

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARININ
ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN BAYANLARIN,
ANKSİYETE VE UMUTSUZLUK DÜZEYİ
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Gizem MUTLU

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARININ
ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN BAYANLARIN,
ANKSİYETE VE UMUTSUZLUK DÜZEYİ
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Gizem MUTLU

Öğrenci No:

130790034

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarının Çalışan ve Çalışmayan Bayanların, Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeyi Üzerindeki Etkisi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 03/07/2015

Aday: **Gizem MUTLU**



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

16 / 09 / 2015

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 130790034 numaralı *Gizem MUTLU'nun* "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarının Çalışan ve Çalışmayan Bayanların, Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeyinin Üzerindeki Etkisi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 15.09.2015 tarih ve 2015/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (30) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyekluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Başvurular~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. HÜSEYİN EBADİ
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)



ÜYE
YRD. DOÇ. DR. NESLİM DOKSAT
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)



ÜYE
YRD. DOÇ. DR. MELEK ASTAR
(FATİH SULTAN MEHMET ÜNİVERSİTESİ)



Adı ve Soyadı : Gizem MUTLU
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2015
Alanı: : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : çocukluk çağı travmaları, anksiyete, umutsuzluk

ÖZ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARININ ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN BAYANLARIN, ANKSİYETE VE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Bu çalışma, çocukluk çağı travma yaşantılarının çalışan ve çalışmayan bayanların, anksiyete ve umutsuzluk düzeyi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının kişide anksiyete ve umutsuzluk oluşturup oluşturmadığını araştırmak amaçlanmıştır. Araştırmada çocukluk çağı travma yaşantılarını ölçmek için “Çocukluk Çağı Travma Ölçeği”, anksiyete düzeyini ölçmek için “Beck Anksiyete Ölçeği” ve umutsuzluk düzeyini ölçmek için “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilerek, çocukluk çağı travma yaşantıları ile anksiyete ve umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan demografik bilgi formunda yer alan medeni durum ve yaş değişkenlerinin, çalışan ve çalışmayan bayanların çocukluk çağı travma yaşantıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Name and Surname : Gizem MUTLU
Supervisor : Asst. Prof. Dr. Hüseyin EBADİ
Degree and Date : Master, 2015
Major: : Clinical Psychology
Keywords : childhood trauma, anxiety, hopelessness

ABSTRACT

THE IMPACT ON THE LEVEL OF ANXIETY AND HOPELESSNESS OF WORKING AND NON-WORKING WOMEN'S EXPERIENCES OF CHILDHOOD TRAUMA

This study was conducted to the childhood traumas of working and non-working women, anxiety and hopelessness were made for the purpose of measuring the impact on the level. At the same time in the person of childhood trauma, anxiety and hopelessness created is intended to investigate. Study was used that to measure the level of childhood trauma "Childhood Trauma Scale", to measure the level of anxiety "Beck Anxiety Scale", to measure the level of hopelessness "Beck Hopelessness Scale". The data obtained are statistically analyzed, childhood trauma experiences of anxiety and hopelessness with a statistically significant difference was found between the levels. The demographic information form prepared by the examiner in the marital status and age variables, working and non-working women's between experiences of childhood trauma were found to be statistically significant differences.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	v
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ANKSİYETE, UMUTSUZLUK DÜZEYİ ÜZERİNE LİTERATÜR TARAMASI

1.1. Çocukluk Çağı Travması.....	3
1.1.1. Çocukluk Çağı Travma Türleri	5
1.1.1.1. Fiziksel İstismar	5
1.1.1.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı	7
1.1.1.3. Çocukluk Çağı Duygusal İstismarı	8
1.1.2. Çocukluk Çağı İhmalleri.....	10
1.1.2.1. Çocukluk Çağı Fiziksel İhmali	11
1.1.2.2. Çocukluk Çağı Duygusal İhmali.....	12
1.2. Anksiyete.....	12
1.2.1. Anksiyetenin Belirtileri.....	14
1.2.2. Anksiyeteye Neden Olan Başlıca Faktörler	14
1.2.3. Anksiyeteyi Giderme – Başa Çıkma Yolları.....	15
1.2.4. DSM-5'e Göre Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	15
1.2.4.1. Yaygın Kaygı Bozukluğu	16
1.2.4.2. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)	17
1.2.4.3. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu	17
1.2.4.4. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu	18
1.2.5. Freud'a Göre Anksiyete.....	18
1.2.6. Karen Horney'e göre Anksiyete.....	20

1.2.7. Sullivan’a Göre Anksiyete.....	21
1.2.8. Anksiyete ve Korku	22
1.3. Umutsuzluk.....	22
1.3.1. Umutsuzluk Belirtileri	24
1.3.2. Umutsuzluk Türleri.....	26
1.3.2.1. Bilinçsiz Umutsuzluk	26
1.3.2.2. Bilinçli Umutsuzluk	27

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

2. YÖNTEM	28
2.1. Örneklem	28
2.2. Veri Toplama Araçları	28
2.3. İşlem.....	29
2.4. Verilerin Analizi	30
2.5. Sonuçlar/Bulgular	30
TARTIŞMA VE YORUM	47
KAYNAKÇA	51
EKLER	57
Ek 1. Demografik Bilgi Formu.....	58
Ek 2. BeckAnksiyete Ölçeği (BAÖ).....	59
Ek 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	61
Ek 4. Çocuk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ).....	63

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Örneklemin Meslek, Medeni Durum, Büyüdüğü Yer Demografik Analizi	30
Tablo 2. Örneklemin Anne-Baba Durumu, Anne-Baba Eğitim Düzeyi, Bebekliğinde Bakım Veren Demografik Analizi.....	31
Tablo 3. Örneklemin Psikiyatrik Tanı, Daha Önce Psikiyatrik Tanı, Bedensel Rahatsızlık, Romantik İlişki Demografik Analizi	32
Tablo 4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara Göre Mann Whitney-U Testi	33
Tablo 5. Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara Göre Mann Whitney-U Testi	33
Tablo 6. Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara Göre Mann Whitney-U Testi	34
Tablo 7. Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi	34
Tablo 8. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Alt Ölçeklerinin Toplam Puanları Arasında Ortalama ve Standart Sapma	35
Tablo 9. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Alt Ölçekleri Arasında Pearson Korelasyon Analizi.....	36
Tablo 10. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları - Medeni Durum Grup İstatistiği.....	37
Tablo 11. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan Çalışmayan Kadınlarda Medeni Durum Karşılaştırılması İçin Testi	37
Tablo 12. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi	38
Tablo 13. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanları Arasında Pearson Korelasyon Analizi	38
Tablo 14. Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanları Arasında Pearson Korelasyon Analizi	39

Tablo 15. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Psikiyatrik Tanı Arasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)	39
Tablo 16. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Yaş Arasında Pearson Korelasyon Analizi	40
Tablo 17. Çocukluk Çağı Travma Ölçek Toplam Puanlarının Romantik İlişki, Medeni Durum ve Çalışan-Çalışmayan Kadınlara arasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA).....	40
Tablo 18. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği Pearson Korelasyon Analizi.....	41
Tablo 19. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Pearson Korelasyon Analizi.....	41
Tablo 20. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Medeni Durum Grup İstatistiği	42
Tablo 21. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ile Medeni Durum Arasında Bağımsız Örneklem T testi	42
Tablo 22. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasında Korelasyon Analizi	43
Tablo 23. Çalışan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları Pearson Korelasyon Analizi... 44	
Tablo 24. Çalışan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanları Pearson Korelasyon Analizi	44
Tablo 25. Çalışan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Alt Ölçekleri Arasında Korelasyon Analizi	45

GİRİŞ

Travmatik bir olaya maruz kalmak insanlık tarihinde ve yaşamında yaygın bir olaydır (Van der Kolk, McFarlane, 1996). Yapılmış olan araştırmaların sonuçlarına göre, çocukluk çağında yaşanmış travmatik yaşantıların dünya çapında oldukça yaygın olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar; normal fiziksel, biyolojik, duygusal, sosyal ve psikolojik gelişimsel süreçlere engel olabilir (Nickerson, Aderka, Bryant, Hofmann, 2012; Tanju ve Demirbaş, 2012). Bu bağlamda çocuklukta yaşanmış olan kötü yaşantıların, yetişkinlikte birey üzerinde oluşturduğu bir takım psikiyatrik bozukluklardan söz etmek mümkündür. Bunlardan kaygı düzeyi ve umutsuzluk, üzerinde durulması gereken konulardandır.

Anksiyete düzeyi bireyde ciddi olabilecek birçok hastalığa yol açabilmektedir. Bunlardan; panikataktak, panik bozukluk, kronik depresyon bireylerin sosyal hayatı başta olmak üzere hayatının birçok alanında bireyde sorunlar oluşturur.

Bireyin hayatını sürdürebilmesi için kendinden ve gelecekte beklenilerinin olması gerekir. Umutsuzlukta ise, bireyin kendine olan inancı, beklentisi ve geleceğe olan inancı, beklentisi kalmamıştır. Kendisi ile ve gelecek ile ilgili karamsar, olumsuz düşüncelere farkında olarak ya da olmayarak bürünmüştür.

Anksiyete ve umutsuzluk yaşayan kişilerin çocukluğunda travmatik olay yaşamış olma olasılığı mümkündür. Yapılan bu çalışmada çocukluk çağı travma yaşantılarının çalışan ve çalışmayan bayanların, anksiyete ve umutsuzluk düzeyi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışan bayanlar, çalışmayan bayanlara göre sosyal hayatı daha gelişmiş olarak düşünülmüştür. Buna göre anksiyete düzeylerinin ve umutsuzluk düzeylerinin düşük olabileceği düşünülmüştür ve bu bağlamda çocukluk çağında yaşanmış travmatik bir yaşantı var ise anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini daha rahat tolere ederek yaşamlarını idare edebileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmada çalışan ve çalışmayan bayanların; çocukluk çağı travma yaşantıları, anksiyete düzeyleri ve umutsuzluk düzeyleri incelenecek olup demografik özelliklere göre de ayrıca incelenecektir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, çocukluk çağı travma yaşantılarının çalışan ve çalışmayan bayanların anksiyete ve umutsuzluk düzeyi üzerinde bir etki oluşturup oluşturmadığı araştırılmak istenmiştir. Çocukluk çağı travma yaşantılarının çalışan ve çalışmayan bayanların, anksiyete ve umutsuzluk düzeyi üzerine etkisi bilimsel olarak değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Önemi

Anksiyete ve umutsuzluk, günlük hayatımızda çoğu kez karşılaştığımız sorunlar arasındadır. Yaşanan anksiyete ve umutsuzluğu etkileyen birçok faktörün olduğu bilinmekte olup, çocukluk çağı travma yaşantılarının çalışan ve çalışmayan bayanların, anksiyete ve umutsuzluk düzeyi üzerindeki etkisinin araştırılma nedeni; çalışan bayanların yaşadıkları anksiyete ve umutsuzluğu daha kolay tolere edebileceği düşünülmesidir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma İstanbul ilinde yaşları 18-62 arası değerşen çalışan ve çalışmayan bayarlardan rasgele seçilmiştir. Toplamda 136 bayanı kapsamış olup, 67 çalışan ve 69 çalışmayan bayan ile yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ANKSİYETE, UMUTSUZLUK DÜZEYİ ÜZERİNE LİTERATÜR TARAMASI

1.1. Çocukluk Çağı Travması

DSM –IV’e göre travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocuk istismarını; “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanan tüm davranışlar çocuğa kötü muameledir.” şeklinde tanımlar.

Travma yaşayan kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik veya dehşete düşme vardır.

Çocukluk Çağı Travması, 18 yaşından önce maruz kalınan cinsel, fiziksel ve duygusal kötüye kullanım ve duygusal ve fiziksel ihmalin yanı sıra ebeveyn ya da bakım verenin kaybı, boşanma, ayrılık, şiddete tanıklık, göç, kaza ve doğal afet şeklinde olabilir (Herman JL, 1992).

Çocuğa kötü muamele, ebeveynler, diğer bakım verenler veya başka yetişkinler tarafından kaza-dışı gerçekleştirilen; çocuklar üzerinde fiziksel ya da duygusal hasar oluşturma olasılığı yüksek olan ve kabul edilebilir normlara aykırı nitelikteki kasti ya da bilmeyerek yapılan veya yapılması esasen gerekli olduğu halde yapılmayan davranışları içermektedir (Yurdakök, 2010).

Çocukluk dönemi travmalarından çocuk istismarı veya ihmali, anne-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların

sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir (Bulut, 1996; Taner ve Gökler 2004).

Çocuk istismarı ve ihmali genel olarak çocuğa kötü muameleyi kapsayan bir kavram olup (Yurdakök, 2010), dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) (akt.,Yurdakök, 2010, s. 426) göre;

Çocuk istismarı ya da çocuğa kötü muamele, çocukla kurulan sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içerisinde çocuğun sağlığına, yaşamına, yaşamına, gelişimine ve onuruna zarar veren ya da verme potansiyeli içeren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkar davranışı veya ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüyü içerir (Şenkal, 2013).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun sağlığını zedeleyen ve yaşamı boyunca kalıcı izler bir sağlık sorunudur (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002).

Çocuk istismarı, sosyal açıdan yasaklanmış olan, çocuğa yönelik kasıtlı olarak yapılan fiziksel, cinsel, ruhsal ve sosyal olarak zarar verme davranışını kapsayan aktif bir eylemin olmasını şart koşarken; çocuk ihmali, çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu anne-baba ya da kişiler tarafından temel ihtiyaçlarının (örn., beslenme, bakım, sağlık, korunma, giyim, eğitim vb.) karşılanamaması sonucu çocuğu hem fiziksel sağlık hem de ruhsal sağlık bakımından zarara uğratması ile oluşan pasif bir eylemdir (Yurdakök, 2010).

Çocuk istismarının aktif, ihmalin ise pasif olması istismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli noktadır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

Çocuk istismarı Lynch'e (1999) göre; çocuğun bakımını üstlenen kişinin, çocuğu zarar verici deneyimlere maruz bırakması sonucu ortaya çıkarken, çocuk ihmali ise çocuğun bakımını üstlenen kişinin çocuğun bakım ve korunmasını yeterince sağlamaması sonucu ortaya çıkmaktadır.

Ailede çocuk istismar ve ihmaline sebep olan ebeveynlerin kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan çok şey talep edilmesi gibi iç stres faktörleri ve ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler gibi dış stres

faktörleri birlikte etkili olmaktadır (Douglas, 1991; Jenzen ve Haris,1996; Chasan, 2010). Janzen ve Haris'e (1986) göre; iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, sağlıksızlık gibi sorunların oluşumunda ekonomik yetersizlik, yoksulluk, işsizlik, borçlanma gibi nedenler etkilidir.

Yargıç ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, yetişkinlikteki psikiyatrik problemleri arttıran etkenler olduğu bulunmuştur (Yargıç ve ark., 1994; Chasan 2010). Çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısı bulunan bireylerin, yetişkinlikte ruhsal sorunlar yaşama riski artmaktadır (Durmuşoğlu ve Doğru, 2006; Chasan 2010).

Çocuk istismar ve ihmalinin olduğu ailelerde, çocuk yetiştirme tutumlarının değişken olduğu, anne-babanın çocukluklarında istismara maruz kalmış olabildiği, anne-babada şizofreni, depresyon, alkolizm, kaygı bozukluğu gibi psikolojik bozuklukların bulunabildiği görülmektedir (Polat, 2007).

1.1.1. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Çocuğun zarar görmesiyle sonuçlanan eylem ve ihmal, dört ana başlık altında incelenmektedir (Runyan ve ark., 2002).

1.1.1.1. Fiziksel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) fiziksel istismarı, çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güçkullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesi olarak tanımlarken UNICEF fiziksel istismarı, kaza dışı, çocuğa acı veren ve yasaklanmış olan şiddet davranışları sonucu çocuğun gelişim ve iş görme yetileri bakımından hasara uğraması olarak tanımlanır (akt.,Yurdakök, 2010; Şenkal 2013).

Fiziksel istismar, çocuğun anne-baba ya da bakımından sorumlu kişi tarafından sağlığına zarara verecek şekilde fiziksel yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Cezalandırma, öfke boşaltma ya da itaati sağla

amacıyla çocuğu sarsmak, itmek, yakmak, çocuğa vurmak gibi fiziksel Şiddet uygulanarak çocuğa zarar veren davranışlar, fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (Runyan ve ark., 2002; Tıraşçı ve Gören, 2007; Chasan 2010). Fiziksel istismar en geniş anlamda, çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanabilir (Runyan ve ark., 2002).

Fiziksel istismar, dikkat bozuklukları gibi bilişsel sorunlara, intihar dūřunceleri ve girişimleri gibi duygusal sorunlara, tehlikeli cinsel deneyimler, ahlaka aykırı davranışlar, Őiddet içeren davranışlar gibi davranışsal sorunlara, depresyon, anksiyete, hiperaktivite, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı gibi psikiyatrik sorunlara ayrıca, sosyal işlevsellik alanında yetersizliklere ve yakın ilişki kurmakta güçlük çekme ve daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, daha fazla öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurma gibi kişilerarası sorunlara yol açmaktadır (Ayan, 2007; Kaplan, Pelcovitaz ve Labruna, 1999; Lewis, 1992; Kaplan, 2002; Taner ve Gökler, 2004; Livingston, 1987).

Fiziksel istismar olarak tanımlanan eylemler, bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak algılanmamakta, hatta bazı kültürlerde bu eylemlerin çocuęun disipline edilmesi için gerekli olduęu dūřnlmektedir (Chasan, 2010).

Straus ve Gelles (1986), her yıl 6.9 milyon çocuğun istismara uğradığını ve ayrıca bunun %97'sinin 0-3 yaş aralığında fiziksel cezalandırılan çocuklar olduğunu rapor etmiştir (akt. Kaplan, 2002; Chasan 2010). Daro ve Mitchel (1990)'in Amerika Birleşik Devletleri genelinde yaptıkları araştırmanın sonucuna göre, fiziksel istismar ve ihmal sonucu ölen çocukların %50'sinin 1 yaşın altında olduğu bulunmuştur (Daro ve Mitchel, 1990; akt. Chasan, 2010). Ülkemizde yapılan çalışmalar, toplumumuzda fiziksel cezanın disiplin aracı olarak yer aldığını, özellikle geleneksel aile yapılarında, sözel disiplin yöntemleri yerine, fiziksel cezanın kullanıldığı görülmektedir (Ayan, 2007; Chasan, 2010).

1.1.1.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı

Cinsel kötüye kullanım, bir kişinin kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından cinsel organının uyarılması, okşanması, çocuğa cinsel organın gösterilmesi veya çocuğun kendi cinsel organını göstermeye zorlanması, vajinal veya anal ilişkiye girilmesi ya da çocuğun pornografi aracılığıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanır (Kaufmann KL., 1988).

Psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun, bir yetişkin veya en az kendisinden 6 yaş büyük bir kişi tarafından cinsel etkileşime maruz bırakılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesi cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (Kara ve ark., 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007; Yağmur, Öztop ve Asil, 2008).

UNICEF cinsel istismarı, yetişkinlerin cinsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çocukla onun rızası olmadan ilişki kurması ve para kazanmak için çocuğun fuhuş ve pornografiye yönlenmesine yol açması olarak tanımlamıştır (Yurdakök, 2010; akt. Şenkal, 2013) .

Cinsel istismar, çocuğun rızası olması ve onaylaması için henüz gelişimsel kapasitede olmaması veya yasanın yasakladığı veya toplumun sosyal normlarına aykırı bir cinsel aktiviteye zorlanması olarak tanımlanmaktadır (Yurdakök, 2010; Şenkal, 2013).

Teşhircilik, cinsel içerikli resim, pornografik film seyrettirme, dergi gösterme, tecavüz, cinsel organlara dokunma, vücuduna dokundurtma, şehvetle öpme, kışkırtıcı sözler söyleme, çocuğun çıplak resimlerini çekme vs. gibi eylemler cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Bahar ve ark., 2009; Yağmur ve ark., 2008; Polat, 2007; Nurcombe, 2000; Chasan, 2010).

Cinsel istismarı çocuklar, sorumluluk, güven veya güç sahibi olan yetişkinler ve diğer çocuklar tarafından görebilmektedir (Butchart ve ark., 2006). Çocuğu cinsel olarak istismar eden bireyin fiziksel gücü ve baskısı sebebiyle, çocuk çoğu zaman fiziksel ve duygusal olarak da zarar görmektedir (Bulut, 1996).

Cinsel istismar toplumda sık rastlanan bir olgu olmasına karşın, gizlenme eğiliminde olması sebebiyle olguların sadece %5-10'u ortaya çıkmaktadır (Turhan, Sangün ve İnandı; 2006). Çocuğun olayı gizleme nedenleri, kimsenin kendisine inanmayacağını düşünmesi, duygusal ya da ekonomik nedenlerden dolayı istismarcıya zarar gelmesini istemiyor olması, istismarcı tarafından tehdit edilmesi, bu davranışları anlayabilecek yeterlilikte olmaması, ailesiyle cinsellikle ilgili konuları konuşamayacak olması ya da erkek çocuklarının homoseksüel olarak değerlendirilmekten çekiniyor olmaları görülmektedir (Zoroğlu ve ark. 2001; Yağmur ve ark., 2008; Aktepe, 2009).

Anksiyete semptomları, korku, fobi, uyku bozuklukları, kabuslar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, somatik şikayetler, post-travmatik stres bozukluğu, kontrolsüz-dürtüsel davranışlar, disosiyatif reaksiyonlar, amnezi, gündüz rüyaları, trans durumları, kendine zarar verme, histeri nöbetleri ve histerik semptomlar, disosiyatif kişilik bozukluğu, intihar düşüncelerinin açığa çıkardığı depresyon, düşük benlik saygısı, cinsel davranış karmaşaları, bazı seksüel davranışlar (cinsel ilişki taklidi, anüs ve vajinaya yabancı cisim sokmak, sürekli cinsel organlarıyla oynamak gibi) görülmektedir (Elliot ve Peterson, 1993; Nurcombe, 2000; Bernet, 2000; Chasan, 2010).

Çocukluk çağı cinsel istismarı yetişkinlikteki kronik düşük öz benlik değeri, özellikle kronik depresyon ve anksiyete, çaresizlik hissi, kendinden nefret etme hissi, yıkıcı kişiler arası ilişkiler, kronik duygusal acı, intihar eğilimi, yeme bozuklukları, kendine zarar verme ve evden kaçma, suçluluk ve madde kötüye kullanımı ve alkolizm ile bağdaştırılmıştır (Nurcombe, 2000; Yanık ve Özmen, 2002; Bostancı ve ark. 2006).

1.1.1.3. Çocukluk Çağı Duygusal İstismarı

Duygusal istismar, psikolojik/duygusal kötüye kullanma, sözel istismar ve ruhsal istismar olarak da bilinmekte ve çocukta ciddi bilişsel, davranışsal, duygusal ve ruhsal bozukluklara sebep olabilen anne-baba ya da çocuğa bakım verenlerin hatalı davranışlarını içermektedir (Flores ve Machuca, 2011). Duygusal istismar

çocuğun psikososyal gelişimi boyunca ortaya çıkan bir istismar olarak görülmektedir (Derman, 2010).

Duygusal istismar, anne-baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin, çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları, saldırganca sözler söylemeleri, duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini engelleyen, eylem ve eylemsizliklerde bulunmaları olarak tanımlanmaktadır (Runyan ve ark., 2002; Gökler, 2006; Taner ve Gökler, 2004).

Çocuğa bağırma, aşağılama, korkutma, küfretme, reddetme, çocuğu yalnız bırakma, yanıltma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşının üstünde sorumluluklar bekleme, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, kardeşler arasında ayırım yapma, bağımlı kılma ve aşırı koruma gibi fiziksel olmayan ancak çok ağır ceza ya da tehdit içeren eylemler duygusal istismar olarak kabul edilmektedir (Runyan ve ark., 2002; Taner ve Gökler, 2004; Polat, 2007).

Gündelik yaşamda oldukça yaygın olarak görülen duygusal istismar, çocukları kötüye kullanma içinde temel sorun olduğu halde, zihinsel sağlık için ciddi bir tehdit yarattığı halde halkın ve profesyonel sektörün çok az ilgisini çekmektedir (Hart ve Brassard, 1987). Diğer bir deyişle, duygusal istismarın ciddi bir sosyal problem olarak tanınması ve kabul edilmesi daha yavaş bir şekilde olmaktadır (Yurdakök ve İnce, 2010; Hornor, 2012). Bu durum duygusal istismarın teşhis edilmesi ve yasalarca kanıtlanması konusunda zorluk olması nedeniyle açıklanabilmektedir (Yurdakök ve İnce, 2010; Hornor, 2012).

Duygusal istismar, tek başına görülebildiği gibi, cinsel ve fiziksel istismar ile birlikte de görülebilmekte ve diğer istismar türlerine oranla toplumlarda daha sık karşılanan bir olgu olmasına rağmen, bulgularının daha gizli olması sebebiyle, fark edilmesi, tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlükler yaşanmaktadır (Runyan ve ark., 2002; Kara ve ark., 2004; Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal istismarı oluşturan nedenler incelendiğinde sosyal yapı ve kültürel yapının da etkili olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çocuğa bakımının kontrole

dayandığı, çocuğa karşı tutum ve davranışlarının düşmanca ve şefkat içermediği ailelerde çocuklar davranış ve gelişim sorunları göstermektedir (Polat, 2007).

Duygusal istismar, çocuk üzerinde sanıldığından daha derin izler bırakmakta ve çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi, çocuğun yaşı, çocukta farklı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Runyan ve ark., 2002; Yavuzer, 2003; Gökler, 2006).

Hart ve Brassard (1987) ve Garrison (1987)'un yaptıkları literatür taramasına göre (akt. Ünal, 2008); şiddetli duygusal istismar, çocuklardaki öğrenme güçlükleri ve yalancılık, hırsızlık, düşük benlik algısı, aşırı bağımlılık, başarısızlık, depresyon ve saldırganlık gibi davranış bozukluklarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Ünal, 2008).

Duygusal istismara uğrayan çocuklarda, normal kişilik gelişiminin oluşmaması, kendine güvende azalma, sosyal ilişkilerde bozulma, kaygı, depresyon, içedönüklük, saldırganlık intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu gibi davranışsal, duygusal, gelişimsel ve sosyal bozukluklar ortaya çıkmaktadır (Yavuzer, 2003; Taner ve Gökler, 2004; Gökler, 2006).

1.1.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal ve istismar birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkmamakta, bu iki olgunun etkileri kolaylıkla ayırt edilememektedir (Polat, 2007).

Oral ve arkadaşları (2001), bir çocuğun beslenme, sağlık, eğitim, duygusal ve güvenlik ihtiyaçları kasten ihmal edildiğinde teşhis edilmesini bu olguyu ihmal olarak tanımlamıştır.

Polat (2007) ise ihmali, çocuğun anne, baba ya da bakımından sorumlu kişiler tarafından, çocuğun bakım, korunma, giyim, beslenme, tıbbi bakım ve eğitim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, çocuğun bakımının çocuğa zarar verecek şekilde göz ardı edilmesi şeklinde tanımlamıştır.

Çocukluk çağında yaşanan ihmal yetişkinlik yıllarındaki sosyal beceriler ve öz saygı üzerinde etkili olmaktadır (Loos ve Alexander, 1997). Yetişkinlikte daha yüksek seviyelerde psikolojik sıkıntılar yaşayan çocukların, özellikle anneleri tarafından ihmal edilmiş olduğu görülmektedir (Wark ve ark., 2003).

İhmal, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere ikiye ayrılır. Fiziksel ihmal bulgularını saptamak mümkündür, duygusal ihmale ait bulguların saptanması oldukça zor olmaktadır (Lynch, 1999; Bilir ve ark., 1999; Polat, 2007).

1.1.2.1. Çocukluk Çağı Fiziksel İhmali

Fiziksel ihmali Kaplan (2002), çocuğun bakımının yapılmaması, bakımın gecikmesi, terk etme, kovma, yetersiz denetim, yetersiz besleme, hijyen eksikliği, ev koşullarının sağlıksız, güvensiz oluşu olarak tanımlamıştır (Kaplan, 2002).

Fiziksel ihmali Beyazova (2012), çocuğu yeterli ve uygun beslememe, uygun ve temiz giydirilmeme, kirli ve bakımsız bir çevrede yaşama, kazalara karşı önlem alınmaması, uygun barınma, yatma koşullarının sağlanmaması ve çocuğun yıkanmaması şeklinde tanımlamıştır (Beyazova ve Şahin, 2012).

Çocuğun dışlanması, yalnız bırakılması ya da evden kovulması terk edilmeye örnek olarak verilebilecek fiziksel ihmal biçimleridir (Yurdakök ve İnce, 2010). Çocuğun hastalık ya da yaralanmalarının umursanmayıp göz ardı edilmesi ve aşılmasının yaptırılmaması gibi durumlar fiziksel ihmalin varlığını destekler niteliktedir (Yurdakök ve İnce, 2010).

Egeland (1985)'in 12 aylık, 24 aylık ve 48 aylık çocuklarda yapmış olduğu çalışmada (aktaran Kaplan, 2002); 12 aylık fiziksel ihmale uğramış çocuklarda fiziksel ihmale uğramamış çocuklara oranla daha çok güvensiz bağlanma görüldüğünü, 24 aylık fiziksel ihmale uğramış çocuklarda fiziksel ihmale uğramayan çocuklara göre daha çok saygısızlık görüldüğünü ve 42 aylık fiziksel ihmale uğramış çocuklarda fiziksel ihmale uğramayan çocuklara göre daha çok düşük benlik algısı, düşük kontrol becerisi görüldüğünü rapor etmektedir (Kaplan, 2002).

1.1.2.2. Çocukluk Çağı Duygusal İhmal

Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması, çocuğun uyumsuz davranışlarına izin verilmesi, sevgi eksikliği, eş tartışmalarına maruz bırakmak, çocuğun alkol ve uyuşturucu kullanımına göz yumulması duygusal ihmal olarak kabul edilmektedir (Kaplan, 2002).

Duygusal ihmal çocuğun bakımından sorumlu kişinin çocuğa yeterli duygusal yakınlık ve duygusal destek sağlamakta başarısız olması olarak tanımlanmaktadır (Aust, Bajbouj, Hartwig ve Heuser, 2012).

Beyazova ve Şahin (2012) ise göre duygusal ihmal; çocuğun başarılarını ödüllendirmeme, isteklerine kayıtsız kalma, çocuğu yetenekleri doğrultusunda desteklememe, denetimden yoksun bırakma, okula göndermeme, dışlama, yok sayma, ayrımcılık yapma, çocuğa sevgi ve ilgi göstermeme olarak tanımlanmaktadır.

1.2. Anksiyete

Kaygı, Batılı kaynaklardan dilimize “*anksiyete*” kavramının tercüme edilmesi ile girmiştir.

Türk Dil Kurumu (TDK)’nda kaygı; üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa olarak açıklamaktadır. TDK tıp için kaygıyı; genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu Genel Sözlük).

Günümüzde insanların sıklıkla yaşadığı duygu durumu olarak karşımıza çıkan kaygı (anksiyete); tehdit edilen bir ortamda bireyin kendisini yetersiz görmesi, iç sıkıntısı, korku ya da kuruntulardan kaynaklanan huzursuzluk hali, hoş olmayan bir duygulanım durumu ve gelecek muhtemel tehlikelere karşı gösterilen tepki olarak tanımlanabilir (Eroğlu, 2000).

Kaygı, nedeni bilinmeyen bir sebepten dolayı hissedilen belirsiz korku, endişe ve sıkıntı ile gösterir. Kişide kötü bir şey olacağına ve bunu engelleyemeyeceğine ilişkin bir düşüncenin belirmesiyle kaygı ortaya çıkar (Anthony ve Swinson, 2000).

Spielberger 1972'de, kaygı kavramının özelliklerini tanımlamıştır:

-Kaygı geleceğe yönelik endişe durumudur.

-Hoş olmayan bir duygulanım durumudur.

Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana elem verir (Köknel, 1989).

Kaygı (anksiyete), stres yaratan durumların yarattığı üzüntü, algılama ve gerginlik gibi hoş olmayan, duygusal ve gözlenebilir reaksiyonlardır. Bir birey kaygılandığı zaman, merkezi sinir sistemi uyarılır. Kalp atışının hızlanması, nabız atışlarının yükselmesi ve ellerin terlemesi gibi reaksiyonlar görülür. Bireyin kaygı düzeyinin yoğunluğu stres yaratan uyarıcının kişi tarafından nasıl algılandığına bağlıdır. Ortaya çıkan durumun bireye zarar verme, bir tehdit oluşturma derecesine göre kaygı da artacaktır (Özgüven, 2000).

Genel olarak kişiyi olumsuz etkileyen duyguların kişide kaygıyı meydana getirdiği söylenebilir. Anksiyetenin açıklanmasında ve verilen tanımlarda sosyal ve kültürel etmenlere daha büyük bir önem verildiği görülmektedir.

Anksiyete kaynağı belirsiz olan korku halidir. Anksiyete durumunda gösterilen duygusal tepkinin şiddeti ve tepkinin şiddeti, tehditle orantılı değildir ve tehdidin varlığından bağımsız olarak da devam edebilir (Z. Baltaş, A. Baltaş, 1992).

Anksiyete, dıştan ya da içten kaynaklanabilecek tehlike beklentisi ile hissedilen endişe ve korku emosyonudur. Anksiyete ve stres oluşturan durumların kişide yarattığı negatif durumlar üzüntü, negatif algılama ve gerginlik gibi hoş olmayan, duygusal ve gözlenebilir reaksiyonlardır (Özgüven, 1994).

Bireyler anksiyeteyi genellikle, bir kayıp ya da tehdit olarak algıladıkları durumlarda yaşarlar, bunlar; sağlığın sürdürülmesi ve korunması, benlik algısı, benlik saygısı, bireyin kendini kontrol, bireyin yaşamını kontrol, statü ya da prestijin korunması, fiziksel, emosyonel, ekonomik, sosyal ve kültürel kaynaklar, sevilen kişiler, özgürlük ya da bağımsızlık, gereksinimler, amaçlar, istekler ve beklentilerdir (Kırkpınar, 1993).

Kaygılı ve gergin bireyde çeşitli fizyolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır (Cüceloğlu, 1992). Anksiyete belirtileri; nefes alıp vermede düzensizlik,terleme, nefes darlığı, kesik nefes alma, ani sinirlenme, gerginlik, kalp çarpıntısı, mide ağrısı, bel ağrısı, ishal veya kabızlık, el-ayak parmaklarının soğukluğu, titreme,aşırı tepki verme, boyun kaslarının gergin olması, sürekli yorgunluk, sürekli baş ağrısı, uykusuzluk.

1.2.1. Anksiyetenin Belirtileri

Genel olarak kaygılı bireylerde öznel ve nesnel birçok yakınma ve belirti bulunabilir. Bunlar ruhsal olarak endişe, gerginlik, güvensizlik, korku, panik şaşkınlık, tedirginlik durumlarından; bedensel olan ağız kuruluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı, güçsüzlük, halsizlik, iştahsızlık, kan basıncı düşmesi ya da yükselmesi, kas gerginliği, mide-bağırsak yakınmaları, solunum sayısında artma, terleme, titreme ve uykusuzluk olmak üzere geniş bir yelpazede sıralanmaktadır (Köknel, 2005).

Kaygılı insanın kendisini yeteneksiz ve yetersiz bulmasının altında, kendisine karşı düşmanca eğilimlerinden kaynaklanan kendini lanetleme duyguları bulunur (Geçtan, 2004).

1.2.2. Anksiyeteye Neden Olan Başlıca Faktörler

İnandığımız ve önem verdiğimiz bir fikirle yaptığımız davranış arasında bir çelişki ortaya çıktığı zaman kaygı türünden gerginlik duyarız. Bilişsel çelişki önemli bir güdü ve heyecan kaynağıdır. Çelişkiyi giderecek çözüm yoluna ulaşana dek bir derece kaygı duyarız (Cüceloğlu, 2011).

Anksiyeteye neden olan bazı faktörler vardır. Bunlar; prestij ve toplumsal değişim, başkaları tarafından kabul görmeme, servet kaybı, başarısızlık veya başarı, ahlaki çıkmazlık, ölüm, ayrılık, boşanma, taşınma, göç, kültürel baskılar, geçici ve ya kalıcı ayrılık, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, emeklilik, emniyet tehlikesi,

çevresel kirlilik, işsizlik, yeni iş, terfi, cinsel gelişme, yaşıt ilişkilerinde değişiklik, gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, yaslanma etkileri, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar ve motor kayıplardır (Öz, 2004).

1.2.3. Anksiyeteyi Giderme – Başa Çıkma Yolları

Kişi, anksiyete ve engellenmeler sonucu birçok çatışmaya girebilir. Freud, kaygıyı azaltmak ya da ondan kaçmak için kişilerin bazı davranışlar sergilediğini belirtmiştir. Hayal kırıklığı ve kaygı bireyden bireye değişik tepkilerin ortaya çıkmasına yol açar. Bu tepkilerin bir kısmı yapıcı ve problem çözmeye yönelik olduğu gibi, bir kısmı savunmaya yönelik davranışlar şeklinde ortaya çıkar (Dereli, 1995).

Bireyin kaygılarından kurtulabilmesi için tek yol, kendi var oluş sorumluluğunu üstlenebilmesidir. Bu sorumluluk gereğinde başka insanların desteği ve yardımını alabilmeyi de içerir (Geçtan, 2004).

Anksiyete ve gerginlikle başa çıkma yollarını iki temel grupta toplayabiliriz: Bilinçli olarak uygulanan ve farkında olmadan uyguladığımız teknikler. Farkında olmadan uyguladığımız tekniklere savunma mekanizmaları adı verilir. Savunma mekanizması kullanan kişi, kaygı ve gerginliği azaltmak için bir teknik kullandığının farkında değildir. Bilinçli olarak kullandığımız teknikler öğrenme sonunda elde ettiğimiz davranışları içerir (Cüceloğlu. 1996).

1.2.4. DSM-5'e Göre Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

DSM-5 kaygı bozukluklarını şu başlıklar altında ele almıştır;

- *Ayrılma kaygısı bozukluğu,*
- *Seçici konuşmazlık,*
- *Özgül Fobi,*
- *Toplumsal Kaygı Bozukluğu,*

- *Panik Bozukluğu,*
- *Agorafobi,*
- *Yaygın Kaygı Bozukluğu,*
- *Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu,*
- *Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu,*
- *Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu (Köroğlu, 2013)*

1.2.4.1.Yaygın Kaygı Bozukluğu

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, bir takım olay ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır.*
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.*
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü eşlik eder.*
- 1.Dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.*
 - 2. Kolay yorulma.*
 - 3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihin boşalması.*
 - 4. Kolay kızma.*
 - 5. Kas gerginliği.*
 - 6. Uyku bozukluğu.*
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*
- E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.*
- F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Köroğlu, 2013).*

1.2.4.2. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

- A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler, gözlenme ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme.*
- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar.*
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.*
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.*
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.*
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.*
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz,*
- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.*
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa, korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilgisizdir ya da aşırı bir düzeydedir (Koroğlu, 2013).*

1.2.4.3. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, kaygı bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların kaygı bozuklukları

tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu kategorisi, kaygı bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır (Köroğlu, 2013).

1.2.4.4. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, kaygı bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların kaygı bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu kategorisi, kaygı bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (Köroğlu, 2013).

1.2.5. Freud’a Göre Anksiyete

Freud anksiyeteyi, fiziksel veya toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunma olarak tanımlar. Anksiyeteyi ruhbilim alanında ilk kez kullanan ve kavram olarak tanımlayan kuramcı Freud’dur. Anksiyete, “nevrotikanksiyete”de olduğu gibi mantık dışı bir nitelik alırsa, uyum işlemini yitirir ve normal dışı davranışların ortaya çıkmasına neden olur.

Freud’a göre normal bireyin yaşadığı anksiyetenevrotikanksiyeteden yoğunluğu bakımından değil niteliği yönünden de farklıdır. Günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı anksiyete “gerçekçi” anksiyetedir. Dış dünyadaki gerçek nesnelere kaynaklanan bu duygu “korku” duygusuyla eş anlamı taşır. Gerçekçi anksiyete mantıklı ve anlaşılır olmasıyla nevrotikanksiyeteden ayrılır. Bu tür

anksiyete, beklenen ya da yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepkidir. Çoğu kez kaçma refleksi ile oluşan bu tepki yaşamı sürdürme ve korunma iç güdülerinin belirtisi de sayılabilir.

Diğer yandan hiçbir nedene bağlı olmayan ya da zararsız bir objeye yönelik bir yılgı tepkisi biçimindeki nevrotikanksiyete her zaman mantık dışıdır. Kökenini yetişkin yaşamdan çok bebeklik ve çocukluk yıllarının yaşantılarından alır. Psikanalizin ilk zamanlarında Freud gerçekçi olmayan anksiyeteyi kullanılmayan ruhsal enerjinin dolaylı bir belirtisi olarak yorumlamıştır. Bir başka deyişle, yaşam iç güdeleri dolaysız bir anlatım yolu bulamazlarsa, enerjileri yön değiştirir ve anksiyeteye dönüşür.

Algı sisteminin yardımıyla ego, kişiliğin dış dünya ile ilişkilerine bir zaman düzeni getirir. Türlü psikolojik süreçleri gerçeklik sınavından geçirerek duruma ve zamana uygun olup olmadıklarını saptar. Dürtü ile eylem arasına düşünce sürecini yerleştirerek gereğinde güdü boşalımın ertelenebilmesini sağlar. Bu çabaların sonucu giderek gelişen ego içgüdüsel zorlamalara boyun eğmektense onlarla uzlaşmaya yönelerek özgürleşir ve çoğu kez içgüdülerin denetimini de elinde tutar” (Geçtan, 2006).

Anksiyete, egonun tehlikeden kaçma yollarının bir anlatımı olmasından dolayı bu tehlikeye karşı üç anksiyete geliştirilir:

1. **Gerçeklik Anksiyetesi:** Yaşamı sürdürmek için gerekli bir objenin ya da durumun varolmasıyla oluşur. Dış dünyadaki tehlikenin algılanmasıyla ortaya çıkan ürkütücü bir durumdur.
2. **Törel Anksiyete:** Vicdanın tehlikeli olarak saydığı durumlarda ortaya çıkar. Temeli, çocuklukta cezalandırıcı anne-babayla simgelenen nesnel ve gerçek bir korku bulunur. Egoda suçluluk ya da utanç duygusu yaratır.
3. **NevrotikAnksiyete:** İçgüdülerden gelen tehlikenin algılanmasıyla ortaya çıkar. Nevrotikanksiyetenin altında yatan neden bilinçli bir şekilde kavranamaz. Üç ayrı biçimde görülür:
 - a. **Bağlantısız Anksiyete:** O anda ortaya çıkabilecek herhangi bir duruma bağlanmaya hazır kaygı durumudur. Kişi işleri yolunda da

gitse sürekli kaygılıdır. Kişi sürekli tehlike, yanlış yapma, başarısızlık vb. korkular içinde yaşar.

b. FobikAnksiyete: Belirli bir nesne ya da duruma karşı duyulan sürekli korkudur.

c. Panik Anksiyete: Korku yaratan bir durumla gösterilen tepki arasında bir bağ yoktur. Ansızın ortaya çıkan nöbetle fizyolojik belirtilerle birlikte ölüme yaklaşıyormuşçasına korkutan bir duygu durumu yaşanır.

Ego anksiyete yaratan bir durumla karşılaştığında var olan düzeni korumak için yeni mantık bilişimleri yapmak durumundadır. Akılcı yöntemlerle anksiyete ile başa çıkamazsa savunma mekanizmalarına başvurur. (Altıntaş ve Gültekin, 2005).

1.2.6.KarenHorney'e göre Anksiyete

Karen Horney, anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkıları sağlamıştır. Korku ve anksiyeteyi sık sık eş anlamda kullanarak iki kavram arasındaki yakınlığı yazılarında belirtmeye çalışmıştır. Her iki duygu da tehlikeye karşı geliştirilmiş duygusal tepkidir. Bu iki duyguya da titreme, terleme, ölüm korkusu yaratabilecek kadar hızlı kalp atışları gibi bedensel belirtiler eşlik ederse de aralarında önemli bir farklılık bulunur. Bir anne, sivilce çıkarıcı ya da nezle olan çocuğunun öleceği korkusuna kapılırsa bu duygu anksiyetedir. Buna karşılık, çocuk önemli bir hastalık geçirmekteyse annenin yaşadığı gerçek bir korku olur. Dolayısıyla bu iki duygu arasında kesin bir ayırım yapılabilir. Korku bir insanın karşılaştığı tehlikeye orantılı bir duygudur. Fakatanksiyete de durumla orantısız, hatta çoğu kez imgesel bir tehlikeye karşı geliştirilen bir tepki söz konusudur (Geçtan, 2006).

K. Horney'e göre nevrotik tepkiler, belli kültürde ve dönemde çoğunluk tarafından benimsenmiş örüntülerden sapma gösteren davranışlardır. Bu yüzden normal dışı kavramı kültürden kültüre değişmektedir.

Nevrotik eğilimlerin, en belirgin tipik özelliği; bunların, kendini iki temel yoldan belli eden zorlanımlı yapısıdır. İlki, bu eğilimlerin amaçları, durum, koşul ayırım gözetmeksizin izlenir. İkinci göstergesi ise bunların engellenmelerinden kaynaklanan kaygı tepkisidir. Bu tipik özellikler büyük öneme sahiptir.

Nevrotik kişi katıdır; başarılı ve üretken değildir. Nevrotik süreç, bireyi boyun eğen, kendine dönük ya da saldırganlıklardan biri olmaya zorlar. Ergenlikten yetişkinliğe geçiş, kişiyi bir kimlik oluşturmaya da zorlar. Nevrotik kişilerde bu kimliğin oluşum sürecine bireyin istekleri önemli değildir. Tek amaç kendini koruyabilmektir. Bu, kişiyi kızgınlığa, çaresizliğe ve soyutlanmışlık hissine iter. Bu duygulara karşı geliştirilen çözüm, “görmeye ulaşma çabası” nı içerir. Bunu açıklamak kişinin imgelemine bir ürünüdür ve kişi tüm yaşam işlevlerini bu tarafta çerçevesinde örgütler (Altıntaş ve Gültekin, 2005).

1.2.7. Sullivan’a Göre Anksiyete

Sullivan, anksiyetenin yaşam üzerinde eğitici bir etkisi olduğundan söz etmiştir. Anksiyete, bir bireyin güvenliğinin gerçek ya da imgelemsel bir tehditle karşılaştığı zaman yaşanan duygudur. Yoğunluğu arttığı oranda bireyin ihtiyaçlarına doyum sağlama etkinliklerinde de bir azalma olur. İlişkileri bozulur ve düşünce düzeni aksar. Anksiyetenin yoğunluğu tehlikenin önemine ve kişinin savunma işlerinin etkinlik oranına göre değişir. Yoğun anksiyete bireyi şaşkın ve çaresiz bırakır, yaşanan duygunun nedenleri anlaşılabilir. Buna karşılık daha az yoğunlukta anksiyete bireyin kendisini ve çevresini değerlendirebilmesine yardımcı olur, yaşam koşullarında yapması gereken değişiklikler konusunda ona yardımcı olur.

Anksiyete bireyin diğer davranışlarını da “ felce uğratan” bir etki yaratır. Algılama alanını daraltır, bilişsel süreçlerin etkinliğini aksatır ve genel olarak bireyin tepki yetenekleri üzerinde bozucu bir etki oluşturur. Sullivan’ın da çoğu kez işaret ettiği gibi anksiyete insanın başına bir darbe indirilmişçesine yaşanan bir duygudur” (Geçtan, 2006).

1.2.8. Anksiyete ve Korku

Korku ve kaygı (anksiyete) günümüzde çoğu kez aynı anlamda kullanılır. Fakat, birbirlerinden farklı anlamlar taşırlar. Korku ve kaygının, kalp atışlarında artma, kas gerginliği, kaçma eğilimi gibi dışa vurularındaki benzerlikler, aynı anlamda kullanılmalarna neden olsa da oluşumlarından sorumlu düşünsel zemindeki farklılığı görmek gerekir (Özer, 2004).

Korku sırasında duygusal tepkinin şiddeti tehditle orantılıdır ve tehdidin var olduğu süreyle sınırlıdır. Kaygı durumunda ise duygusal tepkinin şiddeti hem tehditle orantılı değildir hem de tehdidin varlığından bağımsız olarak devam eder (Baltaş-Baltaş, 2004).

Korku ve kaygıyı ayırt etmeye yardımcı olabilecek ipuçlarından bir tanesi, olayların nitelikleri ve bunlara dayalı olarak doğurabilecekleri çeşitli olası sonuçlar hakkında yapılacak değerlendirmelerdir (Özer, 2004).

Bazı psikologlar korkuyla kaygı arasında üç önemli fark bulunduğunu belirtmişlerdir:

1. Kaynak: Korkunun kaynağını biliriz, ancak kaygının kaynağı belirsizdir.

2. Şiddet: Korku kaygıdan daha şiddetlidir.

3. Süre: Korku daha kısa sürelidir, kaygı ise uzun süre devam eder (Cüceloğlu, 2004).

Korku ve kaygıyı asıl ayırt ettiren ölçüt olaydan çok, olaya verilen anlamların niteliğine bağlı olduğuna göre, kişi bir olay karşısında kendini hem korkutup hem de kaygılandırabilir (Özer, 2004).

1.3. Umutsuzluk

Türk Dil Kurumu (TDK) göre umut; olması beklenen veya olacağı düşünülen şey, ümit olarak açıklanmaktadır. Umutsuzluk ise; umut kelimesinin zıt

anlamlısı olarak tanımlanır. Bu durumda; olması beklenen veya olacağı düşünülen şeyin olmaması, ümitsizlik olarak açıklanabilir. Umutsuzluk; katı ve esnek olmayan duygu, düşünce ve hareketlere dayanır.

Umutsuzluk yaşayan birey genellikle ulaşabileceği seçenekleri görmezden gelir ve seçeneği reddeder (Örsal, 1998). Rideout ve Montemuro (1986) umudu, bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlar (Dilbaz ve Seber, 1993).

Amerikan Psikoloji Birliği'nin (1997) tanımına göre umutsuzluk, bireyin seçme özgürlüğünün bulunmadığını ya da seçeneklerinin sınırlı olduğunu gördüğü ve kendi adına enerjisini harekete geçiremediği öznel duygu durumudur.

Cassidy'e (1957) göre ise umutsuzluk, kişinin içinde bulunduğu fiziksel, zihinsel veya toplumsal durumun düzelmeyeceğine ilişkin genel ruh halidir. Umutsuz kişi, yaşamını ilgilendiren önemli konularda kötü gelişmelerin olacağı ya da en azından iyi şeyler olmayacağı beklentisindedir. Bu durumu hiçbir şeyin değiştiremeyeceğine inanmaktadır (Yıldırım, 2007).

Stotland, umutsuzluğun bilişsel şema içinde geleceğe ait olumsuz beklentiler olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir. Bu nedenle karamsar ya da umutsuz bir kişi hiçbir şeyin düzelmeyeceğine inanır ya da bu yönde beklentileri vardır. Kendisi için önemli olacak amaçlara ulaşamayacaktır ve en kötüsü de sorunları hiçbir zaman çözülemeyecektir (Öngider, 1997).

Kierkegaard'a (1989) göre; umutsuzluk imkanı, insanın hayvanlara olan üstünlüğüdür. İnsanın ruhsal anlamda kendini gerçekleştirebilmesi, bu imkanın var olmasını, etkin bir biçimde onunla yüzleşebilmesini ve sonunda umutsuzluğunun tüketilmesini gerektirir.

Kierkegaard'a (1989) göre umutsuzluk kişinin kendisi olmak istememesinden de kaynaklı olabilir. Kierkegaard (1989) için seçiş; varoluşun ayrıcalıklı anıdır. Seçiş için yaratılmış insanın durumu, ancak riske girebilen bir varlığın durumu olabilir ve Kierkegaard'a (1989) göre "insan seçişi seçmeden umutsuzluğa kapılamaz". Varoluşsal karara götüren, umutsuzluğun kışkırtılmasıdır. "Tüm ruhunla ve

düşüncenle umutsuzluğa kapıl” diye yazar, “...umutsuzluğa kapılan sonsuz insanı bulur” (Monuier,1989; Kierkegaard, 1989). Paul Tillich’e (1952) göre umutsuzluk, “son istasyon”dur (Tillich, 1952).

1.3.1. Umutsuzluk Belirtileri

Melges’e (1969) göre kişide umut ya da umutsuzluk tablosu büyük ölçüde bir takım bilişsel süreçlerin etkileşimi sonunda ortaya çıkar.

Amerikan Psikoloji Birliği (1997) umutsuzluğun nedenlerini şu şekilde sıralamıştır (Yıldırım, 2007);

- ✦ *Çeşitli etkenlere bağlı olarak bireyin etkinliklerin uzun süre kısıtlanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık, beden sağlığının kötüleşmesi, uzun süreli stres,*
- ✦ *Kendini bırakmak,*
- ✦ *Soyut değerlere ve/veya Tanrı’ya olan inancı kaybetmek,*
- ✦ *Edilgenlik, konuşmada azalma,*
- ✦ *Kötümser içerikli konuşmalar, dilde olumsuz ifadeler,*
- ✦ *Duyguların ifadesinin azalması,*
- ✦ *Dış uyaranlara karşı tepkilerin azalması,*
- ✦ *Kendisiyle konuşan kişiye ilgisizlik,*
- ✦ *Umursamaz ve aldırılmaz tavırlar,*
- ✦ *Uyku saatlerinde artma ya da azalma,*
- ✦ *İştahta azalma,*
- ✦ *Kişisel bakımına özen göstermeme,*
- ✦ *Sosyal ortamlardan kaçınma.*

Umutsuz kişide kişisel hislerde azalma ve olumsuzluklar da görülür. Bunlar; cesaretini yitirme, kendini yolun sonunda gibi hissetme, gergin, sinirli ve unutkan olma, dikkatini toparlayamama, karamsarlık yaşama ve hayattan zevk alamamadır (Öz, 2004). Beck ve arkadaşları (1990) ve Schneider (1985), insanların kendilerini umutsuz hissettiklerinde planlarını somutlaştırmada ve problemlerinin çözümde

alternatif metodlar ortaya koymakta zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir (Taner, 2008).

Abramsan (1998), umutsuzluk kavramının üç tane ana karakteristik özelliğinin olduğunu belirtmiştir (Konukbay, 2005). Bunlar;

1. Çözüm oluşturmada yetersizlik (Kişinin fiziki boyutunda ortaya çıkan, motivasyonelseptomlar)

2. Kişinin hakkında umutsuzluk hissettiği sonucun, kısmen kendi tepkilerince kontrol edildiği gerçeğini anlamada güçlük (Kişinin entelektüel boyutunda ortaya çıkan, bilişsel semptomlar)

3. Üzüntü etkisi (Kişinin duygusal boyutunda ortaya çıkan, duygusal semptomlar).

Umutsuzluk, bir hastalık sonucunda gelişebileceği gibi, bir hastalık nedeni de olabilir. Umutsuzluk, hastanın çevresindeki olayları karşı konulamaz olarak görmesine ve geri çekilmesine yol açar. Apati (ilgisizlik), keder, suçluluk, karamsarlık, umursamama gibi davranışsal tepkilere yol açabilir. Kişinin iç kaynaklarını tehdit altına ya da tükenmiş hissetmesi, dışarıdan yardıma gereksinimi olduğunu gösterir. Hastalıklar kişide çaresizlik duygularına neden olur. Kişinin hastalığını algılaması çeşitli kültürel kaynaklardan etkilenir. Kişi, hastalığı üstesinden gelebileceği bir durum olarak algılayabileceği gibi, kader, felaket olarak algılayıp umutsuzluğa düşebilir (Bozkurt, 2004).

Umutsuzluğu tanımlayıcı özellikler (Bozkurt, 2004);

- ↳ *Terminal hastalıklar*
- ↳ *Orta dereceli ve şiddetli depresyon*
- ↳ *Pasiflik ve çaresizlik*
- ↳ *Regresyon ve bağımlılık*
- ↳ *Apati ya da aşırı ağlama*
- ↳ *Vazgeçme ve güçsüzlük*
- ↳ *Acizlik, yarımsızlık*
- ↳ *Yetersizlik, yeteneksizlik*

- ↪ *Yaşamda anlam ya da amaç yokluğu*
- ↪ *“Boş” ya da “boşaltılmış” olma duygusu*
- ↪ *Yaşamak için ilgi ve istek kaybı*
- ↪ *Tuzağa düşmüşlük duygusu*
- ↪ *Aşırı uyku ya da uykusuzluk*
- ↪ *Şiddetli kilo kaybı*
- ↪ *Benlik saygısı kaybı*
- ↪ *Günlük aktivitelerde ilgi ve enerji kaybı*
- ↪ *Problem çözme ve karar verme yeterliliğinde azalma*
- ↪ *Şimdi ve burası için değil, geçmiş ve gelecek ile ilgilenme*
- ↪ *Düşünsel süreçlerde esnekliğin azalması*
- ↪ *Hayal etme ve arzu etme yetersizliği*
- ↪ *Amaç ve hedeflerin farkında olmama ve /veya bunları başaramama*
- ↪ *Plan, düzenleme yapamama*
- ↪ *Umut kaynaklarının farkında olamama*
- ↪ *İntihar etme düşünceleri*
- ↪ *Öfkeyi dışarı vurmada yetersizlik*
- ↪ *Temel ihtiyaçlarını karşılama ve öz-bakımını yapma yeteneğinde kayıp.*

1.3.2. Umutsuzluk Türleri

Farklı açılardan ele alındığında umutsuzluğun, birçok başlığa ayrılması söz konusu olabilmektedir. Bilinçlilik olarak ele alınacak olursa; umutsuzluk, bilinçsiz ve bilinçli olmak üzere iki başlığa ayrılmaktadır (Kierkegaard, 1997).

1.3.2.1. Bilinçsiz Umutsuzluk

Kierkegaard’a (1997) göre; bilinç ne kadar artarsa, umutsuzluk o kadar şiddetlenir. Bu durumda bilinçsizliğin en yüksek noktasında umutsuzluk en aşağıda olmaktadır. Umutsuzluğun kendisi bir olumsuzluktur ve umutsuzluğun bilinmemesi de başka bir olumsuzluk olmaktadır (Kierkegaard, 1997).

Bilinçsiz umutsuzluğun, zorluklar karşısında kolayca yılgınlığa kapılma, genel bir ciddiyet yokluğu, geleceği önceden görme ya da kehanette bulunma vs. gibi daha pek çok şekillerde kendisini göstermesi mümkün olabilmektedir (Horney, 2007).

1.3.2.2. Bilinçli Umutsuzluk

Bilinçliliğin en yüksek noktasında umutsuzluk en yukarıda olmaktadır (Kierkegaard, 1997).

Umutsuzluğun gerçek fikri ile birlikte ne kadar umutsuz kalınırsa, umutsuz olmanın o kadar açık bilincine sahip olunmakta ve umutsuzluk da o kadar şiddetli olmaktadır (Kierkegaard, 1997).

Kişi umutsuzluğunun farkına vardığı zaman bunu genellikle açıklayamamakta, bunu çalıştığı işten ya da evlilikten politik duruma kadar çeşitli dış etkenlere bağlamaya yatkın olmaktadır. Bunun sebebi somut ve geçici bir durum olmamaktadır. Umutsuz kişi, yaşamına bir gün bir anlam verme, bir gün mutlu ya da özgür olma konusunda umutsuzluk duyarak kendisini, yaşamını anlamlı kılabilecek her şeyden sonsuza dek eksik bırakılmış hissetmektedir (Horney, 2007).

Bilinçli umutsuzlukta, umutsuz birey durumundan içten içe bayağı kuşku duyarak, umutsuzluğunu; hangi hastalık olduğunu söylemek için fazla istek duymadan, bir hastalığın kuluçka döneminde olduğunun hissedildiği zamanki gibi hissetmekte fakat daha sonra umutsuzluğunu tamamen fark etmektedir (Kierkegaard, 1997).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırma örneklemini İstanbul ilinde yaşayan rastgele seçilmiş 18-62 yaş arası 67 çalışan ve 69 çalışmayan toplam 136 bayan oluşturmaktadır. Araştırmada gönüllülük esas alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların kişisel bilgilerini toplamak amacıyla Demografik Bilgi Formu oluşturulmuş ve kullanılmıştır. Örneklemi oluşturan katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemek üzere katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu sunulmuştur. Bu formda katılımcıların yaşını, çalışıp-çalışmadığını, yaşamlarının çoğunluğunun geçtiği yeri, anne babalarının sağ ve öz olup olmadıklarını, anne baba eğitim düzeylerini, algılanan gelir düzeyini, çocukluğunda bakımını büyük ölçüde kimin üstlendiğini, şu anda ya da daha önceden alınmış olan bir psikiyatrik tanı olup olmadığı ve son olarak romantik bir ilişkilerinin olup olmadığını sorgulayan ifadeler yer almaktadır.(Ek1)

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarını değerlendirebilmek amacıyla Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanılmıştır. Orijinal adıyla “ChildhoodTraumaQuestionnaire (CTQ)” Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 28 maddeden oluşmakta ve 5’li Likert tipi ölçek (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçek 5 alt boyutu kapsamakta olup bunlar; çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olup fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmali kapsamaktadır. Puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir. Beş alt puanın toplamı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanını verir. Alt

puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu olmasına karşın 3 madde travma inkarını ölçmekte olup ve maddelerin puanlarının ters çevrilmesine gerek yoktur (madde 10, 16, 22). Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan sayılır. Duygusal istismarı 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddeler, fiziksel istismarı 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddeler, cinsel istismarı 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddeler, duygusal ihmali 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeler, fiziksel ihmali ise 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddeler ölçer. (Ek2)

Anksiyete düzeylerini değerlendirebilmek için BeckAnksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. BeckAnksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan 4'lü Likert tipi (Hiç, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde) ölçektir. Ölçekten 0-63 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan kişinin anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu gösterir.

Umutsuzluk düzeylerinin ölçülebilmesi için Beck Umutsuzluk Düzeyi (BUÖ) kullanılmıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck A.T.,Lester, D. Ve Trexler L. (1974) tarafından kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklenti düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşan ölçek 0-1 arası puanlanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişinin kendisi için uygun olana ifadeyi “evet”, uygun olmayan ifade içinse “hayır” olarak işaretlemesi istenmektedir. Maddelerin 11 tanesinde “evet” seçeneği, 9 tanesinde “hayır” seçeneği 1 puan alır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. Sorular “hayır”; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. Sorularda ise “evet” yanıtı için 1 puan verilir. Ölçekten 0-20 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan kişide umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir.

2.3. İşlem

Katılımcıların üç ölçek için de verdiği cevapların toplam puan ortalamaları alınarak analiz yapılmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Katılımcılardan ilk olarak sosyodemografik bilgi formunu doldurmaları istenmiştir ve arkasından BeckAnksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Veri toplanmasından sonra; betimleyici istatistik (descriptivestatistics), Pearson Korelasyon Analizi, Bağımsız Örneklem t Testi, Bağımlı Örneklem t Testi, Non-parametrik Mann Whitney-U Testi, Non-parametrik Kolmogorov-Smirnov Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) SPSS programının 22. Sürümü yardımıyla analiz edilmiştir.

2.5. Sonuçlar/Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri meslek, medeni durum büyüdüğü yer olarak bir tabloda, anne-baba durumları, anne-baba eğitim düzeyleri, bebekliğinde bakımını büyük ölçüde kimin üstlendiği başka bir tabloda ve halihazırda almış olduğu psikiyatrik tanı, daha önce almış olduğu psikiyatrik tanı, bedensel rahatsızlığı, romantik ilişkisi için ayrı bir tabloda frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Örneklemin Meslek, Medeni Durum, Büyüdüğü Yer Demografik Analizi

Değişken		Frekans	Yüzde
Medeni Durum	Evli	82	60.3
	Bekar	54	39.7
	Toplam	136	100.0
Meslek	Çalışan	67	49.3
	Çalışmayan	69	50.7
	Toplam	136	100.0
Büyüdüğü Yer	Büyükşehir	110	80.9
	Şehir	18	13.2
	Kasaba	8	5.9
	Toplam	136	100.0

Tablo 1’de katılımcıların medeni durumları, çalışıp-çalışmadıkları, yaşamlarının büyük çoğunluğunun geçtiği yer olarak frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Tablo 2. Örneklem Anne-Baba Durumu, Anne-Baba Eğitim Düzeyi, Bebekliğinde Bakım Veren Demografik Analizi

Anne	Hayatta	117	86.0
	Hayatta Değil	17	12.5
	Üvey	2	1.5
	Toplam	136	100.0
Baba	Hayatta	103	75.7
	Hayatta Değil	31	22.8
	Üvey	2	1.5
	Toplam	136	100.0
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	19	14.0
	Okur-Yazar	10	7.4
	İlkokul Mezunu	61	44.9
	Ortaokul Mezunu	23	16.9
	Lise Mezunu	16	11.8
	Üniversite	7	5.1
	Toplam	136	100.0
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	6	4.4
	Okur-Yazar	13	9.6
	İlkokul Mezunu	56	41.2
	Ortaokul Mezunu	24	17.6
	Lise Mezunu	23	16.9
	Üniversite	14	10.3
	Toplam	136	100.0
Bebekliğinde Bakım	Anne	98	72.1
	Baba	9	6.6
	Kardeş	4	2.9
	Bakıcı	4	2.9
	Kreş	3	2.2
	Anneanne/Babaanne	13	9.6
	Diğer	5	3.7
	Toplam	136	100.0

Tablo 2’de kadınların anne ve babalarının hayatta olup olmama, eğitim düzeyleri ve bebekliğinde bakımını büyük ölçüde kimin üstlendiğine ilişkin bilgileri içeren bağımsız değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

Tablo 3. Örneklemin Psikiyatrik Tanı, Daha Önce Psikiyatrik Tanı, Bedensel Rahatsızlık, Romantik İlişki Demografik Analizi

Psikiyatrik Tanı	Var	9	6.6
	Yok	127	93.4
	Toplam	136	100.0
Daha Önce Psikiyatrik Tanı	Almış	18	13.2
	Almamış	118	86.8
	Toplam	136	100.0
Bedensel Rahatsızlık	Evet	17	12.5
	Hayır	119	86.8
	Toplam	136	100.0
Romantik İlişki	Evet	65	47.8
	Hayır	71	52.2
	Toplam	136	100.0

Tablo 3’de kadınların hali hazırda psikiyatrik tanı alıp almadığına, daha önce psikiyatrik tanı alıp almadığına, bedensel bir rahatsızlığının olup olmadığına ve romantik bir ilişkisinin olup olmamasına ilişkin bilgileri içeren bağımsız değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6’da katılımcı kadınların çalışıp-çalışmama durumlarına göre sırasıyla çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları, Beckanksiyete ölçeği toplam puanları ve Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını saptamak amacı ile Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır.

Tablo 4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara Göre Mann Whitney-U Testi

Ççtö_toplam	Kişi Sayısı	S.T.	S.O.	U	z	p
Çalışan	67	67,51	4523,00			
Çalışmayan	69	69,46	4793,00	2245,00	-0,290	0,772
Toplam	136					

Kadınların Çocukluk çağı Travma Ölçeğinden almış oldukları puanların, çalışıp çalışmama değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara Göre Mann Whitney-U Testi

Baö_toplam	Kişi Sayısı	S.T.	S.O.	U	z	p
Çalışan	67	62,31	4174,50			
Çalışmayan	69	74,51	5141,50	1896,50	-1,808	0,071
Toplam	136					

Kadınların BeckAnksiyete Ölçeğinden almış oldukları puanların, çalışıp çalışmama değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşma olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan ve Çalışmayan Kadınlara Göre Mann Whitney-U Testi

Baö_toplam	Kişi Sayısı	Ortalama Rank	S.O.	U	z	p
Çalışan	67	77,22	5174,00			
Çalışmayan	69	60,03	4142,00	1727,00	-2,598	0,09
Toplam	136					

Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden almış oldukları puanların, çalışıp çalışmama değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşma olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi

	Ççtö_toplam	Baö_toplam	Buö_toplam
Kişi Sayısı	136	136	136
Normal Parametreler			
Ortalama	54,7132	12,7353	9,7500
Standart Sapma	5,87765	9,85843	2,12132
Ekstrem Farklılık			
Değerleri			
Mutlak Değer	0,093	0,099	0,201
Pozitif Değer	0,056	0,099	0,115
Negatif Değer	-0,093	-0,098	-0,201
Kolmogorov-Smirnov Z	1,084	1,158	2,348
p Değeri	0,190	0,137	0,000

Tablo 7’de görüldüğü gibi, Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini anlamak amacıyla yapılmış olan Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda dağılımın normal dağılımdan farklılığı anlamlı bulunmamıştır ($z=1,084$; $p>,05$).

Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi, BeckAnksiyete Ölçeğinden elde edilen puanlara da uygulanmış ve puanların normal dağılım gösterip göstermediği incelendiğinde, dağılımın normal dağılımdan farklılığı anlamlı bulunmamıştır ($z=1,158$; $p>0,05$).

Aynı şekilde Tek Örneklem Kolmogorv-Smirnov Testi Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarına da uygulanarak puanların normal dağılımı incelenmiş ve dağılımın normal dağılımdan farklılığı anlamsız bulunmuştur ($z=2,348$; $p>0,05$).

Tablo 8. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Alt Ölçeklerinin Toplam Puanları Arasında Ortalama ve Standart Sapma

ÇÇTÖ Alt Ölçekler	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
Duygusal istismar	136	6,56	2,40
Fiziksel istismar	136	5,60	1,85
Cinsel istismar	136	5,24	0,79
Fiziksel ihmal	136	12,23	1,96
Duygusal ihmal	136	20,26	4,59

Tablo 8’de Çocukluk Çağı Tavma Ölçeği alt ölçeklere ayrılmış ve ayrılmış olan alt ölçeklere göre ortalamaları ve standart sapmaları gösterilmiştir. Ortalamalara göre duygusal ihmalin puanlarının diğer alt ölçeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Duygusal ihmali sırasıyla fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar izlemektedir.

Tablo 9’da Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin alt ölçekleri arasında korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 9. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Alt Ölçekleri Arasında Pearson Korelasyon Analizi

		ÇÇTÖ Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal
Ç.Ç.T.Ö. Toplam Puan	Pearson K.K.	1	-,00	0,07	0,14	0,45*	0,71*
	p		0,83	0,39	0,09	0,00	0,00
	Kişi Sayısı	136	136	136	136	136	136
Duygusal İstismar	Pearson K.K.	-,018	1	0,65*	0,17*	-0,15	-0,55*
	p	0,83		,000	,041	0,07	0,00
	Kişi Sayısı	136	136	136	136	136	136
Fiziksel İstismar	Pearson K.K.	,073	0,65*	1	0,38*	-0,14	-0,47*
	p	0,39	0,00		0,00	0,09	0,00
	Kişi Sayısı	136	136	136	136	136	136
Cinsel İstismar	Pearson K.K.	0,14	0,17*	0,38*	1	0,06	-0,15
	p	0,09	0,04	0,00		0,467	0,06
	Kişi Sayısı	136	136	136	136	136	136
Fiziksel İhmal	Pearson K.K.	0,45*	-0,15	-0,14	0,06	1	0,19*
	p	0,00	0,07	,091	0,46		0,02
	Kişi Sayısı	136	136	136	136	136	136
Duygusal İhmal	Pearson K.K.	0,71*	-0,55*	-0,47*	-0,15	0,19*	1
	p	0,00	0,00	0,00	0,06	0,02	
	Kişi Sayısı	136	136	136	136	136	136

*p<0,05 koşulu sağlanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının duygusal istismar toplam puanları ile arasında negatif yönlü -0,018 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının fiziksel istismar toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,073 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının cinsel istismar toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,14 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının fiziksel ihmal toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,45 düzeyinde ve orta derecede bir ilişki vardır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının duygusal ihmal toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,71 düzeyinde ve yüksek derecede bir ilişki vardır.

Tablo 10. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları - Medeni Durum Grup İstatistiği

	Medeni Durum	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
ÇÇTÖ Toplam Puan	Evli	82	53,70	6,28
	Bekar	54	56,24	4,87

Tablo 10'da Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanlarının medeni duruma göre ortalama ve standart sapması verilmiştir. Evli olan kadınların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 53,70 iken, bekar olan kadınların toplam puanı 56,24 çıkmıştır. Aralarında çok önemli bir farklılık olmadığı gözlenmektedir.

Tablo 11. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Çalışan Çalışmayan Kadınlarda Medeni Durum Karşılaştırılması İçin t Testi

		Medeni durum	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Çalışan	Ççtö toplam	evli	38	53,4474	6,52520	-1,511	65	0,136
		bekar	29	55,6897	5,27192			
Çalışmayan	Ççtö toplam	evli	44	53,9318	6,13188	-2,114	67	0,038
		bekar	25	56,8800	4,38102			

Çalışan kadınlarda medeni durum ile Çocukluk Çağı travma Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=-1,511$; $p>0,05$). Çalışmayan kadınlara bakıldığında Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=-2,114$; $p<0,038$).

Tablo 12. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

		BAÖ Toplam Puan
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,20
	p	0,19
	Kişi Sayısı	136

Tablo 12’de Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ve BeckAnksiyete Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü -0,20 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Tablo 13. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanları Arasında Pearson Korelasyon Analizi

		BUÖ Toplam Puan
BAÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,54
	p	0,53
	Kişi Sayısı	136

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ile Beck Umutsuzluk ölçeği toplam puanları arasında -0,54 düzeyinde ve orta derecede bir ilişki vardır.

Tablo 14. Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanları Arasında Pearson Korelasyon Analizi

		BUÖ Toplam Puan
BAÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,63
	p	0,46
	Kişi Sayısı	136

BeckAnksiyete Ölçeği toplam puanları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanlarının Pearson Korelasyon Analizine bakıldığında -0,63 düzeyinde ve orta derecede bir ilişki vardır.

Tablo 15. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Psikiyatrik Tanı Arasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

	Psikiyatrik Tanı	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
ÇÇTÖ Toplam Puan	Var	9	51,44	6,52	1,889	0,012
	Yok	127	54,94	5,78		

Tablo 15'te Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ile psikiyatrik tanı arasında Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmış olup, varyansların homojenliği göre (levne:3,400; $p<0,01$) olduğundan Tamhane's T2'ye göre (heterojen varyanslara göre) F Testi uygulanmıştır. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ve psikiyatrik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($F=1,889$; $p<0,05$).

Tablo 16. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Yaş Arasında Pearson Korelasyon Analizi

		Yaş
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,26
	p	0,02
	Kişi Sayısı	136

Tablo 16’da Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve yaş arasında negatif yönlü -0,26 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.p<0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça Çocukluk Çağı Travma toplam puanı düşmekte ya da tam tersi yaş azaldıkça Çocukluk Çağı travma toplam puanı artmaktadır.

Tablo 17. Çocukluk Çağı Travma Ölçek Toplam Puanlarının Romantik İlişki, Medeni Durum ve Çalışan-Çalışmayan Kadınlara arasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Romantik ilişki	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları	136	0,224	0,501	0,869	0,652
Medeni durum		136	0,229	0,491	0,939	0,557
meslek		136	0,251	0,502	0,996	0,482

Çocukluk çağı travma toplam puanları ile romantik ilişki arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (F=0,869; p>0,05).

Çocukluk çağı travma toplam puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($F=0,939$; $p>0,05$).

Çocukluk çağı travma toplam puanları ile çalışıp-çalışmama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($0,996$; $p>0,05$).

Tablo 18. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği Pearson Korelasyon Analizi

		BAÖ Toplam Puan
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,20
	p	0,08
	Kişi Sayısı	69

Çalışmayan kadınlarda Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ve Beckanksiyete ölçeği toplam puanları arasında -0,20 düzeyinde ve düşük bir ilişki vardır ($p>0,05$).

Tablo 19. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Pearson Korelasyon Analizi

		BUÖ Toplam Puan
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,14
	p	0,23
	Kişi Sayısı	69

Çalışmayan kadınlarda Çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ve Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanları arasında -0,14 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır ($p>0,05$).

Tablo 20. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Medeni Durum Grup İstatistiği

	Medeni Durum	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
ÇÇTÖ Toplam Puan	Evli	44	53,93	6,13
	Bekar	25	56,88	4,38

Tablo 20 incelendiğinde çalışmayan bekar kadınların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puan ortalamaları, evli kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 21. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ile Medeni Durum Arasında Bağımsız Örneklem T testi

t	p	Ortalama fark
-2,31	0,02	-2,53

Tablo 21’de Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($t=-2,31$; $p<0,05$).

Tablo 22. Çalışmayan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanlarının Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		ÇÇTÖ Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	1	0,01	0,11	0,12	0,47*	0,63*
	p		0,89	0,33	0,29	0,00	0,00
	Kişi Sayısı	69	69	69	69	69	69
Duygusal İstismar	PearsonK.K.	0,01	1	0,68*	0,28*	-0,10	-0,63*
	p	0,89		0,00	0,01	0,39	0,00
	Kişi Sayısı	69	69	69	69	69	69
Fiziksel İstismar	PearsonK.K.	0,11	0,68*	1	0,48*	-0,19	-0,53*
	p	0,33	0,00		0,00	0,11	0,00
	Kişi Sayısı	69	69	69	69	69	69
Cinsel İstismar	PearsonK.K.	0,12	0,28*	0,48*	1	-0,15	-0,20
	p	0,29	0,01	0,00		0,20	0,08
	Kişi Sayısı	69	69	69	69	69	69
Fiziksel İhmal	PearsonK.K.	0,47*	-0,10	-0,19	-0,15	1	0,26*
	p	0,00	0,39	0,11	0,20		0,02
	Kişi Sayısı	69	69	69	69	69	69
Duygusal İhmal	PearsonK.K.	0,63*	-0,63*	-0,53*	-0,020	0,26*	1
	p	0,00	0,00	0,00	0,08	0,02	
	Kişi Sayısı	69	69	69	69	69	69

*p<0,05 düzeyinde anlamlı.

Çalışmayan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının duygusal istismar toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,01 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çalışmayan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının fiziksel istismar toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,11 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çalışmayan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının cinsel istismar toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,12 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çalışmayan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının fiziksel ihmal toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,47 düzeyinde ve orta derecede bir ilişki vardır.

Çalışmayan kadınların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının duygusal ihmal toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,63 düzeyinde ve yüksek derecede bir ilişki vardır.

Tablo 23. Çalışan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları Pearson Korelasyon Analizi

		BAÖ Toplam Puan
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	-0,20
	p	0,09
	Kişi Sayısı	67

Çalışan kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü -0,20 düzeyinde ve düşük derece bir ilişki vardır.

Tablo 24. Çalışan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanları Pearson Korelasyon Analizi

		BUÖ Toplam Puan
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	0,07
	p	0,53
	Kişi Sayısı	67

Çalışan kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü 0,07 düzeyinde ve düşük derece bir ilişki vardır.

Tablo 25. Çalışan Kadınlarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Alt Ölçekleri Arasında Korelasyon Analizi

		ÇÇTÖ Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal
ÇÇTÖ Toplam Puan	PearsonK.K.	1	-0,08	-0,01	0,16	0,43*	0,81*
	p		0,51	0,95	0,19	0,00	0,00
	Kişi Sayısı	67	67	67	67	67	67
Duygusal İstismar	PearsonK.K.	-0,08	1	0,57*	0,07	-0,22	-0,41*
	p	0,51		0,00	0,55	0,07	0,01
	Kişi Sayısı	67	67	67	67	67	67
Fiziksel İstismar	PearsonK.K.	-0,01	0,57*	1	0,33*	-0,08	-0,37*
	p	0,95	0,00		0,01	0,49	0,01
	Kişi Sayısı	67	67	67	67	67	67
Cinsel İstismar	PearsonK.K.	0,16	0,07	0,33*	1	0,22	-0,11
	p	0,19	0,55	0,01		0,07	0,33
	Kişi Sayısı	67	67	67	67	67	67
Fiziksel İhmal	PearsonK.K.	0,43*	-0,22	-0,08	0,22	1	0,12
	p	0,00	0,07	0,49	0,07		0,29
	Kişi Sayısı	67	67	67	67	67	67
Duygusal İhmal	PearsonK.K.	0,81*	-0,41*	-0,37*	-0,11	0,12	1
	p	0,00	0,01	0,01	0,33	0,29	
	Kişi Sayısı	67	67	67	67	67	67

*p<0.05 düzeyinde anlamlı.

Çalışan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının duygusal istismar toplam puanları ile arasında negatif yönlü -0,08 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çalışan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının fiziksel istismar toplam puanları ile arasında negatif yönlü -0,01 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çalışan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının cinsel istismar toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,16 düzeyinde ve düşük derecede bir ilişki vardır.

Çalışan kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının fiziksel ihmal toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,43 düzeyinde ve orta derecede bir ilişki vardır.

Çalışan kadınların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanlarının duygusal ihmal toplam puanları ile arasında pozitif yönlü 0,81 düzeyinde ve yüksek derecede bir ilişki vardır.

TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın örnekleme çalışılan ve çalışmayan bayanlardan oluşmaktadır. Örnekleme, 67'si çalışılan bayan, 69'u çalışmayan toplam 136 bayan oluşturmaktadır.

Katılımcıların çocukluk çağı travma yaşantılarını ölçebilmek için daha önce güvenilir geçerliliği yapılmış olan “Çocukluk Çağı Travma Ölçeği”, anksiyete düzeyini ölçmek için “BeckAnksiyete Ölçeği” ve umutsuzluk düzeyini ölçmek için “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmıştır.

Elde edilen verilere göre, yaş ve çocukluk çağı travmaları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve ters yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu ilişki çalışılan ve çalışmayan bayanlarda ayrı ayrı incelenmiş olup; bu ilişkinin sadece çalışılan kadınlarda olduğu görülmüştür.

Çocukluk çağı travmaları ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bekar bayanların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puan ortalaması, evli bayanların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu ilişki çalışılan bayan ve çalışmayan bayanlarda ayrı ayrı olarak incelenmiş olup; çalışmayan bayanların çocukluk çağı travması ile medeni durumu arasında ilişki olduğu saptanmış ve bu ilişkinin çalışılan bayanlarda olmadığı görülmüştür.

Çocukluk çağı travmaları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Anksiyete düzeyi ve umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile çalışıp çalışmamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile büyüdükleri yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile algılanan gelir düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile daha önce ve şu an psikiyatrik tanı alıp almamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile bebekliğinde bakım alma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile romantik ilişki arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırma sonuçlarında beklenen sonucun aksine çocukluk çağı travma yaşantıları anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Literatür taraması yapılırken çocukluk çağı travmaları ile anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran bir çalışma bulunamadığından çıkan bu sonuçlar karşılaştırılamamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Fakat bu durumun yalnızca bekar bayanlarda olduğu görülmüştür. Evli bayanlarda ise bu ilişki geçerli bulunmamıştır. Çocukluğunda travmatik olaylar yaşamış olan bayanların yetişkinlikte evliliğe karşı bir tutum geliştirmiş olabilme ihtimallerinin bu sonuca etki edebileceği düşünülmüştür.

Çocukluk çağı travmaları ve yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu ilişki ters yönlü bir ilişki olup çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanlarının yaş arttıkça azaldığı saptanmıştır. Çocukluluğunun üzerinden uzun bir zaman geçmesinin bu duruma sebebiyet vermiş olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile daha önce ve şu an psikiyatrik tanı alıp almamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bireylerin daha önce tanı almış olması, daha önce psikiyatrist ya da psikoloğa gitmiş olduğunun göstergesidir. Bu durum tedavi sürecinde yer almış olmaları ihtimalini arttırmaktadır. Bu yüzden anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin düşük çıkmış

olabileceği düşünülmüştür. Bu neden ile çocukluk çağı travmaları ile psikiyatrik tanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki çıkmadığı ihtimali düşünülmektedir. Burada ayrı olarak incelenmiş olan, psikiyatrik tanılara bakıldığında bireylerde panikatak teşhisi ve depresyon teşhisi ile tedavi görmüş ya da görmeye devam etmektedir. Yargıç ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, yetişkinlikteki psikiyatrik problemleri arttıran etkenler olduğu bulunmuştur (Yargıç ve ark., 1994; Chasan 2010). Çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısı bulunan bireylerin, yetişkinlikte ruhsal sorunlar yaşama riski artmaktadır (Durmuşoğlu ve Doğru, 2006; Chasan 2010). Yapılan çalışmaları destekleyen cevaplar alınmış olsa bile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

Örneklem incelendiğinde; örnekleme oluşturanların çoğunluğu büyükşehirde büyüyüp, yetişmiş olduğundan, diğer yerlerde büyüyüp, yetişenlerin sayısı ile sağlıklı bir istatistiksel analiz yapılmasının uygun olmadığı düşünülmektedir. Daha eşit dağılımlı bir çalışma ile ilişkinin tekrar araştırılması gerektiği düşünülmüştür.

Çocukluk çağı travmaları ile bebekliğinde/çocukluğunda bakımını büyük ölçüde üstlenen kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Literatür kısmında; çocuğun bakımını üstlenen kişinin, çocuğun yaşayabileceği istismar ve ihmallerde büyük bir rol üstlendiğinin üzerinde durulmuştur. Örneklem büyük çoğunluğunun bakımını anne, ikinci çoğunluğun bakımını ise anneanne/babaanne üstlenmiş olması sonucun bu doğrultuda çıkmasını etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile algılanan gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Algılanan gelir düzeyinin, çocukluk çağı travma yaşantılarında fark yaratabileceği düşünülmüştür. Bu şekilde düşünülmesinin nedeni ise; fiziksel ihmale uğrayabilmeleridir. Ancak örneklem incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile romantik ilişki arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çocukluk çağında yaşanan travmaların kişinin romantik ilişkisini etkileyebileceği düşünülmüştür ve medeni durum ile

çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin gözlenmesi de, romantik ilişkide de fark olabileceğini düşündürmüştür. Çocukluk çağında yaşanmış fiziksel istismar (Ayan, 2007; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999; Lewis, 1992; Kaplan, 2002; Taner ve Gökler, 2004; Livingston, 1987), dikkat bozuklukları gibi bilişsel sorunlara, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi duygusal sorunlara, tehlikeli cinsel deneyimler, ahlaka aykırı davranışlar, şiddet içeren davranışlar gibi davranışsal sorunlara, depresyon, anksiyete, hiperaktivite, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı gibi psikiyatrik sorunlara ayrıca, **sosyal işlevsellik alanında yetersizliklere ve yakın ilişki kurmakta güçlük çekme ve daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, daha fazla öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurma gibi kişilerarası sorunlara yol açmaktadır.** Aynı zamanda; çocukluk çağı cinsel istismarı (Nurcombe, 2000; Yanık ve Özmen, 2002; Bostancı ve ark. 2006), yetişkinlikteki kronik düşük öz benlik değeri, özellikle kronik depresyon ve anksiyete, çaresizlik hissi, kendinden nefret etme hissi, **yıkıcı kişiler arası ilişkiler, kronik duygusal acı**, intihar eğilimi, yeme bozuklukları, kendine zarar verme ve evden kaçma, suçluluk ve madde kötüye kullanımı ve alkolizm ile bağdaştırılmıştır. Çocukluk çağı travmalarından olan fiziksel istismar ve cinsel istismar çalışmalarında da belirtildiği gibi, çocukluğunda travma yaşamış bireyin yakın ikili ilişkilerinde bir takım sorunlar olacağı beklenmekte iken istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

Tüm bu sonuçlara bakıldığında, çocukluk çağı travma yaşantıları ile anksiyete ve umutsuzluk düzeyi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Çocukluk çağı travma yaşantısı incelendiğinde, yaş ve medeni durum örneklemin Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puanını etkilemektedir. Bu çalışmada alınan sonuçlar ve karşılaşılan eksiklikler yapılacak olan yeni çalışmalara yön verebilir.

KAYNAKÇA

- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikolojide Güncel Yaklaşımlar, 95-119.
- Altıntaş, E., Gültekin, M. (2005). Psikolojik Danışma Kuramları, Aktüel Yayınları, İstanbul.
- Antony, M.M., Swinson, R.P. (2000). The Shyness and Social Anxiety Workbook, Oakland, New Harbinger.
- Aust, S., Hartwig, E.A., Heuser, I., Bajbouj, M. (2012). The Role of Early Emotional Neglect in Alexithymia. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 1-8.
- Ayan, S. (2007). Aile İçinde Şiddete Uğrayan Çocukların Saldırganlık Eğilimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 206-214.
- Baltaş A. Ve Baltaş Z. (1992). Stres ve Başa Çıkma Yolları (6. Baskı). Remzi Kitabevi, s.100.
- Bahar, G., Savaş, H.A., Bahar, A. (2009). Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fuat Sağlık Hizmetleri Dergisi.
- Bernet, W. (2000). Child Maltreatment B.J. Sadoc, V.A. Sadock (ed.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Edition, Philedephia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Beyazova, U., Şahin, F. Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşımında Hastane Çocuk Koruma Birimleri. Türk Pediatri Arşivi, 2007; 42: 16-8.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N.B., Güneysu, S. (1999). 4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta, Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ., Çocan, Ş. (1999). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. New Symposium Journal, 100-106.
- Bozkurt, Ö.D. (2004). Klimekterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bulut, I. (1996). Genç Anne ve Çocuk İstismarı. Ankara: Bizim Büro.

- Butchart, A., Kahane, T., Phinney-Harvey, A., Mian, M., Furniss, T. (2006). Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Chasan, N. (2010). Alkol Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Cüceloğlu, D. (1992). İnsan ve Davranışı, (3. Baskı). Remzi Kitabevi, s.277.
- Cüceloğlu, D. (1996). İnsan ve Davranışı, (6. Baskı). Remzi Kitabevi. İstanbul.
- Cüceloğlu, D. (2011). İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi, 13. Baskı, İstanbul.
- Dilbaz, N., Seber, G., (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. Kriz Dergisi, 1(3), 134-138.
- Dereli, T. (1995). Organizasyonlarda Davranış. Menteş Kitabevi, 3. Baskı, İstanbul.
- Derman, O. (2010). Adolesanlarda Fiziksel ve Duygusal İstismar. Katkı Pediatri Dergisi, 633-636.
- Douglas, H. (1991). Assessing Violent Couples. Families in Society, 525-535.
- Durmuşoğlu, N., Doğru, S.S.Y. (2006). Çocukluk Örseleyici Yaşantılarının Ergenlikteki Yakın İlişkilerde Bireye Etkisinin İncelemesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 207-214.
- Elliott, A.J., Peterson, L.W. (1993). Maternal Sexual Abuse of Male Children. When to Suspected and How to Uncover It. Post Graduate Medicine, 169-172.
- Erkman, F. (1999). Çocukların Duygusal Ezimi. Konanç, E., Gürkaynak, İ., Egemen, A. (ed.), Çocuk İsyismarı ve İhmali, 127-134.
- Eroğlu, F. (2000). Davranış Bilimleri. Beta Yayınları, İstanbul.
- Flores, R.E.U., Machuca, I.G.N. (2011). E Studio Descriptivo De La Prevalencia Y Tipos De Maltrato En Adolescent Escon Psicopatologia. Salud Mental, 219-225.
- Geçtan, E. (2004) İnsan Olmak, Metris Yayınları, 3.Basım, İstanbul.
- Geçtan,E.(2006). Psikanaliz ve Sonrası, Metris Yayınları, 3.Basım, İstanbul.

- Gökler, R. (2006). Eğitimde Çocuk İstismarı ve İhmaline Genel Bir Bakış. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA), 47-76.
- Gören, S., Tıraşçı, Y. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi, 34(1), 70-74.
- Güler, Uzun, Boztaş, Aydoğan (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 24, (3), 128-134.
- Hart, S.N., Brassard, M.R. (1987). A Major Threat to Children's Mental Health. Psychological Maltreatment. American Psychologist, 160-165.
- Herman J.L. (1992). Trauma and Recovery. New York, Basic Books.
- Horney K. (2007). Çağımızın Nevrotik Kişiliği (5. Baskı). (Çev. S. Budak). İstanbul: Öteki Yayınevi.
- Horney K. (2007). Ruhsal Çatışmalarımız (6. Baskı). (Çev. S. Budak). İstanbul: Öteki Yayınevi.
- Hornor, G. (2012). Emotional Maltreatment. J Pediatr Health Care, 436-442.
- Jenzen, C. ve Haris, O. (1986). Family Treatment in Social Work Practice. Illinois: F.E. Peacock Publishers Inc.
- Kaplan, S.J. (2002). Child and Adolescent Sexual Abuse. M. Lewis (ed.), Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook 3rd edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past Ten Years, Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1214.
- Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 140-151.
- Kırkpınar, İ. (1993). Anksiyete Monografileri Serisi, Genel Yayın Koordinatörü: Doç. Dr. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basımevi.
- Kierkegaard G.S. (1997). Ölüm Cül Hastalık Umutsuzluk (Çev. M. Mukadder Yakupoğlu). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Kierkegaard S. (1989). The Sickness Unto Death, Penguin Books, New York.

- Konanç, E.,Gürkaynak, İ., Egemen, A. (Ed.), Çocuk İstismarı ve İhmali, 1-8. Ankara: Pelin Ofset.
- Konukbay, D. (2005). Engelli Çocuk Ebeveynlerinin Umutsuzluk Düzeyleri ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki.Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köknel, Ö.(1989) Genel ve Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitapevi, 1. Basım, İstanbul.
- Köknel, Ö. (2007). 99 Sayfada Panik Atak.İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Konanç, E.,Gürkaynak, İ., Egemen, A. (Ed.), Çocuk İstismarı ve İhmali, 1-8. Ankara: Pelin Ofset.
- Köroğlu E. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, HYB Yayıncılık, İstanbul.
- Lewis, D.O. (1992). Fromabuseto violence: psychophysiologicalconsequences of maltreatment.Journal of theAmerican Academy of childandAdolescentPsychiatry, 383-391.
- Loos, M.E., Alexander, P.C. (1997). DifferentialEffectsAssociatedwith Self-ReportedHistories of AbuseandNeglect in a CollegeSample.Journal of InterpersonalViolence 12(3), 340-360.
- Lynch, M. (1999). Çocuk İstismarı ve İhmali. Konanç, E.,Gürkaynak, İ., Egemen, A. (Ed.), Çocuk İstismarı ve İhmali, 1-8.
- Mounier E. (1986). Varoluş felsefelerine giriş (Çev. S. Rıfat), Alan Yayınları, İstanbul.
- Nickerson, A.,Aderka, I.M., Bryant, R.A., Hofmann, S.G. (2012), Therelationshipbetweenchildhoodexposurtotraumaandintermittentexplosivedi sorder. PsychiatryResearch, 1-7.
- Nurcombe, B. (2000). Child SexualAbuse I: psycopathology. Australianand New ZealandJournal of Psychiatry, 85-91.
- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ateş, N., Çetin, G., Miral, S., Hancı, H., Erşahin, Y., Tepeli, N., Bulguç, A.G., Tıraş, B. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcomingdenialand a description of 50 cases.ChildAbuse&Neglect, 25,279-290.

- Öngider, N. (1997). Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Örsal, Ö. (1998). Eğitilebilir Zeka Engelli Çocuklar Velilerinin Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj iç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara.
- Özer, K. (2004) Kaygı Sınanma Duygusuyla Baş edebilme, Sistem Yayıncılık, 2.Basım, İstanbul.
- Özgüven, İ.E. (1994). Psikolojik Testler, Ankara. S.321-323.
- Özgüven, İ.E. (2000) Psikolojik Testler, Pdrem Yayınları, 4. Baskı, Ankara.
- Polat, O. (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1 tanımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., Ramiro, L. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. Krug, E.G., Dahlberg, L.L. Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (ed.), World Report on Violence and Health, Geneva: World Health Organization.
- Şenkal, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Taner, D. (2008). Öğretmenlerin Umutsuzluk Düzeyi ile Okul Kültürü Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35, 82-86.
- Tanju, E.H., Demirbaş, H. (2012). Investigation of Childhood Trauma Experiences and Family Functions among University Students. Cyprus International Conference on Educational Research, Kıbrıs.
- Tillich P. (1952). The Courage to Be, Yale University Press, New Haven.

- Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 153-157.
- Türk Dil Kurumu Genel Sözlük. Erisim 30.03.2015, <http://www.tdk.gov.tr>
- Ünal, F. (2008). Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA), 9-18.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. (1996). The black Hole of Trauma. Bessel A. B. A. Van der Kolk, A. C. MacFarlane ve L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society 3-23. New York, NY: The Guilford.
- Wark, M.J., Kruczek, T., Boley, A. (2003). Emotional neglect and family structure: Impact on student functioning. Child Abuse and Neglect, 1033-1043.
- Yağmur, F., Öztop, B.B., Asil, H. (2008). Çocukların Cinsel İstismarı. Çocuk Dergisi, 77-80.
- Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 140-146.
- Yargıç, L.İ., Tutkun, H. Ve Şar, V. (1994). Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Erişkinde Dissosiyatif Belirtiler. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 338-347.
- Yıldırım, S. (2007). Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yavuzer, H. (2003). Ana-Baba ve Çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yurdakök, K. (2010). Çocuk İstismar ve İhmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi, 537-546.
- Yurdakök, K., İnce, O. (2010). Duygusal İstismar ve İhmal. Katkı Pediatri Dergisi, 423-433.
- Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Eröcal Kora, M., Alyanak, B. (2001). Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 69-78.

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu

Yaş: _____

Medeni Durum: _____

Çalışan/Çalışmayan

Yaşamınızın büyük bir çoğunluğunun geçtiği yer:

- Büyük şehir
 Şehir
 Kasaba
 Köy

Anneniz

- Hayatta
 Hayatta değil
 Üvey

Babanız

- Hayatta
 Hayatta değil
 Üvey

Algılanan Gelir Düzeyi:

- Düşük
Orta
Yüksek

Bebekliğinizde/çocukluğunuzda bakımınızı büyük ölçüde kim üstlenmişti?

- Annem
 Babam
 Kardeş(ler)im
 Bakıcım
 Kreş
 Anneannem/Babaannem
 Diğer (yazınız)

Hâlihazırda aldığınız bir psikiyatrik tanı var mıdır?

- Evet Hayır
Cevabınız evet ise belirtiniz :

Önceden almış olduğunuz bir psikiyatrik tanı var mıdır?

- Evet Hayır
Cevabınız evet ise belirtiniz :

Romantik ilişkiniz var mı?

- Evet Hayır

Ek 2. BeckAnksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DÂHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				

15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum	()	()

9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için
de hiçbir neden yok () ()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı () ()
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor () ()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum () ()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum () ()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor () ()
15. Geleceğe büyük inancım var () ()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur () ()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi () ()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor () ()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum () ()
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı
yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim () ()

Ek 4. Çocuk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13.Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14.Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16.Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

ÖZGEÇMİŞ

27.06.1990 tarihi İstanbul doğumluyum. 2007 yılında İstek Vakfı Kaşgarlı Mahmut Lisesinden mezun oldum. 2008 yılında Beykent Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümüne başladım ve 2012 yılında mezun oldum. Aynı yıl İstanbul İl Özel İdaresi Sosyal Hizmetler Bölümünde çalışmaya başladım. 2013 yılında Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına kabul edildim. 2014 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi İnsan Kaynakları Bölümünde çalıştım. 2015 yılında Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapmaya başladım.

Kendimi geliştirebilmek adına özel bir psikolojik danışmanlık merkezinde Klinik Psikoloji Süpervizyon eğitimi, Panik Bozukluğuna Müdahaleve Tedavi eğitimi, MMPI eğitimi, Prof. Dr. Kerem Doksat'ın düzenlemiş olduğu Uygulamalı Temel Hipnoz Eğitimi almış bulunmaktayım. Kendimi daha fazla geliştirebilmek adına yararlı olabileceğini düşündüğüm eğitimlere katılmaya devam edeceğim.

Yabancı dilim İngilizce ve düşük düzeyde Almanca'dır.

Özel ilgi alanlarım; Psikanaliz, Psikopatoloji, Mitoloji, Sinema, Resim.

Gizem MUTLU