

**TRAVMATİK YAŞANTILARIN OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVE
BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİNDE ARACI VE DÜZENLEYİCİ
DEĞİŞKENLERİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

GÜLGÜN UZUNOĞLU AZMAN

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ
EYLÜL, 2023**

TRAVMATİK YAŞANTILARIN OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVE
BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİNDE ARACI VE DÜZENLEYİCİ
DEĞİŞKENLERİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

GÜLGÜN UZUNOĞLU AZMAN

Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Doktora Programı,
2023

Bu tez, Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'ne Doktora (PhD.)
derecesi için sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
EYLÜL, 2023

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

TRAVMATİK YAŞANTILARIN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİNDE ARACI
VE DÜZENLEYİCİ DEĞİŞKENLERİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

GÜLGÜN UZUNOĞLU AZMAN

ONAYLAYANLAR:

Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN (Doktora Tez Danışmanı)	(Işık Üniversitesi)
Doç. Dr. Berna AKÇINAR YAYLA	(Işık Üniversitesi)
Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN	(Ege Üniversitesi)
Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER	(Işık Üniversitesi)
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ÖZKAN GÖKTÜRK	(MEF Üniversitesi)

ONAY TARİHİ: 12/09/2023

**EXAMINATION OF THE EFFECTS OF MEDIATOR AND
MODERATER VARIABLES ON THE RELATIONSHIP
BETWEEN TRAUMATIC EXPERIENCES AND OBSESSIVE
COMPULSIVE DISORDER, ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER**

ABSTRACT

Traumatic experiences can lead to various negative effects in people's lives, manifesting in different areas with diverse symptoms. Additionally, psychopathological symptoms such as Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) can arise as a result of traumatic experiences and exhibit similar characteristics to the symptoms observed after such experiences, suggesting a possible association with externalizing disorders. Moreover, considering the impact of the developmental period adolescents are going through, these psychopathological symptoms may be misinterpreted as unique to this developmental stage, leading to a biased perspective on individuals. In this context, the research aims to highlight the significance of psychological, emotional, and cognitive components in the presence of OCD and ADHD symptoms in adolescents aged between 12 and 18 years concerning their relationship with trauma. Furthermore, the study seeks to evaluate the factors that may act as protective, moderator, mediator, or risk elements related to trauma in the context of OCD and ADHD. The research involved 794 participants and employed various tools for data collection, including Sociodemographic Characteristics and Data Form, DSM-5 Child Trauma Symptoms Severity Scale, Child Obsessive-Compulsive Disorder Scale, Turgay Destructive Behavior Disorders Symptom Screening Scale, Self-Perception Scale for Adolescents, Social Support Evaluation Scale for Children and Adolescents, Cognitive Flexibility Scale, Emotion Regulation Scale for Adolescents, and Emotion Regulation Scale for Adolescents. Extensive data analysis was conducted with multiple methods. According to the research findings, self-perception, social support, cognitive flexibility, and both internal and external dysfunctional emotion regulation played a

statistically significant mediator role in the relationship between trauma and OCD/ADHD symptoms. However, the type, number, and duration of trauma did not separately have a statistically significant moderator role in the relationship between trauma and OCD/ADHD symptoms. Furthermore, in the evaluation of research models- where trauma symptom levels identified as the predictive and OCD/ADHD symptom levels determined as the outcome variables- in which all the mediator effects and each moderator effect separately are examined together, just the duration of trauma (since the trauma) showed a significant interaction with ADHD only which is the predicted variable across the research models. The contribution of this study lies in recognizing the determining influence of traumatic life events and trauma symptom levels in the treatment of adolescents with OCD and ADHD. It emphasizes the importance of considering mediator and moderator mental health variables in these relationships.

Keywords: Traumatic Experience, Obsessive Compulsive Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Mediator Variables, Moderator Variables.

TRAVMATİK YAŞANTILARIN OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİNDE ARACI VE DÜZENLEYİCİ DEĞİŞKENLERİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Travmatik deneyimler insanların hayatlarında birçok olumsuzluklara neden olabilmekte ve etkisini farklı alanlarda, farklı belirtiler ile gösterebilmektedir. Bununla birlikte, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi psikopatolojik belirtiler biyolojik kökenli olabildiği gibi, travmatik yaşantıların etkisiyle dışsallaştırma bozukluğu olarak da açığa çıkabilmekte ve travmatik deneyimler sonrası gözlenen belirtiler ile benzer özellikte olabilmektedir. Ayrıca, ergenlerin içinde bulunduğu gelişim döneminin özelliklerinin de etkisi ile, bu psikopatolojik belirtiler gelişim dönemine has olarak değerlendirilerek, bireylere yanlış bir bakış açısı sunabilmektedir. Bu doğrultuda, araştırmanın amacı 12-18 yaş arası ergenlerin OKB ile DEHB belirtilerinin varlığında travma ile ilişki ruhsal, duygusal ve bilişsel bileşenlerin önemini ortaya koymak ve DEHB ve OKB ile travma ilişkisinde, travma sebepli koruyucu, biçimlendirici, aracı olan ve risk oluşturan etmenleri değerlendirebilmek olarak belirlenmiştir. 794 katılımcı ile yürütülen araştırmada, Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu, DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu, Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu, Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği, Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği, Bilişsel Esneklik Ölçeği, Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Birçok farklı analiz ile verilerin incelenmesi tamamlanmıştır. Araştırma bulgularına göre, travma ile OKB ve DEHB ilişkisinde benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve içsel işlevsel olmayan ile dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin aracı rolünün istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu; travmanın türünün, sayısının ve üzerinden geçen sürenin ise ayrı ayrı biçimlendirici rolünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Aracı ve

biçimlendirici etkinin bir arada incelendiği araştırma modellerinin değerlendirmesinde ise sadece travmanın üzerinden geçen sürenin biçimlendirici değişken; benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı değişken; travma belirti düzeyinin yordayıcı değişken ve DEHB belirti düzeyinin ise yordanan değişken olarak belirlendiği araştırma modelinin anlamlı bir etkileşim gösterdiği bulunmuştur. Araştırmanın katkısı, tüm bunlar ışığında, OKB'li ve DEHB'li ergenlerin tedavisinde travmatik yaşam olaylarının ve travma belirti düzeyinin başlı başına psikopatolojiler üzerinde belirleyici olabildiğinin ve bu ilişkilerde aracı ve biçimlendirici ruh sağlığı değişkenlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmesinin öneminin anlaşılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Travmatik Deneyimler, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Aracı Etki Değişkenleri, Düzenleyici Etki Değişkenleri

TEŞEKKÜR

Yüksek lisanstan itibaren herkesi kapsayan güzel kalbi, ilgisi, anlayışı, bitmek tükenmek bilmeyen büyük enerjisi ve motivasyonu ile üzerimde desteğini hiç esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan'a sonsuz teşekkürler.

Tüm zorlu ve zaman zaman saçma olabilen sorularım karşısında bile sabırla yol gösteren, içten telkinleri ve engin bilgileri ile yolumu aydınlatan tez izleme komitesi üyelerim Doç. Dr. Berna Akçınar ve Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan'a kocaman saygı ve sevgilerimi sunarım.

Araştırma katılımcısına erişim sağlama, araştırmayı uygulama ve verileri analiz etme süreçlerimin her birinde yeri geldiğinde gecelere kadar yanımda olan, güler yüzleri ve limitsiz enerjileri ile bana yoldaş olan arkadaşlarım Nur İnci Namlı, Serhat Doğan ve Pınar Epik'e kelimelerim tükenerek çok teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi emeklerini, güçlerini ve umutlarını benimle paylaşan ve bu yorucu doktora yolculuğunda düştüğüm anlarda bile sabırla yanımda yürüyen eşim Volkan Azman, annem Gülten Uzunoğlu ve babam Yakup Uzunoğlu'na minnettarım. İyi ki varsınız.

Gülgün UZUNOĞLU AZMAN

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ABSTRACT	ii
ÖZET.....	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
BÖLÜM 1.....	1
1. GİRİŞ	1
BÖLÜM 2.....	3
2. LİTERATÜR.....	3
2.1. Travmanın Tanımı.....	3
2.1.1. Travmanın Etiyolojisi.....	6
2.1.2. Travmanın Epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. Travmaya Eşlik Eden Fiziksel, Bilişsel, Davranışsal ve Ruhsal Problemler	10
2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı	14
2.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Etiyolojisi	19
2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi	21
2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Eşlik Eden Fiziksel, Davranışsal, Duygusal ve Ruhsal Problemler	23
2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı	24
2.3.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi	27
2.3.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi	28
2.3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Fiziksel, Bilişsel, Davranışsal, Duygusal ve Ruhsal Problemler	30
2.4. Benlik Algısı Kavramı	32

2.5. Sosyal Destek Kavramı	35
2.6. Bilişsel Esneklik Kavramı	37
2.7. Duygu Düzenleme Tanımı	39
2.8. Değişkenler Arası İlişkiler	42
2.8.1. Travma ile Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler.....	42
2.8.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler	57
2.8.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler.....	65
2.9. Travma Türü ile Psikopatoloji İlişkisi.....	72
2.9.1. Travma ile Türleri Arasındaki Bağlantı	72
2.9.2. Travma Türü ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi.....	77
2.9.3. Travma Türü ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi.....	80
2.10. Travma Sayısı ile Psikopatoloji İlişkisi.....	83
2.10.1. Travma ile Travma Sayısı Arasındaki Bağlantı	83
2.10.2. Travma Sayısı ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi.....	85
2.10.3. Travma Sayısı ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi....	85
2.11. Travmanın Üzerinden Geçen Süre ile Psikopatoloji İlişkisi	86
2.11.1. Travma ile Travmanın Üzerinden Geçen Süre Arasındaki Bağlantı	86
2.11.2. Travmanın Üzerinden Geçen Süre ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi.....	88
2.11.3. Travmanın Üzerinden Geçen Süre ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi	88
BÖLÜM 3.....	90
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER	90
3.1. Araştırmanın Amacı	90
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	91
BÖLÜM 4.....	100
4. GEREÇ VE YÖNTEM	100
4.1. Katılımcılar	100
4.1.1. Katılımcı Verilerinin Toplanması	100
4.1.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	100
4.2. Veri Toplama Araçları	104
4.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu	104
4.2.2. DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu..	105
4.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu	105
4.2.4. Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği.....	106

4.2.5. Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği.....	106
4.2.6. Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği	107
4.2.7. Bilişsel Esneklik Ölçeği	108
4.2.8. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği	108
4.3. İşlem.....	109
4.4. Veri Analizi.....	110
BÖLÜM 5.....	112
5. BULGULAR.....	112
5.1. Araştırmaya Konu Edilen Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Kendi Arasındaki ve Sosyodemografik Değişkenler ile Karşılıklı İlişkilerinin Analiz Sonuçları	112
5.2. Araştırmaya Konu Edilen Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki Yordayıcı İlişkilere Dair Bulgular	116
5.3. Travma ile OKB ve DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi Üzerinde Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenleme Aracı Değişkenlerinin Etkileri	126
5.4. Travma ile OKB ve DEHB Belirti Düzeyi İlişkisinde Travma Türünün, Travma Sayısının ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Düzenleyici Etkisi ile Aracı ve Biçimlendirici Değişkenler ile Oluşturulan Modellere İlişkin Bulgular.....	139
5.5. Araştırmaya Konu Edilen Ruh Sağlığı Değişkenlerini Ölçümleyen Ölçeklerden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	160
BÖLÜM 6.....	193
6. TARTIŞMA	193
6.1. Araştırmanın Temel Amaçlarının ve Hipotezlerinin Tartışılması	193
6.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	215
6.3. Sonuç ve Öneriler.....	217
KAYNAKÇA	220
EKLER.....	220
EK A VELİ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU	268
EK B BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	269
EK C SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE VERİ FORMU.....	270
EK D DSM-5 TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ ŞİDDET ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU.....	272
EK E OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU	274
EK F TURGAY YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI BELİRTİ TARAMA ÖLÇEĞİ	276
EK G ERGENLER İÇİN BENLİK ALGISI ÖLÇEĞİ.....	277
EK H ÇOCUKLAR VE ERGENLER İÇİN SOSYAL DESTEK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	279

EK I BİLİŞSEL ESNEKLİK ÖLÇEĞİ.....	282
EK J ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ	283
EK K IŞIK ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ ETİK KURUL ONAYI	285
EK L İSTANBUL VALİLİĞİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI.....	286
ÖZGEÇMİŞ.....	287

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4. 1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	102
Tablo 5.1 Pearson Korelasyonuna Göre Ruh Sağlığı Değişkenleri Arası İlişkiler....	114
Tablo 5.2 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi	116
Tablo 5.3 Pearson Korelasyonuna Göre Sosyodemografik Değişkenler ile Psikopatolojik Belirti Düzeyleri Arası İlişkiler.....	117
Tablo 5.4 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi.....	118
Tablo 5.5 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi.....	118
Tablo 5.6 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi	119
Tablo 5.7 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi.....	119
Tablo 5.8 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi	120
Tablo 5.9 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi	120
Tablo 5.10 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi.....	121
Tablo 5.11 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Bilişsel Esneklik Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi	121
Tablo 5.12 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Bilişsel Esneklik Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi.....	122
Tablo 5.13 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Benlik Algısı Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi	122
Tablo 5.14 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Benlik Algısı Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi.....	123
Tablo 5.15 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Düzeyi İlişkisi	123

Tablo 5.16 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Düzeyi İlişkisi.....	124
Tablo 5.17 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi İlişkisi	124
Tablo 5.18 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Bilişsel Esneklik Düzeyi İlişkisi.....	125
Tablo 5.19 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Benlik Algısı Düzeyi İlişkisi	125
Tablo 5.20 Travma Türlerinin Travma ve OKB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi	140
Tablo 5.21 Travma Türlerinin Travma ve DEHB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi	141
Tablo 5.22 Travma Sayısının Travma ve OKB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi	142
Tablo 5.23 Travma Sayısının Travma ve DEHB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi	142
Tablo 5.24 Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Travma ve OKB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi	143
Tablo 5.25 Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Travma ve DEHB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi	144
Tablo 5.26 Travma ile OKB ve DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Türünün Biçimlendirici Etkisi.....	149
Tablo 5. 27 Travma ile OKB ve DEHB Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Sayısının Biçimlendirici Etkisi	154
Tablo 5.28 Travma ile OKB ve DEHB Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Biçimlendirici Etkisi	159
Tablo 5.29 DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	162
Tablo 5.30 Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	165
Tablo 5.31 Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	168
Tablo 5.32 Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	172
Tablo 5.33 Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	175
Tablo 5.34 Bilişsel Esneklik Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	179

Tablo 5.35 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği İç İşlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	182
Tablo 5.36 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği İç İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	185
Tablo 5.37 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği Dış İşlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	188
Tablo 5.38 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği Dış İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	190

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 Yordayıcı İlişki Modeli 1	93
Şekil 3.2 Yordayıcı İlişki Modeli 2	93
Şekil 3.3 Mediatör Etki Modeli	94
Şekil 3.4 Moderatör Etki Modeli	96
Şekil 3.5 Bütüncül Araştırma Modeli	97
Şekil 5.1 Travma ile OKB İlişkisinde Benlik Algısının Aracı Etkisi	126
Şekil 5.2 Travma ile DEHB İlişkisinde Benlik Algısının Aracı Etkisi	127
Şekil 5.3 Travma ile OKB İlişkisinde Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Etkisi	128
Şekil 5.4 Travma ile DEHB İlişkisinde Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Etkisi	129
Şekil 5.5 Travma ile OKB İlişkisinde Bilişsel Esnekliğin Aracı Etkisi	130
Şekil 5.6 Travma ile DEHB İlişkisinde Bilişsel Esnekliğin Aracı Etkisi	130
Şekil 5.7 Travma ile OKB İlişkisinde İçsel İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	131
Şekil 5.8 Travma ile DEHB İlişkisinde İçsel İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	131
Şekil 5.9 Travma ile OKB İlişkisinde İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	132
Şekil 5.10 Travma ile DEHB İlişkisinde İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	133
Şekil 5.11 Travma ile OKB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	133
Şekil 5.12 Travma ile DEHB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	134
Şekil 5.13 Travma ile OKB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	135
Şekil 5.14 Travma ile DEHB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi	136
Şekil 5.15 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Benlik Algısının, Algılanan Sosyal Desteğin, Bilişsel Esnekliğin ve Duygu Düzenlemenin Dört Boyutunun Aracılık Etkisi	137

Şekil 5.16 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Benlik Algısının, Algılanan Sosyal Desteğin, Bilişsel Esnekliğin ve Duygu Düzenlemenin Dört Boyutunun Aracılık Etkisi”.....	139
Şekil 5.17 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Travma Türlerinin Düzenleyici Etkisi	140
Şekil 5.18 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Travma Türlerinin Düzenleyici Etkisi	141
Şekil 5.19 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Travma Sayısının Düzenleyici Etkisi	141
Şekil 5.20 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Travma Sayısının Düzenleyici Etkisi	142
Şekil 5.21 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Düzenleyici Etkisi	143
Şekil 5.22 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Düzenleyici Etkisi	144
Şekil 5.23 Travma Düzeyi ile OKB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Türünün Biçimlendirici Etkisi.....	146
Şekil 5.24 Travma Düzeyi ile DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Türünün Biçimlendirici Etkisi.....	146
Şekil 5.25 Travma Düzeyi ile OKB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Sayısının Biçimlendirici Etkisi	151
Şekil 5.26 Travma Düzeyi ile DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Sayısının Biçimlendirici Etkisi	151
Şekil 5.27 Travma Düzeyi ile OKB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Biçimlendirici Etkisi	156
Şekil 5.28 Travma Düzeyi ile DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Biçimlendirici Etkisi	156
Şekil 5.29 Travmanın Üzerinden Geçen Süreye Dair Biçimlendirici Etki Düzeylerinin Çizgi Grafiği.....	160

KISALTMALAR LİSTESİ

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

NIMH: The National Institute of Mental Health / Ulusal Zihinsel Sağlık Enstitüsü

DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

APA: American Psychological Association / Amerikan Psikoloji Birliği

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

Olumsuz yaşam deneyimleri (travmatik deneyimler) insanların hayatlarında birçok olumsuzluklara neden olabilmekte ve etkisini farklı alanlarda ve kanallarda, farklı belirtiler ile gösterebilmektedir. Bununla birlikte, araştırmalar göstermektedir ki Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi psikopatolojilerin belirtileri biyolojik kökenli olabildiği gibi (Soysal ve Özdemir, 2004; Vardar, 2000) travmatik yaşantıların etkisiyle dışsallaştırma bozukluğu olarak da ağığa çıkabilmekte ve travmatik deneyimler sonrası gözlenen belirtiler ile benzer özellikte olabilmektedir (Çiftçi ve ark., 2021; Ünaldı ve Alyanak, 2018). Bu dışsallaştırılan psikopatolojik belirtiler, olumsuz yaşam deneyimleri nedeniyle ağığa çıkan belirtiler ile karışabilmektedir.

Travma ile OKB ve DEHB belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalar olmakla birlikte ağırlıklı olarak yetişkinler ile yürütölmekte ve çocuklarda çocukluk çağı travmaları ile psikopatolojilerin anlamlı ilişkisine oldukça sık rastlanmaktadır. Diğer yandan, travmanın psikopatolojilere neden olduğunu ifade eden yetişkin odaklı araştırmalar da mevcuttur (Ay ve Erbay, 2018; Dykshoorn, 2014; Kaya ve ark., 2008; Korkmaz ve ark., 2020). Ayrıca, travma ile OKB ve DEHB belirtilerinin salt ilişkisini araştıran ve DEHB ve OKB belirtilerinin travmaya neden olduğunu ileri süren görüşün aksine (Alsancak-Akbulut ve Barışkın, 2020; Çoban ve Tan, 2020), olumsuz yaşam deneyimleri nedeniyle de OKB ve DEHB belirtilerinin görölebilmektedir (Brown ve ark.,2016; Ünver ve Karakaya, 2016).

Bununla birlikte, travmatik deneyimler, OKB ve DEHB ile farklı boyutlarda ve örneklemler ile araştırılan ruh sağlığı değişkenlerinden olan bilişsel esneklik, duygu düzenleme, benlik algısı ve sosyal destek gibi duygusal, bilişsel ve ruhsal değişkenler

de koruyucu yada risk faktörleri olarak travma, OKB ve DEHB ile ilişkilendirilmektedir (Batum ve Vatan, 2020; Collie, 2005; Şan ve ark., 2018; Tull ve Graz, 2008). Çünkü tüm psikopatolojik belirtilerde işlevselliğin bozulduğu alanlar ortak noktada bu duygusal, bilişsel ve ruhsal değişkenler olmakla birlikte (Ataoğlu ve ark., 2019; Burt ve ark., 2008; Gratz ve Roemer, 2004; Şan ve ark., 2018; Van der Kolk, 2019), etkileşimsel olarak ilerlediklerinde başlıca üzerinde durulması gereken ruh sağlığı değişkenleri olduğu düşünülmektedir.

En önemlisi, travma üzerinde başlı başına belirleyici olan travmatik deneyim türlerinin (Amir ve Sol, 1999; Darves-Bornoz ve ark., 2008; Gershuny ve ark., 2008; Darvez-Bornoz ve ark, 2008), travmatik deneyim sayısının (Benjet ve ark., 2015; Finkelhor ve ark., 2009; Miranda ve ark., 1997) ve travmanın üzerinden geçen sürenin (Karancı, 2009; Mayou ve ark., 2000; Wild ve Paivio, 2003), travma ile doğrudan ilişkilendirilen psikopatolojik belirtiler üzerinde de belirleyici olabileceği ve bu sebeple araştırma ile üzerinde durulan travma ile OKB ve DEHB arasındaki ilişkilerde travmatik deneyim türlerinin, travmatik deneyim sayısının ve travmanın üzerinden geçen sürenin etkisinin, travma ile ilişki içerisinde ve doğrudan OKB ve DEHB üzerindeki belirleyicilikleri üzerinde durulmuştur.

Tüm bunların ışığında, travma ile OKB ve DEHB arasındaki ilişkilerde aracı etkiler biçimlendirici roller ve bunların hepsinin bu ilişkiler üzerindeki etkileri değerlendirilerek, literatüre ayrı ayrı konu edilen ruh sağlığı değişkenleri ve ilişkilerini araştırma modelleri ile incelemek ve özgün bir çalışma yürütülmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM 2

2. LİTERATÜR

Bu bölümde araştırmaya konu edilen ruhsal, duygusal ve bilişsel değişkenlerin neler olduğuna, tanımlarına ve ilişkili oldukları değişkenler ile söz konusu ilişkilerin önemine yer verilmiştir.

2.1. Travmanın Tanımı

Olumsuz yaşam deneyimleri ışığında, kişinin duygusal, fiziksel veya mental iyi oluşunu ve beden bütünlüğünü olumsuz etkileyerek, kişide güçlü bir stres tepkisi yaşamasına neden olan ve uzun süreli etkiler yaratarak günlük hayatın işlevselliğini etkileyebilen olaylar veya durumlara travma/travmatik deneyim denir. Bu olaylar, bir kişinin hayatında önemli bir kayıp, fiziksel veya duygusal taciz, ciddi bir hastalık, doğal afetler, savaş veya ciddi bir kaza gibi birçok farklı şekilde ortaya çıkabildiği gibi; kişinin çok sevdiği bir nesneyi kaybetmesi gibi büyük bir şiddet veya yıkım içermeyen ancak yine de bireyin dünyasında önemli strese neden olan bir şekilde de gözlenebilir. Bu strese maruz kalmak, maruz kalınan travmanın ne olduğuna, ne kadar süredir maruz kalındığına, travmaya maruz kalan kişinin sahip olduğu özelliklere ve olayın bağlamına göre her bir bireyde farklı etki bırakabilir. Bir bireyin yaşamını uzun süre olumsuz etkileyebilirken; diğer bir birey için yardıma ihtiyaç dahi duymayacağı şekilde üzerinden gelebileceği ve geride bırakabileceği olumsuz bir deneyim olabilmektedir (APA, 2013; Herbert, 2016; Van der Kolk, 2019).

Bununla birlikte, travmalar farklı türlerde olabilirler ve her insanın deneyimlediği travmatik olay(lar)ın bireyi etkileme düzeyi, kişinin yaşadığı koşullara, bilişsel yetisine ve deneyimlerine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Kişi bu

travmatik deneyimlerin etkisine direkt kendi maruz kalabildiği gibi; başkası üzerinden de- şahit olarak ve/ya gözlemleyerek- deneyimleyebilir. Ek olarak, araştırmalara göre bireyin kendisinin travmaya maruz kalması, biri üzerinden şahit olarak deneyimlemesinden daha yüksek bir travmatik deneyim olmaktadır. Bireylerin travmatik deneyim olarak adlandırdıkları ve yaygın olarak gözlenen travma türleri şunlardır:

- Doğal afetler: Deprem, sel, yangın, salgın gibi doğal afetler travmatik olaylar olarak kabul edilmektedir.

- Ciddi hastalıklar: Kanser, AIDS, ALS gibi ölümcül hastalıklar veya buna yönelik tedaviler kişide stres ve travmaya neden olabilmektedir.

- Fiziksel/duygusal şiddet: Kişiye yönelik fiziksel şiddet, cinsel istismar veya tecavüz, saldırı ve şiddet içerikli medya vb. travmatik olaylardır.

- Savaş, terör ve politik olaylar: Savaş, terör saldırıları, işkence, rehin alma veya diğer türdeki çatışmalar kişide şiddetli stres ve travmaya neden olabilmektedir.

- Yaralanmalar: Trafik kazaları, düşmeler, motor kazaları vs. travma sonrası strese yöneltebilmektedir.

- Kayıplar: Beklenmeyen ani ölüm, kayıp, intihar veya kaçırılma travma yaşanmasına sebep olabilmektedir.

- İlişkisel problemler: Okulda yaşanan sorunlar, aile içi şiddet/ihmal, çocuklukta yetersiz bakım alma veya kötü muamele, boşanmalar, terk edilme gibi durumlar bireyi travmatik deneyim yaşantılamaya itebilmektedir (Aker ve Önder, 2013; Herbert, 2016; Van der Kolk, 2019; Zara, 2011).

Bu ve benzeri travmatik olaylar, bireyin zihninde belirgin bir etki bırakarak, kişisel, sosyal ve mesleki yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyebilir. Travma türleri birçok farklı şekilde sınıflandırılabilir. Bazı araştırmalarda tek tek, tekil ve çoklu travma ya da bireysel-toplumsal olarak ele alınabilirken (Taycan, 2019), doğa kaynaklı veya insan eliyle yaratılmış ya da kazara olarak ele alınabilmektedir (Kaya, 2019). Doğa kaynaklı travmalar; doğanın yaratmış olduğu olaylar neticesinde (deprem, sel vb.) insanların fiziksel ve/ya ruhsal zarar görmesine denir. İnsan kaynaklı travmalar ise cinsel istismar, insan kaçırma gibi bireyin uğramış olduğu olumsuz yaşam deneyimine bir insanın birebir ya da dolaylı yoldan neden olduğu travmalardır. Kazara olan travma ise yine insanın neden olduğu ancak yine de bu insanın istemeden karşısındaki bireyde bir olumsuzluk yarattığı travma türüdür. Örneğin, bir trafik

kazasında istemeden ve elinde olmadan nedenlerle birinin ölümüne neden olmak. Ek olarak, araştırmalar göstermektedir ki bireyler üzerinde insan kaynaklı açığa çıkmış travmaların, doğa olayları nedeniyle meydana gelmiş travmalardan daha yüksek bir travmaya neden olduğu bulunmuştur (Stein ve ark., 2002).

Diğer bir travma kategorileştirme biçimi ise büyük T ve küçük t travmalardır. İliki genellikle bireyde psikopatoloji gözlenmesi ile sonuçlanabilen ve olumsuz etkisi yoğun, cinsel taciz, doğal afetler, medikal rahatsızlık vb. insan eliyle veya doğa olayları nedeniyle açığa çıkan büyük T travmasıdır. İnsan eliyle ve/ya doğa olayları nedeniyle açığa çıkabilen ancak büyük T travmalarından daha az yoğun ancak anlamlı stres yaratan travmalara ise küçük t travmalar denir (Shapiro, 2001; 2009).

Diğer yandan, araştırmaya konu edilen çocuk ve gençlerle yapılan travma ilişkili çalışmalarına bakıldığında, kimilerinde hiçbir ruhsal belirti görülmezken, kimilerinde ruhsal bozukluklar görülebilmektedir. Risk faktörlerinin anlaşılması bu durum karşısında oldukça önem kazanmaktadır çünkü travmatik yaşantı deneyimleyen kişilerde travmatik belirtilerin yaygınlığı farklılaşmaktadır. Farklılaşmanın olası nedenlerine bakıldığında ise maruz kalınan travmanın ne olduğuna, travmaya maruz kalınan sürenin uzunluğuna ve travmanın deneyimlenme şiddetine göre yaygınlık oranının değiştiği anlaşılmaktadır (Reeves, 2007; Trickey ve ark., 2012; Xue ve ark., 2015). Ayrıca kadın olmanın, bireyde düşük benlik algısı olmasının, sosyal ilişkilerde yaşanan olumsuzlukların, sosyoekonomik durumun düşük olmasının, travma öncesi bireyde veya ailesinde herhangi bir psikolojik rahatsızlığın bulunmasının ve travmatik deneyim sırasında ölüme yakınlaşmanın diğer risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Hollandare ve Simeon, 2002; Reeves, 2007; Trickey ve ark., 2012; Xue ve ark., 2015). Risk grubunu oluşturan çocuk ve ergenlerle yapılan araştırmaların önemine bakıldığında;

- Çocuk ve ergenlerin travmatik olaylara maruz kalmaları, psikolojik etkilerin yanı sıra gelişimleri üzerinde de olumsuz etki yaratabilmektedir. Bu nedenle, travmatik olayların yol açabileceği zararları anlamak ve öğrenmek, bu zararları minimize etmek ya da önlemek için önem taşımaktadır (Copeland ve Keeler, 2019).

- Çocuk ve ergenlerin travmaya verdiği tepkiler, yetişkinlerin tepkilerinden farklılaşmaktadır. Bu sebeple, diğer psikopatolojik belirtiler ile karışmaması ve travmanın ayırt edilebilmesi için gençlerin travmaya verdiği tepkileri anlamak, çocukların genellikle korku, kaygı ve endişe gibi duygular ile açığa çıkardığı travma

ilişkili duyguları anlamamıza yardımcı olabilmektedir (Ardino, 2012; Van der Kolk, 2017).

- Gençlerin travmaya maruz kalma riski ve şekli, toplumların sosyoekonomik durumuna ve yaşadıkları kültüre bağlı olarak değişebilmektedir. Bu nedenle, sosyodemografik verileri değerlendirmek ve onların yaşadıkları koşulları dikkate almak gerekmektedir (Huang ve ark., 2014).

Bununla birlikte, travma sonrası belirtiler ve düzeyi, kişinin maruz kaldığı travmatik olayın neticesindeki stresin şiddetine, süresine ve/ya kişisel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Travma sonrası stres belirtileri sadece travma sonrasında değil, olaydan haftalar, aylar ve hatta yıllar sonra da ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtilerin neler olabildiği ve bunların yarattığı stresin uzun süreli yönetilememesi halinde birçok farklı psikopatoloji gözlenebilmektedir. Detaylı bilgi ‘Travmaya Eşlik Eden Fiziksel, Davranışsal ve Ruhsal Problemler’ başlığı altında verilmiştir.

2.1.1. Travmanın Etiyolojisi

Travmanın etiyojisine, yani neden olan faktörlere bakıldığında, biyopsikososyal açıdan yaklaşım sergilemenin kapsamlı bir değerlendirme yapılabilmesinde yardımcı olabileceği düşünülmüştür. Diğer yandan, yaşanan olumsuz yaşam deneyimi sonrası, olay(lar)ın kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığını nasıl etkilediği ve kişinin bu olaylara nasıl tepki verdiği de önemli bir belirleyicidir.

Canlıların etkisinden kaynaklı bir travma, doğal sebeplerden kaynaklanan bir travmadan daha ağır olabileceği gibi, tam tersi de gözlenebilmektedir. Örneğin, bir doğal afet veya bir kazada maruz kalınan travmalar, insan eliyle olarak adlandırılan ilişkişel problemlerle ilgili travmalardan daha ölümcül ve yıkıcı olabileceken; fiziksel şiddet sonrası gibi insan eliyle açığa çıkmış bir travma, kişinin güvenlik hissini derinden sarstığından bireyde psikolojik olarak daha yıkıcı etki yaratabilir ve travma şiddeti daha yüksek seyredabilmektedir. Bu nedenle, kişinin daha önceki deneyimleri, aldığı sosyal destek, psikolojik sağlamlık, duygu düzenleme becerisi ve travmayı nasıl algılayıp işlediği gibi faktörler de travmanın şiddeti üzerinde rol oynamaktadır.

Genel başlıklarıyla etiyojiler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Biyolojik Etmenler: Beyindeki stres tepkilerini düzenleyen limbik sistem ve sempatik sinir sisteminde stresin yüksek seyretmesi ve kişinin kendisini gerektiği düzeyde düzenleyememesi sonrası sistemlerde bozulmalar olabilmektedir. Beynin bu

alanda önemli bölgeleri olan amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks arasındaki işlevsel bağlantılarda bozulmalar, travma geliştirme riskini ve şiddetini artırabilmektedir. Travmatik deneyim sonrasında, bireyin maruz kaldığı durumu belli nedenlerle yönetememesi halinde özellikle hipokampus ve amigdalanın işlevselliklerinde olumsuz değişimler yaşanmaktadır. Hipokampus, yeni anıların oluşumu, saklanması ve işlenmesi ile ilgili beyin bölümüdür. Olumsuz yaşam deneyimiyle birlikte hipokampusün işlevi bozulmakta ve kişi olayları hatırlamada sorun yaşamaya başlamaktadır. Amigdala ise bedenin tehditlere karşı alarm tepkilerinin kontrolünü sağlayan beyin bölgemizdir. Travmatik deneyim esnasında, amigdala aşırı aktive olmakta ve bu aktivasyonunu olumsuz deneyim sebebi ile sağlıklı düzeyine çekememektedir. Bu nedenle, kişi sürekli bir tehdit altında olduğunu hissetmekte ve normal işleyişine dönememektedir. Ayrıca genetik faktörler ve aileden kalıtsal geçişler de travmatik deneyim sonrası psikopatoloji gelişmesinde belirleyici olabilmektedir.

- Psikolojik Etmenler: Travma gelişiminde, kişilerin yaşam deneyimlerinin özellikle olumsuzluklar barındırıyor olması ve bireyin bu olumsuz deneyimlere olan yaklaşımları en başlıca faktördür. Bireyin kişilik özellikleri, zihinsel sağlığı, başa çıkma stratejileri, savunma mekanizmaları gibi kişiye özgü sahip olunan özellikleri ve güçlü ve gelişime açık yanlarının dengede olup olmadığı da travma geliştirme riskini doğrudan etkilemektedir.

- Sosyal Etmenler: Travmaya maruz kalan bireyin algıladığı sosyal destek ve sosyal destek ağı, travma ile ilişkili faktörler üzerinde önemli bir rol oynayabilmektedir. Travma sonrası yeterli sosyal destek alamamak ya da sosyal izolasyon olması bu konuda belirleyici olabilmektedir.

- Çevresel Etmenler: Travmaya maruz kalınan sürenin uzunluğu, travmanın niteliği, bağlamı ve tekrarlanma sıklığı gibi travma ve çevre ile ilişkilendirilebilen faktörler de travma belirtileri ve düzeyi üzerinde önemli bir rol oynayabilmektedir (Bolu ve ark., 2014; Bremner, 2006; Kılıç ve ark., 1999).

Kısaca, travmanın etiyolojisinin karmaşık yapıda olduğu ve birden fazla biyopsikososyal faktörün bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıktığı ifade edilebilmektedir. Bu faktörlerin anlaşılması önem taşımakta ve bireylere olan yaklaşımların çok yönlü olmasını gerektirmektedir.

2.1.2. Travmanın Epidemiyolojisi

Travmanın yaygınlık oranı dünya genelinde birçok etmene bağlı olarak farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir araştırmada, bir yıl içinde dünya genelindeki insanların yaklaşık %70-90'ının bir şekilde travmatik bir olay yaşadığı ancak bu kişilerin yaklaşık %10'unun travma sonrası psikopatolojik bir rahatsızlık yaşadığı belirlenmiştir. Ancak belirtilen yüksek orana rağmen, travmatik yaşam olayları sonrası belirtiler gösteren bireylerin çoğunlukla tedavi almadıkları belirlenmiştir.

Travmadan etkilenen kişinin yaşı, cinsiyeti, kültürü, olayın kendisi ve şiddeti gibi sebeplere bağlı olarak travmaya maruz kalma oranları değişebilmektedir (Benjet ve ark., 2015; Damka, 2009; Karaman, 2020). Örneğin, savaşların yaşandığı bir ülkede büyüyen kişilerin travma ile ilişkili psikopatoloji geliştirme riski daha yüksekken, refah ve gelir seviyesi yüksek bir toplumda büyüyen gençlerin, savaş içinde olan ülkelere göre daha az travmatik deneyim sahibi olma olasılıkları düşüktür. Diğer yandan, araştırmalar kadınlar ve çocukların travmatik olaylar karşısında daha yüksek bir risk altında olduğunu göstermektedir. Erkeklerin ise fiziksel saldırıya uğrama, yaralanmaya şahit olma gibi travmatik deneyimlere maruz kalma olasılıkları ise kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Karancı ve ark., 2009; Cohen ve ark, 2010). Bir başka araştırmada ise cinsiyet ile gelir düzeyinin travma düzeyi ile ilişkilerine bakılmıştır. Cinsiyet ile travma düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönlü ancak zayıf bir ilişki bulunduğu ve kadınlarda travma düzeyinin erkeklere kıyasla anlamlı daha şiddetli olduğu bildirilmiştir. Öte yandan, gelir düzeyi ile travma düzeyinin negatif yönlü ve zayıf bir etkileşim gösterdiği ve gelir düzeyi azaldıkça, travma düzeyinin yükselişe geçtiği görülmüştür (Ogle ve ark., 2014). Şahin Demirkapı'nın (2013) araştırmasında ise benzer şekilde cinsiyet ve gelir düzeyi ile çocukluk çağı travma düzeyleri incelenmiş ancak cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma bulunamasa da gelir düzeyine göre gruplar arası farklılaşma olduğu bulunmuştur. Buna göre gelir düzeyi ne kadar az bildirilmişse o kadar yüksek düzeyde çocukluk çağı travma düzeyi bildirilmiştir. 1000 TL ve altı gelire sahip kişilerin travma düzeyleri, 2000-3000 TL düzeyindeki kişilerinkinden anlamlı olarak yüksek seyretmiştir.

Ayrıca, dünya çapında travmanın yaygınlığına dair bulguların ülkeler arasında çeşitli olduğu gözlenmektedir. 12-17 yaşındaki ergenlerle yapılan ulusal çapta bir araştırmaya göre erkeklerin %3,7'si ve kızların %6,3'ü travma ile ilişkili

psikopatolojiye sahip olduğu raporlanmıştır (Kilpatrick ve ark., 2003). Breslau ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptıkları bir araştırma ise genel gençlerde travma ilişkili psikopatolojinin verilerine göre yetişkinlerden bir örnek yaşam boyu yaygınlığının %9.2 olduğu genel olduğunu göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün birçok farklı ülkede yaptığı araştırmaya göre ise 125.718 kişi ile yapılan araştırmada hayatları boyunca %70.4 oranında en az bir kez travmatik olay yaşadıklarını söylerken, ülkeden ülkeye ve travmanın türüne göre bu oran oldukça farklılaşmaktadır (Benjet ve ark., 2015). Bir başka çalışmada ise yetişkin katılımcılarla, cinsiyete ve gelir düzeyine göre çocukluk çağı travma puanlarının değişimi analiz edilmiştir. Shepherd ve Wild'ın (2014) yetişkinlerle yürüttüğü araştırmada ise cinsiyete göre değişim üzerinde durulduğunda, kadın ve erkek araştırma katılımcılar arasında travma sonrası belirti düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamıştır. İki aşamalı boylamsal çalışmada cinsiyetler arası fark olmadığı ancak özellikle 1000 TL ve altında geliri olanlar en fazla çocukluk çağı travma puanı raporlanarak, gelir düzeyine göre çocukluk çağı travma puanlarının gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür (Dereboy ve ark., 2018).

Olumsuz yaşam deneyimleri bireyin hayatında her yaşta etkisini gösterse; travmatik olayın meydana geldiği yaş da önemli olmaktadır (Pesso ve ark., 2009). Özellikle travmanın en ciddi sonuçlarının bireyin kişilik yapısının sağlam bir şekilde yapılanmadığı dönemler olduğu, bu sebeple travmadan etkilenebilecek başlıca dönemin ergenlik olacağı düşünülmüştür (Adana ve Arslantaş, 2021; Avcı, 2010; Kessler ve ark. 2005; Pesso ve ark., 2009). Çocuklar ve gençlerle yapılan araştırmalar da farklı bulgular vermektedir. Kızların yaklaşık %15-43'ünün ve erkeklerin %14-43'ünün en az bir travma geçirirken; travma geçirmiş çocuk ve gençlerde kızlar %3-15'i ve erkekler %1-6'sı psikopatoloji geliştirmektedir (Cohen ve ark., 2010). 2008 yılında yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin bültenine göre çocuklar ve gençlerde cinsel istismar gibi büyük travmatik deneyimlere maruz kalma oranı %25 ile %43 arasında değişmekte olduğu; diğer yandan toplumsal şiddete maruz kalanların %39 ile %85 oranında kaldığı raporlanmıştır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise çocuklar ve gençlerin fiziksel istismara maruz kalma oranı %43, duygusal istismara maruz kalma oranı %51 ve cinsel istismara maruz kalma oranı %3 bulunmuştur (UNICEF, 2010).

Türkiye'de en sık görülen travma türleri arasında doğal afetler, trafik kazaları, iş kazaları, şiddetli hastalık, cinsel saldırılar ve savaş gibi olayların yer aldığı görülmektedir (Başoğlu ve ark., 2007; Şar ve Özdiç, 2017). Bu travmatik olaylar

sonucunda, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Şar ve Özdiñç'in Türkiye'de yürüttüğü araştırma sonuçları, önceki çalışmaların ağırlıklı doğal afetler, savaş ve iş kazaları gibi olaylara odaklandığını, ancak son yıllarda trafik kazaları ve cinsel saldırıların araştırılmasının da önem kazandığını belirtmektedir (2017). Ek olarak, Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre (2013) travmanın 12 aylık izlemlerde yaygınlık oranının %3.5 olduğu görülmüştür.

Diğer yandan, travmanın yaygınlığını belirlerken bireyin sahip olduğu travmanın türü de yaygınlığın ölçümlenmesinde sorun olabilmektedir çünkü bireyler psikolojik ve kültürel etmenler sebebi ile (utanç duyma, dışlanma endişesi vb.) olumsuz yaşam deneyimleri sonrası yaşadıklarını gizli tutarak, bilgi paylaşımında bulunmak istemeyebilmektedir. Bu sebeple, yaygınlığın gerçek rakamlarıyla belirlenmesinin güç olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, travmaların ve ilişkili psikopatolojilerin yaygınlık oranlarına ilişkin verilerin doğruluğunu artırmak için her yaştan grup ile daha fazla araştırma yapılması ve bu araştırmalarda standart tanı ölçütleri kullanılması gerekmektedir.

2.1.3. Travmaya Eşlik Eden Fiziksel, Bilişsel, Davranışsal ve Ruhsal Problemler

Travmatik deneyim sonrasında, travmaya maruz kalan kişinin ego gücü, psikolojik ve fiziksel dayanıklılığı, çevresinden aldığı destek, yaşadığı travmatik deneyimin ne olduğu, süresi, maruz kaldığı süre gibi birçok faktöre bağlı olarak kişinin bu travmatik deneyimden etkilenme şiddeti değişim gösterebilmektedir. Travma sonrası durumun belli gerekçelerle yönetilmesinde zorlanması halinde bireylerde gözlenebilecek problemler olabilmektedir. Bunlardan ilki bireyin yaşadığı fiziksel problemlerdir. Baş ağrısı, kas ağrıları, titreme, mide bulantısı, kusma, halsizlik, ishal, terleme, kalp ile ilişkili sıkıntılar, solunum güçlüğü, iştahta değişimler (artma veya azalma) ve yüksek tansiyon gibi belirtiler açığa çıkmakla birlikte birden fazla belirti de bir arada gözlenebilmektedir. Ayrıca özellikle çocuklar ve gençlerde alt ıslatma, konuşma ile ilişkili bozukluklar ve depresif belirtiler de travma sonrası eşlik edebilmektedir (Baştuğ ve Arslantaş, 2021; Kukuoğlu, 2018; Zara, 2011).

Diğer bir problem yaşanan alan ise davranışsal problemlerdir ve sıklıkla belirlemektedir. Bu problemler arasında ani öfke patlamaları, ifade etmek konusunda güçlükler, duygu dalgalanmaları, hiperaktivite (aşırı hareketlilik), yeme bozuklukları,

sosyal geri çekilme, uyku ile bağlantılı değişimler, ısrarcı davranışlar sergileme, alkol ve madde kullanımı gibi belirtiler yer alabilir. Örneğin, bir kişi travma sonrası kendisini güvende hissetmeyi zorlaştıran ve sevdiği insanlardan uzaklaşmasına neden olan duygusal bir kopukluk yaşayarak daha depresif, hayattan kopuk ve insanlardan arınmış bir yaşam biçimi sürdürmeyi isteyebilmektedir (Amstadter ve Vernon, 2008; Zara, 2011). Diğer yandan, bireyin aşırı hareketli olması da travma ile görülebilen diğer bir davranıştır ancak bu travmanın doğası gereği iyileştirici bir fonksiyona da sahip olabilmektedir. Hareket ile beynin fonksiyonlarının düzenlenmesi için gerekli salınımlar ve uygun işleme yapılabilen ve böylelikle travma neticesinde beynin fizyolojik işleyişinde bozulan işleyişin düzenlenmesine fayda sağlayabilmektedir (Van der Kolk, 2019).

Genel olarak, travmanın fizyolojik beyin işleyişi ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, beynin hipokampus, amigdala ve prefrontal korteks gibi farklı yapılarındaki aktivasyon ve işleyişteki bozulmalar sebebi ile olduğunu bildirmektedir. Örneğin, hipokampus, anıların oluşumu ve depolanması için önemli bir yapıdır ve travmatik olaylar sırasında zarar görebildiği için kişi yeni kayıtlar yapmakta zorlanmaktadır. Amigdala, duygusal uyarıyı işleyen yapıdır ve travmatik stres durumlarında veya gözlenmediğinde bile tehlike algılayarak aşırı aktive olabilmektedir. Prefrontal korteks ise, duygusal düzenleme, karar verme ve davranış kontrolü için önemli bir yapıdır ve travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlarda zarar görebilmektedir. Bu sebeple sağlıklı düşünme ile entegre olan bu yapı bozularak karar verme, öğrenme vb. süreçlerde sorun yaşanabilmektedir (Bremner, 2006; Shin ve Liberzon, 2010)

Travma sonrası gözlenen bir diğer sorun alanı ise ruhsal, duygusal ve bilişsel dünyada yaşanan güçlüklerdir. Duygu düzensizlikleri, korku hali, panik ataklar, depresif ruh hali, güvensizlik hissi, endişeli ve tetikte hissetme, unutkanlık, karar verme süreçlerinde zorluk yaşama, dikkat süreçlerindeki güçlük, travmatik deneyimlerle yoğun meşguliyet, intihar düşünceleri, zihinsel süreçlerde zayıflama vb. belirtiler yer alabilmektedir (Zara, 2011).

Diğer yandan, travma araştırmaları yürüten Van der Kolk'a göre travmatik deneyimlerle birlikte vücudun işleyişindeki birçok fizyolojik yapı bozuntuya uğramaktadır. Beyin yapılarındaki işleyişler de travmatik deneyimlerin etkisiyle olumsuzluğu yaşayan başlıca sistemlerindedir. Van der Kolk'a göre (2003), erken yaşta yüksek travmatik deneyimler sebebi ile strese maruz kalan bireyler, genellikle

"duygusal beyin" olarak adlandırılan beyin bölgesini sıklıkla aktive etmektedirler. Bu duygusal beyin, beynin en ilkel fizyolojik tepkilerden sorumlu olan ve duyguların yönetilmesi ve bellek işlevlerinden sorumlu olan limbik sistemi içerisinde barındırmaktadır. Bu sistem, içerisinde otonom sinir sistemi, diğer bir deyişle sempatik ve parasempatik sinir sisteminin birlikte ele alınması, adı verilen ve bireyin tehlike ile yüzleşmesinde vereceği yanıtı belirleyen yapılardan oluşmaktadır. Sempatik sinir sistemi "savaş ya da kaç" olarak bilinen kişiyi strese karşı hareketlere geçiren ve uygun bir savaşıma tepkisini tetiklerken; parasempatik sinir sistemi vücudun gevşemesine, sakinleşmesine ve güvende hissetmesine dair sinyal gönderilmesine yardımcı olur.

Aynı zamanda, beyin, doğası gereği çevredeki tehditleri algılayarak buna uygun tepkiler geliştirmek için programlanmıştır. Dışarıdan gelen tehdit edici uyarılar, çocuğun beyin ve bedeninin acil durum moduna geçmesine ve öncelikle hayatta kalma mekanizmasını devreye sokmasını sağlamaktadır. Ancak bu otomatik tepkilerin yoğunluğu ve sürekliliği, beyin sağlıklı gelişimi için gereken düzenleme, adapte olma ve işleme gibi bilişsel becerilerin sağlıklı bir şekilde gelişmemesine neden olmaktadır. Travmatik deneyimle var olan kişiler, kaçınma, donakalma, disosiyasyon gibi tepkilerin yanı sıra fazla uyarılma, sakinleşememe, iritasyon gibi tam tersi davranışlar da sergileyebilmektedir. Aslında beyin ve beden, tehlike sezdiği durumlarda senkronize çalışmayarak, beynin ilkel seviyedeki fonksiyonlarla varlığını sürdürdüğünü öne sürmektedir. Beyin ve beden ancak güvende olduğunu hissettiği ölçüde çevreden (veya iç dünyadan) gelen sinyalleri doğru algılayabilmektedir. Bu sebeple travmatik deneyim ile sürekli stres altında, tehlikede ve güvensiz hissederken; yeni deneyimleri organize etmek, kaydetmek (hipokampüsün sağlıklı işlememesi) ve eski deneyimleri belirli bir mesafeden tekrar gözlemlemek zorlaşabilmekte ve bireyin birçok sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Örneğin, kronik stres altındaki insanlar genellikle sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile sürekli bir tehlike var algısıyla yaşamaktadır. Bu sebeple, beden bilişsel işlevlerini yavaşlatmakta ve bedeni korumaya ve hayatta tutmaya yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Bu da vücuttaki uzun süreli iltihaplanma, yüksek kan basıncı ve kalp hastalıkları gibi rahatsızlıkların riskini artırmaktadır (APA, 2019; Ramsey ve Woods, 2014; Van der Kolk, 2003; 2013).

En önemlisi, travma sonrası belirtiler Depresyon, Kaygı Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Bipolar Bozukluk gibi farklı psikolojik problemlerle de ilişkilendirilebilmektedir. Travmatik deneyim(ler) sonrası açığa çıkan psikopatolojilere bakıldığında ise en sıklıkla gözlenen Akut Stres Bozukluğu ve

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'dur (TSSB). Akut Stres Bozukluğu, travmatik deneyimi takiben 4 hafta içinde açığa çıkan ve 2 gün ila 1 ay süre ile devam edebilen travma ile ilişkili tepkiler ile kendini gösteren psikolojik bozukluğu ifade etmektedir. TSSB ise -diğer adı ile Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu- bir kişinin yaşadığı veya tanık olduğu bir travmatik olayın ardından ortaya çıkan ve bireyin günlük işlevselliğinin sekteye uğradığı bir tür psikolojik/psikiyatrik rahatsızlıktır. Kişinin sürekli olarak olumsuz anıları zihninde tekrar anımsaması nedeniyle travma deneyimini yeniden yaşama hissi, belirgin bir korku, panik veya endişe hali geliştirmesiyle karakterizedir. DSM 5'e göre TSSB tanı kriterlerine bakıldığında;

A)Travmatik deneyime maruz kalmak (doğrudan ya da dolaylı)

B)Bu travmatik deneyime ait parçaları hatırlamak, yeniden yaşamak, kabuslar görmesi ve sonrasında, yoğun bir rahatsızlık hissi yaşamak ve travmatik deneyimle ilişkili düşüncelerden kurtulamaması,

C)Bu belirtilerin ışığında, kişinin olayın olduğu yerlere gitmekten veya olayla ilgili şeyleri hatırlamaktan özellikle kaçınması,

D)Travmatik deneyim sonrasında bilişlerde ve duygulanımlarda olumsuz ve kötüye giden değişiklikler olması: Disosiyasyon, derealizasyon, artmış anksiyete ve aşırı duyarlılık vb.,

E)Uyarılma ve tepki gösterme şeklinde bireyin travmatik deneyimlerle ilişkili olarak olumsuz ve belirgin farklılaşmalar yaşanması: Hissizlik, tetikte olma hali, iritabilite vb.,

F)Bir aydan uzun süredir yukarıda belirtilen kriterlerin gözlenmesi,

G)Bireyin günlük işleyişindeki alanlarda ve işlevselliğinde düşüşler/bozulmalar yaşanması ve tüm alt kategorilerin içeriklerinde olanlardan en az birini karşılamaları beklenmektedir.

Çocuklarda TSSB gözlenmesi durumunda ise yetişkinlerden farklı olan belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Çocuklar travma ile ilişkili olmayan, içeriği belirsiz korkutucu düşler görebilmekte, günlük ilgisi olan aktivitelere karşın ilgisini kaybedebilmekte ve ebeveynden uzak kaldığında ayrılık anksiyetesi yaşayabilmektedir.

TSSB'nin görüldüğü zaman dilimine göre de akut, kronik ve geç başlangıçlı olarak sınıflandırmada bulunulmuştur. Akut Stres Bozukluğu travmatik deneyimden 4 hafta sonrasında gözlenen ancak 3 aydan kısa süren örüntüye sahipken; kronik TSSB 3 aydan uzun süre devamlılık göstermektedir. Geç başlangıçlı TSSB kriterleri ise bazı

belirtiler kısa zaman içerisinde gözlenirse de travmatik olayın üzerinden 6 ay geçmesiyle tanı kriterlerinin karşılanmış olmasını gerektirmektedir (APA, 2013).

TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık oranları ise ülkeden ülkeye ve travmatik deneyimin türü ve şiddetine göre değişkenlik göstermektedir. İsrail'de üniversite öğrencileriyle yürütülen bir araştırmada %6 (Amir ve Sol, 1999) iken, Amerika'daki üniversite öğrencilerinde %12 (Bernat ve ark., 1998) olduğu ifade edilmiştir. Norris ve ark. (2003) Meksika'daki çalışmasından ise herhangi bir travmatik deneyime maruz kalanların yalnız %15'inin TSSB belirtilerini geliştirdiği bulunmuştur. Diğer yandan, Türkiye'de çatışmalı bölgelerde yaşayan kişilerle yapılan araştırmada ise yaşam boyu TSSB yaygınlığının %34.9 olduğu gözlenmiştir (Yasan ve ark, 2008).

Genel toplumda TSSB sıklığını çocuk ve ergenlerde inceleyen araştırmalar ise oldukça sınırlıdır ve nadir olan bu araştırmalar bozukluğun yaşam boyu görülmesinin %1-14 arasında olduğu ifade etmektedir (Javidi ve Yaadollahie, 2012).

Son olarak, TSSB semptomları gösteren kişilerin en kısa zamanda etkin psikolojik yardım almaları önem taşımaktadır. Tedavi seçenekleri arasında bireysel terapiler, ilaçlar ve destek grup terapileri yer almaktadır. Erken teşhis ve tedavi ile TSSB semptomları olan kişilerin yaşam kalitesini arttırmaları ve işlevselliklerine ve günlük rutinlerine geri dönmeleri mümkün olabilmektedir.

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı

Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı Zorlantı Bozukluğu/ OKB), tekrarlayan ritüelistik zihinsel veya davranışsal zorlantılar ile karakterize olan, kişide bu zorlantıların karşılanmaması durumunda stres yaratan ve kişinin işlevselliğini bozan psikolojik bir rahatsızlıktır (APA, 2013; Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlamasında, bireyin işlevselliğinin olumsuz yönde etkilendiği başlıca ilk on hastalık içinde OKB bulunmaktadır (WHO, 1999). Obsesyonlar (takıntılar), insanların zihninde tekrarlayıcı ve zorlayıcı bir şekilde oluşan, kişinin mantıksız olduğunu bildiği halde kendisini düşünmekten alıkoymadığı düşünsel deneyimlerdir. Kaygı ve sıkıntıya yol açan obsesyonlar, kişi tarafından saçma bulunan, tekrarlayıcı, benliği rahatsız eden zorlayıcı ve istemsiz düşünce, duygu, görüntü veya dürtülere denmektedir. "Takıntı", "evhamlanma" ya da "vesvese" gibi isimlerle de günlük hayatta yerini alan obsesyon, kişilerde gerçeklikle uyuşmayan deneyimleri fark etmesine ancak kendisini durduramamasına neden olmaktadır. Bunlar; basit

tekrarlayıcı kelimeler, düşünceler, korkular, anılar, resimler ve dramatik sahneler gibi deneyimlerdir. Örneğin, ütü yaptıktan sonra fişi çektiği halde, ütünün fişte olduğu konusunda ısrarlı endişe duymak ya da biriyle tokalaştıktan sonra o kişiyle temas ettiği için hastalanıp öleceğine dair yoğun korku duymak gibi.

Obsesyonların türlerine bakıldığında, öncelikle bulaşma ve kirlenme obsesyonları tanımlanmaktadır. Buna göre kişinin toplu kullanım alanlarından geçebilecek hastalıkların veya mikropların bulaşacağı düşüncesiyle toplu kullanıma açık yerlerde çevresindeki nesnelere temastan kaçınması, insanlarla tokalaşmaması, canlı varlıklardan hastalık geçeceği korkusuyla onlara dokunmaktan rahatsız olması, radyoaktif maddelerin etkisinden korkma, kendi vücuduna ait salgılara ve temiz olmayan bir alana dokunup diğer insanlara hastalık taşımaktan korkma vb. düşünceleri içermektedir (Marufoğlu, 2010). İkinci olarak, kişinin tanıdığı veya tanımadığı kişilerle ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere, fantezilere ve dürtülere sahip olduğu obsesyonlar olarak tanımlanan cinsel obsesyonlar olabilmektedir. Çocuklara yönelik cinsel düşünceler veya eşcinselliğe yönelik düşünceler de bunlar arasında yer alabilmektedir. OKB tanısı almış kişilerle yürütülen bir araştırma, cinsel obsesyonların %13-26 arasında görüldüğü bildirmiştir (Deniz, 2005). Saldırganlık obsesyonlarına odaklanıldığında ise, kişinin kendisine veyahut sevdiklerine zarar vermekten endişelendiği ve insanlara zarar vermemek adına yalnız kalmak, sivri nesnelere dokunmaktan, toplum içinde küfür etmekten kaçınması gibi düşüncelere sahip olduğu izlenmektedir. Bu tür obsesyonlar en temelde kişinin kendine veya çevresine zarar verme, şiddet uygulama, öldürme, korkutma, utanılacak bir şey yapma veya çalmaktan korkmayla ilişkilidir ve yapılan bir araştırma OKB hastalarında %10-20 aralığında saldırganlık obsesyonları bulunduğunu tespit edilmiştir (Marufoğlu, 2010). Diğer bir obsesyon türü şüphe duyma ve emin olamama obsesyonlarıdır.

Genellikle bir işin doğru ve hatasız yapıldığına dair emin olunamaması olarak tanımlanmaktadır. Bu obsesyonlar, evin kitlenip kitlenmediği, kapı veya pencerelerin kapalı olup olmadığı, doğalgazın açık bırakılıp bırakılmadığı, elektrikli aletlerin fişte açık bırakılıp bırakılmadığı gibi temel işlemlerle ilgili olabilmektedir (Deniz, 2005; Kaplan ve Sadock, 2004). Manevi/dini obsesyonlar ise dini değerlere zarar vermek, dine karşı gelmek ve bu sebeple ceza alabileceğini düşünme ve korkma ve dinsiz biri olmakla alakalı düşüncelere sahip olmakla ilgili endişe duyma gibi obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar toplumlar arası farklılık gösterse de %11-42 arasında görülebilmektedir (Sayar ve ark., 1999). Düzen ve simetri obsesyonları diğer bir

obsesyon kategorisidir ve belirli nesnelerin düzgün bir şekilde hizalanması, düzenlenmesi veya sıralanması gerektiğine dair düşüncelerini içermektedir (Marufoğlu, 2010). Kaldırımlarda belirli taşlara basmak zorunluluğu hissetme, asimetrik bir şey gördüğünde rahatsız olma, vb. simetri obsesyonlarına örnektir.

Ayrıca, biriktirme obsesyonları, kişide değeri dahi olmayan ya da gereksinim duymadığı nesnelere bile biriktirme ve onlardan ayrılamama kaygısıyla ilgilidir. Örneğin, bireyin ilerleyen zamanlarda ihtiyaç duyabileceğini düşünerek tüm gerekli ve gereksiz plastikleri birikmesi gibi. Hastalık ve ölümlle ilişkili obsesyonlar ise, kişinin hastalığa yakalanma ve bunun sonucu ölmeye dair yüksek endişeyle ilgili olumsuz düşünceleri içermektedir. Kişi hastalanacağı endişesi ile hastaneye gitmekten kaçınma, bir yakını hastalandığında aşırı tepki verme gibi belirtilerle bu obsesyonunu gösterebilmektedir. Diğer obsesyonlar ise totemler, bir şeylere uğursuzluk olduğu gibi batıl inançlar veya bazı renklere özel anlamlar yükleme benzeri obsesyonlar da özellikle gençlikte gözlenebilmektedir (Marufoğlu, 2010; Söylev, 2020; Tuncel 2014). Yetişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de sıklıkla görülen obsesyon bulaşma korkusu olmaktadır. Farklı olarak, kendisi ve ebeveynlerinin güvenliğinden ve sağlığından endişelenmek gençler için oldukça yaygın görülmektedir (Yılmaz ve Dirik, 2020).

Kişi bu gibi endişe veren olgulardan uzaklaşabilmek ve obsesif düşüncelerini bastırabilmek için kompulsif (zorlantı) davranışlar sergileyebilmektedir. Kompulsiyonlar, kişinin bu düşünsel deneyimleri bastırmak ve/ya üzerinden gelmek için başka bir düşünce ya da eylemde bulunmasıdır ve obsesyonlar genellikle kişinin hayatını etkileyebilecek kadar güçlü olabilmektedir. Kompulsiyonları olan kişiler, genellikle belirli hareketleri tekrarlamak konusunda çeşitli kurallara uymakta ve bu kurallar arasında kronoloji, oran, sıra, süre ve sayı gibi özellikler yer almaktadır (Korkmaz, 2017). Örneğin, ütü yaptıktan sonra fişi çektiği halde, ütünün fişte olduğu konusunda ısrarlı endişe duymak ya da biriyle tokalaştıktan sonra o kişiyle temas ettiği için hastalanıp öleceğine dair yoğun korku duymak gibi.

Kompulsiyon türleri incelendiğinde, öncelikle temizlik kompulsiyonları gelmektedir. Kirlenme veya bulaşma endişesiyle kişinin aşırıya kaçan ve bağlam çerçevesinde uygun olmayan temizleme davranışı göstermesi temizlik kompulsiyonunu tanımlamaktadır. Okuldan eve gelen bir çocuğun defalarca duş alması veya kapı tokmağı, para kullanımı gibi toplulukta temas gerektiren durumlardan kaçınma davranışı gösterme bu tür kompulsif davranışlardandır (Tezcan ve ark., 1998; Sayar ve ark., 1999). Kontrol/şüphecilik kompulsiyonu ise yaptığı veya

yapmadığı bir şeyle ilgili eksiklik veya hata olabileceği konusunda şüpheye kapılma, bunun verdiği endişe ile tekrar tekrar kontrol etme ve çevresindekilere yaptığını onaylatması ile ilişkili olan zorlayıcı davranışlar göstermektir. Örneğin, kişinin kapıyı kilitlediğinden ya da ocağın kapalı olduğundan emin olamadığı için defalarca kontrol etmesi, ütüü fişten çektiğinden emin olamadığı için gittiği her yere ütüü de götürmesi vb.

Öte yandan, tekrarlayıcı davranış kompulsiyonu, kişinin aklına kötü, istemediği bir düşünce geldiğinde bu olumsuz duygu ve düşünceleri etkisizleştirmek adına belirli eylemde bulunma, düşünceye tutunma veya sözleri/sayıları tekrarlama davranışlarıdır. Bireyin sevdiği bir hareketi defalarca rahatlayana kadar yapması, ileri geri sallanması ve kendisinin veya sevdiklerinin başına kötü bir şey geleceğine dair düşünce sebebi ile kendisini rahatlatan sayıya ulaşana kadar içinden bir şeyleri tekrarlama bu tür kompulsiyonlara örnek oluşturmaktadır (Foa ve ark., 1995; Juang ve Liu, 2001). Nesnelerin belirli düzen, tertip ve sırada durması gerektiğine dair hissedilen zorunluluk ve bununla bağlantılı zorlantılara düzenleme/sıralama kompulsiyonu adı verilmektedir (Foa ve ark. 1995; Juang ve Liu, 2001). Büyükten küçüğü, küçükten büyüğe veya renkten renge gibi sınıflandırmalara göre nesnelere düzenleme, nesnelerin lekesiz, çiziksiz olması veya cisimlerin simetrik durmaları konusunda aşırı zaman ve çaba sarf etme bu kompulsiyonlara örnektir. Toplama/biriktirme kompulsiyonu ise kağıt, plastik, çöp gibi gereksiz ve kullanılmayacak durumdaki nesnelere bireyin ihtiyaç duyacağına inanarak toplama ve atamama davranışı göstermesidir (Sayar ve ark. 2005). Son olarak, düşünce bazlı kompulsiyonlara odaklanıldığında, endişe veya stresi yönetebilmek adına, bireyin kaygı yaratan arzular, duygulanımlar, inanışlar ve düşünceler karşısında düşünsel yöntemlerle eylemde bulunduğu görülmektedir (Demir, 2021). Örneğin, arabayla giderken yanlışlıkla bir kediyi yaralamış bir kişinin, sonraki araç kullanımlarında aracı sürebilmek için sürekli “Sen kötü biri değilsin, dikkatli ol.” diyerek kendisini telkin etmesi gibi.

Sıklıkla gözlenen kompulsiyon sorun alanlarına bakıldığında ise yıkama/temizleme davranışı gösterme, emin olamadığını düşündüğü için tekrarlı kontrol etme, bir şeyleri düzenleme veya sıralama ile sayma davranışı yer almaktadır. Ergenlik döneminde ise kontrol kompulsiyonu sık izlenmekle birlikte; bu kompulsiyonların arkasında daha belirgin obsesif düşüncelerin yattığı görülebilmektedir. Örneğin, ergen bir çocuk, aslında başkalarını incitmeyeceğinden emin olmak uğruna beş kez annesine ya da arkadaşlarına “İyi misin?” diye sorup, her

seferinde yanıtını duymak isteyebilir. Ayrıca, çocuk ve ergenler için ebeveynlerden onay arayışında bulunma veya dokunsal tekrar davranışı gösterme kompulsiyonları da sıklıkla görülen belirtilerden olabilmektedir (Çini, 2022; Gözegir, 2020).

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar birbirinden ayrı şeyler olmakla birlikte, genellikle birbiriyle ilişkilidir. En önemlisi, obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte eş zamanlı görülebildiği gibi sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonlar şeklinde de gözlenebilmektedir. Çocuklarda obsesyonsuz kompulsiyonlar daha sıktır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, obsesyon ve kompulsiyonun birlikte görülme sıklığı yaklaşık %39 iken; sadece kompulsiyon görülmesi yaklaşık %52 ve sadece obsesyon görülmesi yaklaşık %9 olduğu bulunmuştur (Taban ve ark., 2007). Obsesyon ve kompulsiyonun birlikte görüldüğündeki izlenime odaklanıldığında, bulaşma obsesyonuna en sık eşlik eden kompulsiyonun temizlik kompulsiyonu; kuşku ve emin olamama obsesyonlarının ise genellikle kontrol etme kompulsiyonu olduğu görülmektedir.

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar kişinin yaşam kalitesini oldukça olumsuz yönde etkileyebilmektedir. OKB’nin DSM-V’e göre tanı ölçütleri incelendiğinde;

A) Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığının görülmesi,

B) Obsesyon ve kompulsiyonların bireyin gün içerisinde fazlaca zamanını alması ve/ya belirgin bir şekilde kişinin birçok yaşam alanında (mesleki ve sosyal vb.) bozulmalara neden olarak işlevselliğini engellemesi,

C) Herhangi bir maddenin etkisi, organik bir durum, ilaç kullanımı ya da fiziksel sorunundan bağımsız bir şekilde bahsedilen sorunların yaşanıyor olması,

D) Başka bir ruhsal rahatsızlıkla ilişkili olmaksızın OKB belirtilerinin salt açıklanabilmesi olduğu görülmektedir (APA, 2013).

Aynı zamanda, bireyin içgörüsü -diğer bir deyişle bireyin inanç ve algılarının gerçekçiliğini sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmesi ve yaşadığı şeyin bir sorun olup olmadığını, neden kaynaklandığının, ilişkilerini nasıl etkilediğinin ve tedavinin gerekliliğinin farkında olması- ve tik bozukluğu tanısı alıp almadığı da tanı koyma aşamasında değerlendirilen bir diğer faktördür. İçgörüsü iyi ya da çok iyi olan, içgörüsü düşük olan ve içgörüsü olmayan/sanrısız inançları olan şeklinde sınıflandırmaya gidilerek OKB’ye sahip bireylerin içgörülerini değerlendirilmektedir. İçgörüsü düzeyi azaldıkça OKB belirti düzeylerinin ve kişinin işlevselliğinin

bozulduğu bilinmektedir (APA, 2013; Van Ameringen ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2020).

2.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Etiyolojisi

OKB, genellikle genç erişkinlik döneminde başlar ve hayat boyu devam edebilir. Bu bozukluğun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, biyolojik faktörler, çevresel stresörler ve kişilik özellikleri gibi farklı etkenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan, OKB belirtilerinin bireyin hayatında başladığı yaş ne kadar erken ise belirtilerin daha şiddetli ve hastalığın seyrinin de o kadar olumsuz olduğu bilinmektedir (Öner ve Aysev, 2001).

OKB'nin olası nedenleri de araştırmalara konu edilen diğer bir başlık olmaktadır. Görülme nedeni, kalıtsal veya nörobiyolojik faktörlerle ilişkili olduğu gibi çevresel faktörler ve stres ile olumsuz yaşam deneyimleri gibi psikolojik etmenler de OKB gelişiminde etmen olabilmektedir (Akpınar ve ark., 2013; Ay ve Erbay, 2018; Foa ve Kozak, 1986; Hettema ve ark. 2001; Moffitt ve ark, 2005; Korkmaz ve ark., 2020). Öncelikle genetik faktörler, OKB'nin gelişiminde rol oynayabilmektedir. Ailede OKB öyküsü olan kişilerde OKB gelişme riski daha yüksek olabilmektedir. Bunun yanı sıra bazı genlerin (risk geni) özellikle OKB'nin görülme olasılığı ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Hasler ve ark., 2007; Nicolini ve ark., 2009; Samuels ve ark., 2006)

Beynin farklı bölgelerindeki işlevsel ve yapısal bozuklukların etkisiyle, karmaşık nörobiyolojik faktörlerin OKB'ye etken olabileceği düşünülmektedir. Araştırmalar, OKB'nin çekirdek gangliyonlardan (özellikle bazal gangliyonlar) kortikal bölgelere yayılan yoğun aktivasyon durumundan kaynaklandığını göstermektedir (Baxter, 2001). Bazal gangliyonlar, hareket kontrolü, öğrenme, motivasyon ve takıntısız davranışların düzenlenmesinde önemli bir işleve sahip beyin bölgesidir. Bu sebeple, OKB'li bireylerde, bazal gangliyonlar ve frontal korteks arasındaki bağlantıların güçlenmesi sebebi ile mantıksal olmayan ve takıntısız düşüncelerin ve tekrarlayan davranışların ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmektedir (Menzi ve ark., 2008). Serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterler de OKB'nin nörobiyolojisinde önemli bir parçadır. Özellikle serotonin sistemindeki bozukluklar OKB ile ilişkilendirilerek; serotonin düzeyinin eksikliğinin OKB belirtilerini arttırdığı savunulmaktadır. Serotonin, duygudurum ve davranış vb. kontrol

mekanizmalarında önemli bir rol almaktadır ve serotonin düşüşe geçtikçe birey kendisini kontrol etmekte güçlük yaşayarak OKB belirtileri göstermeye başlayacaktır. Dopamin ise ödül, ceza ve motivasyon gibi sistemlerle ilişkilidir ve dopamin düzeyindeki dalgalanmalar sebebi ile OKB belirtileri sıklaşabilmektedir (Denys, 2006; Denys ve ark., 2004).

En önemlisi, çevresel, psikolojik ve duygusal etmenler de OKB'nin gelişiminde ve şiddetini belirlemede etkili olabilmektedir. Özellikle çocukluk döneminde yaşanmış ve fiziksel, cinsel ve duygusal istismar, aile içi şiddet ve ayrılık gibi travmatik olaylar ve stres içerikli durumlar OKB riskini artırabilmektedir (Akpınar ve ark., 2013; Ay ve Erbay, 2018; Foa ve Kozak, 1986). Çevresel faktörlere odaklanıldığında ise bulaşıcı hastalıklar gibi toplumu etkisi altına alan durumların neden olduğu strese maruz kalmak, sosyoekonomik düzeyin düşük düzeylerde olması ile yetersiz yaşam koşullarında bulunur olmak ve olumsuz ebeveyn tutumlarının etkileri vb. oluşumların, bireyin dışında etkisini direkt veya dolaylı yoldan gösterdiği görülmektedir (Alonso ve ark., 2018; García-Soriano ve ark., 2018). Diğer yandan, psikolojik bakış açısıyla değerlendirildiğinde birey, olumsuz yaşam deneyimi sonrası deneyimin etkilerini kaydetmekte ve hayatının kontrolünü kaybetmeye başladığını düşünebilmektedir. Bu sebeple, hayatının içerisinde kontrol altına alabileceği bir şeyler bulmak ümidiyle obsesyonlar ve/ya kompulsiyonlar geliştirme yoluna gidebilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Mantar ve ark., 2011; Pauls ve ark., 2014).

Cinsiyet de OKB belirtilerinin görülme nedenleri arasında belirleyici olan faktörlerden biridir. Çocuk ve gençlerde cinsiyet bazlı OKB görülme sıklığı değerlendirildiğinde, kızların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde OKB belirtileri sergilediği bulunmuştur (APA, 2013; Ufuk ve ark., 2013). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da benzer bir şekilde, OKB'li çocuk ve gençlerin yaklaşık %63'ünü kız ve %37'sini erkeklerin oluşturduğunu raporlamışlardır (Yüce ve ark., 2017). Stewart ve arkadaşlarının (2006) araştırma bulgularına göre OKB yaygınlığının ergenler arasında erkeklerde kızlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, cinsiyete bağlı OKB belirti türlerinde de farklılıklar rapor edilmiştir. Örneğin, erkeklerin obsesyonlarının daha sık olarak temas veya simetri ile ilgili olduğu ve kompulsiyonlarının ise kontrol etme veya sayma eylemleri şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Kızlarda ise obsesyon ve kompulsiyonlar arasında daha fazla bir ilişki olduğu ve ayrıca bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi temaların obsesyonlarının daha sık görüldüğü bulunmuştur (Mathis ve ark., 2011; Stewart ve ark., 2006). Diğer

yandan, bu oranın farklılaştığı araştırmalar da olmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) sıklığının, çocukluk döneminde erkek çocuklarda daha yüksek olduğu ancak ergenlikle birlikte döneminde erkek ve kızlar arasında görülme sıklığının eşitlendiği, ergenliğin bitiminde de kızlarda görülmesinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Geller ve ark., 1988; Leonard ve ark., 1992; Öner ve Aysev, 2001; Tobias ve Walitza, 2006).

OKB'nin başlangıç seyri değerlendirildiğinde ise genellikle erken yetişkinlik döneminde başlarken (Orhana, 2010; Pulular, 2009); yetişkin bireylerin bazılarında ancak 15 yaşından önce başlayabilmektedir. Bazı durumlarda, belirtiler 5 yaşında bile başlayabilmektedir ancak çocukluk çağında OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 7-12 yaş arasında olmaktadır.

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi

OKB belirtilerinin görülme sıklığı incelendiğinde, araştırma sonuçları OKB belirtilerinin türlerine, araştırma popülasyonuna ve hatta toplumdan topluma farklılık göstermekte ve bu da çeşitli faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Bu faktörler arasında araştırmanın örneklem büyüklüğü, kullanılan tanı kriterleri ve araştırmanın yapıldığı kültür gibi etmenler yer almaktadır (Fineberg ve ark., 2013; Ruscio ve ark., 2010; Torres ve ark., 2000). DSM-5'e göre 12 aylık izlemlilerde OKB araştırmasında dünyada OKB'nin %1.1-1.8 arasında olduğu raporlanmıştır (APA, 2013). Epidemiological Catchment Area Programı kapsamında, 1980'lerde ABD'deki beş bölgede yapılan yaygın psikopatolojinin epidemiyolojisinin incelendiği araştırmada, 30.000'den fazla kişi ile genel nüfusta OKB'nin yaşam boyu ve 6 aylık yaygınlığı belirlenmeye çalışılmıştır. Bulgular, yaşam boyu yaygınlık oranlarının OKB için %1,9 ile %3,3 arasında değiştiği bulunmuştur (Karno ve ark., 1988). Ayrıca, OKB'nin ABD'deki dördüncü en yaygın psikolojik bozukluk olduğu raporlanmıştır (Pigott, 1998). Çocuk ve ergenlerde OKB yaygınlığının ise ülkeler arasında benzerlik göstererek %0.25-4 arasında olduğu gözlenmiştir (Brynska ve Wolanczyk, 2005; Heyman ve ark., 2003; Tahiroğlu ve Çelik, 2016). Özdemir ve Başgöze'nin (2017) Türkiye'deki 12-18 yaş arasındaki 534 ergen ile yürütölen bir araştırma sonucunda, OKB yaygınlığının %1,5 olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, ABD'de 13-18 yaş arası gençlerle yürütölen araştırmada ise OKB yaygınlığının %1,0 olduğu tespit edilmiştir (Merikangas ve ark., 2009).

Ülkeler arası genel OKB görülme oranlarına odaklanıldığında, Tayvan'daki bir araştırmada %0.5-0.9 oranı ile en düşük seviyede OKB belirtileri gözlenirken (Yeh ve ark, 1985); Hindistan'da bu oran %0.6 olarak bulunmuştur (Rasmussen ve Fisen, 1989). Avrupa'nın farklı bölgelerinde yapılan yaşam boyu süreğenliğin incelendiği araştırmalar ise OKB yaygınlığı %2.6 ile %3.2 arasında değişirken (Flament ve ark., 1988); benzer bir şekilde Mısır'daki yürütülen bir çalışmada ise OKB'nin %2.3 oranında yaygınlık gösterdiği belirtilmiştir (Okasha, 1990).

Diğer yandan, obsesyon ve kompulsiyonların belirti türlerine göre de OKB yaygınlık oranları farklılaşmaktadır. Obsesyonlarda başlıca ve sıklıkla gözlenen sorun alanları kendi içerisinde de kültüre göre değişim göstermektedir. Türkiye'de ve Avrupa'da yürütülen araştırmalarda kirlenme ve bulaşma (%40-76), şüphe ve kontrol etme ihtiyacı duyma ihtiyacı hissetme (%20-50) ile hastalanma ve ölüm düşünceleridir (%20-40) (Deniz, 2005; Kaplan ve Sadock, 2004; Tükel ve ark., 2002; Sayar ve ark., 1999). Öte yandan, Elazığ'da, Bahreyn'de ve Mısır'da yürütülen araştırmalara göre ise manevi/dini obsesyonların en sık rastlanan obsesyon olduğu görülmüştür (Okasha ve ark., 1994; Shooka ve ark., 1998; Tezcan ve ark., 1998).

Sıklıkla gözlenen kompulsiyon sorun alanlarına bakıldığında ise yıkama/temizleme davranışı gösterme (%50-85), emin olamadığını düşündüğü için tekrarlı kontrol etme (%40-65), bir şeyleri düzenleme veya sıralama (%30) ile sayma davranışı (%20-35) yer almaktadır (Aslan ve Hocaoglu, 2017; Foa ve Kozak, 1995; Juang ve Liu, 2001; Tamam ve ark., 1998). Ek olarak, tekrar kompulsiyonları OKB hastaları ile yürütülen araştırmalarda yaklaşık %11 düzeyinde bulunurken; %13,5 düzeyinde simetri kompulsiyonu izlenmektedir (Foa ve ark. 1995; Juang ve Liu, 2001).

Türkiye'de geniş bağlamda yapılan iki farklı araştırmaya göre, türlere göre farklı sıklık oranları raporlanmıştır. Beşiroğlu'nun (2014) araştırmasına göre OKB'nin en yaygın üç türü bulaşma/kirlenme %76 düzeyinde, simetri %68 düzeyinde ve saldırganlık %44 düzeyinde görülmüştür. Sonrasında dini OKB yaklaşık %27, biriktirme OKB yaklaşık %22, ve cinsel OKB yaklaşık %16 olarak sıralanmıştır. Bayraktar'ın (2017) araştırmasına göre ise, yaklaşık %50 bulaşma, yaklaşık %40 şüphe, yaklaşık %30 simetri, yaklaşık %25 cinsel ve yaklaşık %10 dinsel türleri olmak üzere OKB belirtilerinin yaygınlık gösterdiği bulunmuştur (Beşiroğlu, 2014; Bayraktar, 2017).

2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Eşlik Eden Fiziksel, Davranışsal, Duygusal ve Ruhsal Problemler

OKB genellikle birçok psikolojik, davranışsal ve fiziksel problemlerle birlikte görülebilmektedir. Bu semptomlar genellikle strese, kaygıya kompulsiyon veya obsesyonların tetiklenmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Fiziksel problemler arasında, OKB'li kişilerde sıklıkla görülen uyku bozuklukları, iştah ile ilişkili sorunlar, yorgunluk, kas gerginliği, baş ağrısı, mide problemleri ve cilt hastalıkları sayılabilmektedir (Akaltun ve ark., 2018; APA, 2013; Zincir ve ark., 2014).

OKB'ye eşlik eden davranışsal problemler arasında, OKB'ye sahip bireylerin yaşamlarını düzenleme meşguliyetleri sebebiyle günlük işleyişlerinin dışına çıkması, tekrarlı yapılan kontrol edilemeyen davranışlar, yolma davranışları ve tik örüntüleri göstermeleri, mesleki ve/ya okul yaşam alanlarında başarısızlık yaşamaları, dürtüsel davranışlar gösterebilmeleri, arkadaşlık ve romantik ilişkilerde zorluk yaşama, sosyal alanlarda kendilerini izole etmeleri ve tek başlarına kalma adına ev yada işte geçirilen zamanın artması yer alabilmektedir (Akbaş, 2020; Angın ve Kızılgeçit, 2020; APA, 2013; Dal, 2013; Karaman ve ark., 2011).

