

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ARAŞTIRMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI OLAN YETİŞKİNLERDE
DUYGU DÜZENLEME VE İNTROSPEKTİF FARKINDALIK
DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aylin DAYOĞLU

121507004

Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER

İSTANBUL

2024

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Olan Yetişkinlerde Duygu Düzenleme ve İntrospektif Farkındalık Değişkenleri Arasındaki İlişki

The Relationship between Emotion Regulation and Introspective Awareness Variables in Adults with Adverse Childhood Experiences

Aylin DAYOĞLU

121507004

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Doç. Dr. Ersin UYGUN

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Gülçin ŞENYUVA

Haliç Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 24.06.2024

Toplam Sayfa Sayısı: 124

Anahtar Kelimeler

- 1) Duygu Düzenleme
- 2) İnterosepsiyon
- 3) Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları
- 4) Travma
- 5) Ruh Sağlığı

Keywords

- 1) Emotion Regulation
- 2) Interoception
- 3) Adverse Childhood Experiences
- 4) Trauma
- 5) Mental Health

ÖNSÖZ

Değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker'e,

Bana sadece bilgi ve rehberlik sunmakla kalmayıp aynı zamanda destek olan ve fikirlerimi dinleyerek bana alan açtığınız için minnettarım. Bu yüksek lisans programı boyunca öğrendiklerimle kim olduğumu ve ne yapmak istediğimi daha da yakından tanımama olanak sağladığınız için teşekkür ederim.

Bölüm hocalarıma,

Sonsuz destekleri ve paylaştıkları bilgiler için minnettarlık duyarım. Farklı ekoller ve bakış açılarıyla beni tanıştırdığınız için her adımda beni desteklediğiniz ve sorularımı hiç cevapsız bırakmadığınız için çok teşekkür ederim.

Annem ve Babama,

Beni bugünkü noktaya getiren ve her zaman yanımda olan sevgili anne ve babama teşekkürlerimi sunarım. Sizin sevgi dolu rehberliğiniz ve desteğiniz olmasaydı, bu noktaya gelemezdim.

Sınıf ve Bölüm arkadaşlarıma,

Beraber yürüdüğümüz bu yolda birbirimize destek olmanın kıymetini çok iyi biliyorum. Varlığınız desteğiniz ve yol göstermeleriniz benim için çok değerli. Deniz Şevval ve Furkan. Çok teşekkür ederim.

Meslektaşım ve arkadaşım Neslişah'a,

Kim tahmin edebilirdi 10 yaşında beraber sahneye çıkarken şimdi beraber çalışacağımızı akademik ve mesleki anlamda zor anlarımda beni dinleyip destek verdiğin için teşekkür ederim. Senin gibi bir dostum olduğu için çok şanslı hissediyorum.

Mehmet'e,

Her zaman benim yanımda olduğun ve inandığın için teşekkür ederim. Desteğin ve inancın benim için oldukça kıymetli.

Çocukluk döneminde yaralanan, bedenleriyle bağlantıların kaybeden ancak yollarını bulmak için çabalayan yetişkinlerin içlerindeki çocuklara. Bedenlerinizde güvende hissetmeniz dileğiyle.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ	x
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
1. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI.....	3
1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI TÜRLERİ	3
1.1.1. İstismar.....	4
1.1.1.1. Fiziksel.....	4
1.1.1.2. Duygusal.....	4
1.1.1.3. Cinsel	4
1.1.2. İhmal.....	5
1.1.2.1. Fiziksel.....	5
1.1.2.2. Duygusal.....	5
1.1.3. Ev İçi İşlevsizlik Durumu	5
1.1.3.1. Annenin Şiddet Görmesi.....	5
1.1.3.2. Ebeveynlerin Madde Kötü Kullanımı	6
1.1.3.4. Aile İçi Zihinsel Hastalık	6
1.1.3.5. Ebeveyn Ayrılığı ve Boşanma	6
1.1.3.6. Gözetimde Bulunan Aile Üyesi	7

1.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ YOL AÇTIĞI FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIK SORUNLARI	7
1.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ ETKİLERİ	8
2. TRAVMA.....	11
2.1. TRAVMA VE BEYİN.....	11
2.2. TRAVMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI.....	12
3. İNEROSEPSİYON	13
3.1. ZİHİNSEL ALGIDA AŞAĞIDAN YUKARIYA VE YUKARIDAN AŞAĞIYA İŞLEM	15
3.2. İNEROSEPTİF FARKINDALIK NEDİR?	15
3.3. İNEROSEPTİF FARKINDALIK VE RUHSAL BOZUKLUKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ	17
3.4. BEDEN DUYULARINI İHMAL ETME	19
3.5. İNEROSEPTİF FARKINDALIK DUYGULAR ARASINDAKİ İLİŞKİ	19
4. DUYGU DÜZENLEME	21
4.1. DUYGU NEDİR?	21
4.2. DUYGU DÜZENLEME NEDİR?	23
4.3. MODAL DUYGU MODELİ	24
4.4. DUYGULARIN GELİŞİM SÜRECİ.....	25
4.5. DUYGU DÜZENSİZLİĞİ.....	26
4.6. BEDEN VE DUYGULAR	27
5. GEREÇ VE YÖNTEM	29
5.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	29
5.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	29

5.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	30
5.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
5.4.1. Demografik Bilgi Formu.....	31
5.4.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği.....	31
5.4.3. Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği.....	32
5.4.4. İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II (MAIA-II).....	33
5.5. UYGULAMA.....	34
5.5.1. Katılımcı Seçimi	34
5.5.2. Veri Toplama.....	35
5.5.3. Etik Hususlar	35
6. BULGULAR.....	37
6.2. KATILIMCILARIN ACE ENVANTERİNE VERDİKLERİ YANITLAR	39
6.3. KATILIMCILARIN DDBÖ ve MAIA ÖLÇEKLERDEN ALDIĞI PUANLAR	42
6.4. İKİLİ ANALİZLER.....	44
6.4.1. Cinsiyet Kategorileri için İkili Analizler.....	44
6.4.2. Eğitim Düzeyleri İkili Analizleri.....	49
6.4.3. Medeni Durum için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	56
6.4.4. Katılımcıların Sağlıkla İlgili İkili Analizleri.....	62
6.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ İLİŞKİSEL ANALİZLERİ	75
6.5.1. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları.....	75
7. TARTIŞMA	87

7.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI.....	87
7.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ SAĞLIK SONUÇLARI.....	94
7.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI VE İNTROSPEKTİF FARKINDALIK.....	97
7.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI VE DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ.....	99
8. SINIRLILIKLAR.....	102
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
KAYNAKÇA	106
EKLER.....	119
Ek-1: Demografik Bilgi Formu	119
EK-2: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği (ACE)	120
EK-3: Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği.....	121
EK-4: İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II (MAI-II)	122
EK-5: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu	124

KISALTMALAR

ÇÇÖY	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
MAIA-II	İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II
DDBÖ	Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ACE	Adverse Childhoos Experiences (Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları)

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Yaşam Boyu Sağlık ve İyi Oluş Üzerindeki Etki Mekanizmaları	9
Şekil 1.2 İnterosepsiyon Araştırmasının Gelenekleri Ve Önemli Figürler	16
Şekil 1.3 Modal Duygu Modeli.....	25



TABLO LİSTESİ

Tablo 6.1 Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim ve Medeni Duruma Göre Dağılımı	37
Tablo 6.2 Katılımcıların Kronik Rahatsızlık, Psikiyatrik tedavi ve Psikolojik Rahatsızlığa Göre Dağılımı.....	38
Tablo 6.3 Katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarına Göre Dağılımı .	40
Tablo 6.4 Katılımcıların DBBÖ'den Aldıkları Puanlar	43
Tablo 6.5 Katılımcıların MAIA-II'den Aldıkları Puanlar.....	44
Tablo 6.6 Cinsiyet için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	45
Tablo 6.7 Cinsiyet için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	48
Tablo 6.8 Eğitim Düzeyleri için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	50
Tablo 6.9 Eğitim Düzeyleri için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	53
Tablo 6.10 Medeni Durum için DDBÖ ve Alt Boyutları ANOVA (Welch Testi) Analizleri.....	57
Tablo 6.11 Medeni Durum için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	60
Tablo 6.12 Kronik Rahatsızlıklar için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutları Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	62
Tablo 6.13 Kronik Rahatsızlıklar için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	65
Tablo 6.14 Psikolojik Destek/Psikoterapi lar için DBBÖ Toplam Puanı Alt Boyutların Karşılaştırılması	67
Tablo 6.15 Psikiyatrik tedaviler için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	69
Tablo 6.16 Psikolojik Destek/Psikoterapi için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	71

Tablo 6.17 Psikolojik Destek/Psikoterapi lar için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	73
Tablo 6.18 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları İlişkisel Matris	77
Tablo 6.19 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları– Rahatsızlık İlişkisel Tablosu..	80
Tablo 6.20 ACE – DBBÖ İlişkisel Tablosu.....	82
Tablo 6.21 ACE – MAIA İlişkisel Tablosu	85



ÖZET

Bu tez, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları (ACE) yaşamış yetişkinlerde duygu düzenleme ile introspektif farkındalık arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Araştırmalar, çocuklukta yaşanan olumsuzlukların sağlık üzerindeki derin uzun vadeli etkilerini giderek daha fazla vurgulamakta ve bu bireylerin çeşitli psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Ancak, duygusal ve zihinsel sağlık üzerindeki spesifik etkiler yeterince araştırılmamıştır. Duygu düzenleme, bireylerin duygusal deneyimleri, özellikle de stres ve travmayı nasıl yönettiklerini ve bunlara nasıl tepki verdiklerini belirleyen kritik bir süreçtir. Bu iki yapıyı bütünleştiren bu araştırma, erken dönemdeki olumsuz deneyimlerin yetişkinlikte psikolojik dayanıklılık ve ruh sağlığını nasıl etkilediğine ışık tutmayı amaçlamaktadır. Bulgular, olumsuz çocukluk deneyimlerinin duygu düzenleme ve introspektif farkındalık üzerindeki önemli etkilerini, bireylerin zihinsel sağlıklarını ve dayanıklılıklarını nasıl etkilediğini vurgulamaktadır. Araştırma, insanların duyguları nasıl yönettiklerine ve içsel durumları nasıl algıladıklarına dair kalıcı etkiler göstererek hedefe yönelik müdahalelere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bu müdahaleler, duygu düzenleme becerilerini geliştirmeli ve erken travmanın olumsuz etkilerini hafifletmek için bedensel ipuçlarının anlaşılmasını iyileştirmelidir. Araştırma, klinik değerlendirme ve müdahalelerde bütünsel bir yaklaşımı savunarak, ACE'den etkilenen bireylere daha iyi destek sağlanmasını teşvik etmektedir. Önemli bulgular arasında, daha yüksek ACE puanları, duygu düzenleme konusunda daha büyük zorluklar yaşadıkları gözlemlenmiş ve daha düşük introspektif farkındalık gösterdikleri ile ilgili ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar, ACE geçmişi olan bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek için terapötik yaklaşımlar geliştirilmesinin önemini vurgulamakta ve kültürel olarak duyarlı ve bütünsel sağlık uygulamalarının önemine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duygu Düzenleme, İnterosepsiyon, Çocuklu Çağı Olumsuz Yaşantıları, Travma, Ruh Sağlığı

ABSTRACT

This thesis investigates the relationship between emotion regulation and introspective awareness in adults who have experienced adverse childhood experiences (ACE). Research increasingly emphasizes the profound long-term health impacts of childhood adversity, showing that individuals with such backgrounds are at higher risk for various psychological and physical health issues. However, the specific effects on emotional and mental health remain underexplored. Emotion regulation is a critical process that determines how individuals manage and respond to emotional experiences, particularly stress and trauma. Integrating these two constructs, this study aims to shed light on how early adverse experiences affect psychological resilience and mental health in adulthood. The findings highlight the significant impact of ACE on emotion regulation and introspective awareness, affecting individuals' mental health and resilience. The study reveals lasting effects on how people manage emotions and perceive internal states, emphasizing the need for targeted interventions. These interventions should enhance emotion regulation skills and improve the understanding of bodily cues to mitigate early trauma's adverse effects. The study advocates for a holistic approach in clinical assessments and interventions, promoting better support for those affected by ACE.

Key findings include higher ACE scores correlate with greater challenges in emotion regulation and lower introspective awareness. These results underscore the importance of developing therapeutic approaches to improve the overall quality of life for individuals with ACE, emphasizing culturally sensitive and holistic health practices.

Keywords: Emotion Regulation, Introspective Awareness, Adverse Childhood Experiences, Trauma, Mental Health

GİRİŞ

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin uzun vadeli sağlık sonuçları üzerindeki derin etkilerini giderek daha fazla vurgulamaktadır. Araştırmalar, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları geçmişi olan bireylerin çeşitli psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Ancak bu deneyimlerin bireylerin duygusal ve zihinsel sağlıkları üzerindeki etkileri tam olarak anlaşılmamıştır. Bu tez, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile duygu düzenleme ve içsel farkındalık gibi iki temel psikolojik yapı arasındaki etkileşimi keşfetmeye odaklanmaktadır.

Duygu düzenleme, bireylerin stres ve travma gibi duygusal deneyimleri nasıl yönettiklerini ve bu tür deneyimlere nasıl tepki verdiklerini belirleyen kritik bir süreçtir. İntrospektif farkındalık veya bireyin kendi içsel bedensel durumlarını algılama ve anlama yeteneği, duygusal durumların nasıl yorumlandığı ve buna nasıl tepki verildiği açısından hayati önem taşımaktadır. Bu yetenekler, bireylerin duygularını daha sağlıklı bir şekilde işlemelerine ve duygusal zorluklarla başa çıkmalarına olanak tanır.

Bu araştırma, bu iki yapıyı entegre ederek, erken yaşlardaki olumsuz deneyimlerin yetişkinlerin psikolojik dayanıklılığı ve zihinsel sağlığı üzerinde nasıl bir etki yarattığını aydınlatmayı hedeflemektedir. Özellikle, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarından kaynaklanan uzun vadeli zihinsel ve duygusal zorlukları anlamak, bireylerin bu tür deneyimlerden kurtulmalarına ve daha sağlıklı psikolojik işlevsellik geliştirmelerine yardımcı olacak müdahalelerin tasarlanmasına önemli katkılar sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu tez araştırması, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları bireylerin duygu düzenleme kapasiteleri ve içsel farkındalık üzerindeki etkilerini derinlemesine inceleyerek, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları geçmişi olan bireyler için potansiyel olarak iyileştirici terapötik yaklaşımların geliştirilmesine yönelik

değerli bilgiler sunmayı amaçlamaktadır. Bu bilgiler, psikolojik dayanıklılığı artırmak ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının uzun vadeli olumsuz etkilerini azaltmak için kullanılabilir, böylece etkilenen bireylerin genel yaşam kaliteleri önemli ölçüde iyileştirilebilir.



1. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI

1980'li yıllarda ve 1990'lı yılların başında hastalıkların risk faktörleri hakkındaki bilgiler geniş çapta araştırılmış ve halk eğitimi ve önleme programlarıyla birleştirilmiştir. Sigara, alkol kullanımı ve riskli cinsel davranışlar gibi toplum içerisinde yaygın birçok problem risk faktörlerinin popülasyonda rastgele dağılmadığı; birçok kronik hastalığın risk faktörlerinin kümelenme eğiliminde olduğu, yani bir risk faktörüne sahip kişilerin bir veya daha fazla başka risk faktörüne de sahip olma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu gibi araştırmalar Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve Kaiser Permanente tarafından yürütülen Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları araştırmasına sebep olmuştur.

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar, çocukların 18 yaşından önce deneyimlediği, ruhsal veya fiziksel zarara yol açabilen, potansiyel olarak travmatik olay veya durumlardır (Webster, 2022). Kişi ne kadar olumsuz yaşantı yaşarsa, bu ve diğer olumsuz sonuçlara ilişkin riski de o kadar artar. Olumsuz yaşantılar yaygındır; nüfusun önemli bir kısmı en az bir olumsuz yaşantıya maruz kaldığını bildirmektedir ve yaygınlık oranları yaş, ırk/etnik köken ve sosyoekonomik durum gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998). Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları araştırmasında tanımlanan 10 olumsuz yaşantı tipini istismar, ihmal ve ev içi işlev bozuklukları olarak tanımlanmıştır (Scott, 2021).

1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI TÜRLERİ

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve Kaiser Permanente tarafından yürütülen orijinal çocukluk çağı olumsuz yaşantıları araştırması, aşağıdakileri içeren 10 çocukluk çağı olumsuz yaşantıları tipini tanımlamıştır:

1.1.1. İstismar

1.1.1.1. Fiziksel

Bedensel yaralanma, ağrı veya sakatlığa neden olacak şekilde fiziksel gücün kasıtlı olarak kullanılması anlamına gelir. Örnekler olarak; çocuğa vurmak, tekmelemek, yakmak veya başka herhangi bir fiziksel zarar vermek yer alabilir. Fiziksel istismara maruz kalan çocuklar anksiyete, depresyon ve madde bağımlılığı bozuklukları gibi çeşitli ruhsal bozukluklar yaşama açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.1.2. Duygusal

Sözlü saldırıları, zarar verme tehditleri, reddedilme veya aşağılamayı içerir. Duygusal istismar aynı zamanda bir çocuktan sevginin ve/veya desteğin esirgenmesini de içerebilir. Örnek olarak; isim takmak, utandırmak ve sürekli olumsuz eleştirmek yer alabilir. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda depresyon, anksiyete ve düşük özgüven gibi zihinsel ve ruhsal bozukluklar yaşama riski daha yüksektir (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.1.3. Cinsel

Bir çocuğa dokunma, okşama veya cinsel ilişki gibi cinsel aktivitede bulunmayı içerir. Cinsel istismar aynı zamanda çocuğun pornografik materyal üretimine dahil etmesi ve çocuğa pornografik materyal gösterilmesi gibi temassız eylemleri de kapsayabilir. Cinsel istismara maruz kalan çocuklar depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi ruh sağlığı bozuklukları açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.2. İhmal

1.1.2.1. Fiziksel

Yiyecek, giyecek, barınma veya tıbbi bakım gibi temel ihtiyaçların sağlanamaması anlamına gelir. Fiziksel ihmal, çocuğa yeterli gözetim veya koruma sağlanmamasını da içerebilir. Fiziksel ihmal yaşayan çocuklar, gelişimsel gecikmeler, zayıf akademik performans ve davranış sorunları gibi çeşitli ruh sağlığı sorunları açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.2.2. Duygusal

Duygusal destek, sevgi veya rehberlik sağlayamamayı içerir. Duygusal ihmal, çocuğun duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesini veya çocuk sıkıntılı olduğunda onun için güvenli ve rahat bir alan sağlayamamayı da içerebilir. Duygusal ihmal yaşayan çocuklar, depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı bozuklukları açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.3. Ev İçi İşlevsizlik Durumu

1.1.3.1. Annenin Şiddet Görmesi

Annenin fiziksel, cinsel ya da duygusal olarak istismara uğramasına tanık olmak anlamına gelir. Aile içi şiddete tanık olmak çocuklar için travmatik olabilir ve zihinsel ve duygusal sağlıklarını etkileyebilir. Aile içi şiddete tanık olan çocuklar kaygı, depresyon ve TSSB gibi çeşitli ruh sağlığı bozuklukları açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.3.2. Ebeveynlerin Madde Kötü Kullanımı

Hanedeki bir üyenin alkol veya uyuşturucu bağımlılığı gibi madde kullanımını içerir. Madde kullanımı ihmal, istismar ve evdeki istikrarsızlık gibi çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Madde bağımlılığının olduğu hanelerde yaşayan çocuklar; ruh sağlığı bozuklukları, davranış sorunları ve akademik zorluklar gibi çeşitli sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.3.4. Aile İçi Zihinsel Hastalık

Hanedeki bir üyede depresyon, bipolar bozukluk veya şizofreni gibi çok çeşitli durumları içerebilen ruh sağlığı bozukluklarının varlığını ifade eder. Ruh hastalığı, bireyin ve evin işleyişini önemli ölçüde etkileyebilir ve potansiyel olarak ihmale, istismara veya istikrarsızlığa yol açabilir. Ruh sağlığı bozuklukları olan ailelerde büyüyen çocuklar, ruhsal bozukluklar, davranış sorunları ve akademik zorluklar gibi çeşitli olumsuz sonuçlar açısından daha yüksek risk altındadır (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.3.5. Ebeveyn Ayrılığı ve Boşanma

Boşanma ilgili tüm aile üyeleri için stresli ve duygusal bir deneyim olabilir, ancak özellikle çocuklar için zorlayıcı olduğu gözlemlenmiştir. Çocuklar üzüntü, öfke ve kaygı gibi çeşitli duygular yaşayabilir ve yeni yaşam düzenlemelerine veya aile dinamiklerindeki değişikliklere uyum sağlamada zorluk yaşayabilirler. Ebeveyn ayrılığına veya boşanmaya maruz kalmak, zihinsel sağlık bozuklukları, davranış sorunları ve akademik zorluklar dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sonuçlar açısından artan riskle ilişkilidir (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.1.3.6. Gözetimde Bulunan Aile Üyesi

Hane halkı üyesinin hapsedilmesini ifade eder. Hapsedilmenin aile üzerinde maddi sıkıntı, sosyal damgalanma ve duygusal sıkıntı gibi önemli etkileri olabilir. Hanede bir üyesi hapsedilen çocuklar travma, utanç veya suçluluk duygusu yaşayabilir ve sevdikleri birinin yokluğuyla baş etmede zorluk yaşayabilir. Hapsedilmeye maruz kalma, zihinsel sağlık bozuklukları, davranış sorunları ve akademik zorluklar dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sonuçlar açısından artan riskle ilişkilidir (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Marks, 1998).

1.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ YOL AÇTIĞI FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIK SORUNLARI

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına maruz kalma, kalp hastalığı, kanser, depresyon ve ebeveynlerin Madde Kötü Kullanımı bozuklukları gibi çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık durumları için artan risk ile ilişkilendirilmiştir (Scott, 2021). Felitti ve diğer. (1998), yapılan araştırmada katılımcıların yarısından fazlasının en az bir çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yaşadığını ve dörtte birinin iki veya daha fazla deneyim yaşadığını ve yüksek çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olan yetişkinlerin sağlıklarını etkileyen riskli davranışlar, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ile güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu gözlemlemiştir. Araştırma dört veya daha fazla çocukluk çağı olumsuz yaşantıları deneyimi yaşayan katılımcılarda uyuşturucu kullanımı, alkol bağımlılığı, depresyon ve intihar girişimi olasılığı 4-12 kat daha yüksek olduğunu; ayrıca sigara içme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve çoklu hastalık riskleri de 2-4 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Dört veya daha fazla çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yaşayanlarda kronik hastalık olasılığı iki kat, sigara içme veya aşırı alkol tüketimi olasılığı dört kat, obezite olasılığı üç kat, ruh sağlığı bozukluğu olasılığı altı kat, eroin veya kokain kullanma olasılığı 16 kat daha fazladır (DiLemmacdc ve diğer, 2019). Daha yüksek çocukluk çağı olumsuz yaşantıları puanları, daha düşük seviyede eğitim ve istihdam, artan şiddet eğilimi, artan istenmeyen genç gebelik ve artan hastaneye yatış oranları ile ilişkilidir (Bellis ve diğer, 2014). Bunlar arasında en güçlü ilişki çocukluk çağı

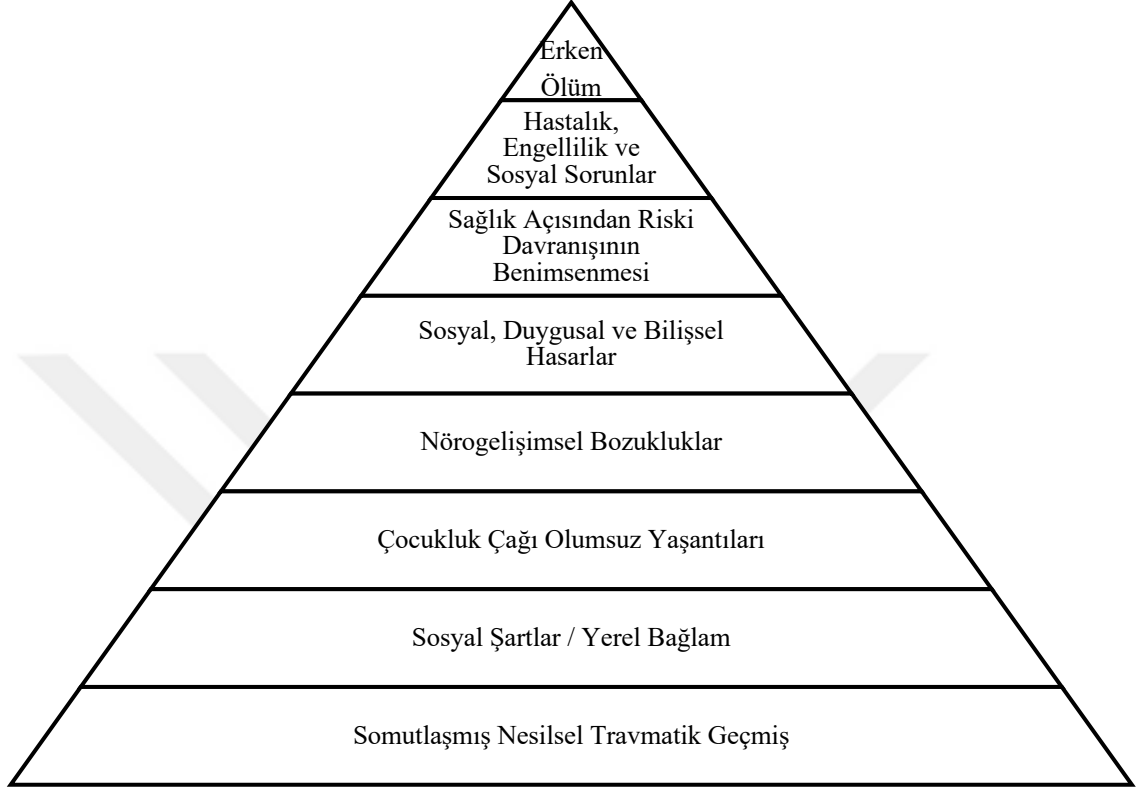
olumsuz yaşantıları ile uyuşturucu kullanımı, intihar girişimleri ve şiddet içeren etkileşimler arasında olduğu bulunmuştur (Bellis ve diğer, 2014). Bipolar bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırma, yetişkinlikte yaşanan olumsuz olaylara kıyasla çocukluk çağında yaşanan olumsuzlukların ruh sağlığı üzerinde daha büyük bir olumsuz etki yarattığı gözlemlenmiştir (Park ve diğer, 2020).

1.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ ETKİLERİ

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, nörolojik, immünolojik, endokrin ve genetik düzenleyici sistemler dahil olmak üzere çeşitli fizyolojik sistemleri önemli ölçüde etkileyebilir ve potansiyel olarak anormal stres tepkilerine ve beyin gelişiminde değişikliklere yol açabilir (Shonkoff ve Garner, 2012; Danese ve McEwen, 2012). Toksik stres olarak da bilinen korunmasız uzun süreli stres, stres tepkilerinin kronik aktivasyonuna neden olabilir ve bu da stres hormonu üretiminde kalıcı değişikliklere yol açabilir (Danese ve McEwen, 2012; Peckins ve diğer, 2015). Araştırmalar da çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olan çocukların kortizol (stres hormonu) üretiminde kronik farklılıklara sahip olabileceğini göstermektedir (Peckins ve diğer, 2015). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına maruz kalma, stresle ilgili hormonların ve kan basıncını, kalp atış hızını, metabolizmayı, iştahı ve üreme sistemini düzenleyen hormonların düzensizliği ile de ilişkilidir (Wahrer ve diğer, 2020).

Ayrıca, Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları beyin işlevlerinin azalmasına, istikrarlı ilişkiler kurmada zorluklara ve risk alma davranışının artmasına neden olabilir (Shonkoff ve Garner, 2012). Bazı bireyler, çocukluk çağında yaşadığı acıyla başa çıkmak için disosiyasyonu kullanabilir ve bu davranış, madde kötüye kullanımıyla tekrarlanabilir (Shonkoff ve Garner, 2012). Bu durumun bir sonucu olarak Şekil 1.1.'de de görüleceği üzere çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının kişilerin erken ölüm riskine etkisinin yüksek derecede olduğu gözlemlenebilir.

Şekil 1.1 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Yaşam Boyu Sağlık ve İyi Oluş Üzerindeki Etki Mekanizmaları



(CDC)

Şekil 1'de görülen çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, hastalık risk faktörlerinin gelişimi ve anne karnından ölüme kadar yaşam boyu iyilik hali ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (CDC). Grafikteki *ilk düzey* "Somutlaşmış Nesilsel Travmatik Geçmiş" dır ve travmanın nesiller arası aktarımını ve bunun sağlık ve refah üzerindeki etkilerini içerir (Danese ve McEwen, 2012; Yehuda ve diğer, 2016).

İkinci düzey "Sosyal Şartlar / Yerel Bağlam" dır ve yoksulluk, ayrımcılık ve toplumsal şiddet gibi çeşitli sosyal ve çevresel faktörleri içerir (Felitti ve diğer, 1998; Anda ve diğer, 2006).

Üçüncü düzey " Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları" dır ve biyolojik, psikolojik ve sosyal mekanizmalar aracılığıyla sağlık ve refah üzerinde kalıcı etkilere nasıl sahip olabileceğini açıklayarak yaşam boyunca sağlık ve refahı etkilediğini vurgulamaktadır (Shonkoff ve diğer, 2012; Danese ve McEwen, 2012; Repetti ve diğer, 2011).

Dördüncü düzey " Nörogelişimsel Bozukluklar" dır ve beyin ve sinir sistemindeki bozulmaları içerir, bu da yürütücü işlevlerde bozulma, dikkat eksikliği ve hafıza sorunları gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Shonkoff ve diğer, 2012; Pechtel ve Pizzagalli, 2011).

Beşinci düzey "Sosyal, Duygusal ve Bilişsel Hasarlar" dır ve depresyon, kaygı, öğrenme güçlüğü gibi çeşitli bozuklukları içerir, bireyin sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini etkileyebilir (Felitti ve diğer, 1998; Anda ve diğer, 2006).

Altıncı düzey "Sağlık Açısından Riski Davranışının Benimsenmesi" dir ve madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar ve kötü beslenme gibi olumsuz sağlık sonuçları riskini artıracak davranışları içerir (Felitti ve diğer, 1998; Anda ve diğer, 2006).

Yedinci düzey " Hastalık, Engellilik ve Sosyal Sorunlar" olarak adlandırılır ve çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek çeşitli olumsuz sonuçları içerir (Felitti ve diğer, 1998; Anda ve diğer, 2006).

Sekizinci düzey "Erken Ölüm" başlığı altında çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının potansiyel uzun vadeli etkilerini temsil eder (Felitti ve diğer, 1998; Anda ve diğer, 2006).

Bu çerçeve, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenleri yaşam boyu sağlık ve refah üzerinde geniş kapsamlı etkilere sahip olabileceğini öne sürmektedir

2. TRAVMA

Travma, sıkıntı veren bir olayın yaşanması veya buna tanık olunması Sonuç olarak ruhta meydana gelen bir tür yaralanmadır. Amerikan Psikoloji Derneği'ne (APA) göre travma; kaza, tecavüz veya doğal afet gibi korkunç bir olaya verilen duygusal tepkidir (APA). Olayın hemen ardından şok ve inkâr gözlemlenebilir. Daha uzun vadeli tepkiler öngörülemeyen duyguları, geçmişe dönüşleri, gergin ilişkileri ve hatta baş ağrısı veya mide bulantısı gibi fiziksel semptomları içerir. Bu duygular normal olmakla birlikte bazı kişiler hayatlarına devam etmekte zorluk çekerler.

APA, travma yaşayan kişilerin duygularını düzenlemede zorluk yaşayabileceğini ve başkalarından kopma veya kopukluk hissi yaşayabileceğini belirtiyor. Ayrıca yorgunluk, uykusuzluk ve iştah değişiklikleri gibi fiziksel belirtiler de yaşayabilirler. Bu semptomlar kişinin günlük yaşamdaki işlevselliğini etkileyebilir ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) veya diğer zihinsel sağlık sorunlarının gelişmesine yol açabilir (APA, 2017).

2.1. TRAVMA VE BEYİN

Bir kişinin travma yaşadığında normal bilgi işlemesi bozulabilir ve bu travmatik anıların parçalanmasına, duygusal bir biçimdeki kodlanmasına yol açılabilir. Bunun nedeni, dil işlemeyen sorumlu olan Broca'nın maruz kaldığı travma sırasında inaktif olması olabilir (Bremner, 2006). Sonuç olarak kişi, deneyimlerini sözcüklere dönüştürmede zorluklar yaşayabilir ve bunun yerine anılarını duyabilir, bedeninde hissedebilir, görüntüler ve duygular şeklinde yeniden yaşantılayabilir. Sinir sistemi aşırı uyarıldığı zamanlarda hızlı kalp atışı, titreme ve hırıltı gibi fiziksel duyularda artışa yol açabilir. Bu fiziksel duyular kişinin semptomlarına eklenebilir ve baş etmeyi zorlaştırabilir (van der Kolk, 2014).

Travmatik bir olayın yaşayan herkesin uzun vadeli olumsuz etkiler yaşamayabileceğini unutmamak önemlidir. Travmanın etkisi kişiseldir ve güçlü bir

destek sisteminin varlığı, önceki travmatik deneyimler ve bireyin özellikleri gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (Bonanno, 2004).

2.2. TRAVMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI

Travma ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yakından ilişkilidir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları çocukluk döneminde meydana gelen fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, ihmal veya evdeki işlev bozuklukları gibi olumsuz olay veya durumları ifade eder. Bu deneyimler çocuğun gelişen beyni ve vücudu üzerinde derin bir etkiye sahip olabilir ve yetişkinlikte çeşitli olumsuz sağlık sonuçları riskini artırabilir.

Amerikan Psikoloji Derneği'ne (APA) göre, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına maruz kalmak, beyinde ve sinir sisteminde, kişinin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere ruhsal sağlık bozukluklarına karşı savunmasızlığını artıran uzun vadeli değişikliklere yol açabilir çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ayrıca kalp hastalığı, diyabet ve obezite gibi fiziksel sağlık sorunları riskini de artırabilir (APA).

APA, bir kişinin ne kadar çok çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yaşarsa, bu olumsuz sonuçlara ilişkin riskin de o kadar yüksek olacağını belirtmektedir (APA). Ancak çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yaşayan herkesin uzun vadeli olumsuz etkiler geliştirmeyeceğini unutmamak önemlidir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının etkisi kişiseldir ve güçlü bir destek sisteminin varlığı, önceki travmatik deneyimler ve bireyin dirençli nitelikleri gibi çeşitli faktörlere bağlı olabilir (Bonanno, 2004).

3. İTEROSEPSİYON

İnterosepsiyon, içsel bedensel sinyalleri algılama, yorumlama ve bunlara yanıt verme yeteneğidir (Khalsa, Sahib, Lapidus, Rachel, 2016). Bireylerin fizyolojik ve duygusal durumlarını algılamalarına ve düzenlemelerine olanak tanıyan duyuşal işlemenin önemli bir yönüdür. İnterosepsiyon, açlık, susuzluk, kalp atış hızı, solunum ve duygusal işleme gibi çeşitli işlevlerde rol oynar (Garfinkel ve Critchley, 2016). Ayrıca ruh hali, kaygı ve stres gibi duygusal durumların düzenlenmesine de katkıda bulunur. Bireyler içsel bedensel sinyallere uyum sağlayarak davranışlarını ve bilişlerini optimal sağlık ve refahı koruyacak şekilde uyarlayabilirler (Craig, 2002).

İnterosepsiyon alanında gerçekleşen araştırmaların 100 yıla aşkın bir geçmişi vardır. Psikoloji ve psikiyatri alanındaki etkili isimler, Sigmund Freud, Carl Rogers ve Antonio Damasio, teorilerinde beden hislerinin önemine vurgu yapmışlardır. Freud, gelişim teorisini tamamen bedensel duygulara ve belirli vücut bölgelerinden kaynaklanan hazzla dayandırmıştır (Freud 1922, 1936). Rogers, içsel duyguların ve duygusal değerlendirmenin önemine vurgu yaparak bunları organizmasal değer verme sürecinin çıktısı olarak görmüştür (Rogers 1959). Damasio, vücut hislerinin kalıplarına dayanan ve karar vermede merkezi bir rol oynayan somatik işaretleyici hipotezini öne sürmüştür (Damasio 1994, 1996). Ancak interosepsiyon ile ilgili araştırmaların başlangıç noktası 1906'da Charles Scott Sherrington'ın "proprioepsiyon", "eksteroepsiyon" ve "interoepsiyon" terimlerini tanıttığı ve Nobel ödülü kazandığı "Sinir Sisteminin Bütünleştirici Eylemi" araştırması olarak bilinmektedir (Sherrington, 1906).

Sherrington, interoepsiyonu, vücudun iç algılayıcı olarak adlandırdığı iç yüzeyini, dış algılayıcı olarak adlandırdığı, çevreyle doğrudan temas halinde olan dış yüzeyle karşılaştırarak ayırt etti ancak "interoepsiyon" terimi 1940'lara kadar yayınlarda yer almamıştı (Freeman ve Sharp, 1941; Mogendovich, 1941; Airapetyantz ve

Bykov, 1945). Zamanla, interoepsiyonun kullanımı gelişti ve artık yaygın olarak çoklu duyusal ve beden durumuna ilişkin daha geniş bir fenomenolojik algıya atıfta bulunmak için kullanılıyor (Craig, 2002).

Odak noktası, yalnızca reseptörlerin konumunu ve uyarılmasını belirtmekten, vücut durumuna ilişkin bütünleşik algının daha kapsamlı anlaşılmasına doğru kaymıştır. Craig'in araştırması, bedensel duyular ile sinirsel süreçler arasındaki karmaşık bağlantıyı vurgulayarak, afferent sinir liflerinin vücut dokularından beyne bilgi iletmedeki rolünü vurgulamaktadır (Emerson, 2023).

Bireylerin tercihleri ve temel tutumları, en sevdikleri yemek, hobiler veya romantik partnerlerle ilgili seğimlerde görüldüğü gibi, "içgüdüsel duygulardan (gut feelings)" büyük ölçüde etkilenmektedir (Smith ve Shefy, 2004). Bu kararların bilinçli olarak açıklanması çoğu zaman zorlayıcıdır ve sürecin kendisi bilinçsiz kalır; bilinçli çıktı bir duygudur. Bu durum zaman zaman interoepsiyon ve nöroepsiyonun çıktısı olarak da açıklanabilir. Algılanan semptomları da içeren vücut duyuları, bireyin tüm yaşam tarzı üzerinde derin bir etkiye ve uzun vadede fiziksel sağlık açısından olumlu ya da olumsuz önemli sonuçlara yol açma potansiyeline sahiptir (Prince ve diğer. 2007).

İnteroepsiyon, geleneksel olarak kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal ve ürogenital sistemlerle ilişkili iç organlardaki duyu reseptörleri tarafından toplanan ve otonom sinir sisteminin artan yollarıyla iletilen bilgilerin işlenmesini içerir (Ádám 1998). Bu bilgi öncelikle fizyolojik veya homeostatik amaçlara hizmet eden vücudun iç durumuyla ilgilidir. Bu süreçte içgüdüsel olayların bilinçli ve iletilebilir algısı nadirdir, çünkü normal koşullar altında kan basıncı veya mide kasılmaları gibi çoğu içsel olaya doğrudan erişimimiz yoktur. Ancak belirli durumlarda egzersiz sırasında nefes darlığı, açlık ve susuzluğun doyması, mesane ve rektumun dolu olması gibi bazı iç organ rahatsızlıkları hissedilebilir (Paintal 1986). Bu duyulara tipik olarak davranışı etkileyen olumsuz bir duygusal durum eşlik eder (Ádám 1998).

3.1. ZİHİNSEL ALGIDA AŞAĞIDAN YUKARIYA VE YUKARIDAN AŞAĞIYA İŞLEM

Aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya işleme, bilgi işlemede iki farklı yaklaşımı ifade eder ve kişinin kendi düşüncelerini ve deneyimlerini incelemeyi ve yansıtmayı içeren iç gözlem açısından anlaşılabilir (Evans ve Stanovich, 2013).

Aşağıdan Yukarıya İşleme duysal bilginin bilişsel sisteme girerken işlenmesini içerir. Temel duysal girdiyle başlar ve daha karmaşık bilişsel süreçlere doğru gelişir (Treisman, 1996).

Aşağıdan yukarıya bir yaklaşım kullanarak iç gözlem yaparken, ham duysal verilere odaklanır ve zihninizin bu bilgiyi nasıl işlediğini gözlemlersiniz (Rensink, 2000). Yukarıdan Aşağıya İşleme gelen duysal bilgileri yorumlamak ve anlamlandırmak için önceden var olan bilgi ve beklentileri kullanmayı içerir. Bu, üst düzey bilişsel süreçlerin algıyı etkilediği, daha kavramsal olarak yönlendirilen bir süreçtir (Barsalou, 1999).

Yukarıdan aşağıya bir yaklaşımla iç gözlem yaparken, önceki bilginizin, deneyimlerinizin ve beklentilerinizin algınızı nasıl şekillendirdiği üzerine düşünürsünüz. Örneğin, bir konuşmanın bir parçasını duyarsanız, geçmiş deneyimleriniz ve beklentileriniz, sözcüklerin anlamlarını nasıl yorumlayacağınızı ve anlayacağınızı etkileyebilir (Bruner, 1957).

İç gözlemde bu iki yaklaşım birbirini dışlamaz; genel bilinçli deneyimimizi yaratmak için sıklıkla birlikte çalışırlar. Aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya işleme arasındaki etkileşim, zihnimizin bilgiyi nasıl işlediğine dair daha bütünsel bir anlayış sağlar (Eysenck, 2012).

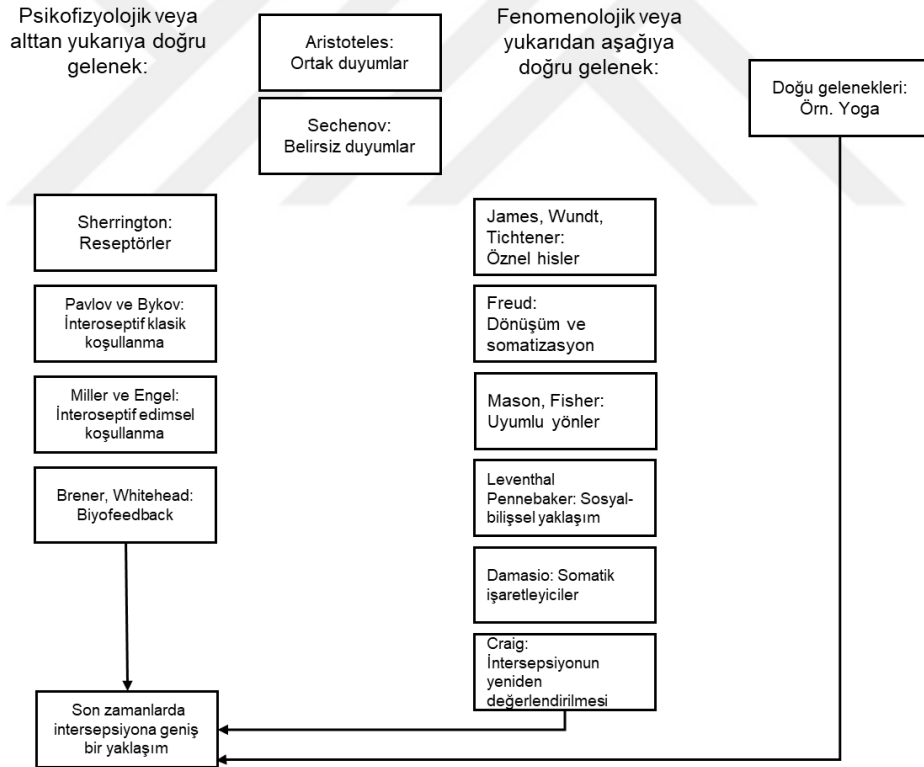
3.2. İNTEROSEPTİF FARKINDALIK NEDİR?

İntrospektif farkındalık, kişinin kendi zihinsel durumlarını, deneyimlerini ve süreçlerini gözlemleme ve yansıtmaya yeteneğini ifade eder (Metzinger, 2003).

Kişinin düşüncelerini, duygularını ve hislerini incelemek için bilinçli ve kasıtlı olarak içe dönmesini içerir ve öz farkındalığın ve öz düzenlemenin önemli bir bileşenidir.

Beynin vücuttan gelen sinyalleri bütünleştirmesini içeren introspektif farkındalık süreci hem bilinçli hem de bilinçsiz olabilir. Beyin sapı, talamus, insula, somatosensoriyel korteks ve anterior singulat korteks gibi beyin bölgeleri bu entegrasyona dahil olur ve bu da vücudun fizyolojik durumunun ayrıntılı bir temsiliyle sonuçlanır (Craig, 2002).

Şekil 1.2 İnterosepsiyon Araştırmasının Gelenekleri Ve Önemli Figürler



(Köteles, 2021)

Bu konudaki araştırmalar zaman içerisinde lenmiştir. Şekil 2.1 interosepsiyon araştırmalarına genel bir bakış sunmaktadır. Bedenin içsel durumunun algılanmasını ifade eden interosepsiyon üç ana geleneğe ayrılmıştır. (Craig, 2002).

Aşağıdan yukarıya gelenek: Bu gelenek, iç algının fizyolojik yönlerine odaklanır. Sechenov ve Sherrington'un reseptörler üzerine araştırmalarını (Sechenov, 1863; Sherrington, 1906), Pavlov ve Bykov'un introspektif klasik koşullanma üzerine araştırmasını (Pavlov & Bykov, 1927), Miller ve Engel'in introspektif edimsel koşullanma üzerine araştırmasını içerir (Engel, 1966).

Yukarıdan aşağıya gelenek: Bu gelenek, iç algının öznel deneyimine odaklanır. James, Wundt ve Tichtener'in öznel duygulara ilişkin araştırmalarını (James, 1884; Wundt, 1897; Tichtener, 1898), Freud'un dönüşüm ve somatizasyona ilişkin araştırmalarını (Freud, 1894) ve Damasio'nun somatik belirteçler üzerine araştırmasını (Damasio, 1994) içerir.

Doğu geleneği, ör. yoga: Bu gelenek, iç algının farkındalık ve meditasyon uygulamalarıyla bütünleştirilmesine odaklanır. Vücudun içsel durumunun farkındalığını ve düzenlenmesini vurgulayan eski yoga uygulamasını içerir (Mason ve Fisher, 2015).

İnterosepsiyon, farkındalık meditasyonu, beden farkındalığı egzersizleri, yoga, biofeedback gibi çeşitli tekniklerle eğitilip geliştirilebilir (Craig, 2002; Garfinkel ve Critchley, 2016). Bu teknikler bireyin içsel bedensel sinyalleri algılama, yorumlama ve bunlara yanıt verme yeteneğini geliştirebilir ve sonuçta sağlık ve refahın iyileşmesine katkıda bulunabilir.

3.3. İNTEROSEPTİF FARKINDALIK VE RUHSAL BOZUKLUKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Omurilikten gelen introspektif sinyaller beyine iletilir. Bu yollar introspektif işlemeyi ve içsel bedensel durumların tahmin edilmesini sağlar (Craig, 2009). İçsel durumların yanlış algılanması veya bedensel sinyaller ile beynin bu sinyalleri

yorumlaması ve öngörmesi arasındaki kopukluğun, anksiyete, depresyon, panik bozukluğu, anoreksiya nervroza, bulimia nervroza, TSSB, Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), aleksitimi ve somatik semptom bozukluğu gibi çeşitli zihinsel sağlık koşullarına sebep olduğu öne sürülmüştür. (Paulus, Martin, Stein ve Murray, 2010; Ambrosecchia ve diğer, 2017; Klabunde ve diğer, 2013; Shah, Hall, Catmur ve Bird, 2016).

Psikopatoloji ile interoepsiyon arasındaki en güçlü bağlantılar, kaygıyla ilişkilidir. Sağlıklı bireylerde bile yüksek bedensel algı, kaygıya neden olabilir (Cameron ve Minoshima, 2002; Khalsa ve diğer., 2009). Yüksek interoepsiyon doğruluğu, kaygı duyarlılığı ile orta ila güçlü, sürekli kaygı ile zayıf ila orta düzeyde ve panik bozukluğu ile orta düzeyde ilişkilidir (Van der Does ve diğer., 2000; Domschke ve diğer., 2010). Bu durum bedende olanların daha iyi algılanmasının, özellikle felaketlerle ilişkilendirildiği durumlarda, örneğin kalp atışlarının kalp krizi belirtileri olarak yanlış yorumlanması durumlarında, bu durumlar için bir risk faktörü olabileceğini gösterir (Chambless ve diğer., 2000).

Diğer psikopatolojiler, özellikle depresyon, genellikle interoepsiyon ile negatif bir ilişki sergiler (Van der Does ve diğer., 1997; Pollatos ve diğer., 2009; Herbert ve diğer., 2011; Terhaar ve diğer., 2012; Furman ve diğer., 2013). Depresyonda görülen bu negatif ilişki, interoepsiyonun disosiyatif bir şekilde işlevsiz veya bozulmuş olabileceğini gösterebilir (Critchley ve diğer., 2004).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ise bu konudaki ilişki net olarak ölçülemediğinden belirsizdir. Anoreksiya nervroza ve bulimia nervroza gibi yeme bozuklukları genellikle yüksek interoepsiyon ile negatif bir ilişki gösterir, ancak bazı araştırmalarda geçersiz bulgulara rastlanmıştır. Sezgisel yeme ve duygusal yeme ise yüksek interoepsiyon ile pozitif bir ilişki sergiler. Somatizasyon eğilimi ile interoepsiyon arasındaki ilişki şüphelidir ve çeşitli koşullardaki beyin görüntüleme araştırmalarında, iç algı sinyallerinin işlenmesinde değişiklikler

gözlemlenmiştir (Wiebking ve diğer., 2010, 2015; Mata ve diğer., 2015; Kerr ve diğer., 2016).

Bu bulgular, değişen interosepsiyonun rol oynayabileceğini, ancak nedensellik kurmanın hala zor olduğunu göstermektedir. Hem gelişmiş hem de bozulmuş iç algısal doğruluk, bu koşulları karakterize eden daha geniş algısal ