

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DEPRESYON İLİŞKİSİNDE  
DİNİ BAŞA ÇIKMANIN ARACI ROLÜ

NAZAN CANKILIÇ

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2019

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DEPRESYON İLİŞKİSİNDE  
DİNİ BAŞA ÇIKMANIN ARACI ROLÜ

NAZAN CANKILIÇ

B.A., Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji, İstanbul Ticaret Üniversitesi, 2016

M.A., Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji, Işık Üniversitesi, 2019

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi

İçin sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2019

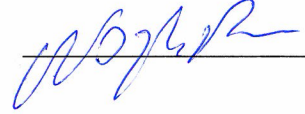
IŞIK UNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DEPRESYON İLİŞKİSİNDE DİNİ BAŞA  
ÇIKMANIN ARACI ROLÜ

NAZAN CANKILIÇ

ONAYLAYANLAR:


Doç.Dr. Nazlı Balkır Neftçi Işık Üniversitesi  
(Tez Danışmanı)



Dr.Öğr.Üyesi Z. Deniz Aktan Işık Üniversitesi



Dr.Öğr.Üyesi Ayşenur Aktaş Acıbadem Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 21.05.2019

# **THE MEDIATING ROLE OF RELIGIOUS COPING ON THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND CHILDHOOD TRAUMA**

## **Abstract**

**Objective:** The purpose of this study is evaluating the mediating role of religious coping in the relationship between childhood trauma and depression. Based on the findings in the literature, childhood traumas, depression, and religious coping relationship are examined to determine the relationship between variables.

**Method:** The total number of the participants is 366; 257 women and 109 male students were enrolled in the study. The average age of these participants is 23,51. (s.d: 5.317). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Beck Depression Inventory (BDI), and Religious Coping Scale (RCS) were used to measure the variables.

**Results:** When the findings of the research were examined, a significant relationship between childhood trauma and depression was observed. In contrast to predictions, there was a negative correlation between childhood trauma and positive-religious coping, but no significant relationship was associated between negative-religious coping and childhood trauma. Although there was a negative correlation between positive-religious coping and depression in the correlation analyzes, the same results could not be achieved in the mediation analyzes. When the variables of childhood traumas and psychiatric drug use were controlled, no significant relationship was associated between positive-religious coping and depression.

**Conclusion.** In this study evaluated that individuals who have been exposed to childhood trauma do not use positive religious coping strategies and have a high severity of depression. The negative effect of depression, which is one of the pathological consequences of traumatic experiences, may contribute to the negative effects of trauma on religious coping attitudes. It is considered that it is important to determine the trauma history of individuals, to determine the spiritual / spiritual orientations, to create therapeutic targets, to support the religious coping attitudes, to create intervention programs, to have an effect on the course of depression and to be important for monitoring the therapeutic effectiveness.

**Keywords:** Childhood trauma, Depression, Religious Coping, Coping, Trauma

# ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DEPRESYON İLİŞKİSİNDE DİNİ BAŞA ÇIKMANIN ARACI ROLÜ

## Özet

**Amaç:** Çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Literatürde yer alan bulgulardan yola çıkarak, çocukluk çağı travmaları, depresyon, dini başa çıkma ilişkisi incelenmiştir

**Yöntem:** Araştırma toplam 366 kişi olmak üzere; 257'si kadın 109'u erkek üniversite öğrencisi ile yürütüldü. Bu öğrencilerin yaş ortamları 23,51'dir. (ss:5,317). Değişkenleri ölçümlemek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTQ-28), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBCÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmanın bulguları incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Öngörülenin aksine çocukluk çağı travmaları ile olumlu dini başa çıkma arasında negatif anlamlı ilişki saptanmış fakat olumsuz dini başa çıkma ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Korelasyon analizlerinde olumlu dini başa çıkma ile depresyon arasında negatif anlamlı ilişki bulunmasına rağmen mediasyon analizlerinde aynı sonuca ulaşamamıştır. Çocukluk çağı travmaları ile psikiyatrik ilaç kullanımı değişkenleri kontrol edildiğinde olumlu dini başa çıkma ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Sonuç:** Araştırmanın sonuçları çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış bireylerin olumlu dini başa çıkma stratejilerini kullanımının daha düşük ve depresyon şiddetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Travmatik yaşantıların patolojik sonuçlarından biri olan depresyonun olumsuz seyrine, travmanın dini başa çıkma tutumlarına olan olumsuz etkisi katkı sağlıyor olabilir. Bireylerin travma öyküsünü dikkatle değerlendirilmesi gerektiği, manevi/spritüel yönelimlerinin belirlenmesinin tedavi hedeflerinin oluşturulması için önem taşıdığı, dini başa çıkma tutumlarını destekleyici, müdahale programları oluşturulmasının depresyonun seyrine etkisi olabileceği ve terapötik etkinliğin izlenmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dini Başa Çıkma, Başa Çıkma Stratejileri, Travma

## **Teşekkür**

Yüksek lisans eğitimi süresince kıymetli bilgi birikimlerinden faydalandığım değerli hocam Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu'na, her zaman bilgi ve deneyimleri paylaşmaktan keyif aldığını hissettiren, disiplinini ve öğrenme hevesini örnek aldığım ve süpervizyon alabilme şansı bulduğum değerli hocam Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel'e, tez sürecimde bilgi ve birikimini paylaşarak bana yol gösteren, anlayışlılığı ile bu süreci başarı ve keyifle tamamlamamda yardımcı olan kıymetli tez danışman hocam Doc. Dr. Nazlı Balkır Neftçi'ye teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca sıcak dostlukları ile her daim yanımda olan ve bu süreci keyifle tamamlamamı sağlayan Psikolog Anıl Özdemir'e ve Psikolog Selin Demirkaya'ya teşekkür ederim. Karşılaştığım her zorlukta yanımda olan, mutluluğumu paylaşan, sevgilerini hep hissettiğim çok kıymetli dostlarım Dilara Ergun, Eda Zeylan ve Cansu Sağdıç'a çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini hissettiğim kıymetli aileme, her zaman beni cesaretlendiren, eğitimim için teşvik eden, maddi ve manevi desteği esirgemeyen, varlığı ve sevgisiyle güvende hissettiren çok değerli babam Vedat Cankılıç'a, yaşamdaki duruşu, dürüstlüğü, iyi ve sevgi dolu kalbi ile örnek aldığım her zaman sevgisini, desteğini hissettiğim, aynı zamanda en iyi arkadaşım olan biricik annem Seyran Cankılıç'a, her daim yanımda olan, güven veren canım abim Altan Sedat Cankılıç'a ve sevgilerini hep hissettiğim, her zaman destekçim olan çok kıymetli teyzelerim Selda ve Seda Yılmaz'a çok teşekkür ederim. İyi ki benim ailesiniz.

Son olarak da bu süreçte ve yaşamın birçok alanında kendime inancımı ne zaman kaybetsem beni cesaretlendiren, bana güvenen ve inanan, göstermiş olduğu saygı ve sevgi ile her daim beni değerli kılan, zorluklarla mücadele edişine ve güçlü duruşuna hayran olduğum ve beni her zaman güldürmeyi başaran Güvenç Sağ'a çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

ABSTRACT .....	İ
ÖZET.....	İİ
TEŞEKKÜR.....	İİİ
İÇİNDEKİLER .....	İV
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	İX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
<b>BÖLÜM 1.....</b>	<b>1</b>
1.1. PROBLEM.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER.....	3
1.3. ANAHTAR TERİMLERİN TANIMI.....	6
1.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları.....	6
1.3.2. Depresyon .....	6
1.3.3. Dini Başa Çıkma .....	6
<b>BÖLÜM 2.....</b>	<b>7</b>
2.1. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI.....	7
2.1.1. Travmanın Tanımı.....	7
2.1.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri.....	8

2.1.3.Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı .....	9
2.1.4.Çocukluk Çağı Travmaları Türleri .....	10
2.1.4.1. Fiziksel İstismar .....	10
2.1.4.2. Duygusal İstismar .....	11
2.1.4.3. Cinsel İstismar .....	12
2.1.4.4. Fiziksel İhmal .....	14
2.1.4.5. Duygusal İhmal .....	15
2.1.5.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi .....	15
2.2.DEPRESYON .....	17
2.2.1.Depresyonun Tanımı .....	17
2.2.2.Depresyonun Epidemiyolojisi .....	19
2.2.3.Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi .....	20
2.3.BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ .....	24
2.3.1.Baş a Çıkma Stratejilerinin Tanımı.....	24
2.3.2.Baş a Çıkma Stratejileri Çeşitleri .....	26
2.3.3.Dini Baş a Çıkma .....	29
2.3.4.Dini Baş a Çıkma ve Depresyon İlişkisi.....	32
2.3.5.Dini Baş a Çıkma ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi.....	35
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>40</b>
3.1.ARAŞTIRMANIN DESENİ .....	40
3.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	40
3.2.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek.1) .....	40
3.2.2.Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek.2).....	40
3.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek.3):.....	41
3.2.4.Dini Baş a Çıkma Ölçeği (DBCÖ) (EK. 4) .....	41



3.2.5.Beck Depresyon Ölçeği (EK. 5) .....	42
3.2.6.Kısa Semptom Envanteri (EK.6) .....	42
3.3.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ .....	43
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>44</b>
4.1.ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİ.....	44
4.2.BECK DEPRESYON ENVANTERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ALT FAKTÖRLERİ VE OLUMLU/OLUMSUZ DİNİ BAŞA ÇIKMA KORELASYON ANALİZİ....	50
4.3.MEDİASYON ANALİZLERİ.....	51
4.3.1.Fiziksel İstismar ile Depresyon Arasındaki İlişkide Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü.....	51
4.3.2.Duygusal İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü .....	53
4.3.3.Fiziksel İhmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü .....	54
4.3.4.Duygusal ihmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü .....	55
4.3.5.Cinsel İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü .....	57
<b>BÖLÜM 5.....</b>	<b>59</b>
5.1.SONUÇ.....	63
5.2.SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER .....	65
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>67</b>
<b>EK. 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>	
<b>EK 2: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ FORMU</b>	
<b>EK.3: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ</b>	

**EK. 4: DİNİ BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ**

**EK. 5: BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

**EK. 6: KISA SEMPTOM ENVANTERİ**

**ÖZGEÇMİŞ**

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri.....	44
Tablo 2. Örneklemin Travmatik Yaşantı Özellikleri .....	45
Tablo 3. Örneklemin Din ve Maneviyat Özellikleri .....	46
Tablo 4. Örneklemin sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve dini başa çıkma puanlarının travma şiddeti düşük ve travma şiddeti yüksek olmasına göre dağılımı	48
Tablo 5. Travmanın Alt faktörleri, Dini başa çıkma ve Depresyon Arasındaki İlişkisi .....	50
Tablo 6. Fiziksel istismar ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracı rolü.....	52
Tablo 7. Duygusal İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü .....	54
Tablo 8. Fiziksel İhmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü.....	55
Tablo 9. Duygusal ihmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü.....	57
Tablo 10. Cinsel İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü .....	58

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Öngörülen Aracı Modeldeki İlişkiler.....	6
Şekil 4.1. Pozitif dini başa çıkmanın fiziksel istismar ile depresyon arasındaki aracı rolü.....	51
Şekil 4.2. Pozitif dini başa çıkmanın duygusal istismar ile depresyon arasındaki aracı rolü.....	53
Şekil 4.3. Pozitif dini başa çıkmanın fiziksel ihmal ile depresyon arasındaki aracı rolü.....	54
Şekil 4.4. Pozitif dini başa çıkmanın duygusal ihmal ile depresyon arasındaki aracı rolü.....	56
Şekil 4.5. Pozitif dini başa çıkmanın cinsel istismar ile depresyon arasındaki aracı rolü.....	57

## KISALTMALAR LİSTESİ

**APA:** American Psychological Association

**BDE:** Beck Depresyon Envanteri

**COPE:** Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği

**CIDI:** Composite International Diagnostic Interview

**ÇÇTÖ:** Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Coping Scale)

**DBCÖ:** Dini Başa Çıkma Ölçeği

**DSM 4:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)

**DSM 5:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ECA:** Epidemiologic Catchment Area

**HPA:** Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal

**KSE:** Kısa Semptom Envanteri

**NCS:** National Comorbidity Survey

**MDE:** Majör Depresif Epizod

**SPSS:** Statistical Program for Social Science

**Tüik:** Türkiye İstatistik Kurumu

**WHO:** World Health Organization

# BÖLÜM 1

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problem

Çocuğa yönelik kötü muamele Dünya’da birçok toplumda görölmektedir (Sethi ve ark, 2013). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999’da çocukluk çağı travmaları için şu tanım yapılmıştır; ‘Çocuk istismarı veya çocuğa karşı kötü muamele, çocuğun bedensel ve ruhsal sağlığını, yaşamını sürdürmesini, gelişimini, itibarını (sorumluluk, güven, güç) olumsuz etkileyen veya olumsuz etkileme potansiyeli taşıyan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal davranışları, ticari veya başka türlü sömürölmeyi içerir.’ (WHO, 1999). Son yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki çocukluk çağı travmalarının etkileri, erişkin dönemde de tıbbi, duygusal, psikiyatrik ve sosyal sorunlar olarak yaşam boyu devam edebilir ve riskli sağlık davranışlarının oluşumuna sebep olabilir (Gilbert ve ark, akt: Ulukol ve ark.). Psikiyatrik hastalarda yapılan incelemelerde çocukluk çağı travmalarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (Bilim, 2012).

Araştırmalar çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının uzun dönemli olumsuz sonuçlarından en yaygın göröleninin depresyon olduğunu göstermektedir (Widom ve ark. 2007, Örsel ve ark, Hovens ve ark. 2010, Moskvina ve ark. 2007, Tietjen ve ark. 2010, akt; Erol ve ark. 2013). Depresyon tüm dünyada yaygın olarak görölen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen, yaşam kalitesini düşüren önemli bir ruhsal bozukluktur (Kesler ve ark. 2003 akt; Gül ve ark. 2016). Depresyonun etiyolojisinde yaşamın erken dönemlerinde yaşanan travmatik olayların ve karşılaşılan stres olaylarının olduğu ve yaşanan travmanın etkisinin depresyonun prognozunu ve şiddetini etkilediği bilinmektedir (Gül ve ark. 2016).

Yaşanılan travmatik olayların etkisi kişilerce değişebilmektedir. Tüm insanlarda olumsuz duygu ve düşünceler bulunmakta fakat herkes aynı neden ve şiddette psikopatoloji geliştirmemektedir. O halde sağlıklı bireyin sağlıklı kalabilmesini sağlayan unsur nedir? (Wells, 1995 akt; Uygur, 2016). Bireylerin stres yaratan yaşam olayları ve travmatik olaya karşı geliştirdiği örselenme etkileri başvurduğu başa çıkma stratejisi ile azalabilmektedir. Literatür, dinin ve maneviyatın duygusal işlevselliği geliştirdiğini ve zorluklar karşısında önemli bir olumlu başa çıkma kaynağı olabileceğini öne sürmektedir (Cole ve Pargament, 1999; Koenig ve ark., 2001; Pargament ve Saunders, 2007; Pargament ve ark., 1998; McCullough ve Larson, 1999; Miller & Thoresen, 2003; Smith ve arkadaşları, 2003; Wink & Dillon, 2008). Son yıllarda yapılan araştırmalarda Dini başa Çıkma stratejilerinin yaşamsal stres olaylarıyla mücadele etmede etkili olduğu görülmüştür (Bryant-Davis ve Wong, 2013; Walker, Reid, O'Neill ve Brown, 2009; Dueck ve Byron, 2011; Brewer-Smyth & Koenig, 2014 akt; Anastasova, 2014). Yüksek dini inanç düzeyleri, genel yaşam memnuniyeti ve düşük depresyon vakaları arasındaki ilişkiler yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (Paloutzian & Park, 2005; Koenig, 2007; Moreira-Almeida, Koenig, Neto, 2006; Pargament ve Saunders, 2007). Dini başa çıkma, dinsel değerler ile yaşamda sıkıntı ve stres yaratan olaylar ile mücadele etme bileşenlerini verir. Yorumlama, gerekçelendirme, tepki belirleme, gibi eylemlerin belirleyicisi olur. Yaşanılan stresin sonuçları ya da gerekçelerine dini değerler çerçevesinde anlam verme ve davranışları düzenleme anlamına gelmektedir (Pargament, 1997 akt: Uygur 2016). Dini başa çıkma bakış açısı, insana bir zihinsel temsil ve filtreleme sistemi sunmakta ve değerler, alışkanlıklar ve inançlar çerçevesinde kişiye kendi başa çıkma yöntemlerini sunmaktadır (Pargamanet et al., 1998 akt: Uygur 2016). Yaşanılan erken dönem travmatik olayın kişide ruhsal ve bedensel sağlığı olumsuz yönde etkilemekte ve çevresine karşı ve insanlara karşı güvensiz duygulara sahip olabilmekte, dünyanın adaletsiz bir yer olduğunu düşünebilmektedir (Güloğlu ve ark. 2016). Bu durumda tinsellik (spritüel) temelli yaklaşım dünyayı yeniden anlamlandırabilmesi, umudu yeniden sağlayıp daha dengeli bir dünya algılayışı oluşturarak adalete, adillığe, iyiliğe ve kötülüğe bakışı olumlu yönde değiştirebilmesi yönünden faydalı olabilmektedir (Drescher ve Foy, 1995).

Bu sağlam koruyucu yarar göz önüne alındığında, bu yapının, özellikle çocukluk çağı travma mağdurları olmak üzere, patolojinin gelişimi için daha büyük risk altındaki

popülasyonlarda nasıl işleyebileceğini anlamak önemlidir. Bu bilgiler ışığında ÇÇT ile depresyon arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkiye aracı değişken olarak dini başa çıkmanın bir etkisi olabileceğini söylemek mümkündür.

Bu bölümde öncelikle travma kavramı açıklanarak çocukluk çağı travmaları hakkında bilgi verilmiş daha sonra depresyon tanımı, epidemiyolojisi ve etiyolojisi açıklanarak çocukluk travmalarıyla ilişkisinden bahsedilmiştir. Son olarak ise başa çıkma kavramı açıklanarak başa çıkma stratejileri tanıtılmış ve dini başa çıkma kavramı aktarılmıştır ayrıca ini başa çıkma ile depresyon ilişkisi ve çocukluk çağı travmaları ilişkisine yer verilmiştir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çocuğa karşı kötü muamele çocuğun ruhsal ve bedensel gelişimini etkileyen, ileriki yaşlarda da etkisinin görüldüğü, çocuğun onurunu kırıcı, örseleyici davranışlardır (WHO, 2014). Yaşamın erken yıllarında çocuğa bakım veren kişiler tarafından duygusal ve fiziksel ihtiyaçların karşılanmaması bireylerin ileri yaşlarındaki psikopatolojisini etkilediği bilinmektedir (Bülbül ve ark. 2013).

Araştırmalar çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının uzun dönemli olumsuz sonuçlarından en yaygın görüleninin depresyon olduğunu göstermektedir (Hovens ve ark. 2010, Örsel ve ark, Tietjen ve ark. 2010, Moskvina ve ark. 2007, Widom ve ark. 2007, akt; Erol ve ark. 2013). Çocukluk çağı travmaları depresyon gelişimi, erken başlangıçlı olması, depresyon semptomatolojisinin şiddetinin artması ve depresyonun kronikleşmesinde risk etmenidir (Bülbül ve ark. 2013). Fakat olumsuz çocukluk çağı yaşantıları depresyon üzerinde risk faktörü olmasına rağmen her birey depresyon bozukluğuna veya aynı şiddette depresyon semptomatolojisine sahip olmayabilir. Bu bağlamda çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlik çağı psikopatolojilerinden depresyon arasındaki ilişkide bilişsel yapıların ya da mekanizmaların etkisi önem teşkil etmektedir (Yiğit ve Erden, 2015). Çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisini azaltan ya da güçlendiren bazı faktörler vardır. Bunlardan bazıları algılanan sosyal destek, psikolojik sağlamlılık, kişilik ve başa çıkma stratejileridir.



Başa çıkma bireyin stresli yaşam olaylarına ya da etkenlerine karşı direnç göstermesi ve bu durumlarla mücadele etmek amacıyla gösterdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Folkman, Lazarus ve ark. 1986). Folkman ve Lazarus'un geliştirdiği başa çıkma tutumları değerlendirme ölçeğinin (cope) alt ölçeklerinden biri ise dini başa çıkmadır (Ağargün ve ark. 2005). Dini başa çıkma stres ve üzüntü veren yaşam olaylarına karşı kişinin din ve maneviyatından kaynaklanan bilişsel ve davranışsal tekniklerin kullanılmasıdır (Kula ve Naci, 2005 akt; Muz, 2009). Pargement'in tanımına göre dini başa çıkma 'kişinin dinsel değerler ile stresli yaşam olaylarını karşılaması ve düzenlemesi, stresin gerekçelerine veya sonuçlarına dini değerler doğrultusunda anlam vermesi anlamına gelmektedir (Pargement, 1997 akt. Uygur, 2016).

Son yıllarda artan araştırmalarda dini başa çıkma ile depresyon ilişkisi belirgin olarak görülmektedir (Idler ve Kasl, 1992; Taylor ve Nicole, 2001; McIntosh ve Daniel, 1995; Güler, 2007; Maton, 1989; Koenig, 2009; Dew ve ark., 2008; Smith, McCullough ve Poll, 2003; Nelson ve ark. 2002; Ai, Dunkle, Peterson ve Bolling, 1998). Stres ve sıkıntı verici yaşam olaylarıyla karşılaşan birey, dini inancını kullanarak hayatı anlamlandırma, içsel manevi destek hissetme ve dini ibadetler ile sosyalleşmesi ile algılanan sosyal destek depresif eğilimleri azalttığı yönünde görüş birliği vardır. Alan yazında, dini inanış ile depresyonun negatif ilişkisinin olduğu, olumlu dinî başa çıkma tutumları depresif eğilimleri azalttığı buna karşın olumsuz dinî başa çıkma tutumlarının ise depresif eğilimleri artırdığına ilişkin bulgulara ulaşıldığı görülmüştür (Koenig 1997, akt; Ayten ve Sağır, 2014).

Mevcut araştırmalar, travmanın kişisel dini ve ruhsal inanç üzerindeki etkisinin anlaşılmasının, travmatik deneyimin ruhsal gelişim veya düşüşle sonuçlanıp sonuçlanmadığını belirlemeye yardımcı olabileceğini göstermiştir (Pargement, Desai ve McConnell, 2006). Özellikle, maneviyat ve dindarlığın travma sonrası stres semptomlarının şiddetini azalttığı görülmektedir (Walker, Reid, O'Neill ve Brown, 2009). Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının etkilerinin azaltılması için dini başa çıkmanın kullanılması ile travma sonucu oluşan depresyonda şiddetinin azalabileceği, iyileşme süresinin hızlanabileceği, nökslerin yaşanmasının engellenebileceği düşünülebilir. Bu sebeple dini başa çıkmanın çalışılması uygulayıcılar için çocukluk çağı travmaları sonucunda oluşabilecek psikopatolojileri engellemek ve üstesinden gelmek için kullanılabilecek bir yöntem olarak yeni bir alan

sunması ve dini başa çıkmayı güçlendirici müdahale programlarının geliştirilmesi faydalı olacağı inancı sebebiyle önem teşkil etmektedir (Güllüoğlu, Kararımak ve Emiral, 2016). Dünyada ve ülkemizde de büyük bir problem olan çocuğa yönelik kötü muamelenin olası sonuçlarına dair literatüre bir katkı sağlamak, evrensel bazda en etkin hastalıklardan 3. Sırada olan ve 2030' da ilk sırada olması öngörülen depresyonun (WHO, 2014) oluşumuna etki edebilecek sebepleri aydınlatmak ve travma mağduru bireylerde travmayla başa çıkma kaynağı olarak dini başa çıkmanın olası önemini incelemek bu araştırmanın amaçlarından. Travma ve depresyon tedavisinde etkin olan psikoterapi de bireyin başa çıkma yöntemlerini desteklerken dini başa çıkmanın olumlu etkilerini göz önünde bulundurulmasına katkı sağlanması araştırmanın bir diğer amacıdır.

### **Hipotezler**

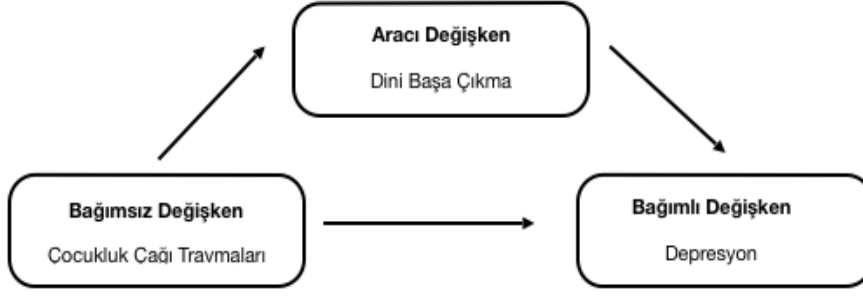
**H1:** Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar) şiddeti arttıkça depresyonun şiddeti artar

**H2:** Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar) şiddeti arttıkça olumlu dini başa stratejilerinin kullanımı da artar

**H3:** Çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar) kontrol edildiğinde olumlu dini başa çıkma stratejileri kullanımı arttıkça depresyon düzeyi azalır

**H4:** Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar) şiddeti arttıkça olumsuz dini başa stratejilerinin kullanımı da artar

**H5:** Çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar) kontrol edildiğinde olumsuz dini başa çıkma stratejileri kullanımı arttıkça depresyon düzeyi artar



Şekil 1.1. Öngörülen Aracı Modeldeki İlişkiler

### 1.3. Anahtar Terimlerin Tanımı

#### 1.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Dünya sağlık örgütüne göre çocuğa yönelik kötü muamele çocuğun ruhsal ve bedensel gelişimini etkileyen, ileriki yaşlarda da etkisinin görüldüğü, çocuğun onurunu kırıcı, örseleyici davranışlardır (WHO, 2014).

#### 1.3.2. Depresyon

Depresyon, kederli, çökkün hissetme, yapılan işlerden keyif alamama, günlük aktivitenin azalması gibi yaşantıların olduğu kederli ve hüznü duyguları içeren bir duygu durum bozukluğudur (Çelik, Hocaoğlu, 2016).