OKB'ye eşlik eden ruhsal ve duygusal problemler arasında ise çökkün duygu durumu, panik hali, sosyal alanlarda endişelenme, düşük benlik algısı, özgüven ve yaşamından genel olarak memnuniyetsizlik gözlenmektedir (Ruscio ve ark., 2010). Eş zamanlı OKB ile ilişkilendirilen psikolojik/psikiyatrik rahatsızlıklara odaklanıldığında, Antony ve arkadaşlarının (1998), OKB'nin genellikle bir duygu durum bozukluğuyla birlikte görüldüğünü rapor etmişlerdir. Son yıllarda yayınlanan araştırmalarda da Eksen II tanıları ile komorbidite oranları %33 ila %83 arasında değiştiği ve genellikle %50 ila %65 arasında bir eş tanı bulunduğu belirtilmiştir (Summerfeldt ve ark., 1998; Tamam ve ark., 2003). En yaygın OKB'ye eşlik eden tanılar sırasıyla major depresif bozukluk, spesifik fobiler, madde bağımlılığı, şizofreni, beden dismorfik bozukluk, Tourette sendromu ve sosyal fobi (%5.5) olmaktadır (Crino ve Andrews, 1996; Tükel ve ark., 2002; Yaryura-Tobias ve ark., 1996). Tüm bu OKB'ye eşlik eden problem alanları ve belirtiler sıklıkla obsesyon ve kompulsiyonları yapma isteğinin artması veya kontrol etme isteğine karşın kompulsiyonların yapılmasının engellenmesi ile ilişkilendirilebilmektedir.

2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), ağırlıklı çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan ancak tüm yaşlarda görülebilen, özellikle okul çağındaki çocukları etkileyen bir nörogelişimsel bozukluktur (APA, 2013; Özbaran ve Güvenir, 2014; Wolraich ve ark., 2019). DEHB'nin DSM-5'e göre tanı kriterlerine bakıldığında,

A) Dikkat eksikliği, hiperaktivite ya da dürtüsellik boyutlarında, sadece belirli kategoriden belirtiler olabileceği gibi, tüm kategorilerde de belirti görülebilmektedir. Temel belirtilerin dağılımına göre, dikkatsizliğin baskın olduğu tip, aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinin baskın olduğu tip ve dikkatsizlik ve hiperaktivitenin birleştiği tip olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilir. Bu boyutlara ait belirtilerin, kişinin gelişimsel düzeyine uygun olmayan şekilde olması ve yaşamının işleyişini doğrudan olumsuz etkilemesi gerekmektedir. Ek olarak, bahsi geçen belirtilerden her birinin içerisinde 6 veya daha fazla belirtinin görülmesi ve minimum 6 ay süre ile bu belirtilerin gözlenmesi koşulu aranmaktadır. 17 yaş ve üzeri kişilerde en az beş belirti olması gözlenmektedir. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik boyutlarına dair belirtiler aşağıda belirtilmiştir:

- a) Dikkat eksikliği belirtileri:
 - Dikkat süresinin gelişim dönemiyle uyumlu olmayacak biçimde kısa olması,
 - İşleri sonlandırmakta veya tamamlamakta zorluk çekme, yarıda bırakma,
 - Detaylara dikkat etmekte zorluk,
 - Dikkat gerektiren işleri yapmaktan kaçınma,
 - Sürekli unutkanlık gösterme,
 - Yavaş iş yapma,
 - Eşyalarını kaybetme.
- b) Hiperaktivite belirtileri:
 - Hareketlerin kontrol edilememesi, kurallara ve sınırlandırmalara uymakta zorluk,
 - Sürekli ayakta durma, koşma veya zıplama isteği,
 - Sürekli bir şeylerle oynama ve kendini meşgul etme,
 - Duramama, oturmada zorluk, kıpır kıpır olma hali,

- Sessiz kalamama,
- Gereksiz ve fazla konuşma.
- c) Dürtüsellik belirtileri:
 - Sorumsuz davranışlar sergileme,
 - Ani tepki verme ve sonunu düşünmeden davranma,
 - Sabırsızlık,
 - Sıranın kendisine gelmesini beklemeden konuşma ya da hareket etme,
 - Başkalarını sürekli olarak kesme veya rahatsız etme.

B) Bu belirtilerin 12 yaşından önce kendini göstermesi,

C) Bireyde en az iki farklı yaşam alanında bu belirtilerin görülmesi ve sorun yaratması, de diğer bir tanı koyma kriteridir. DSM-5'te tanı kriterlerinin yer aldığı tablodaki belirtilerden en az altısının 12 yaşından önce başlamış olması gerektiği ve belirtilerin en az iki farklı ortamda (örneğin evde ve okulda) görülmesi gerektiği belirtilir.

D) Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E) Belirtiler şizofreni ya da psikoz ile ilişkili olarak meydana gelmemekte ve daha iyi şekilde herhangi bir psikopatoloji ile açıklanamamakta ya da başka bir psikopatolojik belirti sonucunda meydana gelmemektedir (APA, 2013).

Klinik görünümü bakımından değerlendirildiğinde, DEHB'li olan bireylerin semptomları genellikle üç yaş civarında da başlayabilmekte ancak gelişim döneminin ve okul öncesi dönemin getirmiş olduğu belirtiler ile karıştırıldığından fark edilemeyebilmektedir. Kuralların daha katı sınırlarla görülmeye başladığı ve başarı gibi kriterlerin de gözetildiği okul öncesi döneme geçişle birlikte DEHB belirtileri sorun olmaya başlayarak klinik yönlendirilmeler yapılmaya başlanmaktadır. Bu sebeple belirtileri anlama aşamasında, erken dönemlerden itibaren çocuğun hayatında var olan kişilerin (anne, baba, öğretmen, anneanne vb.) çocuğa karşı yaklaşımlarının ve çocuğun içinde bulunduğu yaşam alanlarındaki stres faktörlerinin anlaşılması ve sonrasında gerektiğinde düzenlenmesi önem taşımaktadır. Ek olarak, çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemini göz önünde bulundurma da doğru bir tanısal değerlendirme yapmanın olmazsa olmazıdır (Şenol ve Soysal, 2010; Şenol ve ark., 2014).

DEHB'li olan bireylerin günlük hayatta yaşadıkları sorunlar ön plana çıkmakta ve birçok alanda kendini gösterebilmektedir. Temel belirtileri dikkat eksikliği olan

DEHB'li bir kişide öncelikle dikkatini toplama ve başlatma noktasında yaşadıkları güçlükler görülmektedir ve kişinin kendisi bu durumda doğrudan etkilenen kişi olmaktadır. Bu durum özellikle bireyin okul, iş veya diğer görevlerde performansını etkileyebilmektedir çünkü kişi dikkat içeren görevleri, grup çalışmalarını veya sorumlulukları yürütmek konusunda güçlük yaşamaktadır (Barkley, 2015; Mash ve Barkley, 2014). Bu kişilerde diğer bir sorun alanı ise dürtüsellik olabilmektedir. Birey sonucunu düşünmeden yaptığı birçok eylem, düşünce ve davranış sonrasında pişman olabilecekları girişimlerde bulunabilir ve riskli davranışlar sergileyebilmektedir. Hiperaktivite temel belirtileri ile sorun yaşayan DEHB'li bireyler ise sürekli bedenen hareketli olabilmekte ve düzen içerisinde stabil kalmak noktasında zorlanabilmektedirler. Bu durum kişilerin özellikle toplum içerisinde bulunmaları gerektiğinde kişilerle sorun yaşamalarına, dürtüsellik sebebi ile arkadaşları tarafından dışlanmalarına, arkadaş edinmekte zorlanmalarına da neden olabilmektedir. Aynı zamanda yaşadığı bu belirtilerle birlikte veya sonrasında birçok alanda problem yaşayabildikleri için (başarısız olmak, kişilerarası anlaşmazlıklar yaşamak vb.), bireyler günlük hayatlarında yüksek düzeyde endişe ve stres yaşayabilmektedir (Biederman, 2016; Faraone ve ark., 2015; Mash ve Barkley, 2014; Toplak ve ark., 2021).

Ayrıca, DEHB'nin klinik görünümü cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. Genellikle kızlarda DEHB belirtileri ağırlıklı DEHB'ye eşlik eden diğer psikolojik bozukluklar ile birlikte görülürken; erkeklerde daha fazla yıkıcı davranış gösterilmesiyle kendisini göstermektedir (Biederman ve ark., 2002). Çocuk ve ergen DEHB'li bireyler ile yetişkin DEHB bireyler arasında ortak ve ayırt edici noktalara odaklanıldığında, tüm belirtilerin ortak bir şekilde gözlenebildiği, işlevselliği bozduğu, gerekli desteği almadığı takdirde sosyal, duygusal ve fiziksel alanlarda sorun yaşadıkları ve yaşam kalitesini etkilediği ortak olarak görülmektedir (Barkley, 2006). DEHB'li yetişkin bireylerin, DEHB'li çocuk ve ergen bireylerden ayrıldığı noktalar ise yetişkinin dikkat eksikliği hiperaktivite belirtilerinin çocuklara kıyasla daha az belirgin olması ve dürtüsellik daha keskin ve bireyin kendisini yaralayıcı (fiziksel ve ruhsal) bir şekilde yaşayabilmesi olmaktadır (Faraone ve Biederman, 2016). Belirtilerin dışarıdan görünümde ayırt edilmesi yetişkinlerde daha güç olabildiği için tanılama aşamasında güçlük yaşanabilmekte ve farklı psikopatoloji belirtileri ile karıştırılabilmektedir (Barkley, 2014; Gökçek, 2022; Tuğlu ve Şahin, 2010).

2.3.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi

DEHB belirtilerinin görülmesinin ve şiddetinin nedenlerine yakından odaklanıldığında, literatürde birçok farklı görüşün öne sürüldüğü ve tam olarak nedenin kesinleştirilemediği görülebilmektedir. DEHB'nin olası nedenleri genetik, nörobiyolojik ve fizyolojik kökenli olabilmesi ile birlikte; çevresel faktörler de olabilmektedir (Barkley, 1998; Wender ve Tomb, 2017). Çevresel faktörler olarak, başta alerjen olarak adlandırılan boyalar, koruyucular ve salisilatlar gibi gıda katkı maddelerine tepki olarak DEHB belirtilerinin açığa çıkabildiği savunulmuş ancak aksini kanıtlayan araştırmalar da bulunmuştur (Feingold, 1975). Diğer bir DEHB'ye neden olan çevresel faktör olarak da kültürel değişimler ve gelişen teknolojinin etkisinden bahsedilmiştir. Block'a (1977) göre, kültürel değişimlerin ve gelişen teknolojinin varlığında, her alanda artış gösteren temponun etkisi ile yükselişe geçen çevresel ve içsel uyaranlar, DEHB belirtilerinin görülmesini yatkınlaştırabilmektedir.

Literatürde psikoloji perspektifinden, olumsuzluk çocuk yetiştirme tutumları ve ebeveyn yaklaşımları da DEHB'ye neden olan bir faktör olarak değerlendirilmiştir (Bettelheim, 1973; Harticollis, 1968; Willis ve Lovaas, 1977). Buna göre, psikanalitik görüşte özellikle okul öncesi süreçteki çocuk-ebeveyn ilişkileri ve aşırı nüfuz edici ve/ya talepkar ebeveynin (özellikle anne) DEHB üzerinde başlatıcı bir etken olduğu savunulmaktadır. Davranışçı görüşte ise ebeveyninden gelen tutarsız ve yetkin olmayan davranışların ve uyaran kontrolündeki başarısız yaklaşımların, çocuğu DEHB'ye yatkınlaştırdığı düşünülmüştür (Barkley ve ark., 1990; Campbell, 1987). Ayrıca, çevresel faktörler arasında doğum komplikasyonları, hamilelik esnasında annenin sigara içmesi, düşük doğum ağırlığı ve anne karnındaki alkol veya madde kullanımı yer almakta ve DEHB'nin etiyojisinin değerlendirilmesinde önem arz etmektedir (Eriksson ve ark., 2000; Linnet ve ark., 2003; Pasamanick ve ark., 1956; Sobotka, 1989; Streissgut ve ark., 1989).

Genetik faktörlerinin DEHB'nin görülmesinde bir risk faktörü olup olmadığının araştırıldığı çalışmalar, DEHB'nin kalıtsal olduğunu ve genetik yatkınlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle ebeveynler, kardeşler gibi birinci derece görülen DEHB'nin yatkınlığının %80 düzeyinde geçişliliğe sahip olduğu bulunmuştur. Birçok ikiz çalışmasında farklı ortamlarda büyütülen ikiz kardeşlerin de her birinde DEHB genetik geçişinin bulunduğu rapor edilmiştir (Ercan ve Aydın, 2011; Kavakçı ve

Yelboğa, 2016; Kılıç ve ark., 2016, Thapar ve ark., 2007). 20.000'den fazla DEHB vakası ve 35.000 kişilik kontrol grubu içeren uluslararası bir ortak çalışma bulguları, genom çapında 12. genomun önemli bir belirleyici olduğunu bildirmiştir (Demontis ve ark., 2019).

DEHB'nin nörobiyolojik olarak birçok sistemle ilişkili olarak gözlemlendiği düşünülmektedir. Öncelikle, nörotransmitterjik sistemlerden olan dopaminerjik sistemi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Dopamin nörotransmitteri, beyindeki ödül sistemlerinde ve hareket kontrolünde rol oynamaktadır. Araştırmalara göre, DEHB'li kişilerin beyinlerindeki dopaminerjik sistemdeki dopamin taşıyan taşıyıcıların azaldığı ve prefrontal korteks, limbik sistem ve bazal çekirdek gibi farklı beyin bölgelerindeki dopamin düzeylerinde düzensizlikler ve işlev bozuklukları olduğu düşünülmektedir (Volkow ve ark., 2011). Ayrıca, DEHB ile ilgili beyin görüntüleme çalışmalarında, çocukların orta beyin dopaminerjik çekirdekleri düzeyinde işlev bozuklukları (Ernst ve ark., 1991), prefrontal kortekste bölgesel azalmış serebral kan akışı (Spalletta ve ark., 2001) ve prefrontal bölgede asimetri, sağ ön striatal döngüde ve beyincikte değişimler görülmektedir (Giedd ve ark., 2001).

2.3.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi

Çocukluk çağından yetişkinliğe kadar tanılanabilen ve zaman ile belirtileri daha yönetilebilir olsa da yaşam boyu devamlılık gösteren bu nöropsikolojik rahatsızlık devam edebilmektedir. DEHB'nin yaygınlığı konusunda yapılan araştırmaların sonuçları farklılık gösterse de, bozukluğun dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, DEHB'nin yaygınlığı ülkeler arası birçok değişkene bağlı olarak değişebilmektedir. ABD'de yapılan bir araştırmada, çocuklar arasında DEHB yaygınlığının %9,4 olduğu bulunurken (Danielson ve ark., 2018); İsveç'te yapılan bir çalışmada, 6-19 yaş arası çocukların %8,7'sinde DEHB tespit edilmiştir (Kadesjö ve Gillberg, 2001). 2014 yılında yapılan bir meta-analizde ise DEHB'nin küresel yaygınlığının yaklaşık %5 olduğu raporlanmıştır (Polanczyk ve ark., 2007). Diğer yandan, Polanczyk ve arkadaşlarının (2007) çocuklar ve ergenler arasındaki farklılıkları inceleyen meta-analiz çalışmasında ergenler için DEHB'nin yaklaşık %3 ve çocuklar için DEHB'nin yaklaşık %6 olduğu bildirilmiştir. Yaşla birlikte DEHB'nin prevalansının azalmasının nedeninin, tanı kriterlerinin aslen küçük çocuklara uygulanabilir olmasından kaynaklı olduğu ve tanı kriterleri üzerinde yaşa

bağlı düzenlemeler yapılmasının gerekliliğini düşündürmektedir (Barkley, 2014; Barkley ve ark., 2006; Roberts ve ark., 2011).

Diğer yandan, yetişkinlikte DEHB belirtilerinin görülme sıklığının incelendiği araştırmalara göre, birçok yetişkinin DEHB semptomlarına sahip olduğu bilinmekte ancak semptomlar genellikle çocuklukta fark edilmediği için tanı konulması gecikebilmektedir. Ayrıca, DEHB belirtileri ve şiddeti yaş alındıkça azalabilmekte veya daha farklı bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Buna rağmen sonuçlar yetişkinlerde de DEHB'nin de yaygın olduğunu göstermektedir. ABD'deki 18-44 yaşlarındaki bireylerle yürütülen bir araştırmada yetişkinlerin %4,4'ünün DEHB semptomlarına sahip olduğu belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2006). Yine aynı yaşlardaki bireylerle Avrupa'da yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise yetişkinlerin %2,8 ile %4,4 arasında DEHB semptomlarına sahip olduğunu rapor edilmiştir (Fayyad ve ark., 2017). Ek olarak, Amerikan Psikiyatri Birliği dünya genelinde, çocukların yaklaşık %5'inde ve yetişkinlerin %2,5'inde DEHB belirtileri olduğu yönünde görüş bildirilmiştir (2013). Her ne kadar yaygınlığın %3 ile %5 arasında değiştiği düşünülse de son araştırmalarda bu oranın %10 dolaylarında olduğu rapor edilmiştir (Rowland ve ark., 2002).

Cinsiyete göre DEHB belirtilerinin ve düzeyine odaklanıldığında, bulguların stabil olmadığı ve yaş grubuna ve örnekleme göre oldukça değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Klinik popülasyondaki DEHB'li çocuklar arasında erkeklerin DEHB'ye sahip olma olasılığı kızlardan 4-9 kat daha fazla iken; normal popülasyonda erkeklerin kızlardan 3 kat fazla oranda DEHB belirtileri gösterdiği bilinmektedir (Bauermeister ve ark., 2007; Faraone ve ark., 2015; Polanczyk ve ark., 2007; Skogli ve ark., 2013). Ayrıca, yine araştırmalara göre yetişkinlikte, DEHB'nin yaygınlık oranı, örneklem kaynağından bağımsız olarak erkekler ve kadınlar için tipik olarak daha benzerdir (Faraone ve ark., 2015; Lesch, 2015; Matte ve ark., 2015; Williamson ve Johnston, 2015). Bu bozukluğun cinsiyete göre farklılaşmasının genel olarak, erkeklerde biyolojik sebeplerle daha yaygın olduğu (beyin yapısındaki ve genlerden geçişle gelen dopamin sistemi farklılıkları), içinde bulunulan gelişim dönemi ve yaşın da etkin olabilmesi ve kızlarda daha az teşhis edilmesi sebebiyle olduğu düşünülmektedir (Franke ve ark. 2009; Kan ve ark., 2013; Karamustafalıoğlu ve ark., 2019; Üçok ve Gençöz, 2010). Erkeklerin tüm DEHB alt boyutları için tanı ölçütlerini karşılama olasılıkları daha yüksektir. Bununla birlikte, DEHB'nin tüm alt boyutlarının birlikte görülmesi erkeklerde daha sıklıkla gözlenirken; dikkat eksikliği boyutunun

daha az görüldüğü ifade edilmiştir (Dopfner ve ark., 2008; Graetz ve ark., 2005; Willcutt ve ark., 1999; Willcutt, 2012).

Literatür araştırmalarında çok farklılık gösteren bulgular dikkat çekmektedir. Froehlich ve arkadaşlarının (2007) yürüttüğü araştırmada, 8 ila 15 yaş arasındaki ABD'li çocukların %8,7'sinin DEHB'li olduğu bulunmuştur. Kanada, Çin, Hindistan, İngiltere, Finlandiya, İspanya, İsveç, Avustralya, İzlanda, Ukrayna, Almanya, Hollanda, Japonya, İtalya, İsrail, Yeni Zelanda, Tayvan ve Brezilya gibi ülkeler ile ulusal çapta yürütölen bir araştırmada ise Faraone ve arkadaşları (2003) DEHB yaygınlık oranlarını ABD ile benzer olduğunu bulgulamıştır. Ercan'ın Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise DEHB yaygınlığının %13,8 ve erkek-kız oranı yaklaşık olarak 2/1 olduğu görölmektedir (Ercan, 2010). Başka bir çalışmada ise DEHB düzeyleri ve alt boyutları baz alınarak cinsiyete ve ebeveyn eğitim düzeylerine göre değişimler irdelenmiş ve bu araştırmasında ne cinsiyete ne de ebeveyn eğitim düzeyine göre gruplar arası anlamlı farklılaşmalara rastlanmamıştır (şan ve ark., 2018).

Öte yandan, bazı araştırmalara göre ise kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla dikkat eksikliği alt boyutunda belirti gösterdiklerini bulurken, diğerleri DEHB semptomlarında cinsiyet farkı olmadığını bildirmektedir (Fedele ve ark., 2012; Gomez, 2013; Novik ve ark., 2006; Rucklidge, 2010; Staller ve ark., 2006). DEHB tanısı konulan bireylerin büyük bir bölümünde, yaş ilerledikçe hiperaktivite belirtilerinin azaldığı ancak dikkat eksikliği, düzen sağlama sorunu ve dürtü kontrol zorluklarının devamlılık gösterdiği belirlenmiştir (Ercan ve diğerleri, 2012). Yaş ilerledikçe, ilk olarak aşırı hareketlilik belirtilerinde düzelme beklenirken, son olarak dikkat dağınlıklığı belirginleşebilir. En önemlisi, DEHB belirtilerinin genellikle 12-20 yaş arasında gerilediği, birçok hastada kısmi düzelme göröldüğü ve yetişkinlik döneminde antisosyal davranış bozuklukları, madde bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları gibi ek sorunların ortaya çıktığı gösterilmiştir (McCraeken, 2000). Tüm faktörler göz önünde bulundurularak DEHB belirti ve şiddetinin değerlendirilmesi bu sebeplerle önem arz etmektedir.

2.3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Fiziksel, Bilişsel, Davranışsal, Duygusal ve Ruhsal Problemler

DEHB'li olan kişilerle yapılan araştırmalara, kişilerin DEHB ile birlikte yaşadığı sorun alanları değerlendirilmesi konu edilmiştir. Bu kişilerin fiziksel olarak

yaşadıkları problemlere bakıldığında sıkça uyku problemleri, dürtüsel yeme davranışları sebebi ile obezite ya da ilaç kullanımı olması durumunda yan etkisi olduğu için kilo verme, gibi fiziksel sağlık sorunları olduğu görülebilmektedir. Ayrıca, DEHB'li bireyler genellikle enerjik ve hareketli olduklarından; yaralanma, zarar görme, kazalara eğilimli olma ve bunlar sonucun kas iskelet sistemi problemleri yaşamak konusunda sıklıkla zorluk yaşayabilmektedirler (Pliszka, 2015).

En büyük yaşadıkları sorunlardan biri de DEHB'li bireylerin bilişsel alanda sorunlar yaşamaları olmaktadır. Konsantrasyon sorunları, işlem hızının zayıflaması, karar vermekte güçlük yaşama, zaman yönetimi ve planlı hareket etmek noktasında yaşanan sorunlar, hafızada ile ilişkili olaylarda yaşanan güçlükler, düşük bilişsel performans gösterme, öğrenme süreçlerinin aksaması ve okuma ve yazma problemleri vb. güçlükler de DEHB'li bireylerde bilişsel olarak görülen problemlerdendir. Bu alanda yaşanan sorunlar beraberinde ruhsal, duygusal ve davranışsal problemleri de beraberinde getirebilmektedir (Aslan, 2015; Cırık, 2019; Cırık ve ark., 2020; Şimşek ve Karataş, 2019).

DEHB olan kişilerde davranış problemlerine yakından bakıldığında, dikkatsizlik, sabırsızlık, aşırı hareketlilik, sonunu düşünmeden davranabilme gibi temel davranış problemlerinin yanı sıra, sosyal etkileşimde bulunma, unutkanlık, toplum içerisinde içinde bulunulan ortamlarda kurallara uymada zorlanabilme ve dürtü kontrolü güçlüğü nedeniyle agresif veya yıkıcı davranışlar sergileyebilme davranışları görülebilmektedir. Bu sebeple DEHB'li bireyler çevreleri tarafından riskli davranışlar sergileyen insanlar olarak adlandırıldıkları için kendilerini psikolojik ve duygusal problemlere yatkınlaştıran durumlar içerisinde bulabilmektedirler (Wolraich ve ark., 2019).

Ruhsal ve duygusal alanda yaşanan sorunlara bakıldığında, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, kaygı bozukluğu, tükenmişlik, uyum bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerde DEHB'li bireylerde gözlenebilmektedir. Ayrıca, DEHB'li bireyler davranış ve sosyal alanda yaşadıkları güçlükleri yönetmekte zorlandıkları için genellikle duygularını düzenleme de sorun yaşamaktadırlar. Kendilerini depresif ve tükenmiş hissetme, yaşadıkları sorunlar nedeniyle başarısız ve yetersiz hissetme, öfke nöbetleri yaşama gibi durumlarla da mücadele ederken bulabilmektedirler (Albayrak, 2021; Akman, 2006; Walsh ve Alp, 2023). En önemlisi ise özgüven eksiliği de yaşadıkları farklı alanlarda

yaşadıkları problemler nedeni ile görülebilen diğer bir DEHB'ye eşlik eden belirtilerden olmaktadır (Newark ve ark., 2016).

Ek olarak, DEHB'ye eşlik eden problemlerin cinsiyete göre de farklılaşabildiği görülmektedir (Rucklidge, 2010). Cinsiyetler arası DEHB düzeyinin ve belirtilerinin görülme sıklığı erkeklerde daha fazla görülse de, son yıllarda yapılan araştırmalar kızlarda DEHB'nin erkeklerdekinden daha sık yada eşit düzeyde olduğunu göstermektedir (Akdemir ve Çetin; 2008; Karabekiroğlu, 2011; Karadağ, 2020; Kayaalp, 2008). Öte yandan, Kızlarda DEHB belirtileri daha az belirgin olabilmekte ve kendisini daha çok bilişsel alanda yaşanan güçlüklerle (sözel IQ'nun beklenen düzeyde gelişmemesi, kendisini ifade etme ve çevresini algılamada zorluk vb.) gösterebilmekte veya DEHB ile ilişkilendirilemeyecek farklı formlarda ortaya çıkabilmektedir. Çünkü kızlar belirtilerin sosyal normlara uyum sağlayacak şekilde gizlenmesine erkeklere göre daha fazla başvurabilmektedir (Barkley, 2014; Konay, 2006; Gaub ve Carlson, 1997; Yılmaz, 2012). Ayrıca, kızlar dışsallaştırma davranışları göstermenin aksine (suçluluk duyma, saldırgan davranışlar sergileme vb.), daha çok dikkat dağınıklığı, unutkanlık gösterme ve içe kapanıklık semptomları ile DEHB ile yüzleştiklerinden, teşhisi daha zor olabilmektedir. Erkekler ise saldırgan ve topluma uyumlu olmayacak davranışlar sergileyerek, daha fazla aşırı hareketli ve kıpır kıpır olma eğiliminde olarak, düşünmeden hareket edip yanlış kararlar alarak ve özellikle sosyal etkileşimlerde sorun yaşayarak DEHB belirtilerini gösterebilmektedir. Bu tür farklılaşmanın nedeni erkeklerin yapısal ve biyolojik farklılaşması olarak görülmektedir (Coşkun ve ark., 2020, Özdemir Demirci ve Öztop, 2015). Birçok alanda problem yaşanmasıyla kendini gösteren DEHB belirtileri ile baş ederken, çok kapsamlı bir değerlendirme ve çok yönlü bakış açısı ile DEHB'ye yaklaşmak bu nöropsikolojik rahatsızlıkla ilerlemek ve gelişimi noktasında önemli olacaktır (Faraone ve ark, 2015).

2.4. Benlik Algısı Kavramı

Benlik algısı, bireyin kendisi hakkında sahip olduğu düşünceler, duygular ve inançlardan oluşan bir kendilik değerlendirme biçimidir. Bu algı, bireyin kendisine ilişkin farkındalığını ifade eder. Kendini tanıma sürecinde özellikle önemli olan benlik algısı, insanın kendisi hakkındaki farkındalığına dayalı olarak diğer insanlarla etkileşim kurmasını da sağlar. Benlik algısı üzerine yapılan araştırmalar uzun soluklu

incelenmekte ve çeşitlilik göstermektedir. Örneğin, James'in kavramsallaştırmasına göre benlik algısı üç kategoride incelenmektedir (1890). Bunlar; bedensel benlik, sosyal benlik ve manevi benliktir. Bedensel benlik, temel olarak bedensel benliğe atıfta bulunur. Beden algısı, bir benlik duygusu geliştirmek için fiziksel olarak olması gereken benliktir. Sosyal benlik ise bireyin benliğinin sosyalleşmesi adımıyla rol alan benliktir. Ruhsal benlik de kişinin kendi duygularına ve düşüncelerine atıfta bulunur.

Diğer yandan, Baumeister ve Tice'in araştırmasında ise benlik kavramı kategorileştirilerek; sosyal (public) benlik, ideal benlik, öznel benlik ve gerçek benlik ele alınmıştır. Sosyal benlik bir kişinin diğerleri tarafından algılanan, gözle aleni bir şekilde görülebilen yönlerini ifade etmektedir. Kişinin sosyal etkileşimlerinde sergilediği davranışlar, giyim tarzı, konuşma şekli gibi özelliklerini kapsamaktadır. İdeal benlik olmak istenilen, sahip olmak istenilen özelliklere sahip olduğuna inanılan benliktir ve kişinin gerçek benlik kavramından farklıdır. Ergenlikte ön plana çıkan benlik türüdür çünkü genç, benliğin oluşumunu henüz tamamlamamıştır. Gerçek benlik ise, kişinin filtresiz davranışları, dürtüleri, özellikleri ve kişisel farklılıkları anlamına gelmektedir. En önemlisi, öznel benlik ise değişimler ideal ve gerçek benliğin bir araya gelmesidir ve benlik kavramından çeşitli nedenlerle farklılaşmaktadır-benlik sunumunun çarpıtılması, gizlilik isteme önyargılar veya diğerleri tarafından farklı yorumlanması gibi sebeplerle (Baumeister ve Tice, 1986). Kısaca benlik algısı "otobiyografik anıların bir deposu, deneyim düzenleyicisi ve duygusal bir tampon ve motivasyon kaynağı olarak işlev görür." (Markus ve Wurf, 1987).

Araştırmamıza konu edilen ergenler için ise benlik algısı içinde buldukları gelişim dönemi sebebiyle farklılık gösterebilmektedir. Ergenlik dönemi, bireylerin hayatlarında önemli bir gelişimsel süreçtir ve bu dönemde birçok fiziksel, bilişsel, ruhsal ve sosyal değişim yaşanmaktadır. Ergenlik sürecinde çocukluktan birey olmaya geçişte en temel gelişimsel görev, bireylerin kim olduklarını keşfetmek, yetenek ve becerilerini tanımak ve sağlıklı bir benlik algısı oluşturabilmektir. Bu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirmek için sosyal çevre ile olumlu etkileşim ve temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçların karşılanması önem taşımaktadır (Çiftçi, 2018; Deshpande ve ark., 2013; Gana, 2012).

Bireylerin benlik algısını ve gelişimini etkileyen faktörlere bakıldığında içsel ve dışsal faktörlerden bahsedilebilmektedir. İçsel faktörler arasında kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri ve baş etme stratejileri, yetenekleri ve duyguları yer alırken; dışsal

faktörler arasında toplumsal normlar, sosyal ilişkilerde bulunmak, kültür ve aidiyet hissi gibi etmenler bulunmaktadır. Psikolojik iyi oluş da içsel faktör olarak benlik algısı ile ilişkilendirilmektedir. Psikolojik iyi oluşu belirleyen çeşitli etmenler olmakla birlikte, benlik algısının şekillenmesinin üzerinde önemli bir role sahiptir (Gana, 2012).

Cinsiyet, yaş gibi sosyodemografik verilerin de benlik algısı üzerinde anlamlı bir belirleyici olabileceği düşünülerek, 6-18 yaşlarındaki çocuk ve ergenlerle yürütülen araştırmada ise cinsiyetin benlik algısı puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ancak yaşa göre benlik algısı puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre büyük yaş grubu gençler, küçük yaş grubu çocuklardan daha düşük benlik algısı skoru bildirmişlerdir (Houck ve ark., 2011). Adana ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise katılımcıların bazı demografik özelliklerinin benlik kavramı puanına göre değişimi incelenmiştir. Sonucunda cinsiyete, gelir durumuna, kardeş sayısına, doğum sırasına, aile yapısına ve ebeveynlerin hayatta oluşuna göre benlik kavramı puanlarının anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise yine cinsiyete göre benlik algısı puanlarında anlamlı bir kıyaslama yapılamamıştır (Barber ve ark., 2005).

Ek olarak, Erbil ve arkadaşlarının (2006) lise öğrencileriyle yürütmüş olduğu araştırmada ise birçok sosyodemografik değişken ile benlik algısı düzey ortalamalarının ilişkisine yakından bakılmıştır. Bulgulara göre, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, doğum sırası ve anne-baba eğitim düzeyi gibi belirlenen değişkenlere göre benlik saygısı düzeyinin gruplar arası karşılaştırmaları yapılmış ve kardeş sayısı ile anne eğitim durumuna göre gruplar arası farklılaşmanın anlamlı olduğu, diğerleri üzerinde anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Kardeş sayısı artarken benlik saygısı puanları düşerken; anne eğitim düzeyi artarken benlik saygısı puanlarının da artışa geçtiği raporlanmıştır. Benlik algısı ile travma belirti düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka araştırmada ise yaş, cinsiyet, tanımlanan aylık gelir, anne-baba eğitim düzeylerine göre travmalı ve travmalı olmayan bireylerin kıyaslaması yapılmıştır. Sonucunda, yaş, cinsiyet, aylık gelir için gruplar arası anlamlı bir farklılaşma bildirilmezken, anne babanın eğitim gördüğü yıl süresinin gruplar arası anlamlı değişim gösterdiği görülmüştür. Buna göre, sağlıklı bireylerin anne baba eğitim düzeylerinin travmalı bireylere göre yüksek olduğu anlaşılmıştır (Ataoglu ve ark., 2019).

Ergenlik sürecinde gelişim döneminin getirdiği fiziksel, bilişsel ve duygusal süreçlerdeki zorlantılar sebebi ile (eleştirel kendilik değerlendirmeleri, fiziksel ön yargılar vb.), olumlu bir benlik algısı yapılanması güç olabilmektedir. Ergenliğin getirdiği kompleks oluşumlar ve gelişim basamakları, benlik algısının altyapısını oluşturan içsel ve dışsal faktörlerin olumlu seyrini perdeleyebilmektedir. Bu sebeple, çocuklar ve ergenler için benlik algısının değerlendirmesi güç olabilmekte ve hızlı geçişlerle çeşitlilik gösterebilmektedir.

2.5. Sosyal Destek Kavramı

Bireylerin duygusal, fiziksel, mental veya bilgi almaya yönelik çeşitli ihtiyaçlarının, başkalarının kendi kaynaklarını paylaşımlarıyla karşılandığı destek türüne sosyal destek denmektedir. Bu destek, kişinin sosyal çevresi olarak tanımlanan aile üyelerinden, arkadaşlarından, meslektaşlarından, akranlarından, sınıf arkadaşlarından veya profesyonel hizmetlerden alınabilmektedir. Ek olarak, destek duygusal yardım, bilgi paylaşımı, güvenmek, sevgi ve kabul göstermek vb. farklı şekillerde sağlanabilir. Sosyal desteğin türlerine odaklanıldığında, duygusal destek, bilgi desteği, enstrümantal destek ve değer desteği bulunmaktadır. Duygusal destek, kişinin duygusal gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak verilen destektir. Örneğin, babası ile kavga eden evladını üzüldüğü ve ağladığını göre annenin, çocuğunun sakinleşmesi ve babası ile arasını düzeltmesi için elinden geleni yapması.

Bilgi desteği de kişinin ihtiyaç duyduğu konuda doğru bilgiyi sağlamaya yönelik olarak verilebilmektedir. Mesela, kütüphanede aradığı kitabı bulamayan bir kişiye, kütüphane görevlisinin kitabı bulmak konusunda yapabileceklerini ihtiyaç sahibine anlatması bilgi desteğine örnektir. Enstrümantal destek ise kişinin ihtiyaç duyduğu işleri yapmalarına yardımcı olacak materyal kullanımı ve pratik yardımı ifade etmektedir. Su borusu patlayan komşusuna su borusu temin ederek ve sorunun tamiratında yardımcı olarak yaşadığı güçlüğü üzerinden gelmesini sağlaması gibi. Son olarak, değer desteği ise kişinin değerlerine saygı duyan, onu önemseydiğini dolaylı ya da direkt yoldan ifade eden ve onları takdir eden destek türüne denmektedir. Arkadaşının yurtdışında okumak istediğini ifade etmesine karşın ayrı kalacakları için çok üzüleceği halde başvuruların her aşamasında arkadaşına her anlamda destek olmak ve onun gelişimini önemsemek değer desteğine örnek olabilir (Aydın ve ark., 2017; Duru, 2008; Rifat ve ark., 2021; Sarasan ve Sarasan, 1982).

Diğer yandan, sosyal desteği Lepore ve arkadaşlarının (1991) gerçek yardım sağlama, sevildikleri veya korundukları bir sosyal sisteme bağlama veya değerli bir sosyal gruba bağlılık duygusunu geliştirme olarak tanımlamışlardır. Bu sebeple sosyal destek alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Alınan sosyal destek gerçekleşen yardım davranışlarını ifade ederken, algılanan sosyal destek ihtiyaç durumunda ortaya çıkabilecek yardım davranışlarına dair inancı ifade etmektedir. Yani, alınan sosyal destek gerçekleşmiş yardım davranışlarını, algılanan sosyal destek ise potansiyel yardım davranışlarını ifade etmektedir. En önemlisi, kişilerin iyi oluşları üzerinde her ne kadar alınan sosyal destek önemli olsa da; bireyin verilen sosyal desteği alabilir olması durumunda sosyal destek anlam kazanmakta ve bireyin algıladığı sosyal destek kadar bireyin hayatında aldığı destek belirleyici olmaktadır.

Cohen (1992), algılanan sosyal destek ve elde edilen sosyal destek kavramlarına ayırım getirmektedir. Daha spesifik olarak, algılanan sosyal destek, kişinin ilişkilerinin duygusal destek ve bilgi gibi kaynaklar sağlayacağına ilişkin algısını ifade etmekte ve öz bildirime dayalı anketler veya mülakatlarla değerlendirilebilmektedir. Elde edilen sosyal destek ise kişinin başka birine yardımcı olmak için yaptığı destekleyici davranışları ifade etmektedir. Bu tür sosyal destek, belirli bir destekleyici eylemin gerçekleşip gerçekleşmediği sorularak gözlemlenebilmekte ve destek alan yada sağlayan kişinin algısını önemsemeksizin daha objektif bir şekilde değerlendirilebilmektedir. Ek olarak, Ray (1992) sosyal destek kavramını olumlu ve olumsuz olarak iki boyutta incelenebilmektedir. Olumlu sosyal destek, kendini ifade etme ve onaylama gibi bir kişinin, diğerine yönelik olumlu tutum ve davranışlarıyla ilgiliyken (Pizzamiglio ve ark., 2001); olumsuz sosyal destek ise başkalarından kaynaklanan rahatsızlık, hayal kırıklığı, eleştirel yorumlar, çatışmalar, yanlış anlamalar ve olumsuz baskı gibi ifadeleri içermektedir (Ray, 1992).

Sosyal desteğin cinsiyetler arası farkını inceleyen Malecki ve Elliot'un (1999) araştırmasında, ergenlere ait ebeveyn, öğretmen, sınıf arkadaşı ve arkadaştan alınan sosyal destek olarak sosyal destek boyutları dört kategoride incelenmiş ve kadınların tüm sosyal destek düzeylerinin erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ogle ve arkadaşlarının (2014) yetişkinlerle olan araştırmasında ise cinsiyet ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı ancak zayıf bir ilişki gösterdiği ve erkeklerin daha çok desteklendiği bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada gelir düzeyi ile sosyal destek düzeyi etkileşiminin üzerinde durulduğunda, pozitif yönlü ve zayıf bir

anlamli ilişkinin olduğu ve gelir düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinin de artışa ge tiği bildirilmiştir. Rueger ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında ise ebeveyn,  ğretmen, sınıf arkadaşı, yakın arkadaş ve okul tarafından alınan sosyal destek düzeylerinin kız-erkek ayırımına göre farklılaşmasına odaklanılmıştır. Kızlar ve erkekler için de farklı türde psikopatolojik belirtilerin varlığında cinsiyete göre farklılaşmalar anlamli seyretmiştir.

Sosyal desteğin işlevleri değerlendirildiğinde, stresle başa çıkmak, psikolojik, fiziksel veya duygusal zorluklar karşısında mücadele gücü vermek ve dayanak sağlamak gibi çok çeşitli konularda fayda sağladığı görülmektedir. Ayrıca, kişilerin algıladığı sosyal desteğin g c l  olması ile bağlantılı olarak daha yüksek yaşam kalitesi, yüksek öz saygı, daha sağlıklı bir yaşam ve daha g c l  sosyal ilişkilere sahip olunduğu rapor edilmiştir. Sonuç olarak, sosyal destek, insanların hayatlarında büyük bir etkiye sahip ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olabilen temel ve çok yönlü bir kavramdır.

2.6. Bilişsel Esneklik Kavramı

Bilişsel esneklik, yeni durum ve koşulların üstesinden gelebilmek için zihinsel süreçlerin esnek bir şekilde uyarlanabilmesi ve değeristirilebilmesi becerisidir (Cañas ve ark., 2003). Bu kavram genellikle yeni veya karmaşık durumlarla karşılaştığımızda, verilen bilgiyi hızlı bir şekilde işleyebilmek ve bu bilgiyi kullanarak farklı  oz mler üretebilmek için gereklidir. Bilişsel esneklik, özellikle problem  zme, karar verme ve yaratıcı düşünme gibi zihinsel görevler ile birlikte hareket etmektedir. Örneğin, bilişsel esneklik sayesinde, zorluklarla karşılaşıldığında, mevcut bilgi ile bağlantı kurma yeteneği kullanılarak yeni yaklaşımlar geliştirilebilmektedir. Bilişsel esnekliği arttırmak, açık fikirli olmak, alternatif bakış açısı geliştirebilmek, yaratıcı olmak ve farklı perspektiflerden düşünmekle ilgilidir.

Yapısal olarak bilişsel esneklik, bilişsel süreçleri içeren bir dizi yeteneği içermektedir ve dikkat yönetimi, bellek, problem  zme ve karar verme gibi kavramlar bunlardan bazılarıdır. Aynı zamanda, bilişsel esneklik, bazı duygu düzenleme stratejisi bileşenlerinden de meydana gelmektedir. Bunlar bilgi aktarımı, dikkat kontrolü, çoklu perspektif alma, değerime uyum sağlama, yaratıcılık, hata toleransı gibi bilişsel ve duygusal süreçlerdir. Bilgi aktarımı, mevcut sahip olunan bilgiyi yeni durumlara uyarlamak ve farklı alanlardan bilgileri birleştirebilmeye denir. Dikkat kontrolü, ilgilendiğimiz şeylere odaklanma ve dikkatimizi dağıtan uyarlardan arınabilmek

anlamına gelmektedir. Çoklu perspektif alma ise olayları farklı açılardan bakabilme, keşfetme ve değerlendirme yeteneğini ifade etmektedir. Değişime uyum sağlama becerisi de, bilinmez ve yeni olan durumlara farklı seçenekleri değerlendirebilme ve gerektiğinde esnek bir şekilde değiştirme becerisini ifade etmektedir. Son olarak, farklı ve yeni fikirler üretebilme yeteneğine yaratıcılık; bireyin yaptığı hataları kendisinin gelişimi noktasında bir fırsat olarak görerek yapılan hatadan kazanım elde etme ve öğrenmeye ise hata toleransı denmektedir (Dennis ve Vander Wal, 2010; Martin ve Anderson, 1998).

Bilişsel esneklik, yenilikle birlikte aynı zamanda öğrenme sürecini de kapsamaktadır. Birey yaş alması ile birlikte, her geçen gün gelişen fiziksel, duygusal ve bilişsel benliğini anlamaya ve maruz kaldığı uyaran/yaşam olaylarını bu öğretilerle yönetebilir olmaya başlamaktadır (Crone ve ark., 2006). Gelişim dönemini her açıdan henüz tamamlamamış ergenler ile bilişsel esneklik üzerine yürütülen araştırmalar değerlendirildiğinde, dönemin getirdikleri ile birlikte ergenlerin bilişsel esneklik göstermelerinin yetişkinlere kıyasla daha sınırlı olabildiği gözlenmiştir (Tutuş, 2019). Güçlü bilişsel esnekliğin olması halinde ise ergenlerin kişiler arası ilişkilerde kendisini yeterli hissettiği, atılgan, sorumluluk sahibi oldukları ve yaşadıklarını anlamlandırabildikleri bulunmuştur (Martin ve Anderson, 1996, 1998). Öte yandan, yeterli bilişsel esneklik gösterememesi halinde, ergenin yaşamı süresince sosyal, bilişsel ve duygusal zorluklara yol açtığı belirtilmiştir (Gander ve Gandier, 2015; Yavuzer ve ark., 2011).

Cinsiyete göre ergenlerin bilişsel esnekliklerinin kıyaslandığı çalışmalarda ise ortak bir görüş olmamakla birlikte, ergenlerde cinsiyet fark etmeksizin bilişsel esneklik gösterildiği bulunurken (Diril, 2011; Öz, 2012); Altınkol'a (2011) göre kız gençlerin erkeklere kıyasla daha az esnek oldukları bulunmuştur. Tutuş'un (2019) ergenlerle yaptığı araştırmasında ise bilişsel esneklik düzeylerinin cinsiyete, yaşa ve gelir düzeyine göre farklılaşması üzerinde durulmuş ancak cinsiyete, yaşa ve gelir düzeyine göre bilişsel esneklik düzeyinin anlamlı bir değişim göstermediği bildirilmiştir. Ben-Zion ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında ise benzer şekilde yaş ve cinsiyete göre bilişsel esneklik düzeyinin yada pozisyonunu ölçümleyen çoklu araştırma modellerinin anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Diğer yandan, üniversite öğrencileriyle yürütülen bir araştırmada ise bilişsel esnekliğin cinsiyete göre değişimi irdelendiğinde, kızlar ve erkekler arasında bilişsel esneklik düzeylerinin

anlamli olarak farklılaştığı ve erkeklerin kızlara kıyasla daha yüksek düzeyde ortalama bilişsel esneklik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Asıcı ve İkiz, 2015).

En önemlisi, bir bireyin bilişsel esnekliğinin yüksek olması, bireylerin daha az kaygı ve stresle bağlantılı sorunlar yaşamaları konusunda eğilim göstermelerine işaret etmektedir (Altunkol, 2011; Hayes ve Strosahl, 2010). Çünkü bireyler böylelikle değişen koşullara uyum sağlayıp, farklı durumlarla başa çıkabilmekte ve yenilikçi çözümler üretebilmektedir. Bu, onların herhangi bir zorlu durumda daha az stres yaşamalarına ve adaptif bir şekilde yaşamalarına yardımcı olabilmektedir (Southwick ve Charney, 2012). Diğer yandan, çeşitli araştırmalar, bilişsel esnekliğin, depresyon, kaygı ve stres gibi psikolojik sorunların azaltılmasına yardımcı olabileceğini göstermektedir (Southwick ve Charney, 2012).

2.7. Duygu Düzenleme Tanımı

Duygu düzenleme, kişinin duygularını ve hislerini fark etmesi, tanımlaması, değerlendirilmesi, ifade etmesi ve yönetmesi sürecidir. Duyguların fark edilip tanınması bireyin kendisi veya başkaları üzerindeki duygusal tepkileri ayırt etme ve bu farkına varılan duygunun tanımlanması ve anlamlandırılması sürecini ifade etmektedir. Duyguların değerlendirmesi basamağı ise mevcut duygunun yargılanması ve bireylerin duygularının uygunluğunu, yoğunluğunu, süresini ve nedenlerini anlamaya odaklanmasıdır. Duyguların ifade edilmesi ve yönetilmesi aşaması da, duyguların düzenlendiği ve gerekirse değiştirildiği; bireylerin duygusal tepkilerini azaltmak veya artırmak gibi farklı stratejiler kullandığı süreci temsil etmektedir (Gross, 2002; Lazarus, 1991; Zalewski ve ark., 2011). Bu duygu düzenleme süreçlerini yönetebilir olmak fizyolojik, psikolojik, sosyal, bilişsel, davranışsal süreçlerin her birini kapsamaktadır (Thompson ve Calkins, 1996). Örneğin, duygu düzenleme biyolojik olarak tanımlandığında çevresel olaylar/oluşumlara karşın bedenimizin çok yönlü ve çoklu sistem tepkilerini organize etme becerisini ifade etmektedir (Thompson, 1991). Bu süreçte, kişi duygusal uyaranlara nasıl tepki verdiğini ve bu tepkilerin sağlıklı veya olumsuz sonuçlara yol açabileceğini anlamaya çalışmaktadır. Bu sebeple, duygu düzenleme, içinde öz duyguyu düzenleyebilme, kendi duygularını düzenleyebilme, kendisine başkalarından gelen duyguları düzenleyebilme ve öz-duygunun içinde barınan özellikleri düzenleme gibi birçok düzenleme becerisini barındırmasını ve yönetebilmesini gerektirmektedir (Thompson ve Calkins, 1996).

Duygu düzenlemenin modelitesi üzerine çalışan araştırmacılar birçok farklı duygu düzenleme basamağı içeren teoriler sunmaktadır. Gross'a göre (1999) duygu düzenlemenin aşamalarını bastırma ve yeniden değerlendirme oluşturmaktadır. Duygu düzenleme aşamalarından bastırma yöntemi, duygu ifadesinin engellenmesi anlamına gelmektedir. Yeniden değerlendirme duygu düzenleme basamağı ise duyguya neden olan davranışın idrak edilmesi ve bu hususta bir duygu açığa çıkarmasına denmektedir (Gross, 2002). Diğer yandan, Gross ve Thompson'ın 2006 yılında yaptığı araştırmada ise duygu düzenleme süreç modeli ile; durum seçimi, durumu ayarlama, dikkati verme, bilişsel değerrişim ve tepkinin değerrişimi olarak duygu düzenleme basamak ve stratejilerine odaklanılmıştır. Durum seçimi, duygunun var olup olmayacağının belirlendiği; durumu ayarlama, duygunun var olması koşulunda gerekli olan uygun duygunun ayarlanmasını; dikkati verme basamağı, mevcut duygudan ayrılışıp farklı duygu ierikli yönlere kanalize olabilmeyi; bilişsel değerrişim, duyguya yüklenilen bir anlam olmasını ve bir fikir ile eşleşmeyi ve son olarak tepkinin değerrişimi ise duygusal tepkinin oluşması ve açığa çıkmasını kapsamaktadır (Demirtaş, 2018; Werner ve Gross, 2010).

Garnefski ve arkadaşları (2001) tarafından yrtlen araştırmada ise, ergenlerde gözlenen içselleştirilmiş ve/ya dışsallaştırılmış psikopatolojiler ve bunların duygu düzenleme stratejileri ilişkileri değerlendirilmiştir. İe ekilme, kaygı ve depresyon gibi sıkıntılar içselleştirilmiş patolojiler olarak değerlendirilirken; davranış bozuklukları, saldırganlık ve hiperaktivite gibi problemler ise dışsallaştırılmış patolojiler olarak ele alınmıştır. Araştırma sonucunda, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin- kendini suçlama ve ruminasyon vb.- içselleştirilmiş patolojileri daha çok açıkladığı; olumlu yeniden odaklanma, başka Şeylere yönelme, bastırma gibi duygu odaklı duygu stratejilerinin dışsallaştırılmış patolojilerde daha sık görüldüğü ifade edilmiştir.

Duyguların izin verilenden daha fazla veya daha az ifade edilmesi, duygu taşkınlığı, duyguların uygun ifade edilememesinden kaynaklı sosyal iletişim ve uyum problemleri yaşanması ve kişisel memnuniyet açısından sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca, duygu düzenleme becerisindeki sorunlar birçok psikopatoloji ile ilişkilendirilmektedir. Psikolojik rahatsızlıkların tanı kitabı olan DSM'de psikopatolojilerin yaklaşık %75'inde duygu düzenleme alanında yaşanan sorunlar tanımlanmaktadır (Gross ve Munoz 1995; Thompson ve Goodman, 2010). Ergenlik döneminde ise durum yetişkinlerin duygu düzenleme becerilerinden farklılaşmaktadır.

Ergenlerin içinde bulunduğu gelişim döneminin getirmiş olduğu karmaşa ile birlikte olumlu bakış açısına ve etkin baş etme yöntemlerine başvuran gençlerin duygu düzenlemede olumlu bir yol izledikleri; kaçınma gibi davranışlar göstererek olumsuz bir değerlendirme biçimi kullanan gençlerin ise duygularını düzenlemekte güçlük çektikleri ifade edilmiştir (Bintaş Zörer ve Yorulmaz, 2022; Zalewski ve ark, 2011). Öte yandan, belirleyici olabilen bir diğer faktör sosyodemografik değişkenler ile ilişkisine odaklanması olmaktadır. Bu doğrultuda, Özbaran ve ark. (2018) yaptığı çalışmada olduğu gibi cinsiyet ile duygu düzenleme zorluklarına dair alınan puanın ilişki gösterip göstermediği konu edilen bir başlık olmuştur. Bulgulara göre, cinsiyet ile duygu düzenleme zorluklarına dair alınan puanlar pozitif yönlü anlamlı bir ilişki göstermiştir.

Diğer yandan, kişilerin duygularını düzenlemede izledikleri stratejiler/yöntemler incelendiğinde, problem odaklı duygu düzenleme ve duygu odaklı duygu düzenleme olarak kategorileştirildiği gözlenmiştir. Bu strateji kişinin duygulara doğrudan müdahale etmesini ve sorunları çözmeye odaklanmasını gerektirmektedir. Olumlu düşünme, yeniden değerlendirme, problem çözme, kabul ve duyguyu değiştirme bunlar arasında yer almaktadır. Bunlar, olumsuz duyguları azaltarak veya olumlu duyguları artırarak duyguları düzenlemede etkili olabilmektedir. Duygu odaklı duygu düzenleme stratejisi ise zihinsel ve fiziksel aktivitelere yönelme, meditasyon veya rahatlama teknikleri, sosyal destek almak, duyguların bastırılması ve kabullenme gibi yöntemlere başvurulmaktadır. Bu stratejiler, kişinin zihnini meşgul ederek duygusal uyarıcıların etkisini azaltabilmekte ve kişiyi rahatlatarak stresten o süreçte uzaklaştırabilmektedir (Garnefski ve ark., 2001; Parkinson ve Totterdell, 1999). Sonuç olarak, duygu düzenleme stratejisi olarak yeniden değerlendirmenin kullanılması; olumsuz duygu ile karşılaşmayı azaltıp, kişide olumlu duyguların deneyimlenmesini arttırırken, olumsuzları deneyimlemeyi azalttığını göstermektedir. Bastırma gibi duygu odaklı stratejinin ise olumsuz duygu ile daha entegre olduğuna işaret edilmiştir. (Gross 1998, Gross ve John 2003, Hofmann ve ark. 2009, Szasz ve ark. 2011, Mohammed ve ark. 2021).

Bir diğer duygu düzenlemenin değerlendirilme biçimi ise duygu düzenleme becerisini dört farklı boyutta incelenmesi olmaktadır. İçsel kaynaklı işlevsel olan duygu düzenleme becerileri olarak tanımlanan kategoride amaçların düzenlenmesi, olumlu yeniden değerlendirme, dikkat vermek ve planlı ilerlemek gibi yöntemler kullanırken; içsel kaynaklı işlevsel olmayan duygu düzenleme becerilerinde ise

ruminasyon, gerçekten uzak kalmak isteme, kendine zarar vermek ve bastırma gibi olumsuz baş etme stratejileri içeren duygu düzenleme stratejileri yer almaktadır. Diğer bir duygu düzenleme boyutu olan dışsal kaynaklı işlevsel olan duygu düzenleme de fiziksel etkileşime girmek, fiziksel temas ve yakınlık aramak, bir durum karşısında tavsiye aramak ve fiziksel egzersizlere başvurmak gibi yöntemlere başvurulurken; dışsal kaynaklı işlevsel olmayan duygu düzenleme boyutunda ise fiziksel veya sözel saldırıda bulunmak, rencide etmek ve başkalarının kötü hissetmesini sağlayarak iyi hissetmek gibi eylemler içermektedir (Phillips ve Power, 2007).

Duygu düzenleme becerilerinin sağlıklı işlemediği durumlarda (işlevsel olmayan duygu düzenlemelerine başvurulması) ise çeşitli bağlamlarda ısrarlı ve esnek olmayan bir şekilde tek düze bir duygu düzenleme becerisinin kullanılmasının bir neticesi olarak olumsuzlukların yaşanmasının yanı sıra psikopatolojik belirtiler açığa çıkabilmekte ve bağlamın göz ardı edilmesi ile katı bir duygu düzenleme becerisi kullanımı olabilmektedir (Campbell-Sills ve Barlow, 2007; Kashdan ve Rottenberg, 2010). En önemlisi, hangi stratejilere daha sık ihtiyaç duyulduğuna göre bireyin psikopatolojik belirtiler geliştirmesinin yanı sıra psikopatolojiler kaynaklı duygu düzenleme stratejilerinin işleyişinin değişimi ve karşılıklı etkileşim göstermesi de mümkün olabilmektedir.

2.8. Değişkenler Arası İlişkiler

Sonraki bölümlerde, araştırmaya konu edilen ve yukarıda bahsi geçen değişkenler arası ilişkiler ve bu ilişkilerin işleniş biçimine dair literatür bilgileri verilmiş ve araştırmamızla bağdaşan kısımlara değinilmiştir.

2.8.1. Travma ile Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler

Travma ile araştırmaya konu edilen diğer ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkilere ve literatürde geçmiş araştırmalarda bu ilişkilere nasıl yaklaşıldığına değinilmiştir. DEHB ve OKB gibi kendisini dışsallaştırma aracılığıyla gösteren psikopatolojiler, olumsuz yaşam deneyimleri gibi durumlar sonrası gözlenebilen semptomlar ile karıştırılabilecek kadar DEHB ve OKB belirtileri ile travma belirtileri benzerlik gösterebilmektedir (Çiftçi ve ark., 2021; Çoban ve Tan, 2020; Ünalı ve Alyanak, 2018; Weinstein ve ark., 2000). Bu durum ise bireylerin bulguları ayırt etmesini güçleştirebilmektedir. Bu sebeple, travmanın literatür bulgularından yola

çıkılarak yordayıcı, başlatan ya da neden olabilen etmen olarak değerlendirilmekte ve bu sebeple DEHB ve OKB gibi psikopatolojileri nasıl etkilediğine ve ruhsal değişkenler olan benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin travma ile ilişkilene biçimlerine odaklanılmaktadır. Tüm bunlar ışığında, travmanın varlığının erken dönemlerde değerlendirilmesinin ve OKB ve DEHB belirtilerinden ayırt edilmeye çalışılmasının, psikopatolojik belirtilerin görülmesi ve şiddeti üzerinde belirleyici olacağı düşünülmektedir.

2.8.1.1. Travma ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi

Travma ile OKB arasında bağlantı bulunabileceğine dair ilişkiler üzerine farklı görüşler bildirilmektedir. İlki öncelikle daha önceki tanılama kriterlerinde kaygı bozukluğu kategorisinde değerlendirilen Obsesif Kompulsif Bozukluk ile yine daha önceleri kaygı bozukluğu kategorisinde değerlendirilen TSSB'nin kaygıya yatkınlık gösteren kişilerde savunmasız olduğunda bir arada gözlenebileceğinin savunulmasıdır (Cohen ve ark., 2011; Greenberg ve Baron-Cohen, 1999).

Diğer bir görüşte ise psikolojik travmatik olaylar ile OKB'nin ortaya çıkması arasında nedensel bir bağlantı olabileceği ileri sürülmektedir. Birçok araştırma, travmatik oluşu düşündüren zamanlama ve belirtilerle eş zamanlı olarak OKB belirtilerinin gözlendiğini ifade etmektedir (De Silva ve Marks, 1999; Pitman, 1993; Rhéaume ve ark., 1998; Sasson ve ark., 2005). Öte yandan, birçok durumda OKB'nin stresli bir yaşam olayının ardından ortaya çıktığına dair kanıtlar bulunmaktadır ve stres sebebi ile OKB belirtileri üzerinde nükslere yol açabileceği gözlemlenmiştir (Marks, 1987; Metzner, 1963). Ayrıca, obsesyonların temel bileşenin zorlayıcı düşünceler olduğu düşünüldüğünde, stresin istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin görülme sıklığını artırdığına dair hatırı sayılır kanıt bulunmaktadır (Horowitz, 1975; Rachman ve De Silva, 1978). Örneğin, Pitman'ın yürüttüğü çalışmada (1993), savaş mağdurları ile bir çalışma yürütülmüştür. Savaş öncesi psikopatolojik bir rahatsızlığı olmayan gazi katılımcıların, savaş sonrası incelemelerinde TSSB belirtilerine ek olarak eş zamanlı yüksek düzeyde kontrol etme, el yıkama, biriktirme davranışı gösterme gibi OKB belirtileri geliştirdikleri ifade edilmiştir.

Öte yandan, TSSB belirtileri ile OKB belirtilerinin benzerlik gösterdiğini ve bunların birbirinden ayırdının önemine vurgu yapan görüşler de mevcuttur. Zorlayıcı olumsuz görüntüleri yeniden deneyimlemek ve kaçınılan uyaranların varlığının olması

gibi ortak belirtiler olabildiğinin düşünülmesinin yanı sıra TSSB'nin belirtilerinin tetikleyici travmatik deneyimle ilgisi olmayan zorlayıcı düşünceleri veya kaçınma veya aşırı uyarılma ile ilgisiz ritüelistik davranışları içermemesi bakımından OKB belirtilerinden ayrıldığı anlaşılmaktadır (APA 2013; Gershuny ve ark., 2003). Ayrıca, belirtilerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesiyle, bazı kişilerde eş zamanlı olarak TSSB ve OKB belirtilerinin var olduğu da anlaşılabilir. Örneğin, savaşa maruz kalmış ancak TSSB tanısı olmayan bireylerin olduğu bir nüfus taramasının yapıldığı araştırmada, OKB'nin ömür boyu görülme oranı, savaşa dair düşük ve orta düzeyde maruz kalmış kişilerde OKB belirtileri görülme oranı %0.5 iken, yüksek düzeyde savaşa maruz kalmış kişilerde %5.5 olarak raporlanmıştır (Jordan ve ark., 1991).

Bir başka OKB ile travmatik deneyimlerin yakından ilişkili olabileceğini savunan görüş nörobiyolojik işleyişin ikili psikopatolojik belirtiler arasında örtüşebileceği olmaktadır. Beyin yapılarında yapısal ve işlevsel alanda değişiklik yaşandığı ve hem OKB hem de TSSB vakalarında, bazal gangliyonlar, frontal korteks ve limbik sistem değişiklikleri gözlenmiştir. Bir de, serotonerjik ve glutamat sistemlerin işleyişinde anormallikler olduğu ve alıcı ve taşıyıcı sistem işleyişinde değişiklikler olduğu bulunmuştur (Milad ve ark., 2006; Rauch ve ark., 2006; Sah ve Geraciotti, 2013; Saxena ve ark., 1998; Shin ve Liberzon, 2010).

Literatür araştırmalarında OKB ile travmanın farklı boyutlarda incelenen çalışmalara rastlanmakta ve özellikle yetişkinlerle ve onların erken dönem travmaları üzerinden ilerlendiği dikkat çekmektedir. Saunders ve arkadaşlarının (1992) genel popülasyondaki 391 kadınla yürüttüğü bir araştırmada, çocukluk dönemi tecavüz geçmişi ve/ya cinsel istismara uğramış olan travmalı bireylerde, OKB'nin ömür boyu oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Öte yandan, tedaviye dirençli OKB semptomları sebebiyle hastane yatışıyla takip edilen 104 hastanın izleminde hastaların %82'sinde bir travma öyküsü bulgulanmıştır (Gershuny ve ark., 2008). Paralel olarak, OKB'li yetişkin hastalarla yürütülmüş bir çalışmada, OKB'li bireylerin sağlıklı olan bireylerle kıyaslandığında daha yüksek düzeyde çocukluk travması oranlarına sahip olduğu görülmüştür (Lochner ve ark., 2002). Ek olarak, 12 aylık izlem çalışmasının yapıldığı boylamsal araştırmada, OKB'li bireylerde TSSB belirtileri genel nüfusta sadece %1 iken, OKB'li bireylerde yaklaşık olarak %30 olduğu bulunmuştur (Boudreaux ve ark., 1998; Brown ve ark., 2001; Kessler ve ark., 2005).

Diğer yandan, çocuk ve ergenlerle yürütülen çalışmaların kısıtlı olduğu ve travma ve OKB belirti ve şiddeti arasındaki ilişkiye dair bilginin sınırlı olduğu bilinmektedir. Çocuklarda olumsuz yaşam deneyimleri oranının değerlendirildiği çalışmalarda farklı türlerde yaşam olayları kontrol listeleri kullanılarak OKB belirtileri ve şiddeti ile ilişkilendirilen çalışmalar yürütülmüştür. Sonuçlara göre, ayaktan takibi çocukların OKB belirtilerinin başlamasından 6 ay (Khanna ve ark., 1988) veya 1 yıl öncesi (Gothelf ve ark., 2004; Sarason ve ark., 1978) olumsuz yaşam deneyimleri sayısında anlamlı bir artış yaşandığı bildirilmiştir. Geniş bir genç örnekleminde yapılan araştırmada ise OKB'li gençlerde eş zamanlı TSSB görülme oranı %23 iken, TSSB'li gençlerde eş zamanlı OKB görülme oranının %18 olduğu görülmüştür (Essau, 2000). Lafleur ve arkadaşlarının (2011) 414 ergen ile tamamladığı çalışmada, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durumu denk olan katılımcılar arasında OKB'li çocukların OKB'li olmayan çocuklara kıyasla TSSB belirtileri gösterme ve travmaya maruz kalma oranı anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, eşzamanlı TSSB olan çocukların, TSSB olmayan OKB'li çocuklara göre daha yüksek OKB belirti şiddeti puanı aldığına ve daha fazla zorlayıcı korku, stres gösterdiğine ve ritüelleri üzerinde daha az kontrol sahibi olduğuna (daha fazla OKB'ye dair belirtiyeye) işaret etmiştir. Ek olarak, travmanın OKB için anlamlı bir yordayıcı olduğu ve OKB'nin başlamasıyla yada OKB belirtilerinin görülmesinden kısa bir zaman sonra bile anlamlı yordayıcılığını sürdürdüğü dikkat çekmiştir.

Ülkemizde yürütülen yetişkin popülasyonlu OKB ve travmanın ilişkisini farklı şekillerde inceleyen çalışmaların benzer sonuçlarla sonuçlandığı dikkat çekmektedir. Demirci'nin (2016) 201 üniversite öğrencisiyle yürüttüğü araştırmada travma türleri ve şiddetinin OKB belirti ve şiddeti ile ilişkisine yakından bakılmıştır. Sonuçlar duygusal travmalar başta olmak üzere, travma ile OKB belirti düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönlü karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Tatlı ve arkadaşlarının (2018) 100 kişi ile gerçekleştirdiği araştırmasında, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konmuş bireylerin çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha fazla düzeyde görüldüğü bildirilmiştir. Çocuklarla yapılan ender çalışmadan biri olan Dağdelen'in (2020) 12-16 yaşlarındaki 60 genç ile tamamladığı araştırmasında ise OKB ve travmatik yaşam olayları arasındaki ilişkiler ve bu ilişkilerde OKB'nin farklı klinik görünümünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bulgulara göre, travmatik yaşam

olayları ile OKB arasında anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu ve özellikle kadınlarda bu farkın daha belirginleştiği bulunmuştur.

OKB ve travma ilişkisine bakılan ve OKB tanısı olan örneklem ile yapılan araştırmada, OKB tanılı kişilerde travma düzeyi genel nüfusa oranla %30 daha yüksek bulunmuştur (Badour ve ark., 2012). Ünver ve Karakaya'nın (2016) yaptığı araştırmada OKB belirtileri olan gençlerde %59.52'sinde, TSSB belirtileri olan gençlerde ise %22.05'inde DEHB belirtileri gözlenmiştir. OKB ve travma ilişkisine odaklanmış çalışmalara bakıldığında, yapılan araştırmaların ağırlıklı yetişkinler ile yürütüldüğü ve geçmişe dönük olarak çocukluk çağı travmasının incelendiği görülmektedir (Ay ve Erbay, 2018; Dykshoorn, 2014; Kaya ve ark., 2008; Korkmaz ve ark., 2020). Ülkemizde OKB ile travmanın ilişkisine odaklanan yetişkinlerle yapılan araştırmalara rastlanmakla birlikte, çocuk ve gençlerle yapılmış OKB ve travma ilişkisinin incelendiği araştırmalara ise nadiren rastlanmaktadır. Bu sebeple, çocuklarla ve gençlerle yürütülen travma ve OKB belirti ve şiddetini inceleyen araştırmalara daha fazla ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

2.8.1.2. Travma ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile travmanın birbiriyle ilişkilendirilmesinin psikolojinin klinik alanında önemli olduğu görülmüş ve ilişkilendirmenin arkasında etkin olan görüşler açıklanmak istenmiştir. Literatür araştırmalarında, DEHB belirtileri biyolojik kökenli olabildiği gibi (Soysal ve Özdemir, 2004); travmatik yaşantıların etkisiyle dışsallaştırma bozukluğu olarak da açığa çıkabilmekte ve travmatik deneyimler sonrası gözlenen belirtiler ile benzer özellikte olabilmektedir (Çiftçi ve ark., 2021; Çoban ve Tan, 2020; Ford ve ark., 2000; Ünalı ve Alyanak, 2018). Weinstein ve arkadaşlarının (2000) iki bozukluk arasındaki belirtilerin yüksek düzeyde örtüşmesine ve kişiye bir arada eşlik eden durumların oranının yüksek olmasına dikkat çekmektedir.

Ajitasyon ve iritabilite, organize olamama, konsantrasyon ve dikkati toplama zorlukları, artan dürtüsellik ve risk alma davranışı gösterme, zayıf benlik algısı ve işlevsellikte azalma DEHB ve travmatik deneyim sonrası gözlenebilen ortak belirtilerinden olmaktadır (APA, 2013). Öte yandan, DEHB tanı kriterlerine bakıldığında bireyin psikososyal veya çevresel stres faktörüne maruz kalıyor olmaktan bağımsızlaşması beklenmektedir (APA, 2013; Soysal ve Özdemir, 2004). Travmanın

etkilerinin derinlemesine incelendiği ACE (olumsuz çocukluk deneyimleri araştırmaları) çalışmalarına bakıldığında ise devamlı bir stres faktörüne maruziyet fiziksel, duygusal ve ruhsal hayat boyu tehlikeli ve tehdit edici olabilmektedir. Bu olumsuzluklara maruz kalıyor olmak, hayatın birçok noktasında fiziksel, duygusal ve mental olarak güçlük yaşanmasına neden olabilmektedir (Öztürk ve Derin, 2020; Van der Kolk, 2019). Literatür araştırmalarına bakıldığında, travmanın psikopatolojilere neden olduğunu ifade eden yetişkin odaklı birçok araştırmaya rastlanmaktadır (Ay ve Erbay, 2018; Dykshoorn, 2014; Kaya ve ark., 2008; Korkmaz ve ark., 2020).

Diğer yandan, travmatik bir olay yaşayan kişilerin beyinlerinde, yürütücü işlevler (üst düzey bilişsel beceriler) olarak adlandırılan fonksiyonlarda değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişiklikler nedeniyle, beden kendisini korumak adına, üst düzey bilişsel becerilerini minimum düzeyde tutup askıya alarak, hayatta kalmaya yönelik fonksiyonlarla yaşamına devam etmektedir (Van der Kolk, 2019). Bu durum, travmatik deneyimlerin etkisiyle, yürütücü işlevlerin bozulması ile DEHB belirtilerinin belirginleşebileceği anlamına gelebilmektedir (Spann ve ark., 2012).

Ek olarak, DEHB'nin birçok psikopatoloji ile eş zamanlı gözlenebildiği ve bunlar arasında TSSB'nin ön planda olan psikopatoloji olduğu bilinmektedir. Famularo ve arkadaşlarının (1996) 117 yetersiz bakım almış çocuk ile yapılan araştırmasında, %35 oranında (41 kişi) TSSB görüldüğü ve yine bu kişilerin 15'inde (%37) eş zamanlı DEHB olduğu durumu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, DEHB ile eş zamanlı görülen psikolojik bozukluklara bakıldığında, duygudurum bozukluklarının (%19 ile %37 arası), anksiyete bozukluklarının (%25 ile %50 arası) ve alkol kötüye kullanımının (%32 ile %53 arası) DEHB belirtileri ile birlikte görülebildiği bulgulanmaktadır (Biederman ve ark., 1993; Murphy ve Barkley, 1996; Roy-Byrne ve ark., 1997; Shekim ve ark., 1990). Örneğin, Riggs ve arkadaşlarının (1995), 13-19 yaşları arasındaki 99 suça karışmış davranım bozukluğu olan erkek ile yürüttüğü araştırmada, depresyonu olanların, depresyonu olmayan kontrol gruplarına göre hem DEHB hem de TSSB'ye daha yüksek oranlarda sahip olduklarını bulmuşlardır. Ayrıca, büyük bir TSSB tanısı olan örneklem ile yürütülen araştırmalarda TSSB ile birliktelik gösteren eşlikçi ve sık görülen psikopatolojik belirtilerin depresyon, kaygı bozuklukları, madde bağımlılığı ve DEHB'ye dair belirtiler olduğu belirlenmiştir (Breslau ve ark., 2000; Perkonigg ve ark., 2000).

Çocuklar ve gençlerle yapılan araştırmalara bakıldığında, özellikle yabancı literatürde DEHB ve travma belirti düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği

araştırmalara sıklıkla rastlanmakta ve birbiriyle çelişebilen bulgular olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmalarda, çocuklarda travmatik yaşantıların DEHB semptomlarını arttırabildiği ve bu semptomların zamanla da artmaya devam ettiği bulunmuştur. Tannock ve arkadaşlarının (2000) yürüttüğu araştırmaya göre, DEHB'li çocukların %25'inde DEHB'ye eşlik eden bir anksiyete bozukluğu olduğu ve yetişkinliğe geçiş sürecinde de bu birlikteliğin devam ettiği bulunmuştur. DEHB ve travma arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada, Glod ve Teicher (1996), travma geçmişi ve TSSB tanısı olan çocukların, hem travma geçmişi olmayan hem de travma geçmişi olan ancak TSSB tanısı olmayan çocuklara göre belirgin olarak daha yüksek düzeyde aktivasyon gösterdikleri bulgulanmıştır. Benzer şekilde, Brown ve arkadaşlarının (2017) 4-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenle tamamladığı araştırmasında ise DEHB belirtileri ve şiddeti ile olumsuz çocukluk yaşantılarına dair belirtiler ve şiddeti ölçümlenmiş ve gruplar arası kıyaslamalar ve ilişkisel analizler yapılmıştır. DEHB'li çocukların DEHB'li olmayan çocuklara kıyasla her türlü olumsuz yaşam deneyimi belirtisinde anlamlı olarak daha şiddetli belirtiler gösterdiği ve özellikle orta ve yüksek düzeyde DEHB'li bireylerde daha önemli bir ilişki olduğu raporlanmıştır.

Diğer yandan, DEHB'nin TSSB için risk oluşturabildiğini söyleyen birçok araştırmanın aksine (Mannuzza ve ark., 1993; Mannuzza ve ark., 1998; Rasmussen ve Gilberg, 2001); yaşam boyu DEHB belirtileri gösteren kişilerde, geçici olabilen DEHB belirtileri olmayan kişilere göre TSSB belirtilerinin 3 kat daha fazla görülebildiği bulunmuştur (Tannock ve ark., 2000). DEHB teşhisi konmuş kliniğe başvuran yetişkinler üzerinde yapılan birçok çalışmada, anksiyete bozukluklarının fazlaca temsil edildiği görülmektedir. DEHB'li bireylerin herhangi bir anksiyete bozukluğu yaşamış olma oranı %37-43 iken, kontrol gruplarında bu oran %11-26'dır (Michielsen ve ark., 2013; Sobanski ve ark., 2008; Wilens ve ark., 2009). Crouch ve arkadaşlarının (2021) 3-17 yaşları arasındaki çocuk ve gençler ile tamamladığı çalışmada ise DEHB'li olan ve olmayan bireylerin olumsuz çocukluk deneyimleri incelenmiştir. Sonuçlara göre, DEHB'li bireylerin her türlü olumsuz çocukluk deneyimleri ve şiddeti DEHB'li olmayan çocuklardan anlamlı olarak yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Tüm anlamlı ilişkiler bulan araştırma sonuçlarının aksine, Wozniak ve ark. (1999) 260 çocuk ergen ile tamamladığı çalışmada DEHB'nin travma, TSSB veya travma ilişkili psikopatoloji için riski artırıp artırmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır. Bulgularda, DEHB'li olan ve DEHB'li olmayan çocuk ergenler kıyaslandığında travma maruziyet hızı veya TSSB gelişimi açasından anlamlı farklar tespit edilmemiştir.

Ülkemizde yürütülen ve travma ile DEHB arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalara bakıldığında ise ağırlıklı yetişkinlerle yürütüldüğü ve çocukluk çağı travmaları ile DEHB'nin ilişkilendirilerek araştırmaların yürütüldüğü fark edilmiştir. Semiz ve arkadaşlarının (2012), 70 DEHB'li, 70 DEHB'li olmayan yetişkin birey ile yaptığı araştırmada, dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik ve TSSB belirtileri, duygusal kötüye kullanım ve ihmal görülme durumu, olumsuz çocukluk deneyimleri, genel psikopatolojik belirtiler ve disosiyatif yaşantılar bir arada değerlendirilmiştir. DEHB'li ve DEHB'li olmayan bireyler arasındaki araştırmaya konu edilen ruh sağlığı değişkenleri arasındaki karşılaştırmalar yapılmış ve ilişkisel boyutta analizler incelenmiştir. Bulgulara göre, DEHB'li bireylerin tüm ruh sağlığı değişkenlerinden alınan puanların anlamlı düzeyde DEHB'li olmayan bireylerin aldığı puanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle, DEHB'li bireylerin sorun olarak adlandırılacak puanları DEHB'li olmayan gruba kıyasla daha yüksektir. Aynı zamanda, DEHB belirtilerinden alınan puanların çoğu ruh sağlığı değişkeni ile (fiziksel kötüye kullanım ve ihmal puanı hariç) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki gösterdiği ve TSSB belirtilerinin, olumsuz çocukluk yaşam olayları ve disosiyatif yaşantıların şiddeti, yetişkin DEHB belirtileri ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler sergilediği bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada ise yatarak depresyon tedavisi gören ve eş zamanlı DEHB tanısı olan ve DEHB tanısı olmayan yetişkin bireyler ile süreç yürütülmüş ve bu bireyler arası depresyon düzeyi, çocukluk çağı travmaları ve şiddeti karşılaştırmasının yapılması amaçlanmıştır. Sonuçlara göre, DEHB'li bireylerin depresyon şiddetinin DEHB'li olmayan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek olmasının yanı sıra; yine DEHB'li bireylerin duygusal ihmal ve cinsel istismar dışındaki tüm travma türlerindeki şiddetinin DEHB'li olmayan bireylerden anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Erdoğan ve ark., 2020).

Özel uygulamalar ile DEHB'li çocuklarla çalışan klinisyenler, genellikle DEHB'nin temel belirtilerinin yanı sıra DEHB'li bireylerin duygusal ve davranışsal sorunlar yaşadığını belirtmektedirler (Furman, 2005; Rafalovich, 2005). Bu durum sebebiyle DEHB'nin saldırganlık, dışa dönük davranışlar gösterme, depresif belirtiler ve bilişsel zorlantılar gibi diğer çocukluk çağı bozukluklarının belirtileriyle birçok ortak özelliği paylaşmaktadırlar (Ethier ve ark., 2004; Mannuzza ve Klein, 1999). Diğer yandan, bu benzerliklerin DEHB belirtileri ile özellikle travmanın belirtilerinin tanı konmasında ayırdı zorlaştırdığı ve aralarında örtüşen belirtilerin olabileceği düşünülmüştür (Ford ve ark., 2000; Wozniak ve ark., 1999). Örneğin, istismara

uğrayan çocuklar sıklıkla içe veya dışa dönük sorunlar, bozulmuş akran ilişkileri ve DEHB belirtilerine benzeyen davranışlar gösterme, hareketlilik ve akademik yahut bilişsel bozukluklar yaşayabilmektedirler. Bu belirtilerin salt DEHB kökenli olduğu düşünmenin yada DEHB'nin sadece nörogelişimsel bir bozukluk olduğu görüşü ile ilerlemenin, DEHB'li bireylerin sahip olduğu duygusal, kişilik ve kişilerarası sorunları ihmal edebileceği ve tedavi sürecini güçleştireceği şeklinde yorumlanmaktadır (Conway ve ark., 2011).

2.8.1.3. Travma ve Benlik Algısı İlişkisi

Travmatik deneyimler bireyin yaşamında birçok alanda yıkıcı etkisi olabilen ve köklü değişiklikler yaratabilen bir etkiye sahipken, bilişsel ve duygusal bütünlükteki farklılaşmalar da sıklıkla rastlanan sorunlardan olmaktadır. Bireyin dış dünya algısı ve değerlendirmesini olumsuz yönde etkileyerek birçok sorun alanında değişimlere neden olabilen travma, bir bireyin kendisini algılama, kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duygusal tepkilerinin bütününe ifade eden benlik algısını da bu doğrultuda etkileyerek, bireyi olağan dışı, işlevsel olmayan ve olumsuz bir benlik algısı yapılanmasına ve devamında psikopatolojik belirtiler gösterilmesine itebilmektedir (Ataoğlu ve ark., 2019; Türkbay ve ark., 2005; Yıldırım ve Tosun, 2012). Bu doğrultuda, travmatik deneyim sonrası kişilerin benlik algısı da kişinin yaşantıları sonrasında şekillenmektedir. Hay'ın 1995 yılında okul başarısı konusunda olumsuz deneyimler yaşayan öğrenciler ile yürüttüğü araştırmada olumsuz deneyimlere sahip kişiler ile olumsuz deneyimlere sahip olmayan kişilerin benlik algısı düzeyleri incelenmiştir. Bulgular, bilişsel süreçlere dair olumsuz deneyimleri olan öğrencilerin düşük benlik algısına, diğerlerinin ise yeterli veya yüksek benlik algısına sahip olduğunu göstermektedir (Hay, 1995).

Stresli durumlarla başa çıkma gücü zayıflayan travmatik deneyimden etkilenmiş bireyler, kendilerini korumaya yönelik olarak olduklarından farklı bir benlik algısı yapılanmasına da başvurabilmektedirler çünkü kişiler travma sonrası hayatlarının kontrolünü kaybettiklerini hissedebilmektedirler (Öztürk ve Şahin, 2021). Bu sebeple travmanın benlik algısı üzerinde değişim yaratmasının önüne geçerek kişinin kendisine olan inancını ve öz saygısını koruyabilmesi, hayatının geri kalan kısmında stresi yönetebilmesi noktasında da belirleyici olabilecektir. Stresi yönetemediği durumda ise birey kendisini korumak adına sağlıklı olmayan baş etme yöntemleri

geliştirerek, psikopatolojilerde de görülebilecek benzer belirtiler sergileyebilmektedir (Ataoglu ve ark., 2019; Gecas, 1982; Türkbay ve ark., 2005).

Bunlardan yola çıkarak, benlik saygısı ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisini incelemeyi hedefleyen ve 530 üniversite öğrencisiyle yürütülen araştırmada, önemli bulgulardan birinde, çocukluk çağı travmasının fiziksel ihmal ve istismar, duygusal ihmal ve istismar, cinsel istismar boyutlarını içeren tüm alt boyutlarında travma düzeylerinin artış göstermesiyle benlik saygısının da anlamlı düzeyde azaldığı ve en önemlisi bu travma türlerinin benlik algısı üzerinde zayıf da olsa tamamı ile anlamlı bir yordayıcı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Diğer yandan, sadece erkeklerde cinsel istismar ile fiziksel ihmal kızlara oranla daha yüksek bulunmuş ve diğer travma alt boyutları için cinsiyete göre anlamlı farklılaşmalar raporlanmamıştır (Güneri Göyen, 2017).

Ergenlikte ise gelişimini tamamlamayı sürdüren benlik algısı, başlı başına ergenlikte oluş ve gelişim dönemi ile belirleyici bir noktaya gelebilmekte ve gelen fiziksel ve ruhsal geçişlerin ve güçlüklerin de etkisi ile daha olumsuz bir seyir izleyebilmektedir (Erbil ve ark., 2006; Karadağlı, 1993). Kim olduklarına yoğunlaştıkları bu ergen oluş ve kimlik arayış süreçlerinde benliklerinin değişkenlik göstermesi, yerleşik ve stabil hale gelmesi güç de olabilmektedir (Arı, 2008). Kendilikleri üzerine yoğunlaştıkları ve kişilik gelişimlerini tamamladıkları bu dönemin sonunda ergenlerin, olumsuz yaşam deneyimlerinin etkisi ile daha az strese dayanıklılık göstererek, stresle ilişkilendirilebilecek belirtiler göstermeleri olası olmaktadır (Çiftçi, 2018; Patton ve Harris, 2007). Travmadan etkilenen ile etkilenmeyen çocukların özelliklerini araştıran bir çalışmada, benlik algısı yüksek olan çocukların travmadan etkilenmemek için gereken yardım isteme becerilerine başvurdukları ve böylelikle hayatları üzerinde kontrolde olduklarını hissettiklerini göstermektedir (Haizlip ve Corder, 1996).

2.8.1.4. Travma ve Sosyal Destek İlişkisi

Travma ile bireyin algıladığı sosyal desteğin ilişkisi travma ile ilişkilendirilen ve başlıca araştırmalara konu edilen değişkenlerden olmaktadır. Sosyal destek, sosyal desteğe erişimi olan bireyler için travmatik deneyim sonrası travmayı önlemede önde gelen bir koruyucu faktör olabilmektedir (Van der Kolk, 2019). Bir başka deyişle, kişi ilk ilişkilerindeki etkileşimlerinden itibaren kendisini regüle etmeyi sosyalliği

üzerinden öğrenmektedir (fiziksel gelişiminin gerekliliği ile de bağlantılı olarak) ve bu hayatını sürdürmesindeki başlıca etmenlerden biridir (Thompson, 1994). Travmatik bir deneyimin travma olarak algılanıp algılanmamasının önündeki başlıca neden, bireyin travma sonrası içinde bulunduğu yaşam ortamı ve bu ortamdaki ilişkileri olmaktadır (Sungur, 1999). Algılanan sosyal destek tanımından da anlaşılacağı gibi bir kişinin kendisini destekleyebilecek kişilerin varlığını bilmesi ve bu kişilerin mevcut maddi manevi kaynaklarını ihtiyaç duyduğunda kullanabileceğine inanması anlamına gelmektedir. Bu inanış kişi için bir güç olabilirken, kişinin travma sonrası travma ilişkili belirtiler sergilemesinin önüne geçebilmektedir (Sungur, 1999; Van der Kolk, 2019). Sosyal desteğin yakınlardan alınan tarafı olduğu gibi çocukları ve ergenleri koruyucu aile, evlat edinme ya da çocuk ihmali gibi riskli durumların olduğu durumlarda kişiyi koruma ve kişiye gelebilecek olası zararları önleme işlevleri de olabilmektedir (Thompson ve ark., 2015; Traş ve Arslan, 2013).

Araştırmalar algılanan sosyal destek ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasında ters yönlü bir ilişki göstermektedir. Yani algılanan sosyal destek arttıkça, TSSB semptomlarında azalma görülmektedir (Liu ve ark., 2017; Heinrichs ve ark., 2006; Van der Kolk, 2019). Bunun yanında, travma sonrası oluşabilecek olumsuzluklar algılanan sosyal desteğin düşük olması ile ilişkilendirilmektedir. Araştırma bulguları sosyal çevrenin yaklaşımlarının da travmanın düzeyi ve koşullarında olduğu gibi büyük rol oynadığını göstermektedir (Raboch ve Sovák, 1995). Chou ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında, sosyal destek düzeyi düşük olan katılımcıların, depresyon, kaygı ve travma sonrası büyüme semptomları gösterme olasılığı daha yüksek bulunmuştur.

Algılanan sosyal destek, travma sonrası süreç üzerinde iyileşmenin de belirleyicilerinden olmaktadır. Böylelikle travma sonrası stres ile daha efektif baş edebilmekte ve gelişebilecek olası olumsuzların üstesinden gelinebilmektedir. Örneğin, travmatik olabilecek olumsuz ve benzer bir olayı yaşayan iki kişiden biri yeterince sosyal destek aldığını hissettiğinde, yaşamış olduğu bu olumsuz deneyimi travmatik olarak adlandırmazken, algıladığı sosyal destek düzeyinin düşük olduğuna inanan bir kişi için yaşamış olduğu deneyim oldukça travmatik olarak yorumlanabilmektedir. Bir araştırmada, algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan travmatik deneyim mağdurlarının, travma sonrası oluşan semptomların hafifletilmesinde daha hızlı iyileşerek yol aldıkları (Zhang ve ark., 2018) ve topluma uyum sağlamalarının daha iyi olduğu gözlenmiştir (Kang ve ark., 2017). Kısaca sosyal

destek, insanların sosyal ihtiyaçlarını karşılayarak, sevgi, şefkat, yeterlilik, özsaygı ve bir topluluğa ait olma gibi unsurları içererek fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu bir etkisi yaratan olgudur (Sorias, 1988a, 1988b; zgr 1993).

Özellikle sosyal ilişkilerin ön plana çıktığı ergenlik sürecinde ise çocukluk dönemi sonrası, sosyal ilişkilere yatırım artış göstererek ilerlemektedir (Arı, 2008). Bu süreçte akranları, aileleri ve sosyal çevreleriyle olan etkileşimleri ergenlerin hayatında büyük bir pay kaplayarak, onların önemli bir gelişim basamağından geçmelerine neden olmaktadır. Aile ilişkileri bu süreçte önemli bir rol oynamakta ancak ergenin birey olma ve bağımsızlaşma çabaları gelişim döneminin başlıca endişelerinden olduğundan, aile ilişkilerini dengeleme gündemleri ergenlerin ikilem yaşadıkları bir alan olabilmektedir (Hortaçsu, 1997; Laursen ve Collins, 2004). İyi aile ilişkileri, ergenlerin duygusal ve sosyal gelişimleri için önemli olmakta ve olumlu bir aile ortamı, çocukların başarılı bir şekilde yetişkinliğe geçiş yapmalarına yardımcı olabilmektedir (Arslan, 2009; Wang ve Sound, 2008).

Ayrıca, psikopatolojilerin önlenmesinde ve patolojik belirtilerin önüne geçilmesinde de önemli olan görülen aile tarafından alınan sosyal destek, ergenlikle birlikte yönünü doğası gereği çoğu zaman akran (arkadaş) ilişkilerine çevirebilmektedir (Buhrmester, 1996; Lynch ve Cicchetti, 1997; Rubin ve ark., 2011). Ergenler arkadaş ilişkilerine, öncelikle sosyal becerilerinin gelişmesi, sosyal bir statü edinme ve kendilerini anlamlandırabilmeleri konusunda başkalarını tanımlayarak var olabilmek için ihtiyaç duyabilmektedirler (Arı, 2008; Buhrmester, 1996; Rubin ve ark., 2011; Selçuk, 2008). evresindeki diğer kişilerle olan ilişki yatırımları da (oğretmen, akrabalar vb.), ergenlerin yine hayatında önemli bir yeri olan diğer bir etmendir (Arslan, 2009; Hattie, 2009). Birçok psikopatoloji ile ilişkisine odaklanılan sosyal destek, başlı başına fiziksel, ruhsal, duygusal ve bilişsel alanlardaki güçlüklerle ilişkili bulunurken, ergenlik süreci ile daha fazla önem kazanarak ruh sağlığı değerlendirmelerinde sosyal destek göz ardı edilmemesi gereken bir faktör olarak açığa çıkmaktadır.

2.8.1.5. Travma ve Bilişsel Esneklik İlişkisi

Bir kişinin mevcut bir durum karşısında farklı seçenekler ve alternatifler olduğunu bilincinde olması, buna uyum sağlamak için istekli olması ve bu konuda kendine güven duyması anlamına gelen bilişsel esneklik kavramı, kişinin zihinsel

sağlığı için önemli olan ve psikopatolojilerin gözlenmesi halinde olumsuz olarak etkilenen başlıca bilişsel fonksiyonlardan olmaktadır (Bomyea ve ark., 2012; Martin ve Rubin, 1995; Polak ve ark., 2012). Travmatik bir deneyim ise doğası gereği bireylerin zihinsel ya da fiziksel iyi oluşları üzerinde risk oluşturabilmekte ve bireylerin normal hayatlarına dönmelerinin önünde engel teşkil edebilmektedir. Kişinin travmatik olayı yeniden yaşaması, kaçınma davranışları sergilemesi ve aşırı tetikte olması gibi semptomlarla kendini gösteren travma ilişkili belirtiler sebebi ile, kişinin bilişsel esnekliği olumsuz yönde etkilenebilmekte ve kişinin mevcut deneyimle başa çıkmasını zorlaştırabilmektedir.

Bilişsel esneklik ve travma arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalardan birinde, TSSB semptomları olan kadınların popülasyondaki kadınlara kıyasla bilişsel esneklik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Bomyea ve ark., 2012). Benzer şekilde, bir başka araştırmada, savaş mağduru çocukların bilişsel esnekliklerinin, savaş mağduru olmayan çocuklara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Khamis, 2015). Spann ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada ise gelişimsel yörüngedeki yürütücü işlev değişiklikleri hem ergenlikte hem de yetişkinlikte kalıcı gelişimsel sorunlara yol açabildiği ifade edilmiştir. İsrail’de acil birimlerine başvuran, travmadan sağ kalmış yetişkin kişilerle yürütülen bir araştırmada, travmadan 1 ay sonrasında yüksek bilişsel esnekliğe sahip kişilerin, travmadan 13 ay sonra bile daha az travma sonrası belirtiler gösterdiği ve bilişsel esnekliği geliştirici çalışmalarla birlikte kişilerin travmatik deneyimden 6 ay sonra bilişsel esnekliklerinde artış olduğu ve travma ilişkili belirtilerin azaldığı bulunmuştur (Zion ve ark., 2018).

Evrensel bir travmaya dönüşen Covid 19 pandemisi ile ilgili İkiz ve ark. yürüttüğü araştırmada ise, bireyi yeni ve beklenmedik karşısında strateji geliştirebilme ve çok yönlü düşünebilme ile uyum sağlama anlamına gelen bilişsel esnekliğin önemine vurgu yapılmıştır. Bulgulara göre, kişilerin zorlu durumlar karşısında en yoğun kullandığı becerilerden birinin bilişsel esneklik olduğu görülmüştür (İkiz ve ark., 2022). Aynı zamanda, pandemiyle birlikte yeni ve zorlayıcı durumlara uyum sağlamanın gerekmesi ile kişilerin bilişsel esnekliklerini daha yoğun kullandığı ve pandeminin bilişsel esnekliğin gelişimine fırsat tanıdığı görülmüştür (Koşar ve ark., 2022). Palm ve Follette’in (2011) araştırmasında ise bilişsel esnekliğin daha yüksek olduğu ve deneyimsel kaçınmanın daha düşük olduğu durumlarda, kişilerarası türlü sorun yaşayan kişilerde psikolojik rahatsızlık düzeylerinin düşük seyrettiği bulgulanmıştır.

Tüm bunlara ek, diğer araştırmalardan farklı olarak Fu ve Chow (2017), travmatik bir yaşantı ile psikolojik iyi oluş arasında bilişsel esnekliğin aracı etkisini inceleyen öncül çalışmalardan olmuştur. 491 ergen ile yrtlen çalışmada depresyon maruziyeti sebebiyle açığa çıkan travmatik sorunlar ile psikolojik iyi oluşu arasındaki ilişkide bilişsel esnekliğin aracı etkisinin üzerinde durulmuştur. Sonuçlara göre depresyon sebebiyle okul değişikliği yapılması, sahip olunan mülkün ve okulun zarar görmesi bakımından psikolojik iyi oluşun anlamlı farklılıklar gösterdiği ve depresyon sırasında yaralanma ile psikolojik iyi oluş arasında bilişsel esnekliğin moderatör etkisinin olduğu raporlanmıştır.

Bu sebeple, olumsuz yaşam deneyimleri sonrası bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin göz önünde bulundurulması ve değerlendirmeler sonrası bilişsel esneklik becerisinin travmanın da etkisi ile olumsuz bir seyir izleyebileceği de düşünülerek, gelişimi konusunda desteklenmesinin önem taşıyacağı dşnlmştr. Ancak uygun koşullar sağlandığında (tedavi ve destek ile), kişilerin bilişsel esnekliklerini yeniden kazanmaları mümkün olabilmektedir.

2.8.1.6. Travma ve Duygu Düzenleme İlişkisi

Travma, kişinin maruz kaldığı olumsuz bir olayının ardından güçlü duygusal tepkiler vermesine neden olan stresli bir yaşam deneyimidir. Bu durumun en büyük nedenin ise travmanın etkisiyle bireyin duyguları regüle edebilmekte ve kendisini beden ve zihnen kontrol edebilmekte güçlük yaşaması olarak görülmektedir (Cloitre ve ark., 2005; Ehring ve Quack, 2010; Price ve ark., 2006; Shepherd ve Wild, 2014). Kişinin duygusal durumunu algılama, değerlendirme, yönetme ve düzenleme yeteneği olarak tanımlanan duygu düzenleme becerisi psikopatolojilerle ilişkisi incelenen başlıca işlev olmaktadır. Bu işleve ait sorunlar, özellikle duygudurum ve anksiyete bozuklukları gibi durumları ve hatta psikopatolojilerin %75'ten fazlasını açıklar niteliğe sahipken, duygu düzenleyebilme dair problemler en belirgin gözlenenler arasında olmaktadır (Werner ve Gross, 2010). Araştırmalara göre çocukluk/gençlik döneminde travmatik olabilecek olumsuz deneyimler edinen kişilerin, yetişkinlikte dahi duygu düzenleme becerisi bakımından senelerce güçlük yaşadıkları ifade edilmiştir (Dunn ve ark., 2017).

Araştırmalar her ne kadar çeşitli karmaşık travma sonrası belirtilerin kavramsallaştırmaları önemli farklılıklar gösterse de, duygu düzenleme güçlükleri de

dahil olmak üzere birçok temel semptom konusunda hemfikirdir olmaktadır (Ehring ve Quack, 2010; Van der Kolk ve ark., 2005). Bu beceri, kişinin yaşamındaki olaylarla başa çıkabilmesi ve günlük hayatta işlevsel kalabilmesi için son derece önemli görülmektedir çünkü kişi travmanın ışığında kendisi ve çevresiyle uyumlu kalabilmekte zorluk yaşayabilen birey, duygu durumunu kontrol etme, kaygısını azaltma, korkusu ile başa çıkma gibi konularda zorlanabilmektedir. Bu sebeple, duygu düzenleme becerisinin gelişimi travma ilişkili bozuklukların tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, Litz ve arkadaşlarının (2000) yürüttüğü bir çalışma, travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerin duygu düzenleme becerilerinin daha az gelişmiş olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise, duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi ve desteklenmesinin, TSSB semptomlarının azaltılmasına yardımcı olduğu ortaya konmuştur (Resick ve ark., 2008).

Literatürde Şahin Demirkapı'nın (2013) üniversite öğrencileriyle yürütülen araştırmasında, çocukluk çağı travma türlerinin duygu düzenleme becerileri ve kimlik bocalaması gelişimine etkisi ile psikopatolojik belirtilerle ilişkisinin anlaşılması amaçlanmıştır. Bulgulara göre, duygu düzenleme becerileri üzerinde duygusal istismar ve cinsel istismar çocukluk çağı travma türlerinin anlamlı bir yordayıcı etki gösterdiği bulunmuştur.

Ancak en önemlisi, duygu düzenlemenin travma belirtileri gibi psikopatolojilerle ilişkilerine odaklanıldığında, duygu düzenleme becerileri kullanılırken yönelinen stratejilerin uyumlu/uyumsuz ya da işlevsel veya işlevsel değil şeklinde psikopatolojilerle ilişkilendirilerek sınıflandırılması "bağlam" kavramının değerlendirilmediğine işaret etmektedir (Aldao, 2013; Bridges ve ark., 2004). Duygu düzenlemenin en ayırt edici özelliklerinden biri olan değişkenliği ve durum özelinde esnekliği, kişiden kişiye ve hatta kişinin içinde bulunduğu bağlama göre seçilen duygu düzenleme becerisindeki stratejiyi farklılaştırabilmesini sağlamaktadır (Bonanno ve ark., 2004, Bonanno ve Burton, 2013). Örneğin, bir kişi hem işyerinde patronuyla hem evde annesi ile tartışmışsa, o kişinin patronuyla tartıştığı süreçteki haklılığı, içinde buldukları çevre ve tartıştıkları konuya bağlı olarak duygu düzenleme stratejisi daha içsel kaynaklarına işaret eden işlevsel bir strateji olabilirken, evde annesi ile tartıştığı süreçte tartışılan kişinin annesi olması sebebiyle kişinin başlı başına daha duygusal ve irrasyonel bir bakış açısı ile olaya yaklaşmasına neden olup daha içsel kaynaklara dayanan işlevsel olmayan bir yol izlemesine neden olabilmektedir. Bu sebeple psikopatolojilerle sıklıkla ilişkilendiren duygu düzenlemenin, tek bir kanal üzerinde

tanımlanmasının doğru olmayabileceği ve bağlama uygun bir duygu düzenleme becerisi kullanımı psikopatolojilerin gelişiminin önüne geçebileceği gibi, psikopatolojik belirtilerin etkisi ile bozulan bir duygu düzenleme becerisinin üzerine eğilmenin, bireyin iyi oluşu üzerinde belirleyici olacağı düşünülmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2012; Sheppes ve ark., 2011; Sheppes ve ark., 2014).

2.8.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler

Obsesif kompulsif bozukluk ile aracı değişkenler olarak araştırmaya konu edilen benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme değişkenleri arasındaki ilişkilere ve bu ilişkilerin araştırma bulgularına nasıl yansıdığına değinilmiştir.

2.8.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Benlik Algısı İlişkisi

OKB belirtileri gözlenen bireylerin benlik algısı da travmada olduğu gibi karşılaşılan güçlükler ve bozulan işlevsellik karşısında düşüş gösterebilmektedir (Aytan, 2010). Aynı zamanda, benlik algısı düşük olan kişilerin OKB belirtilerini geliştirme ihtimalleri de değerlendirilmiş ve kişinin OKB belirtilerini daha yatkın hale getirebildiğini göstermiştir. Benlik algısı düşük olan kişiler, kendilerini değersiz, kusurlu veya kontrol edilemez olarak algıladıkları için olumsuz benlik algısının, OKB belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olabildiği bulunmuştur (Doron ve Kyrios, 2005a; Doron ve ark., 2012). Doron ve arkadaşlarına (2012) göre bireylerin obsesyonlara karşı daha savunmasız olmaları, bireyin kompulsiyonlara başvurma eğilimlerinin artmasına yol açabilmektedir. Aynı zamanda benlik algısı düşük olan bireylerde, obsesyonlara ve kompulsiyonlara yönelik daha fazla kaygı ve saplantılarla başa çıkma güçlüğü gözlenmiştir. Öte yandan, birey OKB belirtilerini sürdürerek kontrolde olma inancı ile benlik algısını olumlu bir yönde şekillendirdiğine inanabilmektedir. OKB'nin mevcut bilişsel modellerine göre benlik algısı ilişkisi değerlendirildiğinde ise benlik algısı bölücü deneyimler karşısında işlevsizliğe yol açan bir yanıt olarak görülebilmektedir (Doron ve Kyrios, 2005a).

Kempke ve Luyten'in (2007) OKB ile benlik algısı arasında kurduğu ilişkide benliğin kötü olan, kabul edilmeyen tarafına işaret eden şemalar sebebi ile (mükemmeliyetçilik, yüksek sorumluluk hissetme vb.) bireyin telafi etme çabası ile işlevsiz olabilen şemalar geliştirdiği ve bunların da OKB'nin arkasında olan

mekanizmaları beslediği ifade edilmektedir. Ayrıca, diğer araştırma bulguları OKB belirtilerinin şiddeti ile benlik yapısının ters yönlü bir ilişki içinde olduğuna işaret etmektedir (Harter, 1998). Bunlar, OKB'nin benlik algısını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bireyler, obsesyonları ve kompulsiyonları nedeniyle kendilerini kontrol edememe, hatalı ve kusurlu hissetme, kendine güven eksikliği gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Benliğe dair yıkıcı olabilen ve müdahaleci düşüncelerin de OKB belirti ve şiddeti üzerinde belirleyici olabildiği ifade edilmiştir (Rachman 1997; 1998).

Örneğin, bir çalışmada Alonso ve arkadaşları (2008), OKB'li bireylerin benlik algısının obsesyonların içeriğiyle ilgili olduğunu ve bu obsesyonlar nedeniyle benlik saygısında düşme olduğunu belirtmişlerdir. OKB'li bireyler, obsesyonlarının içerdiği endişe verici düşünceler nedeniyle kendilerini kontrol edememe hissi yaşayabilmekte ve bu da benlik algılarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Ek olarak, OKB'li bireylerde sık görülen kompulsiyonlar da benlik algısını etkileyebilmekte ve bireyin obsesyonlara yönelik kaygıyı azaltma ve kontrol hissini geri kazanma çabası olarak ortaya çıktığından, birey kendini zayıf veya güçsüz hissetmesine yol açabilmektedir. Aytan'ın (2010) OKB tanılı ve kontrol grubu olarak ayırdığı 213 katılımcı ile yürüttüğü araştırma bulgularına göre, OKB tanılı olmayan kişilerin benlik saygısı OKB tanılı olan kişilerin benlik saygısından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak, OKB'nin obsesyonlar ve kompulsiyonlar sebebiyle bireylerin kendilerini kontrol edememesi, hatalı hissetmesi ve kendisine güvenmemesi gibi benlik algısı üzerinde olumsuz çeşitli etkileri olabildiği gibi, olumsuz ve düşük bir benlik algısının da OKB belirti ve şiddeti üzerinde belirleyici olabildiği değerlendirilmiştir.

2.8.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sosyal Destek İlişkisi

Sosyal destek ile OKB arasındaki ilişkiye bakıldığında, türlü patolojilerin gelişmesinde önleyici ya da yeri geldiğinde iyileştirici olabilen sosyal desteğin OKB için de belirleyici olabilen bir etmen olduğu görülmektedir (Paladry ve ark., 2018; Yalçın, 2015). OKB ile mücadele eden bireyler, obsesyon ve kompulsiyonlarının yarattığı stresle başa çıkmak için duygusal destek, bilgi sağlama, pratik yardım ve anlayış gibi sosyal kaynaklara ihtiyaç duyabilmektedir. Bu sebeple, OKB ile birlikte, çevresinden obsesyonlarını ve/ya kompulsiyonlarını gizleme gereği duyabilen

çocukların sosyal desteğe erişebilmesi çocuğun patolojik belirtiler ile baş etmesinde önemli rol almaktadır (Collie, 2005).

Birçok araştırma, OKB hastalarının sosyal destek eksikliği yaşadıklarını ve sosyal destek düzeyi ile OKB semptomları arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yani, daha düşük sosyal destek düzeyi OKB semptomlarının şiddetlenmesiyle ilişkilendirilebilmektedir. Ancak bu ilişki karşılıklılık göstermekte ve sosyal destek düzeyinin az olması OKB belirtilerini arttırabildiği gibi, OKB belirtilerinin yüksek seyretmesi ile sosyal desteğin azaldığı dinamikler de olabilmektedir. Sosyal destek, OKB hastalarına empati, kabul ve destek sağlayarak, onların tedavi sürecinde daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır. Aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve terapistler gibi destekleyici sosyal ağlar, OKB hastalarının tedaviye uyumunu artırabilmekle birlikte, semptomlarıyla baş etme becerilerini güçlendirebilmektedir. 18-25 yaşındaki bireylerle yürütülen vaka analizi yapılan bir araştırmada, olumlu ve çok yönlü duygusal ve fiziksel destek gören kişilerin ve OKB belirtileri karşısında başkaları tarafından suçluluk hissetmeyip, güçlü hissetme gibi olumlu duyguların taşınması durumunda OKB belirtilerinin daha olumlu seyrettiği gözlenmiştir (Bhattacharya ve Singh, 2015).

Sosyal destek OKB semptomlarıyla başa çıkmada duygusal yüklerin paylaşılabilmesi ve hem duygusal hem fiziksel kaynaklara erişmek hususunda olumlu bir etkiye sahip olabilmektedir. OKB, yoğun kaygı ve rahatsızlık düzeyleriyle ilişkilidir. Bu kişiler kaygılarının yönetilebilmesi sürecinde empati duyulması, kendilerine anlayış gösterilmesi, onlar için destekleyici bir tutum ve ortamın oluşturulması ve zorlantıları karşısında bilgi veya yönlendirme alabilmeleri konusunda sosyal desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Bu sebeple, aile, arkadaşlar, iş ve okul hayatın gibi bireylerle etkileşimde sosyal destek ağlarına sahip olmak, OKB ile başa çıkmada önemli bir faktör olmaktadır (Cohen, 1992; Palardy ve ark., 2018; Yalçın, 2015). Örneğin, OKB'ye sahip bir birey, destekleyici bir arkadaşın veya ailenin olumlu geri bildirimleri ve anlayışı sayesinde obsesyonlarını ve kompulsiyonlarını daha iyi kontrol edebilmekte ve bu sayede OKB belirtileri ile daha iyi başa çıkabilmektedir.

Diğer yandan, sosyal destek eksikliği, OKB'nin ortaya çıkmasında risk faktörü olarak da değerlendirilmiştir. Örneğin, travmatik bir deneyim veya stresli bir yaşam olayı sonrasında sosyal destek eksikliği, OKB semptomlarının ortaya çıkmasında ya da şiddetlenmesinde rol alabilmektedir. Ye ve arkadaşlarının (2008) 7-18 yaş arasındaki gençlerle yürüttüğü araştırmada, özellikle iyiyi yapma konusunda aşırı

tutum gösteren OKB'li bireylerin akran ilişkilerinde zorlantılarla karşılaştığı bulunmuştur. Aslında yetersiz sosyal destek veya sosyal izolasyon, OKB belirtilerinin artmasına neden olabilmektedir çünkü tüm bunlar bireylerin obsesyonlarla başa çıkması ve kompulsiyonları kontrol etmesi için daha az kaynak ve destek alması anlamına geldiği için, bireyler yüksek stres ile baş edemediklerinden, OKB belirtilerinin şiddetlenmesine ve iyileşmenin sekteye uğramasına yol açabilmektedir (Piacenyini ve ark., 2003; Boeding ve ark., 2013).

Özellikle gelişim döneminin getirmiş olduğu akranlara verilen önemin arttığı ergenlik sürecinde de, OKB belirtilerinin varlığında arkadaş ilişkilerinde edinilen desteğin önem taşıdığı söylenebilmektedir. Aksi takdirde, araştırmalara göre OKB'li gençlerin yakın arkadaş ilişkilerinde daha az sıcaklık hissetmeleri ve daha sınırlı destek görmeleriyle birlikte, daha fazla çatışma yaşadıkları gözlemlenmiştir. Neticesinde ise yalnızlık yaşaması ve depresif belirtilerin artmasının kaçınılmaz olduğu bildirilmiştir (Borda ve ark., 2013; Dönder Şen, 2018; Ye ve ark., 2008). Diğer yandan, OKB'nin davranışsal kökenli belirtileriyle birlikte, belirtiler bireylerin sosyal ilişkilerinde önemli zorlanmalar yaşamalarına neden olabilmektedir (Subramaniam ve ark., 2020). Araştırmalar bu kişilerin genellikle partnerleri, aileleri ve arkadaşları tarafından yetersiz sosyal destek aldıklarını hissedebildiklerini ve bu sebeple ciddi çatışmalar yaşayarak diğerleri ile kopukluk yaşadıklarını ifade etmektedir (Bhattacharya ve Singh, 2015; Boeding ve ark., 2013). Bu sebeplerle, sosyal destek ağlarına sahip olmanın, OKB semptomlarının hafiflemesine yardımcı olabileceği ve iyileşme sürecini destekleyebileceği düşünülmüştür.

2.8.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Esneklik İlişkisi

Bireyin farkındalık, kabullenme, tolerans geliştirme ve esneklik gösterebilme gibi zihinsel süreçlerini etkili bir şekilde yönetebilme becerisi anlamına gelen bilişsel esneklik, OKB'de sıklıkla sekteye uğrayan başlıca üst bilişsel fonksiyonlardan olmaktadır. Ayrıca, OKB belirtilerinde bilişsel işlevler arası geçişte sorun yaşanabilmekte ve günlük hayatı sürdürmekte yaşanan zorluklar sebebi ile depresif belirtiler gösterebilmektedir (Gruner ve Pittenger, 2017; Remijnse ve ark., 2013).

Araştırmalar OKB'li olan kişilerin bilişsel esnekliklerinin düşük olduğunu göstermiştir (Remijnse ve ark., 2006, Chamberlain ve ark., 2007, Chamberlain ve ark., 2008, Gu ve ark., 2008, Viswanath ve ark., 2009). Altınöz ve arkadaşlarının (2019) 48

OKB'li ve 39 sağlıklı bireyle yaptığı araştırmada ise OKB'li bireylerin sağlıklı bireylere göre bilişsel esneklik performanslarının anlamlı düzeyde zayıf olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda, OKB ve bilişsel esneklik arasındaki ilişki, OKB semptomlarına ve yaşam kalitesine etki eden birçok faktörü içermektedir. Bireylerin gerçekçi bir şekilde yaşantılarını değerlendirme ve uyumsuzlukları ayırt edebilme yeteneğini içeren fonksiyonlarda zorlanmalarla karşılaştığında, bireyin OKB belirtileri ve şiddeti artabilmekte kişinin obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının da artış gösterebildiği ifade edilmiştir. Bilişsel esneklik, günlük hayatta OKB'li birey için zorlantılar yada belirsizlikler karşısında başa çıkma yöntemlerine ait bileşenleri de içerdiğinden, obsesyonlar ve/ya kompulsiyonlar karşısında tekrara düşmenin önüne geçebilmek, belirsizliği tolere edebilme ve zorlantılara karşın alternatif ve işlevsel olan tepkiler geliştirebilmekte güçlükle yaşayabilmektedir (Bannon ve ark., 2006; Çetinay Aydın ve Güleç Öyekçin, 2013; Deckersbach ve ark., 2000).

OKB'de bilişsel fonksiyonlar belirtiler ile birlikte başlıca bozulan alanlardan olmaktadır ve yürütücü işlevlerden olan bilişsel esneklik de başında gelenlerdendir (Çetinay Aydın ve Güleç Öyekçin, 2013). Klinik perspektiften bakıldığında ise bilişsel esnekliğin OKB'nin gelişimini açıklamada özellikle faydalı olabileceği söylenebilmektedir. Örneğin, OKB'li bir birey, kanama ve çatlamış eller gibi olumsuz geri bildirimlere rağmen sürekli tekrarlayan el yıkama davranışlarını sergileyebilmektedir. Örum'un OKB'li ve normal bireylerle yaptığı araştırmaya göre OKB'li bireylerin bilişsel hataları normal bireylere göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur (Örum, 2020). OKB'li bireylerde obsesyon ve kompulsiyonlar süreklilik gösterdiği için, bilişsel esneklik konusunda eksiklik yaşamalarına neden olabilmekte ve OKB belirtilerinin devamlılık göstermesine yada artmasına yol açmaktadır (Francazio ve Flessner, 2015; Gillian ve ark., 2016). Bunun nedeni ise Gillian ve arkadaşları (2016) tarafından OKB'de gözlenen bilişsel esneklik yetersizliği sebebi ile OKB ilişkili davranışların alışkanlık kökenli davranışlar sebebi ile olduğu belirtilmektedir.

Bazı çalışmalarda ise OKB'li bireylerin kontrol grubuyla kıyaslandığında bilişsel esneklik görevlerinin bozulmuş bir performans ile sonuçlandığını gösteren bulguların yanı sıra (Bannon ve ark., 2006; Kuelz ve ark., 2004; Lawrence ve ark., 2006; Okasha ve ark., 2000), OKB'li bireylerin kontrol grubu ile benzer bilişsel esneklik performansı sergilediğini gösteren araştırmalara da rastlanmıştır. Francazio ve Flessner'e göre (2015) üniversite öğrencileriyle yürüttükleri araştırmada bilişsel

esnekliğin OKB üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiş ve bilişsel esnekliğin anlamlı bir yordayıcı etki göstermediği görülmüştür. Ayrıca bu araştırmacılara göre bilişsel esnekliği değerlendiren standartlaştırılmış bir yöntemin olmayışı, araştırmalar arası birbiri ile çelişebilen sonuçlara yol açtığı düşünülmektedir.

Bilişsel esneklik ile OKB arasında bağlantı olmasına neden olan faktörleri OKB üzerine yapılan nörogörüntüleme çalışmaları göstermektedir. Araştırmalar bilişsel esneklik testlerindeki başarının, dorsolateral prefrontal korteksler ve frontal-striatal devreler aracılığıyla olduğunu göstermektedir (Britton ve ark., 2010; Snorrason ve ark., 2012). Aynı beyin bölgeleri, OKB’de olası işlev bozukluğu alanları olarak da belirtilmiştir. Örneğin, OKB’li hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, bilişsel esneklik testlerindeki performansın azalmış frontal-striatal devrelerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Britton ve ark., 2010). Bu sebeple OKB ile bilişsel esneklik arasında doğrudan ilişki olduğu tanımlanmıştır. Bilişsel esnekliği artırmaya yönelik bilişsel yönelimli terapiler OKB belirtilerinde ve tedavisinde kullanılan yöntemlerden olmaktadır.

2.8.2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Duygu Düzenleme İlişkisi

Duygusal deneyimlerin farkındalığını, kabulünü ve düzenlenmesini içeren duygu düzenleme, OKB’li bireylerin zorlandığı ve araştırmalara konu edilen başlıca alanlarıdır (Gratz ve Roemer, 2004). OKB’nin belirtilerinin temelinde yatan kaygı, korku gibi yoğun olumsuz duyguları içermesi sebebiyle uzun süreli bu belirtilerin gözlenmesiyle bireyin duygu düzenleme becerilerinin işlevselliğini bozabilmektedir. Örneğin, elini sürekli yıkama kompulsiyonu gösteren birey geçici bir rahatlama sağlamaktadır. Bu durumda, kişinin duygusal deneyimi, obsesyon ve kompulsiyonlar arasındaki döngüde sıkışıp kaldığından, duygusal düzenleme becerisi bozulabilmektedir. Bununla birlikte, OKB’li bireyler genellikle aynı zamanda obsesyonlarının tetiklediği duygusal tepkileri yönetmekte de zorlanabilmekte ve obsesyonlardan kaynaklanan kaygı ve rahatsızlık duygularının kontrol edilmesini ve düzenlenmesini zorlaştırabilmektedir.

Diğer yandan, duygu düzenleme zorlukları olan bireyler, negatif duyguyu azaltmak için uyumsuz davranışlara yönelebilmekte ve sürekli olarak bu davranışlara başvurarak patolojik belirtiler açığa çıkmasına yol açabilmektedir (Aldao ve ark., 2010). Bilişsel modellere göre ruh hali ve duyguların da OKB belirti ve şiddetine

olumsuz yönde etki ettiği öne sürülmektedir. Daha istikrarlı ve uzun süreli olan ruh halleri, duygusal olarak önemli bir durumdan önce gelmektedir ve bu da durumun nasıl değerlendirildiğini doğrudan etkilemektedir. Olumsuz duygular ve ruh hali ise olumsuz değerlendirmeleri artırma eğilimini gösterdiğinden, OKB belirtileri üzerinde işlevsel olmayan güvenlik arayışı davranışlarının kullanımına yol açmaktadır (Thorsen ve ark., 2018; Vatan, 2016).

Ayrıca, OKB'nin altında yatan nörobiyolojik faktörler de duygu düzenlemesi ile ilişkilidir. Araştırmalar, OKB'nin frontal-subkortikal devrelerin işlevinde bozulmalarla ilişkili olduğunu ve bu devrelerin duygu düzenlemenin işleyişinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Schienle ve ark., 2005; Thorsen ve ark., 2018; Van den Heuvel ve ark., 2004). Thorsen ve arkadaşlarının (2018) tedavi almayan 43 OKB hastası, 19 OKB'si olmayan kardeş ve 38 sağlıklı birey ile yürüttüğü araştırmada, duygu düzenleme ile ilişkinin değerlendirilebilmesi için görev verilmiştir. Duygu düzenleme görevi sırasında nötr, korku uyandırıcı ve OKB ile ilişkili görsel uyaranlar kullanılmıştır. Her bir görsel sonrasında katılımcıların kaygı düzeyi değerlendirmeleri alınmış ve katılımcı grupları arasında, görev performansı ve beyin aktivasyonu açısından karşılaştırmalar yapılmıştır. OKB'li bireylerin OKB ile ilişkili duygusal görsel müdahalesi sırasında amigdala ve dorsomedial prefrontal korteks aktivasyonunda daha yüksek düzeyler sergilediği bulunmuştur. Dolayısıyla, OKB'nin nörolojik etkileri, duygu düzenleme mekanizmalarını etkileyerek zorluklara neden olabilmektedir.

Yetişkinlerle yürütülen geniş perspektifli araştırmalarda, hem klinik hem de klinik dışı bireylerde duygu düzenleme zorlukları ile OKB belirti şiddeti arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki görüldüğü raporlanmıştır (Berman ve ark., 2014; Fernandez de la Cruz ve ark., 2013; Stern, Nota, ve ark., 2014). Taşkesen Çapar ve İnözü Mermerkaya'nın (2023) 328 üniversite öğrencisi bireylerle iki aşamalı yürüttüğü deneysel çalışmada, öncelikle bireylerin OKB belirti ve duygu düzenleme güçlükleri düzeyleri ölçülmüş ve sonrasında bir araştırma modeli uygulanmıştır. Bulgular OKB belirti düzeyi yüksek olan grubun düşük gruba kıyasla duygu düzenleme güçlüklerini ölçümleyen tüm alt boyut puanlarında daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşandığını göstermiştir.

Diğer yandan, Vatan'ın (2016) 224 klinik olmayan, 101 OKB'li kişi ile yürüttüğü araştırmada ise duygu düzenlemenin farklı düzeyleri ölçümlenmiş ve gruplar arası farklılıklar değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, duygusal farkındalık ve

duygusal netlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamışken; duygusal tepkiyi kabul etmeme, duygusal sıkıntı yaşadığında amaç yönelimli davranışları sürdürebilme, duygusal sıkıntı yaşadığında dürtü kontrolü, genel olarak duygu düzenleme stratejilerine sınırlılık düzeyleri bakımından OKB'li bireylerin klinik olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olumsuz duygu düzenleme düzeylerine sahip olduğu izlenmiştir (Vatan, 2016). Ayrıca, duygu düzenleme aşamasında dürtü kontrolünün ve uygun bir strateji belirlemenin zorlaşması durumunda, OKB belirtilerinin de artış gösterdiği raporlanmıştır. En önemlisi ise bazı duygu düzenleme becerisi ile ilişkili değişkenlerin OKB alt boyutuna ait belirtileri yordamasının incelendiği araştırma basamağında ise bastırma duygu düzenleme becerisinin saldırganlık ve sayma OKB alt boyutu ve tekrarlayıcı ve ritüelistik davranış alt boyutunun ise yeniden değerlendirme duygu düzenleme becerisi tarafından anlamlı olarak yordandığı bulunmuştur. Berman ve arkadaşlarının 27 genç ile yaptığı çalışmada ise (2018), obsesyonel inançların varlığının ve OKB belirtilerinin işlevsel olan duygu düzenleme becerileri ile ters yönlü; işlevsel olmayan duygu düzenleme becerileri ile pozitif yönlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Bir başka yetişkin olan OKB hastaları ile yürütülen çalışmada ise öz duyarlılık, duygu düzenleme zorlukları, obsesif inançlar ve OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkinin karşılıklı, yordayıcı ve aracı etkiler üzerinden çok yönlü incelenmesi amaçlanmıştır. Bulgularda, duygu düzenleme ve öz duyarlılığın OKB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu ve duygu düzenlemenin öz duyarlılık ve OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide aracı değişken olarak belirlendiği modelde, bahsi geçen ilişki üzerinde anlamlı bir aracı etki gösterdiği raporlanmıştır (Eichholz ve ark., 2020).

Sonuç olarak, OKB belirtileri duygusal tepki ve becerileri olumsuz etkileyebildiği gibi ve OKB mekanizmasının altında yatan nörobiyolojik faktörlerin de duygu düzenleme becerisi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle, OKB tedavisinde duygu düzenlemesi becerilerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi; duygu düzenleme yaklaşımları ve kabul ve farkındalık temelli deneyimlerle birlikte önemli bir odak olarak görülmektedir (Allen ve Barlow, 2009; Blackledge ve Hayes, 2001; Thorsen ve ark., 2018).

2.8.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler

Aracı değişkenler olarak araştırmaya konu edilen benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme değişkenlerinin, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile nasıl ilişkilendiği ve geçmiş araştırmalarda bu ilişkilerin nasıl değerlendirildiği üzerinde durulmuştur.

2.8.3.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Benlik Algısı İlişkisi

Bir bireyin kendisi hakkındaki düşünceleri, inançları ve değerlendirmelerinin bütünü anlamına gelen benlik algısı ile DEHB arasındaki ilişki DEHB'nin doğası gereği kapsadığı belirtiler sebebi ile ön plana çıkmaktadır. DEHB belirtileri olan bireylerin benlik algısı travmada olduğu gibi karşılaşılan güçlükler ve bozulan işlevsellik karşısında düşüş gösterebilmektedir (Aytan, 2010; Kanay, 2006). Bunun nedenin ise sıklıkla DEHB belirtileri göstermeleri sebebiyle çevrelerinden olumsuz geri bildirim almaları ve uyumsuz olarak nitelendirilmelerinin olduğu ve böylece çocuklarda düşük benlik algısına yol açtığı belirtilmiş (Aysev ve Öner, 2002; Soykan Aysev ve Erdoğan Bakar, 2010).

Yabancı literatüre bakıldığında da, DEHB'li bireylerin benlik algısının sağlıklı bireylerden belirgin olarak daha düşük olduğuna işaret ettiği görülmüştür. Gereçeklerine yakından bakıldığında ise yine uyumsuz olarak damgalanmaları, akademik güçlükler göstermeleri ve DEHB belirtilerinin zorlantılarına karşın olumsuz tutumlar görmeleri nedeni kendi benlik algılarını negatif olarak yapılandırılmaları olarak düşünülmüştür (Barber ve ark., 2005; Dumas ve Pelletier, 1999; Slomkowski ve ark., 1995). Diğer yandan, Kanay'ın 9-13 yaşındaki 45 tane çocuk ve velisi ile yürüttüğü araştırmada, DEHB tanısı konmuş ve tanısı olmayan gruplar arasında benlik kavramı açısından anlamlı bir fark olduğu ve DEHB tanısı almış gruptaki bireylerin benlik kavramı puanlarının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (2006). Houck ve arkadaşlarının (2011) yılında 145 çocuk ergen ve anneleriyle tamamladığı araştırmada, bulgular özellikle yaşça daha büyük olan, içselleştirilmiş davranış problemi ve DEHB belirtilerine eşlik eden anksiyete ve depresyon gibi ek psikopatolojik belirtilere sahip olan çocuk ve ergenlerin benlik algılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, DEHB'nin benlik

algısı üzerinde yordayıcılığının incelendiği bu çalışmada DEHB ile benlik algısının anlamlı bir yordayıcı ilişkisinin olduğu dikkat çekmiştir. Bu sebeple benlik algılarının bu risk grubu için özellikle değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Benzer şekilde, Göker'in 2009 yılındaki tez araştırmasında ise DEHB ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi ilişkisi incelenmiştir. Bulgulara göre DEHB belirtileri gösteren çocukların benlik saygısı ve yaşam kalitesi puanlarının DEHB belirtileri göstermeyen çocuklara belirgin olarak düşük olduğu ve DEHB'li bireylerin babalarının lisans mezunu olmasının benlik saygısı düzeyinin babası lisans mezunu olmayanlara göre dört kat fazla seyrettiği görülmektedir (Göker, 2009). Diğer bir çalışmada da, DEHB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada, düşük benlik değeri ve kendine yönelik olumsuz değerlendirme olduğu bulunmuştur (Barkley, 2006). Benzer şekilde, DEHB'li yetişkinlerde düşük benlik saygısı, yetersizlik hissi ve başarısızlık duygusu gibi benlik algısı sorunları gözlemlenmiştir (Barkley, 2012).

Olumsuz benlik algısına sahip olmanın da DEHB belirtileri ve düzeyi üzerinde kötüleştirici bir faktör olabildiği dikkat çekmektedir. Benlik algısı düzeyi yüksek ve olumsuz olan kişilerin DEHB'li bireylerde anksiyete, depresyon ve düşük ruh hali gibi duygusal sorunların ortaya çıkmasına katkıda bulunabildiği ve kendilerine olan güvensizlik ve sürekli eleştirme duygularının duygusal zorluklara yol açabildiği bulunmuştur. Aynı zamanda olumsuz benlik algısı, DEHB'li bireylerin sosyal ilişkilerinde zorluklar yaşamalarına ve onların kendilerini dışlanmış, kabul görmemiş veya anlaşılmamış hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu şekilde hisseden bireylerin DEHB belirtileri ile birlikte yaşadıkları güçlükler böylelikle daha güçleşebilmekte ve DEHB belirtileri şiddetlenebilmektedir (Barber ve ark., 2005; Dumas ve Pelletier, 1999; Ewe, 2019; Gwernan-Jones ve ark., 2016; Slomkowski ve ark., 1995). Benlik algısı ile DEHB belirti ve şiddetinin bir arada değerlendirildiği tüm bu araştırmalardan yola çıkarak, tüm yönüyle karşılıklı ilişkinin DEHB'nin takibi sürecine dahil edilmesinin önemli olacağı düşünülmüştür.

2.8.3.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Sosyal Destek İlişkisi

DEHB'li bireylerin sosyal destek eksikliği, çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Araştırmalar, düşük sosyal destek düzeylerinin DEHB semptomlarının şiddetini artırabileceğini, duygusal problemlere, düşük özsaygıya ve zorluğa yol açabileceğini göstermektedir. Ayrıca, DEHB'li bireylerde sosyal desteğin

eksikliği ile depresyon, anksiyete ve davranışsal problemler gibi farklı ruh sağlığı sorunlarının da gelişme riskinin olabildiği ve akran reddinin, tipik ve DEHB popülasyonlarında uyum açısından önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Burt ve ark., 2008; Mrug ve ark., 2012). Paralel olarak birçok çalışma, DEHB'li bireylerin sosyal destek düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Dışlanma, sosyal izolasyon gibi sosyal etkileşim problemleri yaşayabilen bu bireyler, DEHB belirtileri ile birlikte sosyal desteğin sunduğu imkanlardan yoksun kalabilmekte ve eksiklik sebebiyle bir çok alanda sosyal işlevselliklerinde güçlük yaşayabilmektedirler. Psikopatolojilerle ilişkisine sıklıkla odaklanılan sosyal desteğin, DEHB ile de ilişkisi araştırmalara konu edilmiştir. Mastoras ve arkadaşlarının (2018) farklı DEHB boyutlarına sahip 55 okul çocuğu ile yürüttüğü araştırmada, algılanan sosyal desteğin DEHB'li bireylerin iyi oluşları üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Demaray ve Elliott'un (2001) ilkököl ve ortaoköl öğrencisi olan 94 erkek öğrenci ile tamamladığı çalışmada ise öz değerlendirme, ebeveyn ve öğretmen değerlendirmeleri kullanılmış ve DEHB belirti düzeyine sahip kişiler ve yakınlarının bu kişiler için algıladıkları sosyal destek boyutunu değerlendirmeleri beklenmiştir. Bulgulara göre, öğrencilerden 48 tanesi DEHB belirtileri gösterirken, 46 tanesi DEHB belirtileri olmayan bireyler olarak adlandırılmıştır. Her iki çalışmanın sonuçları yakından incelendiğinde, DEHB belirtileri yüksek düzeyde olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin kontrol gruplarına kıyasla yakın arkadaşlarından, çevrelerindeki insanlardan ve sınıf arkadaşlarından daha düşük düzeyde sosyal destek aldıklarını algıladıkları görülmüştür. Ayrıca, DEHB'li veya sağlıklı çocuk olması fark etmeksizin çocuklar sosyal desteğin önemini benzer şekilde algılamışlardır.

Tüm bunlara ek olarak, akran reddi gibi sosyal ilişkilerdeki olumsuz deneyimlerin, DEHB olan çocuklarda içselleştirme sorunlarına neden olduğu görülmüştür (Mrug ve ark., 2012). Dahası, diğer popülasyonlarda, sosyal destek, akran zorbalığının içselleştirme semptomları üzerindeki etkilerini hafifletmede koruyucu bir rol oynadığı bulunmuştur (Davidson ve Demaray, 2007; Tanigawa ve ark., 2011). Mrug ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu boylamsal çalışmada, psikolojik destek alma sürecine tabi tutulan DEHB'li çocukların arkadaşlıklarında maruz kaldığı akran reddi ve ikili arkadaşlık kurulamamasının, uzun vadeli duygusal ve davranışsal sorunlara, genel anlamda işlevsizliğe katkıda bulunup bulunmadığına ve karşılıklı bir arkadaşlığa sahip olmaya etki etmesi değerlendirilmiştir. 8 yıllık takip çalışması sonucunda, DEHB'li bireylerde hırsızlık, depresif semptomlar, madde kullanımı ve

kaygı bozuklukları gibi genel anlamda işlevsizlikler olduğu raporlanırken; akran reddinin olması bu bireyler üzerinde işlevselliği bozucu bir faktör olarak izlenmiş ancak karşılıklı ikili arkadaşlık kurulması herhangi alanda bir belirleyici olmadığı bulunmuştur.

Öte yandan, sosyal desteğe sahip olmak DEHB'li bireyler için iyi oluşu sağlayan etmenlerden biri olabilmektedir. Araştırmalar, DEHB'li çocuklarda sağlanan sosyal destek düzeyinin, uyum, öz-yeterlilik ve duygusal iyilik hali gibi pozitif sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sosyal destek ağına sahip olmanın, DEHB'li bireylerin zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırıp, stresi azalttığına ve bu bireylerin genel yaşam kalitesini arttırdığına işaret etmektedir (Demaray ve Elliott, 2001; Hoza ve ark., 2005).

Sosyal destek alabilmek boyutunda, DEHB'li bireylerin sorun yaşama nedenlerinden birinin bu bireylerin sosyal ipuçlarını anlamak konusunda güçlük yaşamaları olmaktadır. Sağlıklı bireylerin sosyal ilişkilerde karşısındaki kişilerin mimiklerini, jestlerini anlamak ve ses tonlamalarını fark etmeleri beklenmektedir ancak DEHB'li bireylerin bu alanda güçlükler yaşadıkları bulgulanmıştır. Aynı zamanda etkileşimleri esnasında dürtüsellikleri sebebiyle kendisinin ve diğerlerinin mevcut duygularını tanımakta zorlanmaları da diğer bir etken olarak görülmüştür. Bu sebeple de etkileşimde olası uygun olmayan karşıt tepkiler gösterebilmekte, devamlılık gösteren uzun soluklu arkadaşlıklar edinmemekte ve yaşadıkları uyumsuzluklar nedeni aile ilişkilerinde problemle karşılaşabilmektedirler (Biederman ve ark., 2011; Deault, 2010; Johnston ve Mash, 2001). Ek olarak, DEHB'li çocuklar, semptomlarının neden olduğu eksiklikler ve bozulmalar nedeniyle akran ilişkilerinde ve yetişkin ilişkilerinde birçok stres ve hayal kırıklığına maruz kalırlar (Barkley, 2014).

Ergenlik dönemine bakıldığında ise, gelişim dönemine özgü olarak DEHB belirtilerinde aşırı hareketlilik belirtileri azalma gösterirken, dikkat eksikliği ve dürtüsel davranışlar dönemin de özelliği olarak belirginleşmeye başlamaktadır (Schachar ve Tannock, 2002). Ergenin hayatında DEHB ile birlikte düşük benlik algısı, davranış bozuklukları, agresiflik gibi düşük sosyal ilişkiler de bu dönemde ön plana çıkan sorun alanlarından olmaktadır (Soykan Aysev ve Erdoğan Bakar, 2010). Bu sebeple, birçok psikopatolojik belirtinin izlem çalışmalarında olduğu gibi sosyal destek DEHB için de ön plana çıkan bir sorun alanı olduğu görülmektedir.

2.8.3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Bilişsel Esneklik İlişkisi

Temel yürütücü işlevlerden biri olan ve bir olguyu başka bir açıdan görebilme, bir olgu hakkında düşünme biçimini değiştirebilme ve düşünce/olguları mevcut talepleri ve öncelikleri ön planda tutarak düzenleyebilme becerisi anlamına gelen bilişsel esneklik kavramı (Barkley, 2012; Diamond, 2013), özellikle DEHB belirtileri ve DEHB’li bireyin günlük hayattaki işleyişi üzerinde engelleyici olabilmektedir (Savcı ve ark., 2019). Bilişsel esneklik, dikkati bir görevden diğerine yönlendirme veya olumsuz geribildirim aldıktan sonra davranışları değiştirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır ve DEHB dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmektedir (Rommelse ve ark., 2007; Sergeant ve ark., 2003; Willcutt ve ark., 2005). Bilişsel esnekliğin değişimi, DEHB’nin en önemli değişkenlerinden biri olmakta ve psikopatolojilerle ilişkilendirilmektedir (Schoemaker ve Kalverboer, 1994). Bunun nedenin ise dikkat ve hatırlamanın, bilişsel esneklik için temel faktörler olması ve DEHB’li bireylerde bu alanda temel sorunlar yaşanması sebebiyle işlevsel olmayan bilişsel esnekliğe sahip olduğu varsayılmaktadır. Diğer bir deyişle, bilişsel esnekliğin arkasındaki temel mekanizmanın dikkat eksikliği olduğu ve bu durumun doğru bilgiyi edinme eksikliğine, ardından bilgiyi işleme, belleğe alma ve sonunda hatırlama sorunlarına yol açtığı öne sürülmüştür (Canas ve ark., 2003).

Yürütücü işlevlerin DEHB ile ilişkisine testler ve/ya nörolojik değerlendirmelerle odaklanan birçok çalışma olduğu görülmektedir. Kercood ve arkadaşlarının 55 üniversite öğrencisiyle yürüttüğü çalışmada, DEHB’li öğrencilerin, DEHB’li olmayan akranlarına göre daha az bilişsel esneklik sergilediklerini ve cinsiyete göre bilişsel esneklik düzeyinin farklılaşmadığı bulgulanmıştır (2017). Aynı şekilde, Roshani ve arkadaşlarının 580 üniversite öğrenci ile tamamladığı çalışmada, DEHB’li ve DEHB’li olmayan öğrencilerin bilişsel esneklikleri, uygun risk almaları, tepki verme süreçleri değerlendirilmiştir. Sonuçlar DEHB’li bireylerin bilişsel esneklik bileşenlerinin puanlarının DEHB’li olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede düşük olduğunu, DEHB’lilerin DEHB’li olmayanlara göre uygun risk alma konusunda daha düşük puanlar aldığı ve daha kısa tepki sürelerine sahip olduğunu göstermiştir. Marzocchi ve arkadaşlarının (2008) 7-12 yaşlarındaki DEHB’li, okuma güçlüğü ve sağlıklı 87 bireyle izlediği çalışmada, inhibisyon, görsel çalışma belleği, planlama, bilişsel esneklik ve sözel akıcılık gibi 5 farklı yürütücü işlev alanı değerlendirilmiş ve gruplar arası farklılıklar analiz

edilmiştir. DEHB’li bireylerin bilişsel esneklik, görsel çalışma belleği, planlama ve sözel akıcılık konularında anlamlı düzeyde diğerlerinden fazla eksiklikler gösterdiği bulgulanmıştır.

Aynı zamanda, birçok boylamsal araştırma, çocukluk döneminde ortaya çıkan DEHB belirtilerinin yetişkinlikte de devam edebileceğini ve bu kişilerin genellikle zaman yönetimini alıcı dilini, akademik performansını ve günlük problem çözme becerilerini etkilediğini göstermiştir (Barkley, 1998; Shekim ve ark., 1990). Bu nedenle, Geurts ve ark. (2005) ile Marzocchi ve ark. (2008) tarafından dikkat eksikliği olan çocuklarda belirlenen bilişsel esneklik eksikliklerinin üniversite veya yetişkinlik yıllarına da yayılmasının olası olduğu düşünülmüştür (Cubillo ve ark., 2010; Harpin, 2005).

2.8.3.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme İlişkisi

Duygu düzenleme becerisinin psikopatolojiler ile ilişkiye sahip olduğu gibi DEHB belirtileri ile birlikte duygu düzenleme güçlükleri yaşanabildiği ve patolojik belirtilerin şiddetlendiği, diğer bir deyişle duygu düzenleme güçlüklerinin risk faktörü olabildiği görülmektedir (Batum ve Vatan, 2020; Şan ve ark., 2018; Tull ve Graz, 2008). Aynı zamanda, DEHB’li bireylerin duygu düzenleme becerilerindeki zorlukların, doğrudan DEHB belirtileriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, DEHB belirtileri, duygu düzenleme sorunlarının artmasına katkıda bulunabilmektedir çünkü DEHB’li bireylerin duygu düzenleme konusunda zorlanma toleransları daha düşük olabildiğinden, küçük stres faktörleri bile duygusal düzenlemeyi zorlaştırabilmektedir.

Literatüre bakıldığında duygu düzenleme ile DEHB arasında farklı yaş düzeylerinde araştırmalar yürütüldüğü görülmektedir. 11-17 yaş aralığındaki 100 DEHB’li ve 100 sağlıklı genç ile yürütülmüş araştırmada, DEHB’li gençlerin sağlıklı gençlere göre duygularını düzenlemede genel anlamda daha fazla zorluk yaşarken; negatif duyguları kabul etmeme konusunda, duygusal olarak net olmakta ve etkili duygu düzenleme stratejilerinde daha düşük performans sergiledikleri ancak duygusal farkındalık konusunda anlamlı bir fark göstermedikleri bulunmuştur (Özbaran ve ark., 2018). Yine, Şan ve arkadaşlarının (2018), 11-18 yaşlarındaki sağlıklı ve DEHB’li gençlerle yürüttüğü araştırmada ise iki grup arasındaki duygu tanıma ve düzenleme becerileri değerlendirilmiştir. DEHB’li gençlerin duygu tanıma ve düzenleme

düzeylerinin sağlıklı gençlerle kıyaslandığında anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Bunun yanında, araştırmacılar duygu düzenleme zorluklarının DEHB'nin başlıca özelliği olduğunu düşünmekte ve duygu düzenleme zorluklarının çocukluktan yetişkinliğe kadar olan sosyal işlevsellik bozukluğuna neden olduğunu öne sürmektedir (Barkley ve Fischer, 2010; Bunford ve ark., 2018; Nigg ve ark., 2004; Shaw ve ark., 2014).

Duygu düzenleme zorlukları özellikle DEHB'de klinik görünümü açısından önemli bir başlık olarak araştırmalara konu edilmiştir. Toplumda tarama yapılan araştırmalarda %38 ve hastanede tarama yapılan araştırmalarda ise %24-50 oranında DEHB'li çocuklarda duygu düzenleme zorlukları yaşandığı bulgulanmıştır (Althoff ve ark., 2006; Shaw ve ark., 2014; Stringaris ve Goodman, 2009). DEHB ile duygu düzenleme arasındaki ilişki üzerine birçok teori geliştirilmiştir. Barkley (1997) tarafından DEHB'li bireylerde yürütücü işlevlerde (davranış engelleme, tepki düzenleme vb.) eksiklerin gözlemlendiği ve bu işlevlerin aslında duyguların ve uyarılımların düzenlenmesinde başlıca role sahip olduğunu ve bu alanda sorun olmasının hem DEHB belirtilerini düzenleyebilme hem de duygu düzenleme becerisi işlevsel olarak yürütebilme alanında sorun yarattığını savunulmuştur.

Shaw ve arkadaşlarının yürüttüğü metanaliz çalışmasında ise DEHB ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiler üç kategori altında incelenmiştir. Duygu düzenleme sorunları DEHB'de yaşam boyu izlendiği ve DEHB belirtilerinin bozulmasına katkıda bulunduğu ilk değerlendirme kategorisi olmaktadır. İkincisi kategoride ise DEHB'deki prefrontal kortikal ve striato-amigdala-medial ağ içindeki bozulmalar sebebi duygularda düzensizlik ve duygusal uyarılara yönelme, onları tanıma ve/ya dikkat sürecindeki eksikliklerden kaynaklandığı üzerinde durulmuştur. Son olarak da DEHB belirtilerinin ve duygu düzenleme işlevselliğinin bir arada değerlendirilmesinin ve DEHB belirtileri için yürütülen iyi oluş süreçlerinin, duygu düzenleme alanında yaşanan problemlerin üzerinden gelinmesinde etkin olabildiği ifade edilmiştir (2014). Christiansen ve arkadaşlarının (2019) son zamanlarda DEHB ve duygu düzenleme üzerine yapılmış nörolojik bulgu içeren araştırmaları derlediği çalışmasında ise merkezi ve otonom sinir sistemi uyumlarında, daha genel bir öz düzenleme eksikliğinin yanında DEHB'ye özgü duygusal eksikliklerin varlığı dikkat çekmiştir. Bu eksikliklerin yürütücü işlevlerde genel performans eksiklikleri ve öz düzenlemeye bağlı nöron ağlarındaki yapısal ve fonksiyonel bozulmaları içerdiği, amigdalada alttan

yukarıya duygusal uyarılmanın olduğu ve orbitofrontal kortekse özgü duygu değerlendirilmesi basamağında eksiklikler gözlemlendiği tanımlanmıştır.

Duygu, düşünce, fizyolojik tepki veya davranış sistemlerini düzenlediği gibi, duyguların kendilerini de düzenlemesi anlamına gelebilen duygu düzenleme sisteminin (Gross ve Thompson, 2007), DEHB ile ilişkisinin incelendiği yetişkin araştırmasında ise duygu düzenleme sorunları yaşayan DEHB'li yetişkin bireylerde, depresif belirtilerin ve romantik ilişkilerde bozulmanın varlığını açıklamaya yardımcı olduğunu gösteren geçmiş literatürle tutarlı olarak (Da Fonseca ve ark., 2008; Yuill ve Lyon, 2007), Bodalski ve arkadaşları (2018) duygu düzenleme alanında yaşanan sorunlardan, kaygı belirtilerinin, arkadaşlık kalitesinin ve işlevsel bozukluğun da olumsuz etkilenebileceği bulunmuştur. Aynı zamanda bu sonuçları besleyen olası nedenin ise özellikle 'kaçınma' duygu düzenleme stratejisi olduğu belirlenmiştir. Tüm bunlardan yola çıkarak, duygu düzenleme stratejisi ile DEHB arasındaki ilişkiye odaklanıldığında yalnız ilişkinin karakterinin değil, eş zamanlı beliren diğer patolojik belirtilerin değerlendirilmesinin ve gerekirse nörolojik bulguların izlenmesinin önemli olduğu görülmektedir.

2.9. Travma Türü ile Psikopatoloji İlişkisi

Psikopatolojiler ile biçimlendirici değişken olarak araştırmaya konu edilen travma türleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

2.9.1. Travma ile Türleri Arasındaki Bağlantı

Her travmatik deneyimde olduğu üzere, bu deneyim(ler) sonucunda travma gelişiminde travmatik olayın nasıl anlamlandırıldığı, bireyin farklı alanlarda olayı ne kadar tehdit olarak algıladığı, bu tehdide karşın ne kadar olumsuz ve işlevsel olmayan duygularla ilerlediği, tehdide ne kadar süre ile maruz kaldığı, aldığı destek düzeyi gibi çok çeşitli faktörlerin etken olmasının yanı sıra (Karancı ve ark., 2000; Mehlum ve Weisæth, 2002; Sungur, 1999) travmatik olayın türü de travmanın oluşumu ve şiddeti üzerinde belirleyici olan bir diğer faktördür (Frans ve ark., 2005; Gershuny ve ark., 2008; Perkonigg ve ark., 2000; Zaitlin ve ark., 2004). Travma türlerinin travma ile ilişkili belirtiler gösterilmesi ya da travma deneyimlemenin şiddeti üzerindeki etkisine dair yapılan çalışmalarda literatür verilerinin çeşitli olduğu ve belli başlı travma türlerinin ağırlıklı ön plana çıktığı görülmektedir. Amir ve Sol (1999) ile Darves-

Bornoz ve arkadaşlarının (2008) araştırmalarında tecavüz yada cinsel saldırı travmatik olayları sonrası, TSSB belirtilerinin gelişmesi ve şiddetlenmesi diğerk travma türlerine kıyasla daha yüksek oranda bildirilmiştir.

Gershuny ve arkadaşlarının (2008) 104 kişi ile ilerlettiği, ergen ve yetişkinleri kapsayan çalışmasında ise travma türleri ve travmatik deneyim sayısı ile TSSB şiddetinin ilişkisi incelenmeye alınmıştır. Bulgulara göre, sırası ile TSSB'nin şiddeti üzerindeki en büyük travma türlerinin ensest veya cinsel istismar deneyimi, aile içinde şiddete şahit olma veya deneyimleme, hayatının bir kısmında şiddete şahit olma veya deneyimleme ve doğal afetlere maruz kalma olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, deneyimlenen travmatik yaşantı sayısı artış gösterdikçe, TSSB belirtilerinin şiddetinin de arttığı izlenmiştir. Öte yandan, Bernat ve arkadaşlarının (1998) araştırması ise ölümü gözlemleme, silahlı veya silahsız fiziksel saldırılar, ciddi fiziksel yaralanmalar ve kazalar üzerine yaşanan travmatik deneyimlerinin kadınlara kıyasla erkeklerde anlamlı düzeyde daha fazla yaşadığını ortaya koymuştur. Kadınlarda ise erkeklere kıyasla daha büyük oranda ergenlik ve yetişkinlik döneminde yaşanan cinsel zorlama ve saldırı deneyimleri yaşadığını bildirilmiştir.

Diğerk bir araştırmada, TSSB belirtilerinin gelişiminde fiziksel saldırı, hırsızlık ve çoklu travmaların diğerk yaygın görülen belirleyici travma türleri oldukları, buna karşın trafik kazası geçirme durumunda TSSB belirtilerinin görülme riskinin düşük olduğu bulgulanmıştır (Frans ve ark., 2005). Öte yandan, Bernat ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında, birilerinin ciddi boyutlu yaralanmasına ya da öldürülmesine şahit olması durumunun TSSB belirtilerinin görülme sıklığını arttırdığını ifade edilmiştir. Darves-Bornoz ve arkadaşlarının (2008), yaşam boyu en az bir travmatik olaya maruz kalmış bireyler arasında yaptığı araştırmada, TSSB ile arasında en kuvvetli ilişkiye sahip olduğu belirlenen travma türleri sırasıyla tecavüz, fiziksel şiddet görmek (eşten), cinsel istismar/ihtmal, ölümcül olabilecek hastalığı olan bir çocuğa sahibi olmak ve bakımveren tarafından fiziksel şiddete maruz kalmak olarak bildirilmiştir. Çok kapsamlı olan, 68894 yetişkin ile yürütölen Benjet ve ark. (2016) uluslararası araştırmasında ise 29 farklı türde travmatik deneyimin derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Sonuçlara göre, araştırma katılımcılarının büyük bir çoğunluğu hayatlarında en az 1 türde travmatik yaşantı deneyiminden geçtiğini (%70) ve hatta %30.5'in üzerinde katılımcının ise dört ve üzerinde travmatik yaşantı deneyimi edindiğini bildirmişlerdir. Bunun yanında en yaygın bildirilen bireysel travmatik deneyim türünün dünya genelinde, sevilen birinin beklenmedik ölümü olduğu

görülmüştür. Sonrasında ise sırası ile birinin ciddi boyutta yaralanmasına yada ölümüne şahit olma, soyulma, hayati tehlikeli taşıyan yaralanma/trafik kazası yaşama ve son olarak da yaşamı tehdit eden bir hastalık yaşama olduğu bilgisi verilmiştir. Bu araştırma genelinde ise kolektif şiddete maruz kalınması en az görülen travmatik deneyim olmuştur.

Diğer yandan kişilerarası olan veya olmayan travma türleri arasında karşılaştırmalar yapan araştırmalara odaklanıldığında, farklı türde olumsuz yaşam deneyimlerinin travma ile bağlantılı olabilecek rahatsızlık oranları incelenmiş ve kişilerarası olan travmaların daha rahatsız edici ve rahatsızlıklarla daha ilintili olarak yüksek seyrettiğini göstermiştir (Green ve ark., 2000; Miller ve Brock, 2017; Kessler ve ark., 1995; Resnick ve ark., 1993). Kişilerarası olan travmalar insanlar sebebiyle, insanlarla alakalı olarak meydana gelen travmaları ifade ederken, kişilerarası olmayan travmalar ise insanın neden olmadığı, doğal yolla, insan faktöründen bağımsız olarak gelişen travmalar anlamına gelmektedir (D'Andrea ve ark., 2012). Özetle tecavüz, partner şiddeti gibi insan kaynaklı travmatik yaşam olaylarının kişilerarası saldırı boyutu olan travmaların) TSSB ile ilişkisi, insan faktörünü taşımayan yaşam olaylarına göre (doğal afetler vb.) daha yüksek bulunmuştur (Stein ve ark., 2002).

Özellikle sıklıkla raporlanan motorlu kaza travmatik deneyiminin incelendiği spesifik çalışmalara odaklanıldığında, motorlu araç kazaları geçirmiş travmatik deneyimi olan bireylerle yürütülen araştırmada, kaza sonrası üçüncü ayda %30, altıncı ayda %17 oranında (Zatlin ve ark., 2004), başka bir çalışmada ise travmatik deneyimin üzerinden geçen üçüncü yılda %11 TSSB yaygınlığı olarak saptanmıştır (Mayou ve ark., 2002). Öte yandan, Zatlin ve arkadaşlarının (2004) motor kazası geçirmiş ve ortopedik yaralanmaları olan yetişkin bireyleri incelediği araştırmasında, ortopedik yaralanmaları olan kişilerde TSSB gelişmediğini rapor etmiştir.

Araştırmamızda da ele alındığı üzere, travmatik deneyimleri sınıflandırabilmek için kullanılan büyük ve küçük t travma türleri de bir diğer değerlendirmeye alınan faktör olmuştur. Büyük T travmatik deneyimleri genellikle büyük çapta, insanların yaşamlarında belirgin bir etki bırakan ve yoğun duygusal tepkilerin belirmesine neden olan travmatik deneyimler olarak nitelendirilmektedir. Doğal afetler, savaş, şiddet içeren saldırılar, ciddi kazalar geçirme/shahit olma ve ölüm gibi durumlar Büyük T travmalara örnek oluşturmaktadır. Diğer yandan, küçük t travmalar dışarıdan bakıldığında anlaşılması güç etkileri olan ve herkes için travmatik deneyim olarak adlandırılmayabilecek ancak yine de yoğun duygusal tepkilerin açığa çıkmasına neden

olan olumsuz yaşam deneyimlerine denmektedir. Günlük hayatımızda yaşadığımız kişisel bir başarısızlık, ısrarlı ama küçük olumsuz deneyimler, bir arkadaş ile sürtüşmek, bakım veren ile yaşanan temel bir problem, ihmal veya duygusal istismar gibi olaylar da küçük t travmalara başlıca örnek görülmektedir (Barbash, 2017; Hensley, 2015; Shapiro, 2001). Araştırmalarda, erken dönemde yaşanan olumsuz yaşantıların neden olduğu küçük t travmaların, günümüz problemi ve travma sonrası belirtiler ile şiddeti üzerinde Büyük T travmatik deneyimlerle eşit etkiye sahip olabildiği ve üstüne üstlük daha fazla etkileyebildiği bildirilmiştir (Shapiro, 2001). Erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri bakım veren ile ilişkili bakım, ilgi ve sevgi görme sürecine ait başlıklardan oluşabildiği gibi akranlarınca alay edilme, dışarıda bırakılma vb. deneyimlerle de küçük t travma olarak vücut bulabilmektedir (Hensley, 2015; Shapiro, 2009; Sofuoğlu ve Pur-Karabulut, 2019). En önemlisi ise Büyük T ve küçük t travmatik deneyimlerine odaklanan DeLongis ve arkadaşlarının (1982) araştırmasında, kişi üzerindeki olumsuz etkileri baz alınarak yapılan sınıflamada, sürekli maruz kalınan günlük stresin (küçük t'nin), büyük T travmalara kıyasla çok daha yıpratıcı olabileceği ve bu stresli yaşantıların zamanla birikerek büyük 'T' travmaların insanda yol açabileceği sorunlardan çok daha büyüğüne neden olabileceği şeklinde ifade edilmiştir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında travma türlerinin yaygınlığının incelendiği araştırmalarda ise gelişmiş ola ülkeler arasında en sık beklenmedik bir sevilenin ölümü, motorlu araç kazaları ve saldırıya uğramak olduğu görülürken (Norris, 1992; Breslau ve ark., 1998; Hepp ve ark., 2006; Ogle ve ark., 2014; Wilcox ve ark., 2009); gelişmekte olan, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise sıklıkla yaralanma ve kaza sonucu ölümlerin olduğunu fark edilmiştir (Herbert ve ark., 2011). Bunlara ek olarak, Yen ve arkadaşlarının (2000) psikopatolojiye sahip yetişkin bireylerle yürütülen araştırmada, 10 farklı travmatik yaşam deneyiminin ne sıklıkta görüldüğü ve psikopatolojik belirtiler varlığındaki değişimi araştırma konusu edilmiştir. Tüm gruplar arasında en çok bulgularan travma türleri ciddi boyutlu kaza geçirme ve istenmeyen cinsel temas olduğu raporlanmıştır.

Breslau ve arkadaşlarının (2000) 21-30 yaşlarındaki 1200 kişi ile Amerika'da tamamlanan araştırmada, TSSB'li bireyler ve travmatik deneyim yaşayıp TSSB geliştirmeyen bireyler olarak iki grupta, hayatı tehdit eden kazalar, başkalarının şiddetini gözlemlemek, tecavüz, cinsel taciz, ciddi fiziksel saldırı, kaçırılma, silahla tehdit edilme, sevilen birinin travma yaşaması travma türleri farklılıkları açısından

incelenmiştir. Ciddi fiziksel saldırı hariç, TSSB'li bireylerin, tüm olay türlerinde travmatik deneyim yaşayıp TSSB geliştirmeyen bireylere kıyasla majör depresyon riski en az iki kat daha yüksek bildirilmiş ancak büyük travmalar olarak kategorileştirilebilen hayatı tehdit eden kazalar, başkalarının şiddetini gözlemlemek ve cinsel taciz türlerinde TSSB'li bireyler ve travmatik deneyim yaşayıp TSSB geliştirmeyen bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark göstermiştir.

Ickovics ve ark. (2006) kentlerde yaşayan genç kızlar ile yürüttüğü araştırmada, amaçlanan travmatik olay türlerini tanımlamak, olayın türü ve zamanlamasının travma sonrası büyüme profilleriyle ilişkisini belirlemek ve olay türü ve travma sonrası büyümenin kısa ve uzun vadeli duygusal sıkıntı üzerindeki etkilerini ileriye dönük olarak incelemek olmuştur. Sonuçlara göre, travmatik olayın türünün travma sonrası belirtiler gösterilmesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ek olarak, hamilelik ve annelik olmakla en çok travmatik belirtiler geliştiği ve değer verilen birinin kaybı ile fiziksel tehdit/şiddet görmenin bu travmatik belirtiler gelişmesini takip ettiği; kişilerarası yaşanan sorunların ise en az belirti açığa çıkarıcı tür olduğu bulgulanmıştır.

Ülkemizde yapılan ender araştırmalardan Karancı ve ark. (2009) araştırmasında, Türkiye'de farklı illerden seçilmiş yetişkin 563 bireyin hayatları boyunca deneyimledikleri travmatik olayları belirlemeleri ve diğer çalışmalardan farklı olarak bu travmatik deneyimlerden bireyleri en çok etkileyeni seçmeleri beklenmiştir. Böylelikle, sonuçlardan yola çıkarak ülkemiz genelinde olumsuz etkileyen yaşam olaylarını deneyimleyerek, travmatik olayların kişiler üzerinde farklı etkileri olduğunu ve bireylerin mevcut olumsuz yaşam deneyimlerini nasıl algıladıklarını fark ettirebilmişlerdir. Sonuçlara göre, travma türleri sıklıkla raporlansa da devamında TSSB belirtilerinin varlığından düşük oranda bahsedilebildiği görülmüştür. Örneğin, araştırmada doğal afet yaşadığını söyleyen 272 katılımcı olmasına rağmen sadece 28 katılımcı için TSSB kriterlerinin gözlendiği bulgulanmıştır. En önemlisi, en sık bildirilen travmatik durum doğal afetlere maruz kalmak olurken, bu durumu raporlayanların %50.4'ü en fazla etkileyen travmatik olay (ETO) olarak değerlendirilmiştir. Sevilen ya da yakın birinin ani ölümü de ikinci sık bildirilen travmatik deneyim olmuş ve %45.7'si bu olayın derinden etkilediğini ifade etmiştir. Buna rağmen, aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma durumu ise çok az katılımcı (%1.2) tarafından bildirilse de, bu olay %42.8 oranında ETO olarak ifade edilmiştir. Benzer şekilde, tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma yaşantısı da katılımcıların yalnızca

%1.1'i tarafından raporlanmasına rağmen bu katılımcıların %50'si bu olumsuz yaşantıyı ETO olarak kabul edilmiştir. Özetle, bulgulardan, farklı travmatik olayların kişiler üzerinde farklı etkileri olduğunu ve asıl travmatik etkiyi yaratanın aslında bireylerin bu olayları nasıl algıladığının belirlediği anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak, travmatik yaşam deneyimlerinin insan kaynaklı veya kasıtlı yapılan olaylar olması halinde daha fazla travma sonrası belirtilere yol açma olasılığı olduğu, ancak yine de travmatik olayın bireyler tarafından nasıl algılandığının, olay sırasında verilen tepkilerin ve beden yaşam bütünlüğü ve sağlığına yönelik algılanan tehdidin de travma sonrası belirtiler ve şiddetin seyrini belirlemede önemli olduğu görülmüştür. Bunun yanında, ülkemizde yapılan araştırmaların ise nadir olduğu dikkat çekmiştir.

2.9.2. Travma Türü ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi

OKB'nin görülme nedenleri arasında olumsuz yaşam deneyimlerinden ani değişimler, istismar/ihmaller, ölümler, hastalıklar, kişiler arası ilişkilerde yaşanan problemlerin olduğu görülmüştür (Aker ve Önder, 2013; Alsancak-Bulut ve Barışkın, 2020). Bunun yanında, ne tür travmatik yaşam deneyimlerinin OKB belirtileri üzerinde belirleyici olduğu ise literatüre ender konu edilmektedir. Ayrıca, travmatik deneyimler sonrası özellikle çocukluğunda olumsuz muameleye maruz kalan kişilerde OKB belirtilerinin gözlenmesi, yaşanan olumsuz deneyim(ler) sonrası kendilik ve dünya algısı hakkında olumsuz varsayımlar, sorumlulukta yersiz artış, kontrolünü kaybetme ve güvende hissetmeme ile bağlantılı olarak etkili olabilmektedir (Salkovskis ve ark., 1999; Webb ve Otto Whitmer, 2001). Bu doğrultuda, travmatik deneyimler sonrası OKB belirtilerini inceleyen araştırmalara bakıldığında, yetişkinlerle sınırlı olduğu, çocuk ve gençlerde araştırmalara rastlanmadığı dikkat çekmektedir.

Yetişkinlerle yürütülen ve travma türünün OKB belirtileri ve şiddeti ile ilişkisine odaklanılan De Silva'nın (1999) araştırması öncül araştırmalardan olmaktadır. Travmatik deneyim(ler) sonrası OKB belirtileri göstermeye başlayan ve tanıları konmuş yetişkin OKB'li bireyler ile yürütülen bu seri vaka araştırmasında, cinsel istismara uğramış bir kadının olayı takiben bulaşmaya dair obsesyonlar ile yıkama davranışı eşliğinde kompulsiyonlar geliştirdiği; başka bir bireyin ise bıçaklı

bir soyguna maruz kalma deneyimi sonrası dokunmaya, saymaya ve yıkamaya dair ritüelistik kompulsiyonlar gösterdiği bulunmuştur (De Silva, 1999).

Ek olarak, Gershuny ve arkadaşlarının tamamladığı araştırmada ise kişilerarası yaşanan travmaların hem OKB ve hem de TSSB belirtilerinin şiddeti üzerinde belirleyici bir role sahip olduğunu ve travmanın türü fark etmeksizin ortalama 5.9 ve travma türü ayrıştırıldığında ortalama farklı 2.7 türde travmatik olay deneyimlediği bildirilmiştir (2008). Aynı zamanda, OKB hastalarının sırası ile %48.1 şiddete şahit olma, %46.5 yaşamı tehdit edici büyük bir kaza yaşamış olmak, %28.7 çocuklukta fiziksel şiddet, %26 çocuklukta cinsel istismar, %25.7 yetişkinlikte fiziksel şiddet, %24.8 hırsızlık/gasp, %23.8 doğal afete maruz kalma, %16.3 yetişkinlikte cinsel istismar ve %2 ile savaş türünde travmalar yaşadığı raporlanmıştır (Gershuny ve ark., 2008).

Diğer yandan, bir başka travma türü ile OKB belirti ve şiddeti ilişkisine odaklanan araştırmada ise 265 tanılı OKB hastası bireyde, travmatik yaşam olaylarının belirti ve şiddeti üzerindeki olası etkilerini incelenmiştir. Sonuçlara göre bu bireylerin %54'ü yaşamlarında en az bir kez travmatik yaşam olayı yaşamış olduğunu; bir yada üzerinde travmatik yaşam olayı yaşanmış olmasının da özellikle simetri/düzenleme ve kontrol etme obsesyonu gibi OKB belirtilerindeki şiddeti arttırdığı bulunmuştur. Aynı zamanda korelatif ilişkilere ek olarak, yaş ve başlama yaşı gibi sosyodemografik değişkenler kontrol edildiğinde travma düzeyi toplam skorunun OKB düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı da dikkat çekmiştir (Cromer ve ark., 2007). Lochner ve ark. (2002) tarafından yapılan geniş çaplı bir araştırmada ise, çocukluk çağı travması ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve trikotilomani arasındaki ilişki incelenmiş ve genel olarak çocukluk çağı travmasının ve özellikle duygusal ihmalin, OKB veya trikotilomani hastalarında sağlıklı kontrol grubundakilere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Diğer çalışmalardan farklı olarak, Mathews ve ark. (2007) 938 üniversite öğrencisiyle yapmış olduğu çalışmada, kişilik örüntüleri, çocuk çağı travması (ÇÇT) ve OKB belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgularda, katılımcıların %13-30'u çocukluk çağı travmasına sahip olma kriterlerini karşıladığı ve en sık rapor edilen travma türünün duygusal ihmal olduğu görülmektedir. Ancak OKB belirtileri ile ÇÇT arasında anlamlı ancak zayıf bir ilişki olduğu ve özellikle duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile ilişkilendiği dikkat çekmiştir. Yine literatür bulgularının aksine, Pinciotti ve arkadaşlarının (2021) travma türleri ile OKB belirtileri arasındaki ilişkilerin

anlaşılmasına ihtiyaç duyulduğunu savunan ve klinik tanılı yüksek düzeyde OKB'li olan üniversite öğrencileriyle yürütülen bu araştırmada, geçmiş araştırmaların aksine (Ashbaugh ve ark., 2006; Breslau, 1998; May ve Wisco, 2016; Salkovskis ve ark., 2000), doğrudan deneyimlenen travma türlerinin hiçbirinin OKB belirtilerini ön göremediği ve doğrudan deneyimlenen travma deneyimlerinin daha şiddetli TSSB'ye neden olmadığı görülmüştür. Ek olarak, cinsel istismarın diğer travma türlerinden daha fazla OKB belirtilerinden olan bulaşma ile ilişkilendirildiği bulunmuştur.

