşulların yerine getirilmemesi, temel ihtiyaçlarına ve taleplerine kayıtsız kalınarak çocuğun ihmal edilmesi olarak açıklanmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Duygusal ihmal çocuğun gelişimi için gereken beslenme, barınma, sağlık, eğitim, duygusal gelişim ve güvenli yaşam alanı gibi ihtiyaçların yoksulluktan bağımsız olarak sağlanmaması durumunu ifade etmektedir (UNICEF, 2016). İstismarın aksine ihmalin kesin sınırları belli olmadığından ayırt etmede güçlük yaşanabilmektedir. İstismar davranışı aktif iken ihmal pasif bir eylem olup belirtileri, bulguları ve yasal tanımlaması belirsizdir (Munkel, 1994). Polat (2001) çocuklukta duygusal ihmali çocuğun tehlikelerden korunarak güvenliğinin sağlanması, tensel temas, kendini değerli hissetme, gerçekçi beklentilerle yönlendirilme, uyarılma ve sosyalleşme gereksinimlerinin karşılanması başlıkları altında tanımlayarak duygusal ihmal ve istismarın ayırımı yapmayı kolaylaştırmaktadır.

Duygusal ihmale maruz kalan çocukların ebeveynleri genel olarak duygulara karşı duyarsız olma eğiliminde olup çocuğun yaşadığı ihmali fark etmemektedir (Webb, 2018). Bu nedenle Webb (2018) duygusal ihmalin görünmez olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan aynı ebeveyne sahip olsalar da kırılgan kişilik yapısına sahip olan çocukların duygusal ihmal karşısında diğer kardeşlerinden farklı tepkiler verdiği görülmektedir (Özsert vd., 2022). Çocukluk döneminde yaşanan duygusal ihmalin yetişkinlikte benlik saygısını ve zihinsel sağlığı olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Mbutitia ve Adeli, 2020).

Duygusal ihmalin kolayca farkına varılamaması ve ihmal sonucunda somut bulgular elde edilememesi gibi nedenlerle yaygınlığı tam olarak bilinmemekte ancak duygusal istismarın 6-8 yaşlarında, ihmalin ise bebeklikten itibaren başladığı ifade edilmektedir (Kütük ve Bilaç, 2017). Güler vd. (2002) tarafından yapılan çalışmada katılımcı annelerin %93'ünün çocuklarına yönelik duygusal ihmal ve istismar davranışları gösterdiği saptanmış ve annenin çocuğuna sevgi ve ilgisini belli etmemesi, kötü söz söylemesi, çocuğunu azarlaması, evde yalnız bırakması, korkutması, tehdit etmesi, odaya kapatması, çocuğunun ellerini ve ayaklarını bağlaması ve çocuğu yokmuş gibi davranması başlıkları altında ihmal ve istismarın bir arada toplandığı görülmüştür.

Duygusal ihmal ve istismar çoğunlukla bir ayrım yapılmadan bir arada değerlendirilmekte ve her türlü ihmal ve istismarı kapsayan bir şemsiye terim olarak düşünülmektedir (Kütük ve Bilaç, 2017). Çoğunlukla çocuk istismarının diğer türleriyle birlikte görülen duygusal ihmalin çocuk üzerindeki doğrudan etkilerinin henüz yeterince araştırılmadığı görülmektedir. Bu kavramların zaman zaman iç içe geçtiği ve birbirleri yerine kullanıldığı görülmüş olup çocuk üzerindeki farklı etkileri düşünüldüğünde ayrı ayrı ele alınması gerektiği de düşünülmektedir (Özsert vd., 2022).

1.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Etkenleri

Her türlü çocuk ihmal ve istismarının yaşandığı koşullar incelendiğinde çocuklarını ihmal ya da istismar eden ebeveynlerin kendi anne babalarıyla kurdukları ilişkinin güvensiz ya da tutarsız olduğu ve patolojik özellikli ilişkilerin içinde olmaya eğilimli oldukları görülmektedir (Vondra, 1990). Aynı zamanda bu ebeveynlerin empati düzeyi düşük ve benmerkezci yapıda oldukları saptanmıştır (Lowenthal, 2001; Polat, 2007). Olumlu iletişim ve paylaşımın az, ebeveynlik becerilerinin zayıf ve çocuk yetiştirme tutumlarında tutarsızlığın olduğu ailelerde ihmal görülme olasılığının arttığı bildirilmektedir (Polat, 2007; Wiehe, 1992). Ebeveyn yaşının genç oluşu da zorluklarla baş etme ve değişen yaşama uyum sağlamada olumsuz bir etken olmaktadır. Duygularını ifade etme ve düzenlemede yeterli beceriye sahip olamayan ebeveynler deneyimsiz olmanın da etkisiyle çocuğun ihtiyaçlarına yanıt vermede yetersiz kalmaktadır. Ayrıca bu ebeveynlerde şizofreni, depresyon, kaygı bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik tanılarının ve alkol ya da madde bağımlılığının görülme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Polat, 2007).

Green (1991) temel güven duygusunun oluşmasına imkân sağlanmamış bireylerin nesne ilişkileri ve soyut düşünme becerilerinin zayıf olmasına bağlı olarak çocuklarıyla kurdukları iletişimde gerekli sözel ve fiziksel uyarıları sağlamada başarısız, nadiren birlikte

oyun oynayan ve dürtüsel eylemlerde bulunan bireyler olduğunu saptamıştır. Bunun yanı sıra ihmalkâr ebeveynlerin savunma mekanizmaları incelendiğinde yansıtma ve inkâr yöntemini sık kullandıkları görülmüştür. Kendilerinde algıladıkları istenmeyen atıfların bir sembolü olarak çocuklarını gördükleri ya da çocuklarına kendilerine ait değilmiş gibi davranarak onları yok saydıkları, onlarla bağ kurmak istemedikleri ve empatiden kaçındıkları ifade edilmiştir (Green, 1991). Kendi aileleri tarafından ihtiyaçları karşılanmamış ebeveynler maruz kaldıkları davranış örüntüsünü tekrar etmeye eğilimli olmaktadır. Çocukluğunda fiziksel istismar öyküsü olan annelerin çocuklarına karşı saldırganca davranışlar sergilediği belirtilmektedir (Polat, 2007). Ebeveynlerle yapılan bir çalışmada istismara uğramış ve bu döngüyü sürdüren annelerin endişeli, bağımlı ya da depresif kişilik yapısına sahip olduğu ve daha yüksek stres düzeyi belirttikleri ifade edilirken öte yandan çocukluğunda istismara uğramış ancak kendi çocuklarını istismar etmeyen annelerin sağlıklı davranış örüntüsüne sahip bir yetişkin tarafından duygusal olarak desteklendiği, psikolojik tedaviyi sürdürdüğü ve istismarcı olmayan destekleyici bir ilişkisi olduğu görülmüştür (Egeland vd., 1988).

Horton ve Cruise'e (2001) göre erkeklere oranla çocuklarıyla daha fazla vakit geçirdiğinden dolayı kadınlar çocuklarını daha fazla istismar etmektedir. Ülkemizde ihmal ve istismar nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada ekonomik sıkıntı, ev işinin yoğunluğu gibi konularla baş etmede güçlük yaşayan, kendi ailesiyle iyi ilişkileri olmayan ve eşi tarafından istismar edilen annelerin çocuklarını daha çok ihmal ve istismar ettiği bulunmuştur (Bulut, 1996: Akt. Gül, 2015). Bunlara ek olarak, çocuğun yaşı istismar edilme açısından doğrudan bir risk etkeni olmasa da küçük yaşlarda bakıma bağımlı olunması istismar olasılığını arttırmaktadır. Baumrind (1995) prematüre doğan bebeklerde istismarı annenin yaşadığı düş kırıklığı, annenin duygusal destekten ve yeterli bilgidен yoksun kalması ve anne ve bebeğin ayrı kalmasına bağlı olarak bağlanmanın zarar görmesine bağlamaktadır.

1.3.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı

Alanyazında çocuk ihmal ve istismarının gerçek yaygınlık oranların bilinenden çok daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Dilsiz ve Mağden, 2015). DSÖ çocuk ihmal ve istismarı konusunda yapılan araştırmalarda farklı tanımlamalar ve yöntemler kullanılması nedeniyle elde edilen verilerdeki tutarsızlıkları önemli bir sorun olarak bildirmektedir (Aksel ve Yılmaz Irmak, 2005). Ülkemizde de ihmal ve istismarın yaygınlık oranları hakkında kesin bilgi vermek çeşitli nedenlere bağlı olarak oldukça güçtür (Tıraşçı ve Gören, 2007). Bu nedenlerin başında çocuğun yaşadığı durumu anlamlandıramaması, durum ortaya çıktığında başına gelebileceklerden korkması, suçluluk ya da utanç gibi nedenlerle gizlemesi gelmektedir. Öte

yandan ihmal ve istismarın yetkililere bildirilmemesi, inkâr edilmesi ya da gizlenmesi gibi nedenlerin de etkili olduğu düşünülmektedir (Bahar vd., 2009).

Alanyazında konuya ilişkin incelenen çalışmalarda çocuk ihmal ve istismarı yaygınlığı oranının %5-50 aralığında değişiklik gösterdiği görülmektedir (WHO, 2022). DSÖ tüm dünyadaki çocukların %25-50'sinin fiziksel istismar yaşantısı olduğunu, kadınların yaklaşık %20'sinin ve erkeklerin %5-10'unun erken dönemde cinsel istismara maruz kaldığını ifade etmektedir (WHO, 2022). Birçok çalışmanın incelendiği bir rapora göre tüm çocukların %5-35'i fiziksel istismar yaşamakta ve duygusal ihmal ve istismar oranları %4-9 ve %6-12 arasında değişmektedir. Bunun yanı sıra erkeklerin %9'u ve kızların %25'inin cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir (Gilbert vd., 2009). ABD'de her yıl 1200-1500 çocuğun %52'sinin fiziksel istismar, %42'sinin ihmal ve %5'inin ise her ikisi nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmiştir. Çocuk ölümlerinin yanı sıra ihmal ve istismar sonucu kalıcı sakatlıklar da sıklıkla görülmektedir (Laumann-Billings ve Emery, 2000). İngiltere'deki bir çalışmada çocukların ve gençlerin %7'sinin bakım verenleri tarafından fiziksel ihmal ve istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (Cawson vd., 2000). Ülkemizde de birçok çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında fiziksel istismar yaklaşık %15-75 arasında, cinsel istismar ise yaklaşık %20 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Aksel ve Yılmaz Irmak, 2005; T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu , 2010).

Duygusal istismar varlığının saptanmasının zor olmasına rağmen fiziksel ve cinsel istismara kıyasla tüm toplumlarda daha yaygın görülmektedir (UNICEF, 2012; Gökler, 2006). Çocuklukta duygusal ihmal ve istismarı ölçmenin zor olması ve sonuçlarının daha az gözlemlenebilir olması nedeniyle konuyla ilgili fiziksel istismar kadar geniş çaplı çalışmalar yapılmamıştır (Reddy vd., 2006; Saveanu ve Nemeroff, 2012). Ülkemizde çocuk psikiyatri servisinde yapılan bir çalışmada çocukların %36'sının fiziksel istismara %52'sinin ise duygusal istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (Oral vd., 2001). En sık karşılaşılan fiziksel istismar biçimleri saç ve kulak çekme, çocuğa bir cisim fırlatma ya da vurma iken bağırma, aşağılama, küfretme, reddetme, korkutma, tehdit etme, küçük düşürme ve alay etmenin en sık karşılaşılan duygusal istismar biçimleri olduğu görülmüştür (Koç vd., 2012). Öte yandan çocuklukta cinsel istismara maruz kalma ihtimali kızlarda erkeklere oranla daha fazladır (Kanbur ve Akgül, 2010; Plant vd., 2005) ve bu istismar çok yüksek oranda çocuğun tanıdığı erkekler tarafından gerçekleştirilmektedir (Finkelhor, 1994; Kutchinsky, 1999). Fiziksel ve cinsel istismar eylemini gerçekleştirenlerin genellikle erkek olduğu görülmekle birlikte tüm ihmal ve istismar davranışlarının daha çok kadınlar tarafından gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Lewis, 2002). Horton ve Cruise'e (2001) göre de kadınlar erkeklere oranla çocuklarıyla daha

fazla vakit geçirdiğinden çocuklarını daha fazla istismar etmektedir. Bu durum ülkemizde de çocuğun bakım sorumluluğunun daha ziyade kadınlarda olmasıyla açıklanabilmektedir (Sofuoğlu vd., 2014).

Bundan sonraki bölümde çocukluk çağı travmaları ile kanser arasındaki ilişkiye değinilecektir.

1.3.7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kanser

Çocukluk çağında yaşanan tüm ruhsal travmaların fiziksel sağlık ve ruh sağlığı üzerinde uzun süreli etkileri bulunmaktadır (Silverman vd., 1996). Yetişkinlikte kronik hastalıklar, sağlık durumunda kötüleşme, sağlığı sürdürme ve koruma davranışlarında azalma ve ölüm oranlarının artışı çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkilendirilmektedir (Farley vd., 2001; Farley ve Keaney, 1997; Felitti vd., 1998). Çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismar yaşıntısı olan kadınların istismara uğramayanlara göre daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir (Farley ve Keaney, 1997). Alanyazında kadın nüfusunun beşte birinin, meme kanseri tedavisi gören kadınların ise yaklaşık yarısının çocukluk çağı travması bildirdiği gösterilmektedir (Kuhlman vd., 2017; Salmon vd., 2006).

Alanyazındaki çalışmalar çocukluk çağı travma yaşıntısı olan bireylerin hastalık gibi zorlayıcı deneyimler ya da travmatik olaylar sırasında önemli ölçüde yorgunluk, depresyon ve stres yaşadığını ifade etmektedir (Janusek vd., 2013). Çocuklukta istismar öyküsü olan kadınların kanser tanısı aldıkları süreçte yüksek düzeyde müdahaleci düşünceler, görüntüler, duygular ve rüyalarının tetiklenebildiği ifade edilmiştir (Andrykowski vd., 2000; Goldsmith vd., 2010). Çocukluk çağı travmalarının kanserle ilgili rahatsız edici, istem dışı düşünceleri artırarak anksiyete ve depresyona neden olduğu ifade edilmektedir (Goldsmith vd., 2010).

Çocukluk çağı istismarlarının kanserle ilişkili stres belirtilerine karşı savunmasızlığa neden olup olmadığıyla ilgili çalışmalar incelendiğinde meme kanseri hastaları ile yapılan bir araştırmada çocukluk çağı istismarının kanser tedavisi sırasında ve sonrasında düşük yaşam kalitesi, şiddetli yorgunluk, depresyon ve stresi öngördüğü belirtilmiştir (Janusek vd., 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise meme kanseri olan kadınlarda çocukluk çağı istismar öyküsünün yaygın olduğu ve radyoterapi sürecinde ruhsal travmaların anlamlı derecede daha yüksek yorgunluk ve depresyon puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Han vd., 2016). Öte yandan çocukluk çağı travması ile meme kanseri ameliyatından sonra hissedilen ağrının şiddeti ve ağrıya müdahale arasında olumlu bir ilişkinin var olduğu bulgulanmıştır (Kanzawa-Lee vd., 2020).

Çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantısı olan bireyler için kanser hastalığı tedavi sürecini zorlaştırabilen başka bir travmatik deneyim olarak yaşanabilmektedir. Çocukluk çağında ruhsal travma yaşamış bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde kanser gibi yeni travmatik deneyimlerle karşılaştığında anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik sorunlar yaşama riskleri artmaktadır (Epping-Jordan vd., 1999; Goldsmith vd., 2010; Green vd., 2000). Kanser hastalarının yaklaşık %33-50'sinin hastalık süresince klinik olarak anlamlı duygusal sıkıntı ya da işlevsel bozulma yaşadığı tahmin edilmektedir (McLean ve Jones, 2007). Guveli vd. (2017) tarafından ülkemizde meme kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travma yaşantısının bireyin kansere gösterdiği tepki ve uyum şekline etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çocukluk çağı travmasının mücadeleci ruhu azaltırken, özellikle çaresizlik/umutsuzluk gibi olumsuz uyum belirtilerini arttırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada kanser hastası katılımcıların yaklaşık yarısının en az bir çocukluk çağı travma yaşantısına sahip olduğu ve en sık rastlanan travma alt türünün fiziksel ihmal olduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise (Kamen vd., 2017) çocukluk çağı travma yaşantısı olan kanser hastalarının sabah saatlerinde kortizol düzeylerinin travma yaşamamış olanlara göre önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Travma grubundaki bireylerin zayıf bilişsel işlevsellik puanları ile yüksek kortizol seviyeleri anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin yaşam boyu kortizol seviyesi ve algılanan bilişsel zorluklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Kamen vd., 2017).

Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte psikolojik güçlük yaşamayla ilişkisini inceleyen araştırmalar istismar öyküsünün stres karşısında uyumsuz başa çıkma becerilerinin oluşmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Bremner vd., 1993; Leitenberg vd., 2004). Çocukluk çağı ihmal ve istismar alt türleri arasında duygusal istismarın ileriki yaşlarda yaşanabilecek psikolojik zorluklarla daha fazla ilişkili olduğu saptanmıştır (Gibb vd., 2007; Han vd., 2016). Kanser tanısı ile birlikte hastaların önceki travma deneyimleriyle tutarlı olan olumsuz biliş ve duygularının tetiklendiği düşünülmektedir (Goldsmith vd., 2010). Bu doğrultuda çocukluk çağı travmasının kanser hastalarında bilişsel işlevsellikte önemli rol oynadığı görülmektedir. Tedaviye ve müdahale yaklaşımlarına yönelik adımlar geliştirirken diğer etkenlerin yanı sıra çocukluk çağı travmalarının ve bu travmaların yol açtığı bilişsel işlevsellik güçlüklerinin de dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir (Kamen vd., 2017).

Çocukluk çağı travmaları yaşam becerilerinde de olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu olumsuzluklardan biri de etkin olmayan başa çıkma yöntemlerinden biri olan KZVD olmaktadır (Connors, 1996). Çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasındaki ilişki bundan sonraki bölümde aktarılacaktır.

1.3.8. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Çocukluk döneminde yaşanan travmaların yetişkinlik döneminde de bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli izler bıraktığı bilinmektedir (Mullen vd., 1996). Çocuklukta kötü muamele yaşantıları ruh ve beden sağlığı üzerinde yaşam boyu sürecek olumsuz etkilere neden olmaktadır. Alkol ya da madde kötüye kullanımı, depresyon ve beslenme sorunları gibi çeşitli sorunların yanı sıra KZVD için de risk oluşturmaktadır (Fox vd., 2015). Çocukluk çağı travmasının KZVD gösteren bireylerde göstermeyenlere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Idig- Camuroglu ve Gölge, 2018; Saçarçelik vd., 2011; Zoroğlu vd., 2001).

İhmal ve istismar yaşantısı olan bireylerin herhangi bir yardım almadığı takdirde düşük benlik saygısı geliştirmesi ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler yaşaması olası görülmektedir (Bahar vd., 2009). Erken dönemde yaşanan ruhsal travmalar ve destekleyici aile ortamından yoksun olmak ilerleyen yaşlarda depresyon gibi birtakım ruhsal bozuklukların temelini oluşturmaktadır (Arslan, 2016; Harris ve Curtin, 2002).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler çocuğun fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişiminde birtakım olumsuzluklara neden olmaktadır. İhmal ve istismar çocuğun yaşadığı dünyayı güvenilmez bir yer olarak algılayarak savunmasız hissetmesine neden olmaktadır. Favazza ve Conterio (1989) kendine zarar veren bireylerin çoğunun mutsuz bir çocukluk geçirdiğini ve fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsüne sahip olduklarını ifade etmiştir. KZVD ve özkıyım girişiminin istismar yaşantısı olan bireylerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (Fink vd., 1995). Van der Kolk'a (1989) göre çocukluk döneminde istismara maruz kalan birey kendini rahatlatmak ve psikolojik dengesini koruyabilmek için kendine zarar vermekte ve bedensel acı ile birlikte rahatlama ve normale dönüşü sağlamaktadır. KZVD çocukluk çağı travmayasantılarıyla baş edebilmek için başvurulan bir mekanizma olarak nitelendirilmektedir (Connors, 1996). Bu bireylerde KZVD'nin baş edilemeyen kaygının bedensel acı ile yer değiştirerek azaltılması amacı ile gerçekleştirildiği düşünülmektedir (Klonsky, 2007; Nock, 2010). Kendini cezalandırmak ya da duygusal sıkıntıların yoğunluğunu kontrol etmek için bireyin KZVD'ye başvurduğu düşünülmektedir (Klonsky, 2011; Skegg, 2005).

Ülkemizde Zoroğlu vd. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinde KZVD'de bulunanların diğerlerine göre daha çok istismar öyküsüne sahip olduğu tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada (Aral ve Gürsoy, 2001) çocukluk çağında ihmal ve istismar yaşantısının zihinsel ve davranışsal bozukluklar, madde bağımlılığı ve agresif tutumlar geliştirmeye karşı yüksek risk oluşturduğu saptanmıştır.

KZV ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki birçok çalışma tarafından ortaya konmuştur. Zoroğlu vd. (2001) tarafından ergenlerde çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantıları, KZVD, özkıyım girişimi ve dissosiatif yaşantıların sıklığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada her üç ergenden birinin çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantısına sahip olduğu, her beş ergenden birinin ise KZVD gösterdiğı saptanmıştır. Bu çalışmaya göre KZVD ile çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantıları, özkıyım girişimleri ve dissosiasyon arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Zoroğlu vd., 2001). Bunun yanı sıra ruhsal travmalara bağılı olarak meydana geldiğı düşünölen KZVD hayvanlarda da gözlemlenmiştir. Anne bakımından uzak büyütölen ve yaşam alanları kısıtlanan rhesus maymunlarının kafalarını sert yerlere vurma gibi davranışlar gösterdikleri belirtilmiştir. KZVD'nin bakım veren birey ile yaşanan travmatik ilişki sonucunda ortaya çıktığı ve diğeri canlılarda da gözlemlenebilen ilkel bir davranış örüntüsü olduğı ifade edilmektedir (Van der Kolk, 1996; Zoroğlu vd., 2001).

Çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasında en güçlü ilişkiye sahip travma türünün ihmal olduğı belirtilmiştir (Kaess vd., 2013; Van der Kolk vd., 1991). Öte yandan fiziksel ve duygusal istismarın da KZVD ile ilişkili olduğı saptanmıştır (Glassman vd., 2007; Roy, 1978; Titelius vd., 2018). Ülkemizde Aksoy ve Ögel (2003) tarafından yapılan çalışmada kendini kesme davranışı ile istismar yaşantısı arasında ilişki bildirilmiştir. Yargıç vd.'ne (2012) göre çocuklukta yaşanan duygusal istismar özkıyım girişimini etkilerken fiziksel istismar ise KZVD'yi etkilemektedir.

Çocukluk çağı travma türleri arasında cinsel ihmal ve istismar yaşantılarının KZVD ile ilişkili olduğı ve bu yaşantıların KZV'yi yordadığı belirtilmiştir (Demirci, 2018; Glassman vd., 2007). Çocukluk çağında cinsel istismar yaşantısı olan bireyin kendisine yönelik cezalandırma ihtiyacı, olumsuz kendilik algısı, suçluluk, nefret ve utanç duyguları, ihanete uğramış olma ve değersizlik düşünceleri nedeniyle kendine zarar verdiğı düşünülmektedir. Çocuğun sosyal ilişkiler geliştirmesine engel olacak düzeyde baskıcı ve engelleyici ortamlar sosyal yeteneklerin zayıflamasına ve çocukta çaresizlik duygularının artmasına neden olmaktadır. İstismar sonrasında zihinsel etkinliklerde ortaya çıkan bu hisler KZV, özkıyım, depresif duygu durum, sosyal izolasyon, bitkinlik ve halsizlik gibi durumlara neden olmaktadır (Shapiro, 1987). Baral vd. (1996) enسته maruz kalmış 42 yetişkin kadın ile yürüttükleri çalışmada KZVD oranının %33 olduğunu bulmuşlardır. En sık rastlanan KZVD öncelikle baş olmak üzere bedenin çeşitli uzuvlarını sert yerlere vurma olarak saptanmıştır. Öte yandan bu örneklemede özkıyım girişimleri ve yeme bozuklukları ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bir diğeri çalışmada yetişkinlikte özkıyım girişimleri ve KZVD'nin cinsel istismarın bir sonucu olduğı ifade edilmiştir (Cankaya vd., 2012; Maniglio, 2011; Nock ve

Kessler, 2006). Baral vd. (1996) tarafından yetişkin kadınlardan oluşan bir örnekleimde KZVD, özkıyım ve yeme bozukluklarının çocukluk dönemi cinsel istismarı ile ilişkisinin ele alındığı çalışmada özkıyım girişimi ile KZVD arasında ve KZVD ile cinsel istismar öyküsü arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

KZVD gösteren bireylerde çocukluk ve ergenlik dönemlerinde cinsel istismar yaşantılarının varlığı bu yaşantıların KZVD'ye yol açabileceğini düşündürse de bu tür olumsuz yaşantılara sahip olan herkesin kendine zarar vermeye başvurmuyor oluşu da önemlidir. Ek olarak, kendine zarar veren bireylerin tümü çocukluk çağında ihmal ve istismar yaşantısına da sahip değildir. Titelius vd. (2018) cinsel istismar ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtirken ve Klonsky ve Moyer'in (2008) birden çok araştırmayı inceledikleri çalışmalarında cinsel istismar ile KZVD arasında zayıf bir bağlantı olduğunu bildirmişlerdir. Liu vd.'nin (2018) çalışmasında ise çocukluk çağı ihmali ve KZVD arasında güçlü bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Çocukluk çağı travma yaşantıları olan tüm bireylerin KZVD'ye başvurmuyor oluşu bu ilişkide birtakım değişkenlerin olumlu ya da olumsuz yönde etkili olabileceğini göstermektedir. Bundan sonraki bölümde bu ilişkide etkisi olabileceği düşünülen bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek değişkenlerinden bahsedilecektir.

1.4. Bilişsel Esneklik

İnsan yaşamı çoğu zaman öngörülemeyen çeşitli zorluklar içermektedir. Alışık olunan yaşam değişikliğe uğradığında ve beklenmedik bir durum yaşandığında belirsiz bir durum meydana gelir ve bu belirsizlik bireyde strese neden olmaktadır (Çuhadaroglu, 2013). Bireyin strese yol açan bu güçlüklerin üstesinden gelebilmesi için duygusal, davranışsal ve bilişsel olmak üzere çeşitli yeteneklere sahip olması beklenmektedir. Canas vd.'ne (2006) göre bilişsel esneklik bireyin bilgi işleme yöntemlerini çevresindeki yeni ve beklenmedik durumlara göre düzenleme yeteneğidir. Güçlük yaşanan konularda esnek bir yaklaşım geliştiren ve farklı seçenekleri olduğuna inanan birey yaşamın getirdiği zorluklara karşı daha dirençli olurken, sorunlara aynı yöntemle yaklaşma konusunda ısrarcı ve farklı çözüm yöntemleri fikrine kapalı olan birey ise yaşamın akışına uyum sağlayamamaktadır (Toksöz ve Kolburan, 2018). Zorlayıcı bir durum karşısında davranışa geçmeden önce yalnızca en doğru seçeneğin değil tüm olası seçeneklerin fark edilmesi için gerekli olan bu beceri bilişsel esneklik olarak ifade edilmektedir (Martin ve Anderson, 1998). Bu anlamda bilişsel esneklik güçlüklerle baş edebilme ve yaşama uyum sağlama noktasında önemli becerilerden biri olmaktadır.

Psikolojide bilişlere verilen önem Yunan filozof Epiktetos'un "bizi üzen şeyin yaşadığımız olaylar değil onlara atfettiğimiz anlamlar" olduğunu vurgulamasına kadar dayanmaktadır (Türkçapar, 2018). Bilişsel esneklik arttıkça zorlayıcı yaşamsal deneyimlere yüklenen anlam daha esnek olma eğilimindedir (Öztürk, 2013). Bilişsel esnekliğin yüksek olması kişiler arası iletişimin niteliği için gerekli olmaktadır. Bilişsel olarak esnek bireylerin esnek olmayanlara kıyasla daha atılgan, çevresine duyarlı ve çatışmalara karşı toleranslı, saldırganlığa daha az başvuran ve iletişim becerilerine güvenen bireyler olduğu saptanmıştır (Martin ve Anderson, 1998; Martin ve Rubin, 1995). Bilişsel esneklik yaşamsal güçlükleri kontrol edilebilir olarak algılama; meydana gelen durumların ve davranışlar karışında farklı alternatiflere sahip olunabileceğini düşünme ve bu durumları çözebilmek için çok sayıda yöntem üretebilme şeklinde üç biçimde ifade edilmektedir (Dennis ve Van der Wal, 2010). Martin ve Anderson (1998) bireyin yeni koşullara uyum sağlama ve esnekliğe dair isteğinin olması ve esneyebilme yeterliğine sahip olduğuna dair bir inancının bulunması şeklinde yaptıkları tanım ile bilişsel esneklik kavramının isteğe ve inanca dayalı unsurlarının altını çizmişlerdir.