#### 1.3.3. Dini Başa Çıkma

Sıkıntılı ve stresli yaşam olaylarında içsel ve dışsal uyumu sağlamak amacıyla kişinin dini inancını kullanmasıdır (Pargament, 1997 akt. Uygur, 2016).

## BÖLÜM 2

### 2. TANIMLAR VE İLGİLİ LİTERATÜR

#### 2.1. Travmatik Yaşam Olayları

##### 2.1.1. Travmanın Tanımı

Travma sözcüğü Eski Yunanca' dan dilimize kazandırılmış olup derinin bütünlüğünün bozulduğu her türlü 'yaralanma' anlamına gelmektedir (Doğan, 2001). Sözcük anlamı; bir doku veya organın yapısını, şeklini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yaradır (TDK, 2019).

19. ve 20. yy. ilk yarısında 'travma' kavramının kullanımı fiziksel travmaya odaklı olmuştur ve psikolojik travma kavramının kullanımı kısıtlı olmuştur (Özen, 2017). Psikolojik travma sendromu ilk kez 1980'de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 'travma sonrası stres bozukluğu' adı altında yeni bir kategori resmi mental bozukluklar kitabına (DSM) alınmasıyla 'gerçek' bir tanı haline gelmiştir (Herman, 2017; APA, 1980). Travma; kişinin bedensel ve ruhsal sağlığı önemli ölçüde tehdit eden, örseleyen ve yaralayan, kişinin kısa sürede baş edemeyeceği, kavrayıp, zihninde işleyemeyeceği, benlik işlevlerini olumsuz etkileyerek ruhsal dengesini bozan uyaranlarla karşılaştığı olayların tümü şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Türksoy, N., 2003). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yaptığı tanıma göre travmatik yaşam olayları, insan yaşantısının olağan süreci dışında hemen herkes için sıkıntı oluşturan, kişide aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkilerine sebep olan deneyimlerdir (APA, 2013).

Travmatik yaşam olaylarını diğer yaşam olaylarından ayıran kişide baş etme yollarının işlerliğini yetersiz kılacak kadar şiddetli oluşudur (Bayram ve ark., 2018).

Travmaya sebep olan olaylar, yaşamı ve fiziksel bütünlüğü tehdit eden, kişinin kendini güvende ve değerli hissetme, dünyayı adaletlin olduğu ve güvenli bir yer olarak görme, insanları iyi ve yardımsever bulma gibi duygu ve düşüncelerini etkileyen, kişinin sahip olduğu belirli bilişsel şemalara uygun olmayan, anlamlandırılması güç olan olaylardır (Aket, 2000; Sungur, 1999).

### **2.1.2.Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri**

Travmatik yaşam olayları oluşum kaynağı, etkisi ve sürekliliği gibi özellikleri yönünden sınıflandırılmıştır. Leonore Terr (1991), hayat ve organlar için şiddetli tehlike oluşturan kısa, ani ve beklenmedik olayları kapsayan tip 1 travma ve çaresizlik ve güçsüzlük yaratan, sıkıntı verici, devamlılığı olan ve tekrarlayan olayları kapsayan tip 2 travma olmak üzere iki farklı travma tipi tanımlamaktadır. Tip 1 travmaya örnek olarak kazalar, deprem, kasırga, sel gibi doğal afetler ve tecavüz, silahlı saldırı gibi suç teşkil eden şiddet olayları sayılabilmekte; Tip 2 travmalara ise yıllarca etkili olabilen işkence, savaş esiri olma, cinsel ve fiziksel istismar gibi deneyimler örnek olarak sayılabilmektedir (Akt: Ruppert, 2011).

Travmatik yaşam olaylarının türünü belirlemede doğa-insan ayrımı belirleyici bir faktördür (Eker, 2016). Amerikan Psikiyatri Birliği tanımlamasına göre travma üç ana başlıkta sınıflandırılabilir (APA, 2007);

1. İnsan eliyle kasıtlı oluşturulan (savaş, işkence, şiddet, tecavüz, cinsel istismar, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vs.)
2. İnsan eliyle kazara oluşan (trafik, uçak, gemi ve tren kazaları, yangınlar)
3. Doğal afetler (deprem, kasırga, çığ, sel, orman yangınları vs.)

Travmanın zaman içinde devamlılık kazanıp kazanmaması ise travma sonrası gelişecek bozukluklar için belirleyici bir faktördür. Kısa süreli, bir kez deneyimlenen kaza, doğal afet gibi durumlar tek travma olarak tanımlanırken; tekrarlanan, uzun süreli çocukluk çağı istismarı veya savaş gibi durumlar çok olaylı travma olarak tanımlanmaktadır (Handwerger, 2009 akt; Bilgiç, 2011). Ruh sağlığı hizmetlerine başvuranların maruz kaldığı travma türleri; kişilerarası şiddet, doğal afetler (deprem, sel gibi), büyük çaplı taşımacılık kazaları, yangın ve yanıklar, araç kazaları, tecavüz, cinsel saldırı ve taciz, yabancıların fiziksel saldırısı (gasp, bıçaklanma), seks ticareti,

işkence, savaş, başka birinin intiharına veya cinayete şahit olmak, yaşamı tehdit eden tıbbi durumlar (kanser, felç, HIV/AIDS), acil durum çalışanlarının travmaya maruz kalması, çocuk istismarı olmak üzere sıralanmaktadır (Briere ve Scott, 2016).

### **2.1.3.Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı**

Bir çocukluk çağı ruhsal travma türü olarak çocuk istismar ve ihmali kavramı, Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller ve Silver (1962) tarafından “the battered child” adıyla yapılan yayında hırpalanmış çocuk sendromunun tanımlanmasıyla ilk kez bilimsel bir yayında konu edilmiştir (Hornor, 2012).

1989’ da Birleşmiş Milletler’in benimsediği ve Türkiye’nin de dahil olduğu 197 ülke tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 19. Maddesi çocuğun anne-babasının ya da bakımını üstlenen bir kişi tarafından gelecek bedensel veya zihinsel zarar verici davranış, şiddet, cinsel istismar ve ihmal gibi çocuğun psikolojik ve fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyecek her türlü kötü muameleye maruz bırakılmasına karşı yasal, yönetsel, toplumsal ve eğitime yönelik önlem alınması ve korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin sorumluluğunda olması koşulunu getirmiştir. Çocukların yüksek yararını gözeterek dünyanın her yerinde kabul gören en önemli uluslararası sözleşme olması ile Çocuk Hakları Sözleşmesi günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişmedir. (UNİCEF, 1995, Polat, 2002, Beyazıt, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1999’daki Çocuk İstismarını Önleme Toplantısı Raporunda, çocukluk çağı travmaları ‘Sorumluluk, güven veya güç ilişkileri bağlamında, çocuğun bedensel ve ruhsal sağlığına, yaşamına, gelişimine ya da onuruna zarar veren ya da zarar verme potansiyeli taşıyan fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ve ticari veya başka amaçlı sömürünün her tür biçimi” şeklinde tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü Raporu, 1993, akt; Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan ve Ramiro, 2002).

Literatürde birçok farklı çocuk istismarı ve ihmali tanımı mevcuttur. Çocuk istismarı üzerine çalışmalar yürüten Ludwig (1990), anne ve babaların kötü tutumlarının birçoğunun istismar olarak tanımlanabileceğini söylemektedir. Geçmişte çoğunlukla çocuklarına dayak atan, aç bırakan ya da aşırı katı tutum gösteren (hapseden, bağlayan) ebeveynler için kullanılan istismar kelimesi; daha sonra çocuğunu kısa süreli de olsa

yalnız bırakan ya da terbiye ve disiplin vermeye çalışırken kontrolünü kaybeden ebeveynlerin tutumlarını da kapsamaktadır (akt; Polat, 2007).

Güler ve arkadaşlarına (2002) göre, çocuk istismarı ve ihmali; çocuklara anne-babaları veya onların bakımından ve eğitiminden sorumlu yetişkin bireyler ya da yabancı kişiler tarafından sağlıklarına zarar verici fiziksel, duygusal, zihinsel ya da sosyal gelişimlerini sağlıklı sürdürmelerine engel olan tutum ve davranışlara maruz kalmaları olarak tanımlanmaktadır.

Zeytinoğlu (1999) 18 yaşın altındaki çocukların fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişmelerini zedeleyici her türlü aktif davranışın istismar olarak, beslenme, bakım, gözetim ve eğitim gibi gereksinimlerinin karşılanmamasını ise ihmal olarak tanımlamaktadır.

Polat (2007) ise ‘çocuk istismarı, toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren sosyal bir hastalıktır’ diyerek çocuk istismarını zamana ve kültürlere göre farklılık gösterebilen, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan, çocuğun ruhsal sağlığını, bedensel gelişimini, psikososyal gelişimini zedeleyici tüm davranışlar olarak tanımlamaktadır. Çocuk istismarı konusunun insanlık tarihi kadar eski olduğunu belirten Polat (2007) bir davranışın kötü muamele olarak tanımlanması için mutlaka çocuk tarafından algılanması veya yetişkin tarafından kasıtlı olarak yapılmasının koşul olmadığını belirtmektedir. Çocuğa kötü muamele ebeveynler ve diğer aile üyeleri, bakıcılar, arkadaşlar, tanıdıklar, yabancı insanlar, öğretmenler, din adamları, işverenler, sağlık çalışanları veya diğer çocuklar tarafından uygulanabilmektedir (WHO, 2006). İstismarcı çocuğun sevip güvendiği bir kişi ise, psikolojik zarar artmaktadır (Turgi & Hart, 1988).

Çocukluk çağı travmaları içerisinde istismar; tekrarlanabilirliği yüksek olması ve çocuğa genellikle en yakınları tarafından yapılması nedeniyle tespit edilmesi ve tedavi edilmesi en zor travma şeklidir (Yılmaz, İşiten, Ertan, ve Öner, 2003).

#### **2.1.4.Çocukluk Çağı Travmaları Türleri**

##### **2.1.4.1. Fiziksel İstismar**

Fiziksel istismar çocuğun bedensel ve ruhsal sağlığına, hayatta kalmasına, gelişmesine veya onuruna zarar vermesi muhtemel çocuğa karşı kasıtlı fiziksel güç kullanımı

şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuğa karşı kasıtlı güç kullanımı; elle veya bir nesne ile vurma, tekmeleme, sarsma, ısırma, boğma, itme, yaralama, zehirlenme, boğazını sıkma vb. şeklinde olabilmektedir (Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., Furniss, T., ve Kahane, T., 2006). Ayrıca fiziksel istismar olarak; çocuğun fiziksel olarak canını acıtan saç ve kulak çekme, çimdikleme, tek ayak üstünde bekletme gibi belli bir pozisyonda durmayı zorlama, sıra dayağı, terlik atma, ağzına acı biber sürme, bir yere zorla kilitlenme gibi davranışlarda sıralanabilmektedir (Korkmazlar ve ark., 2010).

Çocuğa karşı kötü muamele türlerinden olan fiziksel istismar çoğunlukla bir cezalandırma veya disiplin yöntemi olarak kullanılmakta, itaati sağlama, öfke boşaltma amaçları taşımaktadır (Ulukol B. ve ark., 2014; Güner, Ş. İ., Güner, S., ve Şahan, M. H., 2010). Bazı toplumların kültürlerinde dayağın bir disiplin yöntemi olarak görülmesi sebebiyle bu toplumlarda fiziksel istismar olgularına daha sık rastlanabilmektedir (Polat, 2017). Tüm şiddet olgularında vücutta iz bırakan bir lezyon olmasa bile, meydana gelebilecek duygusal travmanın önlenmesi önemlidir bu sebeple çocuğa uygulanan şiddetin saptanması ve kaza olup olmadığı ayrımının yapılabilmesi için sağlık personellerinin iyi bir anamnez alması ve anamnezin vücuttaki lezyonlar ile ve çocuğun gelişimi ile uyumlu olup olmadığı saptanması büyük önem teşkil etmektedir (Polat, 2017).

#### **2.1.4.2. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar, duygusal kötü muamele, psikolojik kötü muamele kavramlarının tanımları literatürde tartışma konusu olmaktadır (bkz. O'Hagan, 1995). Duygusal istismar sıkça yaşanan bir istismar türü olmasına rağmen fark edilmesi, tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanması güç olmaktadır (Glaser, 2002).

Duygusal veya psikolojik kötü muamele, bir veya birden fazla ebeveyn ya da bakıcı ile çocuk arasındaki, zararlı etkileşimlerin tekrarlanan bir şekli olarak tanımlanmaktadır (Kairys & Johnson, 2002).

Bir yetişkinin, çocuğun kendini ve sosyal yeterliliğini geliştirmesine ve psişik olarak yıkıcı bir davranış örüntüsü geliştirmesine yönelik ortak bir saldırı olarak tanımlanan psikolojik kötü muamele; reddetmek, izole etmek, terörize etmek, görmezden gelmek



ve yozlaştırmak olmak üzere beş biçim almaktadır (Garbarino, Guttman ve Seeley, 1986).

Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı (1991) duygusal istismarı, ısrarcı veya şiddetli duygusal kötü muamele veya reddetme sebebiyle çocuğun duygusal ve davranışsal gelişimi üzerindeki ciddi olumsuz etki olarak tanımlamaktadır.

Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, alaylı konuşma, lakap takma, yalnız bırakma, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, tehdit etme, çocuğun yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, çocuğun yaşlılarıyla iletişimini engelleme, aşırı baskı kurma, aşırı koruma, küçük düşürme, korkutucu olma, terörize etme, tutarsız ebeveynlik yapma, aile işi şiddete tanık olmasına izin verme, yönlendirme (hırsızlık vb.), gözdağı ile disipline etme, alkol, uyuşturucu kullanımı gibi gelişimsel olarak uygun olmayan davranışların modellenmesi yapma veya uygunsuz davranışların geliştirilmesine teşvik etme duygusal istismar olarak sıralanabilmektedir (Runyan D, Corrine W, Ikeda R., 2002; Polat,2000; Kairys & Johnson, 2002; Dağlı ve İnanıcı, 2011).

Duygusal istismar yaşayan çocuklar ebeveynleri ile olan etkileşimleri sonucunda kendilerini değersiz, incinmiş, sevilmemiş, istenmeyen veya tehlikede hissedebilmekte ve yalnızca başka birinin ihtiyaçlarını karşıladığında kendi değerlerini hissedebilmektedir (Hornor, 2012). Çocuğun kendilik algılarını etkileyen ve yaşam boyu olumsuz izler bırakan bir istismar türü olan duygusal istismar nesilden nesile geçiş göstererek ilişki ve etkileşim tarzlarını da etkilemektedir (Dursunkaya, 2008; Claussen ve Crittenden,1991). Çocuğun bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini bozma olasılığı yüksek olan ve bu sebeple uzun vadede çocuğun ruhsal sağlığını bozucu ve sağlık için risk oluşturan davranışlara (sigara veya alkol kullanımı gibi) yönelmesine neden olan tüm duygusal kötü muamele davranışların saptanması önem taşımaktadır (Felitti, Anda, Nordenberg ve ark., 1998; Ford ve ark., 2011).

#### **2.1.4.3. Cinsel İstismar**

Cinsel istismar, yetişkin bir birey ile henüz cinsel olgunluğa ulaşmamış bir çocuk arasında gerçekleşen yetişkinin cinsel tatminini sağlamaya yönelik her türlü cinsel temas olarak tanımlanmaktadır. Bu cinsel temas çocuğun katılımını sağlamak

amacıyla güç, tehdit ve aldatma yoluyla yapılabilir veya çocuğun yetişkinle ilişkisinin niteliği, yaş ve güç farklılıkları sebebiyle onay vermediği şekilde olabilmektedir (Finkelhor, 1979). Cinsel istismar çocuk ile ebeveyn arasında meydana gelebileceği gibi kurumsal bakıcılar arasında da meydana gelebilir ve fuhuş, pornografi gibi ekonomik kazanç elde edilme amaçlı bir çocuk ile cinsel aktiviteyi de kapsamaktadır (Finkelhor ve Korbin, 1988).

Sheldrick'in (1991) tanımına göre bakım verenlere bağımlı ve gelişimsel olgunluğunu tamamlamamış çocukların ve ergenlerin net bir şekilde kavrayamadıkları, bilerek rıza gösterme durumunda olmadıkları ve aile rollerine ait sosyal tabuları ihlal eden cinsel etkinliklere dahil edilmesi çocuk istismarıdır. Bir başka deyişle cinsel istismar, yetişkin bir birey tarafından çocuğun cinsel uyarı ve doyum olarak kullanılmasıdır (Kara ve ark., 2004). Cinsel istismara yönelik tanımlamalar incelendiğinde hepsinde ki ortak nitelik çocuğun yaşça daha büyük bir yetişkin ya da yaşı çocuktan anlamlı derecede büyük bir başka çocuk tarafından cinsel tatmin gayesiyle kullanılmasıdır (Topçu, 2009). Bazı yazarların tanımlamalarına göre ise kurban ile istismarcı arasında en az 5 yaş farkının olması gerektiği belirtilmektedir (Fassler ve ark., 2005, akt; Demir, 2008).

Topçu (2009) istismarı sadece çocuğa karşı yapılan ve iki kişi arasında meydana gelen uygunsuz bir davranış olarak tanımlamanın sığ bir bakış olacağını belirtmiş ve böyle bir ilişkiye müsaade edilmesi, ilişkinin teşvik edilmesi veya çıkar sağlanmasının da istismar eylemine katılmakla aynı olacağı ve bu tür davranışta bulunan birey veya toplumun istismarcı olarak nitelendirilmesi gerektiği, bu davranışların ise istismar olarak tanımlanması gerektiği düşüncesini savunmaktadır.

Cinsel istismar spektrumu içerisinde dokunma olmaksızın gerçekleştirilen cinsel istismar (cinsel içerikli konuşma, müstehcen telefon konuşmaları, pornografik fotoğraflar gösterme veya film seyrettirme, çocuğu cinsel ilişkiye tanık etme, teşhircilik ve röntgencilik) dokunmanın yer aldığı cinsel istismar (cinsel temas, oral-genital seks, interfemoral ilişki, sexüel penetrasyon) ve cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu) sıralanabilmektedir. (Johnson, 2004; Taneli ve ark. 1999; Polat, 2002; Topbaş, 2004).

#### 2.1.4.4. Fiziksel İhmal

Çocuğun sağlıklı yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel beslenme, barınma, giyim gibi ihtiyaçlarının yetersiz karşılanması sonucu çocuğun zarar görmesi fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ihmal çocuğun sosyali bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişiminde yıkıcı ve uzun dönemli sonuçlara sebep olabilmektedir. Çocuğun yeterli beslenmesinin sağlanmaması, temizlikle ilgili bakımının yapılmaması ya da geciktirilmesi, ev koşullarının hijyenik olmaması, güvenli olmaması, sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlanmaması ya da zamanında yapılmaması, yetersiz denetim ile çocuğun gelişimine zarar verici tüm eylem veya eylemsizlikler fiziksel ihmal olarak sıralanabilmektedir (Taner ve Gökler 2004; Şar, 1998; Gökler, 2002).

Finkelhor ve Korbin (1988) Dünyanın birçok yerinde yoksulluğun yaygınlığı, sağlık imkanlarının yetersizliği, eğitim olanaklarının kısıtlılığı göz önüne alındığında fiziksel ihmal etiketlemesini yaparken dikkatli olunması gerektiğini, yetersizliklerin toplu halde olduğu ve kaynakların genel olarak mevcut olmadığı toplumlarda ki durumların ihmal olarak değerlendirilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ebeveyn ihmali diyebilmemiz için bir çocuğun o ailedeki diğer çocuklara ya da benzer sosyoekonomik seviyedeki diğer ailelere kıyasla yeterli oranda kaynak sağlayamaması gerekmektedir (Finkelhor ve Korbin,1988).

Çocuğun temiz olmayan, kaza yönünden riskleri olan bir evde yaşaması, yeterli uykusunu alabilmesi için uygun yatağının olmaması ve uygun koşulların sağlanamaması, kendi sorumluluğunu alamayacak kadar küçük bir çocuğun evde yalnız ya da denetimsiz bırakılması, gerekli olan beslenme ve giyim ihtiyacının karşılanmaması, kişisel hijyen ve bakımlarının yetersiz olması fiziksel ihmal kapsamı içine girmektedir (Dağlı ve İnanıcı, 2011).

Çocuğun sağlık ihtiyaçlarının da karşılanması ebeveynlerinin sorumluluğundadır. Eğer ailenin çocuğun sağlığı hususunda ilgisiz ve çocuğa gerekli tedavi edici hizmetlerden yoksun bırakarak hastaneye götürmeme, gerekli ilaç ya da tıbbi gereçleri almama veya çocuğun düzenli kullanmasını sağlamama gibi tıbbi ihmal davranışları da fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (Çamurdan Duyan, 2006; Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan, Ramiro, 2002).

Çocukların eğitim haklarının korunmayarak okula gönderilmemesi, özel gereksinimi olan çocukların özel eğitim kurumlarından yararlandırılmaması fiziksel ihmal içinde sıralanabilir (Dağlı ve İnancı, 2011).

#### **2.1.4.5. Duygusal İhmal**

Çocuğa kötü muamelenin saptanması en zor ve dikkatlerden kaçan unsuru duygusal ihmaldir (Özgentürk,2014). İstismar aktif bir davranışken, ihmal davranışları pasif özelliktedir (Kara ve ark., 2004). Duygusal ihmal Glaser (2002) tarafından çocuğun duygusal ve bilişsel gelişimini desteklemek için gerekli olan ilgi ve sevgiyi göstermemek olarak tanımlanmıştır. Çocuğun psiko-sosyal gelişimine uygun olarak davranılmaması, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetim eksikliği, çocuğun yaş ve cinsel kimliğine uygun davranılmaması duygusal ihmal kapsamındadır ve ileriki yaşlarda çocukta davranış bozukluklarına sebep olabilmektedir (Recee, 1997).

Çocuğu önemsememe, temel sevgi ve şefkat gereksinimlerini karşılamama, ilgisizlik, yok sayma, pozitif duygulanım göstermeme, çocuklara sevildiklerini dile getirmeme ve sevildiğini göstermeme, sosyal gelişimini desteklememek, toplumsal kuralları öğretmemek duygusal ihmal davranışlarına örnek olarak sayılabilir. (Dağlı ve İnancı, 2011; Bilgen ve Karası, 2017; Kaplan, 2002; Polat, 2004).

Duygusal ihmal fiziksel ihmale oranla saptanması daha zor bir örselenme yaşantısı olması nedeniyle büyüme, gelişim ve psiko-sosyal uyum sorunu yaşayan çocuklarda ihmal olasılığı göz önüne alınarak incelenmelidir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Topbaş, 2004; Yılmaz ve ark., 2003).

#### **2.1.5.Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi**

Çocuk istismarı kayıtlara yeterince geçmemiş olmakla birlikte tüm ülkelerde sıklıkla karşılaşılan, dünya genelinde yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olan ciddi bir halk sağlığı problemidir. İnsanlık tarihinde çok eski ve bilinen ancak ortaya çıkarılması güç olan, toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren sosyal bir hastalıktır (Polat, 2007). Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarını araştıran birçok çalışma vardır ve ortaya çıkarılan farklı sonuçlarla tam olarak bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu farklılığın sebebi olarak istismar ve ihmal kavramlarının tanımındaki farklılıklar, toplumların

kültürüne göre değişiklik gösteren çocuğa karşı davranış normları ve sosyal damgalanma gösterilmektedir (Sadock ve Sadock, 2004). Çocuğa kötü muamele yaşantılarının belirsizliği, ortaya çıkarılmasındaki güçlükler ve rapor edilmesindeki yetersizlikler, yapılan araştırma sonuçlarının gerçek sonuçlara kıyasla ortantısız olduğu düşünölmektedir (Spradley and Allender, 1996).

Tüm dünya genelinde çocuk ölümlerinin 15500'ü çocuk istismar ve ihmale bağlı olarak meydana geldiğini saptanmıştır (Gilbert ve ark., 2009). UNİCEF tarafından yapılan 190 ülkenin içerisinde olduğu araştırma sonuçlarına göre; 2012 yılı içerisinde 95.000 çocuk ve gencin şiddet sonucu öldüröldüğü, 2 ile 14 yaş aralığında olan her 10 çocuktan 6'sının fiziksel şiddete maruz kaldığı, 15 ile 19 yaş arasında olan 70 milyon genç kadının fiziksel şiddet gördüğü, 20 yaşın altında 120 milyon genç kadının cinsel istismarın bir türüne maruz kaldığı saptanmıştır (UNİSEF,2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılındaki raporunda 18 yaşına kadar olan kız çocuklarının %25'i ile erkek çocuklarının %8'inin cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (WHO, 2006). Kız çocuklarının cinsel istismara maruz kalma oranının erkek çocuklara oranla 3-4 kat fazla olması dikkat çekmektedir. Amerika'da çocuk istismarında korunma ulusal komitesinin yaptığı bir araştırmada, devlete ait çocuk koruma servislerinde kayıtlı bulunan 2.989.000 olgunun %47'si ihmal, %30'u fiziksel istismar, %11 cinsel istismar, %2 si duygusal istismar, %9'u da diğer tip kötü davranışlara maruz kaldığı belirlenmiştir (Yavuzer, 2000). İngiltere'de 1995'de yapılan bir araştırma her altı çocuktan birinin ebeveynlerinden ciddi derecede dayak yeme eğiliminde olduğunu göstermektedir (UNİCEF,2003).

Ölkemizde Başbakanlık Aile Araştırma Kurum tarafından yürütölen 'Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları' araştırmasında, 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ının anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (T.C Başbakanlık Araştırma Kurumu, 1995). ÇİKORED'in bir çalışmasında 6-12 yaş ilkokul öğrencilerinde öğretmenleri tarafından ceza yöntemi olarak fiziksel şiddetin kullanıldığı olguların görölme oranı %85 olarak bulunmuştur. ÇİKORED'in Kadın Sığınma Evine gelen kadınlar üzerindeki diğer bir çalışmasında ise kadınların %82'sinin çocuklarını dövdüğü tespit edilmiştir (Polat, 2007).