Ülkemizde yapılmış araştırmalarda ise OKB ve travma türlerinin ilişkisinin incelendiği çalışmaların ağırlıklı erişkinlerle tamamlandığı ve çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerini ölçümlemeyi amaçlayarak, geriye dönük incelemelerde bulunduğu görülmektedir. Akpınar ve ark., yetişkin OKB'li bireylerle yürüttüğü araştırmada cinsel obsesyonların sıklığına ve OKB ile çocukluk çağı travma türlerinin ilişkisi incelenmiştir. OKB'li bireylerin %15'inde cinsel obsesyonların olduğu ve bu bireylerin çocukluk ya da ergenlik dönemlerinde travmalı bir geçmişe sahip olduğu bulunmuştur. Bu çocukluk travmaları arasında %63.6 ile duygusal istismar, %36.4 ile fiziksel istismar, %27.3 ile fiziksel ve duygusal ihmal ve %18.2 ile cinsel istismar ve ensest görülmüştür. Kısaca, duygusal istismar ve ensest travmalarının, diğer travma türlerinden belirgin olarak yüksek düzeyde cinsel obsesyonlarla seyreden OKB belirtileri ile bağlantılı olduğuna işaret etmektedir.

Korkmaz ve arkadaşlarının (2020) 48 yetişkin OKB'li birey ile yürüttüğü çalışmada kişilerin travmatik yaşantılarına dair deneyimlerinin türleri ve sayısı ve OKB şiddeti ve belirtileri ile ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlara göre 33 kişinin en az bir yada fazlası travmatik deneyime sahip olduğu ve bunların 17'sinde duygusal ihmal, 19'da duygusal istismar, 18'de bedensel istismar, 3'ünde cinsel taciz/cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Demirci'nin (2016) 201 üniversite öğrencisi ile takip ettiği araştırmasında da paralel olarak, çocukluk çağı travma puanları ile OKB arasındaki ilişki göz önünde bulundurulmuştur. OKB belirti düzeyinin çocukluk çağı travma puanı yüksek olan bireylerde, çocukluk çağı travma puanı düşük olan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek ve en önemlisi, duygusal ihmal ve istismar ile cinsel istismar çocukluk çağı travma türleri ne kadar yüksek ise OKB belirti düzeyinin de o kadar yüksek olduğu belirlenmiştir.

Travma ile OKB arasındaki toplam ve alt boyutlar üzerinden yapılan yordayıcı ilişkilerde ise travma ile OKB toplam puanı arasındaki yordayıcı ilişkinin anlamlılık göstermediği fakat travma toplam puanının OKB'nin alt boyutlarını içeren skorların

her birini anlamlı bir şekilde yordadığı bildirilmiştir. Tüm bunlar, travmanın kendisi ile travma türleri arasındaki ilişkide olduğu gibi, OKB belirtileri ile spesifik travma türlerinin de ilişkili olabileceğini ve daha fazla travma türleri ile OKB belirti ve şiddetinin etkileşiminin incelenmeye ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir.

2.9.3. Travma Türü ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Psikopatolojilerin genelinde olduğu gibi, DEHB’li bireylerin gelişimi üzerindeki etkisini daha iyi anlamamıza ve çocukların ruhsal sağlığını arttırabilecek, önleyici müdahaleler geliştirmemize yardımcı olabilecek travmatik deneyimlerin değerlendirilmesi aşamasında, türü bazlı olabilecek değişimlere odaklanılması önem taşımaktadır. Uluslararası literatüre bakıldığında DEHB ile travma türlerinin ilişkisine odaklanan çalışmalara rastlanmaktadır ancak çocuk ve gençlerle tamamlananlar sınırlı olmaktadır. Amerikada farklı etnik kökenlerden gelen 4-17 yaşlarındaki çocuk ergenlerle ilerlenen incelemede, olumsuz çocukluk deneyimleri, çocuk ve ev hane özellikleri ile DEHB tanısı ve şiddeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca, DEHB’li çocukların her çeşit travmatik deneyim türüne sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Sırası ile ebeveyn ayrılması/boşanması, ebeveynin ölümü, ev hapsi, evde şiddete tanık olma, mahallede şiddete tanıklık etme, evde bir bireyin zihinsel rahatsızlığı olması, evde madde kötüye kullanımı olması ve etnik ayrımcılığa uğrama travmatik deneyim türleri DEHB’li hastalarda gözlemlendiği görülmüştür. Düşük veya olmayan DEHB düzeyinde ebeveynin ölümü dışındaki her durum fark ederken; orta ve yüksek düzeyde DEHB düzeyinde ise ebeveynin ayrılması/boşanması, ebeveynin ölümü, etnik ayrımcılığa uğrama dışındaki travmatik deneyim türlerindeki her durumda DEHB belirtileri gözlenme olasılığı anlamlı olarak fark göstermiştir (Crouch ve ark., 2021).

Konstenius ve ark. (2017) yetişkinlerle yürüttüğü araştırmada, madde kullanım bozukluğu sebebiyle tedavi alan kişilerin, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin DEHB varlığı ve sürekliliği üzerindeki rolünü araştırmaktadır. Bulgularda tedavi alan kişilerin %53.5’inde çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin gözlemlendiği ve bunların %14.1’inde DEHB gözlemlendiği görülmüştür. Ayrıca, tekli travma ve çoklu travmalar ayrı ayrı analiz edildiğinde, fiziksel istismar dışındaki tüm çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin türleri DEHB ile ilişkili olmuştur. En önemlisi ise çalışmada yetişkinlik ve çocukluk dönemindeki travmaların DEHB üzerindeki yordayıcılığı

değerlendirilmiş ve belli sosyodemografik özellikler ve psikopatolojilerin varlığı kontrol edildiğinde çocukluk dönemi DEHB'si üzerinde çocukluk çağı travmalarının varlığının anlamlı bir tahmin ediciliği bulunmamışken, yetişkinlik DEHB üzerinde çocukluk çağı travmalarının varlığının anlamlı bir tahmin edici olduğu bildirilmiştir.

Bir diğer araştırmada, travma ve DEHB arasındaki ilişkiye yakından bakarak, DEHB'nin travma veya TSSB gelişmesi ile travma ile ilişkili psikopatoloji gelişmesi riskini artırıp artırmadığını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Boylamsal yürütülen bu çalışmada 260 çocuk ve ergen ile travma yaşamış veya yaşamamış ve DEHB'li veya DEHB'li olmayan olarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Sonuçlara göre DEHB ve DEHB'li olmayan çocuklar arasında travmatik deneyime maruz kalma, maruz kalınan travmatik deneyim türlerinin DEHB'li olup olmamasına göre değişmesinde ve TSSB gelişiminde anlamlı farklar bulunmamıştır. DEHB'li ve DEHB'li olmayan gruplar arası kıyaslamada ise deneyimlenen travma türleri arasında anlamlı farklar bulunamamış ve her iki grup için en yaygın travmalar sırası ile rahatsız edici veya şiddet içeren bir olaya tanıklık etmek, ciddi bir kaza yaşamak, silah tehdidiyle karşı karşıya kalmak ve cinsel istismara uğramak olarak raporlanmıştır (Wozniak ve ark., 1999).

Başka DEHB'li ve DEHB'li olmayan çocuklarla yapılan araştırmada en yaygın travmatik deneyimler ve bu deneyimlerin DEHB'li olan ve olmayan bireyler arasındaki farklılaşması ve ebeveynlerle ilişkilendirilerek özellikleri incelenmiştir. DEHB'li olan ve olmayan bireyler arasında benzer özellikler göstermiş ve en yaygın olan travmatik deneyimlerin sırası ile yakınına yönelik ölüm/yaralanma tehdidi içeren bir durumda olması, kötü bir kaza geçirmesi, birinin ölümünü veya yaralanmasını gözlemlemesi ve sevdiğine yönelik ölüm/yaralanma tehdidi olması olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında, ebeveyn ve öğretmen raporlamasına göre DEHB'li olan bireyler ile DEHB'li olmayan bireylerin DEHB belirti düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunurken; yaşam boyu travmatik deneyime maruz kalma açısından DEHB'li ve DEHB'li olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Schilpzand ve ark., 2018).

Brown ve ark. (2017) araştırmasında ise 4-17 yaşlarındaki çocuk ve gençlerin ebeveyn değerlendirmesine dayanan 76227 kişi ile yapılmış çalışmada, farklı erken dönem olumsuz çocukluk deneyimleri (ACE) ile DEHB'nin varlığı arasındaki ilişki detaylıca incelenmiştir. Ebeveyn raporuna göre DEHB'li olan tüm çocuk ve gençlerin ACE puanları DEHB'li olmayan çocuklarınkine kıyasla anlamlı olarak daha yüksek

seyretmiştir. Travma türlerinden ekonomik zorluklar yaşamak başlıca gözlenen ACE olurken (%37.2-%24.7), devamında sırası ile ebeveyn boşanmasının (%36.-%22.3), aile içi madde kötüye kullanımının olmasının (%22.6-%8.4), aile üyelerinde ruhsal hastalığa sahip olmanın (%19.5- %9.9), mahallede şiddete uğramanın (%20.1-%9.5), ailede hapis cezası alınmış olmanın (%17.0-%6.9) ve ev içi şiddetin (%15.2-%6.4) sık görüldüğü ve bunların DEHB görülme ihtimalini anlamlı olarak tahmin ettiği görülmüştür. Bunlara ek olarak, yordayıcı ilişkilere odaklanıldığında ise ACE puanları 2-4 arasında değişen katılımcıların orta yada yüksek oranda DEHB belirtilerine sahip olma ihtimallerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde yürütülen ender çalışmalardan biri olan Erdoğan ve ark. (2019) araştırmasında ise çocukluk çağı travmaları ve depresyona sahip DEHB'li olan ve olmayan bireylerin psikopatolojilerinin şiddeti araştırılmıştır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar olarak travmatik deneyim türlerini inceleyen araştırmada, duygusal ihmal ve cinsel istismar dışındaki tüm travmatik deneyim puanları, bileşik tip DEHB'li grupta, dikkat eksikliği ağırlıklı DEHB ve hiperaktivite ağırlıklı DEHB gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, depresyona sahip DEHB'li bireylerin duygusal ihmal ve cinsel istismar dışındaki tüm travmatik deneyim tür puanları sadece depresyona sahip bireylerinkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bildirilmiştir.

Diğer bir araştırmada ise 58 yaralanma travması olan yetişkin hastanın, düşük-yüksek enerjili travmalar olarak sınıflandırılarak DEHB belirti ve şiddeti değerlendirilmiştir. Düşük enerjili travmalar, bilek kırıkları, kalça kırıkları veya tendon yırtılmaları gibi yaralanmalara neden olurken, yüksek enerjili travmalar omurga kırıkları ve baş, karın veya göğüs bölgelerini içeren organ travmalarına yol açan yaralanmalar olarak bildirilmiştir. Bulgulara göre kafa travması olan hastalarda DEHB'nin yaygınlığı kontrol grubuna kıyaslandığında fazla olarak, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Travma düzeyleri travma türlerine göre değerlendirildiğinde ise yüksek enerjili travmalara sahip hastaların DEHB düzeyleri, düşük enerjili travmalara sahip bireylerle kıyaslandığında DEHB belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde bulunmuştur. Tüm bunlar ışığında, literatür kısıtlılığına istinaden, travmatik deneyim türleri farklılıklarında DEHB'nin seyri nasıl ilerleyebileceğinin araştırılmasına her gelişim döneminde ihtiyaç olduğu dikkat çekmektedir.

2.10. Travma Sayısı ile Psikopatoloji İlişkisi

Araştırmaya biçimlendirici değişken olarak dahil edilen travma sayısı ile araştırmanın değişkenlerinden olan psikopatolojiler arasındaki ilişkilere odaklanılmakta ve literatürdeki yansımalara değinilmektedir.

2.10.1. Travma ile Travma Sayısı Arasındaki Bağlantı

Travmatik deneyim sonrası belirtilerin aktif olma sürecinde rol oynayan faktörlerden deneyimin kronikleşmesi, kişinin fiziksel alanını ihlal etmesi ve güvenin boşa çıkması gibi faktörler çocuklar ve ergenler tarafından deneyimlenen travmatik deneyim sonrası belirtiler ve onların işlevsellikleri üzerinde risk oluştursa da, sadece daha fazla travmatik olaya maruz kalmanın travma ilişkili çeşitli ve şiddetli belirtilerin ve bozuklukların gelişiminde özellikle etkili olduğu bildirilmiştir (Finkelhor ve ark., 2009). Buna rağmen travmatik deneyim sayısının travma ilişkisi her ne kadar önemli bir bulgu olarak düşünülse de literatür verilerinde bu alanda kısıtlı bilgi olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmaların ise ağırlıklı yetişkinlerle yürütüldüğü dikkat çekmektedir. Miranda ve ark. (1997), 279 kadınla yürüttüğü tarama araştırmasında, travma sayısı ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisine odaklanılmıştır. Bildirilen travma sayısı arttıkça, kişilerin sahip olduğu psikiyatrik bozukluk oranlarının da arttığı ve belirli bir olay eşliğine ulaşıldığında ise bozukluğun varlığında dramatik artışlar yaşandığı görülmüştür. Örneğin, üç ve aşağısında travmatik deneyimi olan kadınların ruh sağlığı bozukluğu oranları %20-38 arasında değişirken, dört ve üzerinde travmatik deneyimi olan kadınların ruh sağlığı bozukluğu oranları %60-100 arasında değiştiği raporlanmıştır. Diğer yandan, Karancı ve Gül'ün (2014) 225 kişi ile yürüttüğü araştırmada ise travmatik yaşantı sayısının TSSB'yi etkilemesi incelenmiş ve yaşantı sayısının TSSB üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı bulunmuştur.

24 ülkeden 68894 yetişkin katılımcı ile uluslararası yürütülen Benjet ve ark. (2015)'nin kapsamlı araştırmasında ise 29 farklı travma türü, ülkeler arası bireylerin travma sayısı ve bu türlerin ülkeler arası yaygınlıkları incelenmiştir. Kapsamlı verilen sonuçlara göre, katılımcıların tamamının %70.4'ü en az bir adet yaşam boyu travmatik olay yaşamıştır. Ülkeler arasında en az bir adet travmatik olay yaşama oranı oldukça farklılık göstermektedir. değişmektedir. Katılımcılarda bir adet travmatik deneyime maruz kalmış olanlar %18.2, iki adet travmatik deneyime maruz kalmış olanlar %12.7'si, üç adet travmatik deneyime maruz kalmış olanlar %9.1'i ve dört ve üzerinde

travmatik deneyime maruz kalmış olanlar ise %30.5'i olmuştur. Bu oranlarda yine ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Perkoingg ve ark. (2000) 14-24 yaşları arasındaki 3021 katılımcı ile tamamladığı çalışmada ise yaşam boyu ve son 12 aydaki travmatik olayların yaygınlığı ve DSM-IV travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte risk faktörleri ve eşlik eden hastalık örüntülerin araştırılması hedeflenmiştir. Bu hususta sonuçlar göstermektedir ki travmatik olayların türü, sayısı ve zamanlaması, tüm travma ile ilgili sonuçlarla ilişkilidir. En önemlisi tüm bu faktörler TSSB'nin gelişiminde başlatıcı faktörler olarak değerlendirilmiştir.

Başka bir araştırmada ise ABD yürütülen bir anket çalışmasında, yaşam boyu travmatik olaylara maruz kaldığını belirten kişilerin ortalama 3.3 travmatik olay ve TSSB'li bireylerin ise ortalama 5.7 travmatik olay yaşadığını bildirmiştir (Sledjeski ve ark., 2008). En önemlisi, yaşam boyu travmaların sayısı, TSSB ve diğer tıbbi olabilecek durumlar arasındaki ilişkide önemli bir karıştırıcı faktör olarak görülmektedir çünkü TSSB'li bireylerin yaşamları boyunca birden fazla travmatik olay yaşama olasılıkları daha yüksek olmakta (Breslau ve ark. 1999; Brewin ve ark., 2000) ve yaşam boyu birden fazla travmatik olayın varlığı, diğer tıbbi olabilecek durumlarla ilişkilendirilmektedir (Cloitre ve ark. 2001; Dong ve ark. 2003, 2004; Felitti ve ark. 1998). Birçok araştırmanın bulguları göstermektedir ki aynı tür olaylar içerisinde veya farklı tür olaylar arasında tekrarlayan travmatik olaylara maruz kalmanın travma ile ilişkili belirtilerin ve düzeylerinin daha yüksek olmasına yönlendirdiği bildirilmiştir (McCauley ve ark., 1997; Follette ve ark., 1996). Örneğin, McCauley ve ark. (1997), çocukluk ve yetişkinlik dönemi cinsel ve fiziksel istismara uğramış 1931 kadının değerlendirildiği tarama çalışmasında, çocukluk dönemi istismarının, yetişkin dönemi istismarına kıyasla kişide daha fazla fiziksel belirti, psikolojik sıkıntı, madde kötüye kullanımı ve intihar girişimleriyle ilişkili olduğunu raporlamışlardır. Bunun yanında, yalnızca yetişkinlik yada çocukluk döneminde istismara maruz kalmış bireylerin, her iki dönemde maruziyet yaşamış bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde mental sağlık ve fiziksel soruna sahip olduğu görülmüştür.

Ülkemizde yürütülen Karancı ve ark. (2009) çalışmasında, travmatik bir olay yaşayan ancak tanısı olmayan, TSSB tanısı alan, travmatik olay yaşamayan gruplar arasında travmatik deneyim sayısı farklılaşmalarına odaklanılmıştır. Bulgularda gruplar arası anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre, TSSB'li tanılı bireylerin travmatik deneyim sayısı ortalamaları, travmatik bir olay yaşayan

ancak tanısı olmayan ve travmatik olay yaşamayan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak, travmatik bir olay yaşayan ancak tanısı olmayan bireylerin travmatik deneyim sayısı, travmatik deneyimi olmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olarak belirlenmiştir.

2.10.2. Travma Sayısı ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi

Tekli veya birden fazla travmaya sahip olmanın, travmatik belirtiler şiddeti üzerinde değişim yaratması gibi, OKB belirti ve düzeyi üzerinde belirleyici olabileceği düşünülmüştür. Travma sayısı ile OKB ilişkisini inceleyen araştırmalara bakıldığında, literatürün kısıtlı veriye sahip olduğu görülmektedir. Korkmaz ve arkadaşlarının (2020) 48 yetişkin OKB'li birey ile yürüttüğü çalışmada kişilerin travmatik yaşantılarına dair deneyimlerinin türleri ve sayısı ve OKB şiddeti ve belirtileri ile ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlara göre 33 kişinin en az bir yada fazlası travmatik deneyime sahip olduğu ve bu travmatik deneyim sayısının artmasıyla OKB'nin başlangıç yaşının erken döneme gittiği bulunmuştur.

Gershuny ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise tedaviye dirençli 104 OKB hastasıyla yapılan çalışmada, OKB belirti ve şiddetinin travma türleri, sayısı ve şiddeti gibi değişkenler ile ilişkisi üzerinde durulmuş ve eş zamanlı psikopatolojik belirtiler değerlendirilmiştir. Bulgularda görüldüğü üzere, hastaların %82 oranında en az bir travma yaşadığı ve öz bildirim dayalı eş zamanlı TSSB belirtilerinin değerlendirilmesinde ise katılımcılardan %46.6'sı TSSB kriterlerini karşılarken; en az bir travma yaşayan katılımcıların %58'i TSSB kriterlerini karşılamıştır. Kısıtlı araştırmalardan yola çıkarak, travmatik deneyimler ve bunların sayısının değerlendirilmesinin OKB belirtileri ve şiddeti üzeri üzerinde belirleyici olabileceği üzerinde durulmuştur.

2.10.3. Travma Sayısı ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Brown ve ark. (2017), 4-17 yaşındaki 76227 çocuk ve genç ile yürüttüğü araştırmada, DEHB'li olan çocuklar ile DEHB'li olmayan çocuklar arasındaki olumsuz çocukluk deneyimleri (ACE) farklılıkları incelenmiştir. DEHB'li olan çocukların, DEHB'li olmayan çocuklara göre her olumsuz yaşam deneyimi türünde ve deneyimlenen olumsuz yaşam olayları sayısı bakımından anlamlı olarak daha yüksek düzeyde ACE puanına sahip olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, ACE puanı 2, 3

ve 4 olan çocukların, orta ve yüksek düzeyde DEHB'ye sahip olma olasılığı daha yüksek gözlenmiştir. New York bölgesinde çoklu travma sebebiyle yatışı olan 63 hasta ile yapılan araştırmada ise ortalama travma sayısı 2.9 bulunmuş ve travmatize olmuş bu hastaların %33'üne ADHD teşhisi konulmuştur (Szymanski ve ark., 2011).

Stresli yaşam olayları ile olumsuz bellek yanlılığının DEHB'li yetişkin bireylerde nasıl gözlendiğini inceleyen Vrijnsen ve ark. (2017)'deki çalışmasında ise katılımcılara 16 yaşından önce, 16 yaşından sonra ve/ya son bir yıl içinde olmak üzere, sorulan 21 olumsuz yaşam olayından hangilerini deneyimlediklerini belirlemeleri istenmiştir. Olumsuz yaşam deneyimi sayısı artış gösterdikçe tüm DEHB ve alt boyutlarının da artış gösterdiği, yani pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahip oldukları görülmüştür. Diğer bir çalışmada ise travmatik deneyim sayısı, türü ve DEHB belirti şiddeti arasındaki ilişkiler derinlemesine incelenmiştir. Travmatik deneyim sayısı ile DEHB belirtilerinin ve şiddetinin seyrine odaklanıldığında, dört ve üzerinde travmatik deneyime sahip olan çocukların, üç ve aşağısında travmatik deneyime sahip olan çocuklara göre DEHB belirtileri gözlenme olasılığının daha yüksek olduğu ve orta düzeyli DEHB'nin, şiddetli düzeyde DEHB olasılığın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Crouch ve ark., 2021). Özetle, literatür verileri ışığında, ülkemizde yapılan çalışmaların nadir olduğu ve genel anlamda travma sayısı ile DEHB belirti düzeyinin etkileşiminin daha fazla incelemeye ihtiyacı olduğu görülmüştür.

2.11. Travmanın Üzerinden Geçen Süre ile Psikopatoloji İlişkisi

Bu bölümde travmanın üzerinden geçen süre, biçimlendirici bir değişken olarak ele alınarak, psikopatoloji üzerindeki etkisine odaklanılacaktır.

2.11.1. Travma ile Travmanın Üzerinden Geçen Süre Arasındaki Bağlantı

Travmatik yaşam deneyiminin gerçekleşmesinin üzerinden geçen süre de, kişinin travmatik deneyimi nasıl ve ne şiddette deneyimlediği hakkında belirleyici olabilmektedir. Çünkü travmatik yaşam deneyimi takiben anlık psikopatolojik belirtiler yada ruhsallıkta yaşanan güçlükler gözlenebildiği gibi, travmatik deneyimin üzerinden uzun bir süre geçmesi ile de bu belirtiler ve güçlükler açığa çıkabilmektedir. Anında gözlenebilen tepkiler, olumsuz deneyim henüz etkisini yeni hissettirdiği için kişi üzerinde daha yoğun olumsuz duygu ve tepkilere neden olabilmektedir. Örneğin, doğal afetler, kazalar veya beklenmeyen kayıplar vb. sonrası yoğun bedensel, duygusal

ve ruhsal belirtiler belirebilmektedir. Bu hususta yapılmış Karancı'nın araştırmasında (2009), travmatik deneyim kısa zaman önce yaşanmış olsa da travma belirtileri üzerinde belirleyici olmadığı görülmüştür. Bunun nedenin ise yaşanan deneyimin taze olmasının, bireyin hala olayla ilgili işleme (baş etme) çabasında olduğunu gösterdiği savunulmuştur. Önceden de belirtildiği üzere, Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının konabilmesi için 6 ay bir süre ile travmatik deneyimi takiben açığa çıkan olumsuz belirtilerin gözlenmesi beklenmektedir. Anında gözlenebilen ve 1 ay süreyle gözlenebilen kısa süreli psikopatolojik belirtilere ise Akut Stres Bozukluğu olarak tanılanmaktadır (APA, 2013).

Aynı zamanda, üzerinden vakit geçmiş olmasına rağmen travmatik deneyim sonrası gecikmiş bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Kişinin travmatik deneyimin üzerinden gelebilmek için kullandığı baş etme stratejilerinin varlığı ile, travmatik deneyimin etkilerini anı anına belirgin olarak görülmemekte ve belirtileri geciktirebilmektedir. Travmanın üzerinden geçen süre ve olumsuz yaşam deneyiminin travmatik olarak dönüşmesi halinde (destek alamama, kaçınma vb. baş etme becerileri veya maddi-manevi kaynaklar sebebi ile) psikopatoloji geliştirme ihtimali artabilmektedir. Bu sebeple birçok çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler travmatik olabilmektedir (Van der Kolk, 2019).

Literatür araştırmalarına bakıldığında ise travmatik deneyimin üzerinden geçen süre ile travma belirtilerinin ve şiddetinin değerlendirildiği araştırmalara nadiren rastlanmaktadır. Wild ve Paivio (2003) yürüttüğü araştırmada, travmatik deneyimin üzerinden geçen süre ve travma şiddetinin değerlendirilmiştir. Bulgularda, son 5 yıl içinde ve daha yakın zamanda çok sayıda travmatik olay yaşamayan ve travmatik olay esnasında yüksek düzeylerde sıkıntı yaşamayan daha fazla travma sonrası gelişen belirtilere neden olduğu görülmüştür. Mayou ve arkadaşları (2002) tarafından 546 motor kazası geçirmiş birey ile yürütülen 3 yıllık boylamsal çalışmada, motorlu taşıt kazasından hemen sonra, 3 ay sonra ve 1 yıl sonra olmak üzere TSSB belirti düzeyi ölçümleri alınmıştır. Öncelikle 3 yıl sonra yapılan takipte, katılımcıların %11'inin kazadan 3 yıl sonra bile TSSB belirtileri yaşadığı görülmüştür. Aynı zamanda, 3 yıllık izlemde sağlık ve maddi durumla ilgili yaşanan problemler gibi ruminasyonun, düşünceleri bastırmanın, öfkeli bilişlerin de sürdürücü psikolojik faktörler olduğu da raporlanmıştır.

Foy ve arkadaşlarının (1996) kapsamlı araştırmasında ise TSSB'ye neden olan etiyolojik faktörler derinlemesine incelenmiş ve travmanın üzerinden geçen sürenin

TSSB şiddeti ile ilişkisi incelenmiştir. Bulgulara göre, ebeveynlerin travma ile ilişkili sıkıntıları ile travmatik deneyime maruz kalma şiddeti ile TSSB şiddeti olumlu yönde anlamlı bir ilişki gösterirken, travmatik deneyime maruz kalmanın üzerinden geçen süre ile TSSB şiddeti negatif yönlü bir ilişki sergilemiştir. Diğer bir deyişle, travmatik deneyime maruz kalmanın üzerinden geçen süre uzadıkça TSSB şiddetinin azaldığı, süre kısaldıkça TSSB şiddetinin arttığı bulunmuştur. Tüm bu veriler ışığında, travmatik deneyim sonrası görülen stres tepkilerinin tanılama sürecinde de fark ettiği gibi, travmayla ilişkilendirilen diğer psikopatolojik belirtilerin de travmatik yaşam deneyiminin üzerinden geçen süreye göre farklılaşmasının olası olduğu düşünülmektedir.

2.11.2. Travmanın Üzerinden Geçen Süre ile Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi

Tıpkı travmatik deneyimler sonrası belirtilerde ve şiddetinde olduğu gibi, benzer psikopatolojik belirtiler gösterebildikleri göz önünde bulundurularak (APA 2013; Gershuny ve ark., 2003; Milad ve ark., 2006; Rauch ve ark., 2006), travmanın üzerinden geçen süre ile OKB arasındaki ilişkinin, travmanın üzerinden geçen süre ve travmatik belirtiler ve şiddeti ilişkisiyle benzerlik göstereceği düşünülmüştür. Ne yazık ki OKB ile travmanın üzerinden geçen sürenin konu edildiği doğrudan yada dolaylı incelenen literatür verilerine bakıldığında herhangi bir bulguya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla, bu çalışmanın amaçlarından bir diğeri de literatürdeki bu karanlığa bir ışık tutmaktır.

2.11.3. Travmanın Üzerinden Geçen Süre ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Tıpkı travmatik deneyimler sonrası belirtilerde ve şiddetinde olduğu gibi, DEHB'li bireylerin travmatik yaşam deneyimleri sonrası belirtiler yaşayan bireyler ile örtüşen psikopatolojik belirtiler sergileyebildiği değerlendirilerek (APA 2013; Çiftçi ve ark., 2021; Çoban ve Tan, 2020; Ford ve ark., 2000; Ünaldı ve Alyanak, 2018), DEHB ile travmanın üzerinden geçen sürenin ilişkisinin, travmatik belirtiler ve şiddeti ile travmanın üzerinden geçen süre arasındaki ilişkiye benzer bir örüntü bulunacağını akla getirmiştir. Öte yandan, DEHB ile travmanın üzerinden geçen sürenin doğrudan yada dolaylı olarak konu edildiği literatür verilerine bakıldığında ise araştırmaların

olmadığı dikkat çekmiştir. Araştırmanın temel amaçlarından biri de bu alanda literatürdeki boşluğun doldurulması ve bütünleşik araştırma modelleri ile travma ve psikopatolojik belirtilerin ilişkilerine farklı boyutlarda odaklanılması olacaktır.

BÖLÜM 3

3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Travmatik deneyimlerin etkisi ile açığa çıkabilen ilişkili DEHB ve OKB belirtilerinin görülebilmesini, bu ilişkilerin düzeyini belirleyen ya da etkileyen unsurları ve bu unsurların bir arada etkisini inceleyen literatür araştırmaları ise oldukça sınırlı gözlemlendiğinden; araştırmanın öncelikli amacı bu ilişkileri ve yordayıcı temelli etkileşimleri inceleyebilmektir.

Bununla birlikte, araştırmanın bir diğer amacı farklı araştırmalarda travma, OKB ve DEHB ile ayrı ayrı ilişkilendirilen ve bunlarla anlamlı ilişkileri ortaya konmuş duygusal, bilişsel ve ruhsal değişkenlerin de araştırmaya dahil edilmesidir. Böylelikle, travmatik deneyim kökenli DEHB ve OKB ilişkisinde aracı ve biçimlendirici etkisi olabilecek değişkenler anlaşılıp; bu değişkenlerin ayrı ayrı incelendiklerinde olduğu gibi, bir arada olduklarında da travmanın DEHB ve OKB üzerindeki yordayıcı ilişkideki etkisi gözlenmiştir. Ayrıca, ergenlerde olumsuz yaşam deneyim(ler)i kökenli DEHB ve OKB ilişkisinde, travmanın DEHB ve OKB üzerindeki etkisi ve literatüre ayrı ayrı konu edilmiş travma, DEHB ve OKB ile ilişkilendirilen ruhsal, duygusal ve bilişsel değişkenlerin aracı ve biçimlendirici etkisi (birey için koruyucu ve/ya risk faktörü olabilecek) farklı ve kapsamlı olarak incelenmiştir.

En önemlisi bu araştırma, çocuklar ve gençler ile yürütülen ve travmatik deneyimlerin OKB ve DEHB belirti ve şiddeti üzerindeki etkisini inceleyen öncül çalışma olmasının yanı sıra; bu ilişki içerisinde koruyucu olan ya da risk oluşturabilecek faktörleri de (aracı ve biçimlendirici değişkenler ile oluşturulmuş)

kompleks modeller üzerinden, farklı boyutlar ile inceleyen ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

Araştırma kapsamında, ilişkilerde duygu düzenleme, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı aracı değişkenler olarak incelenirken; travma türü, travmanın sayısı ve travmanın üzerinden geçen süre ise ilişkilerde biçimlendirici değişkenler olarak araştırmaya konu edilmişlerdir. Tüm bu aracı ve biçimlendirici değişkenlerin varlığında travma ve DEHB ile OKB ilişkilerine odaklanırken, literatürle uyumlu aracı ve biçimlendirici etkilerin bir arada gözlendiğindeki kompleks araştırma modellerinin derinlemesine analizi de bir diğer araştırma amacı ve bu araştırmayı özgün kılan etmendir.

Bu çalışmanın yan amaçları dahilinde betimsel analizlere de yer verilmiş ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerine dair detaylı bilgiler verilmiştir. Söz konusu bu değişkenlerin işlemsel verileri de değerlendirilmiş ve araştırma ölçekleri ile ölçümlenmiş travma, DEHB, OKB, duygu düzenleme beceri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı düzeylerine dair değişkenler ile olan ilişkileri incelenmiştir. Diğer yandan bu araştırmada, literatür araştırmalarına daha önceden konu edilmiş yaş, cinsiyet, ebeveyn eğitim düzeyleri gibi sosyodemografik değişkenlerin incelenmesinin yanı sıra, ilk kez bu araştırma kapsamında incelenen psikolojik destek görme, bu sürecin uzunluğu ve travmatik deneyime sahip olma vb. bazı sosyodemografik verilerin ruh sağlığı ile olan ilişkilerine de odaklanılmıştır.

Araştırmanın amacı obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin varlığında travma ile ilişki ruhsal, duygusal ve bilişsel bileşenlerin önemini ortaya koymak ve DEHB ve OKB ile travma ilişkisinde, travma sebepli koruyucu, biçimlendirici, aracı olan ve risk oluşturan etmenleri değerlendirebilmektir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma ilişkisel bir çalışma olup, 12-18 yaş ergenlerin travma, DEHB, OKB, travma türü ve sayısı, travmanın üzerinden geçen süre, duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel kontrol ve esneklik ve benlik algısı arasındaki ilişkileri ortaya koymak için ilişkisel tarama modeline uygun olarak yürütülecektir. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişimin varlığını ve/veya düzeyini değerlendirmeyi amaçlayan

bir araştırma modelidir (Karasar, 2002). Bu doğrultuda oluşturulan hipotezler aşağıda verilmiştir.

1- Travma düzeyi, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı, DEHB ve OKB belirti düzeyleri birbirleriyle ilişki göstermektedir. Bu doğrultuda geliştirilmiş işlemsel hipotezler şunlardır:

- a) Ergenlerin OKB, DEHB ile travma belirti şiddeti arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- b) Ergenlerin içsel işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyi arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- c) Ergenlerin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- d) Ergenlerin dışsal işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyi arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- e) Ergenlerin dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- f) Ergenlerin algıladığı sosyal destek düzeyi ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- g) Ergenlerin benlik algısı ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyi arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
- h) Ergenlerin bilişsel esnekliği ile OKB, DEHB ve travma belirti düzeyi arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

2- Travma düzeyi, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı değişkenleri; DEHB ve OKB belirti düzeyleri üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir. Bunların ışığında oluşturulmuş işlemsel hipotezler aşağıda verilmiştir:



Şekil 3.1 Yordayıcı İlişki Modeli 1

- a) Travma belirti düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- b) İçsel işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- c) İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- d) Dışsal işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- e) Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- f) Algılanan sosyal destek düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- g) Bilişsel esneklik düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- h) Benlik algısı düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

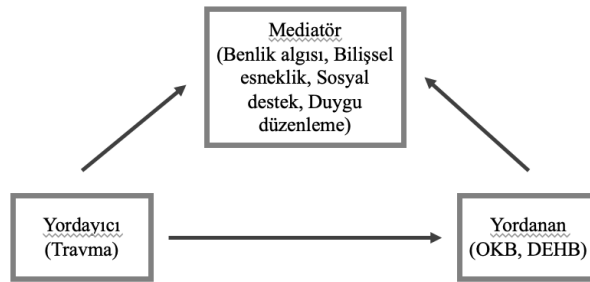


Şekil 3.2 Yordayıcı İlişki Modeli 2

- i) Travma belirti düzeyi, OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- j) Travma belirti düzeyi, içsel işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

- k) Travma belirti düzeyi, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- l) Travma belirti düzeyi, dışsal işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- m) Travma belirti düzeyi, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- n) Travma belirti düzeyi, algılanan sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- o) Travma belirti düzeyi, bilişsel esneklik düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.
- p) Travma belirti düzeyi, benlik algısı düzeyi üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir.

3- Travma düzeyi, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı değişkenleri, OKB ve DEHB belirti düzeylerini etkilemenin yanı sıra birbirleriyle de ilişki içerisindedir. Bununla birlikte, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı değişkenleri, travma düzeyi ile OKB ve DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkilerde aracı (mediatör) görevi üstlenmektedir. Bu doğrultuda geliştirilen işlemsel hipotezler şu şekildedir:

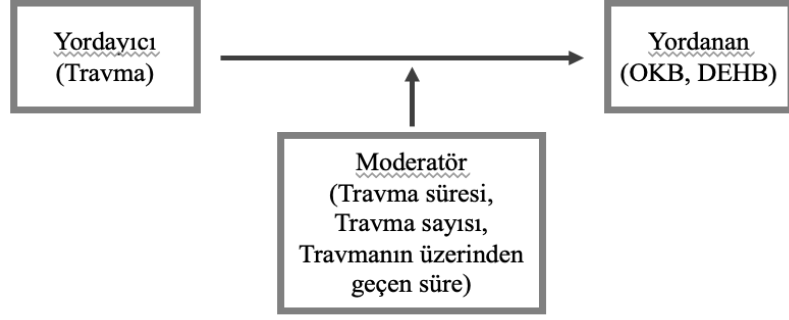


Şekil 3.3 Mediatör Etki Modeli

- a) Ergenlerin travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişki üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısının birlikte anlamlı bir mediatör (aracı) rolü vardır.
- b) Ergenlerin travma ile DEHB belirti düzeyi ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısının birlikte anlamlı bir mediatör (aracı) rolü vardır.

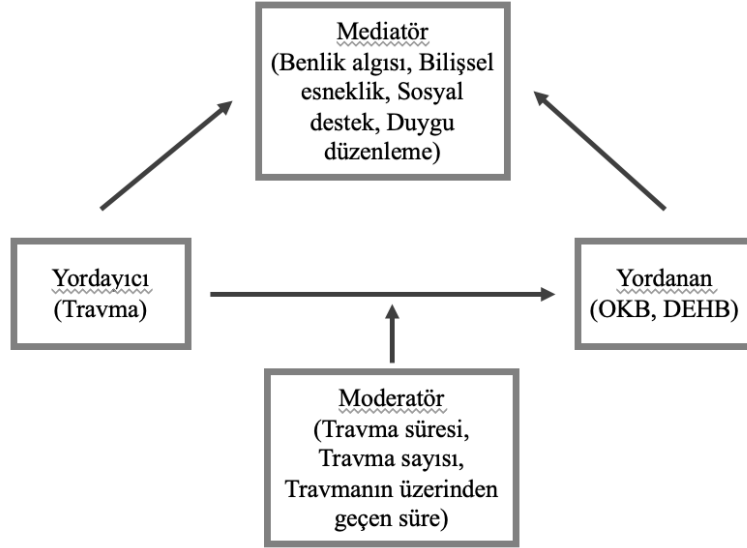
- c) Duygu düzenleme becerileri, travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- d) Algılanan sosyal destek, travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- e) Bilişsel esneklik, travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- f) Benlik algısı, travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- g) Duygu düzenleme becerileri, travma ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- h) Algılanan sosyal destek, travma ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- i) Bilişsel esneklik, travma ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- j) Benlik algısı, travma ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör (aracı) görevi üstlenmektedir.

4- Travma düzeyi, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı değişkenleri, OKB VE DEHB belirti düzeylerini etkilemenin yanı sıra birbirleriyle de ilişki içerisindedir. Bununla birlikte, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı değişkenleri, travma düzeyi ile OKB VE DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkilerde travmatik deneyimin türü, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen süre moderatör (biçimlendirici) görevi üstlenmektedir. Ek olarak, aracı ve biçimlendirici değişkenler, birlikte travma ile OKB ve DEHB ilişkisi üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu doğrultuda geliştirilen işlemsel hipotezler şu şekildedir:



Şekil 3.4 Moderatör Etki Modeli

- a) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisinde travma türünün anlamlı bir biçimlendirici etkisi vardır.
- b) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisinde travma sayısının anlamlı bir biçimlendirici etkisi vardır.
- c) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisinde travmanın üzerinden geçen sürenin anlamlı bir biçimlendirici etkisi vardır.
- d) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisinde travma türünün anlamlı bir biçimlendirici etkisi vardır.
- e) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisinde travma sayısının anlamlı bir biçimlendirici etkisi vardır.
- f) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisinde travmanın üzerinden geçen sürenin anlamlı bir biçimlendirici etkisi vardır.



Şekil 3.5 Bütüncül Araştırma Modeli

- g) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travma türü ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.
- h) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı anlamlı aracı rollere; travma türü ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.
- i) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travma sayısı ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.
- j) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travma sayısı ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.
- k) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travmanın üzerinden geçen süre ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.
- l) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travmanın üzerinden geçen süre ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.

- m) Ergenlerin travma ile OKB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travma türü, travma sayısı ve travmanın üzerinden geçen süre ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.
- n) Ergenlerin travma ile DEHB ilişkisi üzerinde duygu düzenleme becerileri, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı birlikte anlamlı aracı rollere; travma türü, travma sayısı ve travmanın üzerinden geçen süre ise anlamlı bir biçimlendirici etkiye sahiptir.

5- Ergenlerin sahip olduğu benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterecektir. İncelemeye konulacak betimsel ve işlemsel hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

- a) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- b) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin yaşlarına göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- c) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin öğrenim gördüğü sınıf derecelerine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- d) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin annelerinin eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- e) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin babalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- f) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin içinde bulunduğu sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- g) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin psikolojik destek alıp almadıklarına göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.

- h) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin psikolojik destek alma süresinin uzunluğuna göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- i) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin travmaya sahip olup olmadığına göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- j) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin sahip olduğu travmasının (travmalarının) üzerinden geçen süreye göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- k) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin sahip olduğu travma sayısına göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.
- l) Benlik algısı, sosyal destek düzeyi, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerileri, DEHB, OKB ve travma belirti düzeyleri ergenlerin sahip olduğu travma türüne göre anlamlı olarak farklılaşacaktır.

BÖLÜM 4

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Katılımcılar

4.1.1. Katılımcı Verilerinin Toplanması

Araştırma, niteliksel yöntemler kullanılarak, ergenlerin travmatik deneyimlerinin OKB ile DEHB belirtileri üzerindeki etkisini incelemek ve söz konusu ilişkide travma ile ilişkili olan bilişsel, duygusal ve ruhsal değişkenlerin olası biçimlendirici ve aracı rollerini analiz etmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan farklı türdeki (özel-devlet-meslek vb.) sekiz ortaokul ve lisede öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşının 12-18 yaşında olması ölçme kriterleridir. Diğer yandan, katılımcının herhangi bir psikopatolojik tanısının olması ise dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

4.1.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırma katılımcıları, 12-18 yaşlarında ortaokul ve lisede öğrenim gören gençlerden oluşmaktadır. Evrenden örneklem, okullardan rastgele bir şekilde ve 6 ile 12. sınıf düzeyleri arasında öğrenim gören öğrenciler arasından belirlenmiştir. 816 öğrenci çalışmaya katılmıştır ancak 13 katılımcının yaşı hedeflenen araştırma kriterinin dışında olduğu ve 9 katılımcı psikopatolojik tanı aldığı için toplamda 22 katılımcı değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Araştırma 794 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Tablo 4.1’de verilen katılımcıların demografik verileri incelendiğinde, örneklemin (n=794) %51.9’unu kadınların (n=412) ve %48.1’ini erkeklerin (n=382)

oluşturduğu görülmektedir. Yaş dağılımına odaklanıldığında ise katılımcıların ortalama yaşının 14.49 (SD±1.82) olduğu; 12 yaşındakilerin katılımcıların %20.3'ünü (n=161), 13 yaşındakilerin %12.6'sını (n=100), 14 yaşındakilerin %18.1'ini (n=144), 15 yaşındakilerin %16.6'sını (n=132), 16 yaşındakilerin %16.8'ini (n=133), 17 yaşındakilerin %10.6'sını (n=84) ve 18 yaşındakilerin %5'ini (n=40) kapsadığı bulunmuştur. Ek olarak, cinsiyete göre ortalama yaş düzeyine bakıldığında kadınların ortalama yaşının (ort. 14.57, SD±1.87), erkeklerden (ort. 14.40, SD±1.76) yüksek olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı fark edilmiştir. Öte yandan, katılımcıların öğrenim gördüğü sınıf düzeylerine bakıldığında ise %8.7'sinin (n=69) 6. sınıf, %9.9'unun (n=79) 7. sınıfta, %12.3'ünün (n=98) 8. sınıfta, %17.0'sinin (n=135) 9. sınıfta, %17.5'inin (n=139) 10. sınıfta, %22.8'inin (n=181) 11. sınıfta ve %11.7'sinin (n=93) 12. sınıfta olduğu bildirilmiştir.

Örneklemin ebeveynlerinin eğitim durumları incelendiğinde, annelerin %1.5'inin okuma yazma bilmediği (n=12), %2.8'inin sadece okur yazar (n=22), %22.0'sinin ilkokul mezunu (n=175), %20.4'ünün (n=162) ortaokul mezunu, %30.0'unun lise mezunu (n=238), %18.6'sının üniversite mezunu (n=148) ve %4.7'sinin lisans üzeri mezunu (n=37) olduğu bulunmuştur. Babaların eğitim durumlarına bakıldığında ise %0.1'inin okuma yazma bilmediği (n=1), %2.1'inin sadece okur yazar olduğu (n=17), %16.6'sının ilkokul (n=132), %19.9'unun (n=158) ortaokul, %32.1'inin lise mezunu (n=255), %22.7'sinin üniversite (n=180) ve %6.4'ünün lisans üzeri (n=51) eğitim düzeyine sahip olduğu bilinmektedir.

Ayrıca, katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde, 0 ile 4500 TL düzeyi arasında evlerine gelir giren katılımcıların örneklemin %14.2'sini (n=113), 4500 ile 10000 TL arası gelir düzeyindekilerin %43.3'ünü (n=344), 10000 ile 20000 TL arası gelir düzeyindekilerin %22.8'ini (n=181) ve 20000 TL ve üzeri gelir düzeyindekilerin ise %19.6'sını (n=156) oluşturduğu bulunmuştur.

Gençlerden herhangi bir konuda profesyonel bir psikolojik destek alıp almadıklarını değerlendirmeleri istendiğinde, gençlerin %19.3'ünün (n=153) psikolojik destek aldığı, %80.7'sinin (n=641) psikolojik destek almadığı gözlenmiştir. Psikolojik destek alan gençlerin ne kadar süre ile psikolojik destek aldıklarına odaklanıldığında ise %71.9'unun (n=110) 0 ile 6 ay arasında, %13.7'sinin (n=21) 6 ay ile 1 yıl arasında, %8.5'inin (n=13) 1 yıl ile 2 yıl arasında ve %5.9'unun da (n=9) 2 yıldan uzun bir süredir psikolojik destek aldığı belirtilmiştir.

Ek olarak, araştırmanın katılımcılarının olumsuz bir yaşam deneyimine (travmatik deneyim) sahip olup olmadıkları incelendiğinde %63.7'si (n=506) en az bir travmatik deneyim yaşadığını belirtirken, %36.3'ü (n=288) herhangi bir travmatik deneyim yaşamadığını ifade etmiştir. Travmatik yaşam deneyimine sahip katılımcıların, ne kadar süre ile bu deneyim(ler)i yaşadığına bakıldığında ise %20.6'sının (n=104) 0-6 ay öncesi, %16.2'sinin (n=82) 6ay-1 yıl öncesi, %18.6'sının (n=94) 1-2 yıl öncesi ve %44.7'sinin (n=226) 2 yıldan fazla bir zaman önce bu deneyim(ler)i yaşadığı anlaşılmıştır. Bir de, travmatik yaşam deneyimine sahip bu katılımcıların kaç adet olumsuz yaşam deneyimine sahip olduğu gözlemlendiğinde (n=506), 1 adet travmatik deneyimi olanların %48.2'sini (n=244), 2 adet travmatik deneyimi olanların %27.9'unu (n=141), 3 adet travmatik deneyimi olanların %13.8'ini (n=70), 4 adet travmatik deneyimi olanların %5.7'sini (n=5.7) ve 5 adet ve üzeri travmatik deneyimi olanların da %4.3'ünü (n=22) oluşturduğu bulunmuştur. En önemlisi, katılımcıların hangi tür(ler)de travmatik deneyim yaşantıladığına odaklanıldığında (n=959), katılımcılarda en çok beliren ölüm ile ilişkili travma %32.43 (n=311), savaş/politik durumlar/terör konularında travma %2.71 (n=26), doğal ve insan kaynaklı felaket travması %7.41 (n=71), cinsel ihmal veya istismar travması %4.07 (n=39), yetersiz veya bozuk bakım alma ve gelişim süreci gösterme travması %3.34 (n=32), bireyin yaşamını tehdit eden medikal bir rahatsızlık gözlenmesi travması %4.59 (n=44), yaralanma ile ilgili travma %8.87 (n=85), kişilerarası ilişkilerde sorun yaşamaya dair travma %14.70 (n=141), kaçırılma travması %1.25 (n=12), ayrılma ile ilişkili travma %6.89 (n=66) ve okulda yaşanan sorunlar ile ilgili travma ise %13.77 (n=132) olarak raporlanmıştır.

Tablo 4. 1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	Yüzde (%)
Cinsiyet*		
Kadın	412	51.9
Erkek	382	48.1
Yaş*		
12	161	20.3
13	100	12.6
14	144	18.1
15	132	16.6
16	133	16.8

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (devamı)

	17	84	10.6
	18	40	5.0
Sınıf*	6	69	8.7
	7	79	9.9
	8	98	12.3
	9	135	17.0
	10	139	17.5
	11	181	22.8
	12	93	11.7
Anne eğitim*			
Okuma yazma bilmiyor	12		1.5
Okur yazar	22		2.8
İlkokul	175		22.0
Ortaokul	162		20.4
Lise	238		30.0
Üniversite	148		18.6
Lisans üzeri	37		4.7
Baba eğitim*			
Okuma yazma bilmiyor	1		0.1
Okur yazar	17		2.1
İlkokul	132		16.6
Ortaokul	158		19.9
Lise	255		32.1
Üniversite	180		22.7
Lisans üzeri	51		6.4
Sosyoekonomik düzey*			
0-4500 TL	113		14.2
4500-10000 TL	344		43.3
10000-20000 TL	181		22.8
20000 ve üzeri TL	156		19.6
Psikolojik destek alımı*			
Evet	153		19.3
Hayır	641		80.7
Psikolojik destek alım süresi**			
0-6 ay	110		71.9
6 ay- 1 yıl	21		13.7
1 yıl- 2 yıl	13		8.5
2 yıldan fazla	9		5.9
Travmatik deneyim yaşama*			
Evet	506		63.7
Hayır	288		36.3

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (devamı)

Travmatik deneyim yaşama süresi***		
0-6 ay önce	104	20.6
6 ay- 1 yıl önce	82	16.2
1 yıl- 2 yıl önce	94	18.6
2 yıldan fazla bir zaman önce	226	44.7
Travmatik deneyim türü****		
Ölüm	311	32.43
Savaş/Politik durumlar/Terör	26	2.71
Felaket/afet	71	7.41
Cinsel istismar/ihtimal	39	4.07
Yetersiz/bozuk bakım alma	32	3.34
Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	44	4.59
Yaralanma	85	8.87
Kişilerarası ilişkilerde sorun	141	14.70
Kaçırılma	12	1.25
Ayrılma	66	6.89
Okul sorunu	132	13.77

Not: *N= 794. **N=153. ***N=506. ****N=959

4.2. Veri Toplama Araçları

Uygulanan araştırma ölçekleri Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu, DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu, Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu, Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği, Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği, Bilişsel Esneklik Ölçeği, Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği'dir. Ölçeklere dair detaylar sırası ile aşağıda paylaşılmaktadır.

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu

Araştırmacı tarafından, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine erişmek ve mevcut ise travmatik deneyimleri hakkında bilgi almak üzere hazırlanan veri formudur. Formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, kendisi, annesi ve babasının eğitim düzeyleri, ailesinin aylık ortalama sosyoekonomik düzeyi, psikolojik/psikiyatrik destek alıp almadığı, psikolojik/psikiyatrik destek aldığı takdirde süresi, travmatik bir

deneyim yaşıyıp yaşamadığı, travmatik bir deneyim yaşadığı takdirde ne zaman ve ne tür bir deneyim yaşadığına (birden fazla seçim yapabilmekte), dair soruları cevaplamaları beklenmektedir.

4.2.2. DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu

Yalın Sapmaz ve ark. (2017) tarafından uyarlanan travmanın belirti ve şiddetini ölçmeyi amaçlayan Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddeti Ölçeği öz bildirim dayalı ve 5'li Likert tipi (0=Hiç, 4=Aşırı) ölçektir. Türkçe'ye uyarlanan ve orijinal yapısı ile uyumluluk gösteren ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri için iç tutarlılık katsayısı ve Çocuk ve Gençler için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ile test-tekrar test korelasyon katsayısına bakılmıştır. Testin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91 iken, test-tekrar test korelasyon katsayısı $r=0,663$ olarak hesaplanmıştır. Öte yandan, araştırmamız için ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan üzerinden ve tek boyutlu olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması, travma belirti şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

4.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu

Foa ve arkadaşları (2010) tarafından çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif belirti düzeyini belirlemek üzere geliştirilen öz bildirim dayalı ve 5'li likert tipi ölçektir. Seçer (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçeğin uyarlama sürecinde model uyumu için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Şüphe kontrol (5 madde), obsesyon (4 madde), istif-biriktirme (3 madde), temizlik-yıkama (3 madde), düzenlilik (3 madde) ve etkisizleştirme (3 madde) olarak altı alt boyuttan oluşan ölçeğin orijinal formunda sahip olduğu faktör ve madde yapısını Türk örneklem üzerinde koruduğu görülmüştür. Ölçeğin güvenilirliğini belirleyen Cronbach alpha katsayısının .86 ve iki yarı geçerliğinin .82 olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda skorlar toplam maddeler üzerinden değerlendirilmiş ve güvenilirlik Cronbach alpha katsayısının toplam maddeler için .90 olduğu raporlanmıştır. Katılımcılardan her maddeye beşli ölçek (1=asla, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık sık, 5=genellikle) üzerinden yanıt vermeleri beklenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105'tir. Alınan puan arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin yüksek olacağı düşünülmelidir.

4.2.4. Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği

DSM-IV ölçütlerinin anlamları değiştirilmeden soru şekline dönüştürülmesi ile Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş, öz bildirim dayalı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi dışsallaştırılabilen Yıkıcı Davranış Bozukluklarının ölçülmesini amaçlayan değerlendirme aracıdır. Ölçeğin Türkçe formunun çalışması Ercan ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 madde olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Araştırmamızda sadece DEHB belirti ve şiddetini sorgulayan ilk 18 madde kullanılmıştır. Çalışma sonucunda yıkıcı davranım bozuklukları için DSM-IV'ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeğinin alt ölçekler düzeyinde gerçekleştirilen analizleri güvenilir analizi sonucunda tüm ölçek Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0,92, dikkat eksikliği alt boyutu için 0,88, hiperaktivite alt boyutu için 0,95 olarak hesaplanmıştır. Güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0,92, hesaplanmıştır. Araştırmamızda iç tutarlılık değerlendirmesine bakıldığında, dikkat eksikliği alt boyutu Cronbach alfa katsayısı .86, hareketlilik alt boyutu Cronbach alfa katsayısı .85 ve dürtüsellik alt boyutu Cronbach alfa katsayısı ise .66 bulunurken, toplam puan Cronbach alfa katsayısı .88 olarak incelenmiştir. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. DEHB'den söz edebilmek için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az altısının 2 ve üzerinde; hiperaktivite/dürtüsellik varlığı için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az altısının 2 ve üzerinde puanlanmış olması beklenir. Ölçekten alınan puanın artması DEHB belirti düzeyinin de yükseleceği anlamına gelmiştir.

4.2.5. Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği

Şahin ve Erşanlı'nın (2021) geliştirdiği Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği gençlerin benlik algılarını değerlendirebileceği öz bildirim dayalı bir ölçektir. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin 25 maddeden ve 5 faktörden oluştuğu tespit edilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan alınmakla birlikte; genel benlik algısı (5 madde), fiziksel benlik algısı (5 madde), akademik benlik algısı (5 madde), sosyal benlik algısı (5 madde) ve aile benlik algısı (5 madde) olmak üzere beş

alt boyuttan oluşmaktadır. Kapsam geçerliği çalışmasında 96 madde ile yapılmış ve kapsam geçerlik indeksi genel için .64, akademik için .74, fiziksel için .74, sosyal için .74 ve aile için .73 bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları ilk çalışmada genel benlik algısı alt boyutu için .82, fiziksel benlik algısı alt boyutu için .72, akademik benlik algısı için .74, sosyal benlik algısı için .77, aile benlik algısı için .77 olarak hesaplanmıştır. 2, 6 ve 9 aylık toplam puan test-tekrar test güvenilirliğinin ise sırası ile .82, .64, .59 olduğu görülmüştür. Ölçeğin tamamının Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı .91 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda ise ölçeğin tamamı (toplam puan) üzerinden değerlendirme yapılmış ve Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısına bakıldığında .92 olarak bulunmuştur. Ölçek puanlaması çok yanlış (1) ve çok doğru (5) kuralına göre düzenlenmiştir. Ölçekten alınan puan değer yükseldikçe kişinin benlik algısının yüksek olduğu anlamına gelmiştir.

4.2.6. Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği

Dubow ve Ulman (1989) tarafından geliştirilen ölçek, çocukların ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden sosyal desteğe ilişkin aldıkları algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 41 soruluk ve öz bildirim dayalı bir ölçektir. Türkçe uyarlama çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2007). Faktör analiz sonucunda, ölçeğin maddeleri arkadaş desteği (19 madde), aile desteği (12 madde) ve öğretmen desteği (10 madde) olarak üç faktör altında toplanmıştır. Ölçeğin, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı toplam puan için .93; alt boyutları için ise sırasıyla .89, .86 ve .88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar-test ve iki yarım güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda ise Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı toplam skorda .92, arkadaş alt boyutu için .89, aile alt boyutu için .92 ve öğretmen alt boyutu için .83 olarak bulunmuştur. Çocuklar her maddeye beşli ölçek (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman, 5=her zaman) üzerinden yanıt vermelidir. 1., 3., 4., 10., 13., 15., 17., 18., 22., 24., 25., 28., 30., 31., 33., 34., 37., 39. ve 41. maddeler ters kodlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 41 iken, alınabilecek en yüksek puan 205'tir. Alınan puan arttıkça algılanan sosyal desteğin de o kadar yüksek olacağı düşünülmelidir.

4.2.7. Bilişsel Esneklik Ölçeği

Martin ve Rubin (1995) tarafından oluşturulan ve Çelikkaleli (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Bilişsel Esneklik Ölçeği (BEÖ) gençlerin bilişsel esneklik düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yapılan çalışmalarda, 12 maddeli orijinal formundan farklı olarak 11 madden oluşan Türkçe uyarlamasında, orijinal formula benzer olarak tek boyutlu bir yapı olduğu görülmüştür. Çelikkaleli'nin kendi önerisi doğrultusunda araştırmamızda ölçek 12 maddeli olarak uygulanmıştır. Ayrıca güvenilirlik değerlendirmelerine bakıldığında ölçeğin iki yarı güvenilirliği katsayı .77'dir. Test-tekrar test güvenilirlik çalışmasında ise .98 düzeyinde korelasyon elde edilmiştir. Ek olarak, ölçüt dayanıklı geçerlik çalışmasında BEÖ ile Problem Çözme Envanteri alt ölçekleri ve toplam puanları arasında .15, .23 ve .12 düzeyinde anlamlı ilişkiler raporlanmıştır. Ayrıca, ölçme aracının iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı Türkçe uyarlamasında .74 iken, araştırmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .73 olarak bulunmuştur. 6'lı likert tipi bir ölçme aracı olan BEÖ'de ölçek puanlaması kesinlikle katılmıyorum (1) ve kesinlikle katılıyorum (6) arasında yapılabilmektedir. 2., 3., 6. ve 10 maddeler ters kodlanmıştır. Sorulara verilen yanıtlardan alınan puan değerinin artması ile katılımcının bilişsel esnekliğinin arttığı varsayılmıştır.

4.2.8. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği

Ergenlerin işlevsel/işlevsiz olan ve içsel ve dışsal faktörlerden etkilenen duygu düzenleme beceri düzeyini ölçmeyi amaçlayan öz bildirim dayalı ölçek Phillips ve Power (2007) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlama ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları ise Duy ve Yıldız (2014) tarafından yapılmıştır. İçsel işlevsel duygu düzenleme (5 madde), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme (6 madde), dışsal işlevsel duygu düzenleme (5 madde) ve dışsal işlevsel olmayan (5 madde) duygu düzenleme olmak üzere dört alt boyuttan oluşan ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları sırası ile .86, .75, .65 ve .73 olarak bulunmuştur. Araştırmamızın Cronbach Alpha katsayısı ise sırası ile .84, .74, .57 ve .78'dir. Dışsal işlevsel duygu düzenleme alt boyutu orijinal ölçek araştırmasında olduğu gibi, diğer alt boyutlara göre daha düşük güvenilirlik düzeyine sahiptir ve bu araştırmada da kabul edilebilir düzeyde olarak ele alınmıştır (Özdamar, 2017). 19 maddeli orijinal formdan farklılaşarak; Türkçe uyarlaması 1 soru çıkarılarak 18 madde ile tamamlanmıştır. Ölçek puanlaması hiçbir zaman (1) ve her zaman (5) kuralına göre düzenlenmiştir. Alt boyutlar arasında alınan

puan değerinin artması ile katılımcının en çok başvurduğu duygu düzenleme yöntemine daha yüksek başvurduğu anlaşılabilir.

4.3. İşlem

Kesitsel desene sahip olan araştırmanın yürütme aşamalarına bakıldığında, öncelikle araştırmanın etik açıdan uygun olduğuna ve yapılabileceğine dair Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nden 16.06.2022 tarihinde onay verilmiştir (Bkz Ek 11). Hedeflenen rneklemeye ulaşılabilmesi için de İstanbul Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden 05.08.2022 tarihinde gerekli izinler alınmıştır (Bkz Ek 12).

Gerekli izinler alındıktan sonra, uygulamaların yapılabilmesi için araştırmanın yürütülebileceği ortaokul ve liselere gerekli izinlerle başvurulmuş ve yetkilileri izin veren okullarda araştırmanın uygulanması basamaklarına geçilmiştir. Okullar belirlenirken örneklemenin homojen bir dağılım gösterebilmesi gözetilerek İstanbul içerisindeki farklı türdeki okul ve ilçeler arasından seçim yapılmıştır.

Araştırma rneklemeni henüz 18 yaşını doldurmamış bireyler oluşturduğundan, ilk olarak her okula bir gün gidilip araştırma gençlere tanıtılmış ve prosedür açıklanmıştır. Takiben, katılımcıların ebeveynlerinden “Veli Bilgilendirme ve Onay Formu” ile araştırma katılımına dair izin alınabilmesi için öğrencilere form dağıtılmıştır. İkinci aşamada ise bir veya iki gün sonra okullara tekrar gidilerek ölçekleri uygulama aşamasına geçilmiştir. Velisi katılım onayı vermiş olan öğrencilerden araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile bireysel rıza alınmış ve sonrasında araştırma ölçekleri katılımcılara uygulanmıştır. Ölçek sorularını cevaplandırırken katılımcıların aynı koşullarda ölçekleri yanıtlayabilmesi hedeflenmiştir. Uygulama için sadece araştırmaya katılacak öğrencilerin olduğu, okullara ait geniş alanlarda (alışma alanları, konferans salonları gibi), öğrencilerin kendilerini rahat hissedecekleri ve paylaşımlarının kişi özeline gizli kalabileceği bir biçimde uygulamalar yürütülmüştür.

Çalışma sonlandığında, uygulamanın yapıldığı okulların rehberlik servisleri ile, araştırmanın bulgularından yola çıkarak sonuçlar içerisinde dikkat çeken noktalar ve bunların öğrencilerin faydasına olabilecek genel bilgi paylaşımında bulunulmuş ve önerilerde bulunulmuştur.

4.4. Veri Analizi

Araştırmada toplanan verilerin analiz edilmesinde SPSS Process 4.1. ve SPSS Statistic 24 paket programları kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0.5$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir. SPSS programı ile sosyodemografik değişkenler ile ruh sağlığı değişkenleri arasında ilişkilerin değerlendirilmesinin yapılabilmesi amacıyla öncelikle betimsel ve gruplar arası analizlere odaklanılmıştır. İlk olarak, tüm değişkenlerin analizinde Levene Test ile varyansların normal dağılımları değerlendirilmiş ve çarpıklık ile basıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında ve $p > .05$ olması halinde varyansın normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (Kalaycı, 2010). Tüm bunların yanında, çalışmanın ruhsal değişkenleri ve bu değişkenlerin birbirleri arası ilişkisel analizleri için Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın yan amaçları doğrultusunda, sosyodemografik değişkenlere göre ruh sağlığı değişkenlerinden alınan ölçek puanlarının gruplar arası kıyaslamalara odaklanılmıştır. İkili grup kıyaslamaları için Bağımsız Örneklem için T Testi ve ikiden fazla grup kıyaslamaları için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Ayrıca, bu analizler sonucu gruplar arası farklılaşmalar anlamlı bulunduğunda, Post Hoc testleri ile değişkenlerin hangi gruplar arasında daha fazla anlamlı olduğuna bakılmıştır.

Birden fazla bağımlı değişken olan kategorik değişken ile bağımsız değişken olan sürekli değişkenlerin (travma türleri ile ruhsal değişkenler arası ilişkiler) çoklu gruplar arası kıyaslamasının yapılabilmesi ve ruh sağlığı değişkenlerin yordayıcı ilişkilerinin incelenebilmesi adına Çoklu Doğrusal Regresyon Analizlerine başvurulmuştur. Travma türleri ile ruh sağlığı değişkenleri arası yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizinde, travma türlerinin her birinin ruhsal değişkenlerden alınan ölçek toplam puanları üzerinde etki etme düzeyleri raporlandırılmıştır. İlk olarak analizinin gerçekleştirilmesi için doğrusal regresyon analizi koşulları test edilmiştir. Koşullardan biri olan yordanan değişkenin normal dağılımının incelendiği adımda araştırmanın katılımcı sayısı 100'ün üzerinde olduğu için basıklık ve çarpıklık değerleri önemsenmiştir. Bu değerlerin koşulu sağlayabilmesi -3 ile +3 arasında olduğunda yordanan değişkenin normal dağılımlı olduğu kabul edilmiştir. İkinci koşul olarak yordanan değişken ile yordayıcı değişkenlerin her birinin ilişkisinin boyutunun ve anlamlılığının incelendiği adımda Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak ilişkinin düzeyi ve anlamlılığının üzerinde durulmuştur. Yordanan değişken ile sadece hem

anlamli hem de korelasyon katsayı düzeyi .20 ve üzerinde olanlar yordayıcı değişken olarak araştırmaya katılmıştır. Yordayıcı olarak araştırmaya dahil edilen değişkenler ile yordanan değişkenin ilişkisinin doğrusal olup olmadığının incelendiği diğer bir koşulda ise ayrı ayrı her bir yordayıcı değişken ile yordanan değişken arasındaki ilişkinin doğrusal ve eğrisel ilişki katsayıları hesaplanarak ikisinin arasında anlamlı bir fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu farkın incelenebilmesi için Fisher'ın Z testi kullanılmıştır (link: <https://www.psychometrica.de/correlation.html#independent>). Doğrusal ilişki koşulunun sağlanabilmesi için $p > .05$ olması beklenmiştir. Son koşul olan yordayıcı değişkenler arasında çoklu doğrusal ilişki ihlalinin varlığının değerlendirilebilmesi için değişkenlerin VIF ve tolerans (yordayıcı), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin bağımlı değişken (yordanan); algılanan sosyal destek, duygu düzenleme, bilişsel kontrol ve esnekliğin ve değerlerine bakılmıştır. VIF değeri 1.0 ile 10.0 ve tolerans değeri 0.2 ile 1.0 arasında olduğunda çoklu doğrusal ilişki olmadığı varsayılmıştır. Bu koşulları sağlayan tüm değişkenler araştırmaya dahil edilmiştir.

En önemlisi, SPSS Process 4.1. programı kullanılarak aracı ve biçimlendirici değişkenlerin olduğu model incelemeleri yapılmıştır. Kullanılan modeller biçimlendirici etki analizleri için Model 1, aracı etki analizleri için Model 4 ve moderatörlü mediyatör analizleri için ise Model 5 olmuştur. Aracı etki analizleri için Baron ve Kenny adımları takip edilmeyerek, çeşitli ve anlamlı olmayan yordayıcı ilişkilerin incelenmesine de izin veren modern yaklaşımları baz alan inceleme ile değerlendirilmiştir. Böylelikle, tüm yordayıcı ve değişkenlik gösterebilen ilişkilerin etki düzeyleri de görülebilmıştir. Tüm modellerin incelenmesinde, modellerin ve ilişkilerin anlamlılık değerlendirilmesi Bootstrap Güven Aralığı veya Monte Carlo Güven Aralığı testleri kullanılarak yapılmıştır. Yüzdelik yöntem kullanılarak elde edilen %95 güven aralıklı alt ve üst güven aralığı değerlerinin içerisinde 0 değerini kapsamaması kriteri gözetilmiştir. 0 içermesi halinde $p > .05$ olarak yorumlanmıştır. Bootstrap tekniği ile 5000 yeniden örneklem seçeneği belirlenerek analizler icra edilmiştir. Aracı etki analizinde etki büyüklüklerinin yorumlanması ise dolaylı etki düzeyi üzerinden yapılmış ve yaklaşık .01 olması düşük etki, yaklaşık .09 olması orta etki ve yaklaşık .25 yakın veya üzerinde olması ise yüksek etki olarak değerlendirmeye alınmıştır (Gürbüz, 2021).

BÖLÜM 5

5. BULGULAR

5.1. Araştırmaya Konu Edilen Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Kendi Arasındaki ve Sosyodemografik Değişkenler ile Karşılıklı İlişkilerinin Analiz Sonuçları

Araştırmamıza konu edilen travma düzeyi, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı, DEHB ve OKB belirti ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkileri, Tablo 5.1’de verildiği üzere, Pearson Korelasyon Analizi ile ilişkilerin yönleri, düzeyleri ve anlamlılıkları açısından incelenmiştir.

Bulgulara göre, hipotezlerle de uyumlu olarak ergenlerin OKB ile travma belirti düzeyi arasında ($r=.600, p<.001$), DEHB ile travma belirti düzeyi arasında ($r=.461, p<.001$), OKB ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=.474, p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi ile travma belirti düzeyi arasında ($r=.669, p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi ile OKB belirti düzeyi arasında ($r=.570, p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=.417, p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi ile travma belirti düzeyi arasında ($r=.421, p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi ile OKB belirti düzeyi arasında ($r=.320, p<.001$) ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=.450, p<.001$) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir deyişle, bahsi geçen birbiriyle ilişkilendirilen ruh sağlığı değişkenlerden birinin düzeyi arttıkça, diğer bir değişkenin düzeyi de anlamlı bir şekilde artış göstermiştir. Ek olarak, dışsal işlevsel olan duygu düzenleme becerisi ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişki ise ($r=.099, p<.001$) anlamlı ancak oluşturulan hipotezde savunulanan aksine zayıf ve pozitif yönlü bir ilişki

göstermiştir. Yani, DEHB belirtileri artış gösterdikçe, dışsal işlevsel olan duygu düzenleme becerileri de artışa geçmiştir.

Diğer yandan, yine araştırma hipotezleriyle de uyumlu olarak, ergenlerin içsel işlevsel olan duygu düzenleme becerisi ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=-.159$, $p<.001$), algılanan sosyal destek ile travma belirti düzeyi arasında ($r=-.472$, $p<.001$), algılanan sosyal destek ile OKB belirti düzeyi arasında ($r=-.430$, $p<.001$), algılanan sosyal destek ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=-.419$, $p<.001$), benlik algısı ile travma belirti düzeyi arasında ($r=-.377$, $p<.001$), benlik algısı ile OKB belirti düzeyi arasında ($r=-.332$, $p<.001$), benlik algısı ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=-.324$, $p<.001$), bilişsel esneklik ile travma belirti düzeyi arasında ($r=-.262$, $p<.001$), bilişsel esneklik ile OKB belirti düzeyi arasında ($r=-.264$, $p<.001$) ve bilişsel esneklik ile DEHB belirti düzeyi arasında ($r=-.236$, $p<.001$) ise anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır. Kısaca, ilişkilerine odaklanılan ruh sağlığı değişken ikililerinden birinin düzeyi artış gösterdikçe, ilişkide olan diğer ruh sağlığı değişkeninin düzeyinin azaldığı bulunmuştur.

İlişkisel analizlerde, Tablo 5.1. incelendiğinde değişkenler arası anlamlı olduğu görülen başka ilişkilere rastlanmamıştır ($p>.05$).

Diğer taraftan, ruh sağlığı değişkenlerinin sosyodemografik veriler ile olan ilişkileri incelenmiştir. Tablo 5.3'te yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, gelir, psikolojik destek alıp almamış olmak ve psikolojik destek alındıysa alınan sürenin, ruh sağlığı değişkenleri olan travma belirti düzeyi, DEHB belirti düzeyi, OKB belirti düzeyi, duygu düzenleme, sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı düzeyi ile karşılıklı ilişkileri verilmiştir.

Tablo 5.1 Pearson Korelasyonuna Göre Ruh Sağlığı Değişkenleri Arası İlişkiler

Değişken	Travma	DEHB	BA	SD	BE	DD- içsel	DD- içsiz	DD- dışsel	DD- dışsiz
Travma									
OKB	.600*								
DEHB	.461*	.474*							
Benlik algısı (BA)	-.377*	-.332*	-.324*						
Sosyal Destek (SD)	-.472*	-.430*	-.419*	.754*					
Bilişsel Esmeklilik (BE)	-.262*	-.264*	-.236*	.504*	.443*				
Duygu düzenleme-İç işlevsel (DD-içsel)	-.051	-.053	-.159*	.341*	.280*	.388*			
Duygu düzenleme-İç işlevsiz (DD-içsiz)	.669*	.570*	.417*	-.526*	-.530*	-.334*	-.052		
Duygu düzenleme-Dış işlevsel (DD- dışsel)	.056	.049	.099*	.307*	.249*	.208*	.328*	-.047	
Duygu düzenleme-Dış işlevsiz (DD- dışsiz)	.421*	.320*	.450*	-.262*	-.397*	-.204*	-.273*	.403*	-.032

Not: * $p < .01$. N=794.

Sosyodemografik değişkenler ile ruh sağlığı değişkenleri arasındaki karşılıklı ilişkilere bakıldığında, yaş ile bilişsel esnekliğin ($r=.094, p<.01$), içsel işlevsel duygu düzenlemenin ($r=.071, p<.05$) ve dış işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($r=.070, p<.05$) anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Diğer bir deyiş ile, yaş düzeyi arttıkça anlamlı ilişkiler gösteren değişkenlerin düzeyi de anlamlı bir şekilde artmıştır. Ayrıca, cinsiyet değişkeni ile olan karşılıklı ilişkilere odaklanıldığında, travma belirti düzeyinin ($r=.221, p<.01$), OKB belirti düzeyinin ($r=.118, p<.01$) ve dış işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($r=.264, p<.01$) yaş düzeyi ile anlamlı ve pozitif yönlü bir karşılıklı ilişki gösterdiği bulunmuştur. Yine cinsiyetin, benlik algısıyla ($r=-.151, p<.01$), algılanan sosyal destekle ($r=-.126, p<.01$) ve bilişsel esneklikle ($r=-.153, p<.01$) anlamlı ancak negatif yönlü bir ilişki gösterdiği söylenebilmektedir. Sınıf düzeyinin gösterdiği ilişkilere bakıldığında ise, sınıf düzeyi ile benlik algısının ($r=-.088, p<.05$) ve algılanan sosyal desteğin ($r=-.080, p<.05$) anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki gösterdiği görülmüştür. Yani öğrenim görülen sınıf düzeyi artış gösterdikçe, benlik algısı ve algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığı ifade edilebilmektedir.

Ek olarak, sınıf düzeyinin bilişsel esneklik ($r=.107, p<.01$) ve yaş ($r=.936, p<.01$) ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Sınıf düzeyinin artmasıyla bilişsel esneklik ve yaş artış göstermiştir. Diğer yandan, anne eğitim düzeyi, ruh sağlığı değişkenlerinden yalnız algılanan sosyal destek düzeyi ile anlamlı ve olumlu yönde ilişki sergilemiştir ($r=.073, p<.05$). Baba eğitim düzeyi ise benlik algısı ($r=.096, p<.01$), algılanan sosyal destek ($r=.073, p<.05$) ve iç işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi ($r=.104, p<.01$) ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki göstermiştir. Ek olarak, gelir düzeyi ile ruh sağlığı değişkenleri ilişkisine yakından bakıldığında, gelir düzeyi ile benlik algısı ($r=.096, p<.01$), algılanan sosyal destek ($r=.087, p<.05$) ve iç işlevsel olan duygu düzenleme düzeyi ($r=.118, p<.01$) anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki göstermiştir. Diğer adıyla, anne-baba eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça, ruh sağlığı değişkenleri de artarak değişimler göstermektedirler.

En önemlisi, psikolojik destek alma durumu ile ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkilerine odaklanıldığında, psikolojik destek alma durumunun travma ($r=.220, p<.01$), OKB ($r=.144, p<.01$), DEHB ($r=.167, p<.01$), iç işlevsel olmayan duygu düzenleme ($r=.173, p<.01$) ve dış işlevsel olmayan duygu düzenleme ($r=.239, p<.01$) düzeyi ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki gösterdiği izlenmiştir. Yine psikolojik

destek alma durumunun, benlik algısı ($r=-.145, p<.01$), algılanan sosyal destek ($r=-.207, p<.01$) ve bilişsel esneklik ($r=-.128, p<.01$) düzeyi ile ise anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki gösterdiği görülmektedir. Psikolojik destek alan kişilerin psikolojik destek alma süreçlerinin ruh sağlığı değişkenleri ile olan ilişkisinde ise, yalnız algılanan sosyal destek düzeyinin anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir ($r=-.169, p<.05$). Diğer ilişki analizlerinde ise değişkenler arası anlamlı olduğu görülen başka ilişkilere rastlanmamıştır ($p>.05$) (bkz. Tablo 5.3).

5.2. Araştırmaya Konu Edilen Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki Yordayıcı İlişkilere Dair Bulgular

Bu bölümde, araştırmada farklı yönlerden ilişkilerine odaklanılan ruh sağlığı değişkenleri arasındaki tahmin edici (yordayıcı) ilişkilere ait bulgular listelenmiştir. Travma ve OKB ile cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu anlamlı bir korelasyon gösterdiğinden yordayıcı ilişkilerde kontrol edilmesi gereken bir değişken olarak değerlendirilmiştir. Travma ve DEHB ilişkilerinde ise yalnız psikolojik destek alma durumu anlamlı bir korelasyon gösterdiğinden yordayıcı ilişkilerde kontrol değişkeni olarak atanmıştır. Tablo 5.2’de belirtildiği üzere, travma ile OKB arasındaki yordayıcı ilişkiye bakılmıştır. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travma belirti düzeyinin OKB için anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=.601, F(3,790)=148.428, p=.000$) ve OKB’nin varyansının yaklaşık %36’sının travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=1.137, R^2=.360, p<.05$).

Tablo 5.2 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.036	3.879	1.114	.122	14.571	3.482	.001
Psides		5.956	1.411	.147		4.221	.000
Cinsiyet	.325	-.482	.933	-.015	148.428	-.517	.606
Psides		.472	1.182	.012		.399	.690
Travma		1.137	.057	.601		21.111	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Tablo 5.3 Pearson Korelasyonuna Göre Sosyodemografik Değişkenler ile Psikopatolojik Belirti Düzeyleri Arası İlişkiler

Değişken	Tavma	OKB	DEHB	BA	SD	BE	DD-ışsel	DD-ışsız	DD-dışsel	DD-dışsız	Yaş	Cinsiyet	Sınıf	Anne	Baba	Gelir	Psike sür
Tavma																	
OKB	.600**																
DEHB	.461**	.474**															
Benlik algısı (BA)	-.377**	-.332**	-.324**														
Sosyal Destek (SD)	-.472**	-.430**	-.419**	.754**													
Bilişsel Esneklik (BE)	-.262**	-.264**	-.236**	.504**	.443**												
Duygu düzenleme-İç işlevsel (DD-ışsel)	-.051	-.053	-.159**	.341**	.280**	.388**											
Duygu düzenleme-İç işlevsiz (DD-ışsız)	.669**	.570**	.417**	-.526**	-.530**	-.334**	-.052										
Duygu düzenleme-Dış işlevsel (DD-dışsel)	.056	.049	.099**	.307**	.249**	.208**	.328**	-.047									
Duygu düzenleme-Dış işlevsiz (DD-dışsız)	.421**	.320**	.450**	-.262**	-.397**	-.204**	-.273**	.403**	-.032								
Yaş	.040	-.012	.049	-.062	-.064	.094**	.071*	.044	-.007	.070*							
Cinsiyet	.221**	.118**	.026	-.151**	-.126**	-.153**	.026	.264**	.013	.022	.048						
Sınıf	.046	-.021	.048	-.088*	-.080*	.107**	.067	.058	-.016	.055	.936**	.049					
Anne eğitim (anne)	.002	-.006	.063	.059	.073*	.050	.010	-.007	-.005	.007	-.113**	-.113**	-.129**				
Baba eğitim (baba)	.019	-.039	.018	.096**	.073*	.064	.104**	.004	.025	.018	-.032	-.074*	-.062	.592**			
Gelir düzeyi (gelir)	-.033	.000	-.014	.096**	.087*	.118**	.037	-.064	-.010	.040	.062	-.213**	-.079*	.298**	.261**		
Psikolojik destek alma (psides)	.220**	.144**	.167**	-.145**	-.207**	-.128**	-.004	.173**	-.004	.239**	.081*	-.028	.079*	.036	.080*	.042	
Psikolojik destek alın süresi (psisüre)	.123	.146	.147	-.099	-.169*	-.111	-.011	.102	.030	.063	-.171*	.070	-.198*	-.054	-.069	-.005	-

Not: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, $N = 794$.

Travma belirti düzeyi ile DEHB arasındaki yordayıcı ilişkiye de bakılmıştır. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travmanın DEHB için de anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=.446$, $F(2,791)=109.597$, $p=.000$) ve DEHB'nin varyansının yaklaşık %22'sinin travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=.553$, $R^2=.217$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.4).

Tablo 5.4 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.028	4.426	.929	.167	22.724	4.767	.000
Psides	.189	1.832	.855	.069	109.597	2.144	.032
Travma		.553	.040	.446		13.821	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Ayrıca, Tablo 5.5'te belirtildiği üzere, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ile OKB arasındaki yordayıcı ilişkiye odaklanılmıştır. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyinin OKB belirti düzeyi için anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=.570$, $F(3,790)=128.221$, $p=.000$) ve OKB'nin varyansının yaklaşık %33'ünün içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=1.971$, $R^2=.328$, $p<.05$).

Tablo 5.5 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.036	3.879	1.114	.122	14.571	3.482	.001
Psides		5.956	1.411	.147		4.221	.000
Cinsiyet	.292	-1.014	.967	-.032	128.221	-1.048	.295
Psides		1.791	1.200	.044		1.492	.136
İçsel işlevsel olmayan DD		1.971	.106	.570		18.518	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ile DEHB arasındaki yordayıcı ilişkiye de odaklanılmıştır. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyinin DEHB için de anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=.400$, $F(2,791)=88.482$, $p=.000$) ve DEHB'nin varyansının yaklaşık %18'inin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=.906$, $R^2=.183$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.6).

Tablo 5.6 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.028	4.426	.929	.167	22.724	4.767	.000
Psides		2.591	.865	.098		2.996	.003
İçsel işlevsel olmayan DD	.155	.906	.074	.400	88.482	12.246	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Öte yandan, Tablo 5.7'de bulgular olduğu gibi, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi ile OKB belirti düzeyinin yordayıcı ilişkisi incelenmiştir. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyinin OKB için anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=.299$, $F(3,790)=35.853$ $p=.000$) ve OKB'nin varyansının yaklaşık %12'sinin dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=1.151$, $R^2=.120$, $p<.05$).

Tablo 5.7 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.036	3.879	1.114	.122	14.571	3.482	.001
Psides		5.956	1.411	.147		4.221	.000
Cinsiyet	.084	3.605	1.065	.113	35.853	3.384	.001
Psides		3.056	1.389	.076		2.199	.028
Dışsal işlevsel olmayan DD		1.151	.132	.299		8.699	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma.

Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi ile DEHB belirti düzeyinin yordayıcı ilişkisi de incelenmiştir. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyinin DEHB için de anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=.434$, $F(2,791)=102.492$, $p=.000$) ve DEHB'nin varyansının yaklaşık %21'inin dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=1.097$, $R^2=.206$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.8).

Tablo 5.8 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Becerisi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.028	4.426	.929	.167	22.724	4.767	.000
Psides		1.672	.865	.063		1.933	.054
Dışsal işlevsel olmayan DD	.178	1.097	.082	.434	102.492	13.312	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma.

Ek olarak, Tablo 5.9'da verildiği üzere, algılanan sosyal destek düzeyi ile OKB belirti düzeyinin yordayıcı ilişkisi incelenmiştir. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, algılanan sosyal destek düzeyinin OKB için anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=-.409$, $F(3,790)=62.898$, $p=.000$) ve OKB'nin varyansının yaklaşık %19'unun algılanan sosyal destek düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.282$, $R^2=.193$, $p<.05$).

Tablo 5.9 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.036	3.879	1.114	.122	14.571	3.482	.001
Psides		5.956	1.411	.147		4.221	.000
Cinsiyet		2.155	1.029	.068		2.094	.037
Psides	.157	2.476	1.322	.061	62.898	1.874	.061
Sosyal destek		-.282	.023	-.409		-12.406	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Algılanan sosyal destek düzeyi ile DEHB belirti düzeyinin yordayıcı ilişkisi de incelenmiştir. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, algılanan sosyal destek düzeyinin DEHB için de anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=-.401$, $F(2,791)=87.942$, $p=.000$) ve DEHB'nin varyansının yaklaşık %18'inin algılanan sosyal destek düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.181$, $R^2=.182$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.10).

Tablo 5.10 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.028	4.426	.929	.167	22.724	4.767	.000
Psides		2.227	.871	.084		2.556	.011
Sosyal destek	.154	-.181	.015	-.401	87.942	-12.203	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Bir de, Tablo 5.11'de görüldüğü gibi, bilişsel esneklik düzeyi ile OKB belirti düzeyi arasındaki yordayıcı ilişkiye bakılmıştır. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, bilişsel esneklik düzeyinin OKB için anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=-.236$, $F(3,790)=25.777$, $p=.000$) ve OKB'nin varyansının yaklaşık %0.9'unun bilişsel esneklik düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.444$, $R^2=.090$, $p<.05$).

Tablo 5.11 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Bilişsel Esneklik Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet		3.879	1.114	.122		3.482	.001
Psides	.036	5.956	1.411	.147	14.571	4.221	.000
Cinsiyet		2.695	1.097	.085		2.457	.014
Psides		4.695	1.385	.116		3.397	.001
Bilişsel esneklik	.054	-.444	.065	-.236	25.777	-6.820	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Bilişsel esneklik düzeyi ile DEHB belirti düzeyi arasındaki yordayıcı ilişkiye de bakılmıştır. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, bilişsel esneklik

düzeyinin DEHB için de anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=-.218$, $F(2,791)=31.926$, $p=.000$) ve DEHB'nin varyansının yaklaşık %0.8'inin bilişsel esneklik düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.269$, $R^2=.075$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.12).

Tablo 5.12 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Bilişsel Esneklik Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.028	4.426	.929	.167	22.724	4.767	.000
Psides		3.688	.914	.139		4.035	.000
Bilişsel esneklik	.047	-.269	.042	-.218	31.926	-6.325	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Bunlara ek, bulguları Tablo 5.13.'te verildiği şekliyle, benlik algısı düzeyi ile OKB arasındaki yordayıcı ilişki incelenmiştir. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, benlik algısı düzeyinin OKB için anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=-.306$, $F(3,790)=37.674$, $p=.000$) ve OKB'nin varyansının yaklaşık %13'ünün benlik algısı düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.271$, $R^2=.126$, $p<.05$).

Tablo 5.13 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Benlik Algısı Düzeyi ile OKB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.036	3.879	1.114	.122	14.571	3.482	.001
Psides		5.956	1.411	.147		4.221	.000
Cinsiyet		2.367	1.075	.074		2.202	.028
Psides	.090	4.113	1.360	.102	37.674	3.024	.003
Benlik algısı		-.271	.030	-.306		-8.996	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Benlik algısı düzeyi ile DEHB arasındaki yordayıcı ilişki de incelenmiştir. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, benlik algısı düzeyinin DEHB için de anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=-.306$, $F(2,791)=53.671$, $p=.000$) ve DEHB'nin varyansının yaklaşık %12'sinin benlik algısı düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.178$, $R^2=.120$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.14).

Tablo 5.14 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Benlik Algısı Düzeyi ile DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.028	4.426	.929	.167	22.724	4.767	.000
Psides		3.254	.894	.123		3.641	.000
Benlik algısı	.092	-.178	.020	-.306	53.671	-9.071	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Ayrıca, Tablo 5.15'te görülebildiği üzere, travma belirti düzeyi ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin yordayıcı ilişkisine odaklanılmıştır. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travma belirti düzeyinin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme için anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=.634$, $F(3,790)=227.592$, $p=.000$) ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin varyansının yaklaşık %46'sının travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=.347$, $R^2=.463$, $p<.05$).

Tablo 5.15 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.102	2.483	.311	.269	45.105	7.985	.000
Psides		2.113	.394	.181		5.365	.000
Cinsiyet		1.152	.247	.125		4.659	.000
Psides	.361	.440	.313	.038	227.592	1.405	.160
Travma		.347	.015	.634		23.065	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Travma belirti düzeyi ile dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme arasındaki yordayıcı ilişki gözetilmiştir. Psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travma belirti düzeyinin dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme için de anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=.387$, $F(2,791)=98.850$, $p=.000$) ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin varyansının yaklaşık %20'sinin travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=.190$, $R^2=.200$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.16).

Tablo 5.16 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Psides	.057	2.510	.362	.239	48.074	6.934	.000
Psides	.143	1.618	.342	.154	98.850	4.730	.000
Travma		.190	.016	.387		11.879	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Ek olarak, Tablo 5.17’de raporlandığı şekliyle, travma belirti düzeyi ile algılanan sosyal destek arasındaki yordayıcı ilişki konu edilmiştir. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travma belirti düzeyinin algılanan sosyal destek için anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=-.441$, $F(3,790)=81.064$ $p=.000$) ve algılanan sosyal desteğin varyansının yaklaşık %24’ünün travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-1.213$, $R^2=.235$, $p<.05$).

Tablo 5.17 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.060	-6.122	1.598	-.132	25.354	-3.832	.000
Psides		-12.359	2.024	-.211		-6.107	.000
Cinsiyet		-1.470	1.483	-.032		-.991	.322
Psides	.175	-6.509	1.878	-.111	81.064	-3.467	.001
Travma		-1.213	.090	-.441		-13.452	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Bir de, travma belirti düzeyi ile bilişsel esneklik düzeyi ilişkisindeki yordayıcılığa yakından bakılmıştır. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travma belirti düzeyinin bilişsel esneklik için de anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=-.220$, $F(3,790)=24.332$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliğin varyansının yaklaşık %0.9’unun travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.222$, $R^2=.085$, $p<.05$) (bkz. Tablo 5.18).

Tablo 5.18 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Bilişsel Esneklik Düzeyi İlişkisi

Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.041	-2.666	.591	-.157	16.877	-4.507	.000
Psides		-2.841	.749	-.132		-3.791	.000
Cinsiyet	.044	-1.814	.595	-.107	24.332	-3.051	.002
Psides		-1.770	.753	-.082		-2.351	.019
Travma		-.222	.036	-.220		-6.138	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

Son olarak, Tablo 5.19’da verildiği üzere, travma belirti düzeyi ile benlik algısı düzeyi arasındaki yordayıcı ilişki incelenmiştir. Cinsiyet ve psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, travma belirti düzeyinin benlik algısı için anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=-.345$, $F(3,790)=47.116$, $p=.000$) ve benlik algısının varyansının yaklaşık %15’inin travma belirti düzeyi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=-.736$, $R^2=.152$, $p<.05$).

Tablo 5.19 Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Travma Belirti Düzeyi ile Benlik Algısı Düzeyi İlişkisi

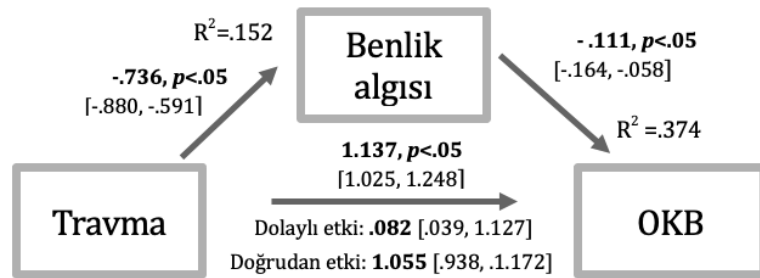
Model	ΔR^2	B	SE	B	F	t	p
Cinsiyet	.045	-5.570	1.251	-.155	18.579	-4.453	.000
Psides		-6.790	1.584	-.149		-4.286	.000
Cinsiyet	.107	-2.748	1.213	-.076	47.116	-2.265	.024
Psides		-3.241	1.536	-.071		-2.110	.035
Travma		-.736	.074	-.345		-9.978	.000

Not: N= 794. Psides= Psikolojik destek alma

İçsel işlevsel olan duygu düzenleme ile dışsal işlevsel olan duygu düzenleme düzeyleri diğer ruh sağlığı değişkenleri ile istatistiksel olarak anlamlı olmayan ve .20’nin altında bir ilişki gösterdiği için regresyon analizi koşullarını sağlamadığından yordayıcı ilişki analizlerine dahil edilmemiştir ($p>.05$).

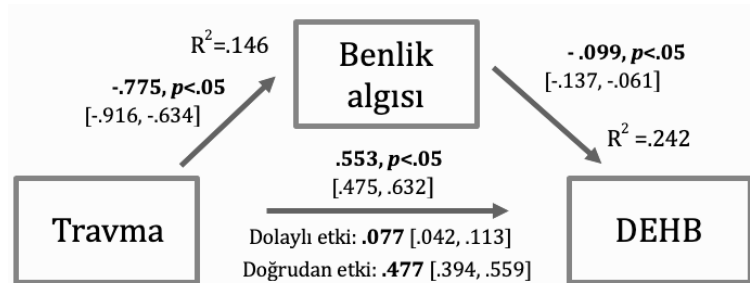
5.3. Travma ile OKB ve DEHB Belirti Düzeyi İlişkisi Üzerinde Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenleme Aracı Değişkenlerinin Etkileri

Travma belirti düzeyi ile ayrı ayrı ilişkilerine odaklanılan DEHB ve OKB belirti düzeyi ilişkilerinde, benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerisi alt boyutları aracı değişkenler olarak ele alınmış ve aracı etkileri farklı modellerle detaylıca incelenmiştir. Şekil 5.1’de görülebildiği üzere, travma ile OKB arasındaki ilişkide, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek benlik algısının aracı etkisi değerlendirilmektedir. İlk olarak travmanın, benlik algısını anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b=-.736$, %95 GA $[-.880, -.591]$, $F(3,790)=47.116$, $t=-9.978$, $p=.000$). Travma benlik algısındaki değişimin yaklaşık %15’ini açıklamaktadır ($R^2=.152$, $p<.05$). Travma OKB’yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=1.137$, %95 GA $[1.025, 1.248]$, $F(3,790)=148.428$, $t=20.035$, $p=.000$) ve travma OKB’deki değişimin yaklaşık %36’sını açıklamaktadır ($R^2=.361$, $p<.05$). Ayrıca, benlik algısının OKB’yi anlamlı ve olumsuz yönde etkisi bulunmaktadır ($b=-.111$, %95 GA $[-.164, -.058]$, $F(4,789)=117.730$, $t=-4.093$, $p=.000$). Aracının OKB’yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %37 olduğu görülmektedir ($R^2=.374$, $p<.05$). Travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da benlik algısının travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile ifade edilmektedir ($b=.082$, %95 GA $[.039, 1.172]$). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .043 ile düşük değere yakın olduğu söylenebilmektedir.



Şekil 5.1 Travma ile OKB İlişkisinde Benlik Algısının Aracı Etkisi

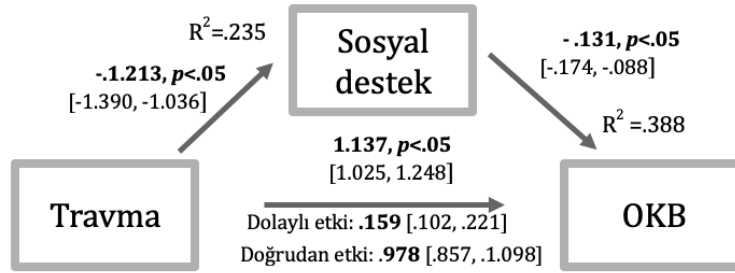
Travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek benlik algısının aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, benlik algısını anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b=-.775$, %95 GA [-.916, -.634], $F(2,791)=67.754$, $t=-10.776$, $p=.000$). Travma benlik algısındaki değişimin yaklaşık %15'ini açıklamaktadır ($R^2=.146$, $p<.05$). Bunun yanında, travma DEHB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=.553$, %95 GA [.475, .632], $F(2,791)=109.597$, $t=13.821$, $p=.000$) ve travma DEHB'deki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ($R^2=.217$, $p<.05$). Ayrıca, benlik algısının DEHB'yi anlamlı ve olumsuz yönde etkisi bulunmaktadır ($b=-.099$, %95 GA [-.137, -.061], $F(3,790)=83.974$, $t=-5.084$, $p=.000$). Aracının DEHB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %24 olduğu görülmektedir ($R^2=.242$, $p<.05$). Travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da benlik algısının, travma ile DEHB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile izlenmiştir ($b=.077$, %95 GA [.042, .113]). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .062 ile orta değere yakın olduğu söylenebilmektedir (bknz. Şekil 5.2).



Şekil 5.2 Travma ile DEHB İlişkinde Benlik Algısının Aracı Etkisi

Şekil 5.3'te görülebildiği üzere, travma ile OKB arasındaki ilişkide, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek algılanan sosyal desteğin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, algılanan sosyal desteği anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b=-1.213$, %95 GA [-1.390, -1.136], $F(3,790)=81.064$, $t=-13.452$, $p=.000$). Travma algılanan sosyal destekteki değişimin yaklaşık %24'ünü açıklamaktadır ($R^2=.235$, $p<.05$). Travma OKB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=1.137$, %95 GA [1.025, 1.248], $F(3,790)=148.428$,

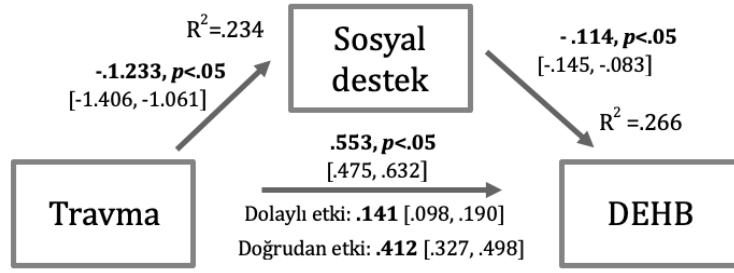
$t=20.035, p=.000$) ve travma OKB'deki değişimin yaklaşık %36'sını açıklamaktadır ($R^2=.361, p<.05$). Ayrıca, algılanan sosyal desteğin OKB'yi anlamlı ve olumsuz yönde etkisi bulunmaktadır ($b=-.131, \%95 \text{ GA } [-.174, -.088], F(4,789)=125.215, t=-5.992, p=.000$). Aracının OKB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %39 olduğu görülmektedir ($R^2=.388, p<.05$). Travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da algılanan sosyal desteğin, travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile ifade edilmektedir ($b=.159, \%95 \text{ GA } [.102, .221]$). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .084 ile orta değere yakın olduğu söylenebilmektedir.



Şekil 5.3 Travma ile OKB İlişkisinde Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Etkisi

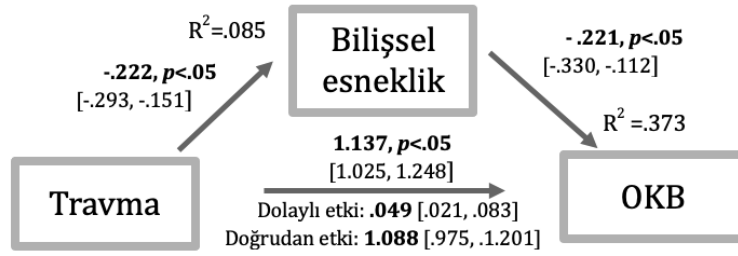
Travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek algılanan sosyal desteğin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, algılanan sosyal desteği anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b=-1.233, \%95 \text{ GA } [-1.406, -1.061], F(2,791)=121.107, t=-14.071, p=.000$). Travma algılanan sosyal destekteki değişimin yaklaşık %23'ünü açıklamaktadır ($R^2=.234, p<.05$). Bunun yanında, travma DEHB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=.553, \%95 \text{ GA } [.475, .632], F(2,791)=109.597, t=13.821, p=.000$) ve travma DEHB'deki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ($R^2=.217, p<.05$). Ayrıca, algılanan sosyal desteğin DEHB'yi anlamlı ve olumsuz yönde etkisi bulunmaktadır ($b=-.114, \%95 \text{ GA } [-.145, -.083], F(3,790)=95.403, t=-7.259, p=.000$). Aracının DEHB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %27 olduğu görülmektedir ($R^2=.266, p<.05$). Travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın DEHB

üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da algılanan sosyal desteğin, travma ile DEHB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile izlenmiştir ($b=.141$, %95 GA [.098, .190]). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .114 ile orta değere yakın olduğu söylenebilmektedir (bkz. Şekil 5.4).



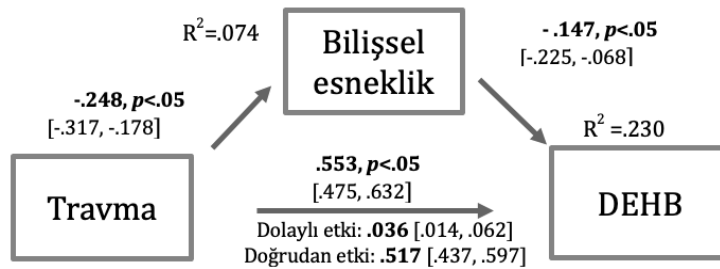
Şekil 5.4 Travma ile DEHB İlişisinde Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Etkisi

Şekil 5.5'teki bilgiler ışığında, travma ile OKB arasındaki ilişkide, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek bilişsel esnekliğin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, bilişsel esnekliği anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b=-.222$, %95 GA [-.293, -.151], $F(3,790)=24.332$, $t=-6.138$, $p=.000$). Travma bilişsel esneklikteki değişimin yaklaşık %0.9'unu açıklamaktadır ($R^2=.085$, $p<.05$). Travma OKB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=1.137$, %95 GA [1.025, 1.248], $F(3,790)=148.428$, $t=20.035$, $p=.000$) ve travma OKB'deki değişimin yaklaşık %36'sını açıklamaktadır ($R^2=.361$, $p<.05$). Ayrıca, bilişsel esnekliğin OKB'yi anlamlı ve olumsuz yönde etkisi bulunmaktadır ($b=-.221$, %95 GA [-.330, -.112], $F(4,789)=117.412$, $t=-3.993$, $p=.001$). Aracının OKB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %37 olduğu görülmektedir ($R^2=.373$, $p<.05$). Travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da bilişsel esnekliğin travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile ifade edilmektedir ($b=.049$, %95 GA [.021, .083]). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .026 ile düşük değere yakın olduğu söylenebilmektedir.



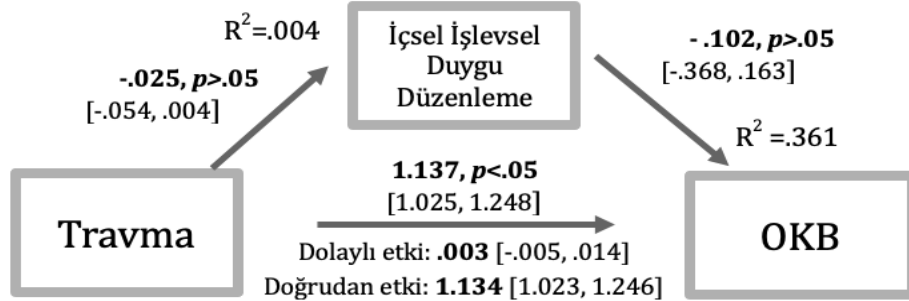
Şekil 5.5 Travma ile OKB İlişkisinde Bilişsel Esnekliğin Aracı Etkisi

Travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyormanın etkisi kontrol edilerek bilişsel esnekliğin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, bilişsel esnekliği anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b = -.248$, %95 GA $[-.317, -.178]$, $F(2,791) = 31.512$, $t = -7.007$, $p = .000$). Travma bilişsel esneklikteki değişimin yaklaşık %0.7'sini açıklamaktadır ($R^2 = .074$, $p < .05$). Bunun yanında, travma DEHB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b = .553$, %95 GA $[.475, .632]$, $F(2,791) = 109.597$, $t = 13.821$, $p = .000$) ve travma DEHB'deki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ($R^2 = .217$, $p < .05$). Ayrıca, bilişsel esnekliğin DEHB'yi anlamlı ve olumsuz yönde etkisi bulunmaktadır ($b = -.147$, %95 GA $[-.225, -.068]$, $F(3,790) = 78.710$, $t = -3.671$, $p = .003$). Aracının DEHB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %23 olduğu görülmektedir ($R^2 = .230$, $p < .05$). Travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da bilişsel esnekliğin, travma ile DEHB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile izlenmiştir ($b = .036$, %95 GA $[.014, .062]$). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .029 ile düşük değere yakın olduğu söylenebilmektedir (bknz. Şekil 5.6).



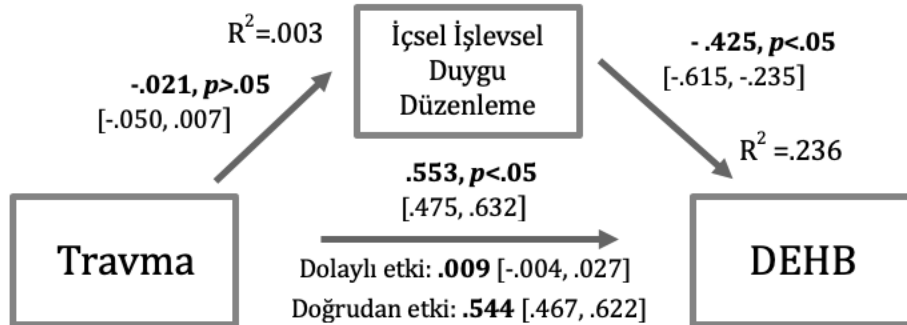
Şekil 5.6 Travma ile DEHB İlişkisinde Bilişsel Esnekliğin Aracı Etkisi

Şekil 5.7’de görüldüğü gibi, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almayan olmanın etkisi kontrol edildiğinde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık etmediği anlaşılmaktadır ($p>.05$).



Şekil 5.7 Travma ile OKB İlişkisinde İçsel İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

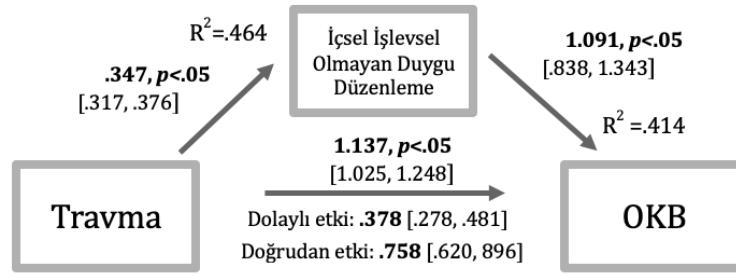
Şekil 5.8’e bakıldığında ise travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almayan olmanın etkisinin kontrol edilmesiyle içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin aracı etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>.05$).



Şekil 5.8 Travma ile DEHB İlişkisinde İçsel İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

Şekil 5.9’da olduğu üzere, travma ile OKB arasındaki ilişkide, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi anlamlı ve olumlu yönde etkilediği görülmektedir ($b=.347$, %95 GA [.317, .376], $F(3,790)=227.592$, $t=23.065$, $p=.000$). Travma içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemedeki değişimin yaklaşık %46’sını

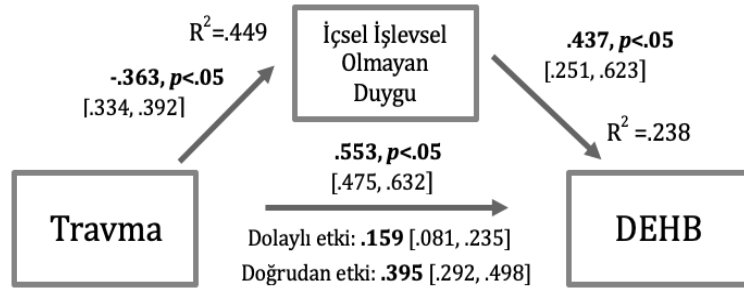
açıklamaktadır ($R^2=.464$, $p<.05$). Travma, OKB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=1.137$, %95 GA [1.025, 1.248], $F(3,790)=148.428$, $t=20.035$, $p=.000$) ve travma OKB'deki değişimin yaklaşık %36'sını açıklamaktadır ($R^2=.361$, $p<.05$). Ayrıca, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin de OKB'yi anlamlı ve olumlu yönde etkisi bulunmaktadır ($b=1.091$, %95 GA [.838, .1.343], $F(4,789)=139.302$, $t=8.482$, $p=.000$). Aracının OKB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %41 olduğu görülmektedir ($R^2=.414$, $p<.05$). Travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin, travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği anlaşılmaktadır ($b=.378$, %95 GA [.278, .481]). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .200 ile yüksek değere yakın olduğu söylenebilmektedir.



Şekil 5.9 Travma ile OKB ilişkisinde İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

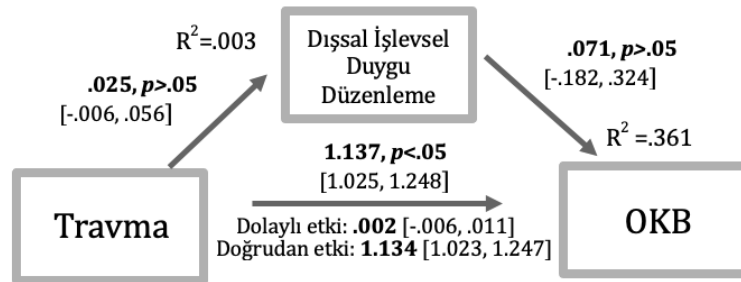
Travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($b=-.363$, %95 GA [.334, .392], $F(2,791)=322.106$, $t=24.518$, $p=.000$). Travma içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemedeki değişimin yaklaşık %45'ini açıklamaktadır ($R^2=.449$, $p<.05$). Travma, DEHB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=.553$, %95 GA [.475, .632], $F(2,791)=109.597$, $t=13.821$, $p=.000$) ve travma DEHB'deki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ($R^2=.217$, $p<.05$). Ayrıca, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin de DEHB'yi anlamlı ve olumlu yönde etkisi bulunmaktadır ($b=.437$,

%95 GA [.251, .623], $F(3,790)=82.003$, $t=4.606$, $p=.000$). Aracının DEHB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %24 olduğu görülmektedir ($R^2=.238$, $p<.05$). Travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin, travma ile DEHB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği anlaşılmaktadır ($b=.159$, %95 GA [.081, .235]). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .128 ile orta değere yakın olduğu söylenebilmektedir (bknz. Şekil 5.10).



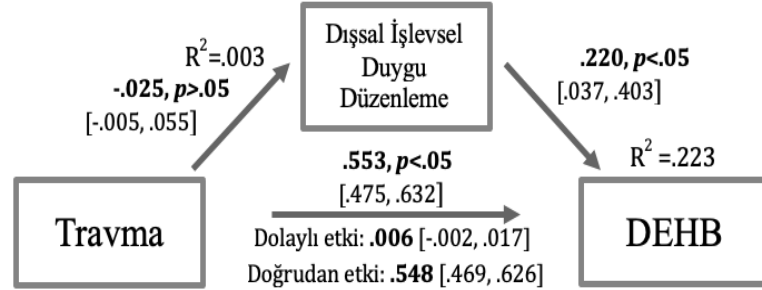
Şekil 5.10 Travma ile DEHB ilişkisinde İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

Şekil 5.11'deki bilgilerle birlikte, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık etmediği anlaşılmaktadır ($p>.05$).



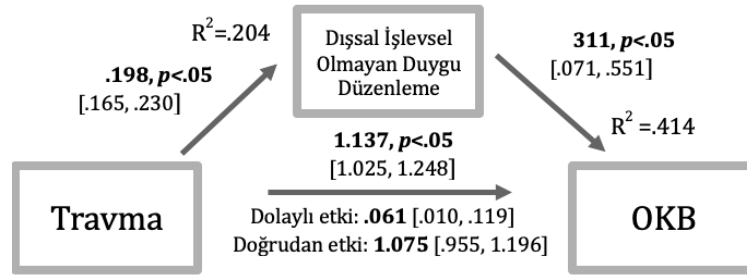
Şekil 5.11 Travma ile OKB ilişkisinde Dışsal İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

Şekil 5.12'ye bakıldığında ise travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edilmesiyle dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin aracı etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > .05$).



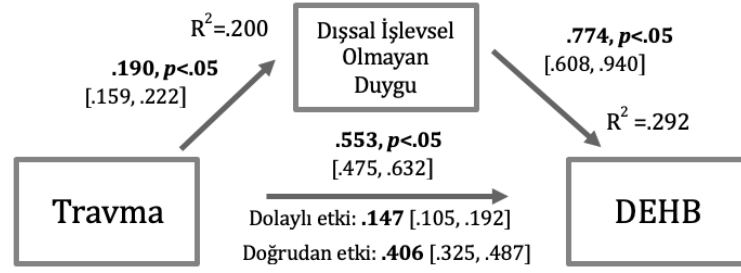
Şekil 5.12 Travma ile DEHB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

Şekil 5.13'te görüldüğü üzere, travma ile OKB arasındaki ilişkide, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi anlamlı ve olumlu yönde etkilediği görülmektedir ($b = .198, \%95 \text{ GA } [.165, .230], F(3,790) = 67.361, t = 12.021, p = .000$). Travma dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemedeki değişimin yaklaşık %20'sini açıklamaktadır ($R^2 = .204, p < .05$). Travma, OKB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b = 1.137, \%95 \text{ GA } [1.025, 1.248], F(3,790) = 148.428, t = 20.035, p = .000$) ve travma OKB'deki değişimin yaklaşık %36'sını açıklamaktadır ($R^2 = .361, p < .05$). Ayrıca, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin de OKB'yi anlamlı ve olumlu yönde etkisi bulunmaktadır ($b = .311, \%95 \text{ GA } [.071, .551], F(4,789) = 113.701, t = 2.539, p = .011$). Aracının OKB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %37 olduğu görülmektedir ($R^2 = .366, p < .05$). Travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin, travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği anlaşılmaktadır ($b = .061, \%95 \text{ GA } [.010, .119]$). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .033 ile düşük değere yakın olduğu söylenebilmektedir.



Şekil 5.13 Travma ile OKB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

Travma ile DEHB arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin aracı etkisi değerlendirildiğinde, öncelikle travmanın, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi anlamlı ve olumlu yönde etkilediği görülmektedir ($b=.190$, %95 GA [.159, .222], $F(2,791)=98.850$, $t=11.879$, $p=.000$). Travma dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemedeki değişimin yaklaşık %20'sini açıklamaktadır ($R^2=.200$, $p<.05$). Travma, DEHB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=.553$, %95 GA [.475, .632], $F(2,791)=109.597$, $t=13.821$, $p=.000$) ve travma DEHB'deki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ($R^2=.217$, $p<.05$). Ayrıca, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin de DEHB'yi anlamlı ve olumlu yönde etkisi bulunmaktadır ($b=.774$, %95 GA [.621, .948], $F(3,790)=108.699$, $t=9.161$, $p=.000$). Aracının DEHB'yi travma ile birlikte açıklama düzeyinin yaklaşık %29 olduğu görülmektedir ($R^2=.292$, $p<.05$). Travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığına bootstrap tekniği ile odaklanıldığında, travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin, travma ile DEHB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği anlaşılmaktadır ($b=.147$, %95 GA [.105, .192]). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .119 ile orta değere yakın olduğu söylenebilmektedir (bkz. Şekil 5.14).



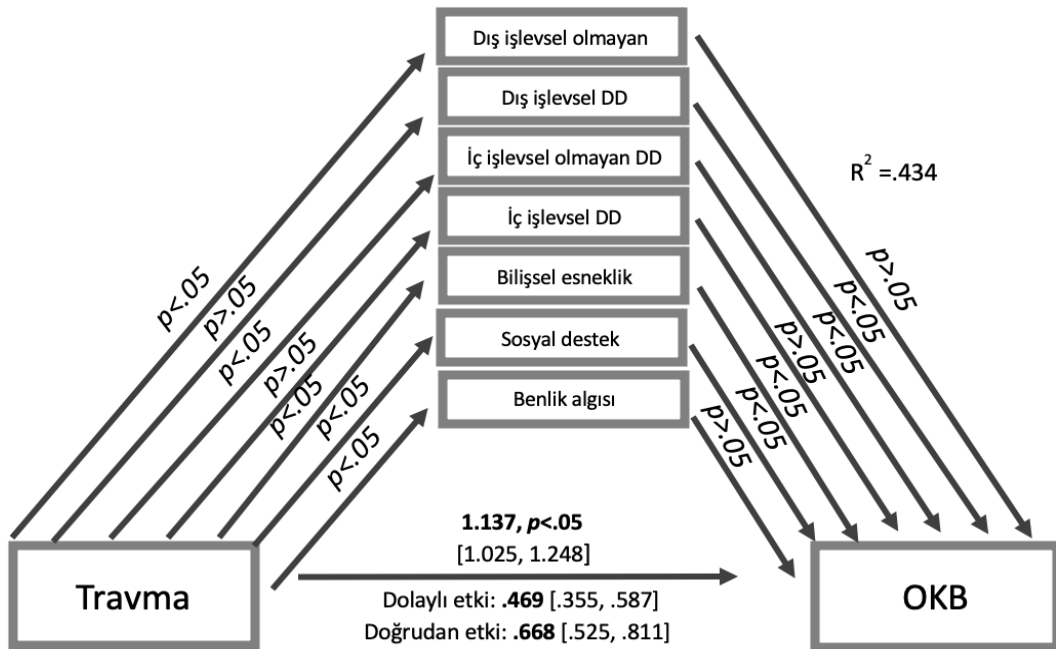
Şekil 5.14 Travma ile DEHB İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenlemenin Aracı Etkisi

Şekil 5.15'te detayları görülebildiği gibi, travma ile OKB belirti düzeylerinin arasındaki ilişkide, cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek, araştırmaya aracı değişken olarak konu edilen dışsal işlevsel olmayan, dışsal işlevsel olan, içsel işlevsel olmayan, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin, bilişsel esnekliğin, algılanan sosyal desteğin ve benlik algısının aracı etkisi değerlendirilmiştir. Öncelikle travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.198$, %95 GA [.165, .230], $F(3,790)=67.361$, $t=12.021$, $p=.000$) ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.347$, %95 GA [.317, .376], $F(3,790)=227.592$, $t=23.065$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde; bilişsel esnekliği ($b=-.222$, %95 GA [-.293, -.151], $F(3,790)=24.332$, $t=-6.138$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.213$, %95 GA [-1.390, -1.036], $F(3,790)=81.064$, $t=-13.452$, $p=.000$) ve benlik algısını ($b=-.736$, %95 GA [-.880, -.591], $F(3,790)=47.116$, $t=-9.978$, $p=.000$) ise anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($p<.05$). Diğer yandan, travmanın, dışsal işlevsel olan duygu düzenleme ($b=.025$, %95 GA [-.006, .056], $F(3,790)=.902$, $t=1.599$, $p=.110$) ve içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.025$, %95 GA [-.054, .004], $F(3,790)=1.113$, $t=-1.669$, $p=.096$) üzerindeki etkisinin ise anlamlı olmadığı bulgulanmıştır ($p>.05$). Travma, OKB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=1.137$, %95 GA [1.025, 1.248], $F(3,790)=148.428$, $t=20.035$, $p=.000$) ve travma OKB'deki değişimin yaklaşık %36'sını açıklamaktadır ($R^2=.361$, $p<.05$).

Sonrasında, aracı değişkenlerin bir arada ve ayrı ayrı OKB'yi etkileme (yordama) düzeyi ve anlamlılığına bakılmıştır. Bulgulara göre tüm aracı değişkenlerin bir arada ele alındığı kavramsal araştırma modelinde, aracılardan OKB'yi anlamlı bir şekilde açıkladığı ve açıklama düzeyinin yaklaşık %43 olduğu belirlenmiştir ($R^2=.434$, $p<.05$). Aracıların OKB'yi etkileme düzeyine ayrı ayrı odaklanıldığında, algılanan

sosyal desteğin ($b=-.119$, %95 GA $[-.179, -.058]$, $t=-3.858$, $p=.000$), bilişsel esnekliğin ($b=-.131$, %95 GA $[-.252, .009]$, $t=-2.111$, $p=.035$), iç işlevsel olmayan duygu düzenleme ($b=.964$, %95 GA $[.685, 1.243]$, $t=6.777$, $p=.000$) ve dış işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.336$, %95 GA $[.071, .600]$, $t=2.493$, $p=.013$) OKB üzerinde anlamlı; benlik algısının ($b=.069$, %95 GA $[-.010, .148]$, $t=1.706$, $p=.089$), iç işlevsel olan duygu düzenleme ($b=.036$, %95 GA $[-.266, .338]$, $t=.236$, $p=.814$) ile dış işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=0.25$, %95 GA $[-.222, .273]$, $t=.202$, $p=.840$) OKB üzerinde aracı rolünün anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($F(10,783)=59.916$, $p=.000$).

Aracılık etkiye dair asıl değerlendirmeye yönelik olarak, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiştir. Buna göre, travmanın OKB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da tüm aracı değişkenlerin bir arada, travma ile OKB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği bulunmuştur ($b=.469$, %95 GA $[.355, .587]$, $p<.05$). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .25 ile yüksek değere yakın olduğu söylenebilmektedir.

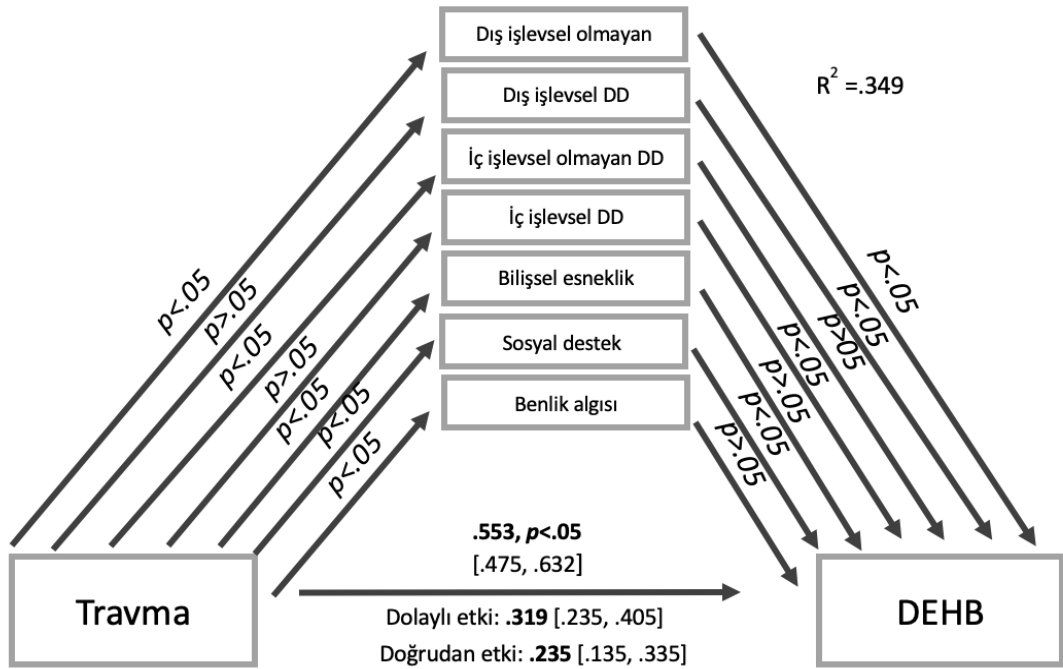


Şekil 5.15 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Benlik Algısının, Algılanan Sosyal Desteğin, Bilişsel Esnekliğin ve Duygu Düzenlemenin Dört Boyutunun Aracılık Etkisi

Şekil 5.16'daki bulgulardan yola çıkarak, travma ile DEHB belirti düzeylerinin arasındaki ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edilerek, araştırmaya aracı değişken olarak konu edilen dışsal işlevsel olmayan, dışsal işlevsel olan, içsel işlevsel olmayan, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin, bilişsel esnekliğin, algılanan sosyal desteğin ve benlik algısının aracı etkisi değerlendirilmiştir. Öncelikle travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.190$, %95 GA [.159, .222], $F(2,791)=98.850$, $t=11.879$, $p=.000$) ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.363$, %95 GA [.334, .392], $F(2,791)=322.106$, $t=24.518$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde; bilişsel esnekliği ($b=-.248$, %95 GA [-.317, -.178], $F(2,791)=31.512$, $t=-7.007$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.233$, %95 GA [-1.406, -1.061], $F(2,791)=121.107$, $t=-14.071$, $p=.000$) ve benlik algısını ($b=-.775$, %95 GA [-.916, -.634], $F(2,791)=67.754$, $t=-10.776$, $p=.000$) ise anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmektedir ($p<.05$). Diğer yandan, travmanın, dışsal işlevsel olan duygu düzenleme ($b=.025$, %95 GA [-.005, .055], $F(2,791)=1.354$, $t=1.642$, $p=.101$) ile içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.021$, %95 GA [-.050, .007], $F(2,791)=1.057$, $t=-1.450$, $p=.147$) üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı bulgulanmıştır ($p>.05$). Travma, DEHB'yi ise anlamlı ve olumlu yönde etkilemekte ($b=.553$, %95 GA [.475, .632], $F(2,791)=109.597$, $t=13.821$, $p=.000$) ve travma DEHB'deki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ($R^2=.217$, $p<.05$).

Sonrasında, aracı değişkenlerin bir arada ve ayrı ayrı DEHB'yi etkileme (yordama) düzeyi ve anlamlılığına bakılmıştır. Bulgulara göre tüm aracı değişkenlerin bir arada ele alındığı (tüm aracılardan kontrol edilmesi durumunda) araştırma modelinde, aracılardan DEHB'yi anlamlı bir şekilde açıkladığı ve açıklama düzeyinin yaklaşık %35 olduğu belirlenmiştir ($R^2=.349$, $p<.05$). Aracılardan DEHB'yi etkileme düzeyine ayrı ayrı odaklanıldığında ise sosyal desteğin ($b=-.084$, %95 GA [-.127, -.042], $t=-3.902$, $p=.001$), dış işlevsel olan duygu düzenleme ($b=.539$, %95 GA [.353, .725], $t=5.694$, $p=.000$), iç işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.214$, %95 GA [-.426, -.001], $t=-1.976$, $p=.049$) ve dış işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.600$, %95 GA [.427, .773], $t=6.793$, $p=.000$) DEHB üzerinde anlamlı; bilişsel esnekliğin ($b=-.032$, %95 GA [-.117, .053], $t=-.742$, $p=.458$), benlik algısının ($b=-.016$, %95 GA [-.072, .040], $t=-.565$, $p=.572$) ile iç işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.171$, %95 GA [-.023, .366], $t=1.732$, $p=.084$) DEHB üzerinde aracı rolünün anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($F(9,784)=46.714$, $p=.000$).

Aracılık etkiye dair asıl değerlendirmeye yönelik olarak, travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığı Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre tespit edilmiştir. Buna göre, travmanın DEHB üzerinde dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; dolayısıyla da tüm aracı değişkenlerin bir arada, travma ile DEHB arasındaki ilişkiye anlamlı bir aracılık ettiği ile bulunmuştur ($b=.319$, %95 GA [.235, .405], $p<.05$). Aracı etkinin düzeyinin değerlendirilmesi için tam standardize etki büyüklüğü incelendiğinde ise aracılık etkisinin .26 ile yüksek değere yakın olduğu söylenebilmektedir.



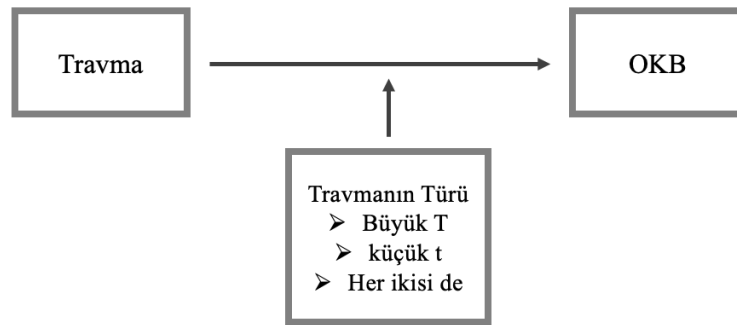
Şekil 5.16 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Benlik Algısının, Algılanan Sosyal Desteğin, Bilişsel Esnekliğin ve Duygu Düzenlemenin Dört Boyutunun Aracılık Etkisi

5.4. Travma ile OKB ve DEHB Belirti Düzeyi İlişkisinde Travma Türünün, Travma Sayısının ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Düzenleyici Etkisi ile Aracı ve Biçimlendirici Değişkenler ile Oluşturulan Modellere İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu adımında, öncelikle travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkilerde ayrı ayrı travma türünün, travmanın sayısının ve travmanın üzerinden geçen sürenin düzenleyici (moderatör) etkisinin bulguları verilmiştir. Sonrasında ise benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu

düzenlemenin aracı; travma türü, travma sayısı ve travmanın üzerinden geçen sürenin düzenleyici etkisinin incelendiği modellere ait bulgular raporlanmıştır.

Şekil 5.17’de görülebilen, cinsiyet ve psikolojik destek alma durumunun kontrol edilerek travma ve OKB belirti düzeyi üzerindeki travma türünün düzenleyici etkisinin değerlendirildiği moderatör etki analizi sonuçları Tablo 5.20’de bulgulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir anlamlı biçimlendirici etkinin olmadığını göstermektedir ($p>.05$).



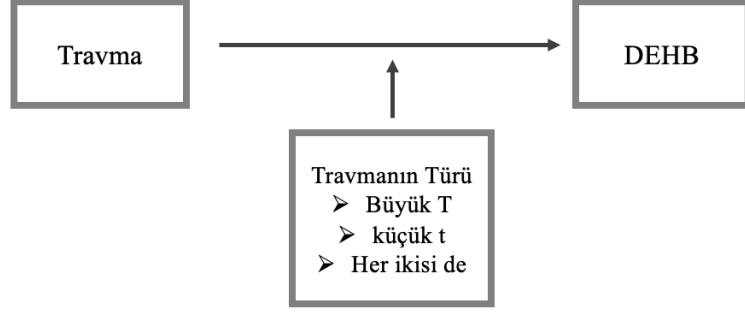
Şekil 5.17 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Travma Türlerinin Düzenleyici Etkisi

Tablo 5.20 Travma Türlerinin Travma ve OKB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi

Değişkenler	β	SH	p	t	LLCI	ULCI	R	R^2	ΔR^2
Sabit	33.898	3.361	.000	10.086	27.295	40.501	.558	.312	.0001
Travma (X)	1.099	.186	.000	5.903	.733	1.465			
Travma türü (W)	2.091	1.753	.234	1.193	-1.353	5.535			
Etkileşimsel değişken (X.W)	-.022	.090	.810	-.241	-.198	.155			
Cinsiyet	-1.334	1.242	.283	-1.074	-3.773	1.106			
Psikolojik destek alma	.436	1.381	.752	.316	-2.277	3.149			

Not: N= 506. * $p<.05$.

Şekil 5.18’de görülebilen, psikolojik destek alma durumunun kontrol edilerek travma ve DEHB belirti düzeyi üzerindeki travma türünün düzenleyici etkisinin değerlendirildiği moderatör etki analizi sonuçları ise Tablo 5.21’de bulgulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir anlamlı biçimlendirici etkinin olmadığını göstermektedir ($p>.05$).



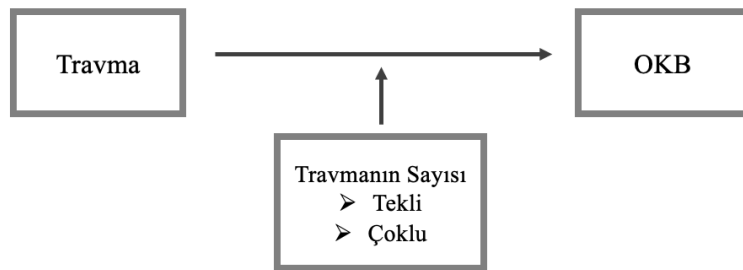
Şekil 5.18 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Travma Türlerinin Düzenleyici Etkisi

Tablo 5.21 Travma Türlerinin Travma ve DEHB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi

Değişkenler	β	SH	p	t	LLCI	ULCI	R	R^2	ΔR^2
Sabit	11.375	2.433	.000	4.676	6.595	16.154			
Travma (X)	.451	.135	.001	3.327	.185	.717			
Travma türü (W)	.532	1.277	.677	.416	-1.978	3.041	.413	.171	.0002
Etkileşimsel değişken (X.W)	.020	.066	.757	.310	-.108	.149			
Psikolojik destek alma	1.628	1.002	.105	1.624	-.341	3.597			

Not: N= 506. * $p < .05$.

Öte yandan, Şekil 5.19’da görülebilen, cinsiyet ve psikolojik destek alma durumunun kontrol edilerek travma ve OKB belirti düzeyi üzerindeki travma sayısının düzenleyici etkisinin değerlendirildiği moderatör etki analizi sonuçları Tablo 5.22’de bulgulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir anlamlı biçimlendirici etkinin olmadığını göstermektedir ($p > .05$).



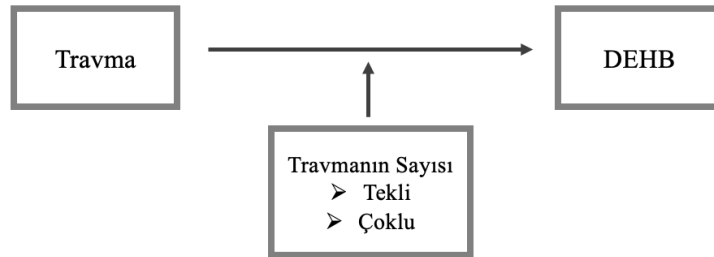
Şekil 5.19 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Travma Sayısının Düzenleyici Etkisi

Tablo 5.22 Travma Sayısının Travma ve OKB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi

Değişkenler	β	SH	p	t	LLCI	ULCI	R	R^2	ΔR^2
Sabit	35.800	1.951	.000	18.347	31.967	39.634			
Travma (X)	1.076	.105	.000	10.224	.869	1.283			
Travma sayısı (W)	3.150	2.899	.278	1.086	-2.547	8.847			
Etkileşimsel değişken (X.W)	.014	.148	.926	.093	-.277	.305	.561	.315	.0000
Cinsiyet	-1.426	1.240	.251	-1.150	-3.863	1.010			
Psikolojik destek alma	.225	1.382	.871	.163	-2.490	2.940			

Not: N= 506. * $p < .05$.

Şekil 5.20’de görülebilen, psikolojik destek alma durumunun kontrol edilerek travma ve DEHB belirti düzeyi üzerindeki travma sayısının düzenleyici etkisinin değerlendirildiği moderatör etki analizi sonuçları ise Tablo 5.23’te bulgulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir anlamlı biçimlendirici etkinin olmadığını göstermektedir ($p > .05$).



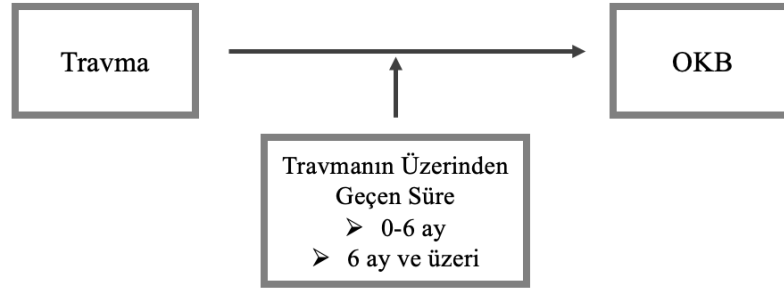
Şekil 5.20 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Travma Sayısının Düzenleyici Etkisi

Tablo 5.23 Travma Sayısının Travma ve DEHB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi

Değişkenler	β	SH	p	t	LLCI	ULCI	R	R^2	ΔR^2
Sabit	12.240	1.409	.000	8.684	9.470	15.009			
Travma (X)	.485	.076	.000	6.413	.337	.634			
Travma sayısı (W)	-.546	2.116	.797	-.258	-4.703	3.612	.408	.166	.0004
Etkileşimsel değişken (X.W)	.053	.108	.628	.485	-.160	.266			
Psikolojik destek alma	1.620	1.007	.108	1.608	-.359	3.599			

Not: N= 506. * $p < .05$.

Ayrıca, Şekil 5.21’de görülebilen, cinsiyet ve psikolojik destek alma durumunun kontrol edilerek, travma ve OKB belirti düzeyi üzerindeki travmanın üzerinden geçen sürenin düzenleyici etkisinin değerlendirildiği moderatör etki analizi sonuçları Tablo 5.24’te bulgulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir anlamlı biçimlendirici etkinin olmadığını göstermektedir ($p>.05$).



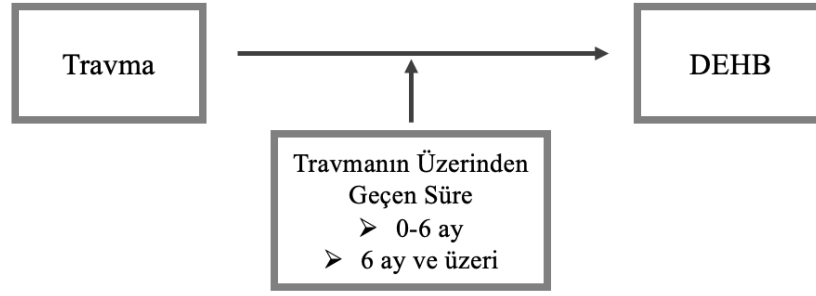
Şekil 5.21 Travma ile OKB İlişkisi Üzerinde Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Düzenleyici Etkisi

Tablo 5.24 Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Travma ve OKB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi

Değişkenler	β	SH	p	t	LLCI	ULCI	R	R^2	ΔR^2
Sabit	32.458	3.343	.000	10.086	25.890	39.026			
Travma (X)	1.304	.174	.000	5.903	.963	1.645			
Travmanın üzerinden geçen süre (W)	5.381	3.681	.144	1.193	-1.850	12.613	.554	.307	.0024
Etkileşimsel değişken (X.W)	-.251	.191	.190	-.241	-.626	.125			
Cinsiyet	-1.015	1.239	.413	-1.074	-3.450	1.420			
Psikolojik destek alma	.573	1.385	.679	.316	-2.148	3.295			

Not: N= 506. * $p<.05$.

Şekil 5.22’de görülebilen, psikolojik destek alma durumunun kontrol edilerek travma ve DEHB belirti düzeyi üzerindeki travmanın üzerinden geçen sürenin düzenleyici etkisinin değerlendirildiği moderatör etki analizi sonuçları ise Tablo 5.25’te bulgulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir anlamlı biçimlendirici etkinin olmadığını göstermektedir ($p>.05$).



Şekil 5.22 Travma ile DEHB İlişkisi Üzerinde Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Düzenleyici Etkisi

Tablo 5.25 Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Travma ve DEHB Belirti Düzeyi Üzerindeki Düzenleyici Etkisi

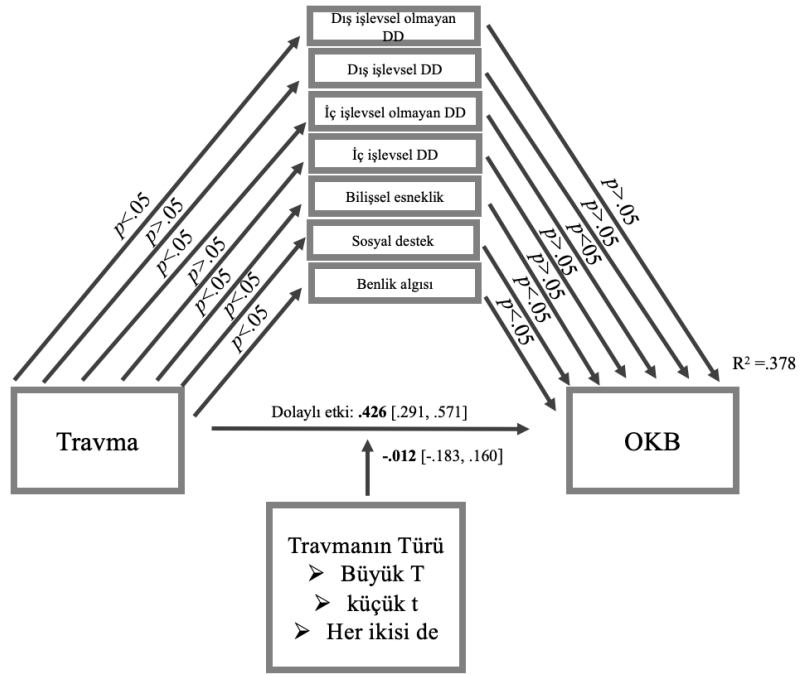
Değişkenler	β	SH	p	t	LLCI	ULCI	R	R^2	ΔR^2
Sabit	9.696	2.409	.000	4.025	4.963	14.428			
Travma (X)	.684	.126	.000	5.448	.438	.931			
Travmanın üzerinden geçen süre (W)	2.735	2.673	.307	1.024	-2.516	7.986	.413	.171	.0038
Etkileşimsel değişken (X.W)	-.209	.139	.132	-1.509	-.482	.063			
Psikolojik destek alma	1.706	1.002	.089	1.703	-.262	3.675			

Not: N= 506. * $p < .05$.

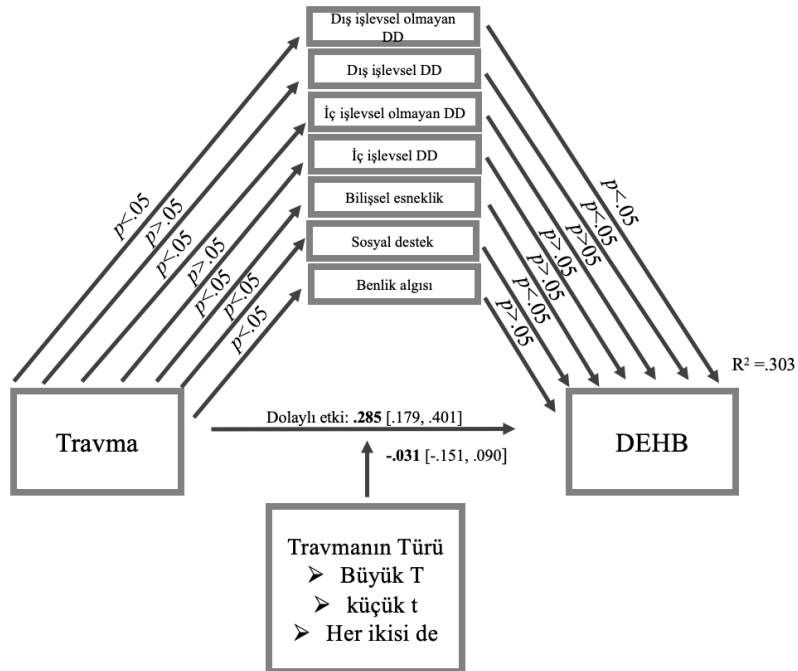
Aracı etki analizlerinde son olarak, Tablo 5.26’da verildiği ve Şekil 5.23 ile Şekil 5.24’te görülebildiği üzere, araştırmanın hipotezlerinde değerlendirilmiş travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide, travmanın yordayıcı, OKB ve DEHB’nin ayrı ayrı yordanan, benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı ve travma türünün biçimlendirici etkisinin birlikte değerlendirildiği durumsal aracılı araştırma modellerinde, başta travmanın aracı değişkenler üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Öncelikle cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edildiği ve OKB’nin yordanan olduğu modelde, travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.323$, %95 GA [.284, .361], $F(3,502)=122.387$, $t=16.492$, $p=.000$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.190$, %95 GA [.144, .236], $F(3,502)=33.835$, $t=8.130$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde; benlik algısını ($b=-.626$, %95 GA [-.825, -.426], $F(3,502)=22.134$, $t=-6.169$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.093$, %95 GA [-

1.332, -.854], $F(3,502)=39.456$, $t=-8.995$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliği ($b=-.189$, %95 GA [-.281, -.097], $F(3,502)=10.944$, $t=-4.035$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Diğer yandan, travmanın, içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.028$, %95 GA [-.066, .011], $F(3,502)=.891$, $t=-1.401$, $p=.162$) olumlu ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=.013$, %95 GA [-.029, .055], $F(3,502)=.170$, $t=.618$, $p=.537$) ise olumsuz yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde etkilediği bulgulanmıştır.

Daha sonra, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edildiği ve DEHB'nin yordayıcı olduğu model için travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.346$, %95 GA [.307, .384], $F(2,503)=164.490$, $t=17.806$, $p=.000$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.185$, %95 GA [.141, .230], $F(2,503)=50.374$, $t=8.157$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde; benlik algısını ($b=-.699$, %95 GA [-.894, -.504], $F(2,503)=28.317$, $t=-7.043$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.148$, %95 GA [-1.380, -.915], $F(2,503)=57.169$, $t=-9.708$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliği ($b=-.215$, %95 GA [-.305, -.125], $F(2,503)=13.745$, $t=-4.702$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Diğer yandan, travmanın, içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.027$, %95 GA [-.065, .010], $F(2,503)=1.336$, $t=-1.427$, $p=.154$) olumsuz ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=.011$, %95 GA [-.030, .051], $F(2,503)=.138$, $t=.516$, $p=.606$) ise olumlu yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde etkilediği bulgulanmıştır.



Şekil 5.23 Travma Düzeyi ile OKB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Türünün Biçimlendirici Etkisi



Şekil 5.24 Travma Düzeyi ile DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Türünün Biçimlendirici Etkisi

Sonrasında, yordayıcı değişkenler olarak belirlenen düzenleyici, aracı ve bağımsız değişkenlerin OKB ve DEHB belirti düzeyi (yordanan) üzerindeki etkilerine yakından bakılmıştır. Cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edilmesi durumunda, OKB üzerinde travmanın ($b=.675$, %95 GA [.301, 1.048], $t=3.551$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde, benlik algısının ($b=.106$, %95 GA [.007, .205], $t=2.095$, $p=.037$) anlamlı ve olumlu yönde, algılanan sosyal desteğin ($b=-.139$, %95 GA [-.215, -.064], $t=-3.625$, $p=.000$) anlamlı ve olumsuz yönde ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.944$, %95 GA [.571 1.316], $t=4.980$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Yine OKB üzerinde bilişsel esnekliğin ($b=-.055$, %95 GA [-.211, .101], $t=-.690$, $p=.490$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.110$, %95 GA [-.274, .494], $t=.564$, $p=.573$) anlamsız ve olumlu yönde, dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.257$, %95 GA [-.081, .594], $t=1.494$, $p=.136$) anlamsız ve olumlu yönde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.129$, %95 GA [-.173, .431], $t=.841$, $p=.401$) anlamsız ve olumlu yönde ve travma türünün ($b=1.057$, %95 GA [-2.304, 4.417], $t=.618$, $p=.537$) anlamsız ve olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Tüm yordayıcı olarak değerlendirilen değişkenlerin OKB üzerindeki değişimin de yaklaşık %'38'ini açıklamaktadır (($F(12,493)=24.948$, $R^2=.378$, $p<.05$). Öte yandan, Bootstrap tekniği ile travmanın OKB üzerindeki dolaylı etkisine bakıldığında anlamlı bir dolaylı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($b=.426$, %95 GA [.291, .571]).

Ek olarak, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, DEHB üzerinde travmanın ($b=.279$, %95 GA [.017, .541], $t=2.088$, $p=.037$) anlamlı ve olumlu yönde, algılanan sosyal desteğin ($b=-.074$, %95 GA [-.127, -.021], $t=-2.758$, $p=.006$) anlamlı ve olumsuz yönde, dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.595$, %95 GA [.358, .832], $t=4.928$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.589$, %95 GA [.377, .800], $t=5.462$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Yine DEHB üzerinde benlik algısının ($b=-.010$, %95 GA [-.079, .060], $t=-.281$, $p=.779$) anlamsız ve olumsuz yönde, bilişsel esnekliğin ($b=-.063$, %95 GA [-.172, .047], $t=-1.130$, $p=.259$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=-.146$, %95 GA [-.416, .124], $t=-1.065$, $p=.287$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.172$, %95 GA [-.085, .430], $t=1.315$, $p=.189$) anlamsız ve olumlu yönde ve travma türünün ($b=.811$, %95 GA [-1.550, 3.171], $t=.675$, $p=.500$) anlamsız ve olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Tüm yordayıcı olarak değerlendirilen

değişkenler, DEHB üzerindeki değişimin yaklaşık %'30'unu açıklamaktadır (($F(11,494)=19.554$, $R^2=.303$, $p<.05$). Öte yandan, Bootstrap tekniği ile travmanın DEHB üzerindeki dolaylı etkisine bakıldığında anlamlı bir dolaylı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($b=.285$, %95 GA [.179, .401]).

En sonunda ise travmanın OKB ve DEHB üzerindeki doğrudan etkisinde, travma türünün Büyük T, küçük t ve her ikisi olarak üç kategoride düzenleyici etkisi incelenmiştir. Cinsiyet ve psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, travma türünün, travma ve OKB arasındaki kompleks ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($b=-.012$, %95 GA [-.183, .160], $t=-.131$, $p=.896$). Ayrıca, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edilmesi halinde travma türünün, travma ve DEHB arasındaki kompleks ilişkide yine istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($b=-.031$, %95 GA [-.151, .090], $t=-.498$, $p=.619$). Bu sebeple, travma ile OKB ve DEHB düzeyi arasındaki ilişkide benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı ve travma türünün biçimlendirici etkisi olduğunu savunan hipotez reddedilmiştir.

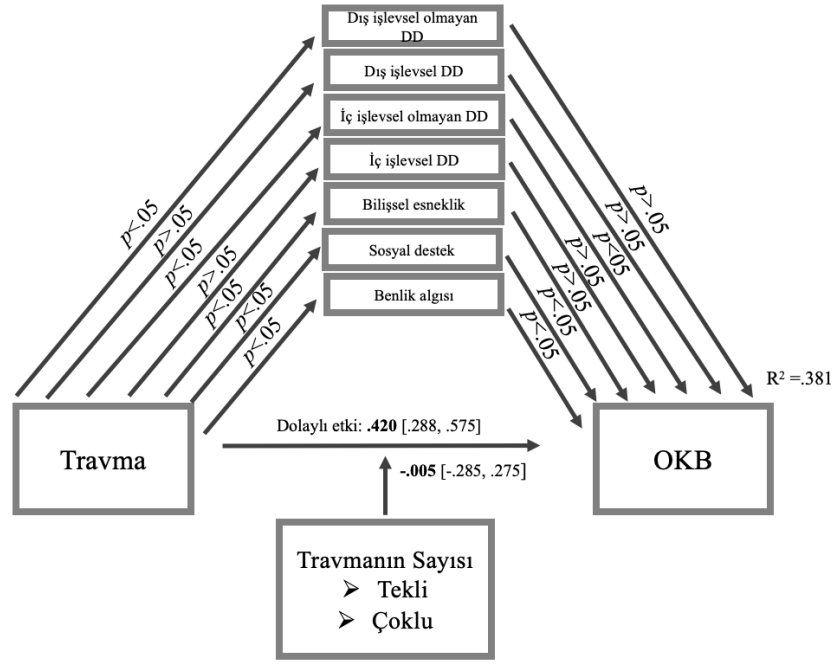
Tablo 5.26 Travma ile OKB ve DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Türünün Biçimlendirici Etkisi

Değişkenler	OKB							DEHB						
	b	LLCI	ULCI	SH	p	t	R ²	b	LLCI	ULCI	SH	p	t	R ²
Model 1														
Travma (X)														
Psikolojik destek alma (C)														
Cinsiyet (C)								-	-	-	-	-	-	-
Benlik algısı (M1)	-.626	-.825	-.426	.101	.000	-6.169	.117	-.699	-.894	-.504	.099	.000	-7.043	.101
Sosyal destek (M2)	-1.093	-1.332	-.854	.122	.000	-8.995	.191	-1.148	-1.380	-.915	.118	.000	-9.708	.185
Bilişsel esneklik (M3)	-.189	-.281	-.097	.047	.000	-4.035	.061	-.215	-.305	-.125	.046	.000	-4.702	.052
İç işlevsel duygu düzenleme (M4)	-.028	-.066	.011	.020	.162	-1.401	.005	-.027	-.065	.010	.019	.154	-1.427	.005
İç işlevsiz duygu düzenleme (M5)	.323	.284	.361	.020	.000	16.492	.422	.346	.307	.384	.019	.000	17.806	.395
Dış işlevsel duygu düzenleme (M6)	.013	-.029	.055	.021	.537	.618	.001	.011	-.030	.051	.021	.606	.516	.001
Dış işlevsiz duygu düzenleme (M7)	.190	.144	.236	.023	.000	-8.893	.168	.185	.141	.230	.023	.000	8.157	.167
Model 2														
Travma (X1)	.675	.301	1.048	.190	.000	3.551		.279	.017	.541	.134	.037	2.088	
Benlik algısı (X2)	.106	.007	.205	.050	.037	2.095		-.010	-.079	.060	.035	.779	-.281	
Sosyal destek (X3)	-.139	-.215	-.064	.038	.000	-3.625		-.074	-.127	-.021	.027	.006	-2.758	
Bilişsel esneklik (X4)	-.055	-.211	.101	.079	.490	-.690		-.063	-.172	.047	.056	.259	-1.130	
İç işlevsel duygu düzenleme (X5)	.110	-.274	.494	.196	.573	.564		-.146	-.416	.124	.137	.287	-1.065	
İç işlevsiz duygu düzenleme (X6)	.944	.571	1.316	.190	.000	4.980	.378*	.172	-.085	.430	.131	.189	1.315	.303*
Dış işlevsel duygu düzenleme (X7)	.257	-.081	.594	.172	.136	1.494		.595	.358	.832	.121	.000	4.928	
Dış işlevsiz duygu düzenleme (X8)	.129	-.173	.431	.154	.401	.841		.589	.377	.800	.108	.000	5.462	
Travma türü (W)	1.057	-2.304	4.417	1.710	.537	.618		.811	-1.550	3.171	1.201	.500	.675	
X*W (Etkileşim)	-.012	-.183	.160	.087	.896	-.131		-.031	-.151	.090	.061	.619	-.498	
Psikolojik destek alma (C)	-.650	-3.331	2.032	1.365	.634	-.476		.093	-1.784	1.970	.956	.923	.097	
Cinsiyet (C)	-2.607	-5.005	-.209	1.221	.033	-2.136		-	-	-	-	-	-	-
Model 3														
Dolaylı etki	.426	.291	.571					.285	.179	.401				
Büyük T	.663	.422	.904	.123	.000	5.409		.248	.079	.417	.086	.004	2.881	
Küçük t	.652	.463	.841	.096	.000	6.775		.218	.085	.350	.067	.001	3.228	
Her ikisi de	.640	.371	.910	.137	.000	4.675		.187	-.001	.375	.096	.052	1.950	

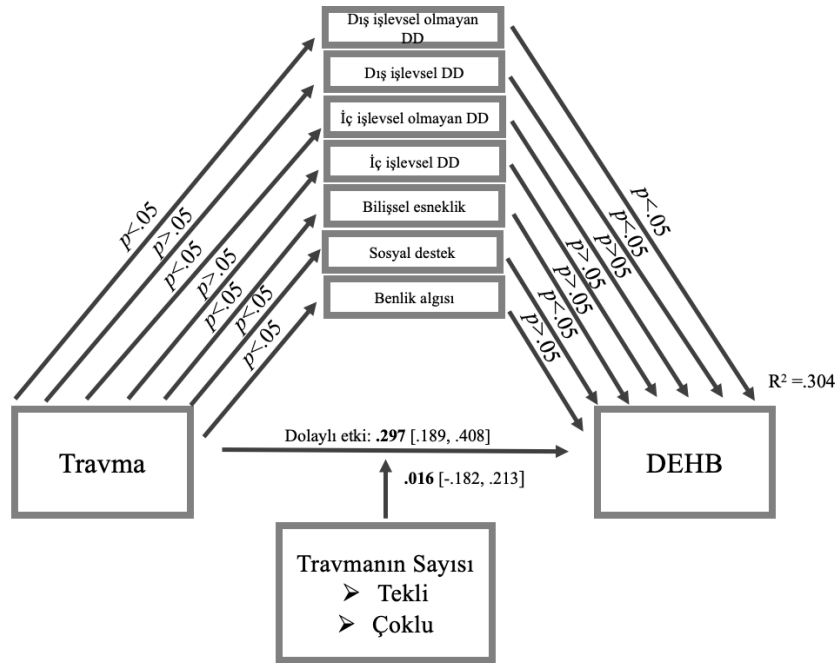
Not: N=506, p<.05.

Tablo 5.27’de verildiği ve Şekil 5.25 ile Şekil 5.26’da görülebildiği üzere, araştırmanın hipotezlerinde değerlendirilmiş travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide, travmanın yordayıcı, OKB ve DEHB’nin ayrı ayrı yordanan, benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı ve travma sayısının biçimlendirici etkisinin birlikte değerlendirildiği durumsal aracılı araştırma modellerinde, başta travmanın aracı değişkenler üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Öncelikle cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edildiği ve OKB’nin yordayıcı olduğu modelde, travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.323$, %95 GA [.284, .361], $F(3,502)=122.387$, $t=16.492$, $p=.000$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.190$, %95 GA [.144, .236], $F(3,502)=33.835$, $t=8.130$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde; benlik algısını ($b=-.626$, %95 GA [-.825, -.426], $F(3,502)=22.134$, $t=-6.169$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.093$, %95 GA [-1.332, -.854], $F(3,502)=39.456$, $t=-8.995$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliği ($b=-.189$, %95 GA [-.281, -.097], $F(3,502)=10.944$, $t=-4.035$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Diğer yandan, travmanın, içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.028$, %95 GA [-.066, .011], $F(3,502)=.891$, $t=-1.401$, $p=.162$) olumlu ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=.013$, %95 GA [-.029, .055], $F(3,502)=.170$, $t=.618$, $p=.537$) ise olumsuz yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde etkilediği bulgulanmıştır.

Daha sonra, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edildiği ve DEHB’nin yordayıcı olduğu model için travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.346$, %95 GA [.307, .384], $F(2,503)=164.490$, $t=17.806$, $p=.000$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.185$, %95 GA [.141, .230], $F(2,503)=50.374$, $t=8.157$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde; benlik algısını ($b=-.699$, %95 GA [-.894, -.504], $F(2,503)=28.317$, $t=-7.043$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.148$, %95 GA [-1.380, -.915], $F(2,503)=57.169$, $t=-9.708$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliği ($b=-.215$, %95 GA [-.305, -.125], $F(2,503)=13.745$, $t=-4.702$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Diğer yandan, travmanın, içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.027$, %95 GA [-.065, .010], $F(2,503)=1.336$, $t=-1.427$, $p=.154$) olumsuz ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=.011$, %95 GA [-.030, .051], $F(2,503)=.138$, $t=.516$, $p=.606$) ise olumlu yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde etkilediği bulgulanmıştır.



Şekil 5.25 Travma Düzeyi ile OKB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Sayısının Biçimlendirici Etkisi



Şekil 5.26 Travma Düzeyi ile DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Sayısının Biçimlendirici Etkisi

Öte yandan, yordayıcı değişkenler olarak belirlenen düzenleyici, aracı ve bağımsız değişkenlerin OKB ve DEHB belirti düzeyi (yordanan) üzerindeki etkilerine yakından bakılmıştır. Cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, OKB üzerinde travmanın ($b=.671$, %95 GA [.442, .899], $t=5.770$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde, benlik algısının ($b=.109$, %95 GA [.010, .208], $t=2.162$, $p=.031$) anlamlı ve olumlu yönde, algılanan sosyal desteğin ($b=-.143$, %95 GA [-.218, -.069], $t=-3.762$, $p=.002$) anlamlı ve olumsuz yönde ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.937$, %95 GA [.567 1.307], $t=4.970$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Yine OKB üzerinde bilişsel esnekliğin ($b=-.046$, %95 GA [-.202, .109], $t=-.585$, $p=.559$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.107$, %95 GA [-.276, .491], $t=.549$, $p=.583$) anlamsız ve olumlu yönde, dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.248$, %95 GA [-.089, .584], $t=1.446$, $p=.149$) anlamsız ve olumlu yönde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.105$, %95 GA [-.195, .405], $t=.686$, $p=.493$) anlamsız ve olumlu yönde ve travma sayısının ($b=2.356$, %95 GA [-3.129, 7.841], $t=.844$, $p=.399$) anlamsız ve olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Tüm yordayıcı olarak değerlendirilen değişkenler OKB üzerindeki değişimin de yaklaşık %'38'ini açıklamaktadır (($F(12,493)=25.251$, $R^2=.381$, $p<.05$). Öte yandan, Bootstrap tekniği ile travmanın OKB üzerindeki dolaylı etkisine bakıldığında anlamlı bir dolaylı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($b=.420$, %95 GA [.288, .575]).

Bir de, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edildiği durumda DEHB üzerinde, travmanın ($b=.215$, %95 GA [.055, .375], $t=2.639$, $p=.009$) anlamlı ve olumlu yönde, algılanan sosyal desteğin ($b=-.077$, %95 GA [-.130, -.024], $t=-2.865$, $p=.004$) anlamlı ve olumsuz yönde, dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.612$, %95 GA [.375, 849], $t=5.077$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.583$, %95 GA [.373, .794], $t=5.443$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Yine DEHB üzerinde benlik algısının ($b=-.012$, %95 GA [-.081, .058], $t=-.334$, $p=.739$) anlamsız ve olumsuz yönde, bilişsel esnekliğin ($b=-.067$, %95 GA [-.176, .042], $t=-1.202$, $p=.230$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=-.146$, %95 GA [-.415, .124], $t=-1.060$, $p=.290$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.195$, %95 GA [-.062, .452], $t=1.492$, $p=.136$) anlamsız ve olumlu yönde ve travma sayısının ($b=-1,174$, %95 GA [-5.024, 2.677], $t=-.599$, $p=.550$) anlamsız ve olumsuz yönde etki ettiği görülmüştür. Tüm yordayıcı olarak

değerlendirilen değişkenler DEHB üzerindeki değişimin de yaklaşık %30'unu açıklamaktadır (($F(11,494)=19.643$, $R^2=.304$, $p<.05$). Öte yandan, Bootstrap tekniği ile travmanın DEHB üzerindeki dolaylı etkisine bakıldığında anlamlı bir dolaylı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($b=.297$, %95 GA [.189, .408]).

Son analiz basamağında, travmanın OKB ve DEHB üzerindeki doğrudan etkisinde, travma sayısının tekli ve çoklu olmak üzere iki kategoride düzenleyici etkisi incelenmiştir. Cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, travma sayısının, travma ve OKB arasındaki kompleks ilişkide düzenleyici bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($b=-.005$, %95 GA [-.285, .275], $t=-.035$, $p=.972$). Ayrıca, yine travma sayısının psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, travma ve DEHB arasındaki kompleks ilişkide düzenleyici bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($b=-.016$, %95 GA [-.182, .213], $t=.155$, $p=.877$). Bu sebeple, travma ile OKB ve DEHB düzeyi arasındaki ilişkide benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı ve travma sayısının biçimlendirici etkisi olduğunu savunan hipotez reddedilmiştir.

Tablo 5. 27 Travma ile OKB ve DEHB Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travma Sayısının Biçimlendirici Etkisi

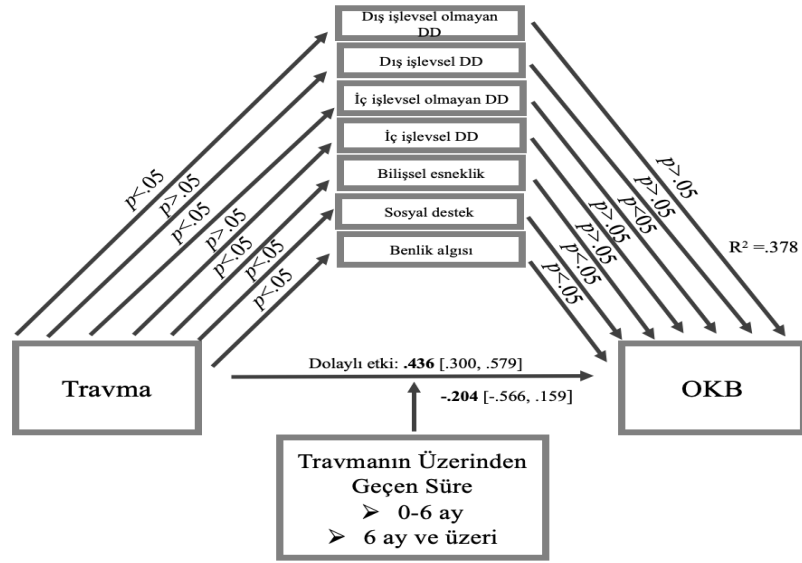
Değişkenler	OKB							DEHB						
	b	LLCI	ULCI	SH	p	t	R ²	b	LLCI	ULCI	SH	p	t	R ²
Model 1														
Travma (X)														
Psikolojik destek alma (C)														
Cinsiyet (C)								-	-	-	-	-	-	-
Benlik algısı (M1)	-.626	-.825	-.426	.101	.000	-6.169	.117	-.699	-.894	-.504	.099	.000	-7.043	.101
Sosyal destek (M2)	-1.093	-1.332	-.854	.122	.000	-8.995	.191	-1.148	-1.380	-.915	.118	.000	-9.708	.185
Bilişsel esneklik (M3)	-.189	-.281	-.097	.047	.000	-4.035	.061	-.215	-.305	-.125	.046	.000	-4.702	.052
İç işlevsel duygu düzenleme (M4)	-.028	-.066	.011	.020	.162	-1.401	.005	-.027	-.065	.010	.019	.154	-1.427	.005
İç işlevsiz duygu düzenleme (M5)	.323	.284	.361	.020	.000	16.492	.422	.346	.307	.384	.019	.000	17.806	.395
Dış işlevsel duygu düzenleme (M6)	.013	-.029	.055	.021	.537	.618	.001	.011	-.030	.051	.021	.606	.516	.001
Dış işlevsiz duygu düzenleme (M7)	.190	.144	.236	.023	8.130	.000	.168	.185	.141	.230	.023	.000	8.157	.167
Model 2														
Travma (X1)	.671	.442	.899	.116	.000	5.770		.215	.055	.375	.082	.009	2.639	
Benlik algısı (X2)	.109	.010	.208	.050	.031	2.162		-.012	-.081	.058	.035	.739	-.334	
Sosyal destek (X3)	-.143	-.218	-.069	.038	.002	-3.762		-.077	-.130	-.024	.027	.004	-2.865	
Bilişsel esneklik (X4)	-.046	-.202	.109	.079	.559	-5.85		-.067	-.176	.042	.056	.230	-1.202	
İç işlevsel duygu düzenleme (X5)	.107	-.276	.491	.195	.583	.549		-.146	-.415	.124	.137	.290	-1.060	
İç işlevsiz duygu düzenleme (X6)	.937	.567	1.307	.189	.000	4.970		.195	-.062	.415	.131	.136	1.492	.304*
Dış işlevsel duygu düzenleme (X7)	.248	-.089	.584	.171	.149	1.446	.381*	.612	.375	-.062	.121	.000	5.077	
Dış işlevsiz duygu düzenleme (X8)	.105	-.195	.405	.153	.493	.686		.583	.373	.375	.107	.000	5.443	
Travma türü (W)	2.356	-3.129	7.841	2.792	.399	.844		-1.174	-5.024	.373	1.960	.550	-.599	
X*W (Etkileşim)	-.005	-.285	.275	.143	.972	-.035		.016	-.182	-5.024	.100	.877	.155	
Psikolojik destek alma (C)	-.766	-3.443	1.911	1.362	.574	-.563		.170	-1.706	-.182	.955	.859	.178	
Cinsiyet (C)	-2.713	-5.107	-.319	1.218	.026	-2.227		-	-	-	-	-	-	-
Model 3														
Dolaylı etki	.420	.288	.575					.297	.189	.408				
Tekli travma	.671	.442	.899	.116	.000	5.770		.215	.055	.375	.082	.009	2.639	
Çoklu travma	.666	.427	.905	.122	.000	5.473		.231	.086	.350	.086	.007	2.698	

Not: N=506, p<.05.

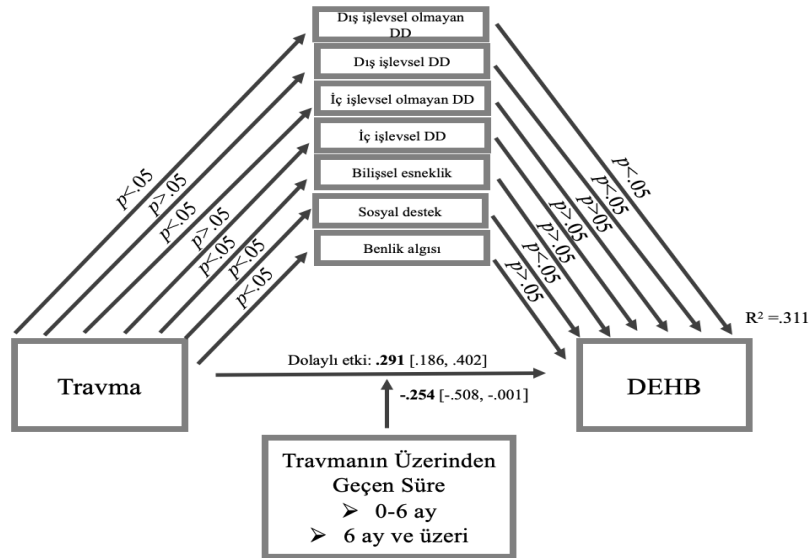
Tablo 5.28’de verildiği ve Şekil 5.27 ile Şekil 5.28’de görülebildiği üzere, araştırmanın hipotezlerinde değerlendirilmiş travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide, travmanın yordayıcı, OKB ve DEHB’nin ayrı ayrı yordanan, benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı ve travmanın üzerinden geçen sürenin biçimlendirici etkisinin birlikte değerlendirildiği durumsal aracılı araştırma modellerinde, öncelikle travmanın aracı değişkenler üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. İlk olarak, cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisinin kontrol edildiği ve OKB’nin yordayıcı olduğu modelde, travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiş ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.323$, %95 GA [.284, .361], $F(3,502)=122.387$, $t=16.492$, $p=.000$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.190$, %95 GA [.144, .236], $F(3,502)=33.835$, $t=8.130$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde; benlik algısını ($b=-.626$, %95 GA [-.825, -.426], $F(3,502)=22.134$, $t=-6.169$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.093$, %95 GA [-1.332, -.854], $F(3,502)=39.456$, $t=-8.995$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliği ($b=-.189$, %95 GA [-.281, -.097], $F(3,502)=10.944$, $t=-4.035$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Diğer yandan, travmanın, içsel işlevsel olan duygu düzenleme ($b=-.028$, %95 GA [-.066, .011], $F(3,502)=.891$, $t=-1.401$, $p=.162$) olumlu ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=.013$, %95 GA [-.029, .055], $F(3,502)=.170$, $t=.618$, $p=.537$) ise olumsuz yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde etkilediği bulgulanmıştır.

Daha sonra, psikolojik destek alma durumunun kontrol edildiği ve DEHB’nin yordanan olduğu model için, travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcılığı incelenmiştir. Travmanın içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.346$, %95 GA [.307, .384], $F(2,503)=164.490$, $t=17.806$, $p=.000$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemeyi ($b=.185$, %95 GA [.141, .230], $F(2,503)=50.374$, $t=8.157$, $p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde; benlik algısını ($b=-.699$, %95 GA [-.894, -.504], $F(2,503)=28.317$, $t=-7.043$, $p=.000$), algılanan sosyal desteği ($b=-1.148$, %95 GA [-1.380, -.915], $F(2,503)=57.169$, $t=-9.708$, $p=.000$) ve bilişsel esnekliği ($b=-.215$, %95 GA [-.305, -.125], $F(2,503)=13.745$, $t=-4.702$, $p=.000$) ise istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Diğer yandan, travmanın, içsel işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=-.027$, %95 GA [-.065, .010], $F(2,503)=1.336$, $t=-1.427$, $p=.154$) olumsuz ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemeyi ($b=.011$, %95 GA

[-.030, .051], $F(2,503)=.138$, $t=.516$, $p=.606$) ise olumlu yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde etkilediği bulunmuştur.



Şekil 5.27 Travma Düzeyi ile OKB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Biçimlendirici Etkisi



Şekil 5.28 Travma Düzeyi ile DEHB Düzeyi Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Biçimlendirici Etkisi

Nihayetinde, yordayıcı değişkenler olarak belirlenen düzenleyici, aracı ve bağımsız değişkenlerin OKB ve DEHB belirti düzeyi (yordanan) üzerindeki etkilerine yakından bakılmıştır. Cinsiyet ile psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, OKB üzerinde travmanın ($b=.830$, %95 GA [.480, 1.180], $t=4.656$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde, benlik algısının ($b=.104$, %95 GA [.005, .203], $t=2.060$, $p=.040$) anlamlı ve olumlu yönde, algılanan sosyal desteğin ($b=-.142$, %95 GA [-.218, -.067], $t=-3.707$, $p=.000$) anlamlı ve olumsuz yönde ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.964$, %95 GA [.594, 1.335], $t=5.116$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Yine OKB üzerinde bilişsel esnekliğin ($b=-.054$, %95 GA [-.210, .102], $t=-.678$, $p=.498$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.101$, %95 GA [-.285, .487], $t=.512$, $p=.609$) anlamsız ve olumlu yönde, dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.287$, %95 GA [-.051, .624], $t=1.669$, $p=.096$) anlamsız ve olumlu yönde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.122$, %95 GA [-.178, .422], $t=.800$, $p=.424$) anlamsız ve olumlu yönde ve travmanın üzerinden geçen sürenin ($b=4.528$, %95 GA [-2.417, 11.473], $t=1.281$, $p=.201$) anlamsız ve olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Tüm yordayıcı olarak değerlendirilen değişkenlerin OKB üzerindeki değişimin de yaklaşık %'38'ini açıklamaktadır (($F(12,493)=24.971$, $R^2=.378$, $p<.05$). Öte yandan, Bootstrap tekniği ile travmanın OKB üzerindeki dolaylı etkisine bakıldığında anlamlı bir dolaylı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($b=.436$, %95 GA [.300, .579]).

Ek olarak, psikolojik destek alma durumu kontrol edildiğinde, DEHB üzerinde travmanın ($b=.430$, %95 GA [.186, .675], $t=3.456$, $p=.001$) anlamlı ve olumlu yönde, algılanan sosyal desteğin ($b=-.070$, %95 GA [-.123 -.017], $t=-2.609$, $p=.009$) anlamlı ve olumsuz yönde, dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=.622$, %95 GA [.386, .858], $t=5.186$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.593$, %95 GA [.384, .801], $t=5.577$, $p=.000$) anlamlı ve olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Yine DEHB üzerinde benlik algısının ($b=-.016$, %95 GA [-.086, .053], $t=-.464$, $p=.643$) anlamsız ve olumsuz yönde, bilişsel esnekliğin ($b=-.052$, %95 GA [-.161, .057], $t=-.935$, $p=.351$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olan duygu düzenlemenin ($b=-.180$, %95 GA [-.449 .090], $t=-1.309$, $p=.191$) anlamsız ve olumsuz yönde, içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ($b=.193$, %95 GA [-.062, .448], $t=1.490$, $p=.137$) anlamsız ve olumlu yönde ve travmanın üzerinden geçen sürenin ($b=3.021$, %95 GA [-1.832, 7.873], $t=1.223$, $p=.222$) anlamsız ve olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Tüm yordayıcı olarak değerlendirilen

değişkenlerin DEHB üzerindeki değişimin de yaklaşık %'31'ini açıklamaktadır (($F(11,494)=20.273$, $R^2=.311$, $p<.05$). Öte yandan, Bootstrap tekniği ile travmanın DEHB üzerindeki dolaylı etkisine bakıldığında anlamlı bir dolaylı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($b=.291$, %95 GA [.186, .402]).

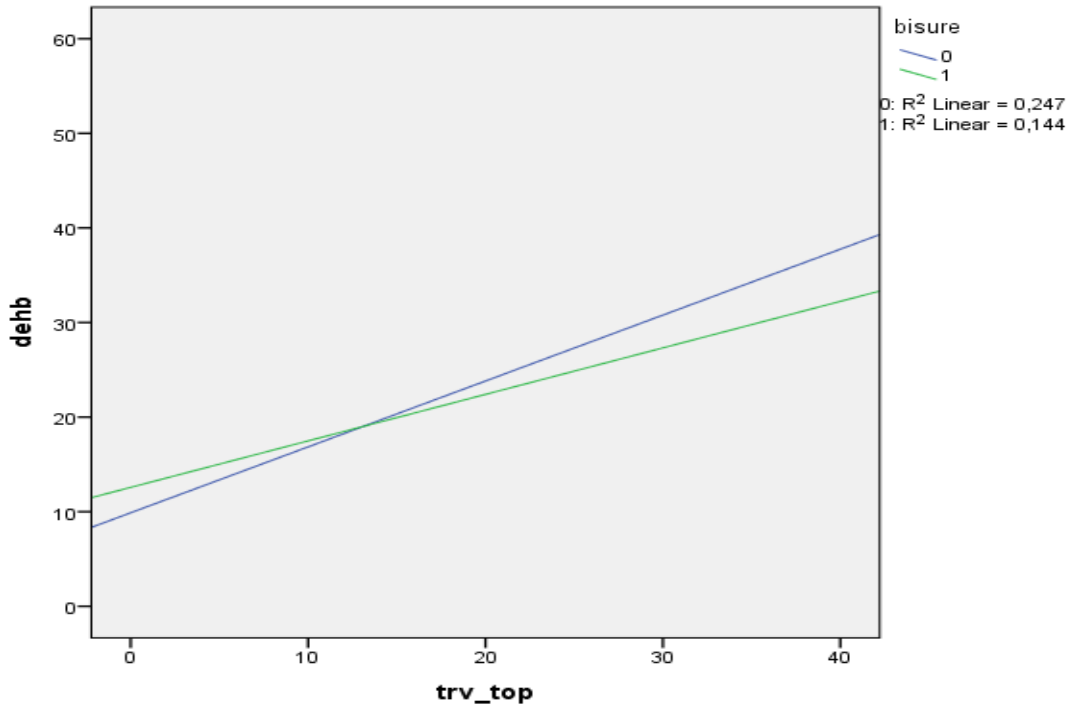
Son olarak, travmanın OKB ve DEHB üzerindeki doğrudan etkisinde, travmanın üzerinden geçen sürenin 0-6 ay ve 6 ay üzerinde süre geçmesi olarak iki kategoride düzenleyici etkisi incelenmiştir. Cinsiyet ile psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, travmanın üzerinden geçen sürenin, travma ve OKB arasındaki kompleks ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($b=-.204$, %95 GA [-.566, .159], $t=-1.103$, $p=.271$). En önemlisi, travma ve DEHB arasındaki kompleks ilişkide, psikolojik destek alıp almıyor olmanın etkisi kontrol edildiğinde, travmanın üzerinden geçen sürenin istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir düzenleyici etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($b=-.254$, %95 GA [-.508, -.001], $t=-1.972$, $p=.049$). Diğer bir deyişle, travma ile DEHB düzeyi arasındaki ilişkide benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenlemenin aracı ve travmanın üzerinden geçen sürenin biçimlendirici etkisi olduğunu savunan hipotez kabul edilmiştir. Etkileşimsel etki (Travmanın üzerinden geçen süre * Travma belirti düzeyi) DEHB üzerindeki varyansın yaklaşık %0.54'ünü anlamlı bir şekilde açıklamıştır ($F(1,494)=3.888$, $p<.05$).

Tablo 5.28 Travma ile OKB ve DEHB Arasındaki İlişkide Benlik Algısı, Algılanan Sosyal Destek, Bilişsel Esneklik ve Duygu Düzenlemenin Aracı ve Travmanın Üzerinden Geçen Sürenin Biçimlendirici Etkisi

Değişkenler	OKB							DEHB						
	b	LLCI	ULCI	SH	p	t	R ²	b	LLCI	ULCI	SH	p	t	R ²
Model 1														
Travma (X)														
Psikolojik destek alma (C)														
Cinsiyet (C)								-	-	-	-	-	-	-
Benlik algısı (M1)	-.626	-.825	-.426	.101	.000	-6.169	.117	-.699	-.894	-.504	.099	.000	-7.043	.101
Sosyal destek (M2)	-1.093	-1.332	-.854	.122	.000	-8.995	.191	-1.148	-1.380	-.915	.118	.000	-9.708	.185
Bilişsel esneklik (M3)	-.189	-.281	-.097	.047	.000	-4.035	.061	-.215	-.305	-.125	.046	.000	-4.702	.052
İç işlevsel duygu düzenleme (M4)	-.028	-.066	.011	.020	.162	-1.401	.005	-.027	-.065	.010	.019	.154	-1.427	.005
İç işlevsiz duygu düzenleme (M5)	.323	.284	.361	.020	.000	16.492	.422	.346	.307	.384	.019	.000	17.806	.395
Dış işlevsel duygu düzenleme (M6)	.013	-.029	.055	.021	.537	.618	.001	.011	-.030	.051	.021	.606	.516	.001
Dış işlevsiz duygu düzenleme (M7)	.190	.144	.236	.023	8.130	.000	.168	.185	.141	.230	.023	.000	8.157	.167
Model 2														
Travma (X1)	.830	.480	1.180	.178	.000	4.656		.430	.186	.675	.125	.001	3.456	
Benlik algısı (X2)	.104	.005	.203	.051	.040	2.060		-.016	-.086	.053	.035	.643	-.464	
Sosyal destek (X3)	-.142	-.218	-.067	.038	.000	-3.707		-.070	-.123	-.017	.027	.009	-2.609	
Bilişsel esneklik (X4)	-.054	-.210	.102	.079	.498	-.678		-.052	-.161	.057	.055	.351	-.935	
İç işlevsel duygu düzenleme (X5)	.101	-.285	.487	.196	.609	.512		-.180	-.449	.090	.137	.191	-1.309	
İç işlevsiz duygu düzenleme (X6)	.964	.594	1.335	.189	.000	5.116	.378	.193	-.062	.448	.130	.137	1.490	.311*
Dış işlevsel duygu düzenleme (X7)	.287	-.051	.624	.172	.096	1.669		.622	.386	.858	.120	.000	5.186	
Dış işlevsiz duygu düzenleme (X8)	.122	-.178	.422	.153	.424	.800		.593	.384	.801	.106	.000	5.577	
Travma türü (W)	4.528	-2.417	11.473	3.535	.201	1.281		3.021	-1.832	7.873	2.470	.222	1.223	
X*W (Etkileşim)	-.204	-.566	.159	.185	.271	-1.103		-.254	-.508	-.001	.129	.049	-1.972	
Psikolojik destek alma (C)	-.586	-3.266	2.094	1.364	.668	-.430		.198	-1.668	2.064	.950	.835	.208	
Cinsiyet (C)	-2.713	-5.107	-.319	1.218	.026	-2.227		-	-	-	-	-	-	-
Model 3														
Dolaylı etki	.436	.300	.579					.291	.186	.402				
0- 6 ay	.830	.480	1.180	.178	.000	4.656		.430	.186	.675	.125	.001	3.456	
6 ay ve üzeri	.627	.428	.825	.101	.000	6.191		.176	.038	.315	.071	.013	2.500	

Not: N=506, p<.05.

Şekil 5.29’da görülebildiği üzere, biçimlendirici etki olan travmanın üzerinden geçen süre, 0-6 ay önce ($b=.430$, %95 GA [.186, .675], $t=3.456$, $p=.001$) veya 6 ayın üzerinde bir zaman önce ($b=.176$, %95 GA [.038, .315], $t=2.500$, $p=.013$) olarak kategorize edilerek değerlendirilmeye alınmıştır. Grafiğe göre, 0-6 ay önce travmatik deneyim yaşamış olmanın, 6 ayın üzerinde bir zaman önce travmatik deneyim yaşamış olmaya göre, travma ile DEHB arasındaki etkileşimi anlamlı ve daha fazla bir şekilde arttırdığı bulgulanmıştır.



Şekil 5.29 Travmanın Üzerinden Geçen Süreye Dair Biçimlendirici Etki Düzeylerinin Çizgi Grafiği

5.5. Araştırmaya Konu Edilen Ruh Sağlığı Değişkenlerini Ölçümleyen Ölçeklerden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın yan amacı doğrultusunda, sosyodemografik verilerin araştırmada konu edilen ölçek puanlarına göre gruplar arası değişimleri değerlendirilmiştir. Öncelikle, Tablo 5.29’da görüldüğü üzere, travma belirti düzeyini ölçen DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu’ndan alınan puanlara bakıldığında, cinsiyete göre travma belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı

farklılaşmaktadır ($t(792)=-6.386, p<.01$). Kadınların travma belirti puanı düzeyi ($M=16.94, SD=8.44$), erkeklerin travma belirti düzeyine ($M=13.21, SD=7.99$) göre anlamlı bir şekilde fazla bulunmuştur.

Psikolojik destek alıp almıyor olmaya göre travma belirti düzeyinin farklılaşması incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=-6.334, p<.01$). Psikolojik destek alan kişilerin travma belirti düzeyi ($M=18.93, SD=8.63$), psikolojik destek almayanların travma belirti düzeyine ($M=14.25, SD=8.13$) göre anlamlı olarak yüksek görülmüştür.

Ayrıca, travmatik bir deneyim yaşayıp yaşamamış olmaya göre de travma belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma göstermiştir ($t(792)=12.849, p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşayanların travma belirti düzeyi ($M=17.79, SD=8.02$), travmatik bir deneyim yaşamayanlarınkinden ($M=10.51, SD=7.01$) anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Bir de, sahip olunan travmatik deneyim sayısına göre travma belirti düzeyinin farklılaşması değerlendirildiğinde, travma belirti düzeyinin travma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(4,501)=4.786, p<.01$). Bu sebeple, ergenlerin travma sayısı ile travma belirti düzeyi arasındaki ilişkide gruplar arası farkları detaylı incelemek için Tukey HSD Post Hoc analizi yapılmıştır. Bu sonuçlarına göre, 5 ve üzeri travması olanların travma belirti düzeyi ($M=23.45, SD=9.28$), 1 travması olanlardan ($M=16.77, SD=8.27$) ve 2 travması olanlardan ($M=17.79, SD=7.51$) anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir. Son olarak, travmatik deneyim türlerinin, travma belirti düzeyine göre değişimi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmuştur.

Travma türlerinin etki düzeylerine bakıldığında, sırası ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=6.716, p<.01$), okulda yaşanan sorunlar ($t(792)=4.990, p<.01$), ölüm ($t(792)=4.360, p<.01$), ayrılıklar ($t(792)=4.057, p<.01$), cinsel ihmal ve istismar ($t(792)=3.031, p<.01$) ve yetersiz veya bozuk bakım almaya ($t(792)=2.157, p<.01$) dair travmatik deneyimlerin etkilediği görülmüştür ($R^2=.44, p<.01$).

Diğer yandan, travma belirti düzeyinin yaş, sınıf düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, psikolojik destek alım ve travmatik deneyim yaşamamanın üzerinden geçen süreye dair sosyodemografik değişkenlere göre değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.29 DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	16.94	8.44	412	-6.386**
	Erkek	13.21	7.99	382	
Psikolojik destek alma	Evet	18.93	8.63	153	-6.334**
	Hayır	14.25	8.13	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	17.79	8.02	506	-12.849**
	Hayır	10.51	7.01	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	14.78	8.69	161	0.474
	13	15.31	7.69	100	
	14	14.44	8.51	144	
	15	15.54	8.85	132	
	16	15.11	8.26	133	
	17	15.85	8.60	84	
	18	16.20	7.88	40	
	Sınıf	6	14.70	8.62	
7		14.37	8.82	79	
8		15.80	8.00	98	
9		14.16	8.72	135	
10		14.47	7.90	139	
11		16.70	8.48	181	
12		14.90	8.41	93	
Anne eğitim		Okuma yazma bilmiyor	13.83	8.96	12
	Okur yazar	14.82	8.46	22	
	İlkokul	14.90	8.59	175	
	Ortaokul	15.81	8.47	162	
	Lise	15.29	8.69	238	
	Üniversite	14.45	7.89	148	
	Lisans üzeri	15.95	7.95	37	
Baba eğitim	Okuma yazma bilmiyor	5.00	-	1	0.653
	Okur yazar	14.24	9.31	17	
	İlkokul	14.49	8.30	132	

Tablo 5.29 DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

		B	β	t	R^2	ΔR^2
Sosyoekonomik düzey	Ortaokul	15.82	8.61	158		
	Lise	15.29	8.63	255		
	Üniversite	14.85	8.17	180		
	Lisans üzeri	15.67	7.85	51		
	0-4500 TL	15.78	8.52	113	0.491	
	4500-10000 TL	15.29	8.24	344		
	10000-20000 TL	14.62	8.30	181		
	20000 ve üzeri TL	15.00	8.93	156		
Psikolojik destek alım süresi	0-6 ay	18.37	8.29	110	1.771	
	6 ay- 1 yıl	18.38	7.80	21		
	1 yıl- 2 yıl	24.08	10.49	13		
	2 yıldan fazla	19.67	10.63	9		
Travmatik deneyim yaşama süresi	0-6 ay önce	17.63	7.60	104	1.585	
	6 ay- 1 yıl önce	19.30	8.58	82		
	1 yıl- 2 yıl önce	18.23	7.82	94		
	2 yıldan fazla bir zaman önce	17.14	8.07	226		
Travmatik deneyim sayısı	1	16.77	8.27	244	4.786**	
	2	17.79	7.51	141		
	3	18.49	7.26	70		
	4	20.45	7.13	29		
	5 ve üzeri	23.45	9.28	22		
Travmatik deneyim türü						
	Ölüm	2.577	0.149	4.360**	0.448**	0.20
	Savaş/Politik durumlar/Terör	-2.554	-0.054	-1.657		
	Felaket	0.957	0.032	0.954		
	Cinsel ihmal/istismar	3.974	0.102	3.031**		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	3.127	0.073	2.157*		
	Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	-0.655	-0.018	-0.542		

Tablo 5.29 DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Yaralanma	0.554	0.020	0.612
Kişilerarası ilişkilerde sorun	4.902	0.222	6.716**
Kaçırılma	1.846	0.027	0.824
Ayrılma	4.058	0.133	4.057**
Okul sorunu	3.736	0.165	4.990**

Not: N= 794. ** $p<.01$.

Tablo 5.30'da aktarılan veriler ışığında, obsesif kompulsif belirti düzeyini ölçen Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu'ndan alınan puanlara göre, öncelikle cinsiyete göre OKB belirti düzeyindeki farklılaşmalar incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($t(792)=-3.330, p<.01$). Kadınların OKB belirti puanı düzeyi ($M=54.16, SD=15.98$), erkeklerin OKB belirti düzeyinden ($M=50.41, SD=15.69$) anlamlı olarak fazladır.

OKB belirti düzeyinin psikolojik destek alıp almamaya göre değişimine odaklanıldığında ise yine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=-4.096, p<.01$). Psikolojik destek alan bireylerin OKB belirti düzeyinin ($M=57.05, SD=16.41$), psikolojik destek almayanlara ($M=51.23, SD=15.63$) göre anlamlı olarak yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

Travmatik bir deneyim sahibi olup olmamaya göre OKB düzeyinin farklılaşmasına bakıldığında da, OKB belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($t(792)=-8.892, p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşayanların OKB belirti düzeyi ($M=55.98, SD=15.96$), travmatik bir deneyim yaşamayanlarınkinden ($M=45.99, SD=13.80$) anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Bireyin travmatik deneyim sayısına göre OKB belirti düzeyinin değişimi önemsendiğinde, OKB belirti düzeyi, travma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($F(4,501)=5.967, p<.01$). Gruplar arası farkların detaylı olarak incelenebilmesi için yapılan Tukey HSD Post Hoc analizi bulgularına göre, 5 ve üzerinde travması olanların OKB belirti düzeyi ($M=67.09, SD=14.43$), 1 travması olanlardan ($M=53.17, SD=15.37$) ve 2 travması olanların ($M=57.02, SD=16.81$) OKB belirti düzeyinden anlamlı olarak yüksek ifade edilmiştir.

Ek olarak, travmatik deneyim türlerinin, OKB belirti düzeyine göre değişimine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar gözlenmiştir. Sırası ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=5.691, p<.01$), okulda yaşanan sorunlar ($t(792)=3.714, p<.01$), ölüm ($t(792)=3.129, p<.01$), cinsel ihmal ve istismar ($t(792)=2.786, p<.01$) ve yetersiz veya bozuk bakım almaya ($t(792)=2.588, p<.01$) dair travmatik deneyimlerin, OKB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($R^2=.37, p<.01$).

Ayrıca, OKB belirti düzeyinin yaş, sınıf düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, psikolojik destek alım ve travmatik deneyim yaşamının üzerinden geçen süreye dair sosyodemografik değişkenlere göre değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.30 Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	54.16	15.98	412	-3.330**
	Erkek	50.41	15.69	382	
Psikolojik destek alma	Evet	57.05	16.41	153	-4.096**
	Hayır	51.23	15.63	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	55.98	15.96	506	-8.892**
	Hayır	45.99	13.80	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	53.37	15.68	161	1.206
	13	53.67	16.92	100	
	14	49.73	16.75	144	
	15	52.91	16.95	132	
	16	52.53	14.16	133	
	17	50.93	15.04	84	
	18	55.05	15.21	40	
	Sınıf	6	54.14	16.54	
7		52.67	15.26	79	
8		54.36	16.86	98	

Tablo 5.30 Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

	9	49.01	16.94	135	
	10	51.98	16.02	139	
	11	54.03	14.83	181	
	12	50.82	15.04	93	
Anne eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	52.58	16.91	12	
	Okur yazar	48.82	14.24	22	
	İlkokul	52.21	15.67	175	
	Ortaokul	53.31	16.15	162	0.456
	Lise	52.92	16.32	238	
	Üniversite	51.28	15.44	148	
	Lisans üzeri	51.57	17.09	37	
Baba eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	52.00	-	1	
	Okur yazar	49.29	16.73	17	
	İlkokul	52.98	16.08	132	
	Ortaokul	54.28	15.04	158	0.701
	Lise	51.90	16.58	255	
	Üniversite	51.52	15.57	180	
	Lisans üzeri	51.00	16.39	51	
Sosyoekonomik düzey					
	0-4500 TL	52.92	15.73	113	
	4500-10000 TL	52.06	14.64	344	
	10000-20000 TL	52.40	16.99	181	0.092
	20000 ve üzeri TL	52.53	17.65	156	
Psikolojik destek alım süresi					
	0-6 ay	56.17	16.20	110	
	6 ay- 1 yıl	54.14	15.38	21	
	1 yıl- 2 yıl	64.15	18.67	13	1.753
	2 yıldan fazla	64.33	15.96	9	
Travmatik deneyim yaşama süresi					
	0-6 ay önce	55.06	15.66	104	
	6 ay- 1 yıl önce	56.06	15.26	82	
	1 yıl- 2 yıl önce	56.03	16.29	94	0.143
	2 yıldan fazla bir zaman önce	56.28	16.21	226	
Travmatik deneyim sayısı					
	1	53.17	15.37	244	
	2	57.02	16.81	141	5.967**

Tablo 5.30 Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Çocuk Formu'ndan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

		B	β	t	R^2	ΔR^2
	3	57.74	13.18	70		
	4	61.28	17.84	29		
	5 ve üzeri	67.09	14.43	22		
Travmatik deneyim türü						
	Ölüm	3.629	0.111	3.129**		
	Savaş/Politik durumlar/Terör	-3.233	-0.036	-1.069		
	Felaket	2.769	0.050	1.407		
	Cinsel ihmal/istismar	7.168	0.097	2.786**		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	7.362	0.091	2.588*		
	Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	-1.306	-0.019	-0.550	0.374**	0.140
	Yaralanma	1.238	0.024	0.697		
	Kişilerarası ilişkilerde sorun	8.150	0.196	5.691**		
	Kaçırılma	4.904	0.038	1.115		
	Ayrılma	2.886	0.050	1.471		
	Okul sorunu	5.457	0.128	3.714**		

Not: N= 794. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tablo 5.31'de belirtilen ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirti düzeyini ölçen Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği'nden alınan puanlara göre, DEHB belirti düzeyini ölçen Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği'nden alınan puanlara bakıldığında, psikolojik destek alıp almıyor olmaya göre DEHB belirti düzeyinin farklılaşması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=-4.767, p < .01$). Psikolojik destek alan kişilerin DEHB belirti düzeyi ($M=23.28, SD=11.13$), psikolojik destek almayanların DEHB belirti düzeyine ($M=18.85, SD=10.12$) göre anlamlı olarak yüksek görülmüştür.

Travmatik bir deneyim yaşayıp yaşamamış olmaya göre de DEHB belirti düzeyi istatistiksel olarak farklılaşma göstermiştir ($t(792)=-6.705, p < .01$). Travmatik bir deneyim yaşayanların DEHB belirti düzeyi ($M=21.54, SD=10.60$), travmatik bir deneyim yaşamayanlarınkinden ($M=16.50, SD=9.40$) anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Bunlara ek, DEHB belirti düzeyinin travma sayısına göre de istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(4,501)=2.398$, $p<.01$). Bu sebeple, ergenlerin travma sayısı ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide gruplar arası farkları detaylı incelemek için Tukey HSD Post Hoc analizi yapılmış ancak belirgin anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Son olarak, travmatik deneyim türlerinin, DEHB belirti düzeyine göre değişimi üzerinde durulduğunda istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmuştur. Travma türlerinin etki düzeylerine bakıldığında, sırası ile kişilerarası okulda yaşanan sorunlar ($t(792)=4.224$, $p<.01$) ve kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlara ($t(792)=3.278$, $p<.01$) dair travmatik deneyimlerin etkilediği görülmüştür ($R^2=.27$, $p<.01$).

Diğer yandan, DEHB belirti düzeyinin cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, psikolojik destek alım ve travmatik deneyim yaşamanın üzerinden geçen süreye dair sosyodemografik değişkenlere göre değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.31 Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	19.97	10.77	412	-0.736
	Erkek	19.42	10.12	382	
Psikolojik destek alma	Evet	23.28	11.13	153	-4.767**
	Hayır	18.85	10.12	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	21.54	10.60	506	-6.705**
	Hayır	16.50	9.40	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	19.16	10.26	161	0.974
	13	19.08	11.31	100	
	14	19.12	10.11	144	
	15	21.10	11.34	132	
	16	19.02	9.32	133	
	17	20.63	10.11	84	

Tablo 5.31 Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

	18	21.38	11.55	40	
Sınıf	6	19.52	9.60	69	
	7	19.30	11.67	79	
	8	19.32	10.59	98	
	9	18.33	10.37	135	0.736
	10	20.15	10.61	139	
	11	20.33	9.96	181	
	12	20.74	10.62	93	
Anne eğitim	Okuma yazma bilmiyor	18.42	13.50	12	
	Okur yazar	20.00	10.57	22	
	İlkokul	18.45	9.08	175	
	Ortaokul	19.86	10.78	162	0.719
	Lise	19.85	10.98	238	
	Üniversite	20.51	10.23	148	
	Lisans üzeri	21.08	11.67	37	
Baba eğitim	Okuma yazma bilmiyor	13.00	-	1	
	Okur yazar	20.18	12.82	17	
	İlkokul	18.76	9.38	132	
	Ortaokul	20.85	10.40	158	1.106
	Lise	18.91	10.61	255	
	Üniversite	20.68	10.34	180	
	Lisans üzeri	19.12	11.98	51	
Sosyoekonomik düzey	0-4500 TL	21.19	10.92	113	
	4500-10000 TL	19.40	9.71	344	1.680
	10000-20000 TL	18.71	10.60	181	
	20000 ve üzeri TL	20.47	11.45	156	
Psikolojik destek alım süresi	0-6 ay	22.47	10.31	110	
	6 ay- 1 yıl	22.14	11.57	21	2.296
	1 yıl- 2 yıl	30.62	14.91	13	
	2 yıldan fazla	25.22	11.53	9	
Travmatik deneyim yaşama süresi	0-6 ay önce	22.17	10.65	104	
	6 ay- 1 yıl önce	20.94	10.07	82	0.317
	1 yıl- 2 yıl önce	21.95	10.88	94	

Tablo 5.31 Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

		2 yıldan fazla bir zaman önce				
		21.24	10.65	226		
Travmatik deneyim sayısı	1	20.72	10.58	244		
	2	22.08	10.27	141	2.398*	
	3	22.31	9.84	70		
	4	24.45	13.80	29		
	5 ve üzeri	26.68	8.38	22		
		B	β	t	R^2	ΔR^2
Travmatik deneyim türü						
	Ölüm	1.226	0.057	1.553		
	Savaş/Politik durumlar/Terör	0.477	0.008	0.232		
	Felaket	0.325	-0.009	-0.242		
	Cinsel ihmal/istismar	2.800	0.058	1.598		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	2.980	0.056	1.539		
	Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	-1.312	-0.029	-0.812	0.273**	0.074
	Yaralanma	2.051	0.061	1.697		
	Kişilerarası ilişkilerde sorun	3.196	0.117	3.278**		
	Kaçırılma	-1.220	-0.014	-0.408		
	Ayrılma	1.968	0.052	1.474		
	Okul sorunu	4.224	0.150	4.224**		

Not: N= 794. * $p<.05$, ** $p<.01$

Benlik algısı düzeyini ölçen Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği'nden alınan puanlara göre, Tablo 5.32'de aktarılan veriler ışığında, ilk olarak cinsiyete göre benlik algısı düzeyindeki farklılaşmalar incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($t(792)=4.288$, $p<.01$). Erkeklerin benlik algısı düzeyi ($M=91.87$, $SD=16.94$), kadınların benlik algısı düzeyinden ($M=86.45$, $SD=18.56$) anlamlı olarak fazladır.

Benlik algısı düzeyinin psikolojik destek alıp almamaya göre değişimine odaklanıldığında ise yine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=4.114$, $p<.01$). Psikolojik destek almayan bireylerin benlik algısı düzeyleri ($M=90.32$, $SD=17.49$), psikolojik destek alan kişilere ($M=83.73$, $SD=19.11$) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Travmatik bir deneyim sahibi olup olmamaya göre benlik algısı düzeylerindeki farklılaşmaya bakıldığında da, benlik algısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($t(792)=6.678, p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşayamayanların benlik algısı düzeyi ($M=94.56, SD=15.50$), travmatik bir deneyim yaşayanlarınkinden ($M=85.92, SD=18.56$) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.

Bunlara ek, katılımcıların öğrenim gördüğü sınıf düzeyine göre benlik algısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma sergilemiştir ($F(4,501)=3.340, p<.01$). Gruplar arası farklılaşmaların detaylarına Tukey HSD Post Hoc analizi ile bakıldığında, bulgular 7. sınıfta öğrenim gören katılımcıların benlik algısı düzeyi ($M=92.81, SD=15.86$), 11. sınıfta öğrenim gören katılımcıların benlik algısı düzeylerinden ($M=85.48, SD=18.59$) anlamlı olarak fazla olduğuna işaret etmektedir.

Katılımcıların sosyoekonomik durumları da katılımcıların benlik algısı düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan bir diğer değişken olarak bulunmuştur ($F(4,501)=2.705, p<.01$). Post analizine göre ailesinde 20000 TL ve üzeri gelire sahip olduğunu ifade eden katılımcıların benlik algısı düzeyi ($M=91.93, SD=17.70$), ailesinde 0-4500 TL arasında gelire sahip olduğunu ifade eden katılımcıların benlik algısı düzeylerinden ($M=85.69, SD=20.15$) anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Son olarak, bireyin travmatik deneyim sayısına göre benlik algısı düzeyinin değişimine bakıldığında, benlik algısı belirti düzeyi, travma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($F(4,501)=4.975, p<.01$). Gruplar arası farkların Tukey HSD Post Hoc analizi bulgularına göre, 1 travması olanların benlik algısı düzeyleri ($M=89.06, SD=18.03$), 5 ve üzerinde travması olanların ($M=73.86, SD=18.39$) benlik algısı düzeylerinden anlamlı olarak yüksek ifade edilmiştir.

Ek olarak, travmatik deneyim türlerinin, benlik algısı düzeyine göre değişimine odaklanıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar gözlenmiştir. Sırası ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=-4.829, p<.01$), okulda yaşanan sorunlar ($t(792)=-3.481, p<.01$), yetersiz veya bozuk bakım almaya ($t(792)=-2.748, p<.01$), ölüme ($t(792)=-2.283, p<.01$) ve ayrılmaya ($t(792)=-2.128, p<.01$) dair travmatik deneyimlerin, benlik algısı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($R^2=.32, p<.01$).

Ayrıca, benlik algısı düzeyinin yaş, anne ve baba eğitim düzeyi, psikolojik destek alım ve travmatik deneyim yaşamanın üzerinden geçen süreye dair sosyodemografik değişkenlere göre değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.32 Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	86.45	18.56	412	4.288**
	Erkek	91.87	16.94	382	
Psikolojik destek alma	Evet	83.73	19.11	153	4.114**
	Hayır	90.32	17.49	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	85.92	18.56	506	6.678**
	Hayır	94.56	15.50	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	91.93	16.96	161	1.922
	13	90.23	17.76	100	
	14	88.99	19.86	144	
	15	85.76	17.74	132	
	16	86.95	18.33	133	
	17	90.64	16.15	84	
	18	89.28	17.56	40	
	Sınıf	6	92.65	17.17	
7		92.81	15.86	79	
8		88.53	18.67	98	
9		91.20	18.81	135	
10		86.51	18.25	139	
11		85.48	18.59	181	
12		91.39	15.17	93	
Anne eğitim		Okuma yazma bilmiyor	90.25	19.11	12
	Okur yazar	84.32	16.55	22	
	İlkokul	88.24	17.86	175	
	Ortaokul	87.01	18.10	162	
	Lise	90.79	18.26	238	
	Üniversite	89.60	18.31	148	
	Lisans üzeri	90.89	15.06	37	

Tablo 5.32 Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Baba eğitim						
	Okuma yazma bilmiyor	94.00	-	1		
	Okur yazar	85.35	19.85	17		
	İlkokul	88.26	20.16	132		
	Ortaokul	86.00	17.17	158	1.887	
	Lise	89.41	17.89	255		
	Üniversite	90.71	17.03	180		
	Lisans üzeri	94.10	16.70	51		
Sosyoekonomik düzey						
	0-4500 TL	85.69	20.15	113		
	4500-10000 TL	88.74	17.54	344		
	10000-20000 TL	89.27	17.40	181	2.705*	
	20000 ve üzeri TL	91.93	17.70	156		
Psikolojik destek alım süresi						
	0-6 ay	85.17	17.80	110		
	6 ay- 1 yıl	82.38	23.34	21	2.322	
	1 yıl- 2 yıl	71.08	18.32	13		
	2 yıldan fazla	87.56	21.38	9		
Travmatik deneyim yaşama süresi						
	0-6 ay önce	87.92	19.43	104		
	6 ay- 1 yıl önce	85.18	19.65	82		
	1 yıl- 2 yıl önce	85.37	19.18	94	0.509	
	2 yıldan fazla bir zaman önce	85.51	17.53	226		
Travmatik deneyim sayısı						
	1	89.06	18.03	244		
	2	83.96	18.02	141		
	3	83.53	19.46	70	4.975**	
	4	84.03	18.56	29		
	5 ve üzeri	73.86	18.39	22		
		B	β	t	R^2	ΔR^2
Travmatik deneyim türü						
	Ölüm	-3.050	-0.083	-2.283*		
	Savaş/Politik durumlar/Terör	-2.767	-0.27	-0.794		
	Felaket	-1.403	-0.022	-0.618	0.322**	0.104
	Cinsel ihmal/istismar	-2.950	-0.035	-0.995		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	-9.004	-0.099	-2.748**		

Tablo 5.32 Ergenler için Benlik Algısı Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	1.940	0.025	0.709
Yaralanma	-0.223	-0.004	-0.109
Kişilerarası ilişkilerde sorun	-7.968	-0.169	-4.829**
Kaçırılma	-0.401	-0.003	-0.079
Ayrılma	-4.810	-0.074	-2.128*
Okul sorunu	-5.892	-0.122	-3.481**

Not: N= 794. * $p<.05$, ** $p<.01$.

Algılanan sosyal destek düzeyini ölçen Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlara göre, cinsiyete göre algılanan sosyal destek düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermiştir ($t(792)=3.581$, $p<.01$). Erkeklerin algılanan sosyal destek düzeyi ($M=158.95$, $SD=8.44$), kadınların algılanan sosyal destek düzeyinden ($M=153.10$, $SD=24.28$) anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

Psikolojik destek alıp almıyor olmaya göre travma belirti düzeyinin farklılaşması incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=5.951$, $p<.01$). Psikolojik destek almayan bireyleri algıladığı sosyal destek düzeyi ($M=158.25$, $SD=22.44$), psikolojik destek alanların algıladığı sosyal destek düzeyine ($M=146.11$, $SD=23.66$) göre anlamlı olarak yüksek görülmüştür.

Travmatik bir deneyim yaşayıp yaşamamış olmaya göre ise algılanan sosyal destek düzeyi yine istatistiksel olarak farklılaşma göstermiştir ($t(792)=8.887$, $p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşamadığını belirtenlerin algıladığı sosyal destek düzeyi ($M=165.16$, $SD=19.95$), travmatik bir deneyim yaşadığını belirtenlerinken ($M=150.65$, $SD=23.24$) anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Ek olarak, bireylerin öğrenim gördüğü sınıf düzeyine göre algılanan sosyal destek düzeyinin farklılaşması değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F(4,501)=2.750$, $p<.01$). Gruplar arası farklılaşmalara Tukey HSD Post Hoc analizi ile odaklanıldığında, belirgin anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Psikolojik destek alım süresi de algılanan sosyal destek düzeyine göre bir diğer gruplar arası istatistiksel anlamlı farklılık gösteren sosyodemografik değişken olmuştur ($F(4,501)=3.741$, $p<.01$). Post hoc analizi ile yakından bakıldığında ise, 0-6 ay arasında psikolojik bir destek alan kişiler ($M=148.23$, $SD=20.92$) ile 6 ay ile 1 yıl arasında psikolojik bir destek alan kişilerin algıladığı sosyal destek düzeyi ($M=148.52$,

SD=28.29); 1-2 yıl süre ile psikolojik bir destek alan kişilerinkinden (M=125.98, SD=27.10) anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

Ayrıca, sahip olunan travmatik deneyim sayısına göre algılanan sosyal destek düzeyinin farklılaşması değerlendirildiğinde, algılanan sosyal destek düzeyinin travma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(4,501)=6.115, p<.01$). Bu nedenle, gruplar arası farkları detaylı incelemek için Tukey HSD Post Hoc analizi yapılmıştır. Buna göre, 1 travması olanların algıladığı sosyal destek düzeyi (M=154.45, SD=23.01), 3 travması olanlardan (M=145.97, SD=20.44), 4 travması olanlardan (M=140.10, SD=28.63) ve 5 ve üzeri travması olanlarınkinden (M=136.50, SD=21.23) anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir.

Son olarak, travmatik deneyim türlerinin, algılanan sosyal destek düzeyine göre değişimi incelendiği aşamada da istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmuştur. Travma türlerinin etki düzeylerine bakıldığında, sırası ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=-5.780, p<.01$), okulda yaşanan sorunlar ($t(792)=-5.583, p<.01$), ölüm ($t(792)=-2.830, p<.01$), yetersiz veya bozuk bakım almaya ($t(792)=-2.807, p<.01$) ve cinsel ihmal ve istismara ($t(792)=-2.657, p<.01$) dair travmatik deneyimlerin algılanan sosyal destek düzeyini anlamlı olarak etkilediği görülmüştür ($R^2=.41, p<.01$).

Diğer yandan, yaş, anne ve baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ve travmatik deneyim yaşamanın üzerinden geçen sürenin, algılanan sosyal destek düzeyine göre gruplar arası değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$) (bknz. Tablo 5.33).

Tablo 5.33 Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	t
Cinsiyet	Kadın	153.10	24.28	412	3.581**
	Erkek	158.95	21.52	382	
Psikolojik destek alma	Evet	146.11	23.66	153	5.951**
	Hayır	158.25	22.44	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	150.65	23.24	506	8.887**
	Hayır	165.15	19.95	288	

Tablo 5.33 Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

		M	SD	N	F
Yaş	12	158.13	23.19	161	1.419
	13	158.95	24.76	100	
	14	156.90	23.41	144	
	15	151.97	23.75	132	
	16	153.75	21.88	133	
	17	156.26	21.75	84	
	18	155.30	22.32	40	
	Sınıf	6	159.65	23.60	
7		160.14	22.54	79	
8		155.04	24.93	98	
9		159.19	24.13	135	
10		153.22	21.99	139	
11		151.60	22.74	181	
12		158.13	21.13	93	
Anne eğitim		Okuma yazma bilmiyor	155.25	26.69	12
	Okur yazar	148.14	27.00	22	
	İlkokul	155.03	23.33	175	
	Ortaokul	152.54	23.32	162	
	Lise	158.44	23.29	238	
	Üniversite	157.34	22.74	148	
	Lisans üzeri	157.78	16.83	37	
	Baba eğitim	Okuma yazma bilmiyor	134.00	-	1
Okur yazar		148.71	30.00	17	
İlkokul		154.57	25.67	132	
Ortaokul		153.75	21.70	158	
Lise		156.93	23.63	255	
Üniversite		157.68	20.52	180	
Lisans üzeri		157.65	24.63	51	
Sosyoekonomik düzey		0-4500 TL	152.25	26.08	113
	4500-10000 TL	155.01	22.68	344	
	10000-20000 TL	157.67	22.41	181	
	20000 ve üzeri TL	158.53	22.58	156	

Tablo 5.33 Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Psikolojik destek alım süresi					
0-6 ay	148.23	20.92	110		
6 ay- 1 yıl	148.52	28.29	21		
1 yıl- 2 yıl	125.98	27.10	13		3.741*
2 yıldan fazla	143.78	28.76	9		
Travmatik deneyim yaşama süresi					
0-6 ay önce	151.27	25.40	104		
6 ay- 1 yıl önce	150.24	22.99	82		
1 yıl- 2 yıl önce	148.44	23.72	94		0.404
2 yıldan fazla bir zaman önce	151.44	22.15	226		
Travmatik deneyim sayısı					
1	154.45	23.01	244		
2	150.79	22.37	141		
3	145.97	20.44	70		6.115**
4	140.10	28.63	29		
5 ve üzeri	136.50	21.23	22		
	B	β	t	R^2	ΔR^2
Travmatik deneyim türü					
Ölüm	-4.696	-0.099	-2.830**		
Savaş/Politik durumlar/Terör	3.663	0.028	0.847		
Felaket	-3.284	-0.040	-1.166		
Cinsel ihmal/istismar	-9.782	-0.091	-2.657**		
Yetersiz/bozuk bakım alma	-11.426	-0.097	-2.807**		
Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	3.103	0.031	0.914	0.407**	0.166
Yaralanma	0.183	0.002	0.072		
Kişilerarası ilişkilerde sorun	-11.845	-0.196	-5.780**		
Kaçırılma	-5.633	-0.030	-0.895		
Ayrılma	-5.425	-0.065	-1.932		
Okul sorunu	-11.947	-0.192	-5.583**		

Not: N= 794. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Bilişsel esneklik düzeyini ölçen Bilişsel Esneklik Ölçeği'nden alınan puanlara göre, Tablo 5.34'te aktarılan verilerle beraber, cinsiyete göre bilişsel esneklik düzeyindeki farklılaşmalar gözetilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=4.365$, $p < .01$). Erkeklerin bilişsel esneklik düzeyi

($M=52.11$, $SD=8.68$), kadınların bilişsel esneklik düzeyinden ($M=49.51$, $SD=8.12$) anlamlı olarak fazladır.

Bilişsel esneklik düzeyinin, psikolojik destek alıp almamaya göre değişimine odaklanıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=3.623$, $p<.01$). Psikolojik destek almayan bireylerin bilişsel esneklik düzeyleri ($M=51.29$, $SD=8.36$), psikolojik destek alan kişilere ($M=48.54$, $SD=8.71$) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bir de, travmatik bir deneyim sahibi olup olmamaya göre bilişsel esneklik düzeyindeki farklılaşmaya bakıldığında ise bilişsel esneklik düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($t(792)=5.262$, $p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşayamayanların bilişsel esneklik düzeyi ($M=52.83$, $SD=8.39$), travmatik bir deneyim yaşayanlarınkinden ($M=49.58$, $SD=8.33$) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.

Ayrıca, bilişsel esneklik düzeyi katılımcıların yaşına göre de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma sergilemiştir ($F(4,501)=2.940$, $p<.01$). Gruplar arası farklılaşmaların detaylarına Tukey HSD Post Hoc analizi ile bakıldığında, 17 yaşındaki bireylerin ($M=52.77$, $SD=6.90$) ve 14 yaşındaki ($M=52.21$, $SD=8.48$) bireylerin bilişsel esneklik düzeyi, 12 yaşındaki bireylerin ($M=49.12$, $SD=8.55$) bilişsel esneklik düzeylerinden anlamlı olarak fazla ifade edilmiştir.

Öğrenim görülen sınıf düzeyi de bilişsel esneklik düzeyine göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma gösteren bir diğer sosyodemografik değişken olmuştur. Bulgular, 12. sınıfta ($M=51.99$, $SD=7.06$) ve 9. sınıfta öğrenim görenlerin bilişsel esneklik düzeylerinin ($M=52.59$, $SD=8.13$), 6. sınıfta öğrenim görenlerinkinden ($M=47.83$, $SD=8.32$) anlamlı olarak fazla olduğunu göstermiştir.

Bunlarla birlikte, katılımcıların aile içi sosyoekonomik durumları da bilişsel esneklik düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan bir diğer değişken olarak bulunmuştur ($F(4,501)=3.708$, $p<.01$). Post analizine göre ailesinde 20000 TL ve üzeri gelire sahip olduğunu ifade eden katılımcıların bilişsel esneklik düzeyi ($M=52.31$, $SD=8.70$), ailesinde 0-4500 TL arasında gelire sahip olduğunu ifade eden katılımcıların bilişsel esneklik düzeylerinden ($M=49.13$, $SD=7.99$) anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

Ek olarak, bireylerin travmatik deneyim sayısına göre bilişsel esneklik düzeyindeki değişimine irdelendiğinde, bilişsel esneklik düzeyi, travma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($F(4,501)=3.372$, $p<.01$). Gruplar

arası farkların Tukey HSD Post Hoc analizi bulgularına göre ise belirgin anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Son olarak, travmatik deneyim türlerinin, bilişsel esneklik düzeyine göre değişimine odaklanıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar gözlenmiştir. Sırası ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=-2.845, p<.01$), ölüme ($t(792)=-2.482, p<.01$) ve okulda yaşanan sorunlara ($t(792)=-2.348, p<.01$) dair travmatik deneyimlerin bilişsel esneklik düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($R^2=.23, p<.01$).

Tüm bunlara ek olarak, bilişsel esneklik düzeyine göre anne ve baba eğitim düzeyi, travmatik deneyim yaşamanın üzerinden geçen sürenin, psikolojik destek alım ve travmatik deneyim yaşamanın üzerinden geçen süreye dair sosyodemografik değişkenlerin gruplar arası değişimlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.34 Bilişsel Esneklik Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	49.51	8.12	412	4.365**
	Erkek	52.11	8.68	382	
Psikolojik destek alma	Evet	48.54	8.71	153	3.623**
	Hayır	51.29	8.36	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	49.58	8.33	506	5.262**
	Hayır	52.83	8.39	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	49.12	8.55	161	2.940**
	13	49.74	7.57	100	
	14	52.21	8.48	144	
	15	50.27	9.44	132	
	16	51.27	8.60	133	
	17	52.77	6.90	84	
	18	50.40	8.54	40	
Sınıf	6	47.83	8.32	69	3.527**
	7	50.16	7.69	79	

Tablo 5.34 Bilişsel Esneklik Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

	8	49.34	8.46	98	
	9	52.59	8.13	135	
	10	50.27	9.47	139	
	11	51.28	8.69	181	
	12	51.99	7.06	93	
Anne eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	52.50	7.67	12	
	Okur yazar	49.77	7.770	22	
	İlkokul	49.88	8.14	175	
	Ortaokul	50.14	8.21	162	1.170
	Lise	51.50	8.78	238	
	Üniversite	51.53	9.23	148	
	Lisans üzeri	49.84	6.64	37	
Baba eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	53.00	-	1	
	Okur yazar	51.00	8.08	17	
	İlkokul	49.58	8.82	132	
	Ortaokul	50.53	8.25	158	0.830
	Lise	50.76	8.36	255	
	Üniversite	51.69	8.67	180	
	Lisans üzeri	51.12	8.60	51	
Sosyoekonomik düzey					
	0-4500 TL	49.13	7.99	113	3.708*
	4500-10000 TL	50.31	8.22	344	
	10000-20000 TL	51.29	8.92	181	
	20000 ve üzeri TL	52.31	8.70	156	
Psikolojik destek alım süresi					
	0-6 ay	49.22	8.57	110	1.093
	6 ay- 1 yıl	47.43	8.83	21	
	1 yıl- 2 yıl	44.92	10.23	13	
	2 yıldan fazla	48.11	7.59	9	
Travmatik deneyim yaşama süresi					
	0-6 ay önce	49.54	9.66	104	0.656
	6 ay- 1 yıl önce	48.67	8.88	82	
	1 yıl- 2 yıl önce	49.27	7.69	94	
	2 yıldan fazla bir zaman önce	50.09	7.71	226	
Travmatik deneyim sayısı					
	1	50.85	8.31	244	3.372*

Tablo 5.34 Bilişsel Esneklik Ölçeği'nden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

	B	β	t	R^2	ΔR^2
2	48.60	8.06	141		
3	49.03	9.24	70		
4	48.10	6.53	29		
5 ve üzeri	45.86	7.38	22		
<hr/>					
Travmatik deneyim türü					
Ölüm	-1.608	-0.093	-2.482*		
Savaş/Politik durumlar/Terör	-0.783	-0.016	-0.463		
Felaket	-1.923	-0.065	-1.748		
Cinsel ihmal/istismar	0.480	0.012	0.334		
Yetersiz/bozuk bakım alma	-2.086	-0.048	-1.313		
Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	-0.876	-0.024	-0.660	0.231**	0.053
Yaralanma	-1.002	-0.037	-1.010		
Kişilerarası ilişkilerde sorun	-2.277	-0.103	-2.845**		
Kaçırılma	-0.778	-0.011	-0.317		
Ayrılma	-0.342	-0.011	-0.312		
Okul sorunu	-1.927	-0.085	-2.348*		

Not: N= 794. * $p<.05$, ** $p<.01$.

Duygu düzenleme düzeyini dört farklı boyutta ölçen Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği'nin İç İşlevsel Olan (DDİÇİŞlevsel) alt boyutundan alınan puanlara ve Tablo 5.35'de verildiği üzere, ergenlerin öğrenim gördüğü sınıf düzeyine göre gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmüştür ($F(4,501)=2.759, p<.01$). Ancak gruplar arası farkların detaylı olarak incelenebilmesi için yapılan Tukey HSD Post Hoc analizi bulgularına gruplar arasında belirgin anlamlı farklılıklar raporlanmamıştır. Araştırma katılımcılarının babalarının eğitim düzeyi de DDİÇİŞlevsel düzeyine göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren bir diğer sosyodemografik değişken olmuştur ($F(4,501)=3.290, p<.01$). Gruplar arası kıyaslanmanın yapılabilmesi adına post hoc analizi ise bir kıyaslama grubunda hiç kimse olmadığı için yapılamamıştır.

Tüm bunlara ek olarak, DDİÇİŞlevsel düzeyine göre katılımcıların cinsiyeti, psikolojik destek alıp almadığı, travmatik deneyim yaşayıp yaşamadığı, yaşları, anne eğitim düzeyi, aile içi sosyoekonomik düzeyleri, psikolojik destek alım süresi, travmatik bir deneyim yaşamamanın üzerinden geçen süre, travmatik deneyim sayısı ve

travmatik deneyim türüne dair sosyodemografik değişkenlerin gruplar arası değişimlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.35 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği İç İşlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	14.88	3.30	412	-0.740
	Erkek	14.70	3.44	382	
Psikolojik destek alımı	Evet	14.77	3.38	153	0.101
	Hayır	14.80	3.36	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	14.71	3.39	506	0.939
	Hayır	14.94	3.31	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	14.21	3.45	161	1.738
	13	14.96	3.01	100	
	14	14.98	3.46	144	
	15	14.51	3.35	132	
	16	15.18	3.29	133	
	17	15.32	3.21	84	
	18	14.65	3.89	40	
	Sınıf	6	14.52	3.28	
7		14.38	3.36	79	
8		14.31	3.35	98	
9		15.36	3.19	135	
10		14.19	3.62	139	
11		15.29	3.16	181	
12		15.00	3.48	93	
Anne eğitim	Okuma yazma bilmiyor	15.42	3.12	12	1.304
	Okur yazar	13.45	3.49	22	
	İlkokul	15.10	2.97	175	
	Ortaokul	14.40	3.67	162	
	Lise	14.87	3.50	238	

Tablo 5.35 Ergenler için Duygu Düzenleme  lçeği   İşlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

		B	β	t	R ²	ΔR ²
Baba eğitim	�niversite	14.91	3.29	148		
	Lisans �zeri	14.81	3.01	37		
	Okuma yazma bilmiyor	7.00	-	1		
	Okur yazar	13.18	3.80	17		
	İlkokul	14.80	3.13	132		
	Ortaokul	14.49	3.54	158	3.290**	
	Lise	14.58	3.56	255		
	�niversite	15.34	2.96	180		
	Lisans �zeri	15.61	3.11	51		
	Sosyoekonomik düzey	0-4500 TL	14.25	3.66	113	
4500-10000 TL		14.93	3.15	344	1.255	
10000-20000 TL		14.78	3.41	181		
20000 ve �zeri TL		14.91	3.52	156		
Psikolojik destek alım süresi		0-6 ay	14.87	3.26	110	
	6 ay- 1 yıl	14.29	3.86	21	0.477	
	1 yıl- 2 yıl	14.15	4.18	13		
	2 yıldan fazla	15.56	2.70	9		
	Travmatik deneyim yaşama süresi	0-6 ay önce	15.21	3.33	104	
6 ay- 1 yıl önce		14.55	3.67	82		
1 yıl- 2 yıl önce		13.94	3.49	94	2.581	
2 yıldan fazla bir zaman önce		14.84	3.24	226		
Travmatik deneyim sayısı		1	14.85	3.29	244	
	2	14.41	3.57	141		
	3	14.90	3.25	70	0.474	
	4	14.62	3.19	29		
	5 ve �zeri	14.41	4.19	22		
	Travmatik deneyim türü	Ol�m	-0.367	-0.053	-1.398	
Savaş/Politik durumlar/Terör		0.053	0.003	0.077		
Felaket		0.105	0.009	0.235	0.086	0.007
Cinsel ihmal/istismar		0.175	0.011	0.299		

Tablo 5.35 Ergenler için Duygu Düzenleme  leği    şlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

Yetersiz/bozuk bakım alma	-0.342	-0.020	-0.530
Yaşanı tehdit eden medikal rahat	-0.482	-0.033	-0.896
Yaralanma	-0.134	-0.012	-0.333
Kişilerarası ilişkilerde sorun	0.207	0.024	0.637
Kaçırılma	0.677	0.025	0.679
Ayrılma	-0.268	-0.022	-0.602
Okul sorunu	-0.267	-0.030	-0.802

Not: N= 794. * $p<.05$, ** $p<.01$

Duygu düzenleme düzeyini dört farklı boyutta ölçen Ergenler için Duygu Düzenleme  leği'nin üç  şlevsel Olmayan (DDİçİşlevsiz) alt boyutundan alınan puanlara ve Tablo 5.36'da verildiği üzere, cinsiyete göre DDİçİşlevsiz düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır ($t(792)=-7.703$, $p<.01$). Kadınların DDİçİşlevsiz düzeyi ($M=15.88$, $SD=4.53$), erkeklerin DDİçİşlevsiz düzeyine ($M=13.45$, $SD=4.37$) göre anlamlı bir şekilde fazla bulunmuştur.

Öte yandan, psikolojik destek alıp almıyor olmaya göre de DDİçİşlevsiz düzeyinin farklılaşması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($t(792)=-4.951$, $p<.01$). Psikolojik destek alan kişilerin DDİçİşlevsiz düzeyi ($M=16.35$, $SD=4.05$), psikolojik destek almayanlara ($M=14.32$, $SD=4.66$) göre anlamlı olarak yüksek izlenmiştir.

DDİçİşlevsiz düzeyinin, travmatik bir deneyim yaşıyıp yaşamamış olmaya göre farklılaşması değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak farklılaşma görülmüştür ($t(792)=-10.129$, $p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşıyanların DDİçİşlevsiz düzeyi ($M=15.89$, $SD=4.43$), travmatik bir deneyim yaşamayanların DDİçİşlevsiz düzeyine ($M=12.64$, $SD=4.18$) göre anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Ayrıca, sahip olunan travmatik deneyim sayısına göre travma belirti düzeyinin farklılaşmasına odaklanıldığında, DDİçİşlevsiz düzeyinin travma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(4,501)=7.957$, $p<.01$). Bu sebeple, ergenlerin travma sayısı ile DDİçİşlevsiz düzeyi arasındaki ilişkide gruplar arası farkları detaylı incelemek için Tukey HSD Post Hoc analizi yapılmıştır. Bulgulara göre, 5 ve üzeri travması olanların DDİçİşlevsiz düzeyi ($M=19.41$,

SD=4.28), 1 travması olanlardan (M=15.02, SD=4.34) ve 2 travması olanlardan (M=15.99, SD=4.41) anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir.

Son olarak, travmatik deneyim türlerinin, DDİÇİŞlevsiz düzeyine göre değişimi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmuştur. Travma türlerinin etki düzeylerine bakıldığında, sırası ile okulda yaşanan sorunlar ($t(792)=5.233, p<.01$), kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=5.233, p<.01$), ayrılıklar ($t(792)=3.137, p<.01$), ölüm ($t(792)=3.125, p<.01$), afetler ve felaketler ($t(792)=2.349, p<.01$), cinsel ihmal ve istismar ($t(792)=2.127, p<.01$) ve yetersiz veya bozuk bakım almaya ($t(792)=2.101, p<.01$) dair travmatik deneyimlerin etkilediği görülmüştür ($R^2=.41, p<.01$).

Diğer yandan, DDİÇİŞlevsiz düzeyinin, yaş, öğrenim görülen sınıf düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, psikolojik destek alım ve travmatik deneyim yaşamanın üzerinden geçen süreye dair sosyodemografik değişkenlere göre değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.36 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği İç İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet					
	Kadın	15.88	4.53	412	-7.703**
	Erkek	13.45	4.37	382	
Psikolojik destek alma					
	Evet	16.35	4.05	153	-4.951**
	Hayır	14.32	4.66	641	
Travmatik deneyim yaşama					
	Evet	15.89	4.43	506	-10.129**
	Hayır	12.64	4.18	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş					
	12	14.22	4.93	161	0.861
	13	14.48	4.68	100	
	14	14.69	4.82	144	
	15	15.23	4.59	132	
	16	15.13	4.30	133	
	17	14.68	3.84	84	

Tablo 5.36 Ergenler için Duygu Düzenleme  leği   İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

	18	14.33	5.08	40	
Sınıf	6	14.07	4.65	69	
	7	13.81	4.98	79	2.040
	8	15.07	4.85	98	
	9	14.31	4.75	135	
	10	15.23	4.49	139	
	11	15.33	4.56	181	
	12	14.18	3.87	93	
Anne eğitim	Okuma yazma bilmiyor	14.08	4.36	12	
	Okur yazar	15.27	4.72	22	
	İlkokul	14.79	4.45	175	0.254
	Ortaokul	14.84	4.89	162	
	Lise	14.50	4.58	238	
	�niversite	14.67	4.72	148	
	Lisans �zeri	15.14	4.20	37	
Baba eğitim	Okuma yazma bilmiyor	12.00	-	1	
	Okur yazar	15.24	5.14	17	
	İlkokul	14.50	4.95	132	0.309
	Ortaokul	14.82	4.35	158	
	Lise	14.67	4.74	255	
	�niversite	14.93	4.50	180	
	Lisans �zeri	14.25	4.26	51	
Sosyoekonomik düzey	0-4500 TL	15.35	4.61	113	
	4500-10000 TL	14.71	4.57	344	1.438
	10000-20000 TL	14.78	4.53	181	
	20000 ve �zeri TL	14.18	4.78	156	
Psikolojik destek alım süresi	0-6 ay	16.09	4.00	110	
	6 ay- 1 yıl	16.48	3.61	21	1.027
	1 yıl- 2 yıl	18.15	4.63	13	
	2 yıldan fazla	16.56	4.72	9	
Travmatik deneyim yaşama süresi	0-6 ay önce	15.55	4.24	104	0.326
	6 ay- 1 yıl önce	16.04	4.52	82	

Tablo 5.36 Ergenler için Duygu Düzenleme  leği   İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

Travmatik deneyim sayısı	1 yıl- 2 yıl önce	16.13	4.76	94	7.957**	
	2 yıldan fazla bir zaman önce	15.87	4.36	226		
	1	15.02	4.34	244		
	2	15.99	4.41	141		
	3	17.04	4.11	70		
	4	17.07	4.03	29		
	5 ve �zeri	19.41	4.28	22		
		B	β	t	R ²	ΔR ²
Travmatik deneyim türü	�l�m	1.030	0.109	3.125**	0.413**	0.170
	Savaş/Politik durumlar/Terör	-0.467	-0.018	-0.544		
	Felaket	1.315	0.081	2.349*		
	Cinsel ihmal/istismar	1.555	0.073	2.127*		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	1.698	0.072	2.101*		
	Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	-0.036	-0.002	-0.053		
	Yaralanma	-0.127	-0.009	-0.252		
	Kişilerarası ilişkilerde sorun	2.130	0.177	5.233**		
	Kaçırılma	0.578	0.015	0.462		
	Ayrılma	1.749	0.105	3.137**		
	Okul sorunu	2.497	0.202	5.981**		

Not: N= 794. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tablo 5.37'deki veriler ışığında, Ergenler için Duygu Düzenleme  leği'nin Dış İşlevsel Olan alt boyutundan alınan puanlara göre, hiçbir sosyodemografik değişken için gruplar arası kıyaslamalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$).

Tablo 5.37 Ergenler için Duygu Düzenleme  leği Dış  şlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet					
	Kadın	11.85	3.56	412	-0.370
	Erkek	11.76	3.51	382	
Psikolojik destek alma					
	Evet	11.78	3.65	153	0.115
	Hayır	11.81	3.51	641	
Travmatik deneyim yaşama					
	Evet	11.81	3.64	506	-0.052
	Hayır	11.80	3.34	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş					
	12	12.11	3.52	161	0.490
	13	11.44	3.30	100	
	14	11.78	3.52	144	
	15	11.66	3.37	132	
	16	11.74	3.67	133	
	17	12.06	3.64	84	
	18	11.80	4.10	40	
Sınıf					
	6	12.59	3.33	69	0.928
	7	11.82	3.52	79	
	8	11.37	3.48	98	
	9	11.68	3.43	135	
	10	11.74	3.43	139	
	11	11.77	3.65	181	
	12	12.03	3.78	93	
Anne eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	12.58	3.94	12	0.706
	Okur yazar	11.41	3.10	22	
	İlkokul	11.88	3.64	175	
	Ortaokul	11.47	3.35	162	
	Lise	12.06	3.55	238	
	�niversite	11.80	3.53	148	
	Lisans �zeri	11.35	3.82	37	
Baba eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	10.00	-	1	0.829
	Okur yazar	10.65	3.06	17	
	İlkokul	11.91	3.68	132	
	Ortaokul	11.77	3.54	158	
	Lise	11.66	3.39	255	

Tablo 5.37 Ergenler için Duygu Düzenleme  leği Dış  Şlevsel Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

	�niversite	12.18	3.69	180		
	Lisans �zeri	11.53	3.39	51		
Sosyoekonomik düzey	0-4500 TL	12.26	3.61	113		
	4500-10000 TL	11.63	3.35	344	0.927	
	10000-20000 TL	11.79	3.46	181		
	20000 ve �zeri TL	11.89	3.92	156		
Psikolojik destek alım süresi	0-6 ay	11.87	3.47	110		
	6 ay- 1 yıl	10.62	3.28	21	1.087	
	1 yıl- 2 yıl	12.00	4.78	13		
	2 yıldan fazla	13.00	4.66	9		
Travmatik deneyim sayısı	1	11.70	3.71	244		
	2	11.91	3.51	141		
	3	11.54	3.63	70	0.544	
	4	12.52	3.17	29		
	5 ve �zeri	12.27	4.28	22		
		B	β	t	R ²	ΔR ²
Travmatik deneyim türü	�l�m	0.038	0.005	0.138		
	Savaş/Politik durumlar/Terör	0.383	0.019	0.532		
	Felaket	0.169	0.014	0.361		
	Cinsel ihmal/istismar	0.218	0.013	0.356		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	-0.751	-0.042	-1.108		
	Yaşamı tehdit eden medikal rahatsızlık	0.103	0.007	0.182	0.067	0.004
	Yaralanma	0.156	0.014	0.370		
	Kişilerarası ilişkilerde sorun	-0.012	-0.001	-0.034		
	Kaçırılma	-1.255	-0.043	-1.198		
	Ayrılma	0.121	0.010	0.260		
	Okul sorunu	0.209	0.022	0.598		

Not: N= 794. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Son olarak, Tablo 5.38’de verilen Ergenler için Duygu Düzenleme  leği’nin Dış  Şlevsel Olmayan (DDDıŐŐlevsiz) alt boyutundan alınan puanlara göre, psikolojik destek alıp almıyor olmaya göre DDDıŐŐlevsiz düzeyi istatistiksel olarak anlamlı

farklılaşmaktadır ($t(792)=-6.934, p<.01$). Psikolojik destek alan kişilerin DDDışışlevsiz düzeyi ($M=11.49, SD=4.83$), psikolojik destek almayanlara ($M=8.98, SD=3.81$) göre anlamlı olarak yüksektir.

DDDışışlevsiz düzeyinin, travmatik bir deneyim yaşayıp yaşamamış olmaya göre farklılaşması değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak farklılaşma görülmüştür ($t(792)=-5.981, p<.01$). Travmatik bir deneyim yaşayanların DDDışışlevsiz düzeyi ($M=10.11, SD=4.40$), travmatik bir deneyim yaşamayanların DDDışışlevsiz düzeyine ($M=8.32, SD=3.35$) göre anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunmuştur.

Ayrıca, travma türlerinin DDDışışlevsiz düzeyi üzerinde etki düzeyleri ve değişimlerine bakıldığında, sırası ile kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ($t(792)=3.259, p<.01$), ölüm ($t(792)=2.675, p<.01$) ve cinsel ihmal ve istismara ($t(792)=2.074, p<.01$) dair travmatik deneyimler ön plana çıkmıştır ($R^2=.24, p<.01$).

Diğer yandan, DDDışışlevsiz düzeyinin, cinsiyet, yaş, öğrenim görülen sınıf düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, psikolojik destek alım, travmatik deneyim yaşamamanın üzerinden geçen süre ve travma türüne dair sosyodemografik değişkenlere göre değişimi incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 5.38 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği Dış İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		M	SD	N	<i>t</i>
Cinsiyet	Kadın	9.55	4.37	412	-0.618
	Erkek	9.37	3.89	382	
Psikolojik destek alma	Evet	11.49	4.83	153	-6.934**
	Hayır	8.98	3.81	641	
Travmatik deneyim yaşama	Evet	10.11	4.40	506	-5.981**
	Hayır	8.32	3.35	288	
		M	SD	N	<i>F</i>
Yaş	12	9.15	3.82	161	1.575
	13	8.78	3.48	100	
	14	9.51	4.58	144	
	15	10.03	4.53	132	

Tablo 5.38 Ergenler için Duygu Düzenleme  leği Dış İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik  zelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

	16	9.32	3.78	133	
	17	9.60	4.19	84	
	18	10.60	4.78	40	
Sınıf					
	6	8.74	3.79	69	
	7	9.25	4.17	79	
	8	9.23	3.35	98	
	9	9.38	4.51	135	0.880
	10	10.01	4.46	139	
	11	9.61	4.17	181	
	12	9.45	4.04	93	
Anne eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	9.17	5.41	12	
	Okur yazar	10.18	4.73	22	
	İlkokul	9.14	3.65	175	
	Ortaokul	10.06	4.65	162	1.250
	Lise	9.16	4.14	238	
	�niversite	9.41	3.84	148	
	Lisans �zeri	10.19	4.28	37	
Baba eğitim					
	Okuma yazma bilmiyor	11.00	-	1	
	Okur yazar	11.41	4.66	17	
	İlkokul	9.05	3.96	132	
	Ortaokul	9.54	4.16	158	1.458
	Lise	9.38	4.35	255	
	�niversite	9.33	3.94	180	
	Lisans �zeri	10.49	3.85	51	
Sosyoekonomik düzey					
	0-4500 TL	9.73	4.45	113	
	4500-10000 TL	9.22	4.00	344	2.160
	10000-20000 TL	9.19	3.73	181	
	20000 ve �zeri TL	10.13	4.60	156	
Psikolojik destek alım süresi					
	0-6 ay	11.15	4.53	110	
	6 ay- 1 yıl	12.57	5.17	21	1.645
	1 yıl- 2 yıl	13.62	6.30	13	
	2 yıldan fazla	10.11	4.81	9	

Tablo 5.38 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği Dış İşlevsiz Alt Boyutundan Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (**devamı**)

		B	β	t	R ²	ΔR^2
Travmatik deneyim yaşama süresi	0-6 ay önce	9.62	3.98	104	2.574	
	6 ay- 1 yıl önce	11.05	4.98	82		
	1 yıl- 2 yıl önce	10.69	4.75	94		
	2 yıldan fazla bir zaman önce	9.81	4.19	226		
Travmatik deneyim sayısı	1	9.53	4.10	244	2.370	
	2	10.70	4.85	141		
	3	10.67	4.51	70		
	4	10.34	3.93	29		
	5 ve üzeri	11.27	4.59	22		
Travmatik deneyim türü						
	Ölüm	0.845	0.100	2.675**	0.235**	0.055
	Savaş/Politik durumlar/Terör	-0.838	-0.036	-1.018		
	Felaket	0.275	0.019	0.513		
	Cinsel ihmal/istismar	1.453	0.076	2.074*		
	Yetersiz/bozuk bakım alma	1.117	0.053	1.442		
	Yaşamı tehdit eden medikal rahat	0.259	0.014	0.400		
	Yaralanma	0.240	0.018	0.495		
	Kişilerarası ilişkilerde sorun	1.271	0.117	3.259**		
	Kaçırılma	-0.375	-0.011	-0.313		
	Ayrılma	0.840	0.056	1.573		
	Okul sorunu	0.346	0.031	0.865		

Not: N= 794. *p<.05, **p<.01.

BÖLÜM 6

6. TARTIŞMA

Araştırmanın son bölümde araştırmadan elde edilen bulgular ve bu bulguların literatür araştırmalarıyla olan benzerlikleri ve/ya farklılıkları değerlendirilerek tartışılmıştır. Ek olarak, araştırmanın önemi, özgünlüğü, sınırlılıkları ve önerilere yer verilerek, gelecek çalışmalara yol gösterici olabilmesi hedeflenmiştir.

6.1. Araştırmanın Temel Amaçlarının ve Hipotezlerinin Tartışılması

Araştırmanın temel amacı, travmatik deneyimlerin etkisi ile açığa çıkabilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtilerini incelemek; bu ilişkilerin düzeyini belirleyen veya etkileyen unsurları ve bu unsurların bir arada nasıl etkileşime girdiğini incelemek olmuştur. Araştırmanın bir diğer amacı ise önceki çalışmalarda travma, OKB ve DEHB ile ayrı ayrı ilişkilendirilen ve bu bozukluklarla anlamlı ilişkileri değerlendiren duygusal, bilişsel ve ruhsal değişkenleri araştırmaya dahil ederek, bu değişkenlerin bir aradaki etkileşimlerini ortaya koymak olarak belirlenmiştir. Bu sayede, travmatik deneyimler ile OKB ve DEHB arasındaki ilişkiye etki edebilecek anlamlı aracı ve biçimlendirici değişkenler anlaşılabilmiş; hem de ayrı ayrı etkilerinin incelendiğinde olduğu gibi, bir aradaki etkilerinin travmanın DEHB ve OKB üzerindeki etkisi gözlenebilmiştir. En önemlisi ve araştırmayı özgün kılan etmen ise özellikle ergenlerde olumsuz yaşam deneyimlerinin OKB ve DEHB belirti ve şiddeti üzerindeki etkisine odaklanması olmuştur. Eş zamanlı olarak, bu ilişkiler içerisinde, travma, OKB ve DEHB ile ilişkilendirilen ruhsal, duygusal ve bilişsel değişkenleri ayrı ayrı incelemenin yanı sıra araştırma modelleri üzerinden bu değişkenlerin bir arada aracı

ve biçimlendirici etkilerini farklı ve kapsamlı bir şekilde inceleyen öncül çalışma olmuştur.

Diğer yandan çalışmanın yan amacı doğrultusunda, gençlerin sosyodemografik özellikleri hakkında araştırma ölçekleri ile toplanan verilerinin betimsel olarak değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, işlemsel veriler raporlanarak, sosyodemografik veriler olarak ele alınan katılımcının yaşı, cinsiyeti, ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, psikolojik destek alma durumu, psikolojik destek alma süresinin uzunluğu ve travmatik deneyime sahip olma durumu, travmatik deneyim türü/türleri, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen süre değişkenleri ile araştırma ölçeklerinden alınan puanların gruplar arası değişimleri incelenmiştir.

Araştırma hipotezlerinin değerlendirilmesine ilk olarak, travma düzeyi, OKB, DEHB, duygu düzenleme, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı arasındaki ilişkilerin boyutları ve anlamlılığı incelenerek başlanmıştır. Bulgulara göre, ergenlerin travma düzeyi, OKB ve DEHB arasında her biri için anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğu bulunurken; travma düzeyi, OKB ve DEHB'nin algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı ile olan ilişkilerinin anlamlı ve negatif yönlü olduğu görülmüştür. Dört farklı boyutta incelenen duygu düzenleme becerisinin ise diğer değişkenlerden ayrıştığı anlaşılmıştır. İç işlevsel olan duygu düzenleme ve dış işlevsel olan duygu düzenleme sadece OKB ile anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki gösterirken; iç işlevsel olmayan duygu düzenleme ve dış işlevsel olmayan duygu düzenlemenin travma, OKB ve DEHB ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler geliştirdiği bulunmuştur. Bu sonuçlara istinaden, korelasyon analizleri ile kurulan araştırma hipotezlerinin çoğunlukla desteklendiği görülmektedir.

Literatür verilerine bakıldığında, travma belirti düzeyi, OKB belirti düzeyi ve DEHB belirti düzeyi, duygu düzenleme, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı arasında ilişkilerin araştırmalara sıklıkla konu edildiği görülmüştür (APA, 2013; Aydın ve ark., 2017; Barkley, 2015; Baumeister ve Tice, 1986; Cañas ve ark., 2003; Çelikel ve Beşiroğlu, 2008; Garnefski ve ark., 2001; Kaya, 2019; Lepore ve ark., 1991; Martin ve Anderson, 1996; Marufoğlu, 2010; Özbaran ve Güvenir, 2014; Stein ve ark., 2002; Thompson ve Calkins, 1996; Wolraich ve ark., 2019). Öte yandan, bahsi geçen ruh sağlığı değişkenleri ile yürütülen tekli ilişki çalışmalarının ise ağırlıklı yetişkinlerle yürütüldüğü (Beşiroğlu, 2014; Deniz, 2005; Faraone ve Biederman, 2016; Foa ve ark., 1995; Kessler ve ark., 2006; Okasha, 1990; Semiz ve ark., 2012; Taban ve ark., 2007) ve travma, OKB ve DEHB'nin çocuk ve ergenler üzerinde

yapılan araştırmalara daha az konu edildiği görülmüştür (Bauermeister ve ark., 2007; Baumeister ve Tice, 1986; Crouch ve ark., 2021; Essau, 2000; Glod ve Teicher, 1996; Javidi ve Yaadollahie, 2012; Lafleur ve ark.,2011; Wozniak, 1999).

İlk olarak, araştırma hipotezlerimizle uyumlu olarak literatürün verdiği sonuçlarda, travma ile OKB belirti düzeyinin pozitif yönlü bir ilişkiye sahip olduğu, travma belirtileri ve düzeyi artar iken OKB belirti ve düzeyinde de artış izlendiği görülmüştür (Dağdelen, 2020; Demirci, 2016; Lafleur ve ark., 2011; Pitman, 1993; Tatlı ve ark., 2011). Aksini savunan literatür bulgusuna rastlanılmamakla birlikte, farklı açılardan ve yönleriyle travma ile OKB belirtilerini ve düzeylerini inceleyen çalışmalara sıklıkla rastlanılmıştır (Cohen ve ark., 2011; De Silva ve Marks, 1999; Greenberg ve Baron-Cohen, 1999; Jordan ve ark., 1991; Rhaume ve ark., 1998; Sasson ve ark., 2005). Özellikle travma ile OKB belirtileri ve şiddeti arasındaki ilişkilere odaklanan bu çalışmaların ağırlıklı yetişkinlerle yürütüldüğü ise dikkat çekmektedir. Ayrıca, OKB belirtilerinin travmayı takiben gözlenebildiğini ne süren çalışmaların yanı sıra (De Silva ve Marks, 1999; Rhaume ve ark., 1998; Sasson ve ark., 2005), OKB belirtileri ile travma arasında benzerlikler olabileceği için belirtilerin aynı anda ortaya çıkabileceğini savunan önemli görüşler de bulunmaktadır (Cohen ve ark., 2011; Greenberg ve Baron-Cohen, 1999; Jordan ve ark., 1991). Bu karşılıklı ve kompleks ilişkilerin ışığında, travmatik deneyimin yaratabileceği türlü güçlüğün yada OKB'nin travma düzeyi üzerindeki belirleyiciliğinin ve doğrudan etkisinin takip süreçlerinde baz alınmasının ve nlem çalışmalarıyla olası zararları engelleyerek koruyucu olunabileceği akla gelmektedir.

Diğer yandan, travma ile DEHB belirtileri ve düzeyine ait literatür verilerinde ise benzer OKB belirti düzeyi ile benzer şekilde bulgularla karşılaşılmıştır. Buna göre, DEHB belirtileri travma sebepli açığa çıkabildiği gibi (ifti ve ark., 2021; oban ve Tan, 2020; Ford ve ark., 2000; naldı ve Alyanak, 2018), biyolojik kökenli de olabilmektedir (Soysal ve zdemir, 2004). Aynı zamanda, travma ile DEHB'nin özü gereği benzerlik gösterdikleri ve bu belirtilerin birbirine geçebildiği, ayırđının zor olabildiği ve eş zamanlı grlebilmesinden kaynaklı ilişkilerinin üzerinde durulması gerekliliği paylaşılmıştır (Spann ve ark., 2012; Weinstein ve ark., 2000). Bu nedenlerle yüksek ilişki gösteren bu ikili psikopatolojinin belirtilerinin literatür araştırmalarında da sıklıkla yüksek düzeyde ilişkili bulunduğu ve karşılıklı yada birlikte değerlendirildikleri ilişkilerde ağırlıklı aynı yönde ve anlamlı ilişki gösterdiği belirtilmiştir (Famularo ve ark., 1996; Glod ve Teicher, 1996; Riggs ve ark., 1995;

Semiz ve ark., 2012). Bunların aksine, Wozniak ve arkadaşlarının (1999), çocuk ve ergenlerle tamamladığı araştırmada, DEHB'nin TSSB yada travma ile ilişkili psikopatolojik belirtiler için bir risk oluşturma durumuna odaklanılması hedeflenmiş ve sonuçlarda DEHB'li ve DEHB'li olmayan çocuk ve ergenler grubu kıyasında travma maruziyet hızı veya TSSB gelişimi açasından anlamlı farklılıkların olmadığı görülmüştür. Araştırma sonuçları azınlıkta olan görüşün aksine (Wozniak ve ark., 1999), OKB ile DEHB'nin ilişkili olduğunu savunan hakim görüş ile benzer niteliklere sahip olmuştur. Wozniak ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmanın yaygın görüşün aksine bir sonuç elde etmesinin nedeninin ise eski tarihli bir araştırma olması sebebiyle DSM 3 kriterlerini baz alarak tanı koyma yolunu izlemesi ve aynı zamanda, çoğu araştırmada olduğu gibi mevcut araştırmamızın da aksine öz bildirim dayanan bir araştırma olmaması olduğu düşünölmüştür. Bu sebeple araştırmamızın bulgularıyla benzer şekilde seyreden literatür araştırmalarını da göz önünde bulundurarak, gençlerde travmatik deneyimlerin gözlenmesi durumunda DEHB belirtilerinin varlığının ya da DEHB belirtilerinin ve şiddetinin açağa çıkması ya da takibi sürecinde travmatik deneyimlerin etkilerinin göz önünde bulundurulmasının iyi oluş üzerinde hızlandırıcı etkisi olacağı düşünölmüştür.

Duygu düzenleme ile ayrı ayrı travmanın, OKB ve DEHB belirti düzeyinin (Berman ve ark., 2018; Bodalski ve ark., 2018; Ehring ve Quack, 2010; Litz ve ark., 2000; Resick ve ark., 2008; şan ve ark., 2018; Taşkesen Çapar ve İnözü Mermerkaya, 2023; Van der Kolk ve ark., 2005; Vatan, 2016); algılanan sosyal destek ile ayrı ayrı travmanın, OKB ve DEHB belirti düzeyinin (Bhattacharya ve Singh, 2015; Boeding ve ark., 2013; Cohen, 1992; Demeray ve Elliot, 2001; Liu ve ark., 2017; Mrug ve ark., 2012; Heinrichs ve ark., 2006; Mastoras ve ark., 2018; Raboch ve Sovák, 1995; Van der Kolk, 2019; Yalçın, 2015); benlik algısı ile ayrı ayrı travmanın, OKB ve DEHB belirti düzeyinin (Alonso ve ark., 2008; Doron ve ark., 2012; Göker, 2009; Güneri Göyen, 2017; Haizlip ve Corder, 1996; Harter, 1998; Hay, 1995; Houck ve ark., 2011; Kanay, 2006) ve bilişsel esneklik ile ayrı ayrı travmanın, OKB ve DEHB belirti düzeyinin (Bomyea ve ark., 2012; Khamis, 2015; Kercood ve ark., 2017; Koşar ve ark., 2022; Marzocchi ve ark., 2008; Zion ve ark., 2018) anlamlı ve negatif yönlü ilişkilere sahip olduğu görülmüştür. Bu araştırmalara göre, karşılıklı ilişki içerisinde benlik algısının zayıfladığı, sosyal desteğin düzeyinin az olduğu, bilişsel esneklik düzeyinin düşük olduğu ve duygu düzenleme becerisi düzeyinin zayıf olduğu durumlarda, travmanın belirtilerinin ve şiddetinin artış gösterdiği söylenebilmektedir.

Ancak bilişsel esneklik ile OKB belirti ve düzeyi arasındaki ilişkide sağlıklı bireyler ile OKB'li bireylerin bilişsel esnekliklerinin kıyaslandığı ve gruplar arası farkın bulunmadığı araştırma sonucuna da rastlanmaktadır (Francazio ve Flessner, 2015). Bunun nedeninin ise bilişsel esnekliğin ölçümlenmesinin zor olması ve ölçümlenme yöntemlerinin araştırmalar arasında farklılık göstermesi olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, çalışmanın yetişkinlerle yürütülüyor olması ve araştırmamızdan farklı bir ölçüm kullanılıyor olması da araştırmaların sonuçları arasında fark yaratan diğer bir etmen olarak görülmektedir. Diğer tüm araştırma sonuçlarının yetişkinlerle yada çocuk-ergenler ile yürütülmesine rağmen mevcut araştırmamız ile benzer nitelikte ve uyumlu sonuçlar göstermesi neticesinde tüm ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkilerin önemsenmesinin ve bu ilişkiler üzerinden ilerlemelerin şekillenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple, araştırmaya konu edilen travmatik deneyimler, OKB ve DEHB belirtileri ile kliniğe başvuran ergenlerde, öncelikle duygu düzenleme, benlik algısı, bilişsel esneklik ve sosyal desteklerinin varlığına yönelik değerlendirmelerin yapılması ve gerekli müdahalelerin planlanmasının, ileriye yönelik oluşabilecek daha ağır klinik tablolar için koruyucu olabileceği ön görülmektedir.

Sonrasında, ikinci hipotez doğrultusunda, öncelikle yordayıcı değişkenler olarak belirlenen travma düzeyi, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı değişkenlerinin, yordanan değişkenler olarak belirlenen OKB ve DEHB belirti düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine odaklanılmıştır. İçsel işlevsel olan duygu düzenleme ile dışsal işlevsel olan duygu düzenleme düzeyleri diğer ruh sağlığı değişkenleri ile istatistiksel olarak anlamlı olmayan ve .20'nin altında bir ilişkiye sahip olduğundan yordayıcı ilişkinin incelendiği analizlere dahil edilmemiştir. Bunlar dışındaki duygu düzenleme becerisinin diğer alt boyutları olan içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenlemenin, algılanan sosyal desteğin, bilişsel esnekliğin, benlik algısının ve travmanın başlı başına OKB ve DEHB üzerinde anlamlı bir yordayıcı etki gösterdiği bulgulanmıştır. Ayrıca, duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı değişkenleri üzerinde travmanın yordayıcı etkisi değerlendirilmiştir. Yine içsel işlevsel olan duygu düzenleme ile dışsal işlevsel olan duygu düzenleme düzeyleri ile travma istatistiksel olarak anlamlı olmayan ve .20'nin altında bir ilişkiye sahip olduğu için ilişkilendirilmemiştir. Nihayetinde travma belirti düzeyi, içsel işlevsel olmayan ve

dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etki göstermiştir.

Geçmiş ilişkili araştırmalara odaklanıldığında, bu araştırmaya konu edilen ruh sağlığı değişkenlerinin daha ağırlıklı korelatif ilişkiler üzerinden incelendiği, yordayıcı ilişkilerin ise araştırmalara ender konu edildiği görülmektedir. Bunlar içerisinde, travmanın OKB üzerindeki yordayıcılığını inceleyen araştırmalarda, Cromer ve arkadaşlarının (2007) yetişkinlerle yürüttüğü çalışması dikkat çekmektedir. Bulgulara göre, bireyin yaşı ve başlangıç yaşının etkileri kontrol edildiğinde, travmatik yaşam olayları toplam düzeyinin OKB puanını anlamlı bir şekilde öngördüğü raporlanmıştır. Demirci'nin (2016) üniversite öğrencileriyle tamamladığı çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının OKB belirtinin şiddetlenmesine neden olup olmadığı incelenmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, travma toplam puanın tek başına OKB toplam puanını anlamlı olarak tahmin edemediği ancak travma toplam puanının ve alt ölçeklerinin (fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) tek başına OKB alt ölçeklerinin tümünü anlamlı olarak tahmin ettiği bulunmuştur. Ek olarak, travmanın alt boyutu olan duygusal ihmal puanının tek başına OKB'nin temizlik alt boyutunu yordayabildiği fark edilmiştir.

Lafleur ve arkadaşlarının 2011 yılında çocuk ve ergenlerle tamamladığı araştırmada ise OKB'li ve OKB'li olmayan bireyler arasında TSSB görülme oranı ile travmanın başlangıç sürelerine göre OKB belirtilerinin izlenimi irdelenmiştir. Sonuçlara göre, OKB'li ve sağlıklı bireylerin TSSB görülme oranı anlamlı olarak fark etmekle birlikte; OKB ile eş zamanlı görülen davranış bozukluğu, mizaç bozukluğu ve tik bozuklukları kontrol edildiğinde bile TSSB'nin OKB üzerinde anlamlı etkisinin sürdüğü görülmüştür. OKB'li katılımcıların yarısında TSSB belirtilerinin başlangıcının birkaç ay içinde yada OKB ile birlikte aynı zamanda ortaya çıktığı ve OKB'li ve TSSB'li katılımcıların ağırlıklı TSSB'nin OKB'yi yordamasının OKB'nin başlangıcından birkaç ay sonra başladığı dikkat çekmiştir. Her biri farklı bulgular elde eden araştırmalardan da görülebildiği üzere, travma ve alt boyutları çocuk, ergen ve yetişkinlerin dünyasında OKB belirtileri ve alt boyutları için anlamlı bir yordayıcı olarak belirlemektedir (Cromer ve ark., 2007; Lafleur ve ark., 2011). Araştırmamızdan farklı olarak ölçeklerin alt boyutlarının kullanıldığı Demirci (2016) araştırmasının ise travma toplam ve alt boyutları ile OKB toplam ve alt boyutları üzerinden değerlendirilmesi sebebiyle kullanılan ölçeklerin farklılaşması ve araştırmanın katılımcılarının üniversite öğrencileriyle sınırlı olması nedeniyle farklılaşan sonuçlar

yarattığı düşünülmüştür. Bu nedenle ilerleyen çalışmalarda Demirci'nin çalışmasının izlediği yolda olduğu gibi çocuk ve ergenlerle yürütülecek travma ve OKB'nin yordayıcı ilişkisine odaklanacak araştırmaların, her iki ruh sağlığı değişkeni için seçilen uygun ölçekler ile hem toplam hem alt boyut puanlar üzerinden analizlerin yürütmesiyle farklılaşmış ve daha kapsamlı bulgular elde edilebileceği düşünülmüştür. Klinik alanda çalışırken, OKB belirtileri ile klinisyenlere başvuran ergenlerde, ilk görüşme esnasında travmanın varlığının ve onunla ilişkili bileşenlerin göz önünde bulundurulması tedavi planlamasına dair derin bir bakış açısı kazandırarak, iyileşme sürecine olumlu yansiyacaktır.

Travma ile DEHB belirti ve şiddeti üzerine tamamlanmış literatür verilerinde ise yordayıcı ilişkiler üzerinde çalışmaların az sayıda da olsa yürütüldüğü görülmektedir. Çocuklar ve gençlerde travmaya ait değişkenler ile DEHB ilişkisine odaklanan Brown ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında, travma türü ve sayısı ile DEHB'nin varlığı ve şiddeti arasındaki yordayıcı ilişki üzerinde durulmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre, ekonomik zorluk yaşayanlar, ebeveynlerinin boşanmalarını deneyimleyenler, aile içi ruhsal hastalık olması, mahalledeki şiddet ve hapis cezası alması durumunun DEHB'ye sahip olma olasılığını arttırdığı bulunmuştur. Aynı zamanda, ACE puanları 2, 3 ve 4 olan çocukların orta-yüksek düzeyde DEHB'ye sahip olma olasılıklarının önemsenecek düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Konstenius ve arkadaşlarının 2017 yılındaki yetişkinlerle yürüttüğü araştırmada ise benzer şekilde madde kullanımı olan bireylerde çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın, DEHB'nin çocuklukta ve yetişkinlikteki varlığı üzerindeki belirleyiciliğinin araştırılması hedeflenmiştir. Bulgularla birlikte, çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın madde kullanımı olan bireylerde yaygın görülmesinin yanı sıra, Brown ve arkadaşlarının (2017) çalışmasından farklı olarak, yaş, cinsiyet, alkol kullanımı, borderline kişilik bozukluğuna sahip olma ve antisosyal kişilik bozukluğu kontrol edildiğinde, çocukluk çağı travmasının çocukluk dönemi DEHB üzerinde belirleyici olmadığı ancak yaş, cinsiyet, alkol kullanımı, borderline kişilik bozukluğuna sahip olma ve antisosyal kişilik bozukluğu kontrol edildiğinde, yetişkinlik DEHB'si üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, araştırmamızda olduğu gibi hem ergenlikte hem de yetişkinlerle yapılacak gelecek çalışmalarda, yetişkinlik DEHB'sinde görülmesinin yüksek olasılıklı olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle, yetişkinliğe geçiş evresinde olan ergenler için travmanın etkisi güncel olarak görülme bile, yetişkinlik DEHB'sinde görülebilmemesinin yüksek olasılıklı

olabileceğini akılda tutumalıdır. Dolayısıyla, DEHB'si olan yada DEHB belirtileri gösteren bireylerde travmanın varlığının ve ona ait bileşenlerin göz önünde bulundurulmasının anlamlı olacağına inanılmaktadır.

Travmanın benlik algısı, duygu düzenleme, bilişsel esneklik ve algılanan sosyal destek üzerindeki yordayıcı etkisinin incelendiği araştırmaların ise literatürde ender olduğu görülmektedir. Travma türlerinin (duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar türlerinin) yordayıcı ve benlik algısının yordanan olduğu tahmin edici ilişkide, yordayıcılığın zayıf olsa da anlamlılık gösterdiği ve cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal türlerinin benlik algısı üzerinde anlamlı bir yordayıcı etki göstermediği bulunmuştur (Güneri Yöyen, 2017). Çocukluk çağı travma türlerinin duygu düzenleme becerileri üzerindeki yordayıcılığının değerlendirildiği yetişkinlerle yürütülen Şahin Demirbilek'in (2013) araştırmasında, çocukluk çağı travma türlerinden sadece duygusal ve cinsel istismar türlerinin duygu düzenleme becerisi üzerinde anlamlı bir yordayıcılık gösterdiği bildirilmiştir.

Araştırmaya konu edilen ruh sağlığı değişkenlerinden benlik algısı, duygu düzenleme, bilişsel esneklik ve algılanan sosyal desteğin yordayıcı değişken ve OKB ve DEHB belirtileri ve şiddetinin yordanan olduğu yordayıcı etki ilişkileri literatürde izlendiğinde ise araştırmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Diğer yandan, literatürde DEHB belirtilerinin yordayıcı, benlik algısının yordanan olduğu ilişkilere rastlanmakla birlikte (Houck ve ark., 2011), araştırmamızda olduğu şekliyle benlik algısının yordayıcı, DEHB belirtilerinin yordanan olduğu ilişki için yordayıcılık etkisinin gözetildiği araştırmalara rastlanmamıştır. Francazio ve Flessner'in (2015) üniversite öğrencileriyle tamamladığı, bilişsel esnekliğin OKB belirtileri üzerindeki yordayıcı ilişkisini incelediği çalışmada bilişsel esnekliğin OKB belirti şiddeti üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı bulunmuştur. Diğer yandan, OKB belirti türlerinin duygu düzenleme değişkenleri, obsesif inançlar, düşünce kontrolü ve bağlanma tarafından yordanmasının incelendiği Vatan'ın (2014) araştırmasında, duygu düzenleme değişkenlerinin bazılarının, bazı OKB belirtilerini anlamlı olarak yordadığı ve anlamlı yordayıcıların bastırma duygu düzenleme becerisi ile yeniden değerlendirme duygu düzenlemesi olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle, saldırganlık ve sayma OKB alt boyutu, bastırma duygu düzenleme becerisi tarafından; tekrarlayıcı ve ritüelistik davranış OKB alt boyutu ise yeniden değerlendirme duygu düzenleme becerisi tarafından anlamlı olarak yordandığı izlenmiştir. Diğer OKB alt boyutlarının

ise herhangi bir duygu düzenleme alt boyutu tarafından anlamlı olarak yordanmadığı dikkat çekmiştir. Öte yandan, Vatan'ın çalışmasının (2014) aksine yine duygu düzenlemenin OKB üzerindeki yordayıcı etkisinin incelendiği ve OKB hastalarıyla yürütülen Eichholz ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında, OKB üzerinde duygu düzenleme becerisinin anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmüştür.

Literatürdeki araştırmalara yakından bakıldığında, bazı ruh sağlığı değişkenleri arasındaki yordayıcı ilişkilerine literatürde rastlanmadığı, bazen kısıtlı düzeyde de olsa yordayıcı ilişkilerin gözlemlendiği, bazen ise literatürde karşılaşılmamasına rağmen benzer nitelikli yürütülen çalışma sonuçlarında birbiri ile çelişen sonuçlar elde edildiği fark edilmiştir. Örneğin, Vatan'ın (2014) araştırmasında duygu düzenlemenin aracı etkisi alt boyutları üzerinden incelenirken ve bazı alt boyutlar için anlamlı yordayıcılık etkisi gözlenirken; Eichholz ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında tek boyutta ve duygu düzenleme zorluğu olarak tek kategoride incelenen duygu düzenlemenin ise yine anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmüştür. Ölçekler farklılaşsa dahi yordayıcılık etkisi duygu düzenleme becerisi için izlenirken, diğer ruh sağlığı değişkenleri ile yürütülen araştırmaların kısıtlı olması sebebi ile bu değerlendirme sonucundan bahsedilememiştir.

Öte yandan, travma ve DEHB üzerine yordayıcı etkileşimlerin farklı değişkenlerle ilişkilendirilerek değerlendirildiği araştırmalardan biri olan Brown ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında özellikle ebeveynlerinin boşanmalarını deneyimleyenler, ekonomik zorluk yaşayanlar, mahalledeki şiddet ve hapis cezası alması ve aile içi ruhsal hastalık olması travma türleri için DEHB'yi anlamlı olarak yordayabilmesinden anlamlı olarak bahsedilmiştir. Aksine, Konstenius ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise çocukluk DEHB'sinin çocukluk çağı travması tarafından anlamlı bir biçimde yordanmadığı ancak yetişkinlik DEHB'sinin anlamlı olarak yordandığı bildirilmiştir. Bu araştırmalar arası değişimlerin araştırma deseninin (boylamsal-kesitsel) ve incelenen travmaya ait araştırma değişkenlerinin araştırmalar arası oldukça farklılaşması nedeniyle olduğu akla gelmektedir.

En önemlisi, araştırmanın farklı bir bakış açısı kattığı taraflara bakıldığında, literatürde OKB'nin ve DEHB'nin travma belirtilerine neden olduğunu yada ilişkili olmadıklarını savunan araştırmaların aksine (Barkley, 2006; Ford ve ark. 1999; Menzies ve De Silva, 2003; Wozniak ve ark. 1999), travma belirtilerinin ve düzeyinin OKB ve DEHB'ye neden olabileceğini savunan ve çocuk ergenler ile yürütülmüş başlıca araştırma olması ön plana çıkarıcı yanı olmuş ve savunulan görüş tam

anlamıyla desteklenmiştir. Öte yandan, literatürde ruh sağlığı değişkenleri arasındaki yordayıcı ilişkileri inceleyen çalışmaların, bu araştırmadan ölçekleri kullanım ve analizi bakımından farklılaştığı dikkat çekmiştir (Brown ve ark., 2017; Cromer ve ark., 2007; Demirci, 2016; Eichholz ve ark., 2020; Francazio ve Flessner, 2015; Güneri Yöyen, 2017; Lafleur ve ark., 2011; Şahin Demirbilek, 2013; Vatan, 2014). Bu araştırmanın konusu bakımından birçok ruh sağlığı değişkeni içermesi ve bu değişkenleri bir arada incelemesi de bir diğer ayırışan yanı olmuştur. Bu sebeple, diğer araştırmalardan farklı olarak, travma ile OKB ve DEHB arasındaki yordayıcı ilişkileri değişkenlerin alt boyutları yada kategorileri üzerinden incelemeye fırsat olamamıştır. İleriki çalışmalarda analizlerde salt toplam puanlar üzerinden değil de alt boyutlar üzerinden de değerlendirmelerin gözetilmesinin, yordayıcı ilişkilerin dinamikleri üzerinde daha fazla belirleyici olabileceği ve çok yönlü kaynak sunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca önemli olan diğer bir nokta, klinik alanda gelişebilecek olası ağır klinik tabloların önüne geçebilmek için bu yordayıcı ilişkilerin görüşmeler esnasında ele alınmasıdır.

Diğer yandan, üçüncü hipotez ile, travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi ilişkisi üzerinde benlik algısı, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme değişkenlerinin aracı etkileri incelenmiştir. Bu aracı etkiler ayrı ayrı değerlendirildiği gibi, aynı zamanda, aracı etkiler bir arada gözlemlendiğindeki travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi ilişkisi üzerindeki bütünleşik aracı etkisi de araştırmaya konu edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, ayrı ayrı bakıldığında içsel işlevsel olan duygu düzenleme ve dışsal işlevsel olan duygu düzenlemenin travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişki içinde anlamlı bir aracı olmadığı; içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme, benlik algısı, algılanan sosyal destek ve bilişsel esnekliği ise travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi ilişkisinde anlamlı bir aracı etki gösterdiği bulunmuştur. Böylelikle, araştırmanın bu hususta oluşturulan hipotezi çoğunlukla desteklenmiştir.

Ek olarak, aracı etkilerin bir arada bütünleşik olarak analiz edildiği araştırma basamağında, ayrı ayrı incelendiğinde olduğu gibi travmanın aracı değişkenler üzerindeki yordayıcı ilişkisinde, içsel işlevsel olan duygu düzenleme ile dışsal işlevsel olan duygu düzenleme dışındaki diğer tüm aracı değişkenler için travma belirti düzeyinin OKB ve DEHB üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür. Aracı değişkenlerin bir arada sadece OKB üzerindeki yordayıcılıklarına odaklanıldığında ise dış işlevsel olmayan duygu düzenleme, içsel işlevsel olan duygu

düzenleme ve benlik algısı dışındaki diğer tüm aracı değişkenlerin OKB üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. En önemlisi, aracı değişkenlerin bir arada etkileme durumu ve düzeyi üzerinde durulduğunda, travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişki üzerinde anlamlı bir bütünleşik aracılık etkisi göstererek, yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu raporlanmıştır. Diğer yandan, aracı değişkenlerin bir arada sadece DEHB üzerindeki yordayıcılıklarına odaklanıldığında ise içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, bilişsel esneklik ve benlik algısı harici diğer tüm aracı değişkenlerin DEHB üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. En önemlisi, aracı değişkenlerin bir arada etkileme durumu ve düzeyi üzerinde durulduğunda, travma ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişki üzerinde anlamlı bir bütünleşik aracılık etkisi göstererek, yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu raporlanmıştır. Bu sayede araştırmayı ön plana çıkaran hipotezlerinden biri tamamıyla kabul edilmiştir.

Literatürün sunduğu kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda, aracı değişkenler olarak belirlenen bilişsel esneklik, benlik algısı, sosyal destek ve duygu düzenlemenin aracı değişken olarak ayrı ayrı incelendiği araştırmalara bazı ruh sağlığı değişkenleri için (özellikle duygu düzenleme becerisi için) karşılaşılsa da, bu aracı değişkenlerin bir arada aracı etkisinin değerlendirildiği araştırmalara rastlanmamıştır. Araştırmanın ruh sağlığı değişkenleri ile yürütülen literatür kaynaklarına bakıldığında, ağırlıklı duygu düzenleme becerisinin aracılık etkisinin gözetildiği araştırmalara rastlanmıştır. Duygu düzenlemenin aracı değişken olarak incelendiği Eichholz ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, öz duyarlık ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin aracı etkisi değerlendirilmiş ve ilişki üzerinde anlamlı bir aracı etkisi olduğu bulunmuştur. Fogleman ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında ise benzer şekilde aracı değişken olarak belirlenen duygu düzenlemenin, DEHB ve akran zorbalığı arasındaki ilişki üzerindeki etkisine odaklanılmış ve yine ilişki üzerinde anlamlı bir aracılık ettiği gözlenmiştir. Usta'nın (2021) araştırmasında ise DEHB ile somatizasyon ve disosiyasyon arasındaki ilişkide duygu düzenleme becerilerinin alt boyutlarının aracı etkisi değerlendirilmiş ve bu boyutların kısmi aracı etkisi olduğu bildirilmiştir. Tüm bunlardan farklı olarak bilişsel esneklik için yalnız moderatör etkinin incelendiği araştırmalara rastlanmakta, bazı travmatik deneyim türlerinin deneyimlenmesi ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişki üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Buna karşın bilişsel esnekliğin anlamlı bir moderatör etkisinin olduğu

ve bilişsel esnekliğin depremde zarar görmüş olma ile psikolojik iyi oluş ilişkisi arasında hafifletici etki gösterdiği bulunmuştur (Fu ve Chow, 2017).

Bahsi geçen geçmiş araştırmaların bulgularında da yola çıkarak, aracı olarak belirlenen duygusal ve bilişsel ruh sağlığı değişkenlerinin travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkideki olası rollerine ve belirleyiciliklerinin nedenine odaklanılmıştır. Buna göre travmatik deneyimlerin varlığında kişilerin duyguları ile doğrudan ilişkilenen OKB ve DEHB belirtilerinin de duygusal alanda yaşanan güçlükler sebebiyle özellikle kontrol edebilme ve kendini düzenleyebilme konusunda iniş çıkışlar yaşanabileceği düşünülmektedir. Bunun neticesinde bireylerin kendi hayatlarını kontrol edebilme gayreti ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddetlenebileceği yada duygusal zorluk yaşadığı için kendini regüle edebilmek adına DEHB belirtilerinden hareketlenme, kıpır kıpır olma, duygusal rahatlamamanın gelebilmesi amacıyla sonunu düşünmeden davranabilme ve/ya dikkat alanında sorunların artabileceği ön görülmüştür. Diğer yandan, duygu düzenleme alanında güçlü becerilere sahip olunması durumunda, travmanın varlığında bile duygusal dayanıklılık gösterilebileceğinden, bireyin kendisini duygusal ve bilişsel bileşenlere sahip olan OKB ve DEHB belirtileri üzerinde belirleyici olabileceği ve bunların şiddetini hafifletebileceğini de akla getirmektedir. Yine bulgular ve literatür araştırmaları ışığında, travmanın varlığında bedenin temel fonksiyonlarının bedeni ve mental sağlığı korumaya öncelik vermesi sebebiyle (Van der Kolk, 2019), bilişsel işlevlerin sekteye uğrayabildiği ve/ya bozulabildiği görülmektedir. Buna bağlı olarak dikkat süreçlerinde aksamalar yada bozulmalar yaşanması olasılığının arttığı ve bunun DEHB belirtilerini şiddetlendirebileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde yine bu sebeple içgörünün zayıflaması ve öz düzenlemeyi gerektiren alanlarda kritik süreçlerin olabilmesinden sebep obsesif kompulsif belirtilerde artış yaşanabileceği düşünülen diğer bir başlık olmuştur. Bu nedenle, aracı değişkenlerin varlığının ve doğrultusunun travma ve OKB ile DEHB ilişkisinde elzem bir yeri olduğu ve bu ruh sağlığı değişkenlerinin koruyucu olabileceği gibi sürdürücü/risk/başlatıcı faktör olarak da bireylerin hayatında yeri olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde araştırma konusu kapsamında yapılan incelemelerde, kısıtlı bulgulara rastlanması, bu çalışmanın özgünlüğünü arttırmaktadır. Bahsi geçen aracı değişkenleri değerlendiren araştırmalar (Eichholz ve ark., 2020; Fogleman ve ark., 2018; Fu ve Chow, 2017; Usta, 2021) mevcut araştırmaya sadece seçilen aracı değişkenler bakımından benzemektedir. Bu sebeple, bu araştırmadaki aracı etkilerin

ayrı ayrı yada bir arada incelenmesinin, psikopatolojik belirtilerin değerlendirilmesine büyük bir zemin oluşturacağı düşünülmektedir. Ek olarak, dört farklı boyutta incelenen duygu düzenleme becerisinin travma ile OKB ve DEHB arasındaki ilişkide ayrı ayrı aracı değişken olarak bakılmıştır. Buna göre sadece işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin travma ile OKB ve DEHB ilişkisinde aracılık etkisi anlamlılık göstermiştir. OKB ve DEHB gibi psikopatolojik belirtilerin doğası gereği işlevsel olmayan duygu düzenleme becerileri ile anlamlı aracı ilişkiler içerisinde olması bu psikopatolojik belirtilerden beklenen şekilde sonuçlar göstermesini kanıtlar nitelikte olmuştur. Bununla birlikte, travma ile OKB ve DEHB arasındaki ilişkilerde aracı değişkenlerin teker teker değerlendirildiği modellerde anlamlılık gösteren bazı değişkenlerin, bir aradaki aracılık etkisindeki görevlerinin anlamsızlaşabildiği yada anlamsızların anlam kazanabildiği bulgulara da rastlanmıştır. Bu durum klinik alanda aracı değişken olarak nitelendirilen ruh sağlığı değişkenlerinin etkisinin azımsanamayacağını ve bu psikopatolojik belirtilerin ilişkisinde bütünleşik aracı etkinin olası risk, sürdürücü, koruyucu veya düzenleyici faktör değerlendirilmesinin gerekliliğini ve önemini göstermektedir.

Buna istinaden aracı değişkenlerin bir arada olduğu, travma ile OKB arasındaki ilişkiye bakılan modelde, anlamlı olan dış işlevsel olan duygu düzenlemenin ve benlik algısının tek başlarına aracı etkilerinin anlamlıyken bu modelde anlamsızlaşması ve dış işlevsel olan duygu düzenlemenin tek başınayken anlamlıyken bu model anlam kazanması aracı değişkenlerin travma ve OKB ilişkisine olan düşük etkilerin etkileşim göstererek bir aradayken tek tek olduklarından daha yüksek bir yordayıcılık değeri anlam kazanmasıyla alakalı olduğu düşünülmüştür. Bunun olası nedenin ise özellikle sosyal destek almanın, bilişsel esneklik gösterebilmenin ve duygu düzenlemenin etkisi bir arada ele alındığında, travma ile ilişkilenebilen OKB belirtilerinin yönetilebilmesinde dışarıdan alabileceği sosyal desteğe oldukça ihtiyaç duyabilecek bu bireylerin, bilişsel esneklik de gösterebilmeleriyle birlikte dış işlevsel olan duygu düzenlemenin mana bulması, dış işlevsel olmayan duygu düzenlemenin ise anlamını yitirmesi olduğunu akla getirmiştir.

Ek olarak, travma ile DEHB arasındaki ilişkide ise bütünleşik aracı etkinin, tek tek aracı etkilere göre farklılaşması kıyaslandığında, duygusal bileşenlerden olan duygu düzenlemenin etkisi belirginleşirken, bilişsel etmen olarak ele alınan bilişsel esneklik ve benlik algısının etkisinin zayıfladığı görülmektedir. Klinik alanda, DEHB gibi dışsal öğelere yaslanabilen ve dışarıdan alınabilecek uyaranlara, sinyallere yada

desteğe hassasiyet gösteren çocuk ergen psikopatolojisinde, bütünleşik aracı etkinin anlamlılıklarının, tek tek olan aracı etkilerin varlığına göre farklılaşmasının nedenin ise bu patolojinin doğasına göre şekillenmesi olduğunu akla getirmektedir. Kıpır kıpır oluşlarının, dikkat alanlarında yaşadıkları zorlukların arkasında yönetmeye çalıştıkları kendilerine dönük olumsuz duyguları ile baş etmeye çalışan bu kişiler, travmanın varlığında daha güçlü bir olumsuz duygu çemberine girebilmektedirler. Duygusal öğelerle kalmak ve bu duyguları sürdürebilmek içsel süreçlerinde zor olduğunda, bunu aşabilmek için öncelikle kendilerinden dayanak aramaktadırlar. Dayanak bulamadıklarında ise sosyal destek, içsel ve dışsal duygu düzenleme gibi duygusal içerikli dış kaynaklı öğelere daha fazla ihtiyaç duyabilmektedir. İşte bu sebeple bütünleşik aracı etkinin varlığında, sosyal desteğin ve dışsal duygu düzenlemenin etkisinin ağırlıklı travma ve DEHB ilişkisine dahil olmasıyla birlikte, içsel duygu düzenlemelerin işlevsel olmayandan işlevsel olana doğru anlam kazandığı düşünülmektedir. Bu bulgular neticesinde, travma ile DEHB ilişkisinde duygusal faktörlerin ön planda tutulmasının oldukça önem taşıdığı görülmektedir.

Yine travma ile ilişkilenen her iki psikopatoloji etkileşiminde benlik algısının tek tek anlamlı aracı etki gösterdiği bulguların aksine, bir arada aracı etkilerin değerlendirildiği modellerde anlamını yitirme nedenin ise aracı etki büyüklüğü sıralamasında benlik algısının diğer araçların etki büyüklüklerinden daha düşük düzeyde bir paya sahip olması olduğu anlaşılmaktadır. Travma ile OKB ve DEHB ilişkilerine klinik alanda odaklanılırken, sürdürücü, düzenleyici, koruyucu veya risk faktörü olabilecek bu aracı değişkenlerin varlığı ve düzeyinin bir arada değerlendirilmesinde, öncelikle bilişsel esneklik, sosyal destek ve duygu düzenlemenin boyutları üzerinde durulmasının önemli olacağı; benlik algısı değerlendirilmesi için de yaş faktörünün (öğrenim görülen sınıf düzeyinin de) göz önünde bulundurulmasının anlamlı olacağı araştırma verilerinden hareketle düşünülmüştür. Sonraki araştırmalarda öğrenim görülen sınıf düzeyinin benlik algısı için anlamlı bir değişken olmasından yola çıkarak, yaş düzeyinin 12-18 olarak geniş bir aralıkta incelenmesi yerine 12-15 ve 15-18 gibi yaş faktörünü kategorileştirerek incelemenin daha çeşitli sonuçlara erişimi mümkün kılacağına inanılmıştır.

Son olarak, araştırmanın işlemsel son hipotezinde, travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkilerde travmatik deneyimin türünün, travmatik deneyim sayısının ve travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin moderatör rolü üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda, biçimlendirici rollerin etkisinin incelenmesine ek olarak,

duygu düzenleme becerisi, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik ve benlik algısı değişkenlerinin, travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi ilişkileri üzerindeki aracı etkileri varlığında, yine travmatik deneyimin türü, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin moderatör rolleri değerlendirilmiştir. Beklenenin aksine, travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkilerde, moderatör değişken olarak belirlenen travmatik deneyimin türü, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin istatistiksel olarak anlamlı moderatör rolleri olmadığı bulunmuştur. Bu sebeple, araştırma hipotezimizin reddedildiği söylenebilmektedir.

Yine bu hipotezin ilerleyen adımında, travma ile OKB ve DEHB'nin yordayıcı ilişkisinin temel olduğu araştırma modelleri oluşturulmuş ve altı farklı modele dair hipotezler test edilmiştir. Buna göre, travma ile OKB ve DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkilerin varlığında ve aracı değişkenler olarak konumlanan algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı ve duygu düzenleme becerisi değişkenlerin bütüncül etkisinde; modellerin her birinde sırası ile moderatör değişken olarak belirlenen travmatik deneyimin türü, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen süre değişkenlerinin biçimlendirici rolleri ve araştırma modelinin ilişki üzerindeki bütüncül etkisi değerlendirilmiştir. Öncelikle, travmatik deneyim türünün moderatör değişken; algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı ve duygu düzenleme becerisinin hep bir arada etkisinin aracı değişken; travmanın yordayıcı ve OKB ile DEHB'nin ayrı ayrı yordanan olduğu modellere odaklanılmıştır. Sonuçlara göre, travmatik deneyim türü üzerinden kurulan modeller istatistiksel olarak anlamlı bir varlık göstermemiştir.

Daha sonra, travmatik deneyim sayısının moderatör değişken; algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı ve duygu düzenleme becerisinin hep bir arada etkisinin aracı değişken; travmanın yordayıcı ve OKB ile DEHB'nin ayrı ayrı yordanan olduğu modeller sınanmıştır. Bulgulara göre, yine travmatik deneyim sayısı ile yürütülen modeller istatistiksel olarak anlamlılık bildirmemiştir.

Son olarak da, travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin moderatör değişken; algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı ve duygu düzenleme becerisinin hep bir arada etkisinin aracı değişken; travmanın yordayıcı ve OKB ile DEHB'nin ayrı ayrı yordanan olduğu modellere odaklanılmıştır. Diğer araştırma modellerinden farklı olarak, algılanan sosyal destek, bilişsel esneklik, benlik algısı ve duygu düzenleme becerisinin aracı etkilerinin varlığında ve travma ile DEHB belirti

düzeyi arasındaki ilişkide, travmanın üzerinden geçen sürenin anlamlı bir düzenleyici etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Detaylandırıldığında ise travmanın üzerinden geçen sürenin travma ile DEHB arasındaki bütüncül ilişkide negatif yönlü bir moderatör etkisi olduğu tespit edilmiştir. Travmatik deneyimin üzerinden geçen süre 0-6 ay arası yakın bir zaman dilimi ise, 6 aydan daha fazla bir zaman önce bu deneyimi yaşamış olmaktan daha fazla bir şekilde travma ile DEHB arasındaki etkileşimi anlamlı olarak arttırdığı söylenebilmektedir. Ancak, travma ile OKB belirti düzeyi arasındaki ilişkide travmanın üzerinden geçen süre ile yürütülen model istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir.

Bu konuda yapılmış literatür verileri incelendiğinde, biçimlendirici rollerin değerlendirildiği araştırmalara rastlanılmamakla birlikte, biçimlendirici olarak belirlenen travmatik deneyimin türü, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin araştırma ruh sağlığı değişkenleri ile etkileşimlerinin ilişkisel olarak ifade edildiği görülmüştür (Benjet ve ark., 2015; Cromer ve ark., 2007; Crouch ve ark., 2021; De Silva, 1999; Foy ve ark., 1996; Gershuny ve ark., 2008; Karancı ve ark., 2009; Karancı ve Gül, 2014; Korkmaz ve ark., 2020; Mathews ve ark., 2007; Miranda ve ark., 1997; Perkoingg ve ark., 2000; Szymanski ve ark., 2011; Wild ve Paivio, 2003).

Aracılık etkisinde olduğu gibi, biçimlendirici rol kapsamında değerlendirilen travma türü, travma sayısı ve travmanın üzerinden geçen süre değişkenleri, çocuk, ergen ve yetişkin popülasyonlarında travmanın varlığındaki ilgili psikopatolojiler ile (OKB ve DEHB) ilk defa incelenmiştir. Bu bulgu çalışmanın öncül olduğunu gösteren bir başka delil olmaktadır. Beklenenin aksine, bu araştırma için belirlenen biçimlendirici etkilerin anlamlılık göstermemesinin nedeninin, travma türü, sayısı ve üzerinden geçen süre değişkenlerinin kategorilerinin dağılımlarının dengeli olmaması olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar travma sayısı biçimlendirici değişkeni için anlamlı roller gözlenirse de travmanın belirtilerinin, OKB ve DEHB semptomları ile benzerlik gösterebilmektedir. Buradan yola çıkarak, mevcut travmatik deneyimlerin sayısının çoklu olmasının zorlaştırıcı bir etmen olması nedeni ile (Ehring ve Quack, 2010; Frans ve ark., 2005; Szymanski ve ark., 2011) her aşamada travmanın sayısının da göz önünde bulundurulmasının önemli olacağı akla gelmelidir. Ayrıca, moderatör etkilerin doğrudan ve araştırma modeli üzerinden aracı ve biçimlendirici etkinin incelendiği analizlerde anlamlı bulgular elde edilmemesinin arkasında, katılımcılar arasında travma türü, sayısı yada herhangi alakalı bir durum belirtmeyen 288 katılımcı

olması ihtimali yer almaktadır. Bu sebeple analizlerin bu katılımcıların verilerinin çıkarılarak yürütülmesinin araştırmayı kısıtladığı düşünülmektedir.

Aynı zamanda, tek anlamlı etkileşimin olduğu görülen travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin biçimlendirici değişken ve bilişsel esneklik, benlik algısı, duygu düzenleme ve sosyal desteğin aracı değişken olduğu birleşik etkinin varlığında, travma ile DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkinin bir arada değerlendirildiği araştırma modelinin anlamlı etkileşimler gösterdiği görülmüştür. Diğer bulgulardan ayrılan bu modelin anlamlılık göstermesiyle ilk 6 ayda travmanın daha şiddetli seyredebildiğini ve travma ile DEHB arasındaki ilişki üzerinde daha yüksek düzeyde bir bozuculuğa sahip olduğu görülmektedir. Araştırmanın sonuçları göstermektedir ki DEHB ile ilgili gözlemler esnasında, travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin DEHB belirti düzeyi üzerinde belirleyici olacağının göz ardı edilmesinin önemli sonuçlar doğuracağı ön görülmektedir. Bu nedenle, psikolojik ilk yardımın ve erken müdahalenin travmatik deneyimlerin etkisiyle şekillenen yada açığa çıkabilen DEHB psikopatolojik belirtilerinin yönetilebilmesi hususunda travmatik deneyimlerin etkilerinin erken bir şekilde üzerinde durulmasının önemli bir adım olduğu açığa çıkmaktadır.

Araştırmanın yan amaçları doğrultusunda oluşturulan hipotez değerlendirildiğinde, cinsiyet, yaş, öğrenim görülen sınıf düzeyi, ebeveynlerin eğitim düzeyleri, sosyoekonomik düzeyi, psikolojik destek alma durumu, travmatik deneyime sahip olma durumu, travmatik deneyimin (travmalarının) üzerinden geçen süre, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyim türü gibi sosyodemografik değişkenlerin ruhsal değişkenleri ölçümleyen araştırma ölçeklerinden alınan puanlara göre değişimi odak noktası edilmiştir. Bulgularda, cinsiyete göre travma, OKB, benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemeden alınan puanların gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ve cinsiyet üzerine geliştirilen hipotez çoğunlukla kabul edilmiştir. Kadınların travma, OKB ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme skorları erkeklerden anlamlı olarak yüksekken; erkeklerin ise benlik algısı, sosyal destek ve bilişsel esneklik puanları kadınlardan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Katılımcıların yaşına göre ölçeklerden alınan puanların farklılaşmasına bakıldığında, sadece bilişsel esneklikten alınan puanların gruplar arasında birbirinden anlamlı olarak farklılaştığı, hipotezin kısmen kabul edilebileceği ve yaş farkının 14 ve 17 yaşındaki bireylerin, 12 yaşındaki bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bilişsel esneklik göstermesiyle farklılaştığı görülmüştür.

Ek olarak, psikolojik destek alma ve travmatik deneyim yaşama durumuna göre ölçek puanlarının gruplar arası değişimi incelendiğinde, içsel işlevsel olan ve dışsal işlevsel olan dışındaki tüm ölçek puanlarının gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı ve hipotezin çoğunlukla kabul edildiği raporlanmıştır. Psikolojik destek alan veya travmatik deneyim yaşayan bireylerin travma, OKB, DEHB, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme puanları, psikolojik destek almayan veya travmatik deneyim yaşamayan bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek seyrederken; psikolojik destek almayan veya travmatik deneyim yaşamayan bireylerin benlik algısı, sosyal destek ve bilişsel esneklik puanları ise psikolojik destek alan veya travmatik deneyim yaşayan bireylere kıyasla daha fazla gözlenmiştir.

Bunların yanında, katılımcıların öğrenim gördüğü sınıf düzeyine göre ölçeklerden alınan puanların farklılaşmasına bakıldığında, benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve içsel işlevsel olan duygu düzenlemeden alınan puanların gruplar arası farklılaşmaya gittiği ve hipotezin kısmen kabul edildiği söylenebilmektedir. Ek olarak, gruplar arası farklılaşmanın bir sıralama veya dizilim ile artış yada azalış göstermediği dikkat çekmiştir. Öte yandan, umulanın aksine, anne eğitim düzeyine ve travmatik bir deneyim yaşama süresine göre ölçekten alınan puanların değişim göstermediği, baba eğitim düzeyine göre ise sadece içsel işlevsel olan duygu düzenleme puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Böylelikle, anne eğitim düzeyi ve travmatik deneyim yaşama süresine dair yürütülen hipotezin reddedilirken, baba eğitim düzeyi üzerine kurulan hipotez kısmen kabul edilmiştir.

Ölçekten alınan skorların katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre değişimi incelendiğinde ise sadece benlik algısı ve bilişsel esneklik skorlarına istinaden gruplar arası farklılaşmaya gittiği ve hipotezin kısmen desteklendiği bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre, katılımcıların sosyoekonomik düzeyi arttıkça, benlik algısı ve bilişsel esneklik düzeylerinin de artış gösterdiği görülmüştür. Anlamlı bir şekilde, psikolojik destek alım süresinin uzunluğuna göre ölçek puanlarının değişimine odaklanıldığında ise sadece sosyal destek puanlarının gruplar arasında anlamlı değişim gösterdiği, hipotezin kısmi desteklendiği ve 0 ile 1 yıl arası psikolojik destek alan kişilerin sosyal destek puanlarının, 1-2 yıl süre ile psikolojik destek alan kişilerininkine kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Son olarak, travmatik deneyimin türü ve sayısını baz alarak araştırma ölçeklerinden alınan katılımcı puanlarının gruplar arası değişimine odaklanıldığında

ise travmatik deneyim sayısı için travma, OKB, DEHB, benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme puanlarının gruplar arası farklılaşmaya gittiği bulgulanmış ve hipotez çoğunlukla kabul edilmiştir. Bunlar ışığında, ergenlerin travmatik deneyim sayısı arttıkça, travma, OKB, DEHB, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme düzeyi de artış; benlik algısı, sosyal destek ve bilişsel esneklik düzeylerinin de anlamlı olarak azalma gösterdiği görülmüştür. Travmatik deneyim türleri için ise travma, OKB, DEHB, benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme puanlarına ek olarak dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme puanının da travma türlerinin etki etme düzeyinin anlamlı fark gösterdiği raporlanmıştır ve araştırma hipotezi çoğunlukla desteklenmiştir. Travma türlerinin anlamlı değişim gösteren ölçek puanlarına göre yakından bakıldığında, travma puanları için sırası ile kişilerarası ilişkilerde sorun, okul sorunu, ölüm, ayrılma, cinsel ihmal/istismar ve yetersiz/bozuk bakım alma travma türlerinde anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. OKB puanları için ise sırasıyla kişilerarası ilişkilerde sorun, okul sorunu, ölüm, cinsel ihmal/istismar ve yetersiz/bozuk bakım alma travma türlerinde anlamlı farklılaşma görülmüştür. Benzer şekilde, DEHB puanları için sadece okul sorunu ve kişilerarası ilişkilerde sorun gruplar arası fark yaratmış; benlik algısı puanları içinse sırasıyla kişilerarası ilişkilerde sorun, okul sorunu, yetersiz/bozuk bakım alma ölüm ve ayrılma türlerinde gruplar arası fark raporlanmıştır. Ek olarak, sosyal destek puanları için kişilerarası ilişkilerde sorun, okul sorunu, ölüm, yetersiz/bozuk bakım alma ve cinsel ihmal/istismar üzerine farklılaşma olduğu görülürken; bilişsel esneklik puanları için farklılaşma sadece sırası ile kişilerarası ilişkilerde sorun, ölüm ve okul sorunu travma türlerinde görülmüştür. Son olarak, duygu düzenlemenin iki alt boyutundaki değişimlere odaklanıldığında içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme için sırası ile okul sorunu, kişilerarası ilişkilerde sorun, ayrılma, ölüm, felaket, cinsel ihmal/istismar ve yetersiz/bozuk bakım alma travma türlerinde gruplar arası farklılaşma bildirilirken, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme için sadece kişilerarası ilişkilerde sorun, ölüm ve cinsel ihmal/istismar üzerine travma türleri arası farklılaşma fark edilmiştir. Tüm bunlara istinaden, bulgulardan yola çıkarak araştırma için belirlenen ruh sağlığı değişkenleri ile ilişkisinde öncelikle etkilenebilecek travma türlerinin kişilerarası ilişkilerde sorun, okul sorunu, ölüm, yetersiz/bozuk bakım alma ve cinsel ihmal/istismar olduğu dikkat çekmiştir.

Literatür verilerinde bunlara dair bilgiler olmaktadır ancak oldukça sınırlı sosyodemografik değişkenin ölçeklere göre değişiminin incelendiği fark edilmiştir. Duygu düzenleme becerisi için ise sosyodemografik değişkenlere ait değişimlerin incelendiği araştırmalarla karşılaşılmamıştır. Literatürde olan değişkenlere dair incelemeler ağırlıklı yaş, cinsiyet, gelir ve ebeveynlerin eğitim düzeyi üzerinden yapılmıştır. Sınıf düzeyi, psikolojik destek alma durumu, psikolojik destek alma süresi, travmatik deneyim yaşama durumu, travmatik deneyimi yaşamanın üzerinden geçen süre ve travma türleri ise araştırmayı yenilikçi ve kapsamlı kıлып, diğer araştırmalardan farklılaştıran güçlü yanlarından biri olmuştur.

Travma düzeyi ile ilişkilendirilen sosyodemografik verilerin literatürün genelinde sınırlı olduğu ve birbiri ile ayrılan neticeler elde ettiği dikkat çekmiştir. Travma türlerine ve düzeylerine göre kadın-erkek arasında görülmenin değerlendirildiği araştırmada Güneri Göyen'in (2017) araştırmasında, cinsel istismar ile fiziksel ihmal travma türleri erkekler için kızlara kıyasla daha fazla görülürken; diğer travma türlerinde kız-erkek oranlarında bir fark bulunmamıştır. Öte yandan, Ogle ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet ile gelir seviyesine göre travma düzeyinin farklılaşmasına odaklanılmıştır. Sonuçlarda kadınların erkeklere oranla daha fazla travma düzeyine sahip olduğu ve travma düzeyinin gelir düzeyinin azalmasıyla arttığı bulgulanmıştır. Diğer yandan, benzer değişkenleri inceleyen başka araştırmalarda ise cinsiyet çocukluk çağı travma düzeyleri üzerinde anlamlı bir belirleyici olmazken (Shepherd ve Wild, 2014; Şahin Demirkapı, 2013); gelir düzeyi travma düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılaşma yaratmıştır (Dereboy ve ark., 2018; Şahin Demirkapı, 2013). Bu araştırmalar arası farklılık gösteren bulgulara erişilmesi üzerinde araştırma katılımcılarının, katılımcı sayılarının ve travma ile ilişkilendirilen araştırma değişkenlerinin farklılık göstermesinin belirleyici olduğu fark edilmiştir.

OKB düzeyi ile sosyodemografik verilerin konu edildiği literatür araştırma bulgularının ise oldukça değişkenlik gösterdiği fark edilmiştir. Ufuk ve arkadaşlarının (2013) ve Yüce ve arkadaşlarının (2017) çocuk ve ergenlerle yürüttüğü araştırmada kız-erkekler göre OKB'nin görülme sıklığı kızlar için anlamlı düzeyde daha fazla bulunurken; öte yandan, Stewart ve arkadaşlarının (2006) araştırması ise tam tersini gösteren nitelikte sonuçlar elde etmiştir. Diğer yandan, bulgular erkek çocuklarda görülme sıklığı çocuklukta daha fazla iken ergenlikte bu durum kızlar ve erkekler için dengelenmiş ve ergenliğin bitişi ile kızlar için ivme kazanmıştır (Geller ve ark., 1988;

Leonard ve ark., 1992; Öner ve Aysev, 2001; Tobias ve Walitza, 2006). Bu cinsiyetler arası OKB düzeyi değişikliklerinin nedeninin, araştırmalara konu edilen OKB boyutlarının araştırmadan araştırmaya farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yine cinsiyetin ve anne-baba eğitim düzeylerine göre DEHB belirti düzeyinin gruplar arası değişimleri incelendiğinde, Şan ve arkadaşlarının (2018) herhangi bir sosyodemografik değişkene göre DEHB'nin toplam ve alt boyutlarının düzeyinin anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Diğer yandan birçok araştırma sonucuna göre, klinik alanda DEHB'li çocukların erkeklerde kızlara kıyasla 4-9 kat arası fazla bulunabilirken, genel popülasyonda bu oranın 3 kata kadar inebildiği bulunmuştur (Bauermeister ve ark., 2007; Faraone ve ark., 2015; Polanczyk ve ark., 2007; Skogli ve ark., 2013). Son yıllarda yürütülen araştırmalar da benzerlik olduğunu söyler nitelikte seyretmektedir (Akdemir ve Çetin; 2008; Faraone ve ark., 2015; Karabekiroğlu, 2011; Karadağ, 2020; Kayaalp, 2008; Lesch, 2015; Matte ve ark., 2015; Williamson ve Johnston, 2015).

Diğer yandan, ruh sağlığı değişkenlerinden benlik algısının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşması üzerinde durulan literatürde farklı bulgularla karşılaşmıştır. Erbil ve ark (2006) benlik algısı ile yaş, cinsiyet, anne baba eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye bakılmış ve sadece anne eğitim düzeyine benlik algısı düzeyinin gruplar arası anlamlı değişim gösterdiği raporlanmıştır. Yine, Ataoğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında sağlıklı ve travmalı bireyler arasında yaş cinsiyet, aylık gelir ve anne baba eğitim düzeyine göre benlik algısı düzeyi incelenmiş ve sağlıklı bireylerin anne baba eğitim düzeylerinin travmalı bireylerin benlik algısı düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. 6-18 yaşlarındaki çocuk ve gençlerle yapılan araştırmada ise yaş ve cinsiyete göre benlik algısı düzeylerinin değişimine bakıldığında, yaş grubuna göre anlamlı değişimler gözlenirken, cinsiyet için gözlenmediği bildirilmiştir (Houck ve ark., 2011). Barber ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında ise 8-12 yaş arası çocuklar araştırma katılımcıları olmuş ancak yine de cinsiyete göre benlik algısı düzeyinde kadın-erkek arasında anlamlı değişimler bulunmamıştır. Adana ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında araştırmamızla örtüşen şekliyle cinsiyet ve gelir durumu ve benlik algısı ilişkisi konu edilmiş ve yine bu sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı gruplar arası fark olmadığı görülmüştür. Anlamlı farklılaşmalar olmasının nedeninin yaş skalası yakın olan çocuklar arasında gelişim süreçleri nedeniyle ayrışmaması olduğunu akla getirmiştir.

Sosyal desteğin kadın ve erkekler arasındaki kıyaslamalarına odaklanıldığında, Malecki ve Elliout (1999) ergenlerle yürüttüğü araştırmasında kadınların tüm sosyal destek düzeylerinin erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu; Ogle ve arkadaşlarının (2014) yetişkinlerle yürütülen araştırmasında ise erkeklerin kadınlardan daha yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca bu araştırmaya konu edilen bir diğer sosyodemografik değişken olan gelir düzeyine göre sosyal destek düzeyinin farklılaşmasına bakıldığında, gelir düzeyinin artmasıyla algılanan sosyal destek düzeyinin de artış gösterdiği bulgulanmıştır. Bir başka farklı kişilerden alınan sosyal destek düzeyini inceleyen ve gençlerle yürütülen çalışmada ise farklı psikopatolojik semptomların eşlik etmesiyle cinsiyete göre sosyal destek düzeylerinin değişim gösterdiği izlenmiştir (Rueger ve ark., 2010).

Bilişsel esneklik düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmasının incelendiği Kercood ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında, DEHB'li ve sağlıklı bireylerin kıyaslamaları yapılmış ve bilişsel esnekliğin düzeyinin cinsiyete göre değişim göstermediği görülmüştür. Aynı şekilde, ergenlerle yürütülen diğer araştırmalarda da cinsiyetler arasında bilişsel esneklik düzeyinin farklılaşmadığı izlenmiştir (Diril, 2011; Öz, 2012; Tutuş, 2019). Öte yandan, Altınkol'un (2011) ergenlerle tamamlanan araştırması ise erkeklerin kadınlara oranla daha fazla bilişsel esneklik gösterdikleri raporlanmıştır. Paralel doğrultuda, üniversite öğrencileriyle yürütülen Asıcı ve İkiz'in (2015) araştırmasında ise yine erkeklerin kadınlara oranla daha fazla bilişsel esnekliğe sahip olduğu bulgulanmıştır. Tutuş'un (2019) araştırmasında bilişsel esneklik düzeylerinin cinsiyete ek olarak yaş ve gelir düzeyine göre de değişimine odaklanılmış ancak herhangi bir sosyodemografik değişken için anlamlı bir gruplar arası farklılaşma bulunamamıştır. Ben-Zion ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise yine cinsiyete ek olarak yaşa göre de bilişsel esnekliğin gruplar arası anlamlı bir değişim yaşamadığı izlenmiştir.

Sosyodemografik değişkenler için araştırma ruh sağlığı değişkenlerini ölçümlemeyi hedefleyen ölçek puanlarının değişiminin incelendiği bu son araştırma basamadığında araştırmamızın katkısı olabileceği noktalara odaklanılmıştır. Bulgulara göre, bilindiği kadarıyla sosyodemografik değişkenlere göre dört farklı boyuttan duygu düzenleme becerisi düzeyinin değişiminin incelenmesi ilk olması sebebi ile bu araştırmayı güçlü kılmaktadır. Aynı zamanda, bu araştırmanın ruh sağlığı değişkenlerinin ilk kez ergenler ile bu türlü geniş sosyodemografik ölçümleri alması (travmaya ait bileşenler, psikolojik destek alma dair içerikler vb.) ve ruh sağlığı

değişkenleri ile ilişkisini yorumlaması bakımından ön plana çıktığı düşünülmektedir. Tüm bunların yanında, travma türü ve sayısı ile doğrudan gruplar arası anlamlı farklılaşmalar gösteren tüm ruh sağlığı değişkenlerinin (duygu düzenleme becerisinin sadece iç işlevsel olmayan boyutu ile) konu edildiği herhangi bir gelecek araştırmada risk faktörü yada kontrol edilmesi gereken durumlar olarak bu değişkenlerin gözetilmesinin ne kadar önemli olacağı fark edilmiştir. En önemlisi, neredeyse tüm ruh sağlığı değişkenleri ile anlamlı etkileşim gösteren kişilerarası sorun yaşama, okulda yaşanan sorunlar ve ölüm travmatik deneyimlerinin özellikle gençlerin hayatında ne kadar belirleyici olabileceği önemle dikkat çekmiştir. Bu sebeple, ergenlerin hayatında gelişim döneminde olan bu gençlerin ilişki yatırımlarına olan ihtiyaçlarının ekseriyetle göz önünde bulundurulmasının gerektiği düşünülmüştür.

6.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın temel hedefleri doğrultusunda, öncelikli amaç 12-18 yaşları arasındaki ergenlerin travma belirtileri ile OKB ve DEHB belirtileri ve düzeyleri arasındaki ilişkileri anlamak olmuştur. Sonrasında, bu ilişkiler arasında psikopatoloji düzeyi üzerinde belirleyici etkileşimlere sahip olabilen benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme aracı değişkenlerinin etkisini keşfetmek hedeflenmiştir. Literatür araştırmaları ve klinik gözlemler ışığında, travmatik deneyimler ve travma belirtileri üzerinde belirgin değişim yarattığı vurgulanan travmatik deneyim türü, travmatik deneyim sayısı ve travmatik deneyimin üzerinden geçen sürenin, travma belirti ve düzeyi ile OKB ve DEHB belirti düzeyi üzerinde anlamlı bir biçimlendirici role sahip olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın birçok ruh sağlığı değişkenini içermesi ve bu değişkenlerin verilerinin doğru ve kapsamlı analizi için ölçek sorularının her biri bir arada verilmiş, tek seferde ve okul ortamında ölçek sorularını tamamlamaları istenmiştir. Bu hususta, özellikle 12-13 yaş grubu ergenliğin başlangıcında olan gençler arka arkaya ve çoklu sayıda ölçek sorusunun gençlere ardıl yönlendirilmesinin zorlayıcı olabileceği düşünülmüştür. Bu sebeple, bu denli kapsamlı bir araştırma esnasında özellikle ergenlerle çalışıldığı göz önünde bulundurulup, araştırmayı zamana bölerek yada araştırma içeriğini daha sınırlı tutarak bölümlendirmenin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca, her ne kadar gençlerin tüm mahremiyetleri göz önünde bulundurularak soruları yanıtlamalarına ortam hazırlansa da, araştırmanın konusu sebebiyle zaman zaman gençlerin soruları yanıtlamak konusunda temkinli davranışlar gösterdikleri dikkat çekmiştir. Bu durum, gençlerin yanıtları tüm açıklığı veya gerçekliği ile vermemiş olabileceğini akla getirmiş ve ruh sağlığı hastalıklarına dair belirtilerin toplumumuzda tabu olarak görülmesinden kaynaklı araştırmamıza sınırlılık getirdiğine inanılmıştır. Bu nedenle, özellikle benlik gelişimleri henüz tamamlanmamış ergenlik dönemindeki gençlerle çalışırken, travmatik deneyimlerin, sosyalliği içeren psikopatolojik belirtilerin ve dışsallaştırma bozukluklarının incelendiği araştırmalarda, yöneltilen araştırma soruları karşısında bireylerin yaklaşımlarının farklılaşabileceği ihtimali üzerinde durularak çalışmaların düzenlenmesi önerilmektedir.

Kesitsel desene yürütülen bu araştırmanın, araştırma deseni ise bir diğer sınırlılığı olarak görülmektedir. Çoklu yada tekrarlı deneyimlenebilen travmatik deneyimlerin, travma belirtilerinin ve düzeyinin boylamsal bir çalışma ile incelenebiliyor olması, daha kapsamlı ve tekrarlı ölçümler sebebi ile daha genellenebilir olarak değerlendirilebileceği için sonraki çalışmalarda faydalı olabileceğini akla getirmektedir.

Ek olarak, yine araştırma verilerinden yola çıkarak, bu çalışmada araştırma değişkeni fazlalığı nedeni ile incelemeye alınamayan ölçek alt boyutlarının sağlayacağı verilerin, ilerleyen araştırmalara dahil edilerek değerlendirilebilmesinin kıymetli ve daha kapsamlı bilgi sunacağı düşünülmektedir. Böylelikle, travma ile OKB ve DEHB ilişkilerinde hem psikopatolojik belirtilerin spesifik olarak hangi alanlarda ve düzeyde ilişkilendiği, hem de aracı ve biçimlendirici olan ruh sağlığı değişkenlerinin gençlerin hayatında ne bakımdan kritik edilebileceği düzeysel olarak da anlaşılacaktır. Örneğin, kişilerarası ilişki sorunlarının üzerinde durulmasının ve sosyal desteğin anlamlı bir aracı değişken olmasının önemin ön plana çıktığı araştırma verileri ışığında, ergenlik sürecinde aile ve arkadaş ilişkileri gibi gençlerin aktif sosyal etkileşim içerisinde olduğu bireyler ile dinamiklerini yakından değerlendirmesine imkan sunabilmesi gibi. Aynı zamanda, aile, öğretmen gibi yetişkinlerden gelecek verilerin araştırmaya dahil edilmesi ile farklılaştırılmış ve bu çalışmanın genişletilmiş hali olabilecek araştırmalar yürütülmesinin, farklı alanlarda çalışan uzmanlara da yeni araştırma alanı sunabileceği ve gençler hakkında iki yönlü bilgi alınabilmesine fırsat sağlayarak yeni araştırmaları çeşitlendirebileceği düşünülmektedir.

Tüm açıklığı ile araştırmada travmaya dair paylaşımların açıklıkla yapıldığından emin olunamayabilir çünkü kişiler araştırma yapıldığı algısı ile gerçeğliği bir terapi aldığı yada arkadaşına yaşadığı durumu anlattığı süreçteki gibi tüm açıklığı ile paylaşmayabilmektedir. Aynı zamanda, travma sayısı veya şiddeti içinde bulunulan toplumsal zamanda birey(ler)de yoğunlaşarak TSSB ve travma düzeyinin artmasına neden olabilmektedir. Örneğin, araştırmanın yapıldığı zaman dilimi, pandeminin etkisini azalarak da olsa sürdüğü, kişilerin psikolojisinin pandemi ile etkilendiği ve ölümlerin daha fazla yaşandığı bir süreç olmaktadır. Dolayısıyla kişilerin yanıtlarını etkilemesi olası görölmektedir. Bu nedenle, küresel bir sorunun yaşanmadığı bir süreçte araştırmanın tekrarlanması ile araştırma bulgularının farklılaşabileceği düşünölmektedir.

Aynı zamanda, biçimlendirici değişkenler olarak belirlenen travmatik deneyim türünün, travmatik deneyim sayısının ve travmatik deneyimin üzerinden geöen sürenin çok yönlü ve kapsamlı şekilde ölçümü alınmıştır. Buna rağmen, analiz kısmında biçimlendirici değişkenlerin gruplar arası dağılımlarının eşit olmaması ve analizlerin matematiksel olarak yürütölememesi sebebiyle, grup sayıları indirgenerek analize tabi tutulmuştur. Örneğin, ölüm kategorisini 311 kişi puanlarken; savaş, politik durumlar ve terör iöerikli travma türünü sadece 26 kişi puanlamıştır. Bu sebeple, travma türleri daha az kategoriye indirgenerek incelenmek zorunda kalınmış ve travma türlerinin ayrı ayrı incelenme fırsatı olamamıştır. Bu durumun araştırmanın daha kapsamlı bulgular sergilemesini sınırlandırdığı ve biçimlendirici rollerin etkisinin tam anlamıyla görölebilmesinin önüne geötiği düşünölmüştür. Böylelikle ilerideki araştırmalarda, biçimlendirici rollerin eşit düzeyde gruplar arası dağılımları gözetilerek araştırmaların yapılandırılmasıyla, araştırmacılar daha kapsamlı sonuçlar elde edebilecek ve araştırmalarının daha fazla geöerlilik ve güvenirliliklerini destekleyebileceklerdir.

6.3. Sonuç ve Öneriler

Travma terimi sıklıkla karşılaşılan ve aynı zamanda bireyler için göz korkutan bir olgu olmaktadır. Literatürde görölebildiği gibi yetişkinler ile yürütölen araştırmalara bakıldığında, ağırlıklı öocukluk öağı travmaları ile psikopatolojik belirtilerin ilişkilendirildiği görölmektedir. Benzer şekilde, yetişkinlerle ve gençlerle klinik alanda yürütölen öalışmalarda da psikopatolojik belirtilerin ardında gün yüzüne öıkan bir travmatik deneyim/deneyimler belirlemek ve bu travmatik deneyim(ler)in

üzerinde durulduğunda (salt fizyolojik kökenli olması dışında) psikopatolojik belirtiler hafifleyebilmekte ve/ya ortadan kalkabilmektedir.

Literatürde ve klinik çalışma alanında OKB ve DEHB'nin fizyolojik, genetik yada nöropsikolojik kökenli olduğunu savunan ve özellikle belirtileri üzerine odaklanan hakim ve yaygın görüşün (Barkley, 2006; Baxter, 2001; Denys, 2006; Denys ve ark., 2004; Ercan ve Aydın, 2011; Ernst ve ark., 1991; Giedd ve ark., 2001; Hasler ve ark., 2007; Kavakçı ve Yelboğa, 2016; Kılıç ve ark., 2016; Nicolini ve ark., 2009; Samuels ve ark., 2006; Spalletta ve ark., 2001; Thapar ve ark., 2007; Volkow ve ark., 2011) yanında, OKB ve DEHB belirtilerine eşlik edebilen ve bu belirtilerin şiddeti üzerinde belirleyiciliği olabilen etmenlerin de farkına varılmalıdır. Özellikle OKB ve DEHB'li bireylerin tedaviye dirençli olması durumunda, travma ile OKB ve DEHB etkileşiminin farklı boyutlarına odaklanmanın gerekliliğini akla getirmelidir. Bu yaklaşım her ne kadar EMDR terapi yaklaşımı ile çalışan uzmanların temel bakış açısını barındırsa da (Shapiro, 2001; 2009), diğer terapi yaklaşımlarıyla çalışan bireyler için de son yıllarda önem arz etmeye başladığı görülmektedir. Bunların yanında, OKB ve DEHB'nin salt belirtilerine odaklanarak, geçmiş yada güncel olumsuz yaşam deneyimlerini göz ardı edip ilerlemenin klinik takip süreçlerini zorlaştırabildiği ve OKB ile DEHB belirtilerinin yenilenmesini arttırabildiği dikkat çekmektedir. Bu nedenle, travmatik deneyim(ler)in etkisinin kronikleşmesinin önüne geçilebilmesi, hem klinik takip esnasında hem de bireylerin günlük işlevselliğinin sürdürülebilmesinin sağlanması ve OKB ile DEHB belirtilerinin şiddetlenmesinin önüne geçilebilmesi amacıyla travma ile OKB ve DEHB arasındaki ilişkilere kapsamlı olarak odaklanılması hedeflenmiştir.

Literatür bulgularında, OKB ve DEHB'nin, travmanın, TSBB'nin ve olumsuz yaşam deneyimlerinin farklı yönleriyle ilişkilendirildiği ve OKB ile DEHB belirtileri ve şiddetiyle ilişkilendirilen tekli çalışmalara sıklıkla rastlansa da, bu araştırmayı anlamlı kılan bu ilişkileri ergenler üzerinde erken dönemde değerlendirilmesi ve aynı zamanda bu ilişkiler üzerinde belirleyici olabilecek aracı ve biçimlendirici değişkenlerin anlaşılabilmesine katkı sunmak olmuştur.

Tüm bunların ışığında denebilir ki genel yetişkinlerle yürütülen tek yönlü ilişkileri inceleyen araştırmaların aksine, bu araştırmanın Türkiye'de ergenlerle yapılan ve travma, OKB, DEHB, benlik algısı, sosyal destek, bilişsel esneklik ve duygu düzenleme gibi ruh sağlığı değişkenlerinin ayrı ayrı ve bir arada çok boyutlu olarak değerlendiren ve travma ile ilişkili olan travma türü, sayısı ve üzerinden geçen

süre gibi bahsi geçen ilişkiler üzerinde belirleyici olabilecek biçimlendirici değişkenlerin incelendiği öncül ve özgün çalışma olduğu bilinmektedir. Böylelikle, klinik çalışmalar esnasında klinisyenler ve danışanların kendisi tarafından göz ardı edilebilen olumsuz yaşam deneyimlerinin etkisinin başlı başına ergenler ile olan tedavi ve/ya terapi süreçlerindeki önemi ve olumsuz yaşam deneyimleri ile ilişkili değişkenlerin tedavi planına çok boyutlu bir değerlendirme ile dahil edilmesinin gerekliliği anlaşılabilmiştir. Tüm bunların ışığında, geniş bir örnekleme kapsayan ve gelişim sürecindeki ergenler ile yürütülen başlıca araştırma olması sebebiyle, gelecek çalışmalara ışık tutulabileceğini akla getirmiştir.

KAYNAKÇA

- Adana, F., & Arslantaş, H. (2011). Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12, 57-62.
- Adana, F., Arslantaş, H., & Şahbaz, M. (2012). Lise öğrencilerinin benlik kavramlarını algılama biçimleri ve ilişkili faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 22-29.
- Adler, L. A., Kunz, M., Chua, H. C., Rotrosen, J., & Resnick, S. G. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor?. *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 11-16.
- Akaltun, İ., Kara, S. S., & Kara, T. (2018). The relationship between Toxoplasma gondii IgG antibodies and generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A new approach. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 72(1), 57-62.
- Akbaş, B. Ç. (2020). Obsesif-kompulsif bozuklukta erken dönem uyum bozucu şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 81, 105-118.
- Akdemir, D., & Çetin, F. Ç. (2008). Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(1), 5-13.
- Aker, T., & Önder, E. (2013). *Psikolojik travma ve sonuçları*. İstanbul: 5US.
- Akman, S. (2006). *Epileptik Nöbet Geçiren-Sağlıklı Çocuğu Olan Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Akpınar, A., Bakım, B., Alpak, G., Çevik, M., Göksan-Yavuz, B., & Karamustafalıoğlu, O. (2013). Cinsel obsesyonlarla seyreden obsesif-kompulsif bozukluklarda çocukluk çağı travması, cinsel işlevler, psikiyatrik komorbidite ve sosyodemografik veriler. *Dicle Tıp Dergisi*, 40, 183-191.
- Albayrak, A. (2021). *İnternet Bağımlılığı-Sorun Kaynakları Ve Çözüm Yolları*. İstanbul: Gonca Yayın Grubu.

- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspect Psychol Sci*, 8, 155-172.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2013). One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cogn Emot*, 27, 753-760.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33(6), 743-762.
- Alonso, P., López-Solà, C., Real, E., Segalàs, C., Masramon, X., Menchón, J. M. ... & Cardoner, N. (2018). Infectious diseases and obsessive-compulsive disorder: A clinical case series. *Journal of anxiety disorders*, 54, 45-52.
- Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., Jiménez, S., Vallejo, G., & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry research*, 127(3), 267-278.
- Alonso, P., Menchón, J. M., Pifarré, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., ... Jiménez, S. (2008). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 644-655.
- Alsancak-Akbulut, C., & Barışkın, E. (2019). Travma ve obsesif-kompulsif belirtiler: Dünyaya ilişkin varsayımlar ve obsesif inanışların rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35(86), 1-13.
- Althoff, R. R., Copeland, W. E., Stanger, C., Derks, E. M., Todd, R. D., Neuman, R. J., ... & Hudziak, J. J. (2006). The latent class structure of ADHD is stable across informants. *Twin Research and Human Genetics*, 9(4), 507-522.
- Altunkol, F. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Esneklikleri İle Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: DC Comics.
- American Psychological Association. (2019). *Understanding the effects of trauma: Posttraumatic stress disorder (PTSD)*. <https://www.apa.org/topics/trauma/effects>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1995). *DSM IV Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı*. (Çev. Köroğlu, E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 12(1), 139-154.
- Angın, Y., & Kızılgöçer, M. (2020). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar ve kader algısı. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17, 73-105.
- Antony, M., Downie, F. & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology on obsessive-compulsive disorder. R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. Richter (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* içinde (3-32. ss.). New York: Guilford.
- Ardino, V. (2012). *Children and trauma: A practical guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley.
- Arı, R. (2008). *Eğitim psikolojisi*. Ankara: Nobel.
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(6), 632-639. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12337>
- Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem and perceived social support in adolescence. *Journal of social behavior and personality*, 37(4), 555-564.
- Arslan, Y. (2009). *Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Sosyal Problem Çözme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ashbaugh, A. R., Gelfand, L. A., & Radomsky, A. S. (2006). *Interpersonal aspects of responsibility and obsessive compulsive symptoms*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(2), 151-163. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002699>
- Asıcı, E., & İkiz, F. E., (2015). Mutluluğa giden bir yol bilişsel esneklik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 191-211.
- Aslan, K. (2015). Özgül öğrenme güçlüğü'nün erken dönem belirtileri ve erken müdahale uygulamalarına dair derleme. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, Uluslararası Katılımlı 3. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongre Kitabı* içinde (577-588. ss.) Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/husbfd/issue/7893/103918>
- Aslan, M., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Ataoglu, B. B., Ataoglu, A., & Ankaralı, H. (2019). Travmatik yaşantıların benlik saygısı üzerine etkisi. *Düzce Medical Journal*, 21(3), 186-191. doi: 10.18678/dtfd.536936

- Aupperle, R. L., Melrose, A. J., & Paulus, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62, 686-694. doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.02.008
- Avcı, M. (2010). Ergenlikte toplumsal uyum sorunları. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7, 39-64.
- Ay, R., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 261, 132-136.
- Aydın, A., Kahraman, N., & Hiçdurmaz, D. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi olma düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 40-47.
- Aysev, A., & Pınar, Ö. (2002). Çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 10(2), 41-48.
- Aytan, M. E. (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı Ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and ptsd severity during and after ptsd treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 610-616.
- Badour, C. L., Bown, S., Adams, T. G., Bunaciu, L., & Feldner, M. T. (2012). Specificity of fear and disgust experienced during traumatic interpersonal victimization in predicting posttraumatic stress and contaminationbased obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety disorders*, 26, 590-598.
- Bafralı, C., & Altuntaş, O. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda grup aktivitesinin benlik algısı üzerine etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(2), 105-110.
- Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2006). Executive functions in obsessive-compulsive disorder: State or trait deficits? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 11-12.
- Barbash, E. (2017). Different types of trauma: Small 't' versus large 'T'. *Psychology Today*, 13.
- Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 235-245.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279(3), 66-71. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0998-66>

- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work and why they evolved*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd) in adults: Diagnosis and management*. England: Oxford University.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J. Am. Acad. Child. Psy.* 49, 503-513.
- Barkley, R. A., Smith, K. M., Fischer, M., & Navia, B. (2006). An examination of the behavioral and neuropsychological correlates of three ADHD candidate gene polymorphisms (DRD4 7+, DBH TaqI A2, and DAT1 40 bp VNTR) in hyperactive and normal children followed to adulthood. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 141(5), 487-498.
- Barra, S., Grub, A., Roesler, M., Retz-Junginger, P., Philipp, F., & Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 981-992.
- Başoğlu, M., Livanou, M., & Crnobarić, C. (2007). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA*, 298(5), 519-527.
- Baştuğ, Ö. F., & Arslantaş, H. (2021). lise öğrencisi ergenlerde travma sonrası stres belirtileri ve ilişkili faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(Ek 1), 110-121.
- Batum Akgün, P., Vatan, S. (Ed.). (2020). *Duygu düzenleme ve obsesif kompulsif bozukluk*. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Bauermeister, J. J., ShROUT, P. E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., Anderson, A., García, P., & Canino, G. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls?. *Journal of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 48(8), 831-839. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01750.x>
- Baumeister, R. E., & Tice, D. M. (1986). Four selves, two motives, and a substitute process self-regulation model. Baumeister, R.F. (Ed.), *Public Self and Private Self. Springer Series in Social Psychology* içinde. New York: Springer-Verlac. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_3
- Baxter, L. R. (2001). Basal ganglia systems in ritualistic social displays: Reptiles and humans function and illness. *Physiology & Behavior*, 74(3), 427-443.

- Bayraktar, M. M. (2017). Gençlik döneminde görülen obsesif kompulsif belirtinin inanç, ibadet ve dini bilgi düzeyi gibi bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Marife Dini Araştırmalar Dergisi*, 17(1), 151-175.
- Becker, S. P., McBurnett, K., Hinshaw, S. P., & Pfiffner, L. J. (2013). Negative social preference in relation to internalizing symptoms among children with ADHD predominantly inattentive type: Girls fare worse than boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(6), 784-795.
- Bedel, A., Işık, E., & Hamarta, E. (2014). Ergenler için Başa Çıkma Ölçeğinin (EBÇÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 39(176), 227-235.
- Ben-Zion, Z., Fine, N. B., Keynan, N. J., Admon, R., Green, N., Halevi, M., Fonzo, G. A., Achituv, M., Merin, O., Sharon, H., Halpern, P., Liberzon, I., Etkin, A., Hendler, T. & Shalev, A. Y. (2018). Cognitive flexibility predicts PTSD symptoms: Observational and interventional studies. *Front. Psychiatry* 9, 477, 1-9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00477
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Berman, N. C., Shaw, A., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 674-685.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 11, 645-664.
- Beşiroğlu, L. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi? Farklı yönleriyle obsesif kompulsif bozukluğun tedavisi. *Pskiyatriye Güncel.*, 4, 222-225.
- Bettelheim, B. (1973). Bringing up children. *Ladies' Home Journal*, 23.
- Bhattacharya, A., & Singh, A. R. (2015). Experiences of individuals suffering from obsessive compulsive disorder: A qualitative study. *The Qualitative Report*, 20(7), 959-981. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/7/bhattacharya2.pdf>
- Biederman, J. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and

- psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1792-1798.
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150-155.
- Bintaş-Zörer, P., & Yorulmaz, O. (2022). Duygu düzenlemeye güncel bir bakış: bağlamsal faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 195-206.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243-255. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X)
- Block, G. H. (1977). Hyperactivity: A cultural perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 110, 236-240.
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 81-92.
- Boeding, S. E., Paprocki, C. M., Baucom, D. H., Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., & Fischer, M. S. (2013). Let me check that for you: Symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research And Therapy*, 51(6), 316-322.
- Bohne, A., Savage, C. R., Deckersbach, T., Keuthen, N. J., Jenike, M. A., Tuschien-Caffier, B., & Wilhelm, S. (2005). Visuospatial abilities, memory, and executive functioning in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical and Experimental Psychology* 27, 385-399.
- Bomyea, J., Amir, N., & Lang, A. J. (2012). The relationship between cognitive control and posttraumatic stress symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43(2), 844-848. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.12.001.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspect Psychol Sci*, 8, 591-612.
- Bonanno, G.A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychol Sci*, 15, 482-487.
- Borda, T., Feinstein, B. A., Neziroglu, F., Veccia, T., & Pérez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 359-365.
- Boudreaux, E., Kilpatrick, G., Resnick, H. S., Best, C. L., & Saunders, B. E. (1998). Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid

psychopathology among a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(4), 665-678.

Börekçi, B. (2017). *Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler, Aile İşlevselliği Ve Ebeveyn Tutumları İle İlişkilerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Işık Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bremner J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 8(4), 445-461.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner>

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3), 216-222.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>

Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Dev*, 75, 340-345.

Britton, J. C., Rauch, S. L., Rosso, I. M., Killgore, W. D., Price, L. M., Ragan, J., & Stewart, S. E. (2010). Cognitive inflexibility and frontal-cortical activation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(9), 944-953.

Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic Pediatrics*, 17(4), 349-355.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.

Buhrmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. W. M. Bukowski, A. F. Newcomb ve W. W. Hartup (Ed.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* içinde (158-185. ss.). England: Cambridge University.

Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2018). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *J. Atten. Disord.* 22, 66-82.

Burt, K. B., Obradovic, J., Long, J. D., & Masten, A. S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development*, 79, 359-374.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01130.x>

- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. JJ Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* içinde (542-559. ss.). New York: Guilford.
- Campbell, S. B. (1987). Parent-referred problem three-year olds: Developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 835-846.
- Canas, J. J., Quesada, F. J., Antoli, A., & Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482-501.
- Cesur, E., & Akyol, A. K. (2019). Annelerinin görüşlerine göre DEHB tanılı çocukların okullarda karşılaştıkları sorunlar. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 50(50), 80-95.
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J., (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(3), 399-419.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Clark, L., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2007). A neuropsychological comparison of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Neuropsychologica*, 45(4), 654-662.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1282-1284.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Menzies, L. A., Blackwell, A. D., Bullmore, E. T., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2007). Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 335-338.
- Chamberlain, S. R., Menzies, L., Hampshire, A., Suckling, J., Fineberg, N. A., del Campo, N., ... & Sahakian, B. J. (2008). Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science*, 321(5887), 421-422.
- Chou, F. H., Chou, P., Su, T. T., Ou-Yang, W. C., Chien, I. C., Lu, M. K., & Chou, K. R. (2013). The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research*, 22(5), 1179-1188.
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M. L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current Psychiatry Reports*, 21, 1-11.
- Cırık, M., Sak, U., & Öpengin, E. (2020). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anadolu-Sak Zekâ Ölçeği Profillerinin İncelenmesi. *Ankara*

Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 21(4), 663-685. doi: 10.21565/ozelegitimdergisi.570505

- Cirik, M. (2019). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bireylerin Ve Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Bilişsel Profillerinin Anadolu-Sak Zekâ Ölçeği İle İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Anadolu Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Clarke, A. S., & Schneider, M. L. (1989). Effects of prenatal stress on behavior in adolescent rhesus monkeys. *Ann NY Acad Sci.*, 807, 490-491.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Edelman, R. E., & Han, H. (2001). Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Women & Health*, 34(3), 1-17.
- Coetzer, B. R. (2004). Obsessive-compulsive disorder following brain injury: a review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(4), 363-377. <https://doi.org/10.2190/XENN-NNWT-7N2K-R26A>
- Cohen, J. A., Issues, T. W. G. O. Q., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Cohen, J., Mychailyszyn, M., Settipani, C., Crawley, S., & Kendall, P. C. (2011). Issues in Differential Diagnosis: Considering Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* içinde (23-35. ss.). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-7784-7_3
- Cohen, S. (1992). Stress, social support and disorder. H. O. F. Veiel ve U. Baumann (Ed.), *The meaning and measurement of social support* içinde (109-124, ss.). New York: Hemisphere.
- Collie, R. M. (2005). *Obsessive-compulsive disorder: A guide for family, friends, and pastors*. Portland: Haworth Pastoral.
- Conway, F. P. D., Oster, M. M. A., & Szymanski, K. P. D. (2011). ADHD and complex trauma: A descriptive study of hospitalized children in an urban psychiatric hospital. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 60-72.
- Copeland, W. E., & Keeler, G. (2019). Anger and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescence: Cross-sectional and longitudinal associations in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(10), 1361-1368.
- Coşkun, F., Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2020). Erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda kronotip ve klinik özellikler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 312-323.

- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Disord.*, *10*, 37-46.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(7), 1683-1691. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.018>
- Crouch, E., Radcliff, E., Bennett, K. J., Brown, M. J., & Hung, P. (2021). Examining the relationship between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, *21*(8), 1388-1394.
- Cubillo, A., Halari, R., Ecker, C., Giampietro, V., Taylor, E., & Rubia, K. (2010). Reduced activation and inter-regional functional connectivity of fronto-striatal networks in adults with childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and persisting symptoms during tasks of motor inhibition and cognitive switching. *Journal of Psychiatric Research*, *44*, 629-639.
- Çamlı, K., Türkçapar, H., & Sargin, E. R. (2012). Otojen özellikler gösteren obsesif kompulsif bozuklukta içgörü, bilişsel içgörü ve sosyodemografik özellikler. *JCBPR*, *1*, 28-35.
- Çapar Taşkesen, T. & İnözü Mermerkaya, M. (2023). Duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi: Deneysel bir çalışma. *Klinik Psikoloji Dergisi*, *1-1*. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/klinikpsikoloji/issue/72538/1274969>
- Çelikel, H., & Besiroglu, L. (2008). Klinik olmayan örneklerde çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *9*(2), 75-83.
- Çelikkaleli, Ö. (2014). Bilişsel esneklik ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Eğitim ve Bilim*, *39*(176), 339-346.
- Çetinay Aydın, P., & Güleç Öyekçin, D. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel işlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *24*(4), 266-274.
- Çiftçi, A. Ovalı, İ. E., Evren, C., Eyüboğlu, M., & Damla Eyüboğlu, D. (2021). Differences in the perception of social support and traumatic experiences in adolescents with substance use disorder and attention deficit and hyperactivity disorder. *J Clin Psy.*, *24*(3), 394-404.
- Çiftçi, H. (2018). Ergenlerin benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması meslek yüksekokulu ve meslek lisesi öğrencileri üzerine bir inceleme. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *8*(17), 1648-1665.
- Çini, A. (2022). *Ebeveyn Kabul-Reddi İle Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişkide Zihinselleştirme Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü* (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çoban, A., & Tan, O. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, anxiety, and depression symptoms mediating the relationship between childhood

- trauma and symptoms severity of obsessive-compulsive disorder. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 57(1), 37-43.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187.
- Dağdelen, F. (2020). The relationship between obsessive-compulsive symptoms and traumatic life events in adolescents. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 507- 514. 10.5455/apd.77647
- Dal, N. (2021). *Genç Yetişkinlerde Deri Yolma Davranışlarıyla Ebeveynlerine Bağlanma Arasındaki İlişki* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Damka, Z. (2009). *Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınlar: Anksiyete Duyarlılığı, Travmaya Bağlı Suçluluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ve Psikolojik Belirtiler* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199-212.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R. D., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., ... & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455-462.
- Davidson, L. M., & Demaray, M. K. (2007). Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review*, 36, 383-405.
- De Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941-951.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41(2), 168-192.
- Deckersbach, T., Otto, M. W., Savage, C. R., Baer, L., & Jenike, M. A. (2000). The relationship between semantic organization and memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(2), 101-107.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1(2), 119-136. doi:10.1037/0278-6133.1.2.119

- Demaray, M. K., & Elliott, S. N. (2001). Perceived social support by children with characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly, 16*, 68-90.
- Demir, G. (2021). *Kronik Ve Nükseden Depresyonun Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler Çerçevesinden Değerlendirilmesi: Öz-Şefkatin Koruyucu Ve Önleyici Etkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans bitirme projesi). Maltepe Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders (JMOOD), 6*, 7-13.
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein, J. I., Grasby, K. L., Grove, J., Gudmundsson, O. O., ... Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics, 51*(1), 63-75. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 241-253. doi:10.1007/s10608-009-9276-4
- Denys, D. (2006). Serotonin and obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums, 11*(12), 944-951.
- Denys, D., Van der Wee, N., & Van Megen, H. (2004). A functional and structural MRI study in OCD patients: Comparison with healthy controls and antidepressant-naïve SAD patients. *Journal of Psychiatric Research, 38*(4), 383-392.
- Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., & Şafak Öztürk, C. (2018). Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 29*(4), 269-278.
- Deshpande, A., & Chhabriya, M. (2013). Parenting styles and its effects on adolescents' self-esteem. *International Journal of Innovations in Engineering and Technology, 2*, 310-315.
- Destrée, L., Brierley, M. E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research, 142*, 345-360.
- DiPietro, J. A., Hodgson, D. M., Costigan, K. A., Hilton, S. C., & Johnson, T. R. (1996). Fetal neurobehavioral development. *Child Dev., 67*, 2553-2567.
- Diril, A. (2011). *Lise Öğrencilerinin Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler Ve Öfke Düzeyi İle Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki Açısından İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., & Küçükgöncü, S. (2008). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 10(3), 109-115.
- Dopfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Group, B. S. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample-results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 59-70.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005a). Obsessive-compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). *Perceptions of self and the world in obsessive-compulsive disorder (OCD)*. Paper presented at the XXXVth Annual Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapies, Thessaloniki, Greece.
- Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2012). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): An investigation of self-concept, perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 263-270.
- Dönder Şen, F. (2018). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Gençlerde Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi* (Tıpta uzmanlık tezi). Kocaeli Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, İzmit.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Dubow, E. F., & Ulman, D. G. (1989). Assessing social support in elementary school children: The survey of children's social support. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(1), 52-64.
- Dumas, D., & Pelletier, L. (1999). A study of self-perception in hyperactive children. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24(1), 12-19.
- Duru, E. (2008). Yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(61), 15-24.
- Duy, B., & Yıldız, M. A. (2014). Ergenler için duygu düzenleme ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(41), 23-35.
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive-compulsive disorder: A review. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 517-528.

- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behav Ther*, 41(4), 587-598. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.004
- Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(5), 630-639.
- Emser, T. S., & Christiansen, H. (2021). Perceived social support in children and adolescents with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 111, 103863.
- Erbil, N., Divan, Z., & Önder, P. (2006). Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. *Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(10), 7-15.
- Ercan, E. S. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*, 6(2),1-5.
- Ercan, E. S., & Aydın, C. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda genetik yatkınlık: Klinik ve araştırma bulguları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1), 21-31.
- Ercan, E. S., Kose, S., Kutlu, A., Akyol, O., Durak, S., & Aydın, C. (2012). Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22(2), 148-160.
- Erdoğan, E., Delibaş, D. H., & Pasa Baskin, E. (2020). Yatarak tedavi gören major depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan erişkinlerde çocukluk çağı travmalarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 56-63.
- Eriksson, P., Ankarberg, E., & Fredriksson, A. (2000). Exposure to nicotine during a defined period in neonatal life induces permanent changes in brain nicotinic receptors and in behaviour of adult mice. *Brain Res.*, 853, 41-48.
- Ernst, M., Zametkin, A. J., Matochik, J. A., Pascualvaca, D., Jons, P. H., & Cohen, R. M. (1999). High midbrain [18F] DOPA accumulation in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 156, 1209-1215.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1265-1278. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.006>
- Evinç, Ş. G., & Foto-Özdemir, D. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda risk ve sonuçları açısından çocuk istismarına bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 166-177.

- Ewe, L. P. (2019). ADHD symptoms and the teacher-student relationship: A systematic literature review. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(2), 136-155.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? *JAMA Psychiatry*, 73(7), 655-656. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0171
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953-961.
- Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 10, 299-316.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1), 15020. doi: 10.1038/nrdp.2015.20.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104-113.
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization world mental health surveys. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Fedele, D. A., Lefler, E. K., Hartung, C. M., & Canu, W. H. (2012). Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 109-117. <https://doi.org/10.1177/10870547110374596>
- Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.001>

- Fernandez de la Cruz, L., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(2), 204-209.
- Fineberg, N. A., Haddad, P. M., Carpenter, L., Gannon, B., Sharpe, R., Young, A. H., Joyce, E., Rowe, J., Wellsted, D., Nutt, D. J., & Sahakian, B. J. (2013). The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *J Psychopharmacol., 27*(9), 761-70. doi: 10.1177/0269881113495118.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics, 124*(5), 1411-1423. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*(6), 764-771. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy, 41*(1), 121-132.
- Fogleman, N. D., Slaughter, K. E., Rosen, P. J., Leaberry, K. D., & Walerius, D. M. (2019). Emotion regulation accounts for the relation between ADHD and peer victimization. *Journal of Child and Family Studies, 28*, 2429-2442.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 25-35.
- Fontenelle, L. F., Cocchi, L., Harrison, B. J., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., de Mathis, M. A., Cordioli, A. V., Yücel, M., Pantelis, C., Mari, J.deJ., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2012). Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(2), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.001>
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., Reiser, J., Schiffman, J., & Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 786-789. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.786>
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5*(3), 205-217. doi: 10.1177/1077559500005003001

- Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S., & Camilleri, A. J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology, 34*(2), 133-145.
- Francazio, S. K., & Flessner, C. A. (2015). Cognitive flexibility differentiates young adults exhibiting obsessive-compulsive behaviors from controls. *Psychiatry Research, 228*(2), 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.038>
- Franke, B., Neale, B. M., & Faraone, S. V. (2009). Genome-wide association studies in ADHD. *Human Genetics, 126*(1), 13-50.
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*(4), 291-290.
- Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry, 159*, 36-42.
- Freitag, C. M., Hänig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *Journal of Neural Transmission, 119*(1), 81-94.
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161*(9), 857-864. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.9.857>
- Fu, F., & Chow, A. (2017). Traumatic exposure and psychological well-being: The moderating role of cognitive flexibility. *Journal of Loss and Trauma, 22*(1), 24-35.
- Furman, L. (2005). What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)?. *Journal of child neurology, 20*(12), 994-1002.
- Futh, A., Simonds, L. M., & Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(5), 624-632.
- Gander, M. J., & Gardiner, H. W. (2015). *Çocuk ve ergen gelişimi*. (8. Baskı). (Çev. Dönmez, A., Çelen, N. ve Onur, B.). Ankara: İmge.
- García-Soriano, G., Belloch, A., & Morillo, C. (2018). Overprotection and parental control as mediators between child attachment and obsessive-compulsive disorder symptoms. *European Psychiatry, 51*, 15-22.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Di., 30*, 1311-1327.

- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. doi: 10.1097/00004583-199708000-00011.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1–33.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L., & Jenike, M. A. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 69-71. doi: 10.1002/da.20284
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1029-1041. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00178-X
- Geurts, H. M., Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2005). ADHD subtypes: Do they differ in their executive functioning profile? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 457-477.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Molloy, E., & Castellanos, F. X. (2001). Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann NY Acad Sci.*, 931, 33-49.
- Gillan, C. M., Robbins, T. W., Sahakian, B. J., van den Heuvel, O. A., & van Wingen, G. (2016). The role of habit in compulsivity. *European neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 26(5), 828-840. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.033>
- Glod, C.A. & Teicher, M.H. (1996). Relationship between early abuse, post-traumatic stress disorder, and activity levels in pre-pubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1384-1393. <https://doi.org/10.1177/108705479700100408>
- Gomez, R. (2016). ADHD and hyperkinetic disorder symptoms in Australian adults: descriptive scores, incidence rates, factor structure, and gender invariance. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 325-334. <https://doi.org/10.1177/1087054713485206>
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 192-198.
- Gökçek, V. U. (2022). *Diyaletik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitiminin Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İncelenmesi* (Doktora tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Göker, Z. (2009). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk Ve Ergenlerin Benlik Saygısı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi* (Tıpta uzmanlık tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, Trabzon.
- Gökler, I. (2007). Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği Türkçe formunun uyarlama çalışması: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(2), 90-99.
- Gözüm, A. İ. C. (2020). Okul öncesi öğretmenlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yönelik metaforlarının belirlenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(3), 857-876.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., & Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159-168. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00008>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286. <https://doi.org/10.1023/A:1007758711939>
- Greenberg, D. M., & Baron-Cohen, S. (1999). Still relevant: A critique of Robins and Guze's definition of endogenous depression and anxiety. *Social Science & Medicine*, 49(9), 1259-1267.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Prac.*, 2, 151-164.

- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations, *Handbook of Emotion Regulation* içinde (3-24). Gross, J. J., New York: Guilford.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. (2006). Emotion regulation in everyday life, *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* içinde (13-35). Snyder, D. K., Simpson, J. A. ve Hughes, J. H., Washington: American Psychological Association.
- Groves, N. B., Kofler, M. J., Wells, E. L., Day, T. N., & Chan, E. S. M. (2020). An examination of relations among working memory, ADHD symptoms, and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(4), 525-537. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00612-8>
- Groves, N. B., Wells, E. L., Soto, E. F., Marsh, C. L., Jaisle, E. M., Harvey, T. K., & Kofler, M. J. (2022). Executive functioning and emotion regulation in children with and without ADHD. *Research On Child and Adolescent Psychopathology*, 50(6), 721-735. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00883-0>
- Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience*, 345, 243-255. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.030>
- Gu, B. M., Park, J. Y., Kang, D. H., Lee, S. J., Yoo, S. Y., Jo, H. J., ... & Kwon, J. S. (2008). Neural correlates of cognitive inflexibility during task-switching in obsessive-compulsive disorder. *Brain*, 131(1), 155-164.
- Güneri Yöyen, E. (2016). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-282.
- Gwernan-Jones, R., Moore, D. A., Cooper, P., Russel, A. E., Richardson, M., Rogers, M., Thompson-Coon, J., Stein, K., Ford, T. J., & Garside, R. (2016). A Systematic review and synthesis of qualitative research: The influence of school context on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Emotional and Behavioral Difficulties* 21(1), 83-100.
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 192-199.
- Haizlip, T. M., & Corder, B. (1996). Coping with natural disaster, *Severe stress and mental disturbance in children* içinde (131-152). Pfeffer, C. R., Washington: American Psychiatric.
- Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: hopelessness as a mediator. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 42(3), 332-347. doi: 10.1080/15374416.2013.777916.
- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 427-436.

- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease In Childhood*, 90(suppl 1), i2-i7.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J., (2004). *Klinik Psikiyatri* (Çev. Abay, E.). İstanbul: Nobel.
- Harter, S. (1998). The development of self-representations. *Handbook of Child Psychology*, 3, 553-617.
- Harticollis, P. (1968). The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32, 102-114.
- Hasler, G., Pinto, A., Greenberg, B. D., Samuels, J., Fyer, A., Pauls, D. L., Knowles, J. A., McCracken, J. T., Piacentini, J., Riddle, M. A., Rauch, S. L., Rasmussen, S. A., Willour, V. L., Grados, M. A., Cullen, B., Bienvenu, O. J. III, Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., Rudolf, H. S., Wang, Y., Ronquillo, J., Nestadt, G., & Murphy, D. L. (2007). Familiality of factor-analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD collaborative genetics study. *Biol Psychiatry*, 61, 617-625.
- Hattie, J. A. C. (2009). *Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. London: Routledge.
- Hay, I. (1995). Enhancing the learning of students with learning difficulties through an understanding of the interactions between students' effort, self-perception, achievement, and teacher actions. *Australian Journal of Remedial Education*, 27(1), 22-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. A., Bögels, S., Hofmann, S. G., Ja Oh, K., & Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1187-1197. doi:10.1016/j.brat.2005.09.006
- Hensley, B. (2015). *An EMDR therapy primer, second edition: from practicum to practice*. New York: Springer.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 151-158. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0621-7>
- Herbert, C. (2016). *Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak*. (A. Karaosmanoğlu, Ed.). İstanbul: Psikonet.
- Herman, J. (2016). *Travma ve iyileşme*. (Çev. Tosun, T.). İstanbul: Literatür.

- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, *158*, 1568-1577.
- Hillis, S. D., Mercy, J. A., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, *137*(3), e20154079.
- Hiscock, H., Roberts, G., Efron, D., Sewell, J. R., Bryson, H. E., Price, A. M., ... & Wake, M. A. (2011). Children attending paediatricians study: A national prospective audit of outpatient practice from the Australian Paediatric Research Network. *Medical Journal of Australia*, *194*(8), 392-397.
- Hollandare, F., & Simeon, D. (2002). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, *25*(4), 713-728.
- Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D., & Weissman, M. M. (1996/1997). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depr Anxiety*, *4*, 111-119.
- Horowitz, M. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry*, *32*, 1457-1463.
- Hortaçsu, N. (1997). *İnsan ilişkileri*. Ankara: İmge.
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, *26*(3), 239-247.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Jr, Wigal, T., & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.411>
- Huang, H., Yan, W., Kwon, H. T., Zhang, Y., Zhang, H., & Liu, X. (2014). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among adolescents in four less developed areas of China. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(6), 588-594.
- Ickovics, J. R., Meade, C. S., Kershaw, T. S., Milan, S., Lewis, J. B., & Ethier, K. A. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 841-850. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.841>
- Işıklı, S., & Keser, E. (2020). Travma sonrası stres bozukluğunda duygular ve duygu düzenleme, *Duygu düzenleme içinde* (55-63). Vatan, S., Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Işıklı, S., Keser, E., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2020). Validation of the prolonged grief scale and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death Studies*, *46*(3), 628-638. doi:10.1080/07481187.2020.1745955

- İkiz, F. E., Koşar, E., Kılı, S., & Bağcı, B. (2022). Pandemi sürecinde lisansüstü öğrencilerinin bilişsel esneklik düzeylerindeki değişimler. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 13 (Özel Sayı 1), 182-200.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: H. Holt and Company.
- Javidi, H., & Yaadollahie, M. (2012). Posttraumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med.*, 3, 2-9.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Hough, R., Kulka, R. A., Weiss, D., Fairbank, J. A., & Marmar, C. R. (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 207-215.
- Kadesjö, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara: Asil.
- Kan, K. J., Dolan, C. V., Nivard, M. G., Middeldorp, C. M., van Beijsterveldt, C. E., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2013). Genetic and environmental stability in attention problems across the lifespan: Evidence from the Netherlands twin register. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(1), 12-25. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.10.009>
- Kanay, A. (2006). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı Ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler* (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karaca, N., Uzun, H., & Yasar, M. C. (2019). Türkiye'de erken çocukluk döneminde benlik kavramı ile ilgili yapılmış lisansüstü eğitim tezlerinin incelenmesi. *Mediterranean Journal of Educational Research*, 13(30), 79-97.
- Karadağ, M. (2020). Okulu bırakan ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 274-279.
- Karadağlı, A. (1993). Öğrenci hemşirelerin benlik saygısı düzeyleri ile algıladıkları okul yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 43(2), 11-15.
- Karaman, D., Durukan, İ., & Erdem, M. (2011). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 278-295.
- Karaman, H. (2020). Adli psikotravmatoloji. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 103-113.

- Karamustafalıoğlu, O. K., Arslan, H., & Özbaran, B. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder: Etiology, diagnosis and treatment. *Archives of Neuropsychiatry*, 56(1), 68-75.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karasar, N. (2002) *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel.
- Karawekpanyawong, N., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Boonnag, C., Siritikul, S., Chalanunt, S., & Kuntawong, P. (2021). Impact of perceived social support on the relationship between ADHD and depressive symptoms among first year medical students: A structural equation model approach. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(5), 1-12. <https://doi.org/10.3390/children8050401>
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*, 30, 865-878.
- Kavakcı, Ö., & Yelboğa, İ. (2016). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve aile ilişkileri: Bir literatür taraması. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 17(1), 465-481.
- Kaya, A., Taner, Y., Guclu, B., Taner, E., Kaya, Y., Bahcivan, H. G., & Benli, I. T. (2008). Trauma and adult attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of International Medical Research*, 36(1), 9-16. <https://doi.org/10.1177/147323000803600102>
- Kaya, B. (2004). Travma sonrası stres bozukluğu ve 'subsendrom' kavramı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 231-238.
- Kaya, Z. (2019). Travma psikolojik danışmanlığında kavramsal çerçeve, *Travma psikolojik danışmanlığı içinde* (2-34). Çakar, F. S., Ankara: Pegem Akademi.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of Menniger Clinic*, 71(4), 291-311.
- Kercood, S., Lineweaver, T. T., Frank, C. C., & Fromm, E. D. (2017). Cognitive flexibility and its relationship to academic achievement and career choice of college students with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 30(4), 329-344.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun,

- T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication, *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *Am J Orthopsychiatry*, 85(1), 72-79. doi: 10.1037/ort0000039.
- Khanna, S., Rajendra, P. N., & Channabasavanna, S. M. (1988). Life events and onset of obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 34(4), 305-309.
- Kılıç, B. G., Gürkan, K., & Kerimoğlu, Ü. (2016). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve genetik etiyolojisi. *Yeni Symposium*, 54(4), 47-52.
- Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ., Erden, G., & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini sürdüren ailesel etmenler. *Kriz Dergisi*, 7, 1-8.
- Kılıç, F. (2013). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Eşlik Eden Ve Etmeyen Bipolar Bozukluklu Hastalarda Mizaç Ve Dürtüsellik* (Tıpta uzmanlık). Fırat Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, Elazığ.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *J Consult Clin Psychol.*, 71(4), 692-700.
- Konstenius, M., Leifman, A., van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Franck, J., Moggi, F., Ramos-Quiroga, J. A., Levin, F. R., Carpentier, P. J., Skutle, A., Bu, E. T., Kaye, S., Demetrovics, Z., Barta, C., Auriecomb, M., Fatséas, M., Johnson, B., Faraone, S. V., Allsop, S., Carruthers, S., van den Brink, W. (2017). Childhood trauma exposure in substance use disorder patients with and without ADHD. *Addictive Behaviors*, 65, 118-124.
- Korkmaz, B. (2017). *Ah şu otizm: İnsan yaşarken görür güzelliği. acı bile duysa nimetidir sonunda. ancak yaşayanların anısı olur....* İstanbul: Aba Eğitim.

- Korkmaz, S., Baykara, S., Gürok, M. G., Kaya, Ş., Taşçı, G., & Atmaca, M. (2020). Obsesif kompulsif bozuklukta travmatik yaşantılar. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(4), 903-910.
- Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336.
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65(3), 185-236.
- Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., Levy, H. C., & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link?. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513-519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.005>
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2004). Parent-child relationships during adolescence, *Handbook of adolescent psychology* içinde (3-42). Lerner, R. M. ve Steinberg L., New York: John Wiley & Sons.
- Lawrence, N. S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20(4), 409-419. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.20.4.409>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11-29.
- Leonard, H. L., Lenane, M. C., Swedo, S. E., Rettew, D. C., Gershon, E. S., & Rapoport, J. L. (1992). Tics and Tourette's disorder: a 2-to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1244-1251.
- Lesch, K. P. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A continuing challenge to researchers, practitioners and carers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 595-597.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 26-39. doi:10.1037/0021-843x.109.1.26
- Liu, R. T., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Iacoviello, B. M., & Whitehouse, W. G. (2017). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 41-54.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-

- compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66-68. <https://doi.org/10.1002/da.10028>
- Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., Cuzen, N. L., Hollander, E., Denys, D., Nicolini, H., Dell'Osso, B., Pallanti, S., & Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1513-1519. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.020>
- Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Newcorn, J., Schmeidler, J., Levine, P., Nomura, Y., & Chemtob, C. M. (2009). Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(11), 1919-1927. <https://doi.org/10.1177/0886260508325494>
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1997). Children's relationships with adults and peers: An examination of elementary and junior high school students. *Journal of School Psychology*, 35, 81-99.
- Ma, J. L., Lai, K. Y. C., & Lo, J. W. K. (2017). Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 15(1), 28-46. doi:10.1080/15332985.2016.1159643
- Malecki, C. K., & Elliot, S. N. (1999). Adolescents' ratings of perceived social support and its importance: Validation of the student social support scale. *Psychology in the Schools*, 36(6), 473-483. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(199911\)36:6<473::AID-PITS3>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(199911)36:6<473::AID-PITS3>3.0.CO;2-0)
- Mannuzza, S., & Klein, R. G. (1999). Adolescent and adult outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, 279-294.
- Mannuzza, S., Gittelman-Klein, R., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-576.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 493-498.
- Mantar, A., Yemez, B., & Alkın, T. (2011). Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 187-193.
- Marcus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University.
- Martin, M. M., & Anderson, C. M. (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11, 1-9.

- Martin, M. M., & Anderson, C. M. (1996). Communication traits: A cross-generational investigation. *Communication Research Reports*, 13, 58-67.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76, 623-626.
- Marufoğlu, M. (2010). *Klinik Olmayan Örnekleme Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Obsesif Kompulsif Belirtiler, Dissosiyasyon Ve Bilişsel Süreçler* (Yüksek lisans tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.
- Marzocchi, G. M., Oosterlaan, J., Zuddas, A., Cavolina, P., Geurts, H., Redigolo, D., Vio, C., & Sergeant, J. A. (2008). Contrasting deficits on executive functions between ADHD and reading disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 543-552.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2014). *Child psychopathology* (3rd ed.). New York: The Guilford.
- Mastoras, S. M., Saklofske, D. H., Schwan, V. L., & Climie, E. A. (2018). Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders*, 22(8), 712-723.
- Mathis, M. A. D., Alvarenga, P. D., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., ... & Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: A literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33, 390-399.
- Matte, B., Anselmi, L., Salum, G. A., Kieling, C., Gonçalves, H., Menezes, A., Grevet, E. H., & Rohde, L. A. (2015). ADHD in DSM-5: A field trial in a large, representative sample of 18- to 19-year-old adults. *Psychological Medicine*, 45(2), 361-373. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001470>
- May, C. L., & Wisco, B. E. (2016). Defining trauma: How level of exposure and proximity affect risk for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 8(2), 233-240. <https://doi.org/10.1037/tra0000077>
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 665-675.
- Mayou, R., & Bryant, B. (2002). Outcome 3 years after a road traffic accident. *Psychological Medicine*, 32(4), 671-675.
- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armado, M., Fatta, L., De Peppo, L., & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 96-102. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010096>
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Jama*, 277(17), 1362-1368.

- McCracken, J. T. (2000). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Comprehensive Textbook Psychiatry* içinde (2679-2688). Sadock, B. J. ve Sadock, V. A., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Mehlum, L., & Weisæth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress, 15*(1), 17-26. <https://doi.org/10.1023/A:1014375026332>
- Menzies, R. G., & De Silva, P. (Ed.). (2003). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J., & Bullmore, E. T. (2008). Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: The orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*(3), 525-549.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 7-20.
- Metzner, R. (1963). Some experimental analogues of obsession. *Behaviour Research and Therapy, 1*, 231-236.
- Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kooij, J. S. (2013). The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 148*(2-3), 220-227.
- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 100-112. <https://doi.org/10.1037/a0029654>
- Milad, M. R., Rauch, S. L., Pitman, R. K., & Quirk, G. J. (2006). Fear extinction in rats: Implications for human brain imaging and anxiety disorders. *Biological Psychology, 73*(1), 61-71.
- Miller, M. L., & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 47*, 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.02.005>
- Miranda, J. M., Green, B. L., & Krupnick, J. (1997). *Mental disorders in disadvantaged gynecology patients*. Paper presented at the North American Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Tucson, AZ.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., & Rutter, M. (2005). Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry, 62*, 473-481.

- Morina, N., Sulaj, V., Schnyder, U., Klaghofer, R., Müller, J., Martin-Sölch, C., & Rufer, M. (2016). Obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms among civilian survivors of war. *BMC Psychiatry, 16*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0822-9>
- Moritz, S., Fink, J., & Miegel, F. (2018). Obsessive-compulsive disorder is characterized by lack of adaptive coping rather than an excess of maladaptive coping. *Cogn Ther Res., 42*, 650-660.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hottenrott, B., Klinge, R., & Randjbar, S. (2009). No evidence for object alternation impairment in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Brain and Cognition, 69*(1), 176-179.
- Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(6), 1013-1026.
- Murayama, K., Nakao, T., Ohno, A., Tsuruta, S., Tomiyama, H., Hasuzawa, S., & Kanba, S. (2020). Impacts of stressful life events and traumatic experiences on onset of obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 561266.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry, 37*(6), 393-401.
- Musser, E. D., Backs, R. W., Schmitt, C. F., Ablow, J. C., Measelle, J. R., & Nigg, J. T. (2011). Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(6), 841-852. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9499-1>
- Musser, E. D., Galloway-Long, H. S., Frick, P. J., & Nigg, J. T. (2013). Emotion regulation and heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(2), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.009>
- Nestadt, G., Samuels, J. F., Romanoski, A. J., Folstein, M. F., & McHugh, P. R. (1994). Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr. Scand., 89*, 219-224.
- Newark, P. E., Elsabbagh, M., Tang, B., & Lam, K. S. L. (2016). Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*(11), 942-951. doi: 10.1177/1087054714524386
- Nicolini, H., Arnold, P., Nestadt, G., Lanzagorta, N., & Kennedy, J. L. (2009). Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 170*(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.011>
- Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology, 17*(3), 785-806.

- Nigg, J.T., Blaskey, L.G., Stawicki, J.A., & Sachek, J. (2004). Evaluating the endophenotype model of ADHD neuropsychological deficit: results for parents and siblings of children with ADHD combined and inattentive subtypes. *J. Abnorm. Psychol.* 113(4), 614-625.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.3.409>
- Novik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J., & ADORE Study Group (2006). Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe-ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(Suppl. 1), 115-124.
- Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Grant, J. E. (2010). Motor inhibition and cognitive flexibility in pathological skin picking. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 34, 208-211.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 316-325.
- Okasha, A. (1990). The biology of obsessive compulsive disorder. *Egypt. J. Psychiatry*, 13, 3-4.
- Okasha, A., Rafaat, M., Mahallawy, N., El Nathas, G., El Dawla, A.S., Sayed, M., & El Kholi, S. (2000). Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 101(4), 281-285.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., Seif El Dawla, A., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comp Psychiatry*, 35, 191-197.
- Orhana, F. Ö. (2010). Yaşlılarda Psikiyatrik Bozukluklar. *Gerofam*, 1(2), 50-72.
- Ornstein, T. J., Arnold, P., Manassis, K., Mendlowitz, S., & Schachar, R. (2010). Neuropsychological performance in childhood OCD: A preliminary study. *Depression and Anxiety*, 27(4), 372-380.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Örnek, B. Y., & Durmuş, E. Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileriyle ilişkili klinik ve sosyodemografik değişkenlerin incelenmesi. *Duzce Medical Journal*, 18(3), 91-94.
- Özbaran, B., & Güvenir, T. (2014). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 438-449.

- Özdamar K. (2017). Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB uygulamalı. Eskişehir: Nisan.
- Özdemir Demirci, E., & Öztop, D. B. (2015). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erkek çocuk ve ergenlerde agresyon, empati ve 2D: 4D parmak oranlarının ilişkisi. *Yeni Symposium*, 53(3), 2-9.
- Özdemir, Ö., & Başgöze, Z. (2017). Ergenlerde obsesif-kompulsif bozukluğun yaygınlığı ve etkileyen faktörler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 235-242.
- Özer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Özgür, G. (1993). Sosyal destek ve sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*, 43(2), 25-27.
- Öztürk, E., & Derin, G. (2020). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 6(2), 181-214.
- Öztürk, M., & Şahin, İ. (2021). Travma sonrası stres bozukluğu olan hastaların benlik saygısının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(2), 270-276.
- Palardy, V., El-Baalbaki, G., Fredette, C., Rizkallah, E., & Guay, S. (2018). Social support and symptom severity among patients with obsessive-compulsive disorder or panic disorder with agoraphobia: A systematic review. *Europe's Journal of Psychology*, 14(1), 254-286. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i1.1252>
- Parkinson, B., & Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cogn Emot*, 13, 277-303.
- Pasamanick, B., Rogers, M. E., & Lilienfeld, A. M. (1956). Pregnancy experience and the development of behavior disorders in children. *The American Journal of Psychiatry*, 112(8), 613-618.
- Patton, D. D., & Harris, J. R. (2007). Ergenlik gelişimi ve tarama (Çev. Mazıcıoğlu M. M.), *Current aile hekimliği tanı ve tedavi içinde* (129-138. ss.). Ankara: Güneş Tıp.
- Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Pesso, A., Boyden-Pesso, D., & Vrtbovská, P. S. (2009). *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Phillips, K. F. V., & Power, M. J. (2007). A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The regulation of emotions questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 145-156.

- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. T. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, *13*, 61-69.
- Piacentini, J., Peris, T. S., Bergman, R. L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). Brief report: Functional impairment in childhood OCD-Development and psychometrics properties of the child obsessive-compulsive impact scale-revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*(4), 645-653.
- Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Wetterneck, C. T. (2021). Trauma type and obsessive-compulsive symptom domains: the unique relationship between indirectly experienced trauma and just right symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *29*, 1-9.
- Pitman, R. K. (1993). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A case study. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(2), 102-107.
- Pizzamiglio, T., Julien, D., Parent, M.-A., & Chartrand, E. (2001). *Système de codification d'interaction de soutien: Manuel de codification* (Unpublished manuscript). Université du Québec à Montréal.
- Pliszka, S. R. (2015). The pharmacology of ADHD, *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* içinde (267-285). Barkley, R. A., New York: Guilford.
- Polak, A. R., Witteveen, A. B., Reitsma, J. B., & Olf, M. (2012). The role of executive function in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Affect Dis.*, *141*, 11-21. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.001
- Polanczyk, G. V., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942-948.
- Pulular, A. (2009). *Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi* (Tıpta uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, Edirne.
- Raboch, J., & Sovák, Z. (1995). Sexuálně zneužívané děti [Sexual abused children]. *Praha: Psychiatrické centrum*.7
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(4), 385-401.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*, *40*, 625-639.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 233-248.

- Rafalovich, A. (2005). Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Sociology of Health & Illness*, 27(3), 305-323.
- Ramsay, D. S., & Woods, S. C. (2014). Clarifying the roles of homeostasis and allostasis in physiological regulation. *Psychological Review*, 121(2), 225-247. <https://doi.org/10.1037/a0035942>
- Rasmussen, P., & Gilberg, C. (2001). The relation between restrictive repetitive behaviours, mood disturbances, and personality traits in an adult community sample. *Autism*, 5(4), 407-416.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr. Ann.*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1994). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-14.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1984). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 45(11), 450-457.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research-past, present, and future. *Biological Psychiatry*, 60(4), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.004>
- Ray, C. (1992). Positive and negative social support in a chronic illness. *Psychological Reports*, 71(3), 977-978. doi:10.2466/pr0.1992.71.3.977
- Reeves, R. R. (2007). Adverse childhood events and experiences: A developmental perspective. Primary Care Companion, *Journal of Clinical Psychiatry*, 9(4), 296-303.
- Remijnse, P. L., Nielen, M. M., van Balkom, A. J., Cath, D. C., van Oppen, P., Uylings, H. B., & Veltman, D. J. (2006). Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(11), 1225-1236.
- Remijnse, P. L., van den Heuvel, O. A., Nielen, M. M. A., Vriend, C., Hendriks, G.-J., Hoogendijk, W. J. G., Uylings, H. B. M., & Veltman, D. J. (2013). Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder and major depression is associated with distinct neural correlates. *PLoS ONE*, 8(4), e59600.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 135-147.

- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Léger, E., & Ladouceur, R. (1998). Bad luck: An underestimated factor in the development of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5(1), 1-12.
- Rıfat, I. R. A. Z., Arıbaşı, A. N., & Özşahin, F. (2021). Algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş ilişkisi: Üniversite öğrencileri örneği. *Stratejik Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 363-376.
- Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(2), 201-214.
- Rodríguez, J. C. M., & Villegas, E. M. S. (2022). Overlap of obsessive and posttraumatic symptoms: A systematic review. *Salud Mental*, 45(3), 135-143.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Martoan, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47(3), 167-185.
- Rommelse, N. N., Altink, M. E., de Sonnevile, L. M., Buschgens, C. J., Buitelaar, J., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2007). Are motor inhibition and cognitive flexibility dead ends in ADHD?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 957-967.
- Roshani, F., Piri, R., Malek, A., Michel, T. M., & Vafae, M. S. (2020). Comparison of cognitive flexibility, appropriate risk-taking and reaction time in individuals with and without adult ADHD. *Psychiatry Research*, 284, 112494.
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: Clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197(3), 259-264.
- Rowland, A. S., Umbach, D. M., Stallone, L., Naftel, A. J., Bohlig, E. M., & Sandler, D. P. (2002). Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactivity disorder among elementary school children in Johnston County, North Carolina. *Am J Public Health*, 92, 231-234.
- Roy-Byrne, P., Scheele, L., Brinkley, J., Ward, N., Wiatrak, C., Russo, J., ... & Varley, C. (1997). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: assessment guidelines based on clinical presentation to a specialty clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 133-140.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Laursen, B. (2011). *Handbook of peer interactions, relationships and groups*. New York: Guilford.
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357-373. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>

- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 47-61. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9368-6>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Sağat, B. (2017). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Görülen İnternet Bağımlılığının Benlik Algısı Ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi* (Yüksek lisans tezi). Işık Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sah, R., & Geraciotti Jr, T. D. (2013). Neuropeptide Y and posttraumatic stress disorder. *Molecular Psychiatry*, 18(6), 646-655.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., ... & Richards, C. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347-372. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00071-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00071-6)
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1055-1072.
- Samuels, J. F., Riddle, M. A., Greenberg, B. D., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., Murphy, D. L., Grados, M. A., Pinto, A., Knowles, J. A., Piacentini, J., Cannistraro, P. A., Cullen, B., Bienvenu, O. J. III, Rasmussen, S. A., Pauls, D. L., Willour, V. L., Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., Hoehn-Saric, R., & Nestadt, G. (2006). The OCD collaborative genetics study: methods and sample description. *Am J Med Genet Part B (Neuropsychiatr Genet)*, 141, 201-207.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932-946.
- Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D., & Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research*, 135(2), 145-152.
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 189-204. <https://doi.org/10.1177/088626092007002005>
- Saxena, S., & Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 23(3), 563-586.

- Saxena, S., Brody, A. L., Schwartz, J. M., & Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry*, 35, 26-37.
- Schachar, R., & Tannock, R. (2002). Syndromes of hyperactivity and attention deficit, *Child and adolescent psychiatry* içinde (399-418). Rutter, M. ve Taylor, E., Oxford: Blackwell Science.
- Schienle, A., Schafer, A., Stark, R., Walter, B., & Vaitl, D. (2005). Neural responses of OCD patients towards disorder-relevant, generally disgustinducing and fear-inducing pictures. *Int J Psychophysiol*, 57, 69-77.
- Schoemaker, M. M., & Kalverboer, A. F. (1994). Social and affective problems of children who are clumsy: How early do they begin? *Adapted Phys. Activ. Q*, 11(2), 130-140.
- Seçer, İ. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk ölçeği çocuk formunun Türkçeye uyarlanması: Güvenirlilik ve geçerlilik çalışması. *Eğitim ve Bilim*, (176), 355-367.
- Seçer, Z. , Sarı, H. , Çeliköz, N., & Üre, Ö. (2009). Okul öncesi dönemdeki çocukların bilişsel stillerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (21), 407-418. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/susbed/issue/61797/924412>
- Selçuk, Z. (2008). *Eğitim psikolojisi*. Ankara: Nobel.
- Semiz, U. B., Cengiz, F. F., & Öner, O. (2012). Adult attention deficit hyperactivity disorder and trauma. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 29.
- Semiz, U. B., Inanc, L., & Bezgin, C. H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1287-1296. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0787-7>
- Sergeant, J. A., Geurts, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: A neuropsychological perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 583-592.
- Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 141-151. doi:10.1891/1933-3196.3.3.141
- Shapiro, F. (2001). *EMDR: Göz hareketleriyle duyarısızlaştırma ve yeniden işleme*. (Çev. Saşzade, M. ve Sansoy, I.). İstanbul: Okyanus.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shekim, W. O., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., & Wheeler, N. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive psychiatry*, 31(5), 416-425. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(90\)90026-o](https://doi.org/10.1016/0010-440x(90)90026-o)

- Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 360-367. doi:10.1016/j.jbtep.2014.03.002
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychol Sci*, 22, 1391-1396.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence. *J Exp Psychol Gen*, 143, 163-181.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of The American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Shooka, A., Al-Haddad, M. K., & Raes, A. (1998). OCD in Bahrain: Aphenomenological profile. *Int J Soc Psychiatry*, 44, 147-154.
- Singer, M. J., Humphreys, K. L., & Lee, S. S. (2016). Coping self-efficacy mediates the association between child abuse and ADHD in adulthood. *Journal of Attention Disorders*, 20(8), 695-703.
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Oie, M. (2013). ADHD in girls and boys: Gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Sledjeski, E. M., Speisman, B., & Dierker, L. C. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 341-349. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9158-3>
- Slomkowski, C., Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children?. *Journal of abnormal child psychology*, 23, 303-315.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Philipsen, A., Schmalzried, H., ... & Rietschel, M. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *European Psychiatry*, 23(2), 142-149.
- Sobotka, T. J. (1989). Neurobehavioral effects of prenatal caffeine. *Ann NY Acad Sci*, 562, 327-339.

- Sofuoğlu, Ş., & Pur-Karabulut, İ. G. (2019). Gelişimsel travmaya okul ortamında bağlanma odaklı terapötik müdahale. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 606-638. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/enad/issue/45025/560616>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. England: Cambridge University.
- Soykan Aysev, A., & Erdoğan Bakar, E. (2010). Ergende dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, *Kognitif Nörobilimler içinde* (403-416). Karakaş, S., İstanbul: Nobel Tıp.
- Soysal, Ş., & Özdemir, B. (2004). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna genel bir bakış. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13(3), 89-90.
- Söylev, Ö. F. (2020). Din Perspektifinden Obsesif-Kompulsif Bozukluklar: Modern Yaklaşımlar ve Ebû Zeyd El-Belhî'nin Katkıları. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 24(2), 891-909.
- Spalletta, G., Pasini, A., Pau, F., Guido, G., Menghini, L., & Caltagirone, C. (2001). Prefrontal blood flow dysregulation in drug naive ADHD children without structural abnormalities. *J Neural Transm.*, 108, 1203-1216.
- Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., Mazure, C. M., Sinha, R., & Blumberg, H. P. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 18(2), 182-189. doi: 10.1080/09297049.2011.595400
- Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 555-574.
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20(2), 107-123.
- Stein, M. B., Jang, K. L., Taylor, S., Vernon, P. A., & Livesley, J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *Am J Psychiatry*, 159, 1675-1681. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1675>
- Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 951-966.
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109-114.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2006). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder:

- A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 492-499.
- Storch, E. A., Ledley, D. R., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Johns, N. B., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2006). Peer victimization in children with obsessive-compulsive disorder: relations with symptoms of psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 446-455.
- Streissguth, A. P., Sampson, P. D., & Barr, H. M. (1989). Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood. *Ann NY Acad Sci.*, 562, 145-158.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol. Med.* 39, 1237-1245.
- Summerfeldt, L. J. & Endler, N. S. (1998). Examining the evidence for anxiety-related cognitive biases in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 579-598.
- Sümer, N., Karancı A. N., Berument, S. K., & Güneş, H. (2005). Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(4), 331-342.
- Şahin Demirkapı, E. (2014). *Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme Ve Kimlik Gelişimine Etkisi Ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi* (Yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Şahin, E., & Erşanlı, K. (2021). Ergenler İçin benlik algısı ölçeğinin geliştirilmesi. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(43), 6241-6279.
- Şahmelikoğlu Onur, Ö., Baş Uluyol, Ö., Teksin, G. (2021). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder presenting with reactive and autogenous obsessions. *J Cogn Behav Psychother Res.*, 10(3), 269-276. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.52309>
- Şan, E., Köse, S., Özbaran, B., Bildik, T., & Aydın, C. (2018). Social cognition and emotion regulation in adolescents with ADHD. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(1), 71-79.
- Şar, S., & Özdiñç, M. (2017). Travma sonrası stres bozukluğu: Türkiye'de yapılan araştırmalar. *Klinik Psikiyatri*, 20 (Suppl 2), 82-91.
- Şenol, S., & Sosyal, İ. (2010). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların tedavisinde farmakoterapi ve davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri Pediatri*, 19(2), 119-129.
- Şenol, S., Kırcı, Ö. Y., İşoğlu-Alkaç, Ü., Kılıç, B. G., & Demirci, S. (2014). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların değerlendirilmesinde klinik yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 34(1), 96-104.

- Şimşek, M., & Karataş, İ. H. (2019). DEHB'li özel yetenekli çocukların yaşadığı sosyal-duygusal sorunlar ve çözüm yolları hakkında öğretmen görüşleri. *Medeniyet Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 87-96.
- Tahiroğlu, A., & Çelik, G. (2016). Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (268-310). Akay, A., Ercan, E., Perçinel, İ, ve ark., Ankara: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği.
- Tamam, L., Diler, R. S., & Özpoymaz, N. (1998). Kompulsif satın alma: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(3), 224-230.
- Tanigawa, D., Furlong, M. J., Felix, E. D., & Sharkey, J. D. (2011). The protective role of perceived social support against the manifestation of depressive symptoms in peer victims. *Journal of School Violence*, 10, 393-412.
- Tannock, G. W., Munro, K., Harmsen, H. J., Welling, G. W., Smart, J., & Gopal, P. K. (2000). Analysis of the fecal microflora of human subjects consuming a probiotic product containing *Lactobacillus rhamnosus* DR20. *Applied and Environmental Microbiology*, 66(6), 2578-2588. <https://doi.org/10.1128/AEM.66.6.2578-2588.2000>
- Tatlı, M., Cetinkaya, O., & Maner, F. (2018). Evaluation of Relationship between Obsessive-compulsive Disorder and Dissociative Experiences. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 16(2), 161-167. <https://doi.org/10.9758/cpn.2018.16.2.161>
- Taycan, O. (2019). Travma sonrası stres bozukluğu fenomenolojisi, *Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar* içinde (1-37). Aker, A. T., Taycan, O. ve Çelik, F., Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Tezcan, A. E., Millet, B., & Kuloğlu, M. (1998). Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1, 35-41.
- Thapar, A., Langley, K., Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 37(12), 1681-1692.
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation, *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* içinde (38-58). Kringand, A. M. ve Sloan, D. M., New York: The Guilford.
- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2015). Social support and developmental psychopathology. *Developmental psychopathology: Volume three: Risk, disorder, and adaptation*, 1-37.
- Thorsen, A. L., de Wit, S. J., de Vries, F. E., Cath, D. C., Veltman, D. J., van der Werf, Y. D., Mataix-Cols, D., Hansen, B., Kvale, G., ... & van den Heuvel, O. A. (2019). Emotion regulation in obsessive-compulsive disorder, unaffected siblings, and unrelated healthy control participants. *biological psychiatry*.

Cognitive neuroscience and neuroimaging, 4(4), 352-360.
<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.03.007>

- Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., & Parks, S. (2021). Review of ADHD comorbidities: Disentangling ADHD from its co-occurring conditions. *Journal of Attention Disorders*, 25(6), 797-824. <https://doi.org/10.1177/1087054720954980>
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *The American journal of psychiatry*, 163(11), 1978-1985. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1978>
- Tıraş, Z., & Arslan, E. (2013). Ergenlerde sosyal yetkinliğin algılanan sosyal destek açısından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 12(4), 1133-1140.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138.
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 199-221.
- Tunçel, C. (2014). *Cinsiyet, Meslek Grubu, Yaş Ve Eğitim Düzeyi Değişkenlerinin, Bireylerin Batıl İnançlara Sahip Olma Düzeyleri Üzerindeki Etkileri* (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Turgay, A. (1994). *Disruptive behavior disorders child and adolescent screening and rating scales for children, adolescents, parents and teachers*. New Jersey: Integrative Therapy Institute.
- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, O., Aksüt, D., & Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43(3), 204-209. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.32355>
- Türkbay, T., Özcan, C., Doruk, A., & Uzun, Ö. (2005). Ergenlerin psikiyatrik belirtileri ve benlik saygıları üzerine kimlik bocalamasının etkileri. *Türkiye'de Psikiyatri*, 7(3), 92-97.
- Ufuk, B. A. L., Çakmak, S., & Şükrü, U. Ğ. U. Z. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Usta, Z. B. (2021). *Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Somatizasyon Ve Dissosiyasyon Arasındaki İlişki* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Üçok, A., & Gençöz, T. (2010). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ünaldı N., & Alyanak B. (2018). Travma ile ilişkili bozukluklar ve dışsallaştırma boyutu, *Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar* içinde (53-58). Alyanak, B., Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Ünver, H. & Karakaya I. (2019). Çocuk ve ergen psikiyatrisinde özelleşmiş bir travma polikliniği deneyimi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 298-303.
- Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 164-173.
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and anxiety*, 31(6), 487-493. <https://doi.org/10.1002/da.22259>
- Van den Heuvel, O. A., Veltman, D. J., Groenewegen, H. J., Dolan, R. J., Cath, D. C., & Boellaard, R. (2004). Amygdala activity in obsessive-compulsive disorder with contamination fear: A study with oxygen-15 water positron emission tomography. *Psychiatry Res.*, 132, 225-237.
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293-317. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(02\)00050-5](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(02)00050-5)
- Van der Kolk, B. A. (2019). *Beden kayıt tutar*. (Çev. Cihanşümül Maral, N.). Ankara: Nobel Akademik.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*, 18(5), 389-399. doi: 10.1002/jts.20047.
- Vardar, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(3), 153-159.
- Vatan, S. (2016). Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: Klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırması. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 4(07), 41-57.
- Viswanath, B., Reddy, Y. J., Kumar, K. J., Kandavel, T., & Chandrashekar, C. R. (2009). Cognitive endophenotypes in OCD: a study of unaffected siblings of probands with familial OCD. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(4), 610-615.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J. H., & Kollins, S. H. (2011). Dopamine transporter: Dopamine made available for attention and motor systems. *European Neuropsychopharmacology*, 21(8), 486-491. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.03.008>

- Walsh, W. J., & Alp, H. (2023). *Beynini iyileştir: Epigenetik, biyokimya, mikrobelerinle*. İstanbul: Adalin.
- Wang, C. D. C., & Sound, C. C. (2008). The role of generational status, self-esteem, academic self-efficacy and perceived social support in college students' psychological well-being. *Journal of College Counseling, 11*, 101-118.
- Webb, M., & Otto Whitmer, K. J. (2001). Abuse history, world assumptions, and religious problem solving. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*(3), 445-453.
- Weinstein, D., Staffelbach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 20*(3), 359-378. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00107-x](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00107-x)
- Wender P. H., & Tomb D. A. (2017). *ADHD: A guide to understanding symptoms causes diagnosis treatment and changes over time in children adolescents and adults*. Oxford: Oxford University.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework, *Emotion Regulation and Psychopathology. A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* içinde (13-37). Kring, A. M. ve Sloan D. M., New York: Guilford.
- Wilcox, H. C., Storr, C. L., & Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. *Archives of general psychiatry, 66*(3), 305-311.
- Wild, N. D., & Paivio, S. C. (2003). Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 8*(4), 97-122. https://doi.org/10.1300/J146v08n04_05
- Wilens, T. E., Adler, L. A., Adams, J., Sgambati, S., Rotrosen, J., Sawtelle, R., ... & Fusillo, S. (2008). Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(1), 21-31.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics: The journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics, 9*(3), 490-499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1336-1346.
- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Chhabildas, N. A., Friedman, M. C., & Alexander, J. (1999). Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(11), 1355-1362. <https://doi.org/10.1097/00004583-199911000-00009>

- Williamson, D., & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>
- Willis, T. J., & Lovaas, I. (1977). A behavioral approach to treating hyperactive children: The parent's role, *Learning disabilities and related disorders* içinde (119–140). Millichap, J. B., Chicago: Year Book Medical.
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr, Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- World Health Organization. (1999). *The newly defined burden of mental problems*. Geneva. WHO.
- Wozniak, J., Crawford, M. H., Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Taylor, A., & Blier, H. K. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 48-55. <https://doi.org/10.1097/00004583-199901000-00019>
- Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*, 10(3), e0120270.
- Yalçın, İ. (2015). İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye'de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1), 21-32.
- Yalın Sapmaz Ş., Ergin D., Özek Erkuran H., Şen Celasin N., Öztürk M., Karaarslan D., Köroğlu E., & Aydemir Ö. (2017). DSM-5 Travma sonrası stres belirtileri şiddet ölçeği çocuk formunun türkçe güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 54, 205-208.
- Yaryura-Tobias, J. A., Grunes, M. S., Todaro, J., McKay, D., Neziroglu, F. A., & Stockman, R. (2000). Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 19-30. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(99\)00027-4](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(99)00027-4)
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yavuzer, H., Köknel, Ö., Kulaksızoğlu, A., Ayhan, H., Dodurgalı, A., & Ekşi, H. (2011). *Çocuk ve ergen eğitiminde anne baba tutumları*. İstanbul: Timaş.
- Ye, H. J., Rice, K. G., & Storch, E. A. (2008). Perfectionism and peer relations among children with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 39, 415-426.

- Yeh, E. K., Hwu, H. G., Chang, L. Y., & Yeh, Y. L. (1985). Mental disorder in a Chinese metropolis: symptoms, diagnosis and lifetime prevalence. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 87, 318-324.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510-518.
- Yıldırım, G., & Tosun, A. (2012). Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel süreçler. *Journal of Human Sciences*, 9(2), 1429-1442.
- Yılmaz, O., Boyraz, R. K., Kurtulmuş, A., Parlakkaya, F. B., & Öztürk, A. (2020). Obsesif kompulsif bozuklukta içgörünün obsesif inançlar ve üstbiliş ile ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 11-19.
- Yılmaz, Ö., & Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35(85), 21-36.
- Yılmaz, P. (2012). *Odaklanmış Dikkat İle Sosyal Beceri Düzeyi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması* (Yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yoldaşcan, E., Özenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., & Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC psychiatry*, 9, 1-8.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809-816.
- Yüce, M., Baykara, B., & İnci, S. B. (2017). The prevalence and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A cross-sectional study in Ankara, Turkey. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(1), 20-28. doi: 10.1111/jcap.12157
- Zalewski, M., Lengua, L. J., Wilson, A. C., Trancik, A. ve Bazinet, A. (2011). Associations of coping and appraisal styles with emotion regulation during preadolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110, 141-158.
- Zara, A. (2011). *Krizler ve travmalar: Yaşadıkça psikolojik sorunlar ve başa çıkma yolları*. İstanbul: İmge Kitapevi.
- Zatlın, M., Kaptanoğlu, C., & Aksaray, G. (2004). Motorlu araç kazalarından sonra görülen akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 16-25.
- Zhang, J., Zhang, L., Cao, X., Chen, H., & Cao, Y. (2018). The effect of social support on post-traumatic stress disorder and depression among elderly survivors of the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1811-1820.

Zincir, S. B., Izi, F., Eratalay, A., & Semiz, U. B. (2014). Interferon-Alpha induced obsessive-compulsive disorder in a patient with Hepatitis-C. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 24(1), 89-92.

EKLER

EK A VELİ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Sayın Anne/Babalar,

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı bitirme tezi kapsamında “Travmatik Yaşantıların Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktifite Bozukluğu ile İlişkide Aracı ve Düzenleyici Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesi” konulu araştırmayı Klinik Psikolog Gülgün Uzunoglu Azman olarak Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan danışmanlığında yürütmekteyim.

Araştırmanın amacı, ergenlerin travmatik deneyimlerinin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri üzerindeki etkisini incelemek ve söz konusu ilişkide travma ile ilişkili olan bilişsel, duygusal ve ruhsal değişkenlerin olası biçimlendirici ve aracı rollerini değerlendirebilmektir. Bunun için çocuğunuza verilecek olan anketleri tamamlanmasına ihtiyaç duyulacaktır.

Çocuğunuzun cevaplandıracağı anket sorularının, onun psikolojik veya fiziksel gelişimi üzerinde herhangi bir olumsuz etki göstermesi beklenmemektedir. Çocuğunuzun dolduracağı anketlerde vereceği cevaplar gizli tutulacak ve bu cevaplar sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu formu imzaladıktan sonra dahi, neden göstermeksizin çocuğunuz araştırmaya dahil olmaktan vazgeçme hakkına sahiptir. Araştırma ile ilgili sorularınız için e-posta adresinden araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Lütfen bu araştırmaya katılmak konusundaki tercihinizi aşağıdaki seçeneklerden size en uygun geleni işaretleyip, imzanızı atınız ve bu formu araştırmacıya verilmek üzere çocuğunuzla geri gönderiniz.

Çalışmayı çocuğumun istediği zaman bırakabileceğini biliyorum ve çocuğumun vereceği bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum. Çocuğumun bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılmasına izin veriyorum.

Çocuğumun araştırmaya katılmasına izin vermiyorum.

Tarih:/...../.....

Veli İmza:

(Lütfen ad-soyad belirtmeyiniz.)

EK B BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Travmatik Yaşantıların Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktive Bozukluğu ile İlişkide Aracı ve Düzenleyici Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesi” Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı, ergenlerin travmatik deneyimlerinin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri üzerindeki etkisini incelemek ve söz konusu ilişkide travma ile ilişkili olan bilişsel, duygusal ve ruhsal değişkenlerin olası biçimlendirici ve aracı rollerini değerlendirebilmektir. Bunun için anket sorularının tarafınızdan tamamlanmasına ihtiyaç duyulacaktır.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılabilir.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı'nda Klinik Psikolog Gülgün Uzunoğlu Azman tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

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

Katılımcı İmza:

EK C SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE VERİ FORMU

1- Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl şeklinde belirtiniz, örneğin 12.09.2005):			
2- Cinsiyet:	Kadın <input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>		
3- Eğitim düzeyi: Sınıf			
4- Anne eğitim düzeyi:	Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/>	Okur yazar <input type="checkbox"/>	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>
	Lise <input type="checkbox"/>	Üniversite <input type="checkbox"/>	Lisans üzeri (Yüksek lisans/Doktora) <input type="checkbox"/>	
5- Baba eğitim düzeyi:	Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/>	Okur yazar <input type="checkbox"/>	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/>
	Lise <input type="checkbox"/>	Üniversite <input type="checkbox"/>	Lisans üzeri (Yüksek lisans/Doktora) <input type="checkbox"/>	
6- Ailenizin sosyoekonomik düzeyi aylık ortalama hangi düzeydedir?	0- 4500 TL <input type="checkbox"/>	4500-10000 TL <input type="checkbox"/>	10000- 20000 TL <input type="checkbox"/>	20000 ve üzeri TL <input type="checkbox"/>
7- Daha önce psikolojik/psikiyatrik destek aldınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
8- Eğer psikolojik/psikiyatrik destek aldıysanız ne kadar süre ile aldınız? (Almadıysanız soruyu boş bırakınız.)	0-6 ay <input type="checkbox"/>	6 ay-1 yıl <input type="checkbox"/>	1 yıl-2 yıl <input type="checkbox"/>	2 yıldan fazla <input type="checkbox"/>
9- Sizi olumsuz etkilediğini düşündüğünüz travmatik olarak adlandırabileceğiniz bir deneyim yaşadınız mı? Yanıtınız evet ise 10. soruyu yanıtlayınız.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
10- Ne zaman bu travmatik deneyimi yaşadınız?	0-6 ay önce <input type="checkbox"/>	6 ay-1 yıl önce <input type="checkbox"/>	1 yıl-2 yıl önce <input type="checkbox"/>	2 yıldan fazla bir zaman önce <input type="checkbox"/>

11- Aşağıdakilerden sizi olumsuz etkilediğini düşündüğünüz travmatik bir deneyim/deneyimler var mıdır? İşaretleyiniz. (kendisi-yakını- birinde şahit olma üzerinden düşünölmeli)	Beklenmeyen, ani bir ölüm	Felaket: Deprem, hortum, yangın, sel, kasırga, salgın, zehirli madde vb.	Yaşamı tehdit eden medikal hastalık: Kanser vb.	Kaçırılma
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Savaş/ Politik durumlar/ Terör	Cinsel ihmal/istismar	Yaralanma: Trafik veya motor kazası, hayvan ısırması, düşme vb.	Ayrılma: göç, ebeveynlerin boşanması, ebeveynden bir sebeple ayrı kalma, vb.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kayıp/Ölüm	Yetersiz/bozuk bakım alma: Ebeveynin hastalığı, zararlı madde kullanımı, maddi imkansızlıkları vb. sebebi ile	Kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorun: Ciddi akran problemleri, kişiler ile sözel/fiziksel tartışma veya kavga yaşamak vb.	Okul sorunu: Zorbalık, fiziksel saldırı, duygusal şiddet vb.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- Travmatik deneyim olarak KAYIP işaretlemişseniz lütfen bu soruyu yanıtlayınız! Kayıp yaşadığınız kim yada kimlerdi? İşaretleyiniz.	Anne	Baba	Abla	Ağabey
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Küçük kardeş	İkiz	Kuzen	Büyükanne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Büyükbaba	Eş	Sevgili	Yakın arkadaş
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teyze	Amca	Hala	Dayı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yenge	Enişte	Komşu	Bir tanıdık	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evcil hayvan	Uzaktan akraba	Diğer.....		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13- Kaybettiğiniz bu kişi yada kişileri ne zaman kaybettiniz?	6 aydan kısa bir zaman önce	6 ay-1 yıl önce	1-2 yıl önce	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2-4 yıl önce	4 yıldan uzun bir süre önce		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14- Kaybettiğiniz bu kişi yada kişileri hangi sebep ile kaybettiniz?	Kaza	Felaket	Sağlık problemleri	Beklenmedik bir şekilde
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İntihar	Terör	Cinayet	Diğer.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**EK D DSM-5 TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ
ŞİDDET ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU**

	Hiç	Biraz	Kısmen	Oldukça fazla	Aşırı
1- “Flashbackler” yaşadınız mı, yani aniden geçmişte yaşamış olduğunuz stres yaratan bir deneyim sanki tekrar baştan oluyormuş gibi hissettiniz veya davrandınız mı? (örneğin stres yaratan deneyimle ilgili bazı kısımları görme, duyma, koklama veya fiziksel olarak hissetme ile yeniden yaşantılama gibi)	0	1	2	3	4
2- Stres yaratan deneyimi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak alt üst olduğunuzu hissettiniz mi?	0	1	2	3	4
3- Size bu stresli deneyimi hatırlatan düşünceler, duygular veya fiziksel durumlardan kaçınmaya çalıştınız mı?	0	1	2	3	4
4- Sizin veya başka birisinin (size direkt olarak zarar vermeyen) yanlış bir şey yaptığı veya durumu önlemeye yönelik yapılması gerekli her şeyi yapmadığı için ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden stres yaratan olayın başınıza geldiğini düşündünüz mü?	0	1	2	3	4
5- Stres yaratan bir deneyim sonrasında fazlasıyla olumsuz bir duygusal duruma girdiniz mi? (örn., yoğun öfke, kırgınlık, suçluluk, utanç veya dehşet yaşama)	0	1	2	3	4

6- Bu stresli yaşam olayı öncesinde yapmaktan zevk aldığınız aktivitelere olan ilginizi kaybettiniz mi?	0	1	2	3	4
7- “Aşırı tetikte”, savunma halinde veya sürekli tehlikeleri gözetler halde oldunuz mu?	0	1	2	3	4
8- Beklenmedik ve ani bir gürültü duyduğunuzda sıçradığınız veya kolaylıkla ürktüğünüz oldu mu?	0	1	2	3	4
9- Diğer insanlara bağırarak, kavgalara karışacak veya bir şeyleri yok etme düzeyine gelecek kadar aşırı sinirli veya kızgın oldunuz mu?	0	1	2	3	4

**EK E OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK ÖLÇEĞİ ÇOCUK
FORMU**

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Genellikle
1- Kötü şeyleri düşünmekten bir türlü kendimi alamıyorum.	1	2	3	4	5
2- Temiz olmam için tekrar tekrar yıkanmam gerektiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
3- Yolda yürürken tüm mikropların bana bulaştığı hissine kapılıyorum.	1	2	3	4	5
4- Yaptığım birçok şeyi tekrardan kontrol ederim.	1	2	3	4	5
5- Bazı şeyleri yapıp yapmadığımdan bir türlü emin olamıyorum.	1	2	3	4	5
6- Her şeyi sayma ihtiyacı duyarım.	1	2	3	4	5
7- Hiç ihtiyacım olmayan şeyleri bile biriktiririm.	1	2	3	4	5
8- Eşyalarım sıralı ve düzgün olmayınca huzurlu olamıyorum.	1	2	3	4	5
9- Aynı şeyleri tekrar tekrar yaptığımdan dolayı derslerimden geri kalıyorum.	1	2	3	4	5
10- Çoğu kez eşyalarımın temiz olup olmadığı konusunda endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
11- Kafamı kurcalayan kötü düşünceler beni rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5
12- Bazı sayıları sürekli tekrarlamak zorunda hissediyorum.	1	2	3	4	5
13- İşlerimi bitirdiğim halde bile bitirmediğimi düşünerek endişeleniyorum.	1	2	3	4	5

14- Düşünmek istemediğim halde kafamdaki kötü düşüncelerden rahatsız oluyorum.	1	2	3	4	5
15- Kapıları, pencereleri, çekmeceleri tekrar tekrar kontrol etme hissine kapılıyorum.	1	2	3	4	5
16- İşime yaramayan şeyleri bile daha sonra lazım olur diye atamıyorum.	1	2	3	4	5
17- Eşyalarımın başkaları dokunduğunda rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
18- Kafamdaki kötü düşüncelerden kurtulmak için belirli şeyleri tekrar tekrar söylemem gerekiyor.	1	2	3	4	5
19- Her şey düzenli ve düzgün olmazsa rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
20- Bir işi çok dikkatli yaptığım halde bile yaptığının hatalı olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
21- Diğer çocuklardan daha fazla ellerimi yıkamak istiyorum.	1	2	3	4	5

**EK F TURGAY YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI BELİRTİ
TARAMA ÖLÇEĞİ**

	Yok	Biraz	Fazla	Çok fazla
1- Ödevlerimi yaparken ve sınavlarda dikkat hataları yaparım.	0	1	2	3
2- Dersin başına oturduktan sonra sık sık su içmek, tuvalete gitmek için kalkarım.	0	1	2	3
3- Ders dinlemekte zorlanırım.	0	1	2	3
4- Başladığım işleri bitirmekte güçlük çekerim.	0	1	2	3
5- Yapmam gereken işleri sık sık ertelerim.	0	1	2	3
6- Ders başına oturmak bana zor gelir.	0	1	2	3
7- Bana gerekli olan eşyalarımı (Kalem, silgi, defter, kitap vs.) sık sık kaybederim.	0	1	2	3
8- Dikkatim kolayca dağılır.	0	1	2	3
9- Yapmam gereken ödevlerimi, anne babamın bana yapmamı söyledikleri işleri unuturum.	0	1	2	3
10- Ellerim ayaklarım durmaz, kıpır kıpırımdır.	0	1	2	3
11- Sınıfta ya da oturmam gereken yerlerde oturmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
12- Yerimde duramam, her an hareket etmeye hazırım.	0	1	2	3
13- Sakince oyun oynamakta güçlük çekerim.	0	1	2	3
14- Hep hareket etmek isterim.	0	1	2	3
15- Çok konuşurum.	0	1	2	3
16- Soru daha tamamlanmadan hemen cevabını veririm.	0	1	2	3
17- Sıra beklemekte güçlük çekerim.	0	1	2	3
18- Meşgul oldukları halde başkalarını rahatsız eder ya da konuşurlarken sözlerini keserim.	0	1	2	3

EK G ERGENLER İÇİN BENLİK ALGISI ÖLÇEĞİ

	Hiçbir	Nadiren	Bazen	Çoğu	Her
1- Kendimi seviyorum.	1	2	3	4	5
2- Yaşıtlarımın çoğundan daha etkileyici bir vücuda sahibim.	1	2	3	4	5
3- Genellikle derslere karşı ilgiliyimdir.	1	2	3	4	5
4- Arkadaşlarımla birlikteyken kendimi iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
5- Ailemle birlikteyken kendimi iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
6- Kendimi değerli hissediyorum.	1	2	3	4	5
7- Tanıdığım akranlarımla çoğundan daha yakışıklıyım/güzelim.	1	2	3	4	5
8- Derslerimin çoğunda başarılıyım.	1	2	3	4	5
9- Arkadaşlarımla iyi anlaşırım.	1	2	3	4	5
10- Ailemle birlik beraberlik içerisindeyiz.	1	2	3	4	5
11- Kendimle gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
12- Fiziksel olarak kendimi beğeniyorum.	1	2	3	4	5
13- Öğretmenlerim benim çalışkan bir öğrenci olduğumu düşünür.	1	2	3	4	5
14- Arkadaşıma duygu ve düşüncelerimi kolaylıkla ifade edebiliyorum.	1	2	3	4	5
15- Kendi çocuklarım olursa, onları ailemin beni yetiştirdiği gibi yetiştirmek isterim.	1	2	3	4	5
16- Kendime saygı duyuyorum.	1	2	3	4	5
17- Yaşıtlarıma göre daha kuvvetli bir fiziksel yapım var.	1	2	3	4	5

18- Öğretmenlerim tarafından takdir ediliyorum.	1	2	3	4	5
19- Çevremde ihtiyaç duyduğumda destek alabileceğim birçok arkadaşım var.	1	2	3	4	5
20- Ailemle iyi anlaşıyorum.	1	2	3	4	5
21- Çok sayıda olumlu özelliğim var.	1	2	3	4	5
22- Fiziksel olarak çekici bir insanım.	1	2	3	4	5
23- İstedğim yükseköğretim programını kazanacak kadar yetenek sahibiyim.	1	2	3	4	5
24- Arkadaşlarım bana değer verir.	1	2	3	4	5
25- Mutlu bir aile hayatım var.	1	2	3	4	5

**EK H ÇOCUKLAR VE ERGENLER İÇİN SOSYAL DESTEK
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

	Hiçbir	Nadiren	Bazen	Çoğu	Her
1- Sen, arkadaşların tarafından dışlandığını hisseder misin?	1	2	3	4	5
2- Arkadaşların tarafından sevilir misin?	1	2	3	4	5
3- Arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?	1	2	3	4	5
4- Arkadaşların seninle alay eder mi?	1	2	3	4	5
5- Arkadaşların, senin düşüncelerini dinlemekten hoşlanırlar mı?	1	2	3	4	5
6- Sen ve arkadaşların birbiriniz için, çok şey yapar mısınız?	1	2	3	4	5
7- Kendini arkadaşlarına çok yakın hisseder misin?	1	2	3	4	5
8- Sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak için arkadaşlarına güvenir misin?	1	2	3	4	5
9- Sence, arkadaşların sana önem verir mi?	1	2	3	4	5
10- Arkadaşların kendini kötü hissetmene neden olur mu?	1	2	3	4	5
11- Sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak için ailene güvenebilir misin?	1	2	3	4	5
12- Sen ve ailen birbiriniz için çok şey yapar mısınız?	1	2	3	4	5
13- Ailen, kendini kötü hissetmene neden olur mu?	1	2	3	4	5

14- Ailenle çok şey paylaşır mısın?	1	2	3	4	5
15- Ailenle konuşmakta zorluk çeker misin?	1	2	3	4	5
16- Onlara ihtiyacın olduğunda ailenin senin yanında olduğunu hisseder misin?	1	2	3	4	5
17- Ailen tarafından dışlandığını hisseder misin?	1	2	3	4	5
18- Ailen, senin düşüncelerini görmezden gelir mi?	1	2	3	4	5
19- Kendi ailen içinde önemli bir yere sahip misin?	1	2	3	4	5
20- Sence ailen sana önem verir mi?	1	2	3	4	5
21- Kendini ailenin bir parçası gibi hisseder misin?	1	2	3	4	5
22- Ailenin sana kötü davrandığını düşünür müsün?	1	2	3	4	5
23- Kendini sınıfın bir parçası gibi hissediyor musun?	1	2	3	4	5
24- Sınıfın tarafından dışlandığını hisseder misin?	1	2	3	4	5
25- Sınıfında hiç kimsenin sana değer vermediğini hisseder misin?	1	2	3	4	5
26- Sınıf arkadaşların tarafından çok sevilir misin?	1	2	3	4	5
27- Sınıfında çocuklar birbirleri için çok şey yaparlar mı?	1	2	3	4	5
28- Sınıf arkadaşların seninle alay ederler mi?	1	2	3	4	5
29- Sınıf arkadaşların sorunların olduğunda sana yardım ederler mi?	1	2	3	4	5
30- Sınıf arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?	1	2	3	4	5
31- Sınıf arkadaşların kendini kötü hissetmene neden olur mu?	1	2	3	4	5
32- Kendini öğretmenlerine çok yakın hisseder misin?	1	2	3	4	5
33- Öğretmenlerin kendini yetersiz hissetmene neden olur mu?	1	2	3	4	5

34- Öğretmenlerinle konuşmakta zorluk çeker misin?	1	2	3	4	5
35- Öğretmenlerin sana önem verir mi?	1	2	3	4	5
36- Senin öğretmenlerinden, herhangi bir sorun olduğunda rahatlıkla yardım ya da öneri istenebilir mi?	1	2	3	4	5
37- Öğretmenlerin sana karşı kötü davranır mı?	1	2	3	4	5
38- Öğretmenlerin sana kendini önemli hissettirir mi?	1	2	3	4	5
39- Öğretmenlerin senin kendini kötü hissetmene neden olur mu?	1	2	3	4	5
40- Öğretmenlerin sana özel görevler verirler mi?	1	2	3	4	5
41- Öğretmenlerin senin kendini tedirgin (huzursuz) hissetmene neden olurlar mı?	1	2	3	4	5

EK I BİLİŞSEL ESNEKLİK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Bir fikri/düşünceyi birçok farklı biçimde ifade edebilirim.	1	2	3	4	5	6
2- Yeni ve alışık olmadığım durumlardan kaçınırım.	1	2	3	4	5	6
3- Hiçbir zaman, hiçbir konuda karar veremeyecekmişim gibi hissediyorum. (gelecekle ilgili, alışveriş yaparken, karşı cinsle ilgili vb.)	1	2	3	4	5	6
4- Her duruma uygun davranabilirim.	1	2	3	4	5	6
5- Çözülemez gibi görünen sorunlara işe yarar çözümler bulabilirim.	1	2	3	4	5	6
6- Nasıl davranacağıma karar verirken, farklı bakış açıları geliştiremem.	1	2	3	4	5	6
7- Sorunlara yaratıcı çözümler bulabilirim.	1	2	3	4	5	6
8- Davranışlarım bilinçli kararlarımın bir sonucudur.	1	2	3	4	5	6
9- Herhangi bir durum karşısında farklı biçimlerde davranabilirim.	1	2	3	4	5	6
10- Sahip olduğum bilgilerimi gerçek hayatımda kullanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
11- Bir problemin üstesinden gelmeye çalışırken çevremdeki kişilerin görüşlerini almak ve bunları değerlendirmek isterim.	1	2	3	4	5	6
12- Bir işi farklı biçimlerde yapmayı deneme konusunda kendime güvenirim.	1	2	3	4	5	6

EK J ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

“Başıma olumsuz bir olay geldiğinde;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1-Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	1	2	3	4	5
2- Duruma ilişkin amaçlarımı veya planlarımı yeniden gözden geçiririm, düşünürüm.	1	2	3	4	5
3- Durum üzerinde düşünüp anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5
[Redacted]	1	2	3	4	5

[REDACTED]	1	2	3	4	5
[REDACTED]	1	2	3	4	5
[REDACTED]	1	2	3	4	5
[REDACTED]	1	2	3	4	5
[REDACTED]	1	2	3	4	5
18- Başkalarından tavsiye isterim.	1	2	3	4	5

EK K IŞIK ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL ONAYI

FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ		
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA		
TEZ/PROJE/ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI İÇİN		
ETİK ALT KURUL DEĞERLENDİRME FORMU		
Tez/Proje/Araştırma Adı	: Travmatik Yaşantıların Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Bozukluğu ile İlişkinde Aracı ve Düzenleyici Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesi	
Yürütücü	: Gülgün Uzunoğlu Azman	
Danışman	: Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan	
Başvuru Tarihi	: 9.06.2022	
1. Niteliği gereği çalışma için Etik Kurulu onayı gerekli midir?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
2. Katılımcıların uğrayabileceği riskler beklenen yararlarla uyumlu mu?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
(a) Risk var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır		
(b) Yarar var mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
(c) Bu yararlar göre riskler değer mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
3. Riskler minimize edilmiş mi?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
4. Yararlar maksimize edilmiş mi?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
5. Katılımcı seçimi dengeli mi?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
6. Savunmasız katılımcılar için ek önlemler alınmış mı?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
7. Katılımcıların özgür ve bilgilendirilmiş bir şekilde araştırmada rol almaları sağlanmış mı?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
(a) Katılım onay formu var mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
(b) Form anlaşılabilir bir nitelikte mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
8. Özel yaşam ve katılımcı güvenliği korunuyor mu?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
9. Verilerin korunması için gerekli tedbirler alınmış mıdır?		
<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
SONUÇ :	<input checked="" type="checkbox"/> Etik açıdan uygundur <input type="checkbox"/> Etik açıdan düzeltmeler gereklidir.* <input type="checkbox"/> Etik açıdan uygun değildir*	
*Nedenlerini ek bir rapor halinde açıklayınız.		
TARİH	16.06.2022	
Prof. Dr. Gülden Güvenç	Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci	Dr. Öğr. Üyesi Miray Akyunus



EK L İSTANBUL VALİLİĞİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-59090411-20-56695112
Konu : Anket ve Araştırma İzni (Gülgün UZUNOĞLU
AZMAN)

06/09/2022

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 21.01.2020 tarihli ve 2020/2 sayılı genelgesi.
b) FMV Işık Üniversitesinin 05.08.2022 tarihli ve 17774 sayılı yazısı.
c) Müdürlüğümüz Araştırma ve Anket Komisyonunun 01.09.2022 tarihli tutanağı.

Araştırma Konusu : Travmatik Yaşantıların Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği
Hiperaktifte Bozukluğu İle İlişkide Aracı ve Düzenleyici Değişkenlerin
Etkisinin İncelenmesi.
Araştırma Türü : Anket
Araştırma Yeri : İstanbul
Araştırma Yapılacak Kişiler : Tüm Ortaokul ve Lise Öğrencileri
Araştırmanın Süresi : 2022 - 2023 Eğitim - Öğretim Yılı

Yukarıda bilgileri verilen araştırmanın; 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa aykırı olarak kişisel veri istenmemesi, öğrenci velilerinden açık rıza onayı alınması, yüz yüze eğitime geçmiş olan kurumlarımızda, Covid-19 tedbirlerinin araştırmacı ve ilgili kurum idarelerince alınması, bilimsel amaç dışında kullanılmaması, bir örneği Müdürlüğümüzde muhafaza edilen mihürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun kamuoyuyla paylaşılmaması ve araştırma bittikten sonra 2 (iki) hafta içerisinde Müdürlüğümüze gönderilmesi, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim ve öğretimi aksatmayacak şekilde, ilgi (a) genelge esasları dâhilinde uygulanması kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
06/09/2022
Dr. Hasan Hüseyin CAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:
1- İlgi (b) Yazı ve Ekleri (14 Sayfa)
2- İlgi (c) Tutanak (1 Sayfa)

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres : Bırbırdirek Mah. İnanç Öktem Cad. No: 1 Sultanahmet Fatih İstanbul Belge Doğrulama : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>
Telefon : 0212 384 36 30 Bilgi İçin : Aydın BALTA
E-posta : stratejigelismec34@meb.gov.tr Unvana : Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni
Kep Adresi : meb@hs01.kep.tr İnternet Adresi : <http://istanbul.meb.gov.tr/>

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksozgu.meb.gov.tr> adresinden ab36-d077-37e3-81b1-1ae7 kodu ile teyit edilebilir.

ÖZGEÇMİŞ

Yayınları olarak “Uzunoğlu

Azman, G. (2020). Travmanın Bilişsel Davranışçı Terapi Odasına Yansıması. Z. D. Aktan (Ed.), *Çocukluk Çağı Travmasının Yansımaları: Tüm Renklerini Kaybetmiş Gökkuşaağı Hikayeleri* içinde (s. 121-154). Ankara: Nobel Yayıncılık.”, “Uzunoğlu, G., & Aktan, Z. D. (2019). Ergenlerde premenstrüel sendrom ile ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(Ek:1), 37-50” ve “Uzunoğlu, G. (2017). *Ergenlerde adet öncesi gerginlik sendromu ile ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkinin analizi* (Yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul)” vardır.