Bilişsel olarak esnek bireylerin yaşamsal değişikliklere uyum sağlayabilme özelliğine sahip olduğu ifade edilmiştir (Martin ve Rubin, 1995). Bu bireyler daha önceki koşullarda etkili olan fakat yeni şartlar altında etkisiz olduğunu fark ettikleri yöntemleri ısrarla tekrarlamak yerine yeni yöntemlere başvurarak sorunu çözmeye odaklıdır (Canas vd., 2003). Gülüm ve Dağ (2012) bilişsel olarak esnek bireylerin güçlükler karşısında tüm seçenekleri değerlendirerek zor durumlara daha rahat uyum sağladığını ve güçlüklerin üstesinden gelebildiğini belirtmektedirler. Bu beceri sayesinde bireyler zorlandıkları düşünce şekillerini daha uyumlu düşüncelerle değiştirip yeni çözümler üretmekte ve durumları daha başa çıkılabilir algılayarak zorlukları bir gelişim fırsatı olarak değerlendirmektedir (Toksöz, 2018). Bilişsel esnekliğin problem odaklı başa çıkma becerileri (Johnson, 2016), özyeterlik (Kiran-Esen vd., 2017), akılcı olmayan inanışlar ve psikolojik belirtilerle (Gündüz, 2013) ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca alanyazında bilişsel olarak esnek olan bireylerin uyumlu (Öz, 2012), öfke ve saldırganlığa başvurma oranı düşük (Diril, 2011), tolerans düzeyi yüksek (Martin ve Anderson, 1998) ve değişikliklere açık (Toksöz ve Kolburan, 2018) olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Öte yandan yaşamsal değişikliklere uyum sağlamada güçlük yaşama beraberinde çeşitli psikolojik sorunları getirebilmektedir. Bilişsel açıdan esnek bireylerin yaşamsal güçlükler karşısında kolaylıkla uyumlanabilmeleri olası iken esnekliği düşük bireylerin uç tepkilere daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Dennis ve Van der Wal, 2010). Yüksek düzeyde

bilişsel esneklik psikolojik iyi oluş ile ilişkili iken bilişsel katılığın birçok psikopatoloji ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Johnson, 2016). Psikolojik bozuklukların temelinde ruhsal durumu ve davranışları etkileyen çarpıtılmış ve işlevsel olmayan düşünceler yatmaktadır (Beck, 1995). Beck'e göre olayların bilişsel düzeyde anlamlandırılması iki düzeyde oluşmaktadır. Olayın nesnel, herkesçe kabul gören anlamı birinci katmanı oluştururken ikinci katmanda bireye özgü anlam yer almaktadır. Bireye özgü anlam yanlışlıklar, çarpıtmalar ve işlevsel olmayan düşünceler ile birlikte bireyin kendi yorumlamalarını, değerlendirmelerini ve çıkarımlarını içermektedir (Türkçapar, 2018). Olumsuz bilişlerin genelleştirilmesinin ve bu bilişlerin katı ve değişime dirençli nitelikte olmasının psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir (Beck, 2001). Bireyin düşünceleri katılaştıkça ara inançlar, temel inançlar, otomatik düşünceler ve şemalar gibi uyumsuz bilişsel yapılar oluşmaktadır (Beck, 1995). İşlevsel olmayan bu yapılar düşünceler ve davranışlar üzerinde etkili olmaktadır. İki uçlu “ya hep ya hiç” şeklinde düşünme, olayları aşırı genelleme, keyfi çıkarım yapma ve seçici soyutlama gibi bilişsel çarpıtmaların oluşmasında düşük bilişsel esnekliğin varlığından bahsedilmektedir (Beck, 1995). Bu bilişsel çarpıtmalar ile birlikte bilişsel katılığın depresyonun oluşmasına zemin hazırladığı ifade edilmektedir (Young vd., 2011). Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde, düşük bilişsel esneklik düzeyi ile depresyon ve anksiyete arasında ilişkinin saptandığı görülmektedir (Deveney ve Deldin, 2006; Yu vd., 2020). Ülkemizde de Dağ ve Gülüm (2013) tarafından yapılan bir çalışmada bilişsel esnekliğin sosyal kaygı bozukluğu, OKB ve depresyonu yordadığı saptanmıştır. Aynı zamanda OKB ve anoreksiya nervoza gibi obsesif özelliklerin olduğu hastalarda da bilişsel katılığın etkisi görülmüştür (Chamberlain vd., 2006; Fontenelle vd., 2001; Francazio ve Flessner, 2015; Lounes vd., 2011;). Alanyazında travma mağduru kadınlarla yürütülen bir çalışmada azalan bilişsel esneklik düzeyinin kaçınma tepkisine başvurmayı arttırdığı ve daha fazla kontrol etme ihtiyacına neden olduğu ifade edilmiştir (Palm ve Follette, 2011). Öte yandan bilişsel esnekliğin TSSB ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (Ben-Zion vd., 2018).

Zorlayıcı yaşam olayları karşısında bireyin vereceği tepki bilişsel esneklikten etkilenmektedir. Bu yaşam olaylarının yarattığı stres karşısında etkili baş etme yöntemine başvuramayan bireyler için kimi zaman tek seçenek özkıyım ve KZV ile ilgili düşünceler olmaktadır (Stoney vd., 1996). Bilişsel esnekliğin arttığı durumlarda ise birey alternatif seçenekleri görmeye ve çözüm üretmeye daha hazır olacağından bireyin özkıyım eğiliminin azalacağı ve yaşam doyumunun artacağı düşünülmektedir (Park ve Ammerman, 2023). Psikolojik sağlığın temel unsurlarından biri olan bilişsel esnekliğin incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bundan sonraki bölümde bireyin alışık olduğu yaşamsal koşullarında önemli değişikliklere neden olan kanser ile bilişsel esneklik ilişkisine değinilecektir.

1.4.1. Bilişsel Esneklik ve Kanser

Bilişsel esneklik zor durumları yönetebilme ve zor durumlar için birden fazla çözüm üretme becerisi anlamına gelmektedir. Kronik hastalıklar günlük yaşam aktivitelerini sekteye uğratar ve bireye yaşamının kontrolünü kaybettiğini hissettirebilir. Kanser hastalığı sürecinde değişen yaşam koşulları ve tedavi uygulamalarına yönelik başa çıkma becerilerini gerektiğinde yeni yöntemlerle değiştirebilme becerisi için yüksek bilişsel esneklik gerektiği düşünülmektedir (Aghajani vd., 2021).

Kanser hastalarında duygu düzenleme stratejileri, bilişsel esneklik ve bilinçli farkındalığa dayalı olarak psikolojik iyi oluşun incelendiği bir çalışmada (Karbalaie vd., 2021) bilişsel esneklik ile psikolojik iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kanser hastalarının ruh sağlığı ve dayanıklılığı üzerinde psikolojik iyi oluşun önemi üzerinde durulmuş ve tedavi planına bilişsel esnekliğin dahil edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Kanser hastalığı tedavi sürecinde ağrı düzeyi ve yaşanabilecek ağrı türlerini öngörmede de bilişsel esneklik önemli bir rol oynamaktadır (Aghayousefi vd., 2017). Öte yandan kronik ağrıya maruz kalmak ve yüksek ağrı kaygısı bilişsel esnekliğe zarar vermekte ve hastalığın gidişini olumsuz etkileyebilmektedir (Gómez Penedo vd., 2020). Düşük bilişsel esneklik ile kronik fiziksel ağrının bir arada olması bireyde derin düşünceler, stres ve etkisiz başa çıkma stratejilerine yol açmaktadır (Shapiro vd., 2006). Bunun yanı sıra kanser hastalarında ağrı anksiyetesi belirtilerine ve bilişsel esnekliğe bağlı olarak ağrıyı felaketleştirme (katastrofikleştirme) üzerine yapılan bir çalışmada (Raiisi vd., 2022) felaketleştirme ile bilişsel esneklik arasında olumsuz bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca bireyin kaygı belirtileri ve bilişsel esneklik düzeyine bağlı olarak felaketleştirme düzeyi öngörülelebilmektedir (Raiisi vd., 2022). Bu bilgiler doğrultusunda kanser hastalarında düşük bilişsel esnekliğin hastalığın getirdiği yaşamsal değişiklikleri kabul etmede ve zorlukların üstesinden gelmede güçlüğü neden olduğu düşünülmektedir (Asnaashari ve Ghasemi, 2014).

Bu bilgiler doğrultusunda bilişsel esnekliğin değişen yaşam koşullarının üstesinden gelmede etkisi olduğu görülmektedir. Bundan sonraki bölümde çalışmanın diğer bir değişkeni olan psikolojik dayanıklılık kavramından söz edilecek ve psikolojik dayanıklılığın kanser ile olan ilişkisine değinilecektir.

1.5. Psikolojik Dayanıklılık

Latince “resilire” kökünden türeyen “resilience” kavramı elastik olmak, esneyebilmek anlamına gelmektedir. Hastalık, depresyon ya da zorlu yaşam olaylarının ardından hızla iyileşme, kendini toparlayarak eski haline kolayca dönebilme becerisi ve bu olaylarla başa çıkma yeteneği elastikiyet olarak tanımlanmıştır (Rutter, 1985; Earvolino-Ramirez, 2007). The American Heritage sözlüğü “resilience” kavramını “değişim, hastalık ve kötü kaderden hızlıca kurtulma, iyileşme” şeklinde tanımlamaktadır (The American Heritage Dictionary, 2022). Psikolojik dayanıklılık olarak dilimize çevrilen “resilience” terimini alanyazında ilk kez Rutter (1985) kullanmıştır. Ülkemiz alanyazınında ise “resilience” teriminin karşılığı olarak psikolojik dayanıklılık, psikolojik sağlamlık, toparlanma gücü ve yılmazlık gibi çeşitli kavramlar kullanılmış olsa da son dönemde en uygun karşılığın “psikolojik dayanıklılık” olduğu konusunda ortak bir görüş olduğu görülmektedir (Basım ve Çetin, 2011). Buna ek olarak, son yıllarda dikkat çeken bir kavram olmasına karşın tüm dünyada kabul edilen ortak bir psikolojik dayanıklılık kuramı ve tanımı henüz mevcut değildir (Kararımak, 2006).

Psikolojik dayanıklılık kavramı yaşama uyum sağlama becerisini belirtmektedir. Zor koşullara rağmen olumsuzlukların üstesinden gelebilme, mücadele etme ve değişikliklere uyum sağlayabilme yeteneğidir. Klohn (1996) psikolojik dayanıklılık kavramını stres kaynaklarına karşı esneyebilme ve uyum sağlayabilme kapasitesi olarak açıklamaktadır. Kobasa (1979) zor koşullara maruz kalmaya rağmen yaşamın işleyişine uyum sağlayabilme özelliği şeklinde tanımladığı psikolojik dayanıklılığı bireyin yaşamının kontrolünün elinde bulunduğu inanması, yaşamın getirdiği değişimlere hazır olması ve kendini yaptığı işe tam anlamıyla vermesi olarak açıklamaktadır.

Psikolojik dayanıklılık kavramı alanyazında çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşanan olumsuz yaşam olayıyla bağlantılı olarak incelenmeye başlanmış ve “yenilmez” ve “sağlam çocuk” kavramları ile yer almıştır (Luthar ve Zigler, 1991). Esneklik kavramının araştırılması olumsuz yaşam koşullarına karşı savunmasız görünen çocukların incelenmesine dayanmaktadır (Earvolino-Ramirez, 2007). Olumsuz koşullara rağmen bazı çocuk ve ergenlerin akademik olarak başarılı olabildikleri ve sağlıklı gelişim gösterdikleri gözlemlenmiştir. Önceki yıllarda bu özelliğin doğuştan gelen bir özellik ya da başa çıkma yöntemi olduğu düşünülmekteyken Rutter (2006) karşılaşılan zorluklar sonucunda psikolojik dayanıklılığın gelişebildiğini ifade etmiştir. Ebeveyn kaybı yaşamış çocuklarla yapılan bir çalışmada bazı çocukların evlat edinilme sürecine yüksek uyum gösterdiği, yoksulluk ve ruh sağlığı bozuk ebeveynle sahip olma gibi olumsuz koşullara rağmen okul başarısı ve ruh

sağlığında bozulma görülmediği ve toparlanma ve iyileşme süresinin diğer çocuklara göre kısa sürebildiği fark edilmiştir (Masten ve Gewirtz, 2006). Garmezy ve Streitman (1974) ebeveynleri şizofreni tanısı alan çocukların ilerleyen dönemde uyum bozukluğu sergilemediklerini ve iyi sosyal becerilere sahip ve yakın ilişkiler kurabilen bireyler olduklarını gözlemlemiştir. Olumsuz yaşam deneyimlerine rağmen tahmin edilenin aksine bu bireylerin yaşamla uyum içinde olması ve sağlıklı gelişim gösterebilmesi araştırmacıların dikkatini çekmiş ve psikolojik dayanıklılık kavramının incelenmesine zemin hazırlamıştır.

Psikolojik dayanıklılık çalışmalarının ortak noktalarının başında psikolojik dayanıklılık becerisinin değiştirilebilir ve geliştirilebilir olması, yaşam olaylarına sağlıklı uyum gösterebilmeyi içermesi, ön koşul olarak bireyin zorlu durumlar ile karşı karşıya kalması, bireyin gelişen durum karşısında başarı elde etmesi ve bireylerin kişilik özellikleri gibi bazı koruyucu etkenlere sahip olması gelmektedir (Gizir, 2007; Sevim, 2018). Psikolojik dayanıklılık değişmez bir özellik olmaktan çok risk etkenleri ve koruyucu etkenlerin etkisiyle gelişime açık ve dinamik bir süreçtir (Luthar vd., 2000). Risk etkenleri bir sorunun oluşumu, devam etme süreci ya da sorunun daha da kötüleşmesi ihtimalini artıran durumlar olarak tanımlanır ve psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi için bir ön koşuldur. Yaşam boyu karşılaşılabilecek tüm olumsuz yaşam deneyimleri psikolojik dayanıklılığın oluşumunda risk etkenleri olarak tanımlanmakta ve bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç başlıkta toplanmaktadır (Gizir, 2007; Kararımak, 2006; Öz ve Yılmaz, 2009). Bireysel risk etkenleri gebelikte alkol ve madde kullanımı, erken yaşta gebelik, erken doğum, hastalık öyküsü, düşük zeka düzeyi, kaygılı mizaca sahip olma, etkili baş etme mekanizmalarına sahip olmama, agresif kişilik yapısı ve düşük benlik saygısı olabilmektedir. Ailesel risk etkenleri ise kalabalık bir ailede büyüme, çocuklar arasındaki sürenin iki yıldan az olması, herhangi bir kronik ya da ruhsal hastalığı olan, ebeveynin madde bağımlılığı ya da suç geçmişinin olması, evlat edinilmiş olma, tek ebeveyn ile büyüme, tutarsız ya da sert disiplin anlayışı, aile içi şiddet, ihmal ve istismar gibi etkenlerdir. Çevresel risk etkenlerinin ise sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı olma, ihmal ve istismar, beslenme koşullarının yetersizliği, olumsuz akran desteği, madde kullanımı ve toplumsal şiddet olduğu ifade edilmektedir (Gizir, 2004; Hetherington ve Stanley-Hagan, 1999; Jenson ve Fraser, 2006; Luthar ve Zigler, 1991). Bu risk etkenlerinin sayısı ve maruz kalma süresi arttıkça yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte ve bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyi azalmaktadır (Kararımak, 2006; Öz ve Yılmaz, 2009).

Öte yandan yaşamda maruz kalınan zorluklarla baş edebilme ve risklerin olumsuz etkilerinin azaltılmasında ise koruyucu etkenler önem taşımaktadır. Yaşamsal zorluklar

karşısında kötü koşulların olumsuz etkilerini azaltan etkenler koruyucu etkenler olarak ifade edilmektedir. Psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi için bir risk durumuyla karşılaşılması ve bu durumların etkisini azaltacak koruyucu etkenlerin uygun şekilde kullanılabilmesi gerekmektedir. Rutter (1985) psikolojik dayanıklılık araştırmalarında bu etkenlerin önemine değinmiştir. Risk etkenlerinden herhangi biri çocuğun sağlıklı gelişimine katkıda bulunacak ve dayanıklılık düzeyini artıracak şekilde olumlu bir yapıya dönüştüğünde bu kez koruyucu etken olarak işlev görmektedir. Örneğin kalabalık bir aileye sahip olma yeterli sosyal desteğin sağlanabildiği koşullarda koruyucu etken görevi görebilmektedir. Ülkemizde sokakta çalıştırılan ve yaşayan çocuklarla yapılan bir çalışmada (Eminağaoğlu, 2006) güçlü arkadaşlık ilişkileri ve duygusal bağın psikolojik dayanıklılık için koruyucu etken olabildiği saptanmıştır. Koruyucu etkenler bireyin dayanıklılığını artırmanın yanı sıra gelecekte yaşanabilecek olumsuzluklara karşı önlem olma potansiyeli taşımaktadır. Johnson ve Wiechelt (2004) koruyucu etkenlerin bağlamsal, durumsal ve bireysel farklılıklar taşıdığını ve herkeste aynı etkiye yol açmayabileceğini ifade etmektedir. Öte yandan bir durumda sağlıklı sonuçlara yol açan koruyucu etkenlerin aynı birey için her durumda sağlıklı sonuçlar doğuracağından da emin olunamamaktadır. Koruyucu etkenler de risk etkenleri gibi bireysel özellikler, ailesel ve çevresel etkenler olarak üç başlıkta toplanmaktadır (Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009). Bireysel koruyucu etkenler sakin ruh hali, uyumlu ve olumlu olma, dışa dönük mizaç, mizah anlayışı, özgüven, iyimserlik, bilişsel beceriler ve etkili sorun çözme becerilerine sahip olma gibi birçok özelliği içermektedir (Gizir, 2007; Hornor, 2017; Öz ve Yılmaz, 2009). Ailesel koruyucu etkenler ise anne ile ilişkinin kalitesi, aileyle birlikte yaşama, ailede duygusal yakınlık ve destek, ebeveynlerin eğitim düzeyi iken çevresel koruyucu etkenler akran ilişkileri, toplumsal destek ve olumlu bir rol modelin bulunmasıdır (Hornor, 2017; Öz ve Yılmaz, 2009).

Bu bilgilere ek olarak psikolojik dayanıklılık ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde alanyazında konu ile ilgili fikir birliğine varılamadığı görülmektedir. Kimi araştırmalarda erkeklerin dayanıklılık puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuşken (Dane ve Olgun, 2016; Erdoğan, 2015; Sürücü ve Bacanlı, 2010) kimi araştırmalarda ise kadınların daha yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu saptanmıştır (Güngörmüş vd., 2015; Tümlü ve Recepoğlu, 2013). Öte yandan alanyazında psikolojik dayanıklılık ile yaş değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde de tutarlı bir sonuçtan bahsetmek mümkün olmamakla birlikte, Tümlü ve Recepoğlu'nun (2013) çalışmasında 51 yaş üstü grubun daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olduğu görülmüş ve bu sonucun yılların getirdiği deneyim ve tecrübe sayesinde oluştuğu düşünülmüştür.

Psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi için risk durumuyla karşılaşılması gerekmektedir (Rutter, 1985). Önemli yaşamsal stres kaynaklarından biri olan kanser ve psikolojik dayanıklılık ilişkisine bundan sonraki bölümde değinilecektir.

1.5.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Kanser

Kronik hastalıklar bireyde ciddi fiziksel, duygusal ve psikolojik etki bırakan, yoğun strese neden olan ve yaşam boyu takip gerektiren durumlardır. Bireyin yaşamında köklü değişimlere neden olan, işlevsel, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyo-ekonomik yönden ciddi olumsuz etkileri olan kronik hastalıkların başında kanser gelmektedir. Kanser tanısı alan bireyler çok yönlü olumsuz etkiler, stres ve yaşam kalitesinde azalma ile mücadele etmek durumunda kalırlar (Rowland ve Baker, 2005). Tüm bunlar bireyin günlük yaşamında ve ruhsal dengesinde birtakım bozulmalar meydana getirebilmektedir. Bedensel ağrılar ve yan etkiler ile birlikte bireyde kaygı, umutsuzluk, çaresizlik ve terk edilme korkusu gibi duygular ortaya çıkabilmektedir. Tıpkı yaşamsal diğer zorluklarda olduğu gibi kronik hastalıklarda da bireylerin etkilene düzeyleri farklılaşmaktadır. Koruyucu etkenler, kişilik özellikleri, hastalığa ilişkin deneyimler ve sosyal desteğe sahip olma gibi değişken durumlar tanı ve tedavi sürecinde uyumu etkileyen nedenlerdendir (Andrykowski ve Manne, 2006).

Psikolojik dayanıklılık kaza, hastalık gibi olumsuz yaşamsal olayların ardından uyumun artmasını sağlamaktadır. Travmatik yaşantıların üstesinden gelebilme, zorluklar karşısında kendini toparlayabilme ve stresi yönetebilmeyi kolaylaştırmaktadır. Bunun yanı sıra psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler olumsuzluklar karşısında duygularının ve davranışlarının sorumluluklarını alan bireylerdir. Kronik hastalık ve psikolojik dayanıklılık ilişkisinin incelendiği bir çalışmada (Luthar vd., 2000) dayanıklılık puanının artmasıyla bireylerin zihinlerini aktif tutmaya önem verdikleri, geleceğe odaklı ve iyi hissettirecek etkinlikler ile işlevselliklerini korudukları görülmüştür. Psikolojik anlamda esneyebilen ve etkin baş etme mekanizmalarına sahip olan bireyler hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmekte ve yaşam kalitelerini koruyabilmektedir. Ülkemizde meme kanseri olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada (Büyükaşık-Çolak vd., 2012) psikolojik dayanıklılığa sahip olmanın çözüm odaklı baş etme yöntemlerini kullanmayı arttırdığı ve travma sonrası büyüme olarak ifade edilen ruhsal gelişim sürecine katkı sağladığı belirtilmiştir.

Alanyazında psikolojik dayanıklılığın stresle ilişkisinin incelendiği çeşitli çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın artması ve etkin baş etme stratejilerinin kullanılmasının stres belirtilerini azalttığı görülmüştür (Kobasa ve Puccetti, 1983; Wiebe, 1991; Williams vd., 1992). Psikolojik dayanıklılığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı baş etme yollarını

kullanırken psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük olan bireylerin ise kaçınma ve inkâr etme baş etme yöntemlerini kullandığı belirtilmiştir (Nowack, 1989; Williams vd., 1992). Ülkemizde Aşut (2020) tarafından kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olanların etkin problem çözme becerilerine sahip, stres ile daha kolay baş edebilen, yaşamlarının kontrolünün kendilerinde bulunduğu inanan ve içinden geçtikleri zorlu süreci becerilerinin değerlendirildiği bir fırsat olarak değerlendirdiği görülmüştür. Crowley (1997) yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin olumlu bilişsel yaklaşım ve sağlıklı başa çıkma yolları sayesinde stresli durumların etkisini kontrol edebildiklerini ifade etmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda kanser hastalarının tedavi sürecine uyum gösterebilme, fiziksel ve psikolojik belirtilerini yönetebilme ve sürecin getirdiği belirsizliklerle baş edebilmelerinde psikolojik dayanıklılık önem taşımaktadır.

Alanyazında psikolojik dayanıklılık ile ilgili çalışmaların giderek arttığı görülmektedir. Bu çalışmalarda psikolojik sağlamlığın sonuç, aracı ve düzenleyici değişken olarak çeşitli şekillerde ele alındığı görülmektedir (Bayar ve Doğan, 2024). Örneğin çocukluk çağı travmaları sonrası psikolojik dayanıklılığa etki eden değişkenlerin incelendiği bir derleme çalışmasında algılanan sosyal desteğin psikolojik dayanıklılık için koruyucu role sahip olduğundan bahsedilmektedir (Bayar ve Doğan, 2024). Psikolojik dayanıklılık gibi sosyal desteğin de bireyin ruh sağlığı üzerinde önemli etkileri olduğu görüldüğünden ilerleyen bölümde sosyal destek ve algılanan sosyal destek kavramlarından bahsedilecek ve kanser ile ilişkisine değinilecektir.

1.6. Sosyal Destek

Bireyin temel sosyal ihtiyaçlarının çevresindeki diğer bireyler aracılığıyla karşılanması sosyal destek olarak tanımlanmaktadır (Kaplan vd., 1977). Aile üyeleri ya da arkadaşlar gibi çevresel kaynaklardan sağlanan her türlü davranış sosyal destek olarak nitelendirilmektedir. Profesyonel kuruluşlardan alınan resmi hizmetler ya da sosyal kulüpler, dernekler gibi topluluklardan alınan hizmetler de sosyal destek olarak sayılmaktadır. Stresin zararlı etkileriyle baş edebilme gücü ve psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle bu kavram birçok araştırmacının dikkatini çekmiştir (Eker ve Arkar, 1995)

Alanyazında sosyal destek ‘alınan (received) sosyal destek’ ve ‘algılanan (perceived) sosyal destek’ olmak üzere iki şekilde incelenmektedir (Kef, 1997; Lazarus, 1990). Bu iki kavram birbirine benzeyen ancak farklı kavramlardır. Alınan sosyal destek kavramı çevreden gelen asıl destek davranışlarının nesnel olarak ölçümünü ifade etmektedir. Bu destek biçimini bireyin öznel değerlendirmesi sonucu algıladığı destekten çok herkesçe gözlenebilir

destekleyici davranışları oluşturmaktadır. Algılanan sosyal destek kavramı ise bireyin ihtiyaçlarının yeterli ölçüde yerine getirilip getirilmediğine ve bu destek kaynakların ulaşılabilirliğine yönelik inancı olarak tanımlanmaktadır (Prociano ve Heller, 1983). Bir bakıma bireyin bu kaynaklardan gelen destekleyici davranışlara yönelik öznel değerlendirmeleri olup sahip olduğu sosyal desteği nasıl algıladığına ilişkin bilgi vermektedir. Sevilme, yardım, korunma, bir sosyal sistemin içine dahil edilme ve bağlı hissetmeye ihtiyaç duyulduğunda uygun kaynakların bulunabileceğine dair inancı olarak ifade edilmektedir (Başer, 2006). Helsen vd. (2000) tarafından 2918 ergen ile yapılan araştırmada aileden ve arkadaşan algılanan sosyal destek düzeylerinin birbirinden bağımsız süreçleri etkilediği sonucuna varılmıştır. Aileden algılanan sosyal desteğin ergenlik dönemi ile birlikte azaldığı, arkadaşan algılanan sosyal desteğin ise arttığı belirtilmiştir. Ancak ergenlik döneminde yaşanan duygusal sorunların daha çok aileden algılanan sosyal destekle ilişkili olduğu saptanmıştır. Algılanan sosyal desteğin fizyolojik ve psikolojik sağlık üzerinde önemli etkilere sahip olduğu belirtilmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

Sosyal destek ve sağlık arasındaki bu ilişki “Temel Etki Modeli” ve “Tampon Etki Modeli” şeklinde açıklanmaktadır. Temel Etki Modeli’ne göre sosyal destek, fiziksel ve psikolojik sağlık ile doğrudan ilişkili olup stresten bağımsız bir biçimde sağlık üzerinde her koşulda etkili olmaktadır. Tampon Etki Modeli’ne göre ise sosyal desteğin varlığı stres verici durumlar ile stres tepkisi arasında bir çeşit tampon görevi görerek stres yaratan durumu ve olası sonuçları yeniden tanımlanabilir hale getirmektedir. Bu sayede bireyin stresle başa çıkma becerileri gelişmektedir. Aynı zamanda bireyin strese yönelik verdiği tepkilerin kontrolünü sağlayarak strese bağlı yaşanabilecek sağlık sorunları arasında da tampon görevi görmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

Alanyazında sosyal desteğin psikolojik sağlığa etkisi hakkında birbiri ile tutarlı çalışmalar olduğu görülmektedir. Birçok araştırma bireyin sahip olduğu sosyal destek mekanizmalarının psikolojik ve sosyal sorunlarının çözümü ve önlenmesi, zorlayıcı yaşamsal olaylarla başa çıkabilmesi konularında önemli bir kaynak olduğunu vurgulamaktadır (Yıldırım, 1997). House (1981) sosyal desteğin fizyolojik ve psikolojik sağlık üzerindeki etkisinden bahsetmektedir. Sosyal destek sayesinde birey çevresi tarafından kabul gördüğünü ve değerli olduğunu hissetmektedir. Sosyal destek yetersiz olduğunda ise birey yalnız ve umutsuz hissedebilmektedir. Sosyal desteğin az olması ya da yetersiz algılanması depresyon için bir risk etkeni iken yüksek olması ya da yüksek olarak algılanması ise koruyucu etken sayılmaktadır (Ünal ve Özcan, 2000).