TÜİK verilerine göre, 2015 yılında Türkiye'de işlenen suçların %46'sı çocuklara karşı işlenmiş şiddet ve cinsel istismar olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2015). Adalet

Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre ise her ay adli tıp kurumuna yaklaşık 650 çocuk cinsel istismarı olgusu olarak muayene için gönderilmektedir (Adalet Bakanlığı, 2016).

## **2.2.Depresyon**

### **2.2.1.Depresyonun Tanımı**

Kelime kökenini 'çukur, çöküntü' anlamları taşıyan Fransızca 'dépression' kelimesinden gelen depresyon sözcüğü 'bunalım, çökkünlük' anlamlarını ifade etmekte ve çökme, üzüntülü hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır (TDK,2019; Işık E., Işık U. ve Taner Y., 2013).

Depresyon, üzüntülü bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, psikomotor yavaşlama, durgunlaşma ve bunlarla birlikte değersizlik, suçluluk, karamsarlık, isteksizlik duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Kederli hissetme, üzüntü, mutsuzluk gibi duygular doğal ve normal yaşantının içinde var olan, yaşam olaylarından sonra ortaya çıkabilecek kısa süreli, kişinin yaşamını önemli ölçüde etkilemeyen tepkilerdir (Özkan, 2007). Bu duygusal tepkiler beklenenden daha fazla şiddette ve sürede olduğunda, kişide ilgi kaybı ve yaptığı işlerden zevk alamama (anhedoni), düşüncede suçluluk ve değersizlik temaları, intihar düşünceleri veya teşebbüsleri, uyku, iştah, cinsel istek gibi fizyolojik işlevlerde bozulma ile birlikte kişilerarası, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma özelliklerinin ortaya çıkması durumunda bir hastalık olarak depresyondan söz edilmektedir. Depresyon tanısı belirtiler, belirtilerin şiddeti ve süresi, dışlama kriterleri göz önüne alınarak konmaktadır bunun için en sık kullanılan American Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan tanı ve sınıflandırma sistemi DSM-IV-TR'dir (Uluşahin, 2003).

DSM-IV-TR'ye göre bir kişiye depresyon tanısı konulabilmesi için her gün, gün boyu devam eden depresif duygudurum (üzgün, boşlukta hissetme), normal etkinliklere karşı belirgin bir biçimde azalmış ilgi, eskisi kadar zevk alamama, iştah kaybı veya artması, uyku azalması ya da artması, psikomotor etkinlikte azalma veya ajitasyon, yorgunluk, halsizlik ve enerji kaybı, değersizlik düşünceleri, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları, konsantrasyonda azalma ya da karar vermede zorluk,

tekrarlayan ölüm ya da intihar düşünceleri belirtilerinden en az beşinin bulunması, bu belirtilerden birinin mutlaka depresif duygudurum veya hayattan zevk alamama (anhedoni) olması, bu belirtilerin iki hafta sürmesi ve kişinin sosyal ve mesleki işlevlerini bozacak kadar şiddetli olması ya da kişide sıkıntı oluşturmaya kriterlerini karşılamalı, hiçbir zaman bir manik dönem ya da hipomanik dönem geçirilmemiş olması ve bu belirtiler madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmamalıdır (APA, 2007). Belirtiler oldukça inatçıdır, kişinin yaşamında hemen hemen her gün ve gününün büyük bir kısmında görülmektedir (Geçtan, 2013). Her depresyon atağı şiddeti semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğuna bağlı olarak farklılaşmakta, hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayrılmaktadır (APA, 2007). DSM IV' e göre depresyon özelliklerine göre alt boyutlara ayrılmıştır. Bunlar majör depresif bozukluk, bipolar bozukluktaki depresyon, distimik bozukluk, genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon, depresyonlu uyum bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk altında sıralanan premenstrüel disforik bozukluk, minör depresif bozukluk ve yineleyen kısa depresif bozukluktur (APA, 2007).

DSM-5'de depresyon tanısı için gerekli olan 'çekirdek belirtiler' ve 'en az 2 hafta süre' kriterleri değişmemiştir (Yalçın, 2013). DSM-5 ile birlikte majör depresyon nöbetinin ağırlığı ve psikotik özellikli olup olmaması birbirinden ayrı değerlendirilmekte ve depresyon belirleyicilerine ek olarak katatonik tip eklenmiştir. Depresif epizod ile ilgili kronik olma seçeneği kaldırılmış ve distimik bozukluk kategorisi kronik depresif bozukluk adını almıştır. Bir başka değişiklik ise bipolar bozukluk öyküsünün dışlama ölçütü olmaktan çıkarılması ile postpartum başlangıçla ilgili süre genişletilmiştir (Şar, 2010).

Depresyonun alt tipleri;

- **Kronik depresyon;** 2 yıl ya da daha uzun süre tam olarak majör depresyon tanı ölçütlerinin karşılanması
- **Mevsimsel özellikli depresyon;** depresif belirtilerin düzenli olarak belirli bir mevsimde başlaması ve düzelmesi şeklinde örüntülü olması
- **Post partum depresyon;** doğumdan sonraki 4 hafta içinde depresif atak başlarsa
- **Psikotik özellikli depresyon;** depresyon atağı sırasında varsanı ve sanrılar şeklinde psikoz belirtileri görülürse

- **Katatonik depresyon;** katatonik eksitasyon, katalepsi, negativizm ve streotipiler gibi katatonik özelliklerin olması
- **Atipik özellikli depresyon;** duyguduyumun tepkisel oluşu, aşırı uyuma, aşırı yeme, insanlar arası ilişkilerde reddedilme duyarlılığı olması
- **Melankolik depresyon;** donuk duygudurum, anhedoni, uğraşı olmadan kilo kaybı, suçluluk, psikomotor retardasyon ve ajitasyon, sabah çok erken uyanıp yeniden uyuyamama ve duygudurumun sabah kötüleşmesi gibi belirtilerle seyretmesi şeklinde tanılandırılmıştır (APA, 2007).

### 2.2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon dünya genelinde insan sağlığını en çok tehdit eden sorunların başında gelmektedir (Kaya ve Kaya, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (2012) verilerine göre günümüzde depresyonun yaklaşık 350 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık rastlanılan depresyondur (Savrun, 1999). Depresyonun tanılanmasının güç olması, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, nükslerin olması, yeti yitimine sebep olması, ekonomik sonuçlar doğurması ve yüksek yaygınlık oranları göstermesi araştırmaların önemini giderek arttırmaktadır (Küey, 1998; Goodwin ve ark. 2007).

ABD’de üç ayrı alanda 9000 kişilik bir örneklem üzerinde DSM-III-DIS (diagnostic Interview Schedule) kullanılarak yapılan ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında depresyonun altı ay süreci içinde yaygınlığı kadınlarda %4,1-4,6, erkeklerde %1,7-2,2 bulunmuştur (Myers ve ark. 1984). Kessler ve ark. (1994) tarafından 8098 katılımcı ile yapılan NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında DSM-III-R tanısı konan depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranı %17,1 bulunurken son bir yıllık yaygınlık oranı ise %10,3 bulunmuştur.

DSM-IV’te tanımlanan Major Depresif Epizodlar (MDE) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından oluşturulan Birleşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programının (CIDI: Composite International Diagnostic Interview) kullanıldığı yüzyüze görüşmelerle değerlendirildiği 18 ülkeden gelen bilgilerin analiz edildiği başka bir çalışmada, yüksek gelirli 10 ülkede MDE’nin yaşam boyu yaygınlığının ortalaması %14,6 ve bir



yıllık yaygınlığı %5,5, düşük-orta gelirli 8 ülkede yaşam boyu yaygınlığının ortalaması %11,1 ve bir yıllık yaygınlığı %5,9 bulunmuştur. Kadınların erkeklere oranı 2:1 olarak saptanmışken retrospektif olarak tespit edilmiş başlangıç yaşı ülkelerin gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında yüksek gelirli ülkelerde 25,7, düşük-orta gelirli ülkelerde 24 olarak tespit edilmiştir (Bromet ve ark. 2011).

Türkiye’de depresyon görülme oranı Tüik (2015) verilerine göre en çok rastlanılan hastalıklar sıralamasında %11 ile 6. sırada yer almakta ve medikal hastalıkların hemen sonrasında gelmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, CIDI’nin kullanıldığı 7479 örneklemlili ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ araştırması sonuçlarına göre depresif nöbet yaygınlığı %4,0 olarak bulunmuş ve kadınlarda yaygınlık oranı %5,4 iken erkeklerde %2,3 olarak saptanmıştır. Ayrıca ağrı bozukluğu değerlendirmenin dışında tutulduğunda majör depresyon en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmiştir (Erol ve ark. 1998) Küey (1988) tarafından yapılan başka bir çalışma sonucunda toplum içinde görülen depresif belirtilerin %20 olduğu, tedavisi gereken klinik düzeydeki depresyonun yaygınlığının ise %10 olduğu ortaya çıkmıştır.

Dünyanın neresinde yapılırsa yapılsın, depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili araştırma sonuçları incelendiğinde depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklere oranla iki kez daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır (Savrun, 1999; Çelik ve Hoccoğlu, 2016). Yaşamları boyunca erkeklerin %5-12’sini, kadınların ise %10-25 depresif bozukluklarla etkilenmektedir (Klose, & Jacobi, 2004). Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın kesin nedeni bilinmemekle birlikte bu konu üzerine farklı görüşler vardır (Savrun,1999). Bunlardan bazıları hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık, menstruasyon ve postpartum dönemlerinin varlığı ve kadınların çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, baskılanma, kadına verilen toplumsal roller ve beklentiler, düşük sosyoekonomik düzey, eğitim ve gelir olanaklarının düşüklüğü, ayrımcılığa maruz kalma gibi risk etmenlerinin varlığıdır (Mcintosh ve ark., 2010; Akiskal, 2000; Noble, 2005; Lee ve ark., 2005; Ross ve ark., 2005; Andrade ve ark., 2003).

### **2.2.3. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi**

Çocukluk çağı travmaları çocukluk ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek psikopatolojiler ve sağlık için riskli davranışların ortaya çıkması için bir risk etkenidir (Bülbül ve ark. 2013; Ulukol ve ark. 2014). Varolan savunma mekanizmaları ve baş etme stratejileri ile üstesinden gelinemeyecek derecede zorlayıcı ve yüksek stresli, sarsıcı etkiye sahip yaşantılar kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azalttığı, böylece kişiyi ruhsal bozukluklara yatkın hale getirdiği düşünülmektedir (Eskin ve ark. 2006; Bülbül ve ark. 2013). İstismara uğrayan çocuklarda çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının görülme sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmaktadır (Spataro, Mullen, Burgess, Wells ve Moss, 2004). İstismar mağduru çocuklarda depresyon, anksiyete, sosyal geri çekilme ve somatik şikayetler gibi sorunlar olması daha muhtemeldir (Arton ve LeBaron, 1996).

Erken yaşam stresi nörobiyolojik gelişimin bozulmasına neden olarak stres sistemini doğrudan etkileyebilir (Cicchetti, 2004). Erken stres nöro-dokrin strese yanıt sistemi Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal (HPA) aksını aktive ederek hafıza ve duygu kontrol mekanizmalarını olumsuz etkileyerek, gelişmekte olan beynin depresyon, anksiyete ve disosiasyona yatkınlığını arttırdığı saptanmıştır (Maercher ve ark. 2004; Heim ve ark. 2001; Wiersma ve ark. 2009). Heim ve arkadaşları (2001) çocukluk istismarı öyküsü olan kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada HPA anormalliklerinin güçlü olduğunu bulmuşlardır. Sonuç olarak, olumsuz erken yaşam deneyimleri ile ilişkili nörobiyolojik değişikliklerin majör depresyon gelişimine karşı savunmasızlık sağlayabileceği varsayılmaktadır (Kaufman ve Charney, 2001).

Post (1992) 'stres duyarlılığı' veya tutucu (kindling) hipotezini formüle ederken, ilk depresyonun bir kişiyi yaşam olaylarına duyarlı hale getirdiği ve daha sonra depresif semptomların nüksetmesi için daha az stres gerektiği bir işlem tarif etmiştir. Bu teori, depresyonun tekrarlama sıklığının ve depresyon dönemlerinin kısa aralıklarla olmasını açıklamada etkili olmuştur (Solomon ve ark. 2000) Son yıllarda araştırmalarda, stres duyarlılığı hipotezini yaşam stresine benzer bir duyarlılık sağlayabilecek diğer değişkenleri incelemek üzere genişletilmiş ve artan duyarlılığın diyatez stres modeline (Strese yatkınlık modeli) benzer olarak altta yatan bir güvenlik açığının, bir kişiyi strese karşı daha uyumsuz tepkiler vermesine sebep olarak riske sokabileceği düşünülmektedir (Monroe ve Simons, 1991). Erken çocuklukta olumsuz deneyimlere maruz kalmanın daha sonra yetişkin stres duyarlılığı ve reaktivite üzerindeki etkileri

incelenmiş ve araştırma sonuçları erken dönem yüksek stresli olayların ve olumsuz ortamların, depresif belirtilerdeki ve majör depresyonun başlangıcındaki artışları öngördüğünü göstermektedir (Shapero ve ark. 2014; Nolen-Hoeksema, Girgus ve Seligman 1992). Bu çalışmalara dayanarak yapılan araştırmalar çocukluk çağında yaşanan yüksek stresli yaşam olayları ile majör depresyon arasında ilişkiyi ortaya koymuştur (Hazel, Hammen, Brennan ve Najman, 2008). Stres hassasiyeti, çocuklukta kötü muamele ve yetişkinlik döneminde depresyon arasındaki çeşitli bağlantılar için önemli bir teorik temel teşkil ettiğini düşünen araştırmacılar yaptığı incelemelerde cinsel istismara maruz kalan kadınların daha sonraki stresli yaşam olaylarına karşı daha reaktif olduğunu bulmuşlardır (Kendler, Kuhn ve Prescott, 2004). Benzer şekilde Shapero ve arkadaşları (2014) duygusal istismar öyküsü olan bireylerin, bağımlı stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya kaldıklarında, depresif belirtilerde daha büyük artışlar yaşadığını saptamışlar ve strese duyarlılık hipotezini destekler sonuca ulaşmışlardır.

Alan yazında çocukluk istismarı ve ihmeline odaklanan çalışmalar depresyon ile çocuk istismar ve ihmalinin ilişkili olduğunu göstermektedir (Alloy, Abramson, Smith, Gibb, & Neeren, 2006; Raes ve Herman, 2008; Chapman ve ark. 2004; Gibb ve ark. 2001; Harkness ve ark. 2006; Ge, Natsuaki ve Conger, 2006). Bu ilişkiye aracılık eden bilişsel yapılar ya da mekanizmalar önem verilen kuramsal konulardan bir haline gelmekle beraber aracılık eden potansiyel yollar birçok araştırmada test edilmiştir. Bilişsel Kuram (Beck, 1976), Bağlanma Kuramı (Bowlby, 1982) ve Şema Kuramı (Young, Klosko ve Weishaar, 2003) gibi çeşitli yaklaşımlarla depresyonun patojenitesi açıklanmaya çalışılmıştır. Bağlanma Kuramında (Bowlby, 1982), çocukların bakımını üstlenen kişilerle etkileşimleri sonucunda oluşan erken dönem temsillerinin bireyin dünyaya yönelik oluşturacağı diğer temsilleri şekillendirdiği, bireyin davranışlarını ve gelecekteki ilişkilerini etkileyerek ortaya çıkabilecek psikopatolojide etkisi olabileceği düşünülmektedir (Safran ve Segal, 1990; Bosmans, Braet ve Van Vlierberghe, 2010; Shefeld, Waller, Emanuelli, Murray ve Meyer, 2005 Rogosch, Cicchetti, Shields ve Toth, 1995). Mikulincer ve Shaver (2007) yaptıkları çalışma ile erken dönem güvensiz bağlanma biçimlerinin depresyon belirtileri için bir risk faktörü olabileceği sonucuna ulaşmaları kuramı destekler niteliktedir. Beck' in (1976) bilişsel modeline göre ruhsal bozuklukların oluşumunda, bireyin kendisini, diğerlerini ve dünyayı nasıl algıladığı hakkında olumsuz temel inançları veya şemaları temel rol oynamaktadır. Depresif öz-şemaların yaşamın erken döneminde şekillendiği

düşünölmekte ve olumsuz durumlar tarafından tetiklenene kadar sessiz kaldığı varsayılmaktadır. Depresif öz şemaları olan bireyler şema ile tutarlı bilgiye önyargılı olarak katılma ve olumlu bilgileri göz arzı etmek veya yanlış yorumlama eğiliminde oldukları düşünölmektedir. Buda bireyleri psikolojik sorunlara özellikle de depresif bozukluğa yatkınlığını arttırdığı öne sürölmektedir (Riskind ve Alloy, 2006; Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979). Son olarak Şema Kuramına göre (Young ve ark. 2003), kişinin sağlıklı ve uyumlu bir psikoloji geliştirebilmesi için çocuklukluğunda evrensel bazı temel duygusal ihtiyaçların (yetkinlik ve kimlik bilgisi, güvenli bağlanma, spontanlık, duyguların ve ihtiyaçların ifade edilmesi, otonomi, oyun) karşılanması gerekmektedir. Bu ihtiyaçların karşılanmaması ile birlikte erken dönem olumsuz yaşantılar sonucunda 'erken dönem uyum bozucu şemalar' oluşmaktadır. Bu şemalar ise benlik algısını ve kişiler-arası ilişkileri etkileyen yaşam boyu tekrar eden, çocukluk ve ergenlik döneminde oluşan kalıplardır (Young ve Klosko, 1993; Young ve ark. 2003). Şema kuramına göre erken dönem uyumsuz şemaların yetişkinlikte ortaya çıkabilecek psikopatoloji ile çocukluk çağı olumsuz yaşantılar arasında aracı rolü olduğu düşünölmekte, ilişkili olan psikolojik belirtiler içerisinde en yaygın olanlardan birinin de depresyon olduğu belirtilmekte ve alan yazındaki araştırmalarla kuramı desteklenmektedir (Young ve ark. 2003; Schmidt ve ark. 1995; McGinn ve ark. 2005; Wright ve ark. 2009; Shah ve Waller 200; Harris ve Curtin 2002).

Depresyonun risk etmenleri incelendiğinde ise genetik yüklölük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim seviyesinin düşük olması, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki kısıtlılığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine sebep olan psikiyatrik bozukluklar, 18-44 yaşlar arasında olmak, sosyoekonomik seviyenin düşük olması, işsiz ve bekar olmak, 11 yaşından önce anne veya babanın kaybı, eş veya çocuğun kaybı, depresyon için risk oluşturduğu belirtilmektedir (Akıskal, 1992; Swindle, Cronkite, Moos, 1998; Anthony ve Petronis,1991, Bruce, Taceuchi, Leaf, 1991; Ünal ve Özcan, 2000; Güleç ve Köroğlu, 1997; Akt. Aydın 2011). Gezer (2008) araştırmasında örnekleme stresli yaşam olaylarını yaşama sıklığına göre düşük, orta ve yüksek stres grupları olarak gruplara ayırarak depresif belirtiler yönünden incelemiş ve stres grupları ile depresyon şiddeti arasında anlamlı farklılıklar saptamıştır. Araştırma sonucuna göre yaşam olaylarının sıklığı arttıkça depresyon puanlarının arttığı buna bağlı olarak depresyon düzeylerinde başlarından geçen yaşam olaylarının

oluşturduğu stres düzeyi ile doğru orantılı olarak artış olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Buda çocukluk çağında stres yaratan olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasındaki ilişkiyi destekleyici kanıt oluşturmaktadır. Depresyon ile stres yaratan yaşam olayları arasındaki ilişkiyi gösteren ve yaşamsal öyküde depresyonun başlangıcından önce geçmişte yaşanan olumsuz yaşam olaylarının sıkça var olduğunu belirten birçok çalışmaya rastlamak mümkündür (Lloyd, 1980; Boyd ve Weissman, 1981; Paykel,1978; Akt: Ünal ve Özcan, 2000). Ünal ve ark. (2002) 2014 depresif hasta üzerinde yürüttükleri çalışmada hastaların %76'sı (1534 kişi) geçmişte olumsuz bir yaşam olayının varlığı hastaların ifadeleriyle anlaşılmıştır. Nüfus anketlerinde, kötüye kullanım öyküsü olan kadınlarda yaşam boyu majör depresyon oranları %13 ila 64 arasında değişmekte olduğu ve kötüye kullanma öyküsü olan kadınlar arasında belirgin derecede daha yüksek depresyon görülme oranlarının varlığı saptanmıştır (Weiss, Longhurs ve Mazure, 1999)

Sonuç olarak literatürde çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisini destekleyen birçok çalışmaya rastlamak mümkündür (Taner ve Bahar, 2004). Fakat zorlayıcı yaşam olayları ve bu stres yaratıcı olaylar kapsamındaki çocukluk çağı travmaları depresyonunun nedenini açıklamada tek başına yeterli olmamakla birlikte aralarındaki ilişkiyi yordayıcı bazı süreçler vardır. Her birey için öznel olan yaşam olayları kişilerde farklı etkileri ortaya çıkarabilir. Bu etkiler bireyin olaya yüklediği anlam, başa çıkma becerilerinin yeterliliği ve algılanan sosyal destekleriyle ilişkili olarak değişebilmektedir (Berkson, Ünal, Göğüş, 1991; Nanko ve Demura, 1993; Warheit, 1979; Brown ve ark., 1986, Akt: Ünal ve Özcan, 2000).

### **2.3.Başa Çıkma Stratejileri**

#### **2.3.1.Başa Çıkma Stratejilerinin Tanımı**

Stres, organizmanın kendisiyle ve/veya çevresiyle etkileşimi sonucunda ortaya çıkan, dünyada meydana gelen olaylara karşı doğal bir reaksiyondur. Stres düzeyi uygun olduğu sürece gelişmeye yardımcı, bireylerin karşılaştıkları sorunları çözmesi ve işlevselliğinin artması için tetikleyici, aşırı olduğunda ise kişinin tükenmesine neden olan, bireyin psikolojik ve davranışsal olarak performansını olumsuz yönde etkileyici olduğu belirtilmektedir (Thompson, 1992; Goldberger ve Breznitz, 1982; Flanagan 1994). Stresin her insan için aynı olduğunu düşünmek doğru olmamakla beraber bir

birey için stres yaratan bir durum diğer bireyler için stres oluşturmayabilir (Durna, 2006). Kişiler zorlayıcı yaşam olaylarını stresör olarak algılaması ya da algılamaması bireyin kendine, dünyaya ve geleceğe ilişkin inançlarından ve şemalarından etkilenmektedir (Lazarus 1966, akt; Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Stresten etkilenme düzeyleri ise, kişinin algısı, yaşadığı koşullar, kişilik yapısının farklı olmasına göre değişmektedir (Bektaş ve Karagöz, 2017).

Stresin yarattığı psikolojik ve fizyolojik uyarılma birey için rahatsızlık vermektedir ve kişi bu rahatsızlığı gidermek için bir şeyler yapma güdüsüne sahiptir. Kişinin stres yaratan durumlarla, rahatsızlığı azaltmak için mücadele etme sürecini anlatmak için başa çıkma terimi kullanılmaktadır (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Bem ve Maren, 2012; Ayten, 2012). Bandura' ya göre başa çıkma; 'belirsizlik, önceden kestirilememe ve stres gibi durumların üstesinden gelmek için bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerin esnek ve uyumlu bir şekilde bir arada kullanılmasıdır' (Patterson ve McCubbin,1987). Folkman ve Lazarus ise (1985, 1986) başa çıkmayı, bireyin kaynaklarını aşan veya zorlayan olarak değerlendirilen iç ve dış dünyasının yarattığı gereksinim ve zorlukları azaltmak, onları kontrol altında tutmak, gerginlikleri gidermek için gösterdiği sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çaba olarak tanımlamıştır. Başka bir tanımlamaya göre başa çıkma, stres yaşantısı sırasında, bedensel ve psikolojik aşırı uyarılma halini azaltmaya ya da tamamen yok etmeye yönelik, bedensel, bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeylerde gösterilen çabadır (Aydın, 2007). Stres, başa çıkmaya neden olmaktadır ve aralarındaki ilişki süreklidir. Başa çıkma, stresin etkilerini en aza indirmede için tampon görevi göstermektedir. (Lazarus ve Folkman, 1984; 1988).

Bireylerin bir olayı algılayışı ve onunla başa çıkma becerilerini değerlendirmesi o olayı stresör olarak kabul edip etmemesiyle başlar. Psikolojik ve fizyolojik tepki zincirlerinin ortaya çıkmasını birincil düzeyde belirleyen, kişilerin olaylara verdiği anlam ve yeni değerlendirme biçimidir (Ekşi, 2001). Nitekim Lazarus ve Folkman'ın (1984) başa çıkma modelinde, stres verici bir olay ya da durumla karşılaşan birey, 'bu olay benim için ne anlama geliyor' sorusu ile bu uyarının kendisi için ne anlama geldiğini değerlendirme (appraisal) sürecinde anlamlandırır (Tekin, 2005). Karşılıklı etkileşimli bu model; kişi ve olay etkileşimi, değerlendirme (appraisal), başa çıkma etkinlikleri ve sonuçları olmak üzere dört unsuru içermektedir ve birbirleriyle

karşılıklı ilişki içinde olan bu unsurların birinde ortaya çıkabilecek bir değişikliğin bütün bir süreci etkileyeceği dinamik bir sürecin parçalarıdır (Ekşi, 2001).

Bireyin herhangi bir olayla karşılaştığında, olayı stres verici olarak algılayışı ve onunla başa çıkma becerilerini değerlendirmesi iki aşama ile gerçekleşir. Birincil/ön değerlendirilmede (primary appraisal) kişinin karşılaştığı olay ve durumu stres verici olarak kabul edip etmemesine karar vermesidir. Kişi olay ve durumu stres uyarıcısı olarak algılayarsa, bu stresli durum ile baş etmek için seçeneklerin ve kaynakların değerlendirilmesi ise İkincil değerlendirme (second appraisal) kapsamındadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Sonuç olarak bu değerlendirmeler neticesinde stres verici durumla karşılaşan bireyde stres algısı ortaya çıkar ve stresin etkilerini azaltmaya yönelik veya ortadan kaldırmaya yönelik bilişsel, davranışsal mücadeleler olarak nitelendirilen başa çıkma etkinlikleri devreye girer (Temiz,2014).