Kanser ve sosyal destek ilişkisi incelendiğinde kanser hastalarında yüksek sosyal desteğin düşük kaygı ve bunalım düzeyleri ile ilişkili olduğu, ayrıca fiziksel iyileşmeyi artırdığı saptanmıştır (Zakowski vd., 2003). Kanser sürecinde yaşanan acı, bedensel değişimler, belirsizlik ve korkular bu dönemde sosyal desteğe duyulan ihtiyacın artmasına neden olmaktadır. Sosyal destek hastalık sürecinde hastaların tedaviye ve hastalığa uyumunu artıracak önemli bir etken olmaktadır.

Sosyal desteğin yeterli olmaması hastalık süreçlerinin yanı sıra yaşam boyu çeşitli olumsuz durumlara neden olmaktadır. Nock ve Prinstein'in (2004) Sosyal Pekiştirme Modeli'ne göre KZVD kişiler arası ilişkilerin getirdiği bazı talepler ya da sorumluluktan kaçınma ya da onları kontrol edebilme amacıyla bir baş etme becerisi gibi işlev görebilmektedir. Bu sayede birey sosyal çevresi üzerinde bir kontrol elde etmekte, olumsuz bile olsa bir tepki almakta, çevresindeki bireylerin değişmesini sağlamaktadır. KZV yöntemi ile birey yaşadığı sorunları çevresine daha etkili biçimde aktarmış ve çevresinden beklediği tepkiyi alabilmesine imkan sağlamış olmaktadır (Darosh ve Lloyd-Richardson, 2013).

KZVD incelenirken sosyal desteğin önemi birçok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır. Toplumda bir kimlik oluşturma, aileden, arkadaşlardan ve romantik ilişki içinde olunan bireylerden destek almanın ve kabul görmenin kritik öneme sahip olduğu ergenlik ve erken gençlik dönemleri KZVD'nin en sık görüldüğü yaş dönemine denk gelmektedir (Favazza ve Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Klonsky, 2007). Wolff vd. (2014) ergenlik döneminde artan saldırganlık düzeyi ile birlikte ergenlerin reddedilme, sosyal izolasyon ve kötü muamele yaşadığını ve sosyal desteğin azaldığını vurgulamıştır. Bu durum KZVD için bir risk etkeni olmaktadır. Değerli (2015) tarafından ülkemizde 1120 lise öğrencisi ile yapılan bir araştırma sonucunda da benzer şekilde KZVD gösteren ve göstermeyen ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. KZVD gösteren ergenlerin algıladıkları tüm sosyal destek düzeylerinin KZVD göstermeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

1.7. Çalışmanın Amacı

Yukarıdaki bilgilerin ışığı altında KZVD'nin alanyazında yer alması oldukça yakın bir tarihe dayanmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde giderek artan bir sağlık problemi haline gelen KZVD ile ilgili alanyazındaki çalışmaların yeterli olmadığı görülmektedir. Konuya yönelik ilgi giderek artmış olsa da KZVD'yi tüm yönleriyle anlamak için daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travma yaşantıları ile KZVD arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Aynı zamanda bu ilişkide bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek değişkenlerinin aracı rollerinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

Kanser hastalarında KZVD ile çocukluk çağı travma yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi yönüyle bu çalışma alanyazında ilk olma özelliğine sahip olmaktadır. Yukarıda çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkiyi anlatan çeşitli araştırmalardan bahsedilmiştir. Sınırlı bilgiye sahip olunan bu ilişkiyi anlamada hangi değişkenlerin aracılık ettiğini anlamak önem taşımaktadır. Çalışmamızda bu ilişkideki aracı rolleri incelenecek olan bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek değişkenlerinin önceki çalışmalarda incelenmediği görülmektedir. Bu değişkenler ayrı ayrı ve birlikte olarak ilk defa bu çalışmada incelenecektir. Yapılan alanyazın incelemesinde kanser hastalarında sıklıkla görülen KZVD'nin ele alındığı araştırmaların dünya alanyazınında sınırlı sayıda olduğu, ülkemiz alanyazınında ise mevcut olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın özellikle kanser tedavisi gibi zorlu bir süreç sırasında KZVD gibi etkin olmayan baş etme yöntemlerine başvurmaya yatkın olan bireylerin tanınması, davranışa yönelik motivasyonlarının öğrenilmesi ve KZVD'nin önlenmesi açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu anlamda çalışmanın ulusal alanyazında önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, hipotezleri, araştırmanın yürütüldüğü örnekleme ilişkin bilgiler verilecek ve araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bu araçların psikometrik özelliklerine, uygulama ve verilerin analizine ilişkin bilgilere değinilecektir.

2.1. Çalışmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H₁: Kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasında ilişki vardır.

H₂: Kanser hastalarında KZVD puanı sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek düzeydedir.

H₃: Kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır.

H₄: Kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide bilişsel esnekliğin aracı rolü vardır.

H₅: Kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin aracı rolü vardır.

H₆: Kanser tanısı almadan önce KZVD göstermiş olanlar ile kanser tanısı aldıktan sonra KZVD gösterenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₇: Kanser tanısı almadan önce KZVD göstermiş olanlar ile kanser tanısı aldıktan sonra KZVD gösterenlerin bilişsel esneklik düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₈: Kanser tanısı almadan önce KZVD göstermiş olanlar ile kanser tanısı aldıktan sonra KZVD gösterenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri arasında farklılık vardır.

2.2. Katılımcılar

Araştırmanın modeli temel katılımcı grup olan kanser hastalarının çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkinin araştırılması üzerine kurulmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasındaki ilişkinin aracı değişkenleri olarak psikolojik dayanıklılık,

bilişsel esneklik ve algılanan sosyal destek seçilmiştir. Araştırma grubuna dahil olan kanser hastaları tanı almadan önce KZVD gösterenler, tanı aldıktan sonra KZVD gösterenler ve KZVD göstermeyenler olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Araştırma grubuna ait demografik bilgiler cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim süresi, tanı, tanı alma süresi, operasyon geçmişi, özkıyım geçmişi ve psikolojik destek alıp almamak olarak belirlenmiştir. Araştırmanın kontrol grubunda kanser tanısı almamış sağlıklı bireyler bulunmaktadır.

18 yaşından büyük olma çalışmaya dahil edilme ölçütü iken kanser hastalığında terminal dönemde ve soruları cevaplamaya engel olabilecek psikolojik rahatsızlığa sahip olma çalışmadan dışlanma ölçütü olarak belirlenmiştir. Ek olarak sosyodemografik bilgi formunda yer alan kronik hastalıklar bilgisinde ifade edilen ve fiziksel görünümünden de anlaşılabilecek TTM ve Deri Yolma Bozukluğu'na sahip bireyler araştırmanın dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya 57'si yaşamlarının tanı almadan önceki döneminde KZVD göstermiş, 52'si tanı aldıktan sonraki dönemde KZVD göstermiş, 80'i yaşamları boyunca KZVD göstermemiş toplam 189 kanser hastası katılmıştır. Ayrıca çalışmaya 106 sağlıklı birey kontrol grubu olarak alınmıştır.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların ortalama yaşı 42,51'dir. %58,6'sının (n= 173) medeni durumu evli, %28,1'inin (n= 83) bekar, %8,8'inin (n=26) boşanmış ve %4,4'ünün (n= 13) eşini kaybetmiş olduğu görülmüştür. Katılımcıların %64,4'ü (n= 190) çocuk sahibi olduğunu ve %35,6'sı (n= 105) ise çocuk sahibi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların gruplarına göre diğer sosyodemografik bilgileri Çizelge 2.1.'de verilmiştir.

Çizelge 2. 1. Katılımcılara ait sosyodemografik bulgular

Değişkenler		Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4
Katılımcı	n	57	52	80	106
	ort.	51,54	38,92	49,75	39,33
	SS	10,19	10,71	11,76	14,61
Yaş	min.	18	18	20	18
	max.	68	64	78	76
Cinsiyet	kadın (n / %)	42 / %74	41 / %79	68 / %85	66 / %63
	erkek (n / %)	15 / %26	11 / %21	12 / %15	40 / %38
Eğitim süresi (yıl olarak)	ort.	10,51	10,02	8,79	12,75
Çocuk sayısı	ort.	1,23	1,08	1,97	0,9
Tanı almada geçen süre (ay olarak) ort.		16,44	21,81	22,1	0

* Grup 1: Kanser tanı öncesi KZVD gösterenler, Grup 2: Kanser tanı sonrası KZVD gösterenler, Grup 3: Kanser tanısı olan ve KZVD göstermeyenler, Grup 4: Sağlıklı kontrol

Kanser tanısı almış katılımcıların %55'inin (n= 104) meme kanseri, %12,2'sinin (n= 23) akciğer kanseri, %9'unun (n= 17) lenfoma olduğu görülmüştür. Çizelge 2.2.'de katılımcıların kanser türüne göre dağılım bulguları verilmiştir.

Çizelge 2. 2. Kanser türleri dağılımı

Kanser Türleri	n	%
meme	104	55,0
sarkom	1	,5
tiroid	3	1,6
melanom	2	1,1
mesane	1	,5
rektum	1	,5
karaciğer	1	,5
beyin	1	,5
kemik	1	,5
akciğer	23	12,2
lenfoma	17	9,0
kolon	8	4,2
mide	9	4,8
testis	4	2,1
over	7	3,7
rahim	3	1,6
lösemi	3	1,6
Total	189	100,0

Kanser hastalarında KZVD genel özelliklerine bakıldığında yaşamları boyunca en az bir kez KZVD gösteren katılımcıların 83'ünün kadın, 26'sının erkek olduğu görülmüştür. Bu katılımcıların 57'si kanser tanısı almadan önce KZVD göstermiş olup 52'si ise kanser tanısı aldıktan sonra KZVD göstermeyi sürdüren bireylerdir. Katılımcıların %22'si (n= 24) 15 yaşında, %14,7'si (n= 16) 14 yaşında, %13,8'i (n=15) 16 yaşında, %10,1'i (n=11) 13 yaşında ve %8,3'ü (n=9) yaşında ilk kez KZVD gösterdiklerini ifade etmiştir. Katılımcıların %33,9'u (n= 37) davranış esnasında fiziksel acı hissettiğini, %33,9'u (n= 37) davranış esnasında bazen fiziksel acı hissettiğini, %32,1'i (n= 35) ise davranış sırasında fiziksel acı hissetmediğini belirtmiştir. KZVD davranışı gösteren katılımcıların %38,5'i (n= 42) davranışta bulunurken yalnız olduklarını, %45'i (n= 49) davranışta bulunurken bazen yalnız olduklarını, %16,5'i (n= 18) ise davranışta bulunurken yalnız olmadıklarını ifade etmiştir. Çizelge 2.3.'te yaşamları boyunca en az bir kez KZVD göstermiş kanser hastası bireylerin yaş gruplarına göre ilk kez KZVD gösterdikleri yaş ortalaması belirtilmiştir.

Çizelge 2.3. İlk kez KZVD gösterme yaş dağılımı

	Grup	n	Ort.	SS
Kendine İlk Kez Zarar	18-29 Yaş	27	14,52	2,99
Verdiği Yaş	30-39 Yaş	22	16,23	3,22
	40-59 Yaş	53	18,66	7,57
	60+ yas	7	16,43	5,1
	Toplam	109	17,00	6,02

2.3. İşlem

Çalışma için Bursa Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.05.2023 tarih ve 2023-8/4 sayılı etik onay kararı alındıktan sonra uygulama aşamasına geçilmiştir. Çalışmaya 2023 Haziran ve 2024 Mart ayları arasında Bursa ili Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde tedavi gören olan 189 kanser hastası ile 106 sağlıklı yetişkin birey katılmıştır. Çalışmada katılımcılara amaçsal örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Amaçlı örneklem incelenmek istenen olgunun anlaşılmasına yönelik zengin bilgilere erişilmesini ve araştırmanın derinleşmesini sağlamaktadır (Baltacı, 2018).

Çalışmada katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu aracılığı ile araştırmanın genel amacı hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istendiğinde çalışmanın yarıda bırakılabileceği belirtilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların verdiği bilgilerin gizli kalacağı ve sonuçların yalnızca bilimsel amaçlarla toplu şekilde kullanılacağı aktarılmıştır. Araştırmacının bilgileri ile araştırmacıya ulaşılacak mail adresi belirtilmiştir.

Ölçekler hastaların kemoterapi tedavisi sırasında yatar pozisyonda ve damar yolu açık şekilde olması nedeniyle motor becerilerine engel olduğundan araştırmacı tarafından tek tek okunarak doldurulmuştur. Ölçek setleri sırasal etkiyi (Order Effect) azaltabilmek amacıyla karışık sırada hazırlanmıştır. Katılımcıların okunan ölçekleri yanıtlamaları ortalama 40 dakika sürmüştür. Uygulama hastanede Kemoterapi tedavisinin uygulandığı paravanlar aracılığı ile kişisel alanlara ayrılmış bölümde ve araştırmacının görüşme odasında yapılmıştır. Hastanın sağlık durumu dikkate alınarak yaklaşılmış, yoğun duygu durumları nedeniyle ilk kemoterapi günü olan hastalar ile o gün içerisinde uygulama amaçlı görüşme yapılmamıştır. Görüşme sonrasında ihtiyaç duyan ve talep eden bireylere psikolojik destek yönlendirmesi yapılmış, istedikleri takdirde araştırmacı ile görüşme sağlayabilecekleri belirtilmiştir.

2.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki veriler SPSS-27 programı (IBM Corp. Released, 2021) kullanılarak analiz edilmiştir. Basıklık, çarpıklık, normallik ve homojenlik analizleri yapılmıştır. Ölçekler araştırmacı tarafından tek tek okunarak doldurulduğundan kayıp veri oluşmasının önüne geçilmiştir. Kemoterapi süreci nedeniyle araştırmayı tamamlayamayacağını belirten ya da sağlık durumu olumsuz belirti gösteren bireylerin yanıtlama süreci durdurulmuş, bu veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Sosyodemografik veriler için frekans tablosu oluşturulmuştur. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıklarını görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem *t*-testi, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde One-Way ANOVA Analizi uygulanmıştır. Parametrik testler için yeterli gözlem sayısı olmadığında 2 gruplu değişkenler için non-parametrik bir test olan Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için Pearson ve non-parametrik durumlarda ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek üzere doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler Alpha= 0,05 seviyesinde uygulanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık, bilişsel esneklik ve algılanan sosyal destek değişkenlerinin aracı rolünün incelenmesi amacıyla Preachers ve Hayes (2008) tarafından önerilen Bootstrap yöntemi ile aracılık analizi yöntemleri kullanılmıştır. Bootstrap yöntemi iki kısımdan oluşmaktadır:

1. Bağımsız değişkenin (çocukluk çağı travmaları) etkisini bağımlı değişkene (KZVD) taşıyan aracı değişkenler (psikolojik dayanıklılık, bilişsel esneklik ve algılanan sosyal destek) tarafından oluşturulan toplam dolaylı etkinin hesaplanmasıdır.

2. Aracı değişkenin özel olarak yarattığı dolaylı etkinin hesaplanmasıdır. Bootstrap yöntemi az sayıdaki örneklemelerde daha güvenilir sonuçlar vermesi, normal dağılım varsayımını karşılamayı gerektirmemesi ve çok yönlü aracı değişkenlerin etkisini birlikte ve ayrı olarak da değerlendirmesinden dolayı seçilmiştir (Preacher ve Hayes, 2004; Yanıkkol İşler, 2018).

2.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada Sosyodemografik Bilgi Formu'nun yanı sıra, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE), Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-PSÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır. Kullanılan ölçeklerle ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

2.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Form katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim süresi, çocuk sayısı, kronik hastalıklar, psikiyatrik tanı durumu ve özkıyım geçmişi gibi bilgilerini edinmek amacıyla hazırlanan sorulardan oluşmaktadır. Formda kanser hastalığının türü, tanı süresi, cerrahi operasyon geçmişi ve metastaz durumu gibi hastalık değişkenleriyle ilgili sorulara da yer verilmiştir.

2.5.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE/ Inventory of Statements About Self-Injury- ISAS)

Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Bildik vd. (2013) tarafından yapılan Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE/ ISAS) özkıyım amacı taşımayan KZVD'nin incelenmesini amaçlamaktadır. İki bölümden oluşan ölçek maddeleri üçlü Likert (0-2 puan) tipi puanlama ile ölçülmektedir. İlk bölümde (davranışlar bölümü) kasten yapılan ve özkıyım amacı taşımayan 12 tür KZVD'nin bu zamana kadar kaç defa gerçekleştirildiği ve gerçekleştirilen davranışlar ile ilişkili beş farklı soru ile davranışların yaşam boyu sıklık özelliklerinin araştırılması hedeflenmiştir. İlk bölümde en az bir kere KZVD belirten katılımcılar envanterin ikinci bölümünü (işlevler bölümü) yanıtlamaya yönlendirilmektedir. 39 maddeden ve sosyal ve otonom işlevler olarak iki alt kategoriden oluşan ikinci bölümde KZVD'nin 13 ayrı işlevi değerlendirilmektedir. İki alt kategorinin toplam madde puanı envanterin İşlevler puanını oluşturmaktadır (0-78 puan). Bu puanın artışı patolojik özelliklerin ve risklerin arttığına işaret etmektedir (Bildik vd., 2013).

Sosyal işlevler alt kategorisi başkalarını yönlendirme/etkileme (madde 9, 22, 35), heyecan arama (madde 7, 20, 33), dayanıklı olduğunu gösterme (madde 10, 23, 36), kendine ilgi gösterme (madde 4, 17, 30), intikam alma (madde 12, 25, 38), yaş gruplarıyla bağ kurma (madde 8, 21, 34), kişiler arası sınırlar (madde 2, 15, 28) ve özerklik (madde 13, 26, 39) olarak sekiz farklı sosyal işlev türünden oluşmaktadır. Otonom işlevler kategorisi ise özkıyımı önleme (madde 6, 19, 32), kendini cezalandırma (madde 3, 16, 29), duygu düzenleme (madde 1, 14, 27), deneyimlenen sıkıntıyı somutlaştırma (madde 11, 24, 37), uyarılma/his yaratma ve gerçekliğe dönme (madde 5, 18, 31) beş alt boyuttan oluşmaktadır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı araştırma grupları için 0,96 ve sağlıklı kontrol grubu için 0,95 olarak hesaplanmıştır.

2.5.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ/ Childhood Trauma Questionnaire- CTQ-33)

Bernstein vd. (1994) tarafından geliştirilen bireylerin erken dönemde yaşamış oldukları ihmal ve istismar yaşantılarının değerlendirilmesini amaçlayan 28 maddelik Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (ÇÇTÖ/ CTQ) Türkçeye uyarlaması (Şar vd., 2012) ve gözden geçirilmiş ve genişletilmiş 33 maddelik son hali (CTQ-33) Şar vd. (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin gözden geçirilmiş ve genişletilmiş bu versiyonunda var olan alt boyutlara ek olarak aşırı koruma ve kontrol alt boyutu eklenmiştir. Beşli Likert tipinde (1-5 puan) hazırlanan ölçekten alınabilecek puan 25-150 arasında değişmekte olup yüksek puan artan çocukluk travmalarına işaret etmektedir. Ölçeğin üç maddesi (madde 10, 16 ve 22) travmanın inkarını ölçmeye yöneliktir. Bu üç maddeden elde edilen puan toplam puana etki etmemektedir. Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanlarının hesaplanabilmesi ters maddelerin (madde 1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28 ve 31) çevrilmesini gerekmektedir. Ölçeğin son halinin alt boyutları duygusal ihmal (madde 5, 7, 13, 19 ve 28), fiziksel ihmal (madde 1, 4, 6, 2 ve 26), duygusal istismar (madde 3,8,14,18 ve 25), fiziksel istismar (madde 9,11,12,15 ve 17), cinsel istismar (madde 20, 21, 23, 24 ve 27) ve aşırı koruma/ kontrol (madde 29, 30, 31, 32 ve 33) şeklindedir. Ölçeğin son halinin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olup 28 maddelik orijinal halinin katsayısı ise 0,95 olarak hesaplanmıştır (Şar vd., 2021). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı araştırma grupları için 0,85 ve sağlıklı kontrol grubu için 0,92 olarak hesaplanmıştır.

2.5.4. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE/ Cognitive Flexibility Inventory-CFI)

Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) Dennis ve Van der Wal (2010) tarafından bireylerin olaylar ve durumlar karşısındaki bilişsel esneklik düzeylerini ölçebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Beşli Likert (1-5 puan) tipinde puanlanan ve 20 maddeden oluşan ölçeğin 2, 4, 7, 9, 11 ve 17. maddelerin tersine çevrilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 en düşük puan 20'dir. Ölçekte toplam bilişsel esneklik puanının yanı sıra "Alternatifler" ve "Kontrol" alt boyutu puanları da hesaplanmaktadır. Puanların yüksekliği bilişsel esnekliğin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Faktör analizi sonucuna göre iki faktörlü yapıda olduğu görülen ölçeğin "Alternatifler" alt boyutu 13 maddeden oluşmakta (madde 1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19 ve 20) ve bu maddeler bireyin zor durumlara alternatif çözümler ve açıklamalar bulabileceğine yönelik ifadeler içermektedir. "Kontrol" alt boyutu ise zor durumların kontrol edilebileceğine yönelik 7 maddeden (madde 2, 4, 7, 9, 11, 15 ve 17) oluşmaktadır (Sapmaz ve Doğan, 2013).

Sapmaz ve Doğan (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan orijinal halinin bütünü için Cronbach Alfa katsayısı 0,90, "Alternatifler" ve "Kontrol" alt boyutları için Cronbach Alfa katsayısı sırasıyla 0,91 ve 0,86 olarak saptanmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin tümü için 0,90, "Alternatifler" ve "Kontrol" alt boyutları için sırasıyla 0,90 ve 0,84 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı araştırma grupları için 0,87 ve sağlıklı kontrol grubu için 0,90 olarak hesaplanmıştır.

2.5.5. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-PSÖ/ Connor-Davidson Resilience Scale-CD-RISC)

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-PSÖ) Connor ve Davidson (2003) tarafından bireylerin yaşadıkları olumsuz olaylar sonrasında eski hallerine dönebilme gücünü ifade eden psikolojik dayanıklılık düzeylerini ölçme amacıyla geliştirilmiştir. Beşli Likert (0-4 puan) tipinde olan ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 olup yüksek puan yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkilendirilmektedir. Ölçeğin puanlaması "Hiç doğru değil" (0), "Nadiren doğru" (1), "Bazen doğru" (2), "Sıklıkla doğru" (3) ve "Her zaman doğru" (4) ifadeleri ile yapılmaktadır. Ölçekte Azim ve Kişisel Yeterlik (madde 1, 5, 10, 11, 12, 15,16, 17,18, 19, 21, 22, 23, 24 ve 25), Olumsuz Etkilere Karşı Tolerans (madde 2, 4, 6, 7, 8, 13 ve 14) ve Maneviyata Eğilim (madde 3, 9 ve 20) olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Kararırmak (2010) tarafından

1999 yılında Türkiye’de büyük depremlere maruz kalan 246 katılımcının verileriyle yapılmıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı araştırma grupları için 0,93 ve sağlıklı kontrol grubu için 0,89 olarak hesaplanmıştır.

2.5.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ/ Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)

Zimet vd. (1988) tarafından algılanan sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin (ÇBASDÖ) Türkçeye uyarlaması ve geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Eker vd. (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek yedili Likert tipinde (1-7 puan) olup toplamda 12 maddeden oluşan ölçeğin her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün puanların toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamakta olup ölçekten alınabilecek puan en az 7 en çok 84’tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker vd., 2001). Ölçeğin aileden algılanan sosyal destek alt boyutu (madde 3, 4, 8 ve 11), arkadaştan algılanan sosyal destek alt boyutu (madde 6, 7, 9 ve 12) ve özel bir bireyden algılanan sosyal destek alt boyutu (madde 1, 2, 5 ve 10) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal halinin Cronbach Alfa katsayısı 0,88 olarak saptanırken Türkçe formunun Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak saptanmıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı araştırma grupları için 0,93 ve sağlıklı kontrol grubu için 0,88 olarak hesaplanmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel amacı doğrultusunda yapılan istatistiksel analizler ve analizlerin sonucunda elde edilen bulgulara yer verilecektir.

Analiz aşaması aktarılırken sosyodemografik değişkenlere göre KZVD'ye ilişkin bulgulara ardından sırasıyla çocukluk çağı travması ile kendine zarar verme davranışı (KZVD) arasındaki ilişkide değişkenlerin aracı rolüne ve birbirleriyle olan ilişkilerine değinilecektir.

3.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre KZVD

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik değişkenlerine göre KZVD'ye ilişkin bilgileri aktarılacaktır.

3.1.1. Cinsiyete Göre KZVD Türleri

Cinsiyete göre “kesme” ($Z = -3,92$) ve “cilde bir harf/yazı/şekil kazıma” ($Z = -4,99$) davranışı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Erkeklerin “kesme” puanı ortalaması ile “cilde bir harf/yazı/şekil kazıma” ortalaması kadınların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre “saç kopartma” puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($Z = -1,97$). Kadınların “saç kopartma” puan ortalaması erkeklerin “saç kopartma” puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre diğer davranış türleri puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Cinsiyete göre KZVD türleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş, sonuçları Çizelge 3.1.’de verilmiştir.

Çizelge 3. 1. Cinsiyete göre KZVD türleri

KZVDDE	Grup	n	Ort.	SS	z	p
Kesme	Erkek	78	,56	1,85	-3,92	,00*
	Kadın	217	,08	,84		
Isırma	Erkek	78	1,03	5,86	-,37	,71
	Kadın	217	2,07	11,36		
Yakma	Erkek	78	,05	,28	-1,30	,20
	Kadın	217	,06	,53		
Cilde bir harf/yazı/şekil kazıma	Erkek	78	,58	1,17	-4,99	,00*
	Kadın	217	,27	1,64		
Çimdikleme	Erkek	78	,14	,68	-,37	,71
	Kadın	217	1,74	10,79		
Saç kopartma	Erkek	78	,64	5,66	-1,97	,05*
	Kadın	217	3,92	21,75		
Tırnaklama (deriyi)	Erkek	78	2,15	11,77	-,50	,62
	Kadın	217	2,69	12,28		
Kendini sert bir yere çarpma ya da kendine vurma	Erkek	78	3,72	11,34	-,31	,76
	Kadın	217	4,72	21,41		
Yaranın iyileşmesine engel olma	Erkek	78	2,58	9,32	-1,06	,29
	Kadın	217	2,48	14,58		
Cildi sert bir yüzeye sürtme	Erkek	78	,19	1,26	-,47	,64
	Kadın	217	,28	1,49		
Kendine iğne batırma	Erkek	78	,00	,00	-,60	,55
	Kadın	217	,02	,34		
Tehlikeli madde içme/ yutma	Erkek	78	,09	,59	-1,30	,20
	Kadın	217	,11	,41		
Diğer	Erkek	78	,00	,00	,00	1,00
	Kadın	217	,00	,00		

*p<0,05 **p<0,001

3.1.2. Cinsiyete Göre KZVDDE Alt Boyutları

Analiz sonuçlarına göre cinsiyete göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) alt boyutlarından “Heyecan Arama” ($Z = -3,31$) ile “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” ($Z = -5,40$) alt boyutları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Erkeklerin “Heyecan Arama” ve “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” alt boyutu puanı ortalaması kadınların puan ortalamasından yüksektir.

Cinsiyete göre KZVDDE toplam puanı “Otonom İşlevler” ve “Sosyal İşlevler” alt kategorileri ile diğer alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Cinsiyete göre KZVDDE puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem t Test/ Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş, sonuçları Çizelge 3.2.’de verilmiştir.

Çizelge 3. 2.Cinsiyete göre KZVDDE alt boyutları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t/z	Sd	p
Başkalarının Yönlendirme/Etkileme	Erkek	78	,78	1,29	$t=,79$	293	,43
	Kadın	217	,66	1,18			
Heyecan Arama	Erkek	78	,47	1,02	$z=-3,31$	293	,00*
	Kadın	217	,17	,66			
Dayanıklı Olduğunu Gösterme	Erkek	78	1,23	2,03	$t=,87$	293	,39
	Kadın	217	1,01	1,64			
Kendine İlgi Gösterme	Erkek	78	,71	1,36	$z=-,23$	293	,85
	Kadın	217	,71	1,35			
İntikam Alma	Erkek	78	1,15	1,87	$t=,33$	293	,74
	Kadın	217	1,07	1,82			
Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma	Erkek	78	,58	1,47	$z=-5,40$	293	,00*
	Kadın	217	,03	,29			
Kişiler Arası Sınırlar	Erkek	78	,79	1,78	$z=-,75$	293	,46
	Kadın	217	,82	1,60			
Özerklik	Erkek	78	,59	1,45	$z=-,50$	293	,62
	Kadın	217	,53	1,06			
Sosyal İşlevler Alt Kategorisi	Erkek	78	6,31	10,37	$z=-,09$	293	,93
	Kadın	217	5,06	7,55			
Özkıymı Önleme	Erkek	78	,24	,83	$z=-,41$	293	,69
	Kadın	217	,39	1,21			
Kendini Cezalandırma	Erkek	78	,85	1,74	$z=-,28$	293	,78
	Kadın	217	,70	1,52			
Duygu Düzenleme	Erkek	78	1,69	2,33	$t=-,20$	293	,85
	Kadın	217	1,75	2,26			
Deneyimlenen Sıkıntıyı Somutlaştırma	Erkek	78	1,47	2,17	$t=-1,03$	293	,31
	Kadın	217	1,78	2,42			
Uyarılma/His Yaratma ve Gerçekliğe Dönme	Erkek	78	,62	1,32	$z=-,51$	293	,61
	Kadın	217	,60	1,31			
Otonom İşlevler Kategorisi	Erkek	78	4,87	7,25	$t=-,36$	293	,72
	Kadın	217	5,21	7,18			
KZVDDE (toplam)	Erkek	78	11,18	16,88	$t=,46$	293	,65
	Kadın	217	10,27	14,28			

*p<0,05

3.1.3. Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre KZVDDE

Psikolojik yardım alan ve almayan katılımcıların KZVDDE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t = -4,24$). Psikolojik yardım alan bireylerin puan ortalamaları psikolojik yardım almayanların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Psikolojik yardım alanların ayrıca KZVDDE alt kategorilerinden “Otonom İşlevler” ($t = -4,70$) ve “Sosyal İşlevler” ($z = -4,38$) alt kategorileri ile, “Başkalarını Yönlendirme/Etkileme” ($t = -2,30$), “Dayanıklı Olduğunu Gösterme” ($t = -4,11$), “Kendine İlgi Gösterme” ($z = -4,80$), “İntikam Alma” ($t = -3,57$), “Kişiler Arası Sınırlar” ($z = -3,43$), “Özerklik” ($z = -3,30$), “Özkıyımı Önleme” ($z = -2,99$), “Kendini Cezalandırma” ($z = -3,76$), “Duygu Düzenleme” ($t = -3,95$), “Deneyimlenen Sıkıntıyı Somutlaştırma” ($t = -5,09$) ve “Uyarılma/His Yaratma ve Gerçekliğe Dönme” ($z = -3,80$) alt boyutları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Psikolojik yardım alan katılımcıların bu alt boyut puan ortalamaları psikolojik yardım almayanların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Psikolojik yardım alma durumuna göre “Heyecan Arama” ile “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” alt boyutları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Psikolojik yardım alma durumuna göre KZVDDE alt boyutları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem t Test/Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve sonuçları Çizelge 3.3.’te verilmiştir.

Çizelge 3. 3. Psikolojik yardım alma durumuna göre KZVDDE alt boyutları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t/z	Sd	p
Başkalarını Yönlendirme/Etkileme	Hayır	221	,59	1,12	t=-2,30	293	,02*
	Evet	74	1,00	1,39			
Heyecan Arama	Hayır	221	,25	,80	z=-,32	293	,75
	Evet	74	,24	,74			
Dayanıklı Olduğunu Gösterme	Hayır	221	,80	1,56	t=-4,11	293	,00*
	Evet	74	1,86	2,04			
Kendine İlgi Gösterme	Hayır	221	,50	1,11	z=-4,80	293	,00*
	Evet	74	1,35	1,74			
İntikam Alma	Hayır	221	,86	1,68	t=-3,57	293	,00*
	Evet	74	1,81	2,09			
Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma	Hayır	221	,23	,95	z=-1,90	293	,06
	Evet	74	,01	,12			
Kişiler Arası Sınırlar	Hayır	221	,64	1,50	z=-3,43	293	,00*
	Evet	74	1,34	1,93			
Özerklik	Hayır	221	,43	1,09	z=-3,30	293	,00*
	Evet	74	,88	1,35			
Sosyal İşlevler Alt Kategorisi	Hayır	221	4,32	7,81	z=-4,38	293	,00*
	Evet	74	8,57	9,27			
Özkıyımı Önleme	Hayır	221	,21	,81	z=-2,99	293	,00*
	Evet	74	,76	1,69			
Kendini Cezalandırma	Hayır	221	,53	1,31	z=-3,76	293	,00*
	Evet	74	1,35	2,08			
Duygu Düzenleme	Hayır	221	1,43	2,17	t=-3,95	293	,00*
	Evet	74	2,65	2,34			
Deneyimlenen Sıkıntıyı Somutlaştırma	Hayır	221	1,26	2,07	t=-5,09	293	,00*
	Evet	74	3,00	2,68			
Uyarılma/His Yaratma ve Gerçekliğe Dönme	Hayır	221	,43	1,08	z=-3,80	293	,00*
	Evet	74	1,14	1,72			
Otonom İşlevler Kategorisi	Hayır	221	3,86	6,22	t=-4,70	293	,00*
	Evet	74	8,89	8,49			
KZVDDE (toplam)	Hayır	221	8,18	13,45	t=-4,24	293	,00*
	Evet	74	17,46	17,16			

*p<0,05; Evet: Psikolojik yardım alanlar, Hayır: Psikolojik yardım almayanlar

3.1.4. Özkıyım Girişimi Öyküsüne Göre KZVDDE

Özkıyım girişimi öyküsüne göre gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve sonuçları Çizelge 3.4.'te verilmiştir. Gruplar arasında örneklem hacmi açısından fark olduğundan özkıyım geçmişi olan katılımcılar ile özkıyım geçmişi olmayan grup içinden rastgele seçilen katılımcıların puanları analiz edilmiştir.

KZVDDE toplam puanı (Z= -4,58), “Otonom İşlevler” (Z= -3,89) ve “Sosyal İşlevler” (Z= -4,40) alt kategorileri puanları ile “Başkalarını Yönlendirme/Etkileme” (Z= -6,75), “Dayanıklı Olduğunu Gösterme” (Z= -3,42), “Kendine İlgi Gösterme” (Z= -3,30), “İntikam

Alma” (Z= -3,55), “Kişiler Arası Sınırlar” (Z= -3,69), “Özerklik” (Z= -3,56), “Özkıyımı Önleme” (Z= -3,00), “Kendini Cezalandırma” (Z= -3,06), “Duygu Düzenleme” (Z= -3,17), “Deneyimlenen Sıkıntıyı Somutlaştırma” (Z= -4,03) alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Özkıyım girişimi olan kanser hastalarının puan ortalamalarının özkıyım girişimi olmayanlarınkinden yüksek olduğu görülmüştür.

Özkıyım girişimi öyküsüne göre “Heyecan Arama”, “Uyarılma/His Yaratma ve Gerçekliğe Dönme” ile “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” alt boyutları puanları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir ($p > 0,05$).

Çizelge 3. 4. Özkıyım girişimi öyküsüne göre KZVDDE alt boyutları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	z	Sd	p
Başkalarını	Hayır	20	,80	1,24	-3,64	38	,00*
Yönlendirme/Etkileme	Evet	20	2,35	1,04			
Heyecan Arama	Hayır	20	,20	,41	-,16	38	,93
	Evet	20	,40	1,00			
Dayanıklı Olduğunu	Hayır	20	1,30	1,69	-3,42	38	,00*
Gösterme	Evet	20	3,50	1,76			
Kendine İlgi Gösterme	Hayır	20	,60	1,27	-3,30	38	,00*
	Evet	20	2,00	1,56			
İntikam Alma	Hayır	20	1,15	1,95	-3,55	38	,00*
	Evet	20	3,75	1,97			
Yaş Gruplarıyla Bağ	Hayır	20	,20	,89	-,04	38	,99
Kurma	Evet	20	,05	,22			
Kişiler Arası Sınırlar	Hayır	20	,45	1,00	-3,69	38	,00*
	Evet	20	2,60	1,93			
Özerklik	Hayır	20	,45	,95	-3,56	38	,00*
	Evet	20	2,00	1,45			
Sosyal İşlevler Alt	Hayır	20	5,15	6,26	-4,40	38	,00*
Kategorisi	Evet	20	16,65	6,42			
Özkıyımı Önleme	Hayır	20	,25	,91	-3,00	38	,01*
	Evet	20	1,75	1,86			
Kendini Cezalandırma	Hayır	20	,45	,89	-3,06	38	,01*
	Evet	20	2,50	2,28			
Duygu Düzenleme	Hayır	20	1,90	2,34	-3,17	38	,00*
	Evet	20	4,35	1,35			
Deneyimlenen Sıkıntıyı	Hayır	20	1,90	2,34	-4,03	38	,00*
Somutlaştırma	Evet	20	5,05	1,43			
Uyarılma/His Yaratma	Hayır	20	,70	1,42	-1,88	38	,09
ve Gerçekliğe Dönme	Evet	20	1,75	1,86			
Otonom İşlevler	Hayır	20	5,20	6,47	-3,89	38	,00*
Kategorisi	Evet	20	15,40	5,97			
KZVDDE (toplam)	Hayır	20	10,35	12,30	-4,58	38	,00*
	Evet	20	32,05	9,48			

* $p < 0,05$; Evet: Özkıyım girişimi olanlar, Hayır: Özkıyım girişimi olmayanlar

3.2. Çocukluk Çağı Travmaları ile KZVD İlişkisi

Kendine zarar verme davranışı gösteren kanser hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) puanları ile Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) puanları arasındaki ilişkiye bakılmış ve analiz sonuçları Çizelge 3.5.'te verilmiştir.

ÇÇTÖ toplam puanı ile KZVDDE toplam puanları arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,57$, $p< 0,01$). ÇÇTÖ toplam puanı ile KZVDDE'nin "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutları arasında $r= 0,36$ ile $0,57$ ($p<0,01$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p> 0,05$).

ÇÇTÖ'nün "Duygusal İstismar" alt boyutu ile KZVDDE toplam puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,61$, $p<0,01$). Duygusal istismar alt boyutu ile KZVDDE'nin "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutları arasında $r= 0,34$ ile $0,62$ ($p<0,01$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. "Duygusal İstismar" alt boyutu ile "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p> 0,05$).

ÇÇTÖ'nün "Fiziksel İstismar" alt boyutu ile KZVDDE toplam puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,55$, $p<0,01$). Fiziksel istismar alt boyutu ile KZVDDE'nin "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutları arasında $r= 0,33$ ile $0,63$ ($p<0,01$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. "Fiziksel İstismar" alt boyutu ile "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p> 0,05$).

ÇÇTÖ'nün "Cinsel İstismar" alt boyutu ile KZVDDE toplam puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,35$, $p< 0,01$). Cinsel istismar alt boyutu ile KZVDDE'nin "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutları arasında $r= 0,21$ ile $0,39$ ($p< 0,01$, $p< 0,05$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. "Cinsel İstismar" alt boyutu ile "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p> 0,05$).

ÇÇTÖ'nün "Fiziksel İhmal" alt boyutu ile KZVDDE toplam puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,38$, $p<0,01$). Fiziksel ihmal alt boyutu ile

KZVDDE'nin "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutları arasında $r = 0,07$ ile $0,40$ ($p < 0,01$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. "Fiziksel İhmal" alt boyutu ile "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

ÇÇTÖ'nün "Duygusal İhmal" alt boyutu ile KZVDDE toplam puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,50$, $p < 0,01$). Duygusal ihmal alt boyutu ile KZVDDE'nin "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutları arasında $r = 0,26$ ile $0,54$ ($p < 0,01$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. "Duygusal İhmal" alt boyutu ile "Heyecan Arama" ve "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

ÇÇTÖ'nün "Aşırı Koruma" alt boyutu ile KZVDDE toplam puanı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,31$, $p < 0,01$). Duygusal ihmal alt boyutu ile KZVDDE'nin "Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma" alt boyutu arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki ($r = 0,24$, $p < 0,01$), diğer alt boyutlar ile arasında $r = 0,17$ ile $0,34$ ($p < 0,01$) aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. "Aşırı Koruma" alt boyutu ile KZVDDE'nin "Heyecan Arama" alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Öte yandan sağlıklı kontrol grubu için gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçlarına göre KZVDDE toplam puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında ve "Fiziksel İstismar", "Fiziksel İhmal" ve "Aşırı Koruma" alt boyutları hariç diğer alt boyutları arasında $r = 0,21$ ile $0,26$ aralığında değişen olumlu yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p < 0,05$).

Çizelge 3. 5. Değişkenler arasındaki korelasyon değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1.Başkalarını yön.	1																						
2.Heyecan arama	,39**	1																					
3.Dayanıklı olduğunu g.	,68**	,42**	1																				
4.Kendine ilgi g.	,41**	,40**	,64**	1																			
5.İntikam alma	,76**	,33**	,70**	,42**	1																		
6.Yaş gruplarıyla bağ kurma	,32**	,51**	,28**	,31**	,16	1																	
7.Kişilerarası sınırlar	,65**	,29**	,59**	,46**	,70**	,18*	1																
8.Özerklik	,61**	,44**	,69**	,60**	,69**	,28**	,71**	1															
9.Sosyal işlevler alt kategorisi	,80**	,49**	,86**	,70**	,83**	,35**	,82**	,80**	1														
10.Özkıyımı önleme	,48**	,39**	,45**	,51**	,46**	,16*	,43**	,46**	,53**	1													
11.Kendini cezalandırma	,46**	,34**	,58**	,50**	,59**	,13	,52**	,50**	,64**	,59**	1												
12.Duygu düzenleme	,60**	,32**	,70**	,56**	,67**	,13	,56**	,57**	,69**	,42**	,51**	1											
13.Sıkıntıyı somutlaştırma	,73**	,32**	,80**	,61**	,75**	,15	,59**	,65**	,79**	,49**	,61**	,82**	1										
14.Uyarılma, his yaratma	,35**	,40**	,63**	,73**	,40**	,17*	,37**	,50**	,60**	,48**	,49**	,59**	,61**	1									
15.Otonom işlevler alt kategorisi	,67**	,42**	,81**	,71**	,73**	,19*	,62**	,69**	,83**	,61**	,79**	,85**	,91**	,74**	1								
16.KZVDDE (toplam)	,77**	,47**	,88**	,74**	,82**	,28**	,77**	,77**	,97**	,59**	,74**	,80**	,88**	,68**	,95**	1							

Çizelge 3. 5. Devam Değişkenler arasındaki korelasyon değerleri

17.Duygusal İstismar	,40**	,15	,55**	,48**	,47**	,09	,46**	,35**	,57**	,34**	,48**	,54**	,61**	,47**	,62**	,61**	
	,11	,06	,14	,15	,17	-,4	,25*	,16	,19	,02	,29**	,27**	,22*	,27**	,27**	,24*	1
18.Fiziksel İstismar	,46**	,18	,51**	,43**	,46**	,18	,39**	,33**	,54**	,35**	,35**	,45**	,56**	,36**	,53**	,55**	,63**
	-,08	,04	,02	-,02	-,09	-,06	,14	,08	-,01	-,07	-,06	,03	,02	,04	,00	-,00	,57**
19.Cinsel İstismar	,34**	,08	,26*	,30**	,30**	-,13	,21*	,20**	,32**	,29**	,29**	,30**	,39**	,26*	,38**	,35**	,35**
	,26**	,14	,06	,11	,29**	,04	,20*	,09	,21*	-,06	,35**	,23**	,17	,35**	,26**	,25*	,45**
20.Fiziksel İhmal	,28**	,03	,36**	,21**	,40**	,14	,34**	,22**	,37**	,28**	,31**	,25**	,35**	,19**	,35**	,38**	,34**
	,5	,00	,02	,02	,05	-,01	,03	-,02	,03	,07	,12	,09	,07	,13	,11	,08	,29**
21.Duygusal İhmal	,38**	,12	,42**	,37**	,48**	,11	,42**	,31**	,46**	,28**	,41**	,45**	,54**	,38**	,52**	,50**	,78**
	,17	,20	,17	,14	,17	,10	,25*	,21	,22*	,02	,18	,31**	,27	,29**	,28*	,26*	,71**
22.Aşırı Koruma	,17*	,04	,22**	,31**	,29**	-,24**	,28*	,22**	,26**	,17**	,27**	,26**	,34**	,24**	,34**	,31**	,37**
	-,02	,11	-,00	-,02	-,13	-,00	,07	,11	-,01	-,14	-,11	-,03	-,01	-,01	-,05	-,03	,52**
23.ÇÇTÖ (toplam)	,41**	,11	,49**	,46**	,50**	,03	,45**	,39**	,54**	,36**	,42**	,46**	,57**	,45**	,57**	,57**	,78**
	,13	,13	,12	,87	,12	-,01	,23*	,15	,17	-,02	,19	,23*	,21*	,25*	,23*	,21*	,75**
																	,50**
																	,41**
																	,73**
																	,88**
																	,75**
																	1

*p< 0,05; **p< 0,01. KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.

Kırmızı ile yazılan değerler sağlıklı kontrol grubuna aittir.

3.3. Kanser Hastalarının Sağlıklı Kontrol Grubuna Göre KZVD Sonuçları

Kanser hastaları ile sağlıklı kontrol grubu KZVDDE alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem *t* Test/ Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş, sonuçları Çizelge 3.6.'da verilmiştir.

Çizelge 3. 6. Kanser hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre KZVDDE karşılaştırması

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t/z	Sd	p
Başkalarını	Hasta	189	,96	1,33	<i>t</i> =6,28	293	,00*
Yönlendirme/Etkileme	Kontrol	106	,21	,73			
Heyecan Arama	Hasta	189	,35	,91	<i>z</i> =-3,35	293	,00*
	Kontrol	106	,08	,43			
Dayanıklı Olduğunu	Hasta	189	1,53	1,97	<i>t</i> =8,14	293	,00*
Gösterme	Kontrol	106	,24	,72			
Kendine İlgi Gösterme	Hasta	189	1,00	1,53	<i>z</i> =-5,33	293	,00*
	Kontrol	106	,20	,68			
İntikam Alma	Hasta	189	1,57	2,08	<i>t</i> =7,84	293	,00*
	Kontrol	106	,25	,73			
Yaş Gruplarıyla Bağ	Hasta	189	,25	1,02	<i>z</i> =-1,67	293	,09
Kurma	Kontrol	106	,03	,17			
Kişiler Arası Sınırlar	Hasta	189	1,19	1,91	<i>z</i> =-5,11	293	,00*
	Kontrol	106	,15	,55			
Özerklik	Hasta	189	,81	1,38	<i>z</i> =-5,70	293	,00*
	Kontrol	106	,07	,29			
Sosyal İşlevler Alt	Hasta	189	7,72	9,41	<i>z</i> =-7,23	293	,00*
Kategorisi	Kontrol	106	1,22	3,36			
İntiharı Önleme	Hasta	189	,51	1,34	<i>z</i> =-3,42	293	,00*
	Kontrol	106	,07	,42			
Kendini Cezalandırma	Hasta	189	,98	1,76	<i>z</i> =-4,06	293	,00*
	Kontrol	106	,29	1,07			
Duygu Düzenleme	Hasta	189	2,38	2,36	<i>t</i> =7,79	293	,00*
	Kontrol	106	,59	1,55			
Deneyimlenen Sıkıntıyı	Hasta	189	2,32	2,50	<i>t</i> =7,29	293	,00*
Somutlaştırma	Kontrol	106	,59	1,55			
Uyarılma/His Yaratma	Hasta	189	,85	1,50	<i>z</i> =-4,76	293	,00*
ve Gerçekliğe Dönme	Kontrol	106	,17	,70			
Otonom İşlevler	Hasta	189	7,03	7,65	<i>t</i> =7,42	293	,00*
Kategorisi	Kontrol	106	1,72	4,65			
KZVDDE (toplam)	Hasta	189	14,76	16,33	<i>t</i> =8,38	293	,00*
	Kontrol	106	2,93	7,84			

**p*< 0,05

Analiz sonuçlarına göre kanser hastalarının KZVDDE toplam puanları ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (*t*= 8,38). Kanser hastalarının KZVDDE toplam puan ortalamaları sağlıklı kontrol grubunun toplam puan ortalamalarından yüksektir.

Kanser hastalarının KZVDDE “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” alt boyutu dışındaki tüm

alt boyut puanları sağlıklı kontrol grubundakilerin puan ortalamalarından anlamlı farklılık göstermiştir. Kanser hastalarının puan ortalamaları diğerlerinin puan ortalamalarından yüksektir ($p < 0,05$). Kanser hastası bireylerin KZVDDE “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” alt boyutu puanları ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$).

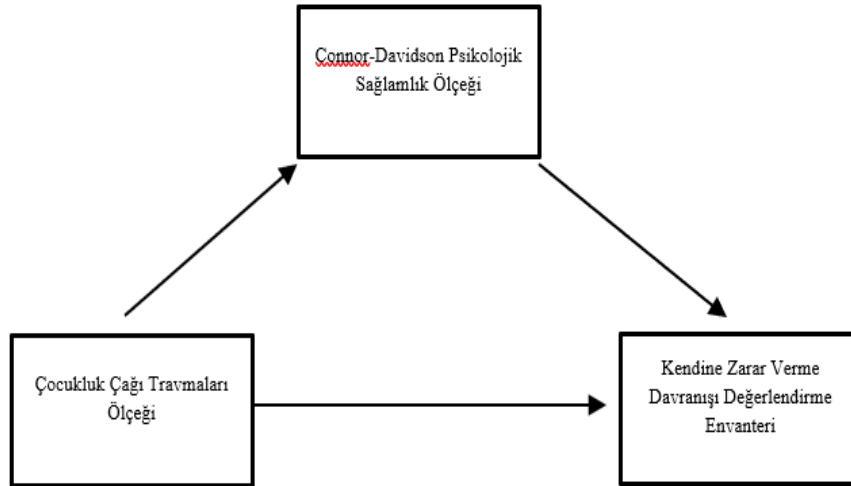
3.4. Psikolojik Dayanıklılık, Bilişsel Esneklik ve Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri Aracılık Analizi Modelleri

Bu bölümde tanı sonrası KZVD gösteren kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık, bilişsel esneklik ve algılanan sosyal destek değişkenlerinin aracı rolü olup olmadığına ilişkin hipotezleri test etmek için uygulanan analizler aktarılmıştır.

3.4.1. Psikolojik Dayanıklılık Değişkeni Aracılık İlişkisi

Bu bölümde kanser hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü olduğuna ilişkin hipotezi test etmek için aracılı model testi ile Bootstrap yöntemi kullanılmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık değişkeninin aracı etkisine ilişkin model Şekil 3.1.’de gösterilmektedir.



Şekil 3. 1. Psikolojik dayanıklılık değişkeninin aracı etkisine ilişkin model

Çizelge 3. 7. Psikolojik dayanıklılık aracı değişken analizi model katsayıları

Regresyon Modelleri	Değişkenler	β	Standart Hata	t	p	F	R^2
1	ÇÇTÖ→CD-PSÖ	-,33	,09	-3,86	,00	14,90	,23
2	ÇÇTÖ→KZVDDE	,22	,07	3,38	,00	11,45	,19
3	CD-PSÖ→KZVDDE	-,19	,10	-1,80	,08	3,24	,04
4	ÇÇTÖ→KZVDDE	,21	,08	2,78	,01	5,69	,19
	CD-PSÖ→KZVDDE	-,04	,11	-,35	,73		

Çizelge 3.7. incelendiğinde model 1’de Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin (ÇÇTÖ), Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-PSÖ) üzerinde olumsuz yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇÇTÖ’nün CD-PSÖ’nün%23’ünü açıkladığı saptanmıştır. ÇÇTÖ’deki 1 birimlik artış CD-PSÖ’de 0,33 birimlik azalışa neden olmuştur ($\beta = -0,33$).

Model 2’de ÇÇTÖ’nün KZVDDE üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇÇTÖ’nün KZVDDE’nin%19’unu açıkladığı saptanmıştır. ÇÇTÖ’deki 1 birimlik artış KZVDDE’de 0,22 birimlik artışa neden olmuştur ($\beta = 0,22$).

Model 3’te CD-PSÖ’nün KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Model 4’te ÇÇTÖ’nün KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunurken ve CD-PSÖ’nün KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). ÇÇTÖ ve CD-PSÖ, KZVDDE’nin%19’unu açıklamıştır. ÇÇTÖ’deki 1 birimlik artış KZVDDE’de 0,21 birimlik artışa neden olmuştur ($\beta = 0,21$).

Model 2 ve model 4’te ÇÇTÖ’nün β katsayıları incelendiğinde ve modele CD-PSÖ dahil edildiğinde ÇÇTÖ’nün β katsayısının azaldığı görülmüş ($\beta = 0,22$ (0,21)) ve tam tersi şekilde CD-PSÖ’nün KZVDDE üzerindeki anlamlı etkisini kaybettiği saptanmıştır. ÇÇTÖ’nün KZVDDE üzerindeki etkisinde CD-PSÖ’nün aracılık etkisinin bulunmadığına yönelik Bootstrap analizi sonuçları Çizelge 3.8.’de verilmiştir ($\beta = 0,01$).

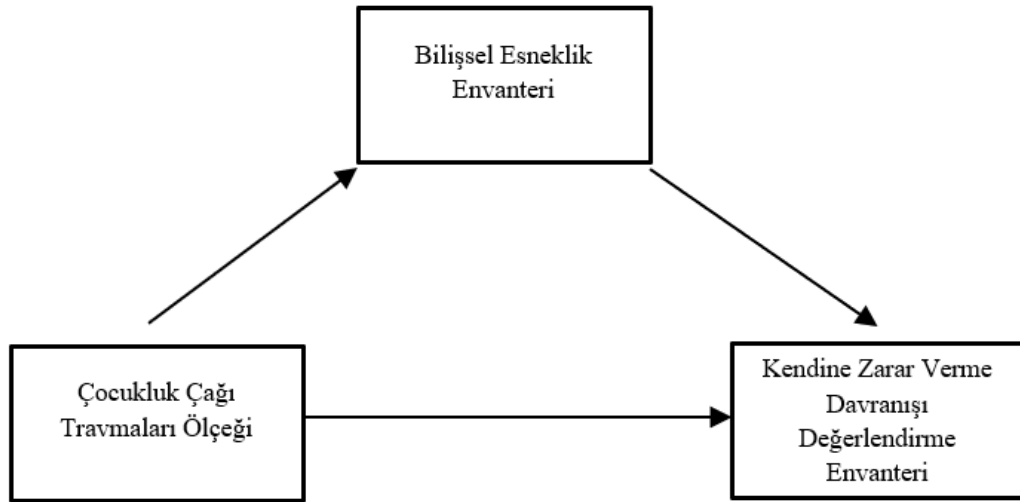
Çizelge 3. 8. Psikolojik dayanıklılık aracılık etkisinin anlamlılığına ilişkin Bootstrap analizi

ÇÇTÖ→KZVD DE (CD- PSÖ'nün Aracılık Rolü)	β	Standart Hata	p	Güven Aralığı Alt Sınır	Güven Aralığı Üst Sınır
Doğrudan Etki	,21	,08	,01	,06	,36
Dolaylı Etki	,01	,04	-	-,08	,08
Toplam Etki	,22	,07	,00	,09	,36

3.4.2. Bilişsel Esneklik Değişkeni Aracılık İlişkisi

Bu bölümde kanser hastalarının çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide bilişsel esnekliğin aracı rolü olduğuna ilişkin hipotezi test etmek için aracılı model testi ile Bootstrap yöntemi kullanılmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları ile KZVD arasında Bilişsel Esneklik değişkeninin aracı etkisine ilişkin model Şekil 3.2.'de gösterilmektedir.



Şekil 3. 2. Bilişsel esneklik değişkeninin aracı etkisine ilişkin model

Çizelge 3. 9. Bilişsel esneklik aracı değişken analizi model katsayıları

Regresyon Modelleri	Değişkenler	β	Standart Hata	t	p	F	R^2
1	ÇÇTÖ→BEE	-,08	,08	-1,08	,29	1,17	,02
2	ÇÇTÖ→KZVDDE	,22	,07	3,38	,00	11,45	,19
3	BEE→KZVDDE	-,11	,14	-,82	,42	,67	-,01
4	ÇÇTÖ→KZVDDE	,22	,07	3,26	,00	5,71	,19
	BEE→KZVDDE	-,05	,13	-,39	,70		

Çizelge 3.9. incelendiğinde model 1’de Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin (ÇÇTÖ) Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Model 2’de ÇÇTÖ’nün KZVDDE üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇÇTÖ KZVDDE’nin%19’unu açıklamıştır. ÇÇTÖ’deki 1 birimlik artışın KZVDDE’de 0,22 birimlik artışa neden olduğu saptanmıştır ($\beta = 0,22$).

Model 3’te BEE’nin KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Model 4’te ÇÇTÖ’nün KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunurken BEE’nin KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). ÇÇTÖ ve BEE KZVDDE’nin%19’unu açıkladığı saptanmıştır. ÇÇTÖ’deki 1 birimlik artış KZVDDE’de 0,22 birimlik artışa neden olmuştur ($\beta = 0,22$).

Model 2 ve model 4’te ÇÇTÖ’nün β katsayıları incelendiğinde ve modele BEE dahil edildiğinde ÇÇTÖ’nün β katsayısının azaldığı ($\beta = 0,22$), tam tersi şekilde BEE’nin KZVDDE üzerindeki anlamlı etkisini kaybettiği görülmüştür. ÇÇTÖ’nün KZVDDE üzerindeki etkisinde BEE’nin aracılık etkisinin bulunmadığına yönelik Bootstrap analizi sonuçları Çizelge 3.10.’da verilmiştir ($\beta = 0,00$).

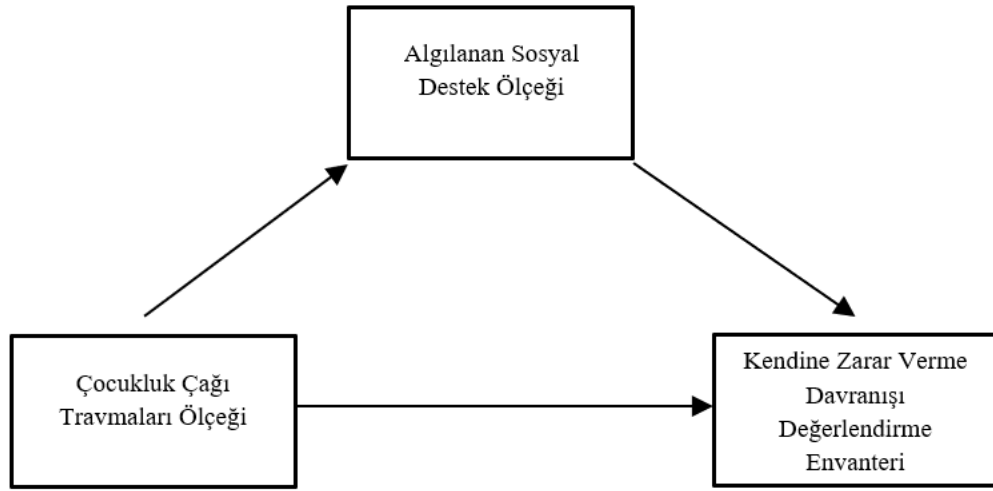
Çizelge 3. 10. Bilişsel esneklik aracılık etkisinin anlamlılığına ilişkin Bootstrap analizi

ÇÇTÖ→KZVDDE (BEE’nin Aracılık Rolü)	β	Standart Hata	p	Güven Aralığı Alt Sınır	Güven Aralığı Üst Sınır
Doğrudan Etki	,22	,07	,00	,08	,35
Dolaylı Etki	,00	,02	-	-,02	,04
Toplam Etki	,22	,07	,00	,09	,36

3.4.3. Algılanan Sosyal Destek Değişkeni Aracılık İlişkisi

Bu bölümde kanser hastalarının çocukluk çağı ruhsal travmaları ile KZVD arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin aracı rolü olduğuna ilişkin hipotezi test etmek için aracılı model testi ile Bootstrap yöntemi kullanılmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları ile KZVD arasında algılanan sosyal destek değişkeninin aracı etkisine ilişkin model Şekil 3.3.'te gösterilmektedir.



Şekil 3. 3. Algılanan sosyal destek değişkeninin aracı etkisine ilişkin model

Çizelge 3. 11. Algılanan sosyal destek aracı değişken analizi model katsayıları

Regresyon Modelleri	Değişkenler	β	Standart Hata	t	p	F	R^2
1	ÇÇTÖ→ÇBASDÖ	-,40	,09	-4,54	,00	20,65	,29
2	ÇÇTÖ→KZVDDE	,22	,07	3,38	,00	11,45	,19
3	ÇBASDÖ → KZVDDE	-,35	,08	-4,17	,00	17,39	,24
4	ÇÇTÖ→KZVDDE	,12	,07	1,55	,13		
	ÇBASDÖ → KZVDDE	-,27	,10	-2,72	,01	10,15	,29

Çizelge 3.11. incelendiğinde model 1’de ÇÇTÖ’nün Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) üzerinde olumsuz yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇÇTÖ,

ÇBASDÖ'nün %29'unu açıklamıştır. ÇÇTÖ'deki 1 birimlik artışın ÇBASDÖ'de 0,40 birimlik azalışa neden olduğu saptanmıştır ($\beta = -0,40$).

Model 2'de ÇÇTÖ'nün KZVDDE üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇÇTÖ KZVDDE'nin %19'unu açıklamıştır. ÇÇTÖ'deki 1 birimlik artışın KZVDDE'de 0,22 birimlik artışa neden olduğu görülmüştür ($\beta = 0,22$).

Model 3'te ÇBASDÖ'nün KZVDDE üzerinde olumsuz yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇBASDÖ KZVDDE'nin %24'ünü açıklamıştır. ÇBASDÖ'deki 1 birimlik artışın KZVDDE'de 0,35 birimlik artışa neden olduğu görülmüştür ($\beta = -0,35$).

Model 4'te ÇÇTÖ'nün KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmazken ÇBASDÖ'nün KZVDDE üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). ÇÇTÖ ve ÇBASDÖ KZVDDE'nin %29'unu açıklamıştır. ÇBASDÖ'deki 1 birimlik artışın KZVDDE'de 0,27 birimlik azalışa neden olduğu görülmüştür ($\beta = -0,27$).

Model 2 ve model 4'de ÇÇTÖ'nün β katsayıları incelendiğinde ve modele ÇBASDÖ dahil edildiğinde ÇÇTÖ'nün β katsayısının anlamsız olduğu görülmektedir. ÇÇTÖ'nün KZVDDE üzerindeki etkisinde ÇBASDÖ'nün aracılık etkisinin bulunmadığına yönelik Bootstrap analizi sonuçları Çizelge 3.12.'de verilmiştir ($\beta = 0,11$).

Çizelge 3.12. Algılanan sosyal destek değişkeni aracılık etkisinin anlamlılığına ilişkin Bootstrap analizi

ÇÇTÖ→KZVDDE (ÇBASDÖ'nin Aracılık Rolü)	β	Standart Hata	p	Güven Aralığı Alt Sınır	Güven Aralığı Üst Sınır
Doğrudan Etki	,12	,07	,13	-,03	,26
Dolaylı Etki	,11	,05	-	-,04	,22
Toplam Etki	,22	,07	,00	,09	,36

3.5. Kanser Tanısı Almadan Önce KZVD Gösterenler ile Kanser Tanısı Aldıktan Sonra KZVD Gösterenlerin KZVDDE Alt Ölçek Düzeyleri

Kanser tanısından önce KZVD gösterenler ile tanı sonrası KZVD gösterenler arasındaki KZVDDE alt boyut düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı sorusunu test etmek için Bağımsız Örneklem *t*-test/ Mann Whitney U testi uygulanmış, analiz sonuçları Çizelge 3.13.'te verilmiştir.

Çizelge 3. 13. Tanı öncesi ve tanı sonrası KZVD gösterenlerin KZVDDE düzeyleri

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t/z	Sd	p
Başkalarını Yönlendirme/Etkileme	Grup 1	57	2,03	1,37	3,01	107	,00*
	Grup 2	52	1,26	1,29			
Heyecan Arama	Grup 1	57	,81	1,36	z= -1,68	107	,09
	Grup 2	52	,38	0,77			
Dayanıklı Olduğunu Gösterme	Grup 1	57	2,60	2,08	-,36	107	,72
	Grup 2	52	2,73	1,77			
Kendine İlgi Gösterme	Grup 1	57	1,60	1,61	-,90	107	,37
	Grup 2	52	1,88	1,73			
İntikam Alma	Grup 1	57	3,04	1,96	1,68	107	,10
	Grup 2	52	2,37	2,20			
Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma	Grup 1	57	,77	1,72	z= -2,72	107	,01*
	Grup 2	52	,08	0,39			
Kişiler Arası Sınırlar	Grup 1	57	2,16	2,16	,48	107	,63
	Grup 2	52	1,96	2,11			
Özerklik	Grup 1	57	1,61	1,68	1,41	107	,16
	Grup 2	52	1,19	1,43			
Sosyal İşlevler Alt Kategorisi	Grup 1	57	14,70	9,43	1,64	107	,11
	Grup 2	52	11,96	7,88			
Özkıyımı Önleme	Grup 1	57	,89	1,62	z= -,47	107	,64
	Grup 2	52	,87	1,74			
Kendini Cezalandırma	Grup 1	57	1,74	1,93	,16	107	,87
	Grup 2	52	1,67	2,15			
Duygu Düzenleme	Grup 1	57	3,75	1,64	-2,60	107	,01*
	Grup 2	52	4,52	1,41			
Deneyimlenen Sıkıntıyı Somutlaştırma	Grup 1	57	3,86	1,99	-,87	107	,39
	Grup 2	52	4,19	2,02			
Uyarılma/His Yaratma ve Gerçekliğe Dönme	Grup 1	57	1,32	1,73	-,96	107	,34
	Grup 2	52	1,63	1,72			
Otonom İşlevler Kategorisi	Grup 1	57	11,56	6,40	-1,12	107	,27
	Grup 2	52	12,88	5,94			
KZVDDE (toplam)	Grup 1	57	26,26	14,33	,54	107	,59
	Grup 2	52	24,85	12,79			

*p< 0,05; Grup 1: Kanser tanısı öncesi KZVD gösterenler, Grup 2: Kanser tanısı sonrası KZVD gösterenler

Analiz sonucunda kanser tanısı almadan önce KZVD gösterenler ile tanı aldıktan sonra KZVD gösterenler arasında KZVDDE “Başkalarını Yönlendirme/Etkileme”, “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” ve “Duygu Düzenleme Alt Boyutu Puanı” alt boyutlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). “Başkalarını Yönlendirme/Etkileme” ve “Yaş Gruplarıyla Bağ Kurma” alt boyutlarında kanser tanısı almadan önce KZVD gösterenlerin; “Duygu Düzenleme Alt Boyutu Puanı” alt boyutunda ise kanser tanısı aldıktan sonra KZVD gösterenlerin puan ortalamaları yüksektir. Gruplar arasında KZVDDE toplam puanı ve diğer alt boyutların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür ($p > 0,05$).

3.6. Kanser Hastalarında Bilişsel Esneklik, Psikolojik Dayanıklılık ve Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerinin İncelenmesi

Bu bölümde kanser tanısı almadan önce KZVD gösterenler ile kanser tanısı aldıktan sonra KZVD gösterenlerin psikolojik dayanıklılık, bilişsel esneklik ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında farklılık olduğu hipotezini test etmek için uygulanan ANOVA ve Bağımsız Örneklem *t*-test analizlerinin sonuçları verilmiştir (Çizelge 3.14.).

Çizelge 3. 14. Kanser hastaları gruplarında CD-PSÖ, BEE ve ÇBASDÖ düzeyleri

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	SD	F	p
Azim ve Kişisel Yeterlik Alt Boyutu	Grup 1	57	45,11	10,35	2	39,07	,000*
	Grup 2	52	40,56	10,66			
	Grup 3	80	53,90	5,89			
	Toplam	189	47,58	10,48			
Olumsuz Etkilere Karşı Tolerans Alt Boyutu	Grup 1	57	17,95	5,86	2	22,76	,000*
	Grup 2	52	16,12	5,41			
	Grup 3	80	22,00	4,41			
	Toplam	189	19,16	5,72			
Maneviyata Eğilim Alt Boyutu	Grup 1	57	8,19	2,81	2	17,61	,00*
	Grup 2	52	7,88	2,68			
	Grup 3	80	10,16	1,93			
	Toplam	189	8,94	2,64			
CD-PSÖ	Grup 1	57	71,25	16,72	2	38,26	,00*
	Grup 2	52	64,56	17,01			
	Grup 3	80	86,06	10,62			
	Toplam	189	75,68	17,18			
Alternatifler Alt Boyutu	Grup 1	57	56,56	7,28	2	14,83	,00*
	Grup 2	52	53,31	8,10			
	Grup 3	80	60,18	6,38			
	Toplam	189	57,20	7,67			
Kontrol Alt Boyutu	Grup 1	57	20,56	9,86	2	18,83	,00*
	Grup 2	52	17,40	8,97			
	Grup 3	80	26,43	7,26			
	Toplam	189	22,17	9,37			
BEE	Grup 1	57	77,12	13,16	2	26,13	,00*
	Grup 2	52	70,71	13,27			
	Grup 3	80	86,60	11,85			
	Toplam	189	79,37	14,25			
Aileden Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutu	Grup 1	57	18,77	5,92	2	22,93	,00*
	Grup 2	52	15,56	7,23			
	Grup 3	80	22,73	5,22			
	Toplam	189	19,56	6,70			
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutu	Grup 1	57	17,70	5,67	2	31,20	,00*
	Grup 2	52	15,44	6,55			
	Grup 3	80	22,93	4,89			
	Toplam	189	19,29	6,46			
Özel Bir Bireyden Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutu	Grup 1	57	19,96	5,41	2	31,29	,00*
	Grup 2	52	17,73	6,40			
	Grup 3	80	24,61	3,82			
	Toplam	189	21,32	5,89			
ÇBASDÖ	Grup 1	57	56,44	15,28	2	34,00	,00*
	Grup 2	52	48,73	18,46			
	Grup 3	80	70,26	12,64			
	Toplam	189	60,17	17,69			

*p<0,05; Grup 1: Kanser tanı öncesi KZVD gösterenler, Grup 2: Kanser tanı sonrası KZVD gösterenler, Grup 3: Kanser tanısı olan ve KZVD göstermeyenler

Çizelge 3.14.'te ölçek düzeylerini gruplar arasında karşılaştırmak için yapılmış ANOVA Analizi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre gruplar arasında CD-PSÖ toplam puanı ile tüm alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p< 0,05).

Grup 3'teki kanser hastalarının puan ortalaması Grup 1 ve Grup 2'deki kanser hastalarının puan ortalamalarından yüksektir. Ardından Grup 1 ve Grup 2 bireylerin CD-PSÖ düzeylerini karşılaştırmak için uygulanan Bağımsız Örneklem *t*-test analizi sonuçlarına göre Grup 1 ve Grup 2'deki kanser hastalarının CD-PSÖ toplam puanları ve “Azim ve Kişisel Yeterlilik” alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Kanser tanısı öncesi KZVD gösterenlerin puan ortalamaları tanı aldıktan sonra KVZD gösterenlerin puan ortalamalarından yüksektir. Gruplar arasında “Olumsuz Etkilere Karşı Tolerans” alt boyutu ile “Maneviyata Eğilim” alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür.

Gruplar arasında BEE toplam puanı ile tüm alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Grup 3'teki kanser hastalarının puan ortalaması, Grup 1 ve Grup 2'dekilerin puan ortalamalarından yüksektir. Ardından Grup 1 ve Grup 2'deki kanser hastalarının BEE düzeylerini karşılaştırmak için uygulanan Bağımsız Örneklem *t*-test analizi sonuçlarına göre kanser tanısı almadan önce KZVD gösterenler ile tanı aldıktan sonra KZVD gösterenler arasında BEE toplam puanları ile “Alternatifler” alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Kanser tanısı almadan önce KZVD gösterenlerin puan ortalamaları tanı aldıktan sonra KVZD gösterenlerin puan ortalamalarından yüksektir. Gruplar arasında “Kontrol” alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Gruplar arasında ÇBASDÖ toplam puanı ile tüm alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Grup 3'teki kanser hastalarının puan ortalaması Grup 1 ve Grup 2'dekilerin puan ortalamalarından yüksektir. Ardından Grup 1 ve Grup 2'deki kanser hastalarının ÇBASDÖ düzeylerini karşılaştırmak için uygulanan Bağımsız Örneklem *t*-test analizi sonuçlarına göre Grup 1 ile Grup 2 arasında ÇBASDÖ toplam puanı ile “Aileden Algılanan Sosyal Destek” alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Kanser tanısı almadan önce KZVD gösterenlerin puan ortalamaları tanı aldıktan sonra KVZD gösterenlerin puan ortalamalarından yüksektir. Gruplar arasında “Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek” alt boyutu ile “Özel Bir Bireyden Algılanan Sosyal Destek” alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Mevcut çalışmada kanser hastalarında çocukluk çağı travmalarının KZVD ile ilişkisinde bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek düzeylerinin aracı rolünün incelenmesi hedeflenmiştir. Bu bölümde çalışmanın değişkenleri ile ilgili bulgular, değişkenler arasındaki ilişkiler ve aracı role yönelik bulgular çalışmanın hipotezleri doğrultusunda ve alanyazın çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Alanyazında KZVD'ye yönelik çalışmalar incelendiğinde KZVDDE'nin alt boyutlarının analizlere dahil edildiği çalışmaların sayıca çok az olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmanın analiz sonuçlarına göre KZVDDE ölçeği toplam puanı cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte KZVDDE alt boyutlarından erkeklerin "heyecan arama" ile "yaş gruplarıyla bağ kurma" alt boyut puanlarının kadınların puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum araştırmaya katılan erkek kanser hastalarının KZVD'yi daha çok sosyal ilişkileri düzenleme amacıyla kullandığını göstermektedir. Özellikle ergenlik dönemindeki bireyler ile yapılan çalışmalarda gelişim özelliklerinin cinsiyete göre değişiklik gösterdiği, erkeklerde dürtü kontrolünün kızlara göre daha düşük düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Çelik vd., 2008). Özellikle erkeklerin ergenlik dönemindeki gelişim özellikleri dikkate alındığında heyecana dayalı etkinliklerin ve sosyal ortamlarda bireysel olarak fark edilme ve popülerlik kazanma isteğinin ön planda olduğu belirtilmekte, bu nedenle sosyal ilişki kurma yöntemlerinin bu ihtiyaçlar çerçevesinde geliştiği düşünülmektedir (Gül ve Güneş, 2009). Öte yandan bu dönemde sosyal medya araçlarının kontrolsüz bir şekilde KZVD'ye yönelik içeriklerin yayılmasını kolaylaştırıcı etkisi nedeniyle de bireyin akranlarında, sevdiği birinde ya da okul gibi ortamlarda ilgi uyandırmak için KZVD'ye başvurduğu düşünülmektedir. Örneğin Lewis vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada KZVD ile ilgili terimlerin internet arama motorunda bir yılda 42 milyon kez arandığı rapor edilmiştir. Sosyal medya araçlarının yanı sıra akranlar arasında KZVD'nin bulaşıcılığı ile ilgili yapılan bazı çalışmalar sosyal öğrenme ya da taklit yolu ile davranışın başlangıç gösterebildiğini belirtmektedir (Jarvi vd., 2013). Kanser hastalarında KZVD'nin incelendiği diğer çalışmalarda ise kadınların erkeklere göre daha az KZVD riski taşıdığı bulunmuştur (Noel vd., 2021; Skegg, 2005). Mevcut bulgular alanyazındaki bilgiler ışığında değerlendirildiğinde erkeklerin sosyal ilişkilerini yapılandırma KZVD'yi araçsal bir nitelikte kullanabildiğini göstermektedir. Bu bakımdan mevcut araştırma KZVD'nin motivasyonel nedenlerinin anlaşılmasında önemli bulgular sunmaktadır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının yarısından fazlasının meme kanseri tanısına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum kadınlarda en çok meme kanseri görülmesi ile

ilişkilendirilmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2020). Bir diğer taraftan meme kanserinin büyük çoğunlukla kadınlarda görülmesi, erkeklerin araştırmaya katılma konusunda daha az gönüllü olmaları durumları ile birlikte düşünüldüğünde meme kanseri tanılı katılımcı oranı yüksekliğinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (SHGM, 2020). Alanyazında baş ve boyun bölgesi kanserlerinin erken evrede olursa dahi KZVD üzerinde daha yüksek risk teşkil ettiği bilgisi yer almaktadır (Noel vd., 2021). Bu durum baş ve boyun bölgesi kanserlerinin yaşamda kalma oranının düşük olması ve yoğun ağrılı dönemler geçirilmesi ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte bu bulguların adli ve hastane kayıtlarından yürütülmüş retrospektif çalışmalardan elde edildiği bilgisi ile de ilişkilendirilebilmektedir (Hallet vd., 2022; Men vd., 2022; Noel vd., 2021). Çoğu KZVD bireyde ciddi bir yaralanmayla sonuçlanmadığından davranışın önemli bir kısmı kayıt altına alınamamaktadır. Bu nedenle rapor edilemeyen KZVD eylemlerinin davranışın yaygınlığı hakkında gerçekçi bilgilere erişilmesine engel olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda veri kayıtlarından yola çıkarak KZVD'yi incelemenin kapsayıcı sonuçlar sunmadığı düşünülmektedir.

Katılımcıların ilk kez KZVD gösterdikleri yaş bulguları alanyazın ile uyumlu niteliktedir. Bu çalışmalar incelendiğinde KZVD'nin 14-24 yaş arasında başlangıç gösterdiği görülmektedir (Favazza ve Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Klonsky, 2007; Tarlacı vd., 1997). Mevcut araştırmada ilk kez KZVD gösterilen yaştan 13-16 arasında yoğunlaştığı bulgulanmıştır. Ülkemizde psikiyatri kliniğine başvuran ergen ve genç yetişkinlerle yürütülen bir çalışmada KZVD görülme oranının %50 olduğu bildirilmiştir (Saçarçelik vd., 2011). Ergenlerin daha çok olumsuz içsel yaşantıların yoğunluğunu azaltma amacıyla KZVD gerçekleştirdiği saptanmıştır (Lüleci, 2007). Ergenlik dönemi çocukluk çağı travmaları, akran zorbalığı ve gelişimsel zorluklar gibi hazırlayıcı etkenlerin varlığı ile KZVD'nin ve psikopatolojinin başlangıcı için uygun bir yaş dönemi olarak görülmektedir.

Alanyazındaki çalışmalarla uyumlu olarak mevcut çalışmada KZVD yönteminin cinsiyete göre değiştiği görülmüştür. Alanyazında en yaygın KZV yöntemi olarak bıçak gibi keskin bir aletle bedeni kesmek, en çok zarar verilen bölgelerin ise kol ve bacak olduğu görülmektedir (Favazza, 1996; Klonsky ve Muehlenkamp, 2007; Nock ve Prinstein, 2004; Whitlock vd., 2008). Ülkemizde KZVD'nin cinsiyete göre dağılımının incelendiği bir çalışmada saç kopartma, tırnaklama, yaranın iyileşmesine engel olma ve tehlikeli/zararlı madde yutma kadınların başvurduğu yöntemler olurken erkeklerin en çok kendini sert bir yere çarpma ya da kendine vurma yöntemlerine başvurduğu belirtilmektedir (Kabukçu-Başay vd., 2017). Alanyazındaki çalışma bulgularına benzer şekilde mevcut çalışmada erkeklerin en sık kullandığı yöntemlerin keskin bir aletle bedeni kesme ve cilde bir harf, yazı ya da şekil kazıma

iken kadınların en sık kullandığı yöntemin saç kopartma olduğu görülmektedir (Kabukçu-Başay vd., 2017). Saç kopartmanın diğer KZVD türlerine göre daha kolay gerçekleştirilebilen, herhangi bir alet gerektirmeyen, bedende kanama ya da morluk gibi iz bırakmayan ve toplumsal yaşamda kamufle edilebilecek bir eylem olması gibi nedenlerle bu eyleme daha sık başvurulduğu düşünülmektedir. Öte yandan KZVDDE davranış türlerini davranışın sıklığı üzerinden ölçmektedir. Bu durum verilen yanıtların bu bağlamda incelenmesi gerekliliğini doğurmaktadır. Örneğin kendini kesme davranışına verilen bir kez yanıtı ile saç kopartma davranışına verilen bir kez yanıtlarının puan ağırlıklarının farklı olması gerektiği düşünülmektedir. Saç kopartma, çimdikleme, ısırma ya da tırnaklama eylemlerinin yakma, tehlikeli madde içme ya da kendine iğne batırma gibi diğer KZVD türlerine göre daha kolay erişilebilir ve sayıca daha yüksek sonuçlar verebilecek eylemler olduğu düşünülmektedir. Alanyazındaki bazı çalışmalarda davranışın örneklemde görülme sıklığına oranlı bir puanlama sistemi oluşturulduğu görülmüşse de (Bildik vd., 2013; Erol, 2021) bu yöntemlerin ölçek puanlama yönergesine dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Böylelikle sosyal beğenirlik gibi etkenlerin de etkisiyle veri erişiminin oldukça zorlayıcı olduğu KZVD'nin analiz edilmesi durumunda herkesçe kabul edilen ortak bir yöntem belirleme zorunluluğu doğmaktadır. Bu bağlamda KZVD'nin inceleneceği gelecekteki çalışmalar için bu husus önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcılardan psikolojik destek alanların KZVD toplam puanı ile sosyal ve otonom işlevler alt boyutları puanlarının destek almayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Psikolojik yardım arayışında ve çözüm yolları için gönüllü olan bireylerin belli bir düzeyde içgörüye sahip olduğu bilinmektedir (Akdoğan ve Türküm, 2014). Adler içgörüyü psikolojik desteğin ilk adımı olarak tanımlamaktadır (Corey, 1996: Akt. Akdoğan ve Türküm, 2014). İçgörü düzeyi bireyin iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak açıklanmaktadır (Harrington vd., 2014). İçgörü eksikliğinin bireyin içinde bulunduğu durumu fark edebilme ve sorunlarına çözüm arayabilme noktasında işlevselliğini olumsuz etkileyen bir etken olduğu ifade edilmektedir (Güçlü vd., 2011). KZVD'nin bir tür problem çözme yolu olarak görüldüğü bilgisi göz önüne alındığında psikolojik yardım arayışına giren bireylerin bu yönetime başvurabilecek içgörüye sahip olduğu çıkarımı yapılabilmektedir. Öte yandan mevcut çalışmada psikolojik destek aldığını ifade eden kanser hastaları psikolog ya da psikiyatrist desteği alan bireylerden oluşmaktadır. Alanyazındaki çalışmalarda majör depresyon, kaygı bozukluğu, TSSB, madde kullanımı, yeme bozuklukları, şizofreni ve kişilik bozuklukları kümesinden bir tanıya sahip olan bireylerde KZVD görüldüğü bildirilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2003; APA, 2000; Bentley vd., 2014; Herpertz vd., 1997; Klonsky vd., 2003; Zlotnick vd., 1999). Psikolojik destek alan bireylerin daha yüksek KZVD puanına sahip olması alanyazındaki psikolojik bozukluklar ve KZVD ilişkisi ile tutarlı

görülmektedir. Nguyen vd. (2023) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında KZVD'nin psikiyatrik hastalık geçmişi olan ve ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerde görülme olasılığının daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Ek olarak yapılan analizlerde herhangi bir psikolojik bozukluğa sahip bireylerin KZVDDE “kendine ilgi gösterme” ile “uyarılma/his yaratma ve gerçekliğe dönme” alt boyut puanlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Depersonalizasyon/Dissosiasyon Modeli'ne göre gerçekdışılık ya da hissizlik duygularından kurtulmak isteyen bireyler bu süreçleri sona erdirmek ve yeniden canlı hissedebilmek için KZVD'ye başvurmaktadır (Osuch vd., 1999). Bu tartışmalar ışığında çalışmanın bulguları alanyazın ile uyumlu niteliktedir.

Katılımcılardan özkıyım girişimi öyküsü olanların KZVD toplam puanı ile sosyal ve otonom işlevler alt boyutları puanlarının özkıyım girişiminde bulunmayanlardan yüksek olduğu görülmüştür. Alanyazında KZVD ile özkıyım davranışı arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş ve KZVD'nin gelecekteki özkıyım olasılığı için önemli bir risk etkeni olabileceği belirtilmiştir (Guan vd., 2012; Klonsky vd., 2013). Alanyazındaki çalışmalarda özkıyım girişimi öyküsü ile KZVD'nin birlikte görüldüğü bireylerin sadece KZVD'de bulunan bireylere kıyasla daha depresif olduğu, daha sık ve çeşitli KZVD gösterdiklerini ve özkıyım eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hamza vd., 2012; Lynam vd., 2011). Mevcut çalışmanın bulguları alanyazını destekler niteliktedir. KZVD ve özkıyımın ortak risk etkenlerine sahip oluşu nedeniyle bu davranışların birbirleri ile ilişkili olarak meydana geldiği düşünülmektedir. Öte yandan ülkemizde ceza ve hukuk davalarının adli psikoloji kapsamında incelendiği bir çalışmada (Erdoğan ve Kışlak, 2023) KZVD, başkasına zarar verme davranışı ve özkıyım ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. Kendi yaşamına son verme ile KZVD'nin ayrımını yapabilmek bu tür davranışların önlenmesi noktasında önem arz etmektedir. Her iki davranışa yönelik altta yatan nedenlerin incelenmesinde bireyin bildirimi temel alındığından henüz konuyla ilgili kesin görüş bildirmek güçtür.

Alanyazında KZVD'nin incelendiği grupların yeterince çeşitlilik göstermediği görülmektedir. Bu bakımdan mevcut çalışmanın alanyazında önemli bir noktada yer aldığı söylenebilmektedir. KZVD ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunlukla lise ve üniversite öğrencileri ile ve tutuklu/hükümlü bireyler ile yapıldığı görülmektedir (Çadircioğlu ve Aladağ, 2024; Erol, 2021; Yanıkkol İşler, 2018). Feldman'ın (1988) yaptığı çalışmada KZVD'nin en fazla bulunduğu gruplar arasında tutuklular ve ıslah evlerinde bulunan ergenler yer almaktadır. Taşören ve Gül (2022) tarafından hükümlü bireylerle yürütülen çalışmada KZVD oranı yaklaşık %65 olarak saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise KZVD gösteren hükümlü ergenlerin suç oranı %61,9 iken diğer grupta bu oran %17,7 olarak saptanmıştır

(Dölger vd., 1997). Bu sonuç KZVD ile tekrarlı suç arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Alanyazında bazı çalışmalarda madde kullanımı ve suça karışma öyküsünün de KZVD üzerinde önemli bir belirleyici etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Aksoy ve Ögel, 2005; Darke ve Torok, 2013; Evren vd., 2012; Harford vd., 2014). Bu bilgiler KZVD'nin bir halk sağlığı problemi olduğunun altını çizmektedir. Mahkumlarda KZVD'nin sıklıkla çevresindeki bireyleri etkilemek amacıyla gerçekleştirildiği görülmekle birlikte (Holmqvist vd., 2008) en önemli işlevinin duygu düzenleme olduğu ifade edilmektedir (Klonsky, 2007). KZVD'nin yoğun duygularla baş etme aracı olarak kullanılması nedeniyle (Favazza, 1992; Mikolajczak vd., 2009) özellikle ergenlik dönemlerinde çocukluk çağı travmaları, suça karışma ve KZVD arasındaki ilişki daha iyi anlaşılmaktadır.

Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda çocukluk çağı travmasının KZVD ile olumlu yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Çocuklukta travmatik yaşantılara maruz kalmanın beden ve ruh sağlığı üzerinde yaşam boyu sürececek olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir (Fox vd., 2015). Bu olumsuzluklar ve yaşamsal stresle başa çıkmakta zorlanan bazı bireyler KZVD gibi geçici rahatlama sağlayan ancak etkin bir çözüm yolu sunmayan yöntemlere başvurmaktadır. Bu bağlamda KZVD çocukluk çağı olumsuz yaşantılarıyla baş etmek için kullanılan bir mekanizma olarak nitelendirilmektedir (Connors, 1996). Çocukluk çağı travma yaşantılarının ardından duygu düzenlemede güçlük yaşayan bireylerin baş edilemeyen kaygının bedensel acı ile yer değiştirilerek azaltılması amacı ile KZVD gerçekleştirdiğine dikkat çekilmektedir (Klonsky, 2007; Nock, 2010). Kendini cezalandırmak ya da duygusal sıkıntıların yoğunluğunu kontrol etmek amaçlarıyla da bireyin KZVD'ye başvurduğu bilinmektedir (Klonsky, 2011; Skegg, 2005). Mevcut çalışma bulguları da çocukluk çağı travma yaşantılarının sonuçlarıyla baş edebilmek için KZVD'nin bir yöntem olarak kullanıldığı bilgisini destekler niteliktedir.

Çocukluk çağı travması arttıkça KZVD sıklığı artmaktadır. Benzer şekilde çeşitli örneklerle yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmasının KZVD ile ilişkili bulunması mevcut çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir (Idig-Camuroglu ve Gölge, 2018; Saçarçelik vd., 2011; Zoroğlu vd., 2001). Zoroğlu vd. (2001) tarafından ergenlerde çocukluk dönemi travmaları ile KZVD, özkıyım girişimi ve dissosiatif yaşantıların sıklığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada çocukluk dönemi travmaları ile KZVD arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Çocukluk çağında yaşanan tüm ruhsal travmaların fiziksel sağlık ve ruh sağlığı üzerinde uzun süreli etkileri bulunmaktadır (Silverman vd., 1996). Yetişkinlikte kronik

hastalıklar, sağlık durumunda kötüleşme, sağlığı sürdürme ve koruma davranışlarında azalma ve ölüm oranlarının artışı çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkilendirilmektedir (Farley vd., 2001; Farley ve Keaney, 1997; Felitti vd., 1998). Çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismar yaşantısı olan kadınların istismara uğramayanlara göre daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir (Farley ve Keaney, 1997). Önemli kronik hastalıklardan biri olan kanser tüm dünyada görülen ve bireyin yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkileri bulunan bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireyin fiziksel olarak sağlıklı olma hali ile birlikte psikolojik dengesi değişmekte ve mutsuzluk, hüznün, yaşamdan zevk alamama, severek yapılan işlere karşı istekte azalma ve iştah değişikliklerinin yanında suçluluk duyguları, KZVD ya da özkıyım düşünceleri sıkça görülmektedir (Aydoğan vd., 2012). Bellur (2015) tarafından meme kanseri olan kadınlarla yapılan çalışmaya göre tanı öncesinde travma geçmişi olan hastaların travma deneyimi olmayanlara göre daha az travma sonrası gelişim gösterdikleri ortaya konmuştur. Çocukluk çağı travma yaşantısı olan bireyler için kanser hastalığı tedavi sürecini zorlaştırabilen başka bir travmatik deneyim olarak yaşanabilmektedir. Çocukluk çağında ruhsal travma yaşamış bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde kanser gibi yeni travmatik deneyimlerle karşılaştığında anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik sorunlar yaşama riskleri artmaktadır (Epping-Jordan vd., 1999; Goldsmith vd., 2010; Green vd., 2000). Bu olumsuzluklarla baş etmede etkin bilişsel, psikolojik ve sosyal desteklere sahip olmayan bireylerin KZVD'ye başvurma eğilimlerinin arttığı düşünülmektedir. Önceki travmaların olumsuz etkileri ve hastalığın getirdiği stres ile baş etme yöntemleri bireyin sahip olduğu destekler ve sorunları nasıl algıladığı ile ilişkilendirilmektedir (Bellur, 2015).

Güveli vd. (2017) tarafından ülkemizde meme kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travma yaşantısının tedavi sürecinde bireyin mücadeleci ruhunu azaltırken, süreci olumsuz yönde etkileyen çaresizlik ve umutsuzluk gibi belirtileri arttırdığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşam deneyimlerinin bireyin ruh sağlığı ve sorun çözme becerileri üzerindeki etkisi, bu yaşantıların kronik hastalıklara olan dolaylı etkisi ve en yaygın kronik hastalıklardan biri olan kanser hastalığının kendisinin yol açtığı yaşamsal zorluklar düşünüldüğünde KZVD'nin işlevsel olarak bozulmuş bir baş etme yöntemi olduğu düşünülmektedir.

Alanyazındaki konuya yönelik çalışmalarda duygusal ihmalin KZVD ile en güçlü ilişkiye sahip çocukluk çağı travma türü olduğu görülmüştür (Kaess vd., 2013; Van der Kolk vd., 1991). Öte yandan fiziksel ve duygusal istismarın da KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Aksoy ve Ögel, 2003; Glassman vd., 2007; Roy, 1978; Titelius vd., 2018). Mevcut çalışmada bulgularan duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar ile KZVD ilişkisinin

alanyazın ile uyumlu olduğu görülmektedir (Chapman vd., 2006; Yates vd., 2008). Bu travma türlerinin KZVD için ciddi bir risk oluşturduğunu öne süren çalışmalar dikkate alındığında mevcut çalışmadaki ilişkinin alanyazın ile karşılaştırıldığında daha düşük çıktığı görülmektedir. Mevcut çalışmada ölçek uygulaması sırasında katılımcıların çocukluk çağı travmalarını aktarmada güçlük yaşadıkları ve bazı travmatik deneyimleri normalleştirdikleri gözlemlenmiştir. Örneğin bazı katılımcıların ölçeğin fiziksel istismar alt boyutu ile ilgili maddeleri bu davranışları hak ettiğine inanmış bir biçimde, aile içi kurallar ve disiplin etme yöntemi gereği olarak gördüğü ve yanıtları gizlemeye eğilimli olduğu araştırmacının dikkatini çekmiştir. Bazı katılımcıların ise duygusal ihmali ölçek maddelere (örn. madde 28 Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.) kavramsal karşılığı olmadan yanıt verdikleri gözlemlenmiştir. Geçmişte her ne yaşanırsa yaşansın bugünden geriye dönük anlatımlarda bazı bireylerin deneyimlerini ailesinden taraflı olumlu şekilde aktardığı görülmüştür. Bu durum ölçek maddelerine verilen yanıtların gerçeği şeffaf bir şekilde yansıttığı varsayımının önüne geçmektedir.

Favazza ve Conterio (1989) kendine zarar veren bireylerin çoğunlukla mutsuz bir çocukluk geçirdiğini ve fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsüne sahip olduklarını ifade etmektedir. KZVD ve özkıyım girişiminin istismar yaşantısı olan bireylerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (Fink vd., 1995). Yates vd. (2008) cinsel istismarın yaşamın ilerleyen dönemlerinde 3'ten fazla kere KZVD gösterme olasılığını arttırdığını ve bu oranın fiziksel istismar yaşayanların oranından fazla olduğunu ifade etmektedirler. Çocukluk çağında cinsel istismar yaşantısı olan bireyin kendisine yönelik cezalandırma ihtiyacı, suçluluk, nefret ve utanç duyguları, olumsuz kendilik algısı, ihanete uğramış olma ve değersizlik düşünceleri nedeniyle kendine zarar verdiği bilinmektedir (Shapiro, 1987). Öte yandan alanyazında farklı bilgiler de mevcuttur. Maniglio'ya (2011) göre erken dönem cinsel istismar yaşantısı KZVD için temel bir belirleyici olmasa da anlamlı bir risk faktörü olmaktadır. Bazı çalışmalarda ise cinsel istismar yaşantısının KZVD için risk etkeni olmadığı ifade edilmektedir (Whitlock vd., 2006; Zoroğlu vd., 2003).

Mevcut çalışmada çocukluk çağı travmalarından fiziksel ihmal, cinsel istismar ve aşırı koruma türleri ile KZVD ilişkisinin zayıf olduğu görülmektedir. Alanyazındaki bazı çalışmalar mevcut çalışmanın bu bulgularını destekler niteliktedir. Titelius vd. (2018) cinsel istismar ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ifade ederken Klonsky ve Moyer'in (2008) birden çok çalışmayı inceledikleri çalışmalarında cinsel istismar ile KZVD arasında zayıf bir bağlantı olduğu belirtilmektedir. Cinsel istismar genellikle diğer ihmal ve istismar yaşantılarına kıyasla sayıca daha az tekrar eden bir niteliğe sahiptir (Kaplan vd., 1999;

Sullivan vd., 2006). Her ne kadar çocuğun ruh sağlığı üzerinde ciddi yıkıcı etkileri bulunuyor olsa da ölçme yöntemlerinin bu yıkımın etkilerini değerlendirmekten çok olayın yaşanıp yaşanmadığını ölçtüğü düşünülmektedir (Burns vd., 2010). Bu durum yalnızca bir kez de olsa yaşanmış bir cinsel istismarın şiddetinin ve bıraktığı etkinin göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarları çocuğun cezalandırılacağına ve terk edileceğine yönelik korkuları, utanç ve suçluluk duyguları nedeniyle çoğu zaman gizli kalmaktadır (Aktepe, 2009). Yetişkinlikte de bu nedenlerin devam etmesi olasılığı ile çoğu istismar bilgisinin paylaşılmadığı düşünülmektedir. Özellikle cinsel istismarın aile bireyleri tarafından gerçekleştirildiği durumların paylaşılması sırasında katılımcıların zorlandığı, sonrasında kimilerinin aile bireylerini savunucu tutum geliştirdiği gözlenmiştir. ÇÇTÖ maddelerinin Likert tipi oluşu da bireyin yaşadığı olayın etkilerini niceliksel olarak hafife almasına yol açabilmektedir. Örneğin çocukluk döneminde bir defa cinsel istismara maruz kalmış bir bireyin bununla ilişkili maddelere sıklık olarak az seviyede olduğunu düşündüğünden maruz kaldığı travmanın etkisini zayıflatarak yanıt verebildiği gözlenmiştir. Öte yandan araştırmada yer alan ölçekler katılımcılara araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Özellikle her ne kadar gizlilik ilkesine uyulacağı araştırmacı tarafından garanti edilmiş olsa da kanser tedavisi gören bireylerin bazı bilgileri şeffaflıkla paylaşmamış olma ihtimali söz konusu olmaktadır. Alanyazında çocuğun cinsel istismarının yaygınlığına yönelik çalışmalar incelendiğinde de benzer şekilde ortaya çıkan sonuçların tutarlılık göstermediği görülmüştür (Tıraşçı ve Gören, 2007; Yates vd., 2008). Tüm cinsel istismar yaşantılarının yalnızca %15'inin bildirildiği bilgisi bu oranın aslında çok daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (İşeri, 2008: akt. Aktepe, 2009). Bu durum ile ilişkili olarak mevcut çalışma sürecinde bireylerin yaşadığı durumu anlamlandıramaması, korku, suçluluk ya da utanç gibi nedenlerle gizlemesi, sahip olduğu kişiler arası ilişkilerin bozulmasından endişe etmesi ve üzerinden zaman geçmesiyle birlikte hatırlamak istememesi gibi nedenlerle katılımcıların cinsel istismar yaşantılarını yumuşatarak ve daha az ifade ettikleri gözlenmiştir. Bir başka deyişle çocukluk çağında maruz kalınan özellikle cinsel istismar yaşantılarının KZVD ile ilişkisinin elde edilen bulgulardan daha belirleyici bir noktada kalıyor olabileceği ancak bunun mevcut araştırmaya yansıtılamadığı düşünülmektedir.

Fiziksel ihmal ile KZVD ilişkisine yönelik bulgular ele alındığında alanyazında özellikle bu ilişkinin incelendiği çalışma bilindiği kadarıyla bulunmamaktadır. Fiziksel ihmal gerekli tıbbi yardımın reddedilmesi, geciktirilmesi, eğitim, beslenme, fiziksel ihtiyaçlar ve güvenlik konularında ilgisiz ve kayıtsız kalınması şeklinde tanımlanmaktadır (Güler vd., 2002). Yates vd. (2008) fiziksel ihmal yaşantısının KZVD'yi yordamadığını, Paivio ve McCulloch (2004) ise yordadığını ifade etmektedir. Mevcut çalışmada fiziksel ihmal ile

KZVD arasında ilişki olduğu görülmektedir. Öte yandan sağlıklı kontrol grubu bulgularına göre fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve aşırı koruma alt boyutları ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı görülmektedir. Katılımcıların fiziksel ihmal maddelerini yanıtlarken güçlük çektikleri gözlenmiştir. Ekonomik olarak yetersiz koşullarda çocukluk geçirmiş bireylerin fiziksel ihmalini normalleştirme eğiliminde oldukları gözlemi dikkat çekmektedir. Katılımcıların fiziksel ihmal olarak nitelendirilen davranışları ayırt edememesi, çocukluklarına yönelik ilgisiz davranışları mantığa bürümleri gibi nedenlerle fiziksel ihmale yönelik yanıtların olduğundan daha olumlu aktarıldığı gözlenmiştir. Bu ilişkinin incelendiği kısıtlı çalışmalar ışığında, fiziksel ihmalin ayrı olarak ele alması açısından mevcut çalışma bulgularının önemli bir niteliğe sahip olduğu düşünülmektedir.

Aşırı koruma alt boyutuna yönelik bulgular incelendiğinde, KZVDDE'nin "Duygu Düzenleme" alt boyutu ile ilişkili olduğu görülmektedir. Çocuklukta sosyal ilişkiler gelişimine engel olacak düzeyde müdahaleci ve engelleyici ortamlar çocuğun sosyal yeteneklerinin zayıflamasına ve çaresizlik duygularının artmasına neden olmaktadır. Bu bulgu duygu düzenleme güçlüklerinin çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasında aracı rolü olduğunu gösteren çalışmalar ile uyumlu görünmektedir (Erol, 2021; Sim vd., 2009; Thomassin vd. 2016). Bir başka ifade ile duygu düzenleme becerisinin gelişmemesi bireyin yaşama uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım veren tarafından kişisel alan ihtiyacına saygı gösterilmemesi, iletişime kapalı, engelleyici ortamların oluşturulması çocuğun duygu düzenleme becerisinin gelişmesine engel olmaktadır (Burns vd., 2010). Duygu düzenlemede güçlük yaşayan birey bu güçlüğü aşabilmek adına KZVD'ye başvurmaktadır (Gratz ve Chapman, 2007). Öte yanda mevcut çalışmada aşırı koruma ile sıkıntıyı somutlaştırma alt boyutları arasında ilişki bulunmuştur. Bu durum bireyin özgürlüğünün kısıtlandığı baskıcı ortamlarda meydana gelen içsel sıkıntıyı bedensel yaralama yoluyla somutlaştırma eğiliminde olabildiğini göstermektedir. Mevcut çalışmada çocukluk çağı travmalarından yalnızca aşırı korumanın KZVD'nin yaş gruplarıyla bağ kurma alt boyutu ile ilişkili olduğu görülmektedir. Olumsuz yönlü olan bu ilişki kişisel alan ihtiyacına saygı gösterilmeyen ortamların bireyin sosyalleşme çabasını körelterek sosyalliğini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Aşırı korumacı tutumlarla yalnızlaşan bireyler KZVD'yi yalnızlıklarını gidermek ya da sosyal beğeni toplamak amacı ile kullanmamaktadır. Aşırı koruma ile kişiler arası sınırlar ve özerklik alt boyutları ilişkileri de bu düşüncüyü destekler niteliktedir.

Araştırmada ele alınan değişkenlerin ve alt boyutlarının diğer değişkenler ile arasındaki ilişkileri inceleyebilmek amacı ile korelasyon analizi yapılmış ve değişkenler arası ilişkilerin temelde anlamlı olduğu görülmüştür. Oluşturulan hipotezler doğrultusunda

değişkenlerin aracılık etkisi incelenmiştir. Mevcut bulgular alanyazın kapsamında değerlendirildiğinde daha önce mevcut araştırmanın değişkenlerini bir arada inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan analiz sonuçlarında çocukluk çağı travmalarının KZVD'yi olumlu yönde, psikolojik dayanıklılığı ise olumsuz yönde yordadığı görülmüştür. Ancak psikolojik dayanıklılığın KZVD üzerinde ve üçlü ilişki içerisinde anlamlı bir etkisi bulunduğu söylenememektedir. Bu bulgu çalışmanın hipotezi ile uyumlu görünmemektedir.

Mevcut çalışmanın hipotezi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde ülkemizde Alpaydın (2023) tarafından yapılan ve çocukluk çağında travmaya yaşantısı olan ergenlerin güçlendirmesine yönelik gerçekleştirilen grup müdahale programının etkililiğini sınamayı amaçlayan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın arttıkça KZVD ve risk alma davranışlarının azaldığı ifade edilmektedir. Benzer şekilde Arslan (2016) tarafında gerçekleştirilen çalışmada da psikolojik dayanıklılığın KZVD gibi davranışsal problemlere karşı önleyici bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Klohn (1996) psikolojik dayanıklılık kavramını iç ve dış stres kaynaklarına karşı esneyebilme ve etkin bir uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlamaktadır. Psikolojik dayanıklılığın KZVD için koruyucu etken olduğunu saptayan bir çalışmada genç bireyleri KZVD'den korumak için psikolojik dayanıklılık düzeylerinin artırılmasına yönelik müdahalelerin önemi vurgulanmaktadır (Garisch ve Wilson, 2015). Benzer şekilde yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığın stresin olumsuz etkilerini hafifletebileceği ve yaşam kalitesini yükselteceğine yönelik çalışmalara rastlanmaktadır (Clear vd., 2020).

Baş çıkma becerilerindeki eksiklikler nedeniyle KZVD'ye başvuran bireylerin davranış sonrasındaki olumsuz duygular nedeniyle daha fazla olumsuz içsel deneyime ve tekrarında baş çıkma becerilerinin daha da azalmasıyla yeniden KZVD döngüsüne girdiği belirtilmektedir (Skegg, 2005). Benzer şekilde KZVD'nin alışkanlık haline gelmesiyle psikolojik dayanıklılık gibi kişisel baş çıkma kaynaklarının düzeyinin düştüğü ifade edilmektedir (Garisch ve Wilson, 2015). Bu bilgiler ile uyumlu olarak mevcut çalışmada da psikolojik dayanıklılık ile KZVD arasında ilişki görülmekte ancak çocukluk çağı travmaları ile KZVD arasında psikolojik dayanıklılığın aracılık ilişkisi bulunmamaktadır. Bu durumun nedeninin mevcut çalışma örnekleminin kısıtlılığı olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada üç grup kanser hastasının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelendiği analiz sonucunda hiç KZVD göstermeyen bireylerin daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu görülmektedir. Psikolojik dayanıklılık düzeyi en düşük grubun tanı sonrası KZVD gösterenler olduğu dikkat çekmektedir. Ölçeğin toplam puanının yanı sıra bu

bireylerin Kişisel Yeterlik, Maneviyata Eğilim ile Olumsuz Etkilere Karşı Tolerans alt boyutları da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar alanyazın bilgilerini destekler niteliktedir (Arslan, 2016; Canol, 2021). Psikolojik dayanıklılık değişmez ve katı bir özellik olmaktan çok risk etkenleri ve koruyucu etkenlerin etkisiyle gelişime açık, dinamik bir süreçtir (Luthar vd., 2000). KZVD döngüsüne hiç girmemiş kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin bu döngüye geçmişte girmiş olanlardan, geçmişte girenlerin de halen döngüde olanlardan yüksek çıkması psikolojik dayanıklılığın KZVD için koruyucu bir etken olabileceğini düşündürmektedir. Bir başka deyişle çalışmanın diğer sonuçları aracılığıyla psikolojik dayanıklılığın KZVD ihtimalini azalttığı yorumu yapılabilmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarında çocukluk çağı travmalarının KZVD'yi olumlu yönde yordadığı görülmüş ancak çocukluk çağı travmalarının bilişsel esneklik üzerinde ve bilişsel esnekliğin KZVD üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu doğrultuda aracı değişken analizi bulgularına göre bilişsel esneklik değişkeninin aracılık etkisi olmadığı görülmektedir. Bu bulgu çalışmanın dördüncü hipotezi ile uyumlu görünmemektedir. Alanyazında bilişsel esneklik ve KZVD ilişkisine yönelik araştırmaların yok denecek kadar az sayıda olduğu görülmektedir. Ülkemiz alanyazınında ise çocukluk çağı travmaları ve KZVD ile ilişkili olabileceği düşünülen çeşitli değişkenler arasında bilişsel esneklik yer almamaktadır. Her ne kadar bu ilişki ile ilgili henüz yeterince çalışma bulunmuyor olsa da elde edilen bulgular bilişsel esnekliğin KZVD ile olan ilişkisinde önemli bir yere sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bilişsel esneklik şartlar değiştiğinde etkisiz olan yöntemleri ısrarla tekrarlamak yerine yeni yöntemlere başvurarak yaşamsal uyumu arttıran bir sorun çözme becerisini ifade etmektedir (Canas vd., 2003; Martin ve Rubin, 1995). Ancak bu çözüm becerileri bireyi her zaman kendisi için en iyi seçeneği kullanmaya götürmeyebilmektedir. Örneğin alanyazında çevresinde özkıyım maruz kalmış bir bireyin özkıyımı bilişsel olarak uygulanabilir bir seçenek olarak değerlendirdiği, bunu dayanılmaz bir sıkıntı karşısında olası bir çözüm seçeneği olarak düşündüğü ifade edilmektedir (Miklin vd., 2019). İntihar davranışı bilişsel esnekliğin sunduğu bir çözüm olarak değerlendirildiğinde raporlanmış KZVD yaygınlığının özkıyım girişiminden önemli ölçüde fazla olduğu ve KZVD gösteren bireylerin önemli bir kısmının özkıyım girişimi göstermediği dikkat çekmektedir (Plener vd., 2009). Bu durum KZVD'nin bilişsel esnekliği düşük bireylerde daha yaygın olduğunu, artan bilişsel esneklik düzeyi ile bireylerin alternatif seçeneklere yönelme ihtimallerinin artabildiğini göstermekle birlikte bu seçimlerin her zaman sağlıklı olmayabileceğini de göstermektedir. Bu çerçevede bilişsel esneklik yalnızca özkıyım seçeneğinde değil farklı KZVD yöntemlerini deneyimleme konusunda da bireylere alternatif fikirler oluşturabileceği çıkarımı yapılabilmektedir.

Kube vd. (2020) düşük bireysel esneklik nedeniyle bireylerin yaşamsal olumsuzluklara sabitlendiğini ve KZVD döngüsüne alternatif çözümler üretemediğini ifade etmiştir. Mevcut çalışma bulguları da bilişsel esneklik becerileri düşük bireylerin KZVD puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Üç grup kanser hastasının bilişsel esneklik düzeyleri karşılaştırıldığında hiç KZVD göstermeyenlerin en yüksek düzeyde bilişsel esnekliğe sahip olduğu görülmektedir. Tanı öncesi KZVD göstermiş olanların bilişsel esneklik düzeyi ise tanı aldıktan sonra KZVD gösterenlerden yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda zorlayıcı yaşam olayları karşısında bireyin vereceği tepki bilişsel esneklikten etkilenmektedir. Bu yaşam olaylarının yarattığı stres karşısında bilişsel olarak esnek olmayan bireyler için kimi zaman tek seçenek KZV ile ilgili düşünceler olmaktadır. Bilişsel esnekliğin arttığı durumlarda bireyin alternatif seçenekleri görmeye ve çözüm üretmeye daha hazır olacağı düşünülmektedir.

Tüm bu tartışmalar ışığında ve bilişsel esnekliğin psikolojik sağlığın temel bileşenlerinden biri olduğu gerçeği de göz önünde bulundurulduğunda KZVD'yi anlamaya giden yolda bilişsel esnekliğin giderek önem kazanacağı düşünülmektedir. Düşük bireysel esnekliğin artırılmasının öneminin yanı sıra yüksek bilişsel esneklik seviyesinin bireyin sağlıklı kararlar alma yolundaki belirleyici diğer etkenler ile ilişkisinin incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarında çocukluk çağı travmalarının KZVD'yi olumlu yönde yordadığı görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının algılanan sosyal destekle ve algılanan sosyal desteğin KZVD ile olumsuz yönlü ilişkide olduğu bulunmuştur. Ancak üçlü ilişkinin bir arada incelendiği aracı değişken analizi modeli bulgularına göre algılanan sosyal destek değişkeninin aracılık etkisi olmadığı görülmektedir. Bu bulgu çalışmanın hipotezi ile uyumlu görünmemektedir.

Bireyin yaşamsal stresin zararlı etkileriyle baş edebilme gücünü arttıran ve psikolojik sağlığa önemli katkıları bulunan sosyal destek kaynakların ulaşılabilirliğine yönelik inancı algılanan sosyal destek düzeyini belirlemektedir. Mevcut çalışmanın bulguları alanyazında algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlık üzerindeki etkilerine yönelik çok sayıda çalışma ile uyumludur. Artan sosyal desteğin koruyucu bir rol üstlendiğini bulgulayan çalışmaların yanında azalan sosyal desteğin bazı psikolojik ve davranışsal bozukluklarla ilişkili bulunduğu çalışmalar da görülmüştür. Wolff vd. (2014) ergenlik döneminde artan saldırganlık düzeyi ile birlikte ergenlerin reddedilme, sosyal izolasyon ve kötü muamele yaşadığını ve sosyal desteğin azaldığını vurgulamıştır. Değerli (2015) tarafından ülkemizde 1120 lise öğrencisi ile yapılan

bir araştırma sonucunda da benzer şekilde KZVD gösteren ve göstermeyen ergenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı fark gözlemlenmiş, KZVD gösteren ergenlerin aileden, arkadaşan ve genel algılanan sosyal destek düzeylerinin KZVD gösteremeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmanın bulguları incelendiğinde hiç KZVD göstermemiş kanser hastalarının aileden algılanan, arkadaşan algılanan ve özel bir bireyden algılanan sosyal destek alt boyutlarının üçünde de anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu durum yetersiz algılanan sosyal destek düzeyinin KZVD için bir risk etkeni olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Nock ve Prinstein'in (2004) Sosyal Pekiştirme Modeli'ne göre KZVD kişiler arası ilişkilerin getirdiği bazı talepler ya da sorumluluklardan kaçınma ya da onları kontrol edebilme amacıyla bir baş etme becerisi işlevi görmektedir. Bu sayede birey sosyal çevresi üzerinde kontrol elde etmekte, olumsuz bile olsa bir tepki almakta, çevresindeki bireylerin değişmesini sağlamaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında kişiler arası ilişkilerin yeterli niteliklere sahip olmadığı, sosyal desteğin düşük algılandığı durumlarda bireylerin çevresindeki koşulları düzenleyebilmek amacıyla KZVD'ye başvurması kimi zaman işlevsel olabilse de bireyi KZVD döngüsünde ve ilişkilerinde yalnızlaştırdığı düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alanyazın taramasında kanser hastalarında çocukluk çağı travmaları ile KZVD ilişkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanser hastaları dışındaki örneklem gruplarıyla yapılan çalışmaların ise kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar arasında mevcut çalışmanın aracı ilişkilerini sorguladığı değişkenlerin bir arada olduğu bir çalışma bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan kanser hastaları tanı öncesi KZVD göstermiş, tanı sonrası KZVD göstermiş ve yaşamları boyunca hiç KZVD göstermemiş bireyler olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Araştırmaya ayrıca sağlıklı kontrol grubu da alınmıştır. Alanyazındaki diğer çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla kontrol grubunun olmadığı görülmüştür, mevcut çalışmanın kontrol grubuna sahip olmasının bir avantaj olarak alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Konu ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde KZVD'nin sorgulandığı grupların mevcut çalışmadaki kadar özelleştirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durumun mevcut çalışmanın KZVD'ye yol açan etkenleri açığa çıkarmada göstereceği faydanın yanı sıra KZVD'ye yönelik müdahale çalışmalarına da ışık tutacağı düşünülmektedir. Ortak bir yaşamsal stres etkeni karşısında, önceden de KZVD'yi bir sorun çözme yöntemi olarak kullanmış bireylerin bir kısmı bu eylemi sürdürürken diğer bireylerin bu yönteme tekrar başvurmamalarının hangi değişkenlerle ilişkili olabileceği araştırmanın sorduğu sorulardandır. Bu bağlamda bilişsel esneklik, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek değişkenlerindeki artışın bireyi ciddi bir yaşamsal stres karşısında KZVD döngüsüne girmekten koruyabildiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastaları ve kontrol grubuna araştırmacı tarafından ölçekler tek tek okunarak doldurulmuştur. Bu durumun başlıca nedeni tedavi esnasında hastaların damar yolu açık şekilde ölçek doldurmaya uygun fiziksel koşula sahip olmamalarıdır. Diğer bir neden ise katılımcıların yaş, eğitim süreleri ve ortam koşulları gibi etkenler nedeni ile çok maddeli ölçekleri doldurma konusunda zorlanacaklarının düşünülmesidir. Özellikle ülkemizdeki çalışmaların çoğunlukla üniversite ve lise öğrencileriyle ve çoğunlukla internet üzerinden ölçek dağıtma yöntemi ile yapıldığı görülmüştür. KZVD'nin ileriki yaşlarda da görülme ihtimali inceleme alanı dışında bırakılmıştır. Bu durum KZVD'nin sadece kendini ifade etme becerileri daha iyi olan gruplarda incelenmesine neden olmaktadır. Uluslararası alanyazındaki çalışmaların ise daha çok hastane ve adli kayıtlara erişim yoluyla gerçekleştirildiği

görülmektedir. Mevcut çalışmanın kanser hastası gibi daha ileri yaş gruplarıyla ve yüz yüze yapılmış olmasının alanyazına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ölçek maddelerinin araştırmacı tarafından okunması katılımcıların sordukları sorular karşısında ortak bir yanıtı sahip olmalarına ve ölçek maddelerinin herkesçe benzer anlamlar ifade etmesine olanak sağladığı düşünülmektedir. Özellikle kadın katılımcıların gerçekleştirdikleri eylemlerin KZVD olmadığını düşündükleri ve “kendine zarar verme” teriminin zihinlerinde farklı bir karşılık bulduğu gözlenmiştir. Bu davranışları gerçekleştiren kişilerin ölçek maddeleri ilk okunduğunda reddetmesi araştırmacının dikkatini çeken konulardan olmaktadır. Bu duruma neden olan etkenlerin başında sosyal beğenirlik etkisinin geldiği düşünülmekle beraber KZVD’nin normalleştirilmesi, KZV kavramının kavramsal karşılığının oluşmaması ve bu davranışların zarar verici sonuçlara yol açtığı bilgisine sahip olunmaması durumları da sıklıkla gözlenmiştir. Örneğin erkek katılımcılardan bazılarının kendini kesme davranışını, kadın katılımcılardan bazılarının ise kendini sert bir yere vurma davranışını ilk etapta inkâr ettikleri, ihtiyaç duyulması halinde araştırmacı tarafından yapılan açıklamanın ardından anımsadıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde ÇÇTÖ’de de kimi katılımcıların fiziksel ve cinsel şiddet ile ilgili soruların yanıtlarını olduğundan farklı yansıtmaya eğilimli olduğu, konu ile ilgili aydınlatıcı bilgiler doğrultusunda gerçeği yansıtan cevabı verdikleri görülmüştür. Bu bağlamda ölçek maddelerinin araştırmacı tarafından okunarak yanıtlanmasıyla şeffaf ve gerçeğe en uygun nitelikte bilgiye erişildiği düşünülmektedir. Bu kapsamda araştırma bulguları sadece ergenlik ve erken yetişkinliği değil daha ileriki yaşları da kapsadığından çocukluk çağı travmalarından KZVD’ye giden yolda alanyazına önemli katkılar sağladığı düşünülmektedir.

Tüm bilimsel çalışmalarda olduğu gibi mevcut çalışmanın da bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışmanın yapıldığı örneklemin özellikleri nedeni ile bazı zorlukları beraberinde getirmiştir. Kanser hastalarına tedavileri esnasında ölçek uygulamak hem hasta hem de araştırmacı açısından güçlükler yaşanmasına neden olmuştur. Her ne kadar hastanın yaşadığı güçlükler araştırmacı tarafından bertaraf edilebilse de hastane ortamından kaynaklı olarak görüşmenin kesilmesi, ilaçlı tedavinin sonlanması, bedensel zorlanmalar nedeni ile görüşmenin sonlandırılması, mevcut hastanenin taşınması ve hekim eksikliği gibi durumlar araştırmacının hedeflenen örnekleme ulaşmada yaşadığı zorluklardan sayılabilmektedir. Öte yandan araştırmada kullanılan ölçeklerin öz bildirime dayalı oluşu sosyal beğenirlik etkisiyle ya da araştırmacı kimliğine yönelik kendini gizleme isteğiyle katılımcıların yanıltıcı yanıtlar vermesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda özellikle çocukluk çağı travmaları ve KZVD’nin inceleneceği gelecek çalışmalarda

yarı yapılandırılmış görüşmelerden ve açık uçlu maddelerden faydalanmanın etkili olacağı düşünülmekte, mevcut çalışmanın konusuna ilişkin deneysel ve boylamsal çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KZVD'nin yapısını öğrenmede güçlü bir ölçme aracı olan KZVDDE'de bazı güncellemeler ve uyarlamalar yapılması gerekliliği düşünülmektedir. Davranış türlerinin çeşitlendirilmesi, gruplandırılması ve envanter puanlama gibi konularda ölçeğin geliştirilmesi davranışın alanyazında daha iyi anlaşılmasını ve araştırma alanının genişlemesini sağlayacağı düşünülmektedir. Davranışı daha iyi anlamının davranışı önleme noktasında taşıdığı önem göz ardı edilmemelidir.

Benzer şekilde ÇÇTÖ'nde de bazı güncellemeler yapılması önerilmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin sadece niceliksel olarak ölçülmesi travmanın kim tarafından, ne şiddette ve hangi süreyle oluşturulduğu gibi önemli etkenlerinin kör noktada kalmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle gelecek araştırmalarda özellikle çocukluk çağı travmaları için farklı ölçme yöntemlerine dayalı araçların geliştirilmesi önerilmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgular olumsuz çocukluk yaşantılarının, düşük psikolojik dayanıklılığın ve bilişsel esnekliğin KZVD için risk etkenleri olabileceğini göstermektedir. KZVD ile ilgili çalışmaların sınırlılığı davranışın risk etkenlerinin ve davranışı önleyici yolların araştırılmasının önemini artırmaktadır. KZVD'yi fark edebilme, KZVD'ye yol açan etkenleri anlayabilme ve erken müdahale yöntemleri geliştirme konularında özellikle erken ergenlik dönemindeki bireylerle temasta olabilecek tüm aile bireyleri ve kamu çalışanlarının bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Kanser gibi zorlayıcı hastalık dönemlerinde yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanmak beraberinde bireyde yoğun duygusal bunalımların yaşanmasına, bireyin olumsuz duygulanımla başa çıkma yöntemi olarak KZVD'ye başvurmasına neden olabilmektedir. Yaşamı tehdit eden hastalıklarda bireyin kendi bedenini tahrip etme yolu ile duygusal rahatlamayı sağlaması ihtimali gözden kaçırılmamalıdır. Bireylerin KZVD'ye başvurmalarına engel olabilmek adına, hem çalışma örnekleminin temsil ettiği kanser gruplarında hem de KZVD'nin görülme sıklığının yüksek olduğu suça yatkın gruplarda bilişsel esnekliğin, psikolojik dayanıklılığın artırılmasına yönelik programların ve sosyal destek ağlarının oluşturulması önerilmektedir. Bu bağlamda özellikle geçmişinde KZVD döngüsü olan bireylerin yakınlarının ve hasta ile çalışan ruh sağlığı uzmanlarının bu konuda bilgilendirilmesinin fayda sağlayacağı düşünülmektedir. KZVD'yi anlamak yalnızca bir halk sağlığı sorununu ele almakla kalmamakta aynı zamanda alanyazında bulguların suça

karişma ve KZVD döngüsüne de ışık tutmaktadır. Hastane çalışanlarının yanı sıra bulundukları ortamda KZVD'nin sık görülmesi nedeni ile cezaevi çalışanları da bilgilendirilmeli ve bireylere nasıl bir yaklaşım sergilemeleri gerektiği konusunda aydınlatılmalıdır.

Çocukluk çağında maruz kalınan olumsuz yaşantıların bireyin ilerleyen dönemindeki psikolojik sağlığını etkilediği bilinmektedir. Güvenli bir alana sahip olmayan ve kendini sürekli korumak zorunda olduğu bilgisini edinen çocuk kimi zaman bunu yaparken suça yönelen davranışlar sergileyebilmektedir. Çocukluk çağı travmalarının suça yönelik eylemlerde yordayıcı olduğu ifade edilmektedir (Solomon vd., 2014). Çoğu zaman kişinin çevresindekilere yönelen bu şiddet eylemleri kimi zaman kişinin kendine yönelik saldırganlık şeklinde de görülebilmektedir. Bir başkasına karşı gerçekleştirilen suç eylemlerinin bilişsel ve psikolojik süreçleri araştırılırken bireyin kendisine yönelik şiddetin temelinde yatan etkenlerin de incelenmesi, bu suçların engellenebilmesi ve önleyici tedbirlerin geliştirilebilmesi açısından önem arz etmektedir.

Son olarak mevcut çalışmadaki aracılık ilişkisine dair bulgular göz önüne alındığında her ne kadar aracılık ilişkisini kanıtlamak mevcut araştırmanın ulaşmak istediği bir sonuç olsa da hatasız ölçümlemenin mümkün olmaması bu durumu güçleştirmektedir. Öte yandan örneklem hacmi de aracılık ilişkilerinde önemli bir konu olmaktadır (Gürbüz ve Bayık, 2021). Mevcut çalışmadaki değişkenlerin aracılık etkisinin gelecek çalışmalarda örneklem hacminin artırılarak ölçülmesi halinde anlamlı olma ihtimalinin artacağı düşünülmektedir. Öte yandan alanyazında aracılık ilişkisinde yalnızca toplam ve doğrudan etkilere odaklanmanın araştırmada bulgularan diğer ilişkilerin gözden kaçırılmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Gürbüz ve Bayık, 2021). Baron ve Kenny (1986) temel değişkenler arasında ilişki saptanmadığında aracılık etkisinin de olmayacağını ifade etmektedir. Bu durum birbiri ile ilişkili bulunan çocukluk çağı travmaları ve KZVD ilişkisindeki aracı etkenlerin neler olabileceği ile ilgili merak uyandırmaktadır. Bu anlamda birbiri ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerin ilk bakışta fark edilemeyen aracılık etkilerini farklı örneklemlemlerle ve gelişen yöntemlerle tespit etmeye çalışmanın önem kazandığı düşünülmektedir. Bu nedenle mevcut çalışma bulguları ve alanyazındaki bilgiler bir arada değerlendirildiğinde gelecek çalışmalar için olası baskılayıcı değişkenlerin de modele dahil edilmesi ve örneklem hacminin genişletilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adler, P. A., & Adler, P. (2011). *The tender cut: Inside the hidden world of self-injury*. NY: NYU Press.
- Aghajani, S., Khoshsorour, S., & Taghizadeh Hir, S. (2021). The effects of holographic reprocessing therapy on cognitive flexibility and posttraumatic growth in women with breast cancer. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 24(1), 108-121.
- Aghayousefi, A., Tarkhan, M., Mohammadi, N. & Afshar, H. (2017). The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in chronic pain patients. *Health Psychology*, 5(17), 23-38.
- Akdoğan, R. ve Türküm, A.S. (2014). Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 375-388.
- Aksel, Ş. ve Yılmaz Irmak, T. (2005). *Review of child abuse and neglect literature in Turkey*. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect, 11-14.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 226-236.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2005). Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 163-169.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95-119.
- Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: Some practical guidelines. *Journal of Mental Health*, 4(3), 243-250.
- Alpaydın, İ. (2023). *Çocukluk çağında travmaya maruz kalmış ergenleri güçlendirmeye yönelik grup müdahale programının etkililiği: psikolojik sağlamlık, benlik saygısı, risk alma ve kendine zarar verme* [Yüksek Lisans Tezi]. Bahçeşehir Üniversitesi.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV: Fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Kenady, D. E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(1), 69-78.

- Andrykowski, M. A. & Manne, S. L. (2006). Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 93-97.
- Angelotta, C. (2015). Defining and refining self-harm: A historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 75-80.
- Aral, N. ve Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmali ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.
- Arslan, R. (2016). Çocukluk dönemi duygusal istismarı ile depresyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne ilişkin bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19, 202-210.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.
- Asnaashari, K. & Ghasemi, S.A. (2014). Comprehensive guide for patients with breast cancer: Diagnosis, treatment, nutrition, social and psychological problems. Tehran: Tabib.
- Aşut, G. (2020). *Covid-19 pandemisi sırasında tedavi almakta olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler* [Yüksek lisans tezi]. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N. K., Baltarlı, B., Karadağ, R. F., Özdel, O., & Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152.
- Ayar, T. (2018). *Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi*. [Yüksek lisans tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydoğan, Ü., Çetin Doğaner, Y., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., ... & Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.
- Babiker, G., & Arnold, L. (1997). *The language of injury: Comprehending self-mutilation*. New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Bahar, G., Savaş, H. A. ve Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Baral, I., Kora, K., Yüksel, Ş. ve Sezgin, U. (1996). Cinsel istismara uğramış erişkin kadınlarda kendine zarar verme davranışı ve tedavisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33, 49-54.

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Basım, H. N. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Başer, Z. (2006). *Aileden algılanan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Baumrind, D. (1995). *Child maltreatment and optimal caregiving in social contexts*. New York: Garland Publishing, Inc.
- Bayar, Ö. ve Doğan, T. (2024). Çocuk istismarı ve ihmali sonrası psikolojik sağlamlık: koruyucu faktörlere dair sistematik inceleme. *Psikoloji Çalışmaları*, 44(1), 1-33.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Beck, J. S. (1995). *Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi*, (N. Hisli Şahin, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beck, S. J. (2001). *Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi*, (N. Hisli Şahin, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bellur, Z. (2015). *Meme kanseri hastalarında çevresel bireysel ve olaya dair faktörlerin travma sonrası gelişim ile ilişkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656.
- Ben-Zion, Z., Fine, N. B., Keynan, N. J., Admon, R., Green, N., Halevi, M., ... & Shalev, A. Y. (2018). Cognitive flexibility predicts PTSD symptoms: observational and interventional studies. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 477.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T.,...Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169 -190.
- Bildik, T., Somer, O., Kabukçu Başay, B., Başay, Ö., ve Özbaran, B. (2013). Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(1), 49-57.

- Blackadar, C. B. (2016). Historical review of the causes of cancer. *World Journal of Clinical Oncology*, 7(1), 54.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ. ve Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 44, 189-195.
- Boyle, P., & Levin, B. (2008). *World cancer report 2008*. Lyon: IARC Press.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., & Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 235-239.
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. & Reid, T. A. (Ed.). *The APSAC handbook on child maltreatment* (ss. 175–203). CA: Sage Publications, Inc.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-8.
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819.
- Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E., & Bozo, Ö. (2012). Mediating role of coping in the dispositional optimism–posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *The Journal of Psychology*, 146(5), 471-483.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735-746.
- Canas, J. J., Fajardo, I., & Salmeron, L. (2006). Cognitive flexibility. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*, 1(3), 297-301.
- Canas, J.J., Quesada, F.J., Antoli, A. & Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46, 482-501.
- Cankaya, B., Talbot, N. L., Ward, E. A., & Duberstein, P. R. (2012). Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), 45-51.
- Canol, T. (2021). *Depresif bozukluk tanısı olan ergenlerde kendine zarar verme davranışının dürtüsellik, emosyon regülasyonu, psikolojik sağlamlık ve yürütücü işlevler ile ilişkisinin araştırılması*. [Tıpta Uzmanlık Tezi] Manisa Celal Bayar Üniversitesi.

- Carbone, M., Arron, S. T., Beutler, B., Bononi, A., Cavenee, W., Cleaver, J. E., ... & Yang, H. (2020). Tumor predisposition and cancer syndromes as models to study gene–environment interactions. *Nature Reviews Cancer*, 20(9), 533-549.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., & Shmidheiser, M. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58-71.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). *Child maltreatment in the United Kingdom*. London: NSPCC.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W. & Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1282-1284.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
- Chen, W. Y., Propp, J., Delara, E., & Corvo, K. (2011). Child neglect and its association with subsequent juvenile drug and alcohol offenses. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(4), 273-290.
- Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, C., & Davis, H. (1991). Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 202-207.
- Claassen, C.A., Trivedi, M.H., Shimizu, I., Stewart, S., Larkin, G.L. ve Litovitz, T. (2006). Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 192-212.
- Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 5-18.
- Clear, S. J., Gardner, A. A., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2020). Common and distinct correlates of depression, anxiety, and aggression: Attachment and emotion regulation of sadness and anger. *Journal of Adult Development*, 27, 181-191.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Comer, R., & Laird, J. D. (1975). Choosing to suffer as a consequence of expecting to suffer: Why do people do it? *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(1), 92-101.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.

- Contantin, M., Mussu, M. ve Viterboli, P. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: Validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7121-127.
- Cross, L. W. (1993). Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(1), 41-68.
- Crosson Tower, C. (1989). Understanding child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 28(3), 354-355.
- Crowley, B. J. (1997). *The relationship between hardiness and responses to life events in adulthood* [Yüksek Lisans Tezi]. University of North Texas.
- Çadircıoğlu, M. K., & Aladağ, M. (2024). Mahkumların kendine zarar verme davranışlarının işlevini yordamada duygu düzenleme güçlüklerinin ve başa çıkma tutumlarının rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 39(93).
- Çelik, G., Tahiroğlu, A. ve Avcı, A. (2008). Ergenlik döneminde beynin yapısal ve nörokimyasal değişimi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 42-47.
- Çuhadaroğlu, A. (2013). Predictors of cognitive flexibility. *Cumhuriyet International Journal of Education*, 2(1), 86-101.
- Dağ, İ. ve Gülüm, V. (2013). Yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel özelliklerin aracı rolü: bilişsel esneklik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 240-247.
- Dane, E. ve Olgun, N. (2016). Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 43-54.
- Darke, S. & Torok, M. (2013). Childhood physical abuse, non-suicidal self-harm and attempted suicide amongst regular injecting drug users. *Drug and alcohol dependence*, 133(2), 420-426.
- Darosh, A. G., & Lloyd-Richardson, E. E. (2013). Exploring why students self-injure: The functions of nonsuicidal self-injury. *School Psychology Forum: Research in Practice*, 7(4), 111–120.
- Değerli, F. İ. (2015). *Ergenlerde kendine zarar verme davranışının risk alma davranışı ve algılanan sosyal destek açısından incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(3), 219–231.
- Demirci, E. (2018). Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation?. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 53, 17-21.

- Demirel, S. ve Canat, S. (2004). Ankara'daki beş eğitim kurumunda kendini yaralama davranışı üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 12(3), 1-9.
- Dennis, J. P., & Van der Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 241-253.
- Deveney, C.M, & Deldin, P.J.(2006). A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and nonpsychiatric controls. *Emotion*, 6, 429-437.
- Dilsiz, H. ve Mağden, D. (2015). Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi ve risk tanıma düzeylerinin tespit edilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1, 678-694.
- Diril, A. (2011). *Lise öğrencilerinin bilişsel esneklik düzeylerinin sosyodemografik değişkenler ve öfke düzeyi ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişki açısından incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Dülger, H. E., Tokdemir, M., Tezcan, E. A., Kuloğlu, M. ve Doğan, I. (1997). Elazığ ıslah evindeki çocuk ve ergen hükümlülerde kendini yaralama davranışı. *Düşünen Adam*, 10(4), 18-21.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42 (2), 73–82.
- Egeland, B., Jacobvitz, D. & Sroufe, L. A., (1988). Breaking The Cycle Of Abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). Factorial structure, validity, and reliability of the multidimensional scale of perceived social support. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.
- Eminağaoğlu, N. (2006). *Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık (sağlamlık)*. [Yayınlanmamış doktora tezi]. Ege Üniversitesi.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Erdoğan, E. (2015). Tanrı algısı, dini yönelim biçimleri ve öznel dindarlığın psikolojik dayanıklılıkla ilişkisi: Üniversite örnekleme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(29), 223-246.
- Erdoğdu, M. ve Kışlak, Ş. (2023). Psikotraumatojik açıdan öfkeyi yordayan şema alanlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 108-116.
- Eren, O. Ö. (2017). Kanser taramaları ve kanserden korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 7-14.
- Eren, O. Ö. (2017). Kanser taramaları ve kanserden korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 7-14.

- Erol, Y. (2021). *Çocukluk Çağı Travması ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stres Toleransı, Öz-Şefkat ve Öz Tiksinişinin Aracı Rollerinin İncelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957-979.
- Evren, C., Cinar, O., Evren, B., & Celik, S. (2012). Relationship of self-mutilative behaviours with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 200(1), 20-25.
- Farley, M. & Keaney, J. C. (1997). Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood sexual assault. *Women & Health*, 25(3), 33-45.
- Farley, M., Minkoff, J. R., & Barkan, H. (2001). Breast cancer screening and trauma history. *Women & Health*, 34(2), 15-27.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Psychiatric Services*, 40(2), 137-145.
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Maryland: Jhu Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R. ve Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134-140.
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(4), 352-361.
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3), 252-269.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329-1335.

- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 31-53.
- Fontenelle, L., Marques, C., Engelhardt, E. & Versiani, M. (2001). Impaired set-shifting ability and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(4), 508-510.
- Ford, E. S., Bergmann, M. M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition-potsdam study. *Archives of Internal Medicine*, 169(15), 1355-1362.
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T. & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163-173.
- Francazio, S. K. & Flessner, C. A. (2015). Cognitive flexibility differentiates young adults exhibiting obsessive-compulsive behaviors from controls. *Psychiatry Research*, 228(2), 185-190.
- Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., & Wohl, M. (1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 179.
- Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 28, 1-11.
- Garmezy, N., & Streitman, S. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 1(8), 14-90.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update. Boston: Pearson.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., Naylor, M. & Ghaziuddin, N. (1992). Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatrica*, 55(2), 103-105.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256-263.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.
- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gizir, C. A. (2004). *Academic resilience: An investigation of protective factors contributing to the academic achievement of eight grade students in poverty*. [Doktora Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490.
- Goldsmith, R. E., Jandorf, L., Valdimarsdottir, H., Amend, K. L., Stoudt, B. G., Rini, C., ... & Bovbjerg, D. H. (2010). Traumatic stress symptoms and breast cancer: The role of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 465-470.
- Goldstein, A. L., Flett, G. L., Wekerle, C., & Wall, A. M. (2009). Personality, child maltreatment, and substance use: Examining correlates of deliberate self-harm among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(4), 241-251.
- Gómez Penedo, J. M., Rubel, J. A., Blättler, L., Schmidt, S. J., Stewart, J. & Egloff, N. (2020). The complex interplay of pain, depression, and anxiety symptoms in patients with chronic pain: a network approach. *The Clinical Journal of Pain*, 36(4), 249-259.
- Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmeline genel bir bakış. *TSA Dergisi*; 10: 47-76.
- Gratz, K. L. & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14.
- Green, A. (1996) Child sexual abuse and incest. Lewis, M. (Ed.). *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. (ss. 1041-1048). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Green, A. H. (1991). Factors contributing to false allegations of child sexual abuse in custody disputes. *Child & Youth Services*, 15(2), 177-189.
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Epstein, S. A., Stockton, P., Spertus, I., & Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18(5), 1084-1096.
- Greene, C.A., Ford, J.D., Wakefield, D.B., ve Barry, L.C. (2014). Posttraumatic stress mediates the relationship between childhood victimization and current mental health burden in newly incarcerated adults. *Child Abuse Neglect*, 38, 1569-1580.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842-849.
- Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., Philibert, R. A., & Hollenbeck, N. (2011). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice*, 39(3), 238-245.

- Guveli, H., Guveli, M. E., Sen, F., Oflaz, S., Gurdal, N., Tambas, M., ... & Ozkan, M. (2017). Effect of the childhood trauma on the adjustment to cancer in the patients with breast cancer. *Breast Cancer*, 24, 544-551.
- Güçlü, O., Karaca, O., Yıldırım, B., Özköse, M. M., & Erkıran, M. (2011). Bipolar bozuklukta içgörü ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 230-238.
- Gül, C. (2015). *Madde bağımlılığının çocukluk dönemi ihmal ve istismar ile ilişkisinin incelenmesi ve buna bağlı olarak kasıtlı kendine zarar verme davranışları*. [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gül, S. K., & Güneş, İ. D. (2009). Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 80-101.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z. ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3), 128 – 134.
- Gülüm, I. V., ve Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 216-223.
- Günel Okumuş, H. (2023). *Trikotillomani tanısı olan ergenlerde dürtüsellik: Klinik ve nöropsikolojik özelliklerin incelenmesi*. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Gündüz, B. (2013). Bağlanma stilleri, akılcı olmayan inançlar ve psikolojik belirtilerin bilişsel esnekliği yordamadaki katkıları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(4), 2071-2085.
- Güngörmüş, K., Okanlı, A. ve Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 9-14.
- Gürbüz, S. ve Bayık, M. E. (2021). Aracılık modellerinin analizinde yeni yaklaşım: Baron ve Kenny'nin yöntemi hâlâ geçerli mi? *Türk Psikoloji Dergisi*, 37(88), 1-14.
- Güz, H., Dodanay, Z., Çolak, E., Tomaç, A., Sarısoy, G. ve Özkan, A. (2003) Konversiyon Bozukluğunda çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, 80-85.
- Hallet, J., Sutradhar, R., Isenberg-Grzeda, E., Noel, C. W., Mahar, A. L., Vigod, S. N., ... & Hong, K. (2022). Association of patient-reported outcomes with subsequent nonfatal self-injury after a new cancer diagnosis. *JAMA Oncology*, 8(5), e220203-e220203.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495.
- Han, T. J., Felger, J. C., Lee, A., Mister, D., Miller, A. H., & Torres, M. A. (2016). Association of childhood trauma with fatigue, depression, stress, and inflammation in breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 25(2), 187-193.

- Hancı, İ. H. (2002). *Adli tıp ve adli bilimler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hardman, A., Maguire, P., & Crowther, D. (1989). The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *Journal of psychosomatic research*, 33(2), 235-239.
- Harford, T. C., Yi, H. Y., & Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among US adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1389-1398.
- Harrington, R., Loffredo, D. A., & Perz, C. A. (2014). Dispositional mindfulness as a positive predictor of psychological well-being and the role of the private self-consciousness insight factor. *Personality and Individual Differences*, 71, 15-18.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Helsen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Helvacı Çelik, F. G. & Hocaoglu, Ç. (2017). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 209-226.
- Herman, J.L. (2007). *Travma ve iyileşme*. (Çev. T. Tosun). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 57-68.
- Herpertz, S., Sass, H. ve Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 451-465.
- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 129-140.
- Hicks, K. M., & Hinck, S. M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 408-413.
- Higgins, M. (2015). *Teen self-injury*. Minnesota: Abdo Publishing.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254.
- Holmqvist, R., Carlberg, M. ve Hellgren, L. (2008). Deliberate self-harm behaviour in Swedish adolescent girls reports from public assessment and treatment agencies. *Child and Youth Care Forum*, 37(1), 1-13.
- Honor, G. (2017). Resilience. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(3), 384-390.

- Horton, C. B., & Cruise, T. K. (2001). *Child abuse and neglect, the school's response*. New York: The Guilford Press.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison Wesley Publishing Company.
- IBM Corp. Released (2021). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Idig-Camuroglu, M., & Gölge, Z. B. (2018). Non-suicidal self-injury among university students in Turkey: the effect of gender and childhood abuse. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 410-420.
- International Society for the Study of Self-Injury (2023). *What is self-injury?*<https://www.itriples.org/aboutnssi/what-is-self-injury>.
- İşler, D. Y. (2018). *Erken dönem uyumsuz şemalar ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişki: Duygu düzenleme ve kişiler arası ilişki tarzlarının aracı rolü*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- James, K., Stewart, D., Wright, S. ve Bowers, L. (2012). Self harm in adult inpatient psychiatric care: a national study of incident reports in the UK. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1212-1219.
- Janusek, L. W., Tell, D., Albuquerque, K., & Mathews, H. L. (2013). Childhood adversity increases vulnerability for behavioral symptoms and immune dysregulation in women with breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 30, 149-162.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of suicide research*, 17(1), 1-19.
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2015). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective* (ss.. 6-21). New York: SAGE Publications.
- Jiang, Y., You, J., Hou, Y., Du, C., Lin, M. P., Zheng, X., & Ma, C. (2016). Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *Journal of Adolescence*, 53, 107-115.
- Johnson, B. T. (2016). *The relationship between cognitive flexibility, coping and symptomatology in psychotherapy*. [Doktora Tezi]. Marquette University.
- Johnson, C.F. (2000) Abuse and neglect of children. Behrman, R.E., Kleigman, R.M. & Jenson, H.B. (Ed.). *Nelson textbook of pediatrics*. (ss. 110-114). Philadelphia: WB Saunders Company.

- Johnson, J. L. & Wiechelt, S. A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use & Misuse*, 39(5), 657-670.
- Kabukçu Başay, B., Başay, Ö., Bildik, T., Özbaran, B., Kandulu Olcay, R., Öztürk, Ö., Somer, O., Tamar, M. & Aydın, C. (2017). The nature, functions, and related risk factors of non-suicidal self-injury among turkish high school students. *Arch Neuropsychiatry*, DOI: 10.5152/npa.2016.12553.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 265-272.
- Kam, D., Salib, A., Gorgy, G., Patel, T. D., Carniol, E. T., Eloy, J. A., ... & Park, R. C. W. (2015). Incidence of suicide in patients with head and neck cancer. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 141(12), 1075-1081.
- Kamen, C., Scheiber, C., Janelins, M., Jo, B., Shen, H., & Palesh, O. (2017). Effects of childhood trauma exposure and cortisol levels on cognitive functioning among breast cancer survivors. *Child Abuse & Neglect*, 72, 163-171.
- Kanbur, N. ve Akgül, S. (2010). Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 32 (4), 491-502.
- Kanzawa-Lee, G. A., Knoerl, R., Williams, D. A., Clauw, D. J., Bridges, C. M., Harte, S. E., ... & Smith, E. M. L. (2020). Childhood trauma predicts cancer treatment–related pain in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 43(4), E207.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(26), 129-142.
- Kararımak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356.
- Karbalaie, M., Yazdanbakhsh, K. & Karimi, P. (2021). Predicting psychological well-being based on emotion regulation, cognitive flexibility and mindfulness in cancer patients. *Health Psychology*, 10(37), 141-160.
- Kayış, A. (2009). Güvenirlilik analizi. Kalaycı, Ş. (Ed.). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara: Asil Yayıncılık.

- Kef, S. (1997). The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91(3), 236-244.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller, W. & Silver, H.K. (1985). The Battered – Child syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 9, 143-154.
- Kemperman, I., Russ, M.J., & Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 11(2), 146-157.
- Kenny, D. T., Lennings, C. J., & Munn, O. A. (2008). Risk factors for self-harm and suicide in incarcerated young offenders: Implications for policy and practice. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(4), 358-382.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47 - 48.
- Kinnear, K.L. (2007). *Childhood sexual abuse: A reference handbook*. California: Bloomsbury Publishing.
- Kiran-Esen, B. K., Özcan, H. D., & Sezgin, M. (2017). High school students' cognitive flexibility is predicted by self-efficacy and achievement. *European Journal of Education Studies*, 3(2), 143-150.
- Klaassen, Z., Wallis, C. J., Chandrasekar, T., Goldberg, H., Sayyid, R. K., Williams, S. B., ... & Kulkarni, G. S. (2019). Cancer diagnosis and risk of suicide after accounting for prediagnosis psychiatric care: A matched-cohort study of patients with incident solid-organ malignancies. *Cancer*, 125(16), 2886-2895.
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1067-1079.
- Klonsky, E. D. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260-268.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219.
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170.

- Klonsky, E. D., May, A. M. & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 839-850.
- Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J.A. & Rief, W. (2020). Distorted cognitive processes in major depression: A predictive processing perspective. *Biological Psychiatry*, 87(5), 388-398.
- Kuhlman, K. R., Boyle, C. C., Irwin, M. R., Ganz, P. A., Crespi, C. M., Asher, A., ... & Bower, J. E. (2017). Childhood maltreatment, psychological resources, and depressive symptoms in women with breast cancer. *Child Abuse & Neglect*, 72, 360-369.
- Kutchinsky, B. (Ed.). (1999). Çocukun Cinsel İstismarı: Yaygınlık, Müdahale ve Önleme Genel Bir Bakış. *Çocuk İstismarı ve İhmal* (ss. 163-167). Ankara: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği Yayınları.
- Kutluk, T. ve Kars, A. (2001). *Kanser konusunda genel bilgiler*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı.
- Kütük, M. Ö. ve Bilaç, Ö. (2017). Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. *Türkiye Klinikleri*, 3(3), 181-187.
- Langbehn, D. R. ve Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5(1), 45-51.
- Laumann-Billings, L., & Emery, R. E. (2000). Distress among young adults from divorced families. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 671-687.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3-13.
- Leitenberg, H., Gibson, L. E., & Novy, P. L. (2004). Individual differences among undergraduate women in methods of coping with stressful events: The impact of cumulative childhood stressors and abuse. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 181-192.
- Lewis, M. E. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

- Lewis, S. P., Mahdy, J. C., Michal, N. J., & Arbuthnott, A. E. (2014). Googling Self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 443-449.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 157(5), 415-423.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. NY: Guilford Press.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51-64.
- Lofthouse, N., & Yager-Schweller, J. (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(5), 641-645.
- Lounes, N., Khan, G. & Tchanturia, K. (2011). Assessment of cognitive flexibility in anorexia nervosa—self-report or experimental measure? A brief report. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(5), 925-928.
- Lowenthal, B., (2001). *Abuse And Neglect: The Educator's Guide To The Identification And Prevention Of Child Maltreatment*. Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co, Inc.
- Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
- Lülecı, S. (2007). *Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri*. [Uzmanlık Tezi]. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 2(2), 151-160.
- Lynch, T. R., & Mizon, G. A. (2011). Distress overtolerance and distress intolerance: A behavioral perspective. Zvolensky, M. J., Bernstein, A. & Vujanovic, A. A. (Ed.). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications* (ss. 52–79). NY: The Guilford Press.
- Lynch, T. R., & Mizon, G. A. (Ed.). (2011). *Distress overtolerance and distress intolerance: A behavioral perspective*. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications* (52–79).
- Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665-680. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.007

- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 30-41.
- Martin, J., Bureau, J. F., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M. F., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent–child relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170-180.
- Martin, M. M., & Anderson, C. M. (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11(1), 1-9.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76, 623-626
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. Tremblay, R. E., Barr, R. G., Peters, R. DeV., (Ed.). *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-6.
- Mathew, A. S., Davine, T. P., Snorrason, I., Houghton, D. C., Woods, D. W., Lee, H. J. (2020). Body-focused repetitive behaviors and non-suicidal self-injury: A comparison of clinical characteristics and symptom features. *Journal of psychiatric research*, 124, 115–122.
- Mbutitia, F. N., & Adeli, S. M. (2020). Building resilience: The invisible childhood emotional neglect. *Children and Teenagers*, 3(2), e93-e93.
- McLean, L. M., & Jones, J. M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(7), 603-616.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterlands of child abuse. *The Lancet*, 13, 343-345.
- Men, V. Y., Emery, C. R., Lam, T. C., & Yip, P. S. F. (2022). Suicidal/self-harm behaviors among cancer patients: a population-based competing risk analysis. *Psychological Medicine*, 52(12), 2342-2351.
- Miklin, S., Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Social Science & Medicine*, 233, 21-27.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.
- Miller, F., & Bashkin, E. A. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 43(4), 638–649.

- Misono, S., Weiss, N. S., Fann, J. R., Redman, M., & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), 4731-4738.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEweane, J. & Gills, C.R. (1998). Anxiety and Depression in Patients with Lung Cancer Before and After Diagnosis: Findings From a Population in Glasgow, Scotland. *J Epidemiol Community Health*, 52: 203-204.
- Motz, A. (2008). *The Psychology of Female Violence: Crimes against Body. Second edition*. New York: Routledge.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., & Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 83-87.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- Munkel, W. I. (1994). Neglect and abandonment. *Child maltreatment*. St. Louis: GW Medical Publishing.
- Murcray, C. E., Lewinger, J. P., & Gauderman, W. J. (2009). Gene-environment interaction in genome-wide association studies. *American Journal of Epidemiology*, 169(2), 219-226.
- Murphy, Y. E., Flessner, C. A., & Smith, A. C. (2016). Relationship of body-focused repetitive behavior disorders to OCD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3, 385-393.
- Nguyen, L., Hallet, J., Eskander, A., Chan, W. C., Noel, C. W., Mahar, A., & Sutradhar, R. (2023). The impact of a cancer diagnosis on nonfatal self-injury: a matched cohort study in Ontario. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 11(2), E291-E297.
- Nock, M. K. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616-623.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 159-168.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M. K. ve Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.

- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.
- Noel, C. W., Eskander, A., Sutradhar, R., Mahar, A., Vigod, S. N., Isenberg-Grzeda, E., ... & Coburn, N. G. (2021). Incidence of and factors associated with nonfatal self-injury after a cancer diagnosis in Ontario, Canada. *JAMA network open*, 4(9), e2126822-e2126822.
- Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 145-158.
- O'Dougherty Wright, M. (2007). The long-term impact of emotional abuse in childhood: Identifying mediating and moderating processes. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 1-8.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008). Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 57-63.
- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., ... & Tiras, B. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 25(2), 279-290.
- O'Rourke, K. (2022). Patients with cancer have a higher suicide risk: Two new reports conclude that people with cancer are at higher risk for suicide and self-harm: Two new reports conclude that people with cancer are at higher risk for suicide and self-harm. *Cancer*, 128(18), 3275-3276.
- Osuch, E. A., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry*, 62(4), 334-346.
- Örnek, H. (2018). *Algılanan Ebeveyn Tutumları Ve İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisinde Duygu Düzenleme'nin Aracı Rolünün İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Öz, F. ve Yılmaz, E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Öz, S. (2012). *Ergenlerin cinsiyet, sosyo-ekonomik ve öğrenim kademesi düzeylerine göre bilişsel esneklik, uyum ve kaygı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Özen, İ. (2022). *Depresyon belirtileri yüksek olan katılımcılarda çocukluk çağı travması ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkide kişilerarası duygu düzenlemenin aracı rolü* [Yüksek lisans tezi]. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi.
- Özkan, S. ve Armay, Z. (2007). *Psiko-Onkoloji: Yaş dönemleri ve kanser*. İstanbul: Novartis Oncology.

- Özsert, F., Kazak, M., Özdemir, E. A., ve Çok F. (2022). Üniversite öğrencilerinin duygusal ihmal kavramına ilişkin metaforik algıları. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 5(10), 69-85.
- Öztürk, Ö. (2013). *İntihar olasılığı ve aile işlevselliği arasındaki ilişkide bilişsel esneklik ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenlerinin aracı rolü* [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Paivio, S. C. & McCulloch, C. R. (2004) Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339-354.
- Palm, K. M. & Follette, V. M. (2011). The roles of cognitive flexibility and experiential avoidance in explaining psychological distress in survivors of interpersonal victimization. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 79-86.
- Park, Y., & Ammerman, B. A. (2023). For better or worse?: The role of cognitive flexibility in the association between nonsuicidal self-injury and suicide attempt. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 157-164.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Petrenchik, T., & Weiss, D. (2015). Occupational therapy's role in mental health promotion, prevention, & intervention with children and youth childhood trauma. <http://www.aota.org/-/media/corporate/files/practice/children/schoolmhtoolkit/childhoodtrauma.pdf>.
- Pizarro, R. A., & Billick, S. B. (1999). Current issues in child abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(6), 665-668.
- Plant, M., Plant, M. & Miller, P. (2005). Childhood and adult sexual abuse: relationships with 'addictive' or 'problem' behaviours and health. *Journal of Addictive Diseases*, 24(1), 25-38.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549-1558.
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve şiddet*. İstanbul: Der Yayınları.
- Polat, O. (2004). *Klinik Adli Tıp*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. Nock, M. K. (Ed.) *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (ss. 7-22). NY: Oxford University Press.

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36, 717-731.
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Raiisi, F., Raiisi, H., & Kolivand, M. (2022). Predicting pain catastrophizing based on pain anxiety symptoms and cognitive flexibility in cancer patients. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 7(3), 772-777.
- Reddy, M. K., Pickett, S. M. & Orcutt, H. K. (2006). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*, 6 (1), 67-85.
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2543-2548.
- Roy, A. (1978). Self-mutilation. *The British Journal of Medical Psychology*, 51(2), 201-203.
- Rozenman, M., Peris, T. S., Gonzalez, A., & Piacentini, J. (2016). Clinical characteristics of pediatric trichotillomania: comparisons with obsessive-compulsive and tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 124-132.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H. ve Yeşilbaş, D. (2011). The prevalence of deliberate self-harm behavior and its association with sociodemographic features in patients referred to secondary care psychiatric clinic for adolescents and young adults. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 253-264.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. (2020). *Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi* (Versiyon 1.0). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1170 ISBN: 978-975-590-771-0
- Salmon, P., Hill, J., Krespi, R., Clark, L., Fisher, J., & Holcombe, C. (2006). The role of child abuse and age in vulnerability to emotional problems after surgery for breast cancer. *European Journal of Cancer*, 42(15), 2517-2523.

- Sapmaz, F., & Doğan, T. (2013). Assessment of cognitive flexibility: Reliability and validity studies of Turkish version of the Cognitive Flexibility Inventory. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 46(1), 143-162.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 51-71.
- Sevim, E. (2018). *Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Okan Üniversitesi.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, 41(1), 46-54.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., & Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(1), 12–49.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(1), 5-29.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2022). Cancer statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 72(1), 7-33.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 73(1), 17–48.
- Sigerist, H. (1960). On the sociology of medicine. Roemer, M. (Ed.). New York: MD Publications.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 709-723.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19(1), 75-91.
- Simpson, C. A., & Porter, G. L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45(5), 428-438.
- Sintes, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, À., ... & Pascual, J. C. (2018). Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 46(4), 146-155.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483.

- Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., ... ve Akşit, S. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(1), 47-56.
- Solomon, B. J., Davis, L. E., & Luckham, B. (2014). The relationship between trauma and delinquent decision making among adolescent female offenders: Mediating effects. *Psychological Trauma and Juvenile Delinquency* (ss. 79-90). London: Routledge.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V. & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Stein, D. J., Christenson, G. A., & Hollander, E. (Ed.). (1999). *Trichotillomania*. Washington: American Psychiatric Association.
- Stoney, C. M., Owens, J. F., Matthews, K. A., Davis, M. C., & Caggiula, A. (1990). Influences of the normal menstrual cycle on physiologic functioning during behavioral stress. *Psychophysiology*, 27(2), 125-135.
- Sullivan, T. P., Fehon, D. C., Andres-Hyman, R. C., Lipschitz, D. S., & Grilo, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(2), 229-239.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
- Suyemoto, K.L. (1998) The functions of self mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Sürücü, M. ve Bacanlı, F. (2010). Üniversiteye uyumun psikolojik dayanıklılık ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30 (2), 375-396.
- Şahin, H., Kocamaz, D. ve Yıldırım, M. (2020). Kansere sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 136-141.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Parmis, F. & Türk Kurtça, T. (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51.
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardes, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2017). *Çocuk bakım kuruluşlarında çalışan personele yönelik istismar ile mücadele rehber kitapçığı*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (2010). *Türkiye' de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması*. Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). *Türkiye Kanseri Kontrol Programı*.
https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Tarlacı, N., Yeşilbursa, D., Türkcan, S., Saatçioğlu, Ö., & Yaman, M. (1997). Characteristics of self-mutilative behaviour in cluster B personality disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 8, 29-35.
- Taşören, A. B. ve Gül, İ. Ş. (2022). Soygundan hüküm giymiş erkeklerde, çocukluk dönemi istismarı ile psikolojik semptomların uyuşturucu kullanma sıklığı ve kendine zarar verme sıklığını ayırt ediciliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 83-91.
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759-769.
- The American Heritage Dictionary, (2022, Aralık 20). *Resilience*.
<http://www.americanheritagedictionary.com>
- Thomassin, K., Shaffer, A., Madden, A., & Londino, D. L. (2016). Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Research*, 244, 103-108.
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S., (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Titelius, E. N., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K., ... & Seymour, K. E. (2018). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(3), 323-331.
- Toksöz, İ. (2018). *Evli bireylerde bağlanma stilleri ve bilişsel esnekliğin ilişki doyumuna etkisi* [Doktora tezi]. İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Toksöz, İ., & Kolburan, Ş. G. (2018). Evli bireylerde bağlanma stiller ve bilişsel esnekliğin ilişki doyumuna etkisi. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 4(2), 17-34.
- Toprak, S., Çetin, I., Güven, T. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 140-4.
- Tunç, P. (2016). *Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Üzerindeki Yordayıcı Etkisi* [Doktora Tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., & Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397-415.

- Tümlü, G. Ü. ve Recepoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (3), 205-213.
- Türkçapar, H.M. (2018). *Bilişsel terapi temel ilkeler ve uygulama*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- UNICEF, (2012). United Nations Children's fund, measuring and monitoring child protection systems: Proposed core indicators for the east asia and pacific region, strengthening child protection series No. 1. www.unicef.org
- UNICEF, (2016). Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi: Bu konuda harekete geçilmesine ve kanıt toplanmasına yönelik bir kılavuz. www.unicef.org.
- UNICEF, (2019). ÇHDS ve ihtiyari protokoller, usul kuralları ile çocuk hakları komitesi genel yorumları. www.unicef.org.
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Valente, S. M., & Saunders, J. M. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing*, 20(3), 168-177.
- Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. İçinde Van der Kolk, B.A., McFarlane A. C. & Weisaeth L. (Ed.), *Traumatic stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society* (s. 182-213). New York: The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.
- Vondra, J. I. (1990). Sociological and ecological factors. Ammerman, R.T. & Hersen, M. (Ed.). *Children at risk: An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (ss. 149-170). Boston, MA: Springer.
- Webb, J. (2018). *Çocuklukta ihmalin izi: Boşluk hissi*. (G. Arıkan, Çev.). İstanbul: Sola Unitas.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725-735.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P. ve Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 486-492.

- Wiebe, D. J. (1991). Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 89-99.
- Wiehe, V. R. (1992). *Working with child abuse and neglect*. Illinois: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- Wild, C. (2014). Wild, C. P. & Stewart, B. W. (Ed.). *World cancer report 2014*. (ss. 482-494). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Williams, P. G., Wiebe, D. J. & Smith, T. W. (1992). Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 237-255.
- Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991, 148, 306-331.
- Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. CA: Sage Publications.
- Wolff, J. C., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Becker, S. J., Burke, T. A., Cataldo, A., & Spirito, A. (2014). Negative cognitive style and perceived social support mediate the relationship between aggression and NSSI in hospitalized adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(4), 483-491.
- Wood, S. (2018). *Non-suicidal self-injury: Prevalence and correlates* [Yüksek Lisans Tezi]. Eastern Illinois University.
- World Health Organization (2010). *World health statistics 2010*. Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization (2020). Wild, C. P., Weiderpass, E. & Stewart, B. W. (Ed.). *World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- World Health Organization (2022). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *School Mental Health*, 8, 476-485.
- Yanıklol İşler, D. (2018). *Erken dönem uyumsuz şemalar ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişki: Duygu düzenleme ve kişilerarası ilişki tarzlarının aracı rolü* [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Yargıç, İ., Ersoy, E. ve Batmaz Oflaz, S. (2012). Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 277-284.
- Yates, T. M., Carlson, E. A. ve Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2), 651-671.

- Yavuz, K. F., Yavuz, N., Ulusoy, S., & Ozgen, G. (2017). Emotional schemas accompanying self-harm behaviors among adolescents/Ergenlerde kendine zarar verme davranışına eşlik eden duygusal semalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 69-79.
- Yıldırım, İ. (1997). Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanan üniversite öğrencilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 147-155.
- Yılmaz, G., İsitin, N., Ertan, Ü. ve Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 295-298.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Young, J. E., Weinberger, A. & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy for depression. Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, (ss. 250-305). New York: The Guildford Press.
- Yu, Y., Yu, Y., & Lin, Y. (2020). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1), 25-36.
- Zakowski, S. G., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K. K., Garrett, S., Flanigan, R., & Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 271-286.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 296-301.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, U., Şar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... & Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119-126.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

EKLER

Ek-1. Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Adli Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Esra SÖYLEV tarafından, kanser hastalarında çocukluk çağı travmasının kendine zarar verme davranışı ile ilişkisinde psikolojik dayanıklılık ve bilişsel esnekliğin aracı rolünün araştırılması amacıyla Prof. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ ve Dr. Öğr. Üyesi Belgin ÜSTÜN GÜLLÜ danışmanlığında yürütülmektedir.

Çalışmaya katılım yaklaşık 30 dakika sürmektedir ve katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada kimliğiniz ile ilgili herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmada bireysel herhangi bir değerlendirme yapılmayacak, yanıtlar toplu bir değerlendirmeye alınacaktır. Cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından saklanacaktır. Herhangi bir nedenle kendinizi iyi hissetmezseniz soruları cevaplamayı yarıda bırakabilirsiniz.

Araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için cevaplarınızın samimi olması oldukça önem taşımaktadır. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan hepsini yanıtlayınız. Araştırma hakkında herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmacı ile [] adresinden iletişime geçebilirsiniz.

Araştırmaya olan değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının Adı, Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK-2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Lütfen boşlukları doldurunuz ve size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın ☐ Diğer
3. Eğitim süresi (yıl):
4. Medeni durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Eşini kaybetmiş ☐ Birlikte yaşıyor
5. Çocuğunuz var mı?
☐ Yok ☐ Var (varsa kaç tane?): _____
6. Hastalığınızın tanısı:
7. Tanı alma tarihiniz (yıl):
8. Hastalığınız nedeniyle cerrahi operasyon geçirdiniz mi ?
☐ Evet ☐ Hayır
9. Doktorunuz hastalığınızın durumu hakkında bilgi verdiyse metastaz durumunuz nedir?
☐ Yok ☐ Var
10. Ailenizde kanser hastası başka biri var mı? ☐ Yok ☐ Var (yakınlık derecesi nedir?): _____
11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız ☐ Ailemle
☐ Arkadaşlarımla ☐ Diğer (açıklayınız): _____
12. Tanı aldığınız bir psikolojik bozukluğunuz var mı?:
☐ Hayır ☐ Evet (Tanısı nedir?): _____
13. Şu anda herhangi bir psikolojik yardım alıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ Evet (Ne tür bir yardım alıyorsunuz?): _____
14. Kansere eşlik eden başka bir kronik hastalığınız var mı? (diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği vs.)
☐ Yok ☐ Var (varsa nedir?): _____
15. Kanser hastalığı tedavisi için kullanılanlar dışında başkaca bir ilaç kullanıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ Evet (Ne tür bir ilaç kullanıyorsunuz?): _____
16. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?
☐ Hayır ☐ Evet (Ne şekilde): _____

EK-3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ / CTQ-33)

	Çocukluğumda ya da ergenliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Kısmi Zaman	Sık Olur ak	Çok Sık
1	Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2	Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3	Anne ya da babam kendilerine layık olmadığını ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4	Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.	1	2	3	4	5
11	Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13	Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14	Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19	Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20	Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5
21	Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	1	2	3	4	5
22	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25	Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27	Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
29	Ailemdelikler yaşitlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30	Ailemdelikler her şeyime karışırdı.	1	2	3	4	5
31	Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.	1	2	3	4	5
32	Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33	Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.	1	2	3	4	5

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	.....	Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	.....
Isırma	.....	Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	.....
Yakma	.....	Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	.....
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	.....	Cildi sert bir yüzeye sürme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökünden)	.....	Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	.....
		Diğer	.....

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiçbirisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

EK-4- Devam

2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz?

En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

6.Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluşuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

Lütfen daire içine alınız

<1 saat 1-3 saat 3-6 saat

6-12 saat 12-24 saat >1gün

7.Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

Lütfen daire içine alınız EVET HAYIR

EK-4- Devam.

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size hiç uygun değilse “0” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size kısmen uygunsa “1” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size çok uygunsa “2” işaretleyiniz

“Kendime zarar verdiğimde, ...

1.	...kendimi sakinleşmiş hissedirim	0	1	2
2.	...kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum	0	1	2
3.	...kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4.	...kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)	0	1	2
5.	... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum	0	1	2
6.	...intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum	0	1	2
7.	...heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum	0	1	2
8.	...akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur	0	1	2
9.	...başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum	0	1	2
10.	...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0	1	2
11.	...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0	1	2
12.	...birisinden hincımı çıkartmış olurum	0	1	2
13.	...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
14.	...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0	1	2
15.	...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
16.	...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0	1	2
17.	...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0	1	2
18.	...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum(hiçbir şey hissetmemektense)	0	1	2
19.	...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0	1	2
20.	...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21.	...başkalarına uyum sağlamış olurum	0	1	2
22.	...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0	1	2
23.	...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
24.	...duygusal acının gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0	1	2
25.	...başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26.	...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2
27.	...kaygı, hüsrana, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur	0	1	2
28.	...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum	0	1	2
29.	...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum	0	1	2
30.	...kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir	0	1	2
31.	...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum	0	1	2

32.	...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum	0	1	2
33.	...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi	0	1	2
34.	...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum	0	1	2
35.	...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum	0	1	2
36.	...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
37.	...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum	0	1	2
38.	...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum	0	1	2
39.	... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum	0	1	2

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlarvar ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesigerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

EK-5. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE / CFI)

BİLİŞSEL ESNEKLİK ENVANTERİ

1- hiç uygun değil		2-pek uygun değil		3-kararsızım		4-uygun		5-tamamen uygun	
1	Olay ve durumları değerlendirmede iyiyimdir.	1	2	3	4	5			
2	Zor durumlarla karşı karşıya kaldığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5			
3	Bir konuda karar vermeden önce birçok seçeneği göz önünde bulundururum.	1	2	3	4	5			
4	Zor durumlarla karşılaştığım zaman, kontrolümü kaybediyor gibi hissedirim.	1	2	3	4	5			
5	Zor durumlara pek çok farklı açılardan bakmak hoşuma gider.	1	2	3	4	5			
6	Bir davranışın nedenleri konusunda karara varmadan önce ek bilgiler ararım.	1	2	3	4	5			
7	Zor durumlarla karşılaştığımda o kadar stresli olurum ki, sorunu nasıl çözeceğimi düşünemem.	1	2	3	4	5			
8	Olayları karşımdaki kişilerin bakış açılarından da görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5			
9	Zor durumlarla baş edebilmek için önümde farklı birçok seçeneğin olması benim için sıkıntı vericidir.	1	2	3	4	5			
10	Kendimi diğer insanların yerine koyarak onları anlamada iyiyimdir	1	2	3	4	5			
11	Zor durumlarla karşılaştığımda tam olarak ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5			
12	Zor durumlara değişik açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5			
13	Bir zorlukla karşılaştığımda nasıl davranacağım ile ilgili olarak pek çok seçeneği göz önünde bulundururum	1	2	3	4	5			
14	Herhangi bir duruma çoğu kez farklı açılardan bakarım.	1	2	3	4	5			
15	Yaşamda karşılaştığım güçlüklerle baş etmede yetenekliyim	1	2	3	4	5			
16	Davranışların nedenlerini anlamaya çalışırken bütün olası gerçekleri ve bilgileri göz önünde bulundururum.	1	2	3	4	5			
17	Zor durumlarda bir şeyleri değiştirme konusunda kendimi güçsüz hissedirim.	1	2	3	4	5			
18	Zor bir durumla karşılaştığımda durur ve çözüm için çeşitli yollar düşünürüm.	1	2	3	4	5			
19	Bir sorunla karşılaştığım zaman sorunu çözebilmek için birden fazla yol olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5			
20	Zor durumlarla ilgili harekete geçmeden önce pek çok seçeneği değerlendiririm.	1	2	3	4	5			

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar uygun olduğunu 1 ile 5 arasında belirtildiği şekilde işaretleyiniz.

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1’den 7 ‘ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1- Kesinlikle Hayır 7- Kesinlikle Evet

1	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
2	İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
3	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
4	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
7	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
9	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
10	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
11	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

CONNOR DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

0-Hiç doğru değil 1-Nadiren doğru 2-Bazen doğru 3-Sıklıkla doğru 4- Her zaman doğru

1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2.Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3.Sorunlarım açık bir çözüm bulamadığımda, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4.Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5.Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6.Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
7.Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	0	1	2	3	4
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	0	1	2	3	4
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	0	1	2	3	4
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	0	1	2	3	4
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	0	1	2	3	4
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	0	1	2	3	4
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	0	1	2	3	4
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	0	1	2	3	4
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	0	1	2	3	4
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
23. Zoru severim.	0	1	2	3	4
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	0	1	2	3	4
25. Başarılarımla gurur duyarım.	0	1	2	3	4