### **2.3.2.Baş Çıkma Stratejileri Çeşitleri**

Yaşam süreci boyunca pek çok zorlukla karşılaşan insan stresten korunmak ve stres yaşadıkları durumlarla başa çıkmak için çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Bu yöntemlerden birkaçı; yürüyüşe çıkarak ilgiyi farklı konuya çekmek, yakın bir arkadaşla yapılan bir sohbet ile sosyal destek almak, stres yaratan durum üzerinde farklı açılardan düşünerek olumsuz yönleri yeniden yorumlayarak olumlu düşünmek, dua ederek dini aktivitelere yönelme, dışarıdan yardım alma, aktif planlama yapma, nefes alma egzersizi, meditasyon ya da spor yapma, zamanı etkin bir biçimde kullanabilmedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Terzi ve Çankaya, 2009; Aydın ve İmamoğlu, 2001). Kişinin stresle başa çıkmak için belli başlı durumlarda sıklıkla kullandığı ya da benzer durumlarda zaman içinde tekrarladığı başa çıkma yöntemleri başa çıkma stratejileri olarak adlandırılmaktadır (Şahin ve Durak, 1995). Başa çıkma stratejileri aynı zamanda kişinin seçimlerinin, dolaylı olarak da inançlarının ve değerlerinin yansıması olarak stres oluşturuvcu durumla ilgili bilişsel, davranışsal ve duygusal çabaları anlamına gelen başa çıkma etkinliklerinin devreye girmesiyle ortaya çıkar (Şahin ve Durak, 1995; Ekşi, 2001; Ayten, 2012). Baş etme becerileri yaş,

cinsiyet, kültür, sağlık sorunları gibi çeşitli faktörlerin etkisiyle kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir (Holahan ve Moss, 1987, akt; Öklük, 2018).

Yapılan araştırmalar sonucu bilinen en yaygın başa çıkma stratejileri sınıflandırılması Folkman ve Lazarus'un (1985) yaptığı, problem odaklı (problem-focused) başa çıkma ve duygu odaklı (emotion-focused) başa çıkmadır (Karatekin, 2013). Problem odaklı başa çıkma bireyin, strese sebep olan durumu değiştirmek, stresin etkilerini azaltmak veya gidermek için nelerin yapılabileceği üzerine odaklandığı, durumla ilgili problemi çözmeye ve kaygıyı yenmeye yönelik aktif bir şekilde düşünmeyi ve davranmayı içerir. Bu stratejide öncelikle sorun tanınır, alternatif çözümler geliştirilir ve son olarak bu çözümlerden arasından seçim yapılarak uygulamaya geçilir (Lazarus ve Lazarus, 2006; Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Bem ve Maren, 2012; Şahin ve Durak, 1995, Karatekin, 2013). Duygu odaklı başa çıkmada ise, sorun yaratan problemle yüzleşmek yerine, stres yaratan duruma ilişkin yaşanan duyguları değiştirme çabalarını içerir. Bu stratejide, bilişsel süreçleri direk duygusal tercihlere dönüştürerek, sosyal destek arama, kaçınma ve mesafe koyma, basitleştirme, sorunun sadece bir yönü ile ilgilenme, olumlu karşılaştırmalar yapma, olumsuz durumları olumlu olabilecek yönleri ile görmeye çalışma gibi tepkilerle stres yaratıcılar duygusal tepkiler aracılığı ile yönetilir (Folkman ve Lazarus, 1984; Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Bem ve Maren, 2012).

Moos ve Billings (1982) kriz durumunu anlama, tehdit kaynağını bulma ve belirli bir kalıba koyma sürecini içeren değerlendirme odaklı yaklaşım, krizin sonuçlarını ele alarak krizin gerçekliğiyle yüzleşmeyi ve durumu iyileştirme çabalarını içeren problem odaklı yaklaşım ve son olarak kriz sonrası duyguları yönetme ve duygusal dengeyi koruma çabalarını içeren duygu odaklı yaklaşım olmak üzere üçlü sınıflandırma yapmışlardır.

Steptoe (1991) literatürde yapılan birçok sınıflamayı özetleyerek kendi özgün sistematik bir sınıflama ortaya koymuştur. Öncelikle problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki sınıfa ayırmış ve ek olarak her bir başa çıkma yaklaşımını da davranışsal ve bilişsel olarak mercek altına almıştır. Problem odaklı davranışsal başa çıkmayı da iki uçlu değerlendirmiş olumlu ucunda aktif problem çözme, durumu kontrol altına alma çabaları olumsuz ucunda ise kaçınma, kaçma ve pasif başa çıkma



yöntemlerini kapsadığını problem odaklı bilişsel başa çıkmanın olumlu ucunda durumu yeniden anlamlandırma ve yeniden yapılandırma olumsuz ucunda ise kuruntulu düşünce ve mesafe koyma oluşturduğunu belirtmiştir. Sınıflamanın diğer bir ucunda olan duygu odaklı davranışsal başa çıkmada sosyal destek arama ve bilgi arama olumlu uçta yer alırken, yer değiştirme, şaşkınlık ve danışmadan (bilgi aramaktan) kaçınma olumsuz uçta yer almaktadır. Son olarak duygu odaklı bilişsel başa çıkmanın olumlu uç tarafında duyguları ifade etme bulunurken olumsuz uç tarafında duyguyu engelleme, bastırma ve inkâr etme bulunmaktadır (Akt. Akbağ, 2000).

Başka bir sınıflandırma ise Olah (1995) tarafından deneysel çalışmalara dayalı olarak yapılmıştır. Özümseme, uyumsama ve kaçınma olmak üzere üç tür strateji tanımlanmıştır. Özümseyici başa çıkma, bireyin çevreyi kendi yararına davranışsal ve bilişsel olarak değiştirme çabalarıdır. Uyumsayıcı başa çıkma, bireyin çevreye uyum sağlamak için kendini bilişsel ve davranışsal olarak değiştirme çabası iken kaçınma ise fiziksel ve psikolojik olarak, stres algısı oluşturan ortamdan uzaklaşmaya yardımcı olan davranışsal ve bilişsel faaliyetlerdir.

Holahan, Moos ve Schaefer (1996) başa çıkma stratejilerini iki türe sınıflandırmıştır. Bunlar mantıksal analizi, pozitif yeniden değerlendirmeyi, destek ve rehber arayışını ve problem çözümünü işleme koymayı hedefleyen aktif başa çıkma stratejileri ve bilişsel kaçınma, yenilgiyi kabul etme, alternatif ödülleri arama ve duygusal deşarj gibi etkinliklerin dahil olduğu psikolojik sıkıntılarla ilişkilendirilen kaçınmacı başa çıkma stratejileridir.

Son olarak alan yazında çalışmalarıyla katkıda bulunan Carver, Scheier ve Weintraub (1989) başa çıkma stratejilerinin iki boyutta indirgenmesinin yetersiz olduğunu savunmuştur. Daha sonra Carver (1997) Lazarus ve Folkman'ın (1984) *Başa Çıkma Modeli*'ni ve Carver ve Scheier'in (1981) *Davranışsal Kendini Düzenleme Modeli*'ni esas alarak başa çıkma stratejilerini 14 faktörde sınıflandırmıştır. Bunlar; Araçsal Sosyal Destek Kullanma, Duygusal Sosyal Destek Kullanma, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Mizah Kullanma, Yadsıma, Davranışsal İlgiyi Kesme, Zihinsel İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama ve Planlamadır. Carver (1997)'in geliştirdiği 14 alt faktörlü başa çıkma stratejilerinin ölçümlendiği Başa

Çıkma Ölçeği Kısa Formu (BriefCOPE) birçok araştırmada kullanılmıştır (Bacanlı, Sürücü ve İlhan, 2013).

Carver (1997)' in tanımladığı başa çıkma alt faktörlerinin içinde olan dine yönelme başa çıkma stratejilerinden biridir. Ayrıca Lazarus ve Folkman'ın (1984) geliştirdikleri işlemsel başa çıkma modelinin çıkış noktası olduğu Kenneth Pargament'in çalışmalarında ilk kez 'dini başa çıkma' kavramı ortaya atılmıştır (Pargament, Kennell, Hathaway, Gravengoed, Newman ve Jones, 1988). Son yıllarda zorlayıcı yaşam olayları karşısında uyumlu ve dengeli olabilmek için seküler başa çıkma yöntemlerinin yanı sıra dinin önemi ve rolü üzerine farkındalık ve ilgi artmıştır (Anderson, Marwit ve Vandenberg, 2005; Gorsuch, 1988; Pargament, 1997; Pargament ve Ark., 2000a).

### **2.3.3.Dini Başa Çıkma**

İnsan yaşamı boyunca beklenmeyen ve istenmeyen zorlayıcı pek çok olay ve durumla karşılaşabilir. Bunları nasıl yorumlayacağı, yaşadıkları ile ilgili nedensel açıklamalar ve problem çözmelerinde nasıl bir yöntem kullanacakları ve tutumları konusunda sahip oldukları kendilerine özgü kutsal veya seküler temelli yönelim sistemi belirleyici olmaktadır. Kişiler karşılaştıkları bu zorlayıcı yaşam olayları veya durumları karşısında anlam arayışı içinde olmaktadır ve kaybettiği kontrolü yeniden kazanma ve teselli bulma eğilimindedirler. Bu aşamada eğer kişi dini yönelimli ise din karşılaştığı zor durumun ağır sonuçlarını anlam verme ve bu sonuçları filtre etmemize yardımcı olan bilişsel bir şema sunmaktadır (Pargament ve Brant,1998; Ayten, 2012).

McIntosh'in (1995) geliştirdiği 'bilişsel bir şema olarak din' teorisi inançların bireyin dünyasında nasıl yapılandığını ve işlevselleştiğini anlamının yollarından birisi olarak dini bilişsel bir şema olarak kabul etmek gerektiğini savunmaktadır. Piaget, şemayı, 'algı, düşünce ve/veya eylemlerin bir araya gelmekle oluşturduğu zihinsel temsiller' olarak tanımlamış ve şemaların düşüncenin temel taşı olduğunu belirtmiştir (BHattacharya ve Han, 2001). McIntosh ise tecrübeler yoluyla ve çevreyle iletişim sonucu oluşan şemaları, belirli bir alana özgü zihinsel temsiller veya bilişsel yapılar olarak ifade etmiştir. Şemalar, dünyayı anlamamızda etkili olan pek çok konu ile ilgili algılarımızı, fazla düşünmeden otomatik bir şekilde mevcut şemalarımıza

uyarlayabileceğimizi ve tepki verebileceğimizi, bir konu ile ilgili bilgi eksikliğini varsayılanlarla tamamlama sağlayarak problemle karşılaşan insanın problem çözme sürecini kolaylaştıracak yollar sunmaktadır (McIntosh, 1995). Bjorck (1995) iyi geliştirilmiş bir dini şemanın hem bilişsel süreci hem de travmatik olayların ardından ortaya çıkan anlam arayışını hızlandırabileceği fikrini savunmakta ve bu fikrini araştırmalarıyla desteklemektedir. Böylece hızlı değerlendirme ile, olumsuz olaylara daha kolay uyum sağlanabilmekte ve olayın anlaşılmasını kolaylaştırabilmektedir (McIntosh, 1995). Kısacası şemalar, bireyin karşılaştığı olay ve durumları daha kısa sürede anlamlandırmasına, eksik bilgileri tamamlamasına ve problemin etkilerinin azaltılması için gerekli stratejinin seçilmesine fırsat sağlamaktadır (Şahin, 2007). McIntosh' a (1995) göre, dini bilişsel bir şema olarak değerlendirmek, hem dini başa çıkma süreci ve sonucunu hem de travmatik yaşam olayının kişilerin din algısını nasıl etkilediğini araştırmak için ayrıca başa çıkma konusunda dinin etkisini değerlendirmede yardımcı olmaktadır.

Lazarus ve Folkman'ın (1984) başa çıkma için yaptığı en sade tanıma göre başa çıkma, zor zamanlarda gösterilen anlam arayışıdır. Victor Frankl (1984) anlam arayışının insanın yaşamındaki temel bir güdü olduğunu belirtmektedir. Dinin önemli fonksiyonlarından birisi de bireye hayatın anlamına dair ve mevcut durumu anlamlandırmaya yönelik bakış açısı sunmasıdır (Şahin, 2007). Din, yaşanan olaylar sonrasında anlam arayışı sürecinde, daha üstün bir varlıkla iş birliği yapmayı sağlamakta, bilinmeyene tahammül etmemizi kolaylaştırmakta ve sabır, fedakârlık, mücadele gibi duyguları güçlendirerek yaşamın zorluklarını ve sıkıntılarını hafifleten, kişiyi motive ederek psikolojik olarak koruyabilmektedir (Marinoff, 2005; Uysal, 1996; Muz, 2009). Allport ise dinin, kişiyi kaygı, şüphe ve ümitsizliğe karşı güçlü kılarken, anlamlı bir biçimde kendisini Varlık'la ilişkilendirmeyi olası kılacak çaba ve enerji sağladığını belirtir. (Tekin, 2005). Hayata anlam katması ve problemler karşısında bireyi koruyan bir sistem olması ile din travmatik olaylar veya zorlayıcı yaşam olayları sonrasında pek çok insan için sığınma ve teselli kaynağı olmaktadır (Temiz, 2014).

Din, insan yaşamında düzenleyici, uyum sağlayıcı bir rol olarak ve hayatta karşılaşılan problemleri çözme sürecinde etkin ve önemli bir rol oynayabilmektedir. Dini şemaya sahip bireyler olumsuz yaşam olaylarıyla daha çabuk baş edebilmektedirler (bkz.

Spilka ve ark.,1985; Bjorck, 1995; McIntosh, 1995; McIntosh, Silver, Wortman, 1993). Alan yazında din ile insanların karşılaştıkları zorlantılı yaşam olayları sonucunda sıkıntı ile mücadele etme, problem çözme süreçlerini ilişkilendirerek ‘dini başa çıkma’ kavramından ilk kez bahseden kişi Kenneth Pargament’tir (Pargament, Kennell, Hathaway, Gravengoed, Newman ve Jones, 1988). Pargament (1997) en sade şekliyle dini başa çıkmayı ‘bireyin problem ve stresle mücadele ederken dini inancını kullanması’ olarak tanımlamaktadır. Koenig ve arkadaşları (1998) stresli yaşam koşullarının olumsuz sonuçlarını hafifletmek ya da ortadan kaldırmak için problemin çözümüne yardımcı olan dini inanç ve davranışların kullanılmasını dini başa çıkma şeklinde ifade etmişlerdir.

Pargament (1988) *Kişisel yönelimli eğilim (self directing), Kararı başkasına bırakan (deferring) eğilim ve İşbirlikçi (collaborative) eğilim* olmak üzere üç farklı yaklaşım ile dini başa çıkmayı açıklamıştır. Stresli durumla karşılaşan insan Tanrıdan yardım beklemeksizin kendi kaynaklarıyla mücadele etmeye çalışarak problemi çözmek için aktif bir rol üstlenmesi kişisel yönelimli eğilimdir. Kararı başkasına bırakan eğilimde ise insan karşılaştığı stresli durum karşısında kendisi bir etkinlikte bulunmadan Tanrının problemi çözmesini beklemektedir. Bu eğilimdeki kişiler pasif bir tutum sergilerler. Son olarak işbirlikçi eğilimde ise insan Tanrı ile iş birliği içinde karşılaştığı stresli durumdan kurtulmak için kendisi bir etkinlikte bulunurken Tanrının da kendisine yardım edeceğini düşünmektedir. Farklı biçimlerdeki bu dini başa çıkma yöntemleri kişilik yapıları ile ilişkilendirilmiştir. Kendine güvenen ve kişisel kontrolü yüksek kişilik yapısına sahip bireylerin ‘kişisel yönelimli eğilim’li, öz saygısı ve kişisel kontrolü düşük, hayatta başına gelen olayları daha çok talih ya da şansla açıklamaya çalışan ve bireysel farklılıklara tahammül etmememe özelliği gösteren kişilik yapıları ‘kararı başkasına bırakan eğilim’ tarzı ile, öz saygısı ve kişisel kontrollü yüksek ve karşılaştığı olaylar ve durumları talih, şans ile açıklama eğiliminde olan kişilik yapısı ise ‘iş birlikçi eğilim’ tarzı ile ilişkilendirilmiştir ( Ayten, 2012).

Bu üç yaklaşımının yanı sıra Pargament, Feuille ve Burdzy’ e (2011) göre dini başa çıkma olumlu ve olumsuz dini başa çıkma olarak sınıflandırılabilir. Olumlu dini başa çıkma bireyin kutsal kabul ettiği olgu ile güvenli bir ilişki kurduğu ‘Allaha yönelme, yalvarma, yakınlaşma, hayra yorma, dua, dönüşüm ve istikamet arayışı gibi boyutları içermektedir. Olumsuz dini başa çıkmada ise bireyin kutsal kabul ettiği olgu ile

çatışma ve gerginlik temelli bir ilişkisi kurduğu ‘manevi hoşnutsuzluk, kişiler arası hoşnutsuzluk ve olanları şerre yorma’ gibi unsurlar yer almaktadır. Olumlu dini başa çıkmada bireyler karşılaştıkları olumsuz durumları iyi bir bakış açısı ile değerlendirir, iş birlikçi başa çıkma eğilimindedirler ve Tanrı’dan manevi destek arayışı, din adamları veya dini topluluklardan destek arayışı içinde olmaktadır. Olumsuz dini başa çıkmayı kullanan bireyler ise Tanrının gücünü sorgulama, Tanrı’ya karşı öfke ifadeleri belirtme, dini topluluklara ve din adamlarına karşı hoşnutsuzluklarını ifade etme eğilimindedirler. ‘Neden ben?’, ‘Bu böyle olmamalı!’, ‘Bunları kabul edemem’ gibi olumsuz yüklü cümle içeriklerine ve yaşadıkları deneyimi kabul etmeyerek düşük tolerans göstermeleri ile belirginleşmektedirler. Olumlu dini başa çıkma ise inanca manevi bir derinlik katarak kişileri stres yaratan durumların sıkıntısından ve kaygıdan korumakta ve amaç ile anlam duygusu sağlamaktadır (Hackney ve Sandersi 2003).

Alan yazında yapılan araştırmalar incelendiğinde, yaşam memnuniyetinin olumlu dini başa çıkma eğilimi ile anlamlı bir şekilde arttığı, depresif semptom sergileme eğiliminin azaldığı karşımıza çıkmaktadır. Olumsuz dini başa çıkma ise ruh sağlığını olumsuz etkilediğini anlaşılmaktadır (Loewenthal, 2007). Pargament, Feuille ve Burdzy (2011) dini başa çıkmayı konu alan 30 araştırmayı incelemiş, olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerin yaşam doyumu seviyelerinin daha yüksek olduğu buna karşın olumsuz dini başa çıkma yöntemlerini kullanan kişilerin yaşam doyumu seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları incelendiğinde ise olumsuz dini başa çıkma yöntemlerini kullanan bireylerin depresyon, kaygı, somatizasyon gibi ruhsal bozuklukları yaşama durumlarının olumlu dini başa çıkma yöntemlerini kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 138 İngiliz yetişkin örneklemleri araştırmada iç kaynaklı ve dış kaynaklı dini yönelim, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma ile mutluluk arasındaki ilişki incelenmiş iç kaynaklı dini yönelim ve olumlu dini başa çıkma puanları arttıkça mutluluk puanlarının da anlamlı düzeyde arttığı bulgulanmıştır (Lewis, Maltby ve Day, 2005).

Ellison, Boardman Williams ve Jackson (2001) tarafından din ile beden sağlığı arasındaki ilişkinin konu edildiği beş araştırmanın incelendiği çalışmada, dini başa çıkma yöntemlerinin bağımsızlık sistemini güçlendirdiği ortak sonucuna ulaşılmıştır.

#### **2.3.4.Dini Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi**

Toplumlarda çok sık görülen bir ruhsal rahatsızlık olan depresif bozukluklar önemli bir toplum sağlığı sorunudur (APA, 2007). Depresyonun tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin olması, ciddi oranda yeti yitimi ve olumsuz ekonomik sonuçlara yol açması sebepleri ile araştırma konusu olmasının önemi giderek artmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada depresyon hastalığı giderek artmakta ve her insanın, yaşamının bir döneminde depresyona girme olasılığı %20'dir (Altıntaş, 2015). Toplumları etkileyen böyle bir ruhsal rahatsızlık karşısında hastalık risk etmenleri, koruyucu sağlık etkinlikleri ve etkili tedavi yöntemlerinin araştırılması için birçok ülkede geniş çaplı araştırmalar yapılmaktadır. 1980'lerden sonra Amerika ve Avrupa'da ruh sağlığı-dindarlık araştırmaları artmaya başlamış ve günümüzde de hızla artmaya devam etmektedir (Yapıcı, 2011).

Dini inançlar, olumlu Tanrı algısı, ibadetler, ritüeller, dua, ahiret inancı, cemaat desteği insanın karşılaştığı zorlukları kabullenmesini kolaylaştırdığı gibi süreç içerisinde zorluklarla baş edebilmesinde de direnç kaynağı olmakta ve başa çıkma sürecinde ruh sağlığını koruyucu özelliği vardır (Pargament, 1997). Gray (1987), anne-babasını son 5 yıl içinde kaybetmiş 50 ergen üzerinde yaptığı araştırmasında, daha düşük düzeyde depresyona giren ergenlerin dini inançlarına bağlı olduğu saptamıştır. Ano ve Vasconcelles (2005), 49 çalışmanın meta-analizinde hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkmanın, psikolojik uyumla anlamlı şekilde ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Olumlu dini başa çıkma hem artan pozitif uyumla hem de negatif negatif uyumla anlamlı şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Koenig (2002), depresif hastalara tıbbi hastalıkları, güçsüzlükleri ve stresin sıkıntılarıyla nasıl baş ettikleri sorulduğunda sıklıkla güç kaynağı olarak dini inanç ve uygulamalarını belirttiklerini söylemektedir. Koenig'in (2009) depresyon ve din ilişkisinin konu edildiği 93 çalışmayı incelemiş çalışmaların üçte ikisinin dindar kişilerin düşük şiddette depresyon ya da daha az depresif belirti gösterdiğini ve iyileşme dönemlerinin daha kısa olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yirmi iki boylamsal çalışmanın on beşinde düşük düzey depresyonun ya da belirtilerin daha hızlı iyileşmesinin temel yordayıcısı olarak yüksek dindarlık olduğu görülmüştür (Koenig, 2009).

Dini başa çıkma ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye odaklanan birçok çalışma bulunmaktadır (Bjorck ve Thurman, 2007; Fitchett, Rybarczyk, DeMarco ve Nicholas, 1999; Hebert, Zdaniuk, Schulz ve Scheier, 2009; Maltby ve Gün, 2003; Nooney ve

Woo- daver, 2002; Pargament ve diğeri, 1998; Sherman, Plante, Simonton, Latif ve Anaissie, 2009; Tarakeshwar ve Pargament, 2001; Akt. Carpenter, Laney ve Mezulis, 2012). Carpenter, Laney ve Mezulis (2012), 111 ergen üzerinde dini başa çıkma, stres ve depresif belirtilerin arasındaki olası ilişkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hipotezler ileriye dönük 12 haftalık bir süreç ile test edilmiştir. Olumsuz dini başa çıkmanın çalışma boyunca stresin depresif belirtiler üzerindeki etkilerini önemli derecede değiştirdiğini, strese maruz kalmanın ve olumsuz dini başa çıkmanın yüksek olduğu ergenlerde depresif belirtilerin en yüksek düzeyde olduğu, olumlu dini başa çıkmanın ise stresin depresif belirtiler üzerindeki etkilerini tamponlama hipotezini marjinal olarak desteklediği saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine Bjorck ve Thurman (2007), 336 yetişkin Protestan kilise üyesinde depresif semptomların tahmininde pozitif dini başa çıkmayı stres tamponu olarak incelediği çalışmada olumlu dini başa çıkmanın depresyon puanları üzerinde güçlü bir temel etkisi olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, negatif yaşam olayları ile pozitif dini başa çıkma arasında, negatif yaşam olaylarının depresyon üzerindeki etkisinin, yüksek düzeyde olumlu dini başa çıkma bildiren kişiler için azalmış gibi görüldüğü arasında anlamlı bir etkileşim olduğunu tespit etmişlerdir. Müslüman örneklem üzerinde Ansari (2006) yaptığı çalışmada namaz kılma, ramazan orucu tutma, günlük dua etme ile psikolojik sağlık arasında pozitif ilişki, psikolojik sıkıntı ile ters ilişki olduğu, kendilerini dindar olarak tanımlayanların psikolojik sağlıklarının daha iyi psikolojik sıkıntılarının ise daha az olduğu saptanmıştır. Hristiyan örneklemdeki çalışmalarda saptandığı gibi (Commerford ve Reznikoff, 1996; Idler, 1987; Idler ve Kasl, 1992; Koenig, 1995; Akt. Aydın, 2011) dinin gerekliliklerinden olan ibadete katılım ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Dini bir cemaat ile birlikte yapılan ibadetlere katılım sosyallik ve aidiyet duygusu sağlayarak insanları yalnızlık ve yalıtılmışlık duygusundan kurtarabilir ve sosyal destek almalarını sağlayabilir. Bunu destekleyici nitelikte ise ilgili literatür incelendiğinde klişeye daha sık katılım sağlayanların genel yaşam memnuniyeti daha yüksek (Williams ve ark. 1991), stres (Gray,2000) ve depresyon seviyelerinin daha düşük olduğu (Commerford ve Reznikoff, 1996) ek olarak intihar davranışlarının da daha düşük olduğu (Hilton, Fellingham ve Lyon, 2002) sonuçları karşımıza çıkmaktadır. Depresyon ve dindarlık ilişkisinin incelendiği Güven'in (2008) çalışmasında ise öznel dindarlık algısı ile depresyon belirtileri incelenmiş dindarlık arttıkça depresyon puanlarının düştüğü bulgulanmıştır.

Bu sonuçların aksine Güngördü (2001) tarafından Tanrıya atfedilen özellikler ve dindarlık eğilimleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada depresyon ile iki değişken arasında da bir ilişki belirlenmemiştir. Erkek kanser hastalarının prospektif bir çalışmasında, Hebert ve ark. (2009), pozitif dini başa çıkma ile psikolojik iyi oluş ölçütleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Negatif dini başa çıkmanın, depresif semptomlar, daha kötü ruh sağlığı ve daha düşük yaşam doyumu ile pozitif ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Tıbbi nakil hastaları ile ileriye dönük bir çalışma yapan Sherman ve ark. (2009) da benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Bu çalışma, olumsuz dini başa çıkmanın artmış depresif semptomlar, post-transseksüel kaygı, düşük refah ölçütleri ve nakil kaygıları ile ilişkili olduğunu, olumlu dini başa çıkmanın bu değişkenlerle ilişkisinin olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak birçok araştırma dini inançlar, dini aktivitelere katılım, dua, tanrı ile yakın bağ kurulması ve dini başa çıkma tutumları ile depresyon ve sağlık arasında belirgin bir ilişki bulmuşlardır (Idler ve Kasl, 1992; Taylor ve Nicole, 2001; McIntosh ve Daniel, 1995; Güler, 2007; Maton, 1989; Koenig, 2009; Dew ve ark., 2008; Smith, McCullough ve Poll, 2003; Nelson ve ark. 2002; Ai, Dunkle, Peterson ve Bolling, 1998).

### **2.3.5.Dini Başa Çıkma ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi**

Sağlıklı kişilik, zekâ, algı, sosyal davranışlar ve psikopatolojinin gelişiminde kritik bir öneme sahip olan erken yaşam döneminde yaşanan olumsuz deneyimler kısa ve uzun dönemde etkileri görülen önemli yaşam olaylarıdır. Yaşanılan erken dönem travmatik olayın kişide ruhsal ve bedensel sağlığı olumsuz yönde etkilemekte ve çevresine karşı ve insanlara karşı güvensiz duygulara sahip olabilmekte, dünyanın adaletsiz bir yer olduğunu düşünebilmektedir (Güloğlu ve ark. 2016). Bu durumda tinsellik (spiritüel) temelli yaklaşım dünyayı yeniden anlamlandırabilmesi, umudu yeniden sağlayıp daha dengeli bir dünya algılayışı oluşturarak adalete, adillığe, iyiliğe ve kötülüğe bakışı olumlu yönde değiştirebilmesi yönünden faydalı olabilmektedir (Drescher ve Foy, 1995). Araştırmalar, Travmatik yaşam olayları sonrası psikolojik tepkilerdeki değişkenliğin, travmanın meydana geldiği bireyin yaşı (Van der Kolk ve ark., 2005), aile ortamı ve yetişkin bağlanma stiliyle (Riggs ve ark., 2007; Roche ve ark.) veya başa çıkma tarzı (Gipple ve diğerleri, 2006) ile ilgili olabileceğini göstermiştir.



Maneviyat (spirituality) önemli başa çıkma unsurlarından biridir ve birçok araştırmacı maneviyatı psikolojik zorluklarla mücadele etmek için güçlü bir başa çıkma kaynağı olarak görmektedirler (Harris ve ark., 2005; Maynard ve ark., 2001; Pargament ve ark., 1988).

İlgili literatür incelendiğinde din ve maneviyatın, travma sonrasında nasıl algılandığına dair yapılan 11 araştırmayı inceleyen Shaw, Joseph ve Linley' e göre din ve maneviyat travmanın örseleyici sonuçlarıyla baş edebilmek için umut ve kurtuluş fırsatı olarak görülmekte, kişide dinin ve maneviyatın daha derinleşmesine sebep olmakta bunların yanında olumlu dini başa çıkma ile varoluşsal sorunları kavrayabilme, dini ibadetlere katılım ve içe dönük dini yaşam sağlanabilmektedir. Dini inançlar ve maneviyatın kuvvetliliği kişilerin karşılaştıkları sıkıntı verici olayları ve trajedileri anlama, birtakım manalar yükleme hatta acıyı bile anlamlandırma etkisine sahiptir (Yapıcı, 2007 akt; Muz, 2009). Bjorck (2007), yaptığı araştırmalarda travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan anlam arayışını iyi geliştirilmiş bir din şemasının hızlandırabileceğini belirtmektedir.

Son yıllarda, araştırmacılar olumsuz yaşam olaylarının dini ve manevi sonuçlarını daha derinlemesine incelemeye başlamışlardır (Exline & Rose, 2005; Pargament, Murray-Swank ve & Mahoney, 2008; Park, 2005). Mevcut araştırmalar, travmanın kişisel dini ve ruhsal inanç üzerindeki etkisinin anlaşılmasının, travmatik deneyimin ruhsal gelişim veya düşüşle sonuçlanıp sonuçlanmadığını belirlemeye yardımcı olabileceğini göstermiştir (Pargament, Desai ve McConnell, 2006). Özellikle, maneviyat ve dindarlığın travma sonrası stres semptomlarının gelişimini ılımlılaştırdığı görülmektedir (Walker, Reid, O'Neill ve Brown, 2009). Bu nedenle, güçlü bir dini inanca sahip olmak, istismar mağdurlarının, travmatik deneyimlerini travma sonrası gelişim/büyüme için kullanmalarına yardımcı olabilir. Bununla birlikte, maneviyat ve din, travmatik bir deneyimin ardından inancındaki düşüş nedeniyle etkilenebilir (Walker ve ark. 2009). Dini inancın ve istismarın incelendiği araştırmalarda özellikle baba tarafından cinsel istismara uğramış enstest mağduru bireylerde daha fazla dini algılayış ve tinselliğin zedelendiği saptanmıştır (Drebing ve ark 1998). Bierman'ın (2005) çocukluk çağı olumsuz yaşantıların yetişkinlikteki dindarlığı ve maneviyatı nasıl etkilediğini incelediği araştırmasında özellikle baba tarafından cinsel istismara uğramış bireylerin dindarlık düzeylerinin azaldığı ve

dinden uzaklaştıkları saptanmış buna karşın yakın aile dışından gelen kötü muamele, ruhsal benlik algıları ile pozitif ilişkili olduğu ve çocuklara kötü muamelenin maneviyat üzerindeki olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir.

Walker ve ark. (2009) maneviyat ve dinin çocukluk dönemindeki istismardan nasıl etkilendiğini ve maneviyat ve dinin istismarın zihinsel sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini konu edinen 34 ampirik dergi makalesini incelemiştir. 34 araştırmadan, 8'inde istismarın dindarlık veya maneviyatta bir artışa yol açtığını ancak 14 araştırmada istismar sonrasında din veya maneviyatta bir düşüşün olduğu 12 araştırmada ise hem büyümenin olduğu hem de din ve maneviyatta bir düşüşün olduğu tespit edilmiştir (Walker ve ark. 2009). Çocuklukta istismardan sonra manevi veya dini büyümeyi destekleyen bir çalışmada Valentine ve Feinauer (1993) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, çocuklukta cinsel istismara uğramış ve kötü kullanım deneyimlerine bağlı olarak düşük özgüven, depresyon, utanç ve kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşayan 22 kadın incelenmiştir. Katılımcılar maneviyat ve dinin günlük yaşamda önemli olduğunu düşündüklerini belirtmişler ve dinin kendilerine bir destek kaynağı sağladığını ve olumsuz yaşamsal deneyimler sonrasında anlam kazanmalarına yardım ettiğini belirtmişlerdir (Valentine ve Feinauer, 1993). Bryant-Davis (2005) çocukluk çağında cinsel istismar mağduru 70 Afrikalı Amerikalı erkek üzerinde yürüttüğü çalışmasında travmanın etkileriyle daha iyi başa çıkma için dini başa çıkma stratejilerini kullandıkları tespit edilmiştir. Bogar ve Hulse-Killacky (2006), çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan 10 kadın ile psikolojik dayanıklılığı gözlemek amacıyla nitel bir çalışma tasarlamış ve araştırma sonucunda kadınların iyileşme sürecinin bir parçası olarak maneviyatı (spirituality) kullandığı saptanmıştır. Maneviyatları katılımcıların olumlu bir şeye odaklanmalarına fırsat vermiş böylece hayatlarına devam etmelerine ve istismarın kendileri üzerindeki kontrolünü küçültmelerini sağlamıştır (Bogar ve Hulse-Killacky, 2006).

Travmanın yıkıcı etkilerini azaltmak, psikolojik dayanıklılığı (resilience) arttırmak için önemli bir faktörde sosyal destektir. 'Bir bireye diğer bireylere, gruplara ve daha büyük topluluklara olan sosyal bağlar yoluyla erişilebilir destek sunulması' olarak tanımlanan sosyal destek psikolojik dayanıklılığı artırarak travma sonrası gelişebilecek olumsuz etkileri önlemeye yardımcı olmaktadır (Hyman, Golf ve Cott, 2003 akt; Anastasova, 2014). Dinin insanlar arası ilişkiyi desteklemesi, ibadet

mekanlarının sosyal bağları geliştirmesi ve dini cemaatlerin sosyal destek sağlanmasına katkıda bulunması ile dini başa çıkma aynı zamanda bir başka başa çıkma stratejisi olan sosyal desteği kapsamaktadır. Dini yapılanmalar başa çıkma sürecinde insanlara manevi ve sosyal destek sağlarken topluma hizmet etme imkânı da sunar. Böylece toplum hizmeti bireyin ait olma ve anlamlı işler yapma duygusunu arttırır ve başkalarına destek verme duygusu kişilerin psikolojik sağlığını destekleyebilmekte özellikle depresyonda azalma sağlayabilmektedir (Pargament ve Maton, 2000; Thoits ve Hewitt, 2001; Krause, 2010; Özdoğan, 2009; Akt. Eryücel, 2013).

Gall, Basque, Damasceno-Scott ve Vardey (2007) tarafından 101 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen bir başka çalışmada uzun süreli istismar mağdurlarının bir kısmı Tanrı'yı yardımsever bir kısmı ise daha az yardım sever olarak görme eğilimindedir. Tanrı ile olumlu ilişkilere sahip olan katılımların daha az öfke, endişe ve depresyon semptomlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı istismarı ile yetişkinlikte öfke, endişe veya depresyon belirtileri arasındaki ilişki, bir bireyin Tanrı ile olan ilişkisinin niteliği ile yönetilir ayrıca istismar süresi, çocukluk istismarı ve birinin Tanrı algısı arasındaki ilişkiyi düzenler (Gall, Basque, Damasceno-Scott ve Vardey, 2007). Bu çalışma sonucu Pargament (1997)'in stresle başa çıkma ve stresi değerlendirmede insanların Tanrı algısının etkili olduğu görüşünü desteklemektedir.

Alan yazında Doxey, Jensen ve Jensen (1997) tarafından yapılan çalışmada 653 kadın ve erkek katılımcı incelenmiş, dini aktiviteleri daha fazla olan çocukluk çağı cinsel istismar mağdurlarının daha az depresyon belirtileri ve daha fazla özgüven yaşadığı, dini aktivitenin istismar deneyimi ile depresyon arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışma ise Elliott (1994) tarafından yapılmıştır. 2964 kadın katılımcının 918'i cinsel istismar mağduru olduğu araştırmada örgütlü din pratiği yapanların travma sonrası semptomlarının daha az olduğu saptanmıştır. Son olarak, Galea (2008), 312 Maltalı üniversite öğrencisinden oluşan örneklem ile çocuk istismarının manevi / dini durum üzerindeki etkisini araştırmıştır. Analiz sonuçları, istismarın maneviyat üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığını göstermiştir. Maneviyatın olumlu etki üzerinde doğrudan etkisi olduğu, ancak olumsuz etki üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur. Maneviyatın, bireye, travmanın etkileriyle daha

kolay baş etmelerini sağlayan bilişsel bir çerçeve sağlayabileceğini savunulmaktadır (Galea, 2008).

Sonuç olarak din ve manevi inançların travma ile başa çıkmada olarak olumlu bir etkiye sahip olabileceği görüőü yapılan son dönemdeki araştırmalarla desteklenmektedir (Bryant-Davis ve Wong, 2013; Dueck ve Byron, 2011; Brewer-Smyth & Koenig, 2014 akt; Anastasova, 2014).

## BÖLÜM 3

### 3. Yöntem

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama tekniği ve verilerin analizi ele alınacaktır.

#### 3.1.Araştırmanın Deseni

Araştırma toplam 366 kişi olmak üzere; 257'si kadın 109'u erkek üniversite öğrencisi ile yürütüldü. Bu öğrencilerin yaş ortamları 23,51'dir. (ss:5,317). Katılımcıların çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarını değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTQ-28), depresyon şiddetini ölçmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE), dini başa çıkma tutumlarını belirlemek için Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBÇÖ) kullanılmıştır. Katılımcılar çevrimiçi anket (online survey) yolu ile ölçekleri kendileri doldurmuşlardır ve istedikleri zaman testi terk edebilecekleri belirtilmiştir. Katılım gönüllülük esasına dayanarak gerçekleşmiştir.

#### 3.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmanın katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek.1), Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek.2), Çocukluk Çağı Travmaları ölçeği (Ek.3) Dini Başa Çıkma Ölçeği (Ek.4), Beck Depresyon Envanteri (Ek.5) ve Kısa Semptom Envanteri (EK.6) uygulanmıştır.

##### 3.2.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek.1)

Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya gönüllü katılımları sorgulanmıştır.

##### 3.2.2.Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek.2)

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formudur. Katılımcıların cinsiyet, yaş, okuduğu üniversite, kaçınıcı sınıfta olduğu, toplam eğitim süresi, daha önce psikolojik/psikiyatrik destek alıp almadığı, şu an da psikolojik/psikiyatrik destek alıp almadığı, şu an da psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı, daha önce travmaya maruz olup olmadığı, kaç yaşında ve ne kadar süre boyunca maruz olduğu, tanrı inancı, tanrı algısı, öznel dindarlık algısı, dua etme sıklığı, dua etmenin sıkıntıya etkisi gibi değişkenlere yönelik sorular sorulmuştur.

### **3.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek.3):**

“Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) ölçeği, 1994 senesinde D.P. Bernstein tarafından geliştirilmiş ve daha sonra 1996 yılında Türkçeye uyarlanması yapılmış ve son olarak 2012’de Şar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 20 yaş öncesi fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve duygusal, fiziksel ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmeyi hedefleyen 28 madden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark, 2003). Ölçek 28 maddeden oluşmakta ve 1-5 likert tipindedir ve çocuklukta duygusal, fiziksel, cinsel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal değerlendirilen 5 alt boyuta sahiptir. Ölçekte 5 adet fiziksel istismar, 5 adet cinsel istismar, 5 adet duygusal istismar, 5 adet duygusal ihmal ve 5 adet fiziksel ihmal ölçmek amacıyla oluşturulmuş 25 soru bulunmaktadır ayrıca aldatıcı özellikte tasarlanmış 3 adet minimizeyasyon sorusuyla beraber toplam 28 sorudur. Aldatıcı soruların amacı travmayı küçümsemeyi saptamak ve inkârı ölçmektir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soru 1-5 arasında puanlandırılmaktadır ve travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve total puanın ayrı ayrı hesaplanmasına imkân tanımaktadır. Her bir travma ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa değeri, yüksek iç tutarlılık gösterecek biçimde 0.79-0.94 aralığında değişmektedir (Bernstein ve arkç, 2003; Bernstein and Fink, 1998; Bernstein, 1994; Fink, 1995). Ölçeğin Türkçeye uyarlama ve geçerlik-güvenilirlik çalışması 1996 yılında Şar tarafından yapılmıştır (Şar, 2012).

### **3.2.4.Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBCÖ) (EK. 4)**

Bireylerin yaşamlarında zor ve sıkıntılı olay ve durumlarla karşılaştıklarında başvurdukları dinî başa çıkma etkinliklerini ve başvurma sıklıklarını değerlendiren öz bildirim ölçeğidir. Ekşi ve Sayın (2016) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış ve

güvenirlilik geçerlik çalışması yapılmıştır. Dini Başa Çıkma Ölçeği'nin yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. DFA sonucunda, 10 madde ve 2 faktörlü model için hesaplanan uyum indeksi ( $\chi^2/sd = 2,58$ ; RMSEA= .049; SRMR= .20; GFI= .94; CFI = .95; NFI = .98; NNFI = .93) kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür (Hu ve Bentler, 1999; Kline, 2015; Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003). Ölçekteki maddelerin yol katsayılar .64 ile .93 arasında değişmektedir. Dini Başa Çıkma Ölçeği ile dine yönelme başa çıkma stratejisi arasındaki ilişki incelendiğinde; pozitif dini başa çıkma ile dine yönelme arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki ( $r=.88$ ;  $p<.05$ ); negatif dini başa çıkma ile dine yönelme arasında ise orta düzeyde pozitif ilişki ( $r=.34$ ;  $p<.05$ ) bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach alpha değeri pozitif dini başa çıkma alt ölçeği için .91, negatif dini başa çıkma alt ölçeği için .86 dir. (Ekşi ve Sayın, 2016)

### **3.2.5.Beck Depresyon Ölçeği (EK. 5)**

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş 21 maddelik bir depresif semptomatolojilerini değerlendirme ölçeğidir. Her madde için dört seçenek vardır. Seçenekler 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır ve bu puanların toplanmasıyla depresyon seviyesi elde edilmektedir. Ölçekten en yüksek 63 puan alınabilmekte ve yüksek puanlar depresyon seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Puana göre 0-11 arası olanlarda depresyon yok, 11-16 arasında olanlarda hafif düzeyde depresyon, 17-29 arasında olanlarda orta düzeyde depresyon, 30- 39 arasında olanlarda ciddi depresyon, 40 ve üzeri puanı olanlarda çok ciddi depresyon olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği'nin 1978 yılında hazırlanan ikinci versiyonunun iç tutarlık katsayısı .80, iki yarım test güvenirlilik katsayısı .74, test tekrar test güvenirliliği sırasıyla .73 ve .65 olarak bulunmuştur. Ayrıca BDE ile MMPI-D skalası arasındaki korelasyon ise .63'tür (Hisli, 1989).

### **3.2.6.Kısa Semptom Envanteri (EK.6)**

Derogatis (1992) tarafından geliştirilen 53 maddeden oluşan ve 0-4 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkiye uyarlaması ve geçerlilik güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke/saldırganlık olmak üzere 5 alt faktör elde edilmiştir. Elde edilen iç tutarlılık katsayıları ise .75 ile .87 dir.

### **3.3.Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çocukluk çağı travmaları ve depresyon arasındaki ilişkide dini başa çıkmanın aracı (mediatör) rolünü araştırmak için elde edilen bulguların analizleri için SPSS for Windows 22 versiyonu kullanılmıştır.

Verilerin frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılarak çözümlenmesi yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin bulunduğu korelasyon analizlerinde Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Gruplar travma puanlarının median cut değerine göre yüksek travma ve düşük travma olmak üzere iki gruba ayrılmış ve Crosstabs analizleri yapılırken  $Ki^2$  ve One Way Anova testleri uygulanmıştır. Mediasyon analizlerini gerçekleştirmek üzere regresyon analizi kullanılmıştır.



## BÖLÜM 4

### 4. BULGULAR

#### 4.1.Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yaş, cinsiyet, eğitim süresi ve psikolojik/psikiyatrik destek alma değişkenlerine göre frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri**

	N	%	Ort. (SS)
Yaş	366		23,51 (5,317)
Cinsiyet			
Kadın	257	70,2	
Erkek	109	29,8	
Toplam Eğitim Süresi	365		16,00 (2,415)
Geçmişte Psikolojik/Psikiyatrik Destek			
Evet	137	37,4	
Yatarak Tedavi	3	,8	
Ayakta Psikoterapi	56	15,3	
Ayakta Psikiyatrik (ilaç) Tedavi	36	9,8	
Ayakta Psikoterapi ve Psikiyatrik (ilaç) Tedav	42	11,5	
Şu an Psikolojik/Psikiyatrik Destek			
Hayır	40	10,9	
Ayakta Psikoterapi	14	3,8	
Ayakta Psikiyatrik (ilaç) Tedavi	18	4,9	
Ayakta Psikoterapi ve Psikiyatrik (ilaç) Tedav	8	2,2	
Psikiyatrik İlaç Kullanımı			
Evet	33	9,0	
Hayır	333	91,0	

Katılımcıların travmatik yaşam deneyimleri travmaya maruz olma, travmaya şahit olma ve buna ilişkin yaş ve süre özellikleri aşağıda Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Örneklemın Travmatik Yaşantı Özellikleri**

	N	%	Ort. (SS)
<b>Travma</b>			
Hayır	164	44,8	
Maruz Kalma	47	12,8	
Şahit Olma	65	17,8	
Maruz Kalma & Şahit Olma	90	24,6	
<hr/>			
Travmaya Maruz Kalma Yaşı	129		13,42 (5,994)
<hr/>			
Travmaya Şahit Olma Yaşı	153		15,22(6,199)
<hr/>			
<b>Travmaya Maruz Olma Süresi</b>			
Hiç	237	64,8	
1 Defa	38	10,4	
1 Hafta	8	2,1	
1 Ay	13	3,5	
1 Yıl	24	6,6	
1 Yıldan Fazla	41	11,2	
<hr/>			
<b>Travmaya Şahit Olma Süresi</b>			
Hiç	220	60,1	
1 Defa	48	13,1	
1 Hafta	19	5,2	
1 Ay	20	5,5	
1 Yıl	21	5,7	
1 Yıldan Fazla	38	10,4	

Katılımcıların din ve maneviyat özellikleri Tablo 3’de verilmiştir.

**Tablo 3. Örneklemin Din ve Maneviyat Özellikleri**

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Aile Dini İnanış</b>		
Hayır	13	3,6
İslam	345	94,3
Deizm	6	1,6
<b>Tanrı İnanıcı</b>		
İnanmıyorum	33	9,0
Şüphelerim var	48	13,1
İnanıyorum	285	77,9
<b>Dini inanınş</b>		
Hayır	47	12,8
İslam	284	77,6
Budizm	1	,3
Deizm	28	7,7
Diğer	6	1,6
<b>Tanrı Algısı</b>		
Olumlu Tanrı Algısı	327	89,3
Olumsuz Tanrı Algısı	39	10,7
<b>Öznel Dindarlık Algısı</b>		
Hiç dindar değilim	101	27,6
Biraz Dindarım	135	36,9
Dindarım	115	31,4
Oldukça Dindarım	15	4,1
<b>Dinin Gerekliliklerini Yerine Getirme</b>		
Hiç	67	18,3
Çok Nadir	63	17,2
Bazen	123	33,6
Çoğunlukla	85	23,2
Her zaman	28	7,7
<b>Dua Etme Sıklığı</b>		
Hiç	42	11,5
Çok Nadir	44	12,0
Bazen	61	16,7
Çoğunlukla	134	36,6
Her zaman	85	23,2
<b>Dua Etmenin Sıkıntıya Etkisi</b>		
Sıkıntım Hiç Azalmaz	53	14,5
Pek Azalmaz	42	11,5
Biraz Azalır	96	26,2
Çoğunlukla Geçer	147	40,2
Sıkıntım Tamamen Geçer	28	7,7
<b>Maneviyat Algısı</b>		
Önem Vermem	16	4,4
Biraz Önem Veririm	25	6,8
Önem Veririm	42	11,5
Orta derecede Önem Veririm	64	17,5
Çok Önem Veririm	107	29,2
Oldukça Önem Veririm	112	30,6
<b>Manevi/Spritüel Ritüeller</b>		
Evet	143	39,1
Hayır	223	60,9

Tablo 3.'de örneklemin din ve manevi özellikleri belirtilmiştir. Katılımcıların içine doğdukları ailenin dini inancı, kendilerinin tanrı inancı ve dini inanışları sorgulanmıştır. Ek olarak katılımcıların Tanrı Algısı ve Özne Dindarlık Algıları herhangi bir ölçek ile ölçülmemiş bunun yerine sosyodemografik bilgi formunda çoktan seçmeli sorular ile belirtilmesi istenmiştir. 'Tanrı seven, merhametli, şevkatli ve affedicidir' seçeneğini işaretleyen katılımcılar Olumlu Tanrı Algısına sahip olduğu 'Tanrı uzak, gaddar, cezalandırıcı ve korkutucudur' seçeneğini işaretleyen katılımcılar ise Olumsuz Tanrı Algısına sahip olduğu varsayılmış ve Tablo 3.'de yüzdelik değerleri belirtilmiştir. Katılımcılara inandıkları dinin gerekliliklerini (ibadethaneye gitme, namaz kılma gibi) yerine getirme sıklığı sorgulanmıştır. Katılımcılara ayrıca dinin gerekliliklerinden farklı olarak manevi veya spiritüel ritüelleri (tütsü veya mum yakmak, adak adama gibi) olup olmadığı sorgulanmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, din ve maneviyat özelliklerinin ve ölçeklerden elde ettikleri puan ortalamalarının, travmatik yaşam deneyimine göre dağılımı Tablo 4'de verilmiştir. Gruplar, katılımcıların travma skorunun medyan skoruna göre (34) ikiye ayrılmıştır. 34 puanın altında alanlar düşük travma grubunu 34 ve üzeri puan alanlar ise yüksek travma grubunu oluşturmaktadır.

**Tablo 4. Örneklemen sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve dini başa çıkma puanlarının travma şiddeti düşük ve travma şiddeti yüksek olmasına göre dağılımı**

	Travma şiddeti Düşük (n=186)	Travma Şiddeti Yüksek (n=180)	F/ $\chi^2$	P
Yaş (ort, ss)	22,72 (3,750)	24,11 (5,673)	7,691	,006
Cinsiyet (%)			,914	,218
Kadın	73,1	67,2		
Erkek	26,9	32,8		
Toplam Eğitim Süresi	15,69 (2,283)	16,31 (2,511)	6,138	,014
Geçmişte Psikolojik/Psikiyatrik Destek (%)			16,856	,002
Evet	30,6	44,4		
Yatarak Tedavi	1,1	0,6		
Ayakta Psikoterapi	16,7	13,9		
Ayakta Psikiyatrik Tedavi	7,0	12,8		
Ayakta Psikoterapi ve Psikiyatrik Tedavi	5,9	17,7		
Şu an Psikolojik/Psikiyatrik Destek (%)			12,243	,007
Evet	5,9	16,1		
Ayakta Psikoterapi	2,2	5,6		
Ayakta Psikiyatrik Tedavi	1,6	8,3		
Ayakta Psikoterapi ve Psikiyatrik Tedavi	2,2	2,2		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı (%)			6,109	,013
Evet	5,4	12,8		
Hayır	94,6	87,2		
Aile Dini İnanış (%)			1,326	,515
Hayır	4,3	2,8		
İslam	94,6	94,9		
Deizm	1,1	2,2		
Tanrı İnanıcı (%)			6,634	,036
İnanmıyorum	6,5	11,7		
Şüphelerim var	10,2	16,1		
İnanıyorum	83,3	72,2		
Dini inanış (%)			12,881	,012
Hayır	9,1	16,7		
İslam	83,3	71,7		
Budizm	0,0	0,6		
Deizm	7,5	7,8		
Diğer	0,0	3,3		
Tanrı Algısı (%)			5,340	,021
Olumlu Tanrı Algısı	93,0	85,6		
Olumsuz Tanrı Algısı	7,0	14,4		
Öznel Dindarlık Algısı (%)			10,835	,013
Hiç dindar değilim	23,7	31,7		
Biraz Dindarım	32,8	41,1		
Dindarım	38,2	24,4		
Oldukça Dindarım	5,4	2,8		
Dinin Gerekliliklerini Yerine Getirme (%)			7,340	,119
Hiç	14,5	22,2		
Çok Nadir	15,1	19,4		
Bazen	34,4	32,8		
Çoğunlukla	26,9	19,4		
Her zaman	9,1	6,1		

**Tablo 4. (Devam) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve dini başa çıkma puanlarının düşük travma ve yüksek travmaya göre dağılımı**

	Travma Şiddeti Düşük. (n=186)	Travma Şiddeti Yüksek (n=180)	F/ $\chi^2$	P
Dua Etme Sıklığı (%)			14,814	,005
Hiç	8,6	14,4		
Çok Nadir	8,6	15,6		
Bazen	15,1	18,3		
Çoğunlukla	37,6	35,6		
Her zaman	30,1	16,1		
Dua Etmenin Sıkıntıya Etkisi (%)			13,176	,010
Sıkıntım Hiç Azalmaz	9,1	20,0		
Pek Azalmaz	9,1	13,9		
Biraz Azalır	29,0	23,3		
Çoğunlukla Geçer	43,0	37,2		
Sıkıntım Tamamen Geçer	9,7	5,6		
Maneviyat Algısı (%)			11,662	,040
Önem Vermem	1,6	7,2		
Biraz Önem Veririm	5,4	8,3		
Önem Veririm	9,7	13,3		
Orta derecede Önem Veririm	17,2	17,8		
Çok Önem Veririm	31,2	27,2		
Oldukça Önem Veririm	34,9	26,1		
Manevi/Spiritüel Ritüeller (%)			1,477	,224
Evet	36,0	42,2		
Hayır	64,0	57,8		
Beck Depresyon (ort, ss)*	11,11(8,278)	17,30(11,472)	30,977	,000
Dini Başa Çıkma (ort, ss)*				
Pozitif Dini Başa Çıkma	20,43(6,528)	16,97(6,969)	21,828	,000
Negatif Dini Başa Çıkma	6,32(2,940)	5,94(2,831)	1,716	,191

\*Wilk's Lambda =,875 F=17,130 p<0.05

\*Psikiyatrik ilaç kullanımı kontrol edilmiştir

Düşük ve yüksek travma grubu cinsiyet, aile dini inancı, Tanrı inancı, dinin gerekliliklerini gerine getirme bakımından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Buna karşın geçmişte psikolojik/psikiyatrik destek alma, şu an psikolojik/psikiyatrik destek alma ve psikiyatrik ilaç kullanımı yüksek travma grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak iki grup karşılaştırıldığında yüksek travma grubunda dini inanışa sahip olma daha az, olumsuz Tanrı algısı daha yüksek bulunmuş yüksek travma grubu kendilerini daha az dindar olarak tanımlamışlardır. Dua etme sıklığı ve dua etmenin sıkıntıya etkisinin karşılaştırılması sonucu yüksek travma grubunun daha az dua ettiği ve dua etmenin

sıkıntılarına daha az etki ettiği düşük travma grubunun ise daha sık dua ettiği ve dua etmenin sıkıntılarını daha fazla azalttığı bulunmuştur. Maneviyat algısı bakımından karşılaştırıldıklarında ise düşük travma grubunun maneviyata daha önem verdiği saptanmıştır. Bunlara ek olarak yüksek travma grubunun Beck depresyon envanteri ölçeğinden daha yüksek puan elde etmiş, dini başa çıkma ölçeği incelendiğinde ise pozitif dini başa çıkma puanları daha düşük olduğu saptanmıştır. Her iki grup için negatif dini başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

#### 4.2.Beck Depresyon Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Alt Faktörleri ve Olumlu/Olumsuz Dini Başa Çıkma Korelasyon Analizi

Spearman korelasyon analizine göre, Beck depresyon envanteri ile Çocukluk çağı travmaları alt ölçekleri ve dini başa çıkma alt ölçekleri anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (Tablo 5). Olumsuz dini başa çıkma hiçbir travma alt ölçeği ile ilişkili bulunmamıştır. Bu sebeple olumsuz dini başa çıkmanın mediyasyon (regresyon) analizi yapılmamıştır.

**Tablo 5. Travmanın Alt faktörleri, Dini başa çıkma ve Depresyon Arasındaki İlişkisi**

	1	2	3	4	5	6	7
1.Beck Depresyo Envanteri							
2. Fiziksel İstismar	,237**						
3. Duygusal İstismar	,445**	,543**					
4. Fiziksel İhmal	,169**	,346**	,319**				
5. Duygusal İhmal	,300**	,301**	,419**	,630**			
6. Cinsel İstismar	,330**	,193**	,324**	,117*	,180**		
7.Olumlu Dini Başa Çıkma	-,111*	-,142**	-,118**	-,148**	-,306**	-,080	
8. Olumsuz Dini Başa Çıkma	,131*	-,006	-,008	,006	-,067	,005	,570**

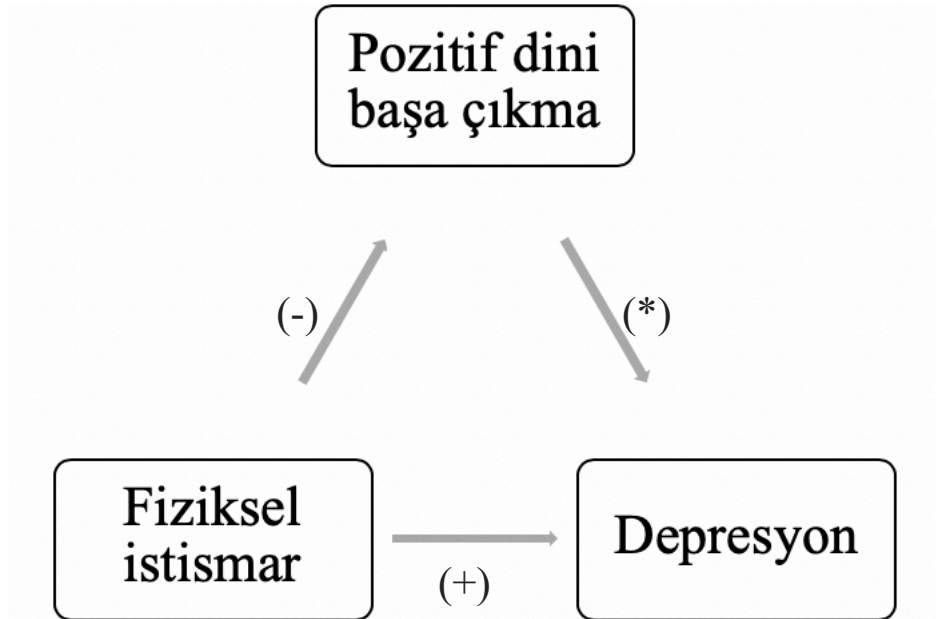
\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0,001

### 4.3. Mediasyon Analizleri

Bu araştırmada, çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolü araştırılmıştır. Önerilen modeli test etmek için, katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldıkları toplam puan, dini başa çıkma ve depresyon puanlarının yordanması için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Araştırmada çocukluk çağı travmalarına yönelik elde edilen puanlar, yordayıcı değişken olarak alınmıştır. Dini başa çıkma ölçeğinin alt faktörü olan olumlu dini başa çıkma ise aracı değişkendir. Aracı değişkenin rolünün incelenmesi için, öncelikle Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen ön koşullar test edilmiştir. Bu önkoşullar şu şekildedir: (1) Yordayıcı ve bağımlı değişken arasında anlamlı bir ilişki olması, (2) Yordayıcı değişken ve aracı değişken arasında ilişkinin anlamlı olması, (3) Aracı değişken ve bağımlı değişken arasındaki anlamlı bir ilişki olması (4) Yordayıcı değişken kontrol edildiğinde, daha önce var olan yordayıcı değişken ve bağımlı değişken arasındaki anlamlı ilişkinin anlamlı olmaktan çıkması veya önceki anlamlılık düzeyinde azalma olmasıdır (Baron ve Kenny, 1986).

#### 4.3.1. Fiziksel İstismar ile Depresyon Arasındaki İlişkide Pozitif Dini Başa ıkmanın Aracı Rolü

şekil 4.1. Pozitif dini başa çıkmanın fiziksel istismar ile depresyon arasındaki aracı rolü



(+) Pozitif yönlü anlamlı ilişki.



(-) Negatif yönlü anlamlı ilişki.

(\*) Anlamlı bir ilişki yoktur.

Fiziksel istismar ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek, fiziksel istismarın depresyon şiddetini yordayıp yordamadığını regresyon analizi kullanılarak test edilmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur,  $\beta=1,008$   $t(366)=4,245$   $p<,0001$  Fiziksel istismar değişkeninin depresyon şiddetine anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,079$   $F=15,475$   $p<,0001$

İkinci olarak tekrar ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek fiziksel istismarın olumlu dini başa çıkmayı yordayıp yordadığı test edilmiş ve iki değişken arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır,  $\beta=-,434$   $t(366)=-2,474$   $p<,0001$  Fiziksel istismarın olumlu dini başa çıkmayı açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,028$   $F=5,262$   $p<,0001$

Üçüncü olarak ise psikiyatrik ilaç kullanımını ve fiziksel istismar değişkeni kontrol edilerek olumlu dini başa çıkmanın depresyonu yordayıp yordadığı test edilmiştir ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6).

**Tablo 6. Fiziksel istismar ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracı rolü**

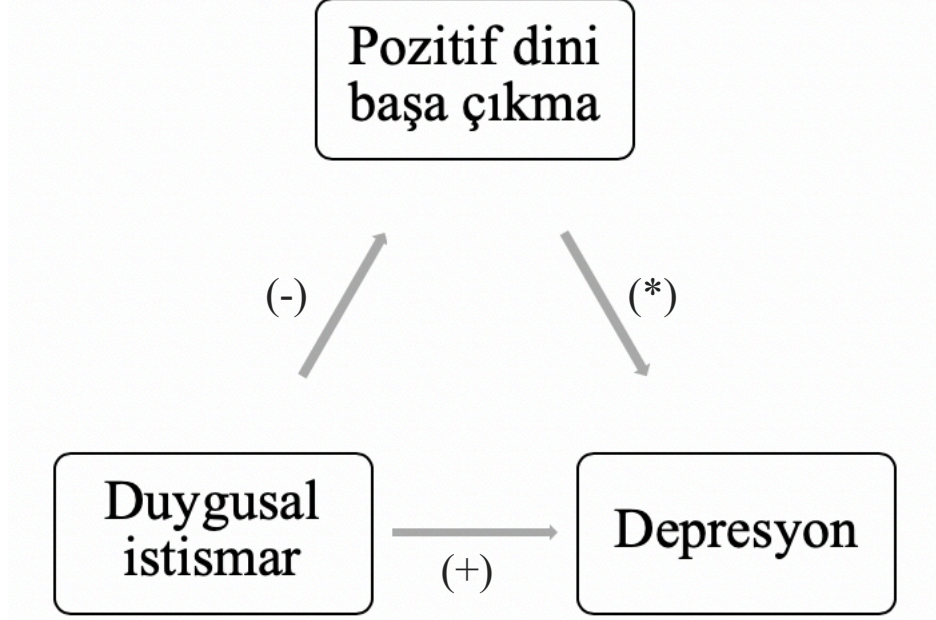
Aşama	Yordayıcılar	Depresyon		
		B	Blok R <sup>2</sup>	Blok F
1	İlaç	6,590***	,030	12,349***
2	İlaç	5,521**	,073	15,475***
	Fiziksel İstismar	1,088***		
3	İlaç	5,304**	,075	10,887***
	Fiziksel istismar	1,045***		
	Pozitif dini başa çıkma	-,099		

\* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$

### 4.3.2. Duygusal İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın

#### Aracı Rolü

Şekil 4.2. Pozitif dini başa çıkmanın duygusal istismar ile depresyon arasındaki aracı rolü



(+) Pozitif yönlü anlamlı ilişki.

(-) Negatif yönlü anlamlı ilişki.

(\*) Anlamlı bir ilişki yoktur.

Duygusal istismar ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek, duygusal istismarın depresyon şiddetini yordayıp yordamadığını regresyon analizi kullanılarak test edilmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur,  $\beta=1,330$   $t(366)=9,072$   $p<,0001$  Duygusal istismar değişkeninin depresyon şiddetine anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,212$   $F=48,703$   $p<,0001$

İkinci olarak tekrar ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek duygusal istismarın olumlu dini başa çıkmayı yordayıp yordadığı test edilmiş ve iki değişken arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır,  $\beta=-,363$   $t(366)=-3,372$   $p<,0001$  duygusal istismarın olumlu dini başa çıkmayı açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmamıştır,  $R^2=,042$   $F=7,919$   $p<,0001$

Üçüncü olarak ise psikiyatrik ilaç kullanımı ve duygusal istismar değişkeni kontrol edilerek olumlu dini başa çıkmanın depresyonu yordayıp yordamadığı test edilmiştir ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 7).

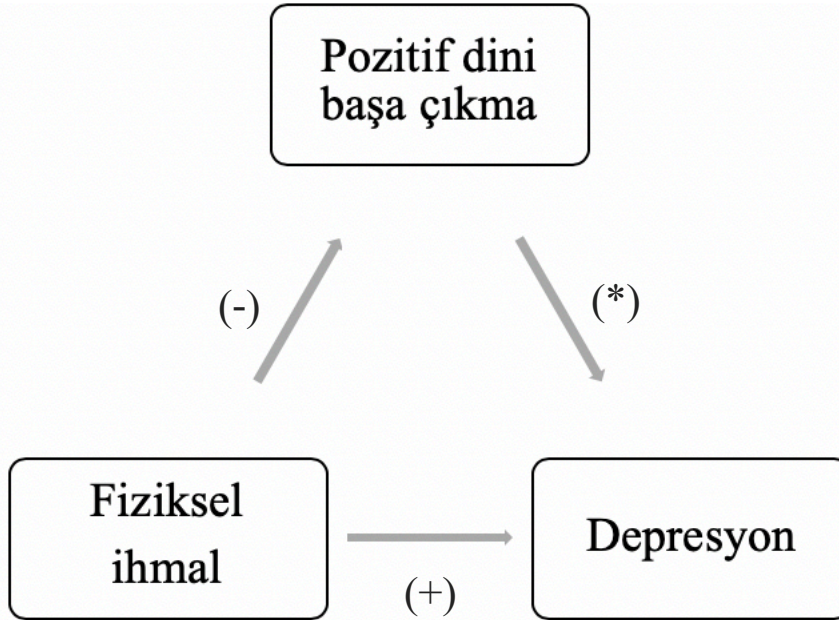
**Tablo 7. Duygusal İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü**

Aşama	Yordayıcılar	Depresyon		
		B	Blok R <sup>2</sup>	Blok F
1	İlaç	6,590***	,030	12,349***
2	İlaç Duygusal İstismar	4,249** 1,330***	,207	48,703***
3	İlaç Duygusal istismar Pozitif dini başa çıkma	4,193** 1,320*** -,028	,205	32,445***

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0,001

#### 4.3.3.Fiziksel İhmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü

Şekil 4.3. Pozitif dini başa çıkmanın fiziksel ihmal ile depresyon arasındaki aracı rolü



(+) Pozitif yönlü anlamlı ilişki.

(-) Negatif yönlü anlamlı ilişki.

(\*) Anlamlı bir ilişki yoktur.

Fiziksel ihmal ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek, fiziksel ihmalin depresyon şiddetini yordayıp yordamadığını regresyon analizi kullanılarak test edilmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur,  $\beta=,580$   $t(366)=3,020$   $p<,0001$  Fiziksel ihmal değişkeninin depresyon şiddetine anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,057$   $F=10,872$   $p<,0001$

İkinci olarak tekrar ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek fiziksel ihmal olumlu dini başa çıkmayı yordayıp yordadığı test edilmiş ve iki değişken arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır,  $\beta=-,350$   $t(366)=-2,700$   $p<,0001$  Fiziksel ihmal olumlu dini başa çıkmayı açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,031$   $F=5,8$   $p<,0001$

Üçüncü olarak ise psikiyatrik ilaç kullanımı ve fiziksel ihmal değişkeni kontrol edilerek olumlu dini başa çıkmanın depresyonu yordayıp yordadığı test edilmiştir ve iki değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

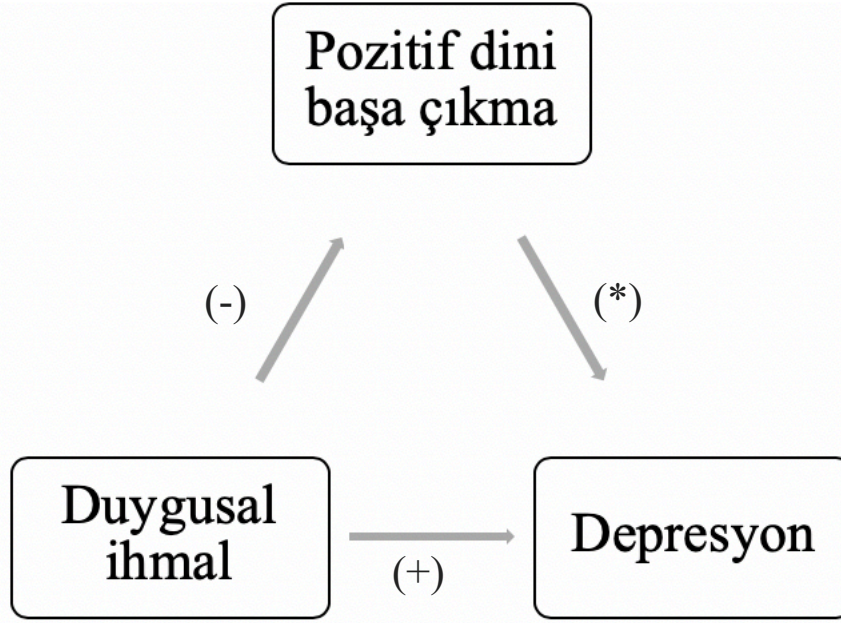
**Tablo 8. Fiziksel İhmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü**

Aşama	Yordayıcılar	Depresyon		
		B	Blok R <sup>2</sup>	Blok F
1	İlaç	6,590***	,030	12,349***
2	İlaç Fiziksel İhmal	6,096** ,580**	,051	10,872***
3	İlaç Fiziksel ihmal Pozitif dini başa çıkma	5,843** ,542** -,108	,054	7,912***

\* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$

#### 4.3.4. Duygusal ihmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü

Şekil 4.4. Pozitif dini başa çıkmanın duygusal ihmal ile depresyon arasındaki aracı rolü



(+) Pozitif yönlü anlamlı ilişki.

(-) Negatif yönlü anlamlı ilişki.

(\*) Anlamlı bir ilişki yoktur.

Duygusal ihmal ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek, duygusal ihmalin depresyon şiddetini yordayıp yordamadığını regresyon analizi kullanılarak test edilmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur,  $\beta=,553$   $t(366)=5,603$   $p<,0001$  Duygusal ihmal değişkeninin depresyon şiddetine anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,110$   $F=22,385$   $p<,0001$

İkinci olarak tekrar ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek duygusal ihmalin olumlu dini başa çıkmayı yordayıp yordamadığı test edilmiş ve iki değişken arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır,  $\beta=-,391$   $t(366)=-5,899$   $p<,0001$  Duygusal ihmalin olumlu dini başa çıkmayı açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmamıştır,  $R^2=,098$   $F=19,771$   $p<,0001$

Üçüncü olarak ise psikiyatrik ilaç kullanımı ve duygusal ihmal değişkeni kontrol edilerek olumlu dini başa çıkmanın depresyonu yordayıp yordamadığı test edilmiştir ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 9).

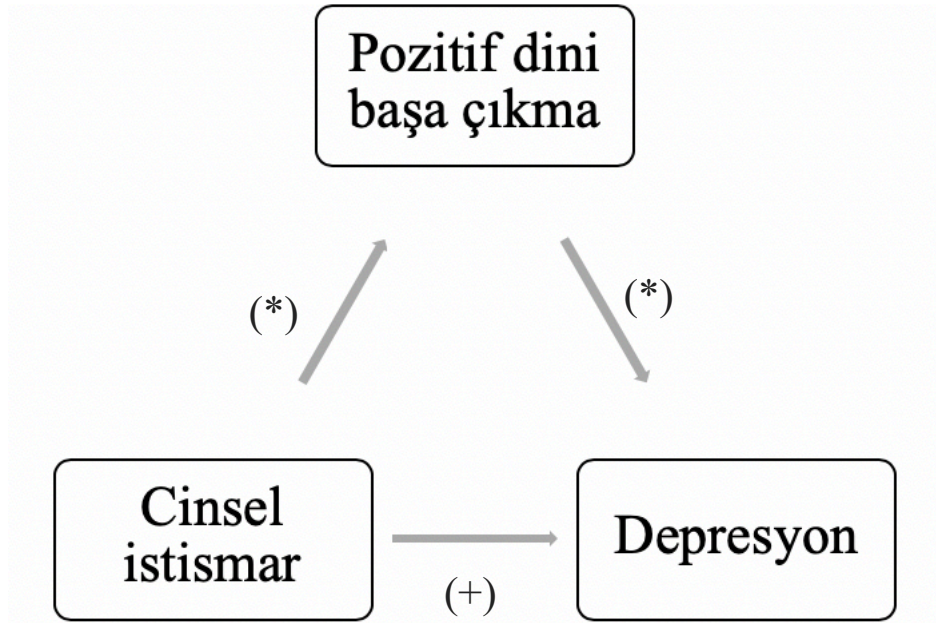
**Tablo 9. Duygusal ihmal ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü**

Aşama	Yordayıcılar	Depresyon		
		B	Blok R <sup>2</sup>	Blok F
1	İlaç	6,590***	,033	12,349
2	İlaç Duygusal ihmal	5,183** ,553***	,105	22,385
3	İlaç Duygusal ihmal Pozitif dini başa çıkma	5,157** ,547*** -,016	,103	14,898

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0,001

#### 4.3.5.Cinsel İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü

Şekil 4.5. Pozitif dini başa çıkmanın cinsel istismar ile depresyon arasındaki aracı rolü



(+) Pozitif yönlü anlamlı ilişki.

(-) Negatif yönlü anlamlı ilişki.

(\*) Anlamlı bir ilişki yoktur.

Cinsel istismar ile depresyon arasındaki ilişkide olumlu dini başa çıkmanın aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek, cinsel istismarın depresyon şiddetini yordayıp yordamadığını regresyon analizi

kullanılarak test edilmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur,  $\beta=,322$   $t(366)=6,594$   $p<,0001$  Duygusal ihmal değişkeninin depresyon şiddetine anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur,  $R^2=,136$   $F=28,635$   $p<,0001$

İkinci olarak tekrar ilaç kullanım değişkeni kontrol edilerek cinsel istismarın olumlu dini başa çıkmayı yordayıp yordadığı test edilmiş ve iki değişken arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmamıştır,  $\beta=-,075$   $t(366)=-1,444$   $p=,150$  Cinsel istismarın olumlu dini başa çıkmayı açıklamada anlamlı bir katkısı olmadığı bulunmuştur,  $R^2=,017$   $F=3,219$   $p<0.5$

Üçüncü olarak ise psikiyatrik ilaç kullanımı ve cinsel istismar değişkeni kontrol edilerek olumlu dini başa çıkmanın depresyonu yordayıp yordadığı test edilmiştir ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 9).

**Tablo 10. Cinsel İstismar ile Depresyon İlişkisinde Pozitif Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü**

Aşama	Yordayıcılar	Depresyon		
		B	Blok R <sup>2</sup>	Blok F
1	İlaç	6,590***	,033	12,349***
2	İlaç Cinsel İstismar	6,029** ,1000***	,136	28,635***
3	İlaç Cinsel istismar Pozitif dini başa çıkma	5,768** ,984*** -,102	,141	19,782***

\* $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\* $p<0,001$

## BÖLÜM 5

### 5. TARTIŞMA

Bu araştırma üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travması ile depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolünü incelemiştir. Teorik bölümde her ne kadar çocukluk çağı travmaları yaşayan bireylerde depresyon görülme olasılığının artabileceği ve dini başa çıkmanın bu ilişkide depresyonu azaltıcı bir rolü olabileceği ileri sürülmüş ise de örneklem grubundan elde edilen bulgular farklı sonuçlar göstermektedir.

İlk olarak çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) ile depresyon ilişkisi test edilmiştir. Araştırmada öngörüldüğü gibi yapılan korelasyon ve regresyon analizi sonuçlarında çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon şiddetinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca travma şiddeti yüksek ve travma şiddeti düşük olarak ayrılan örneklem grubu depresyon puanları açısından karşılaştırılmış ve beklenildiği üzere travma şiddeti yüksek grubun depresyon puanları arasında anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlgili literatür incelendiğinde yapılan araştırmalar, bu araştırmada saptanan sonucu destekler niteliktedir. Çocukların psikolojik sağlığına ilişkin bazı kanıtlar stres altında olan veya stresli yaşam olayları yaşayan çocukların; örneğin fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar veya ihmal öyküsü olan çocukların depresyon geliştirme riskinin 2-5 kat arttığını göstermektedir (Brown ve ark., 2007). Durmuşoğlu ve ark. (2006), çocukluk örseleyici yaşantıların ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisini incelediği çalışmasında çocukluk çağı travmaları ile depresif belirtiler ile ilişkili bulmuştur. Çin’de yapılan bir çalışmada şehirlere çalışmak için göç eden ve çocuklarını kırsalda bırakan ailelerin geride kalmış çocukları (left-behind children) ile iki ebeveyni ile kırsalda birlikte yaşayan geride kalmamış çocuklar (non-left-behind children) üzerinde



yapılan çalışmada, geride kalmış çocukların depresyon riskinin daha yüksek olduğu ve daha duyarlı oldukları saptanmıştır. Bu çalışma sonucu da göstermektedir ki ebeveynlerinden ayrı olarak büyüyen ihmal edilmiş çocuklarda depresyon görülme riski daha büyüktür (Guang, Feng, Yang ve ark., 2017). Bilişsel depresyon modelleri ve bağlanma teorileri bu hipotezi desteklemektedir (Beck, 1967; Ainsworth ve Bell, 1970).

İkinci olarak çocukluk çağı travmaları ile dini başa çıkmanın ilişkisi incelenmiştir. Travmatik yaşam olayları oluşabilecek yüksek toksik stresin etkileriyle baş etmek için dini başa çıkmanın kullanımının artacağı beklenmiş fakat araştırma bulguları bu beklentiyi desteklememiştir. Yapılan korelasyon analizinde çocukluk çağı travmaları ile olumlu dini başa çıkma arasında negatif anlamlı ilişki saptanmış, olumsuz dini başa çıkma anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ve aynı şekilde regresyon analizinde çocukluk çağı travmaları ile olumlu dini başa çıkma arasında negatif anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma bulguları çocukluk çağı travmaları arttıkça olumlu dini başa çıkma stratejilerinin kullanımının azaldığını göstermektedir. Alan yazında farklı araştırma sonuçlarına rastlamak mümkündür. Walker ve ark. (2009) istismar ve din ilişkisinin incelendiği araştırmaları derlediği çalışmasında, incelenen 34 araştırmanın 8'inde istismarın dindarlık veya maneviyatta bir artışa sebep olduğu saptanmışken 14'ünde istismar sonrasında din veya maneviyatta bir düşüşün olduğu 12 araştırmada ise hem travma sonrası büyüme hem de din veya maneviyatta düşüşün olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güloğlu ve ark. (2016), 536 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmasında çocukluk çağı travmasına uğrayan kişilerin spritüellik ve affetme puanlarının travmaya maruz kalmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yalçın'ın (2013) majör depresyon hastalarında travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları üzerine etkisini incelediği araştırmasında duygusal istismarı olan hastaların 'dini başa çıkma' puanları düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Fallot ve Heckman (2005), araştırmasında çocukluk çağı cinsel istismarı ile olumsuz dini başa çıkma arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuş fakat duygusal ve fiziksel istismar ile anlamlı ilişki bulmamıştır. Çalışmamızda ise cinsel istismar ile olumlu dini başa çıkma arasında ve olumsuz dini başa çıkma arasında ilişki anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca çalışmamızda beklenenin aksine çocukluk çağı travmaları ile dini başa çıkma ilişkisinde negatif anlamlı ilişkinin bulunmasını açıklamak üzere katılımcılar

travma şiddeti yüksek ve travma şiddeti düşük olarak iki gruba ayrılarak din ve maneviyat (spritüel) özellikleri karşılaştırılmış ve travma şiddeti yüksek grubun tanrı inancının daha düşük, tanrı algısının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Erken dönemde gelişen şemalar göz önüne alındığında McIntosh'ın (1995) geliştirdiği 'bilişsel bir şema olarak din' teorisine göre çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler din şemasını da etkileyebileceği söylenebilir. Ayrıca bilgi işlem teorisyenlerine göre ise travmatik olaylar kişilerin bilgi düzeltmelerinde, inançlarında ve şemalarında karışıklığa neden olabileceği belirtilmiştir (Chemtob ve ark. 1988, Foa ve ark., 1989; McCann ve Pearlman, 1990; Resick ve Schnicke, 1993, akt; Dınvar, 2011). Bu görüş araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Erken yaşam döneminde travmaya maruz kalmış bireylerin olumsuz tanrı algısının daha yüksek olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur. İlgili yazında olumsuz tanrı algısı ile anksiyete ve travma ile pozitif ilişki bulunması araştırma sonucunu ile paralellik göstermektedir (Justice ve Lambert, 1986; Doehring, 1993; Kane, Cheston ve Greer, 1993; Nowacki-Butzen, 2009, akt; Dınvar, 2011). Tanrı inancına sahip bireyler için yaşamları boyunca olumlu olaylar yaşamaları daha olumlu tanrı algısı oluşmasına yöneltebilmekte, istek ve arzularının tatmin edici şekilde gerçekleşmemesi ise daha olumsuz tanrı algısının oluşması ve tanrıya karşı öfke ve nefret duygularının oluşturmakta ve bireyleri dinden uzaklaştırabilmektedir (Vergote, 1999, akt; Güler, 2007). Çalışmamızın bulgularında tespit edilen travma şiddeti yüksek grupta daha düşük tanrı inancı görülmesi ve dini gereklilikleri yerine getirme ile dua etme sıklığının az olmasına benzer olarak travma deneyimi yaşamış kişilerin dini inançlarının ve davranışlarının negatif yönde etkilendiğine dair literatürde araştırma bulguları mevcuttur (McLaughlin, 1994; Rosetti, 1995; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1989, akt; Dınvar, 2011). Fakat bu çalışmaların aksine travma sonrası kişilerin dini inançlarını ve davranışlarını pozitif yönde etkilediğini belirten araştırmalara da rastlamak mümkündür (Carmil ve Breznitz,1991; Valentine ve Feinauner, 1993, akt; Dınvar, 2011). Çalışma sonuçlarının farklılığı travma ve kişinin dini inancı ve psikolojik durumu arasında kompleks bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu ilişkiyi daha iyi incelemek adına ileride yapılacak araştırmalarda kişilere travma öncesinde din ve maneviyat algıları ile travma sonrası din ve maneviyat algılarında bir değişiklik olup olmadığı sorgulanabilir. Bu bilgi ile travma sonrası büyümenin gerçekleşip gerçekleşmediği tespit edilip, destekleyici tedavilerin uygulanması adına önemli olduğu düşünülmektedir.

Dini başa çıkmanın ilk adımı olarak dua etme olduğu belirtilmektedir (Hökelekli, 1993) Dua tanrı inancı olan kişilere iç huzuru sağlamakta, ümitsizlikten ve yalnızlık duygusundan kurtarmakta, depresyona yol açabilecek yaşamsal zorluklara karşı metanet ve dayanma gücü vermektedir (Pazarlı, 1982; Meadow ve Kahoe 1984; akt. Cengil, 2003). Çalışmamızda dua etme sıklığı travma şiddeti düşük ve yüksek gruplar arasında karşılaştırılmış ve travma şiddeti yüksek olan grupta dua etme sıklığının daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcılara ‘dua etmeniz sıkıntınızı ne derecede azaltır’ diye sorulmuş ve travma grupları arasında dua etmenin sıkıntıya etkisi karşılaştırılmıştır. Travma şiddeti düşük grubunun dua etmenin sıkıntılara etkisinin daha olumlu olmasına karşın travma şiddeti yüksek grubun sıkıntılara etkisinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları ile olumlu dini başa çıkma ilişkisinin negatif olması travma şiddeti yüksek bireylerin dua etme sıklığının daha düşük olması ile paralellik göstermektedir. Ek olarak travma şiddeti yüksek katılımcıların depresyon puanlarının daha yüksek olması sonucu ile travma şiddeti yüksek grubun dua etmelerinin sıkıntılara etkilerinin daha olumsuz olması bulgusu da paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak çocukluk çağı travmaları kişileri derinden sarsıcı, psikolojik sağlığı negatif yönde etkileyen, olumsuz olaylardır. Bu olaylara maruz kalan bireylerin dünyaya ilişkin varsayımları, inançları ve algılarının olumsuz etkilenmesi olasıdır. Bu bilgiler çocukluk çağı travma puanları yüksek bireylerin Tanrı inancının daha düşük olması, olumsuz tanrı algısının daha yüksek olması, dini gereklilikleri yerine getirme ve dua etme sıklığının daha az olmasının açıklamaya yardımcıdır. Buna ek olarak travma ve kişinin dini inancı ve psikolojik durumu arasındaki kompleks ilişkilerin incelenmesi önerilmektedir. Böylece araştırma sonuçlarından elde edilen farklı sonuçların olası nedenlerinin açıklanması mümkün olabileceğine inanılmaktadır.

Mediasyon analizinin son adımı olarak çocukluk çağı travmaları ve psikiyatrik ilaç kullanımını değişkenleri kontrol edilerek dini başa çıkma ile depresyon ilişkisi incelenmiştir. Korelasyon analizi sonucunda olumsuz dini başa çıkma ile travma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sebeple çocukluk çağı travmaları ve depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolünün incelendiği regresyon

analizlerinde olumsuz dini başa çıkma ile ilişkisi incelenmemiş, olumlu dini başa çıkma ile depresyon ilişkisine odaklanılmıştır.

Alan yazında araştırma sonuçları olumlu dini başa çıkmayı kullanan bireylerin depresyon puanlarının daha düşük olduğu bilgisini vermektedir (Bjorck ve Thurman,2007; Ansari, 2006; Commerford ve Reznikoff, 1996; Güven, 2008). Walker, Reid, O'Neill ve Brown (2009), dindarlık ve maneviyatın travmatik yaşam sonrası oluşan stresin şiddetini azaltmaya yardımcı olduğunu belirtmiş ve Maltby ve ark. (1999), dini başa çıkmanın düşük depresyonu yordadığı sonucuna ulaşmıştır. Genel olarak araştırmalar dini baş etme uygulamalarının depresyon riskini azalttığını ortaya koymaktadır (Cirhinlioğlu, 2010). Çalışmamızda yapılan korelasyon analizi sonucu olumlu dini başa çıkma ile depresyon arasında negatif güçlü ilişki bulunması bu bilgiyi desteklemesine rağmen çocukluk travmaları ve psikiyatrik ilaç kullanımının kontrol edilerek dini başa çıkma ile depresyon ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu sonuca örneklemin sınırlılığının etki edebileceği düşünülmektedir. Daha geniş katılımcılı örneklem ile araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Olumsuz dini başa çıkmanın ise daha yüksek depresif semptomlar ile pozitif ilişkili olduğu alan yazında belirtilmiştir (Hebert ve ark., 2009; Sherman ve ark., 2009; Carpenter, Laney ve Mezulis, 2019). Araştırmada bu bilgiyi destekleyen bir bulgu elde edilmiştir. Olumsuz dini başa çıkma ile depresyon ilişkisinin incelendiği korelasyon analizinde olumsuz dini başa çıkma ile depresyon arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Fakat belirtildiği gibi çocukluk çağı travmaları ile olumsuz dini başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı için olumsuz dini başa çıkmanın mediasyon analizleri incelenmemiştir.

## **5.1.Sonuç**

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolü incelenmiştir. Katılımcılardan elde edilen verilerin korelasyon ve regresyon (mediasyon) analizleri yapılarak araştırmanın hipotezleri test edilmiştir.

‘Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) şiddeti arttıkça depresyonun şiddeti artar’ H1 hipotezi desteklenmiştir. Korelasyon ve mediasyon analizi sonucunda çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur.

‘Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) şiddeti arttıkça olumlu dini başa çıkma stratejilerinin kullanımı da artar’ H2 hipotezi desteklenmemiştir. Bu hipotezin aksine çocukluk çağı travmaları ile olumlu dini başa çıkma stratejileri arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) kontrol edildiğinde olumlu dini başa çıkma stratejileri kullanımı arttıkça depresyon şiddeti azalır’ H3 hipotezi desteklenmemiştir. Yapılan mediasyon analizi sonucunda çocukluk çağı travmaları ve psikiyatrik ilaç kullanımı kontrol edildiğinde olumlu dini başa çıkma ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır fakat buna rağmen korelasyon analizinde olumlu dini başa çıkma ile depresyon arasında negatif ilişki bulunmuştur.

‘Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) şiddeti arttıkça olumsuz dini başa çıkma stratejilerinin kullanımı da artar’ H4 hipotezi reddedilmiştir. Korelasyon analizi sonucuna göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır bu sebeple mediasyon analizleri yapılmamıştır.

Son olarak ‘Çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) kontrol edildiğinde olumsuz dini başa çıkma stratejileri kullanımı arttıkça depresyon şiddeti artar’ H5 hipotezi reddedilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda olumsuz dini başa çıkma ile depresyon arasında pozitif anlamlı ilişki olmasına rağmen çocukluk çağı travmaları ile anlamlı bir ilişki saptanmadığı için mediasyon analizi yapılmamıştır.

Bu bulgular doğrultusunda çocukluk çağı travmaları yaşayan bireylerin tanrı algısı ve dini inancı etkilenmektedir. Araştırma sonucunda da görüldüğü üzere travma şiddeti yüksek grubun daha olumsuz tanrı algısına sahip, dini inancı daha düşük, öznel

dindarlık algısı daha düşük ve dini başa çıkmanın ilk adımı olan dua etme sıklığı daha azdır. Bu sebeple de bu kişiler şiddetli negatif afekt ile baş etmek için olumlu dini başa çıkmayı kullanmamaktadırlar. Olumlu dini başa çıkma ile travma şiddetinin negatif ilişkisine bağlı olarak travma şiddeti yüksek grupta depresyon puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda travma sonrası bireylerin psikolojik sağlığını iyileştirebilmek ve depresyon riskini azaltabilmek için dini başa çıkma stratejilerini destekleyici yaklaşıma sahip psikoterapinin kişilere faydalı olabileceği düşünülmektedir. Yaşanılan kötü yaşamsal deneyim sonrasında ortaya çıkan olumlu psikolojik değişim olarak ifade edilen travma sonrası büyümenin desteklenebilmesi (Dınvar, 2011), kişilerin dünyanın adaletsiz bir yer olduğuna dair inançlarını değiştirebilmesi, yeniden umut sağlayabilmesi, yaşadığı kötü deneyim sonrasında zedelenen anlam duygusunu iyileştirmesi için önem taşıyan affetmenin sağlanması (Güloğlu ve ark. 2016) için bireylerin manevi yönünü güçlendirecek müdahale programlarının oluşturulması ve dini başa çıkma tutumlarını destekleyici psikoterapinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın klinik psikoloji literatürüne ve din psikolojisi literatürüne katkı sağlayacağı umulmaktadır.

## **5.2.Sınırlılıklar ve Öneriler**

Çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolünün incelendiği bu araştırmada birtakım sınırlılıklar mevcuttur. Araştırmaya Türkiye'nin farklı illerinden 366 üniversite öğrencisi katılmış ve katılımcıların yüksek çoğunluğunun yaş aralığı 18-30 yaş arasındadır. Örneklemin homojen olması sebebiyle genellenebilirlik açısından sınırlılığa sahiptir. Ayrıca katılımcı sayısının daha fazla olması beklenebilir.

Diğer bir sınırlılık ise çalışmanın ölçeklerinin (BDÖ, KSE, ÇÇTÖ-28, DBÇ) öz bildirim ölçekleri olması ve kullanılan araçların çevrimiçi anket (online survey) yolu ile uygulanmasıdır. Öz bildirim ölçeklerinde yanlılıklar olabileceği araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Toplumumuzda bireylere yüklenen ahlaki değerleri ayıplanma, suçlanma ve damgalanma endişesiyle araştırmanın katılımcılarının travmaya maruz kalsalar bile özellikle çocukluk çağı travmaları ölçeğinin alt boyutu olan cinsel istismar ile ilgili sorulara dürüstlikle cevap vermedikleri düşünülmektedir. Dini başa çıkma ölçeğinin maddelerinin kişilerin dini başa çıkma davranışlarını

ölçümlemede bir sınırlılık oluşturduğu daha kapsamlı bir ölçek geliştirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Geçmiş dönem travmatik deneyim sorgulandığı için hatırlamakta güçlük çekilebileceği ve bu sebeple çalışmanın kesitsel olarak yapılmasının sınırlılık oluşturduğu düşünülmektedir. Boylamsal yöntemlerle yapılacak bir çalışmanın ve daha yüksek katılımcı sayısı ile yaş aralığının daha geniş olmasının araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği açısından daha faydalı olabilir.

Çalışmanın katılımcılara uygulandığı zamanda bir başka sınırlılık olarak söylenebilir. Çocukluk çağı travmaları çocuklukta ve gençlikte maruz kalınabilen olayları sorgulamaktadır, fakat aradan belirli bir zaman geçmiş olması yüksek olasıdır. Beck depresyon envanteri ise katılımcılara ölçeğin uygulandığı gün dahil geçen hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümlelerin seçilmesi ile depresyon puanını belirlemektedir. Yaşanılan travmatik olay ile depresyonun ölçümlendiği zaman arasında geçen sürede birçok kompleks değişken etken olmuş olabilir. Araştırmaların boylamsal olarak yapılması ve bu kompleks değişkenlerin araştırılması için farklı araştırmaların planlanması literatüre katkı sağlama açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Tanrı algısının oluşması ve dini inanç dini bilişsel bir şema olarak düşünüldüğü takdirde çocuklukta şekillendiği söylenebilir. Tanrı algısının ve dini inancın travmatik yaşam sonrası değişip değişmediği net olarak belirlenememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır. Fakat dini bir şema olarak ele alındığı takdirde yaşamın ilk yıllarında şekillenen şemaların oluşmasında etkili olan ebeveyn faktörünü ve ebeveyn tutumlarını göz ardı etmemek gerekir. Çocukların tanrı algısının olumlu olması ile oluşan din şemasının çocuğun ileriki yaşlarda karşılaşılabileceği zorluklarla mücadelesi için destek sağlayıcı ve korucuyu olması açısından önem teşkil etmekte bu sebeple de din ve tanrı algısını oluştururken ve dini eğitim verirken olumsuz, katı tutumlardan kaçınılması ebeveynlere, din adamlarına ve okullarda dini eğitim veren öğretmenlere önerilmektedir.

## Kaynaklar

Ağargün MY, Besiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:221-226.

Ai, A. L., Dunkle, R. E., Peterson, C., & Boiling, S. F. (1998). The role of private prayer in psychological recovery among midlife and aged patients following cardiac surgery. *The Gerontologist*, 38(5), 591-601.

Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev.* 1970;41:49–67.

Akbağ, M. (2000). Stresle başa çıkma tarzlarının üniversite öğrencilerinde olumsuz otomatik düşünceler, transaksyonel analiz ego durumları ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.*

Aker T. (2000). Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul:Mutlu Doğan Ofset U. V. Lak Tesisleri;

Akiskal HS., (2000). Mood disorders. Introduction and overview. İn: BJ Sadock, VA Sadock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh edition.* Baltimore:Lippincott Williams and Wilkins 2000; 1284-98

Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb E, Neeren AM. (2006;). Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: Mediation by Cognitive Vulnerabilty to Depression. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 9(1): 23-64

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. B., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 23–64.

Altundağ, Gizem (2011), *Üniversite Öğrencilerinde Bağlanma Stilleri, Stresle Başa Çıkma Tutumları Ve Stresi Algılama Düzeyinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.

Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV- TR).(Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2007.



Anastasove R. A. (2014) Understanding the Role of Religion in Coping After Trauma: Resilience. Post-traumatic Growth and Difference in Coping Mechanisms. Thesis.

Anderson Miriam J, Marwit Samuel J., Vandenberg Brian (2005), "Psychological and Religious Coping Strategies of Mothers Bereaved By The Sudden Death of a Child." *Death Studies*, 29, ss. 811–826.

Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ... & Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 3-21.

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461–480. doi:10.1002/jclp.20049

Ansari, G.A., (2006), Dealing With Negative Life Events: The Effect of Individual and Collective Religious Participation and Religious Coping On Mental and Physical Health in Muslims. Unpublished Doctoral Dissertation, American University.

APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington DC.

Aydın, Betül- İmamoğlu, Seval (2001), “Stresle Başa Çıkma Becerisi Geliştirmeye Yönelik Grup

Aydın, Kamile Bahar, *Stresle Başa Çıkma*, Nobel Yayınları, İstanbul 2007, s. 7.

Aydın, Ö. G. (2011). Yaşamı sürdürmede dini inancın rolü. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Ü. SBE, Felsefe ve Din B. ABD*, 1-194.

Ayten, A. (2012). Tanrı'ya Sığınmak-Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma. *İstanbul: İz Yayıncılık*.

Ayten, A., Sağır, S. (2014). Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma, *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47, 5-18.

Bacanlı, H., Sürücü, M., & İlhan, T. (2013). Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimler*, 13(1), 81-96.

Batan N. (2016). Dini, Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara üniversitesi

Bayram S., Duman R., Demirtaş B., 2018. Üç İnsan, Bir Olay, Üç Farklı Travmatik Deneyim Süreci . *Türkiye Bütüncü Psikoterapi Dergisi*. 1,1, sy 165-182

Beck AT. (1967). Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 4. 561-571.

Bektaş, M., & Karagöz, Ş., (2017). Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Yanlızlığa Etkisi; Meslek Yüksekokulu Öğrencileri örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(21), 342-355.

Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T *et al* (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 27: 169–190.

Beyazıt U. (2015)., Çocuk istismarı konusunda Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(1).

Bhattacharya, K. & Han, S. (2001). Piaget and cognitive development, In *Emerging perspectives on learning, teaching, and technology*, editor: M. Orey, <http://www.coe.uga.edu/epltt/piaget.htm>

Bilgiç, S. (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık tezi*.

Bilim G. (2012) Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişilerarası Tarz ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara üniversitesi*.

Bjorck, J., & Thurman, J. (2007). Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46, 159–167. doi: 10.1111/j.1468 –5906.2007.00348.x

Bjorck, Jeffrey P. (1995). A Self Centered Perspective on McIntosh’s Religious Schema, *The International Journal For The Psychology Of Religion*, 5 (1), (23-29)

Bogar, C. B., & Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse [Electronic Version]. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 318-327.

Bosmans, G., Braet, C. ve Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 374-385. 264-283.

Bowlby J (1969) Attachment and Loss: Volume 1. Attachment. New York Basic Books.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2. baskı)*. New York: Basic Books.

Braam A W, Van den Eeden M, Prince A, et al. (2001). Religion as a cross cultural determinate of depression in elderly Europeans: results from the Eurodep Collaborations. *Psychol Med*, 31, 803-14.

Briere, J. A., & Scott, C. (2016). Travma Terapisinin İlkeleri. *Bilgi Üniversitesi*.

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. (2011)., Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 9(1):90

Brown GW, Craig TK, Harris TO, Handley RV, Harvey AL. (2007)., Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument-a life-course study of adult chronic depression - 1. *J Affect Disord*. 103:205–15.

Bryant-Davis, T. (2005). Coping Strategies of African American Adult Survivors of Childhood Violence. *Professional psychology: research and practice*, 36(4), 409.

Butchart, A., Phinney Harvey, A., Kahane, T., Mian, M. ve Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., Fűrnis, T., & Kahane, T. (2006). WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.

Bülbül, F., Çakir, Ü., Ülkü, C., Üre, I., Karabatak, O., & Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri/Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 93

Carpenter, T. P., Laney, T., & Mezulis, A. (2012). Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 19-30.

Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ ve ark. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82: 217-225.

Claussen, A, Crittenden P (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15: 5-18.

Cicchetti, D. (2004). Neuroendocrine functioning in maltreated children. In D. Cicchetti & E. Walker (Eds.), *Neurodevelopmental mechanisms in psychopathology* (pp. 345–365). New York, NY: Cambridge University Press.

Claussen AH, Crittenden PM. Physical And Psychological Maltreatment: Relations Among Types Of Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 1991; 15: 5-18.

Commerford, M.C. ve Reznikoff, M., (1996), “Relationship of religion and perceived social support to self esteem and depression in nursing home residents.” *The Journal of Psychology*, 130(1), s.35-50.

Cufta M. (2014) *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkma Dini İnanç ve Tutumların rolü*. Doktora tezi. Uludağ Üniversitesi

Çamurdan Duyan A. *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi. 2006; 35-46.

Çelik F., Hocaoglu Ç. (2016) 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, *Journal Of Contemporary Medicine* 2016;6(1): 51-66.

Dağlı E.T, İnanıcı M.A. *Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım*. Ankara: 2011

Demir, M. (2008). Çocuk ve ergenlerin cinsel istismarı sonrası akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu özelliklerinin incelenmesi. *Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa*.

Dınvar, P. E. (2011). Travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve Tanrı algısı arasındaki ilişki. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara üniversitesi*.

Doğan S. Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2001.

Doxey, C., Jensen, L., & Jensen, J. (1997). The influence of religion on victims of childhood sexual abuse. *International Journal for the Psychology of Religion*, 7(3), 179-186. doi: 10.1207/s15327582ijpr0703\_6

Drebing LR, Berg C, Vincelle GA, Penk W. The long term impact of child abuse on religious behavior and spirituality in men. *Child Abuse Negl* 1998; 22(5):369-380.

Drescher K, Foy D. Spirituality and trauma treatment: Suggestions for including spirituality as a coping resource. *National Center for PTSD Clinical Quarterly* 1995; 5(1):4-5.

Drescher, K. D., & Foy, D. W. (1995). Spirituality and trauma treatment: Suggestions for including spirituality as a coping resource. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5(1), 4-5.

Durna, Ufuk (2006). Üniversite Öğrencilerinin Stres Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt. 20, Sayı. 1.

Durmuşoğlu N, Doğru SSN. Çocukluk örseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006; 15:237- 246.

Dursunkaya D. (2008). Duygusal Örseleme ve İhmal. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı. İç: Çuhadaroğlu FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F, Editörler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3. Ankara: Hekimler Yayın Birliği .s. 478-488.

Ekşi, H. & Sayın, M. (2016, May). The adaptation of Religious Coping Scale into Turkish language: A study of bilingual equivalence, validity and reliability. Paper presented at the AGP Humanities and Social Sciences Conference, BAU International Berlin University, 19-22 May, Berlin, Germany.

Ekşi, Halil (2001). Başaçıkma, Dini Başaçıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi SBE.

Elliott, D. M. (1994). The impact of Christian faith on the prevalence and sequelae of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(1), 95-108.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Eryücel, S. (2013). Yaşam Olayları ve Dini Başa Çıkma. *Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi SBE.*

Eskin, M., A. Akoğlu, and B. Uygur, (2006) *Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışı İle İlişkisi*. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 17(4): p.266-275.

Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 2, 380-398.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al 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*; 1998;14:245–258

Finkelhor, D. *Sexual/y Victimized Children*. Free Press, New York (1979).

Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse Neglect* 1988;12:3-23.

Flanagan C (1994) *A level psychology*. London: Letts Educational.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50:571-579.

Folkman, S & Lazarus, R.S (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1): 150-170

Folkman, S. & Lazarus, R. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3): 571-579

Ford ES, Anda RF, Edwards VJ, Perry GS, Zhao G, Li C, et al. Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*; 2011; 53: 188–193. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.06.015.

Galea, M. (2008). The impact of child abuse on the psycho-spiritual and religious status of Maltese college students. *Pastoral Psychology*, 57(3-4), 147-159.

Gall, T. L., Basques, V., Damasceno-Scott, M., & Vardy, G. (2007). Spirituality and the current adjustment of adult survivors of childhood sexual abuse [Electronic Version]. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(1), 101-117.

Garbarino, J., Guttman, E., & Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco, CA: Jossey

Ge X, Natsuaki MN, Conger RD. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Dev Psychopathol*. 18:253–73.

Geçtan, E. (2013). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. Metis Yayınları. İstanbul 145-146

Gezer, E., (2008), *Stres Veren Yaşam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY ve ark. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 25: 425-446.

Gipple, D. E., Lee, S. M., & Puig, A. (2006). Coping and dissociation among female college students: Reporting childhood abuse experiences [Electronic Version]. *Journal of College Counseling*, 9(1), 33-46.

Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 26:697-714.

Goldberger L, Breznitz S (1982) *Handbook of stress*. NY: The Free Press.

Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A ve ark. (2007) Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. Eds: DJ Stein, DJ Kupfer,

AF Schatzberg, Çeviri Editörü T Oral, İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, s.33-54.

Gökler I. (2002). Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 9:47-57.

Gray, S., (2000), *Spiritual Well-being and Reasons for Living: Assessing the Connections*. Doctoral Thesis, Regent University, USA.

Guang, Y., Feng, Z., Yang, G., Yang, Y., Wang, L., Dai, Q., ... & Zhao, M. (2017). Depressive symptoms and negative life events: What psycho-social factors protect or harm left-behind children in China?. *BMC psychiatry*, 17(1), 402.

Gül A., Gül H., Özen N., Battal S. (2016) Çocukluk Çağı Travmaları Zemininde Depresyon Anksiyete ve Dissosiasyon Semptomları İlişkisinin Araştırılması. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)* 2016;6(3):107-15

Güler N, Uzun S, Boztaş Z ve Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel istismar/ ihmali Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 24 (3):128-134.

GÜLER, Özlem (2007). *Tanrı'ya Yönelik Atıflar, Benlik Algısı ve Günahkarlık Duygusu*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

Güloğlu B, Kararımak Ö, Emiral E. (2016). Çocukluk çağı travmalarının tinsellik ve affetme üzerindeki rolü. *Journal of Psychiatry*. 17(4): 309-16.

Güner, Ş. İ., Güner, S., & Şahan, M. H. (2010). Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*, 17(3), 108-113.

Güngördü, M., (2001), Allah' a Atfedilen Özellikler ile Depresyon Arasındaki İlişki Üzerine bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Güven, H., (2008), Depresyon ve Dindarlık İlişkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43–55.

Harkness KL, Bruce AE, Lumley MN. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *J Abnorm Psychol*. 115:730–41.

Harris AE, Curtin L (2002). Parental perceptions, early mal- adaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *logical Psychiatry*, 45, 533–543.

Harris, M., Fallot, R. D., & Berley, R. W. (2005). Qualitative interviews on substance abuse relapse and prevention among female trauma survivors [Electronic Version]. *Psychiatric Services*, 56(10), 1292-1296.

Hazel, N. A., Hammen, C., Brennan, P. A., & Najman, J. (2008). Early childhood adversity and adolescent depression: The mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, 38, 581–589.

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of palliative medicine*, 12(6), 537-545.

Heim C, Nemeroff CB. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*. 49(12):1023-39.

Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. (2001). Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*.

Herman, J. (2017) Travma ve İyileşme

Hiçdurmaz, D., & Oz, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 50-56.

Hilton, S.C., Fellingham, G.W. ve Lyon, J.L., (2002), “Suicide Rates and Religious Commitment in Young Adult Males in Utah”, *American Journal of Epidemiology*, 155, s.413-419.

Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 3-13.

Hornor G. Emotional maltreatment J Pediatr Health Care, 26 (6) (2012), pp. 436-442

Idler, E. L., ve Kasl, S. V. (1992). "Religion, disability, depression, and the timing of death. " *American Journal of Sociology*, 97, ss. 1052-1079.

Işık E., Işık U., Taner Y.(2013), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gu- rup Matbaacılık, Ankara.

Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364(9432), 462-470.

Kairys, S. W., & Johnson, C. F. (2002). The psychological maltreatment of children-technical report. *Pediatrics*, 109, 1-3.

Kara, Bülent., Biçer, Ümit., Gökalp, Ayşe.Sevim, (2004), “Çocuk İstismarı”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47: ss.140-151.

Kararırmak Ö. Tinsel anlayışın psikolojik danışma- daki rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2004; 22(3):45-53.



Karasu, F., & Bilgen, F. G. (2018). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışları.

Karatekin, H. (2013). Benlik yapılarına göre başa çıkma stratejileri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and psychopathology*, 13(3), 451-471.

Kempe, H. C., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.

Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34, 1475–1482.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.

Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of women's mental health*, 7(2), 133-148.

Koenig, H.G., (2009), "Research on religion, spirituality, and mental health: A Review". *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol.54, May, s.283-290.

Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized alder patients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 9:513-521.

Korkmazlar Oral Ü., Engin, P. Ve Büyükyazıcı, Z. (2010). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu.

Küey L (1998) Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*,1:5-12.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with Aging*. New York: Oxford University Press.

- Lee L, Casanueva C, Martin SL (2005) Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. *Journal of Women's Health*, 2005;14: 225-232.
- Lewis, C. A., Maltby, J., & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1193-1202.
- Loewenthal, K. (2007). *Religion, culture and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maercker A, Michael T, Fehm L, Becker ES, Margraf J. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(6):482-7.
- Maynard, E. A., Gorsuch, R. L., & Bjorck, J. P. (2001). Religious coping style, concept of God, and personal religious variables in threat, loss, and challenge situations [Electronic Version]. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(1), 65-74.
- McGinn, L. K., Cukor, D. ve Sanderson, W. C. (2005). The relationships between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219-242.
- McINTOSH, Daniel N., SILVER, Roxane C., WORTMAN, Camille B. (1993). "Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping With the Loss of a Child", *Journal of Personality & Social Psychology*, 65:4, 812-821
- MCINTOSH, Daniel N.(1995). Religion -as- Schema, With Implications for the Relation Between Religion and Coping, *The International Journal for the Psychology of Religion*, Volume: 5, Issue: 1, (1-16)
- McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 33-43.
- Mikulincer S, Shaver PR (2007) Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. New York Guilford Press.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: Free Press.
- Muz, Seda (2009). Bilişsel Terapi ve Dini Başa Çıkma. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.

Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.

O'Hagan, K. P. (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child abuse & neglect*, 19(4), 449-461.

Öklük, Ö. (2018). *Çocukluk dönemi travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış yetişkin bireylerin benlik saygısı, kişilerarası ilişki tarzları ve baş etme becerilerinin incelenmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Özen Y. (2017). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The journal of social science*.1/cilt:1/sayı:2

Özgentürk İ. (2014) Çocuk İstismarı ve İhmal. *International Journal of Human Sciences*, 11,2:265-278.

Özkan S. Depresyon. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları Yayınları, İstanbul, 2007, 2-5.

Öztürk, O. & Uluğahin, A.(2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. NY: The Guilford Press.

Pargament, K. I., Desai, K. M., & McConnell, K. M. (2006). Spirituality: A pathway to posttraumatic growth or decline? In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. (pp. 121-137). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Pargament, K. I., J. Kennell, W. Hathaway, N. Grevengoed, J. Newman ve W. Jones. (1988). Religion and The Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 27, 90-104.

Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., & Mahoney, A. (2008). Problem and solution: The spiritual dimension of clergy sexual abuse and its impact on survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(3-4), 397-420.

Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.

Park, C. L. (2005). Religion and meaning. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 2, 357-379.

Patterson, J.M & McCubin, H.I (1987). Adolescent Coping Style and Behaviors: Conceptualization and Measurement. *Journal of Adolescence*, 10: 163-186

- Polat O. (2002). Çocuk Haklarını Nedir? İstanbul: Analiz Yayınları, 5-39.
- Polat O. Çocuk istismarı. Adli Tıp Der Yayınları. Yayın no: 290, İstanbul, 2000; 207-231.
- Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları 2002;85-97.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı*. Seçkin.
- Polat, O. (2017). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı tanımlar-1. Seçkin yayıncılık. 2.basım
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999–1010.
- Raes F, Hermans D (2008). On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: brooding versus reflection. *Depression and Anxiety*, 25: 1067-1070.
- Reece RM. (1997). *Child Maltreatment*. New York, Mosby.
- Riggs, S. A., Sahl, G., Greenwald, E., Atkison, H., Paulson, A., & Ross, C. A. (2007). Family environment and adult attachment as predictors of psychopathology and personality dysfunction among inpatient abuse survivors [Electronic Version]. *Violence and Victims*, 22(3), 577-600.
- Riskind, J. H. ve Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 705-725.
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment [Electronic Version]. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 184-207.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Shields, A. ve Toth, S. L. (1995). Parenting dysfunction in child maltreatment. M. H. Bornstein, (Ed.), *Handbook of parenting (Vol. 4) Applied and practical parenting* içinde (127-159). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ross E, Burström B, Saastamoinen P ve ark. (2005) A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Social Science Medicine*, 60: 2443-2451.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B., Zwi, & R. Lozano, (Ed), *World report on violence and health*. WHO, Geneva
- Ruppert,F. (2011). Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları: Ruhun Yaralarını Anlamak ve İyileştirmek, Çev.,Fatma Zengin.

Sadock, B., & Sadock, V. (2004). Problems related to abuse and neglect. R. Cancro (Dü.) içinde, Kaplan& Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry (s. 370-376). Lippincott Williams& Wilkins .

Safran, J. D. ve Segal, Z. V. (1990). *Cognitive therapy: An interpersonal process perspective*. New York: Basic Books.

Savrun BM. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 11-17. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. ve Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy Research*, 19, 295-321.

Sethi D., Bellis M., Hughes K., Gilbert R., Mitis F., Galea G., editors. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Shah R, Waller G (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1): 19-25.

Shapiro, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of clinical psychology*, 70(3), 209-223.

Shefeld, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. ve Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787- 802.

Sheldrick, C. (1991). Adult sequelae of child sexual abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 158(S10), 55-62.

Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., Bem, D. J., & Maren, S. (2012). *Psikolojiye giriş*. Arkadaş Yayınevi.

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229–233.

Spilka, B., & Hood Jr, R. W. Gorsuch, RL (1985). The psychology of religion: An empirical approach.

spirituality as a coping resource. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5(1), 4-5.

Spradley, B., & Allender, J. (1996). *Community Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Company.

Steptoe, A. (1991). 'Psychological coping, individual differences and physiological stress responses' *Personality and Stress; Individual Differences in the Stress Process*. Edited by: Cary L. Cooperand & Roy Payne. England: John Wiley & Sons, Inc.

- Sungur M. İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*.1999;2:105-108.
- Şahin, A. (2007). Din Psikolojisinde Bilişsel Yaklaşım: Mcintosh'un 'Bilişsel Bir Şema Olarak Din'Teorisi Örneği. *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 23(23), 35-50.
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Şar, V. (1998). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı'nda*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 823-833.
- Şar V. (2010). DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "batı cephesinde yeni bir şey yok" mu?. *Klinik Psikiyatri*. 13:196-208.
- Şar, V., Öztürk, P. E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlanması'nın geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Taneli S, Albayrak C, Sivrioğlu Y. (1999), "Ben Hasta Değilim: Çocuk sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü" (Ed Ekşi A) içinde, İstanbul, s:531- 541.
- Taner, Y. ve Bahar, G. (2004); "Çocuk İstismarı ve İhmali, Psikiyatrik Yönleri", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35: 82-85
- Taylor, N. M. (2001). Utilizing religious schemas to cope with mental illness. *Journal of Religion and Health*, 40(3), 383-388.
- Taylor, Nicole M. (2001). "Utilizing Religious Schemas To Cope With Mental Illness", *Journal of Religion and Health*, Vol. 40, No. 3, s. 387.
- T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.(1995), *Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları*, Yayın no: 86, Ankara.
- Tekin, F. (2005). Stresle Başa Çıkma Din Eğitiminin Rolü. Doktora Tezi. Konya. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimsel Enstitüsü.
- Temiz, Y. (2014). Yetişkinlerde Dinî Başa Çıkma Yöntemi Olarak Dua. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya*.
- Terzi, Şerife, Çankaya, Zeynep Cihangir (2009). Bağlanma Stilllerinin Öznel İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü, *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, Cilt. 4. Sayı.31, (1-11).
- Thompson, R. A. (1992). Developmental changes in research risk and benefit: A changing calculus of concerns.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni , 3(4), 76-80.

Topçu, S. (2009). Cinsel istismar. Phoenix Yayınevi.

Turgi, P. A., & Hart, S. N. (1988). Psychological maltreatment: Meaning and prevention. In O. C. S. Tzeng & J. J. Jacobsen (Eds.), *Sourcebook for child abuse and neglect* (pp. 287-317).

Türksoy, N., *Psikolojik travma ve tan› m sorunlar›*. Psikolojik Travma ve Sonuçlar, 2003.

Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D. (2014). Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

Ulukol B., Kahiloğulları A., Sethi D. (2013) European report on adverse childhood experiences survey among university students in turkey. Ankara: WHO Regional Office for Europe.

Uluşahin A. (2003). Depresyona Genel Yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi, 10(2):79- 88.

UNICEF, Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children [http://files.unicef.org/publications/files/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_EN\\_3\\_Sept\\_2014.pdf](http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf) (E.T. 10.02.2014).

Uygur A. (2016). Değerler Sisteminin (Dini Başa Çıkma, Affedicilik Ve Emmons Şükür Ölçekleri Açısından) Anksiyete Duyarlılığı üzerine Yordayıcı Etkisi: Metakognisyonların aracı rolü. Yüksek lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi.

Ünal, S. ve Özcan, E., (2000), “Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1), s.41-46.

Ünal,S. Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, YE, Kırılı, S., (2002), “Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri”, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5, s.8-15.

Valentine, L., & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse [Electronic Version]. *The American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.

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 [Electronic Version]. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.

Walker DF, Reid HW, O’Neill T, Brown L. *Changes in personal religion/spirituality during and after childhood abuse: A review and synthesis. Psychol Trauma 2009; 1(2):130-145.*

Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816–828.

WHO.(2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*. France, World Health Organization.

Wiersma JE, Hovens J, van Oppen P, Giltay EJ, Van Schaik D, Beekman A, et al. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*. 70(7):983-9.

Williams, D.R., Larson, D.B., Buckler, R.E., Heckman, R.C. ve Pyle, C.M., (1991), "Religion and psychological distress in a community sample". *Social Science and Medicine*, 32, s.1257-1262.

Wright MO, Crawford E, Castillo D (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33: 59-68.

Yılmaz, G, İşiten, N, Ertan, Ü. Ve Öner, A., (2003). Bir Çocuk istismarı Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, (4): 295-298.

Yalçın hamurişçi B. ( 2013) Major depresyon hastalarında travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları üzerine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi.

Yapıcı, A. (2011). Kuramdan Yönteme "Ruh Sağlığı-Din" Çalışmalarında Karşılaşılan Güçlükler, Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 11 (2), 25-61.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., & Öner, A. (2003). Bir çocuk istismar vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* (46), 295-302.

Young, J. E. ve Klosko, J. S. (1993). *Hayatı yeniden keşfedin*. (S. Kohen ve D. Güler, Çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları.

Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.

Zeytinoğlu, S. (1991). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların, Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. *Çocuk istismarı ve ihmali*, 147-161.



## **EK. 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

### **“Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon İlişkisinde Dini Başa Çıkmanın Aracı Rolü” Başlıklı Tez Araştırması İçin**

#### **Katılımcı için Bilgiler:**

Tarih: ...../...../.....

Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları, depresyon ve dini başa çıkma puanlarına ilişkin bilgiler almaktır. 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 kullanılacaktır. 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 Yüksek Lisans Programı'nda Nazan Cankılıç 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.

Şartları okudum, araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

## EK 2: Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Verdiğiniz yanıtlar araştırma kapsamında gerekli istatistiksel veriler için kullanılacaktır. Araştırma dışında kesinlikle bir yerde kullanılmayacak ve verdiğiniz bilgiler başka kişilerle de paylaşılmayacaktır.

### Kavramsal Tanım;

**Travma:** Bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı.

1. Cinsiyetiniz.

Kadın  Erkek

2. Yaşınız

.....

3. Hangi üniversitede eğitim görmektesiniz ?

.....

4. Üniversite kaçınıcı sınıftasınız ?

hazırlık sınıfı

1. Sınıf

2. Sınıf

3. Sınıf

4. Sınıf

5. Sınıf

5. Bugüne dek aldığınız eğitim süresini toplam yıl olarak yazınız.

.....

6. Daha önce psikiyatrik / psikolojik bir destek aldınız mı?

Hayır , almadım

Evet / yatarak tedavi

Evet / ayakta psikoterapi tedavisi

Evet / ayakta Psikiyatri (ilaç) tedavisi

Evet / ayakta psikoterapi ve psikiyatrik (ilaç) tedavi

7. Su anda psikiyatrik / psikolojik bir destek alıyor musunuz?

Hayır , almadım

Evet / ayakta psikoterapi

Evet / ayakta Psikiyatri (ilaç) tedavi

Evet / ayakta psikoterapi ve psikiyatrik (ilaç) tedavi

8. Şu an da psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz ?

Evet

Hayır

### Kavramsal Tanım;

Travma: Bireyin ruhsal ve bedensel varlığını değişik biçimlerde sarsan, inciten, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanmaya ya da kendisinin veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan bir olayla karşı karşıya gelinen ya da böyle bir olaya tanık olunan yaşantı.

9. Daha önce travmatik bir olaya maruz kaldınız mı?

Evet

Hayır

10. Kaç yaşında travmaya maruz kaldınız? (Cevabınız hayır ise lütfen aşağıya 0 yazınız)

.....

11. Ne kadar süre boyunca travmaya maruz kaldınız? (Cevabınız hayır ise lütfen aşağıya 0 yazınız)

.....

12. Daha önce herhangi birisinin travmatik bir olaya maruz kalmasına şahit oldunuz mu?

Evet

Hayır

13. Kaç yaşında başka birinin travmatik bir olaya maruz kalmasına şahit oldunuz? (Cevabınız hayır ise lütfen aşağıya 0 yazınız).

.....

14. Ne kadar süre boyunca başka birinin travmatik bir olaya maruz kalmasına şahit oldunuz mu? (Cevabınız hayır ise lütfen aşağıya 0 yazınız)

.....

15. İçine doğduğunuz çekirdek aile herhangi bir dini inanışa sahip mi ? Cevabınız Evet ise lütfen aşağıdaki seçeneklerden hangi dini inanışa sahip olduklarını işaretleyiniz.

Hayır

İslam

Hristiyanlık

Yahudilik

Budizm

Deizm

Diğer

16. Tanrı inancınız ile ilgili aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı lütfen işaretleyiniz

İnanmıyorum

Şüphelerim var

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

17. Herhangi bir dini inanışa sahip misiniz? Cevabınız evet ise lütfen aşağıdaki seçeneklerden hangi dini inanışa sahip olduğunuzu işaretleyiniz.

Hayır

İslam

Hristiyanlık

Yahudilik

Budizm

Deizm

Diğer

18. Tanrı hakkında düşüncelerinize en yakın şıkkı lütfen işaretleyiniz.

Tanrı seven, merhametli, şevkatli ve affedicidir

Tanrı uzak, gaddar, cezalandırıcı ve korkutucudur

19. Kendinizin ait olduğunuzu düşündüğünüz dinin gerekliliklerini yerine getirir misiniz? (Ibadethanelere gitmek; cami, klise, sinagog, tapınak vb., oruç tutmak, namaz kılmak)
- Hiç  
Çok nadir  
Bazen  
Çoğunlukla  
Her zaman
20. Kendinizi dindarlık yönünden nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Hiç dindar değilim/dine ilgisizim  
Biraz dindarım  
Dindarım  
Oldukça dindarım
21. Sıkıntılı zamanlarda ne sıklıkla dua edersiniz?
- Hiç  
Çok nadir  
Bazen  
Çoğunlukla  
Her zaman
22. Dua etmek hissettiğiniz sıkıntıyı ne derece azaltır?
- Sıkıntım hiç azalmaz  
Pek azalmaz  
Biraz azalır  
Çoğunlukla azalır  
Sıkıntım tamamen geçer
23. Kendinizi maneviyata önem veren biri olarak görür müsünüz? Lütfen 1'den 6'ya kadar bir puan veriniz.  
(1: Maneviyata hiç önem vermem, 6: Maneviyata çok önem veririm).
- Maneviyat sözcüğü size ne ifade ediyorsa onun üzerinden puanlayınız.
- |                            |   |   |   |   |                              |
|----------------------------|---|---|---|---|------------------------------|
| 1                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                            |
| Maneviyata hiç önem vermem |   |   |   |   | Maneviyata çok önem veririm. |
24. Dini gerekliliklerden farklı olarak manevi/spiritüel yönden sizi rahatlatan ritüelleriniz var mıdır? (Meditasyon, mum-tütsü yakmak, doğal taş bulundurma, kurşun dökme, adak adama vb.)
- Evet  
Hayır

### EK.3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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

Çocukluğum ya da İlk gençliğimde...

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığında aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen biri olduğumu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz gibi" sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı alan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, söktük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5

16.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.Kendisiyle cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

#### EK. 4: Dini Başa Çıkma Ölçeği

Aşağıda yer alan ifadeleri okuduktan sonra, <b>hayatta bir problemle karşılaştığınızda</b> genel olarak nasıl davrandığınızı düşünerek durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. (1)Hemen hemen hiç yapmam (2)Çok az yaparım (3)Orta derecede yaparım (4)Sıklıkla yaparım					
1	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'a daha yakın olmaya çalışırım.	1	2	3	4
2	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, bunun imanımı derinleştirmek için Allah'tan gelen bir imtihan olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
3	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sevgisini ve himayesini isterim.	1	2	3	4
4	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, teselli bulmak için Kuran-ı Kerim okurum.	1	2	3	4
5	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'tan bağışlanma dilerim.	1	2	3	4
6	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sabırlı olmayı emrettiğini kendime hatırlatırım.	1	2	3	4
7	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, elimden geleni yapar, gerisini Allah'ın takdirine bırakırım.	1	2	3	4
8	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, işlediğim günahlardan dolayı Allah tarafından cezalandırıldığıma inanırım.	1	2	3	4
9	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın beni cezalandırmasına neden olacak ne yaptığımı merak ederim.	1	2	3	4
10	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, yeterince sadık bir kul olmadığım için Allah'ın beni cezalandırdığını düşünürüm.	1	2	3	4

## Ek. 5: Beck Depresyon Envante

### ri

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numaranın üzerine (X) işareti koyunuz. Eğer bir grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (X) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. (0) Üzüntülü ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek hakkında karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk almıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime çok kızıyorum.  
(3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.



- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli bulurum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor..  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranladaha kolay canım sıkılıyor ya da kızıyorum  
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim  
1. Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskisine kıyasla karar verirken çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

## Ek. 6: Kısa Semptom Envanteri

**AÇIKLAMA:** Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU aşağıdaki derecelendirmeye göre uygun olan yeri işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamayı ve de tek bir yeri işaretlemeye özen gösterin. TEŞEKKÜRLER

0 Hiç	1 çok az	2 Orta derecede	3 oldukça fazla	4 ileri derecede
-------	----------	-----------------	-----------------	------------------

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4

20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyon(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklında bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

## ÖZGEÇMİŞ

Nazan Cankılıç 5 Aralık 1992'de İstanbul'da doğmuştur. Lise eğitimini Özel Uğur Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra aynı yıl İstanbul Ticaret Üniversitesi Uluslararası Ticaret bölümü'ne burs alarak girmiş, daha sonra çift anadal programı ile Psikoloji bölümünü başarı bursu ile tamamlamış, 2016 yılında mezun olmuştur. İngiltere'de dil eğitimini sürdürürken birçok seminere katılma şansı bulmuştur.

Lisans eğitimi boyunca stajlarını Özel Merit Mentosorri Anaokulu, AÇEV (Anne ve Çocuk Eğitim Vakfı), Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Fide Danışmanlık Merkezi'nde yapmıştır.

2017 yılında Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisansına kabul edilmiştir. Yüksek Lisans eğitimi boyunca Fide Danışmanlık Merkezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde stajlarını tamamlamış olup, Tulya Kurtulan Atlı Spor Kulübü'nde özel gereksinimli çocuklar ile gönüllü olarak şifa atları binicilik terapilerine katılmıştır. Ayrıca yüksek lisansının son senesinde süpervizyon eşliğinde danışan görmeye başlamıştır.

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nden aldığı Bilişsel Davranışçı Terapi Teori Eğitim Programını tamamlamıştır. Türk Psikologlar Derneği'nden Denver II Gelişimsel Tarama Testi ve Wisc-R Zekâ Testi sertifikalarını almıştır. Ayrıca Şifa Atları Binicilik Terapisti (Hippoterapi) eğitimini almıştır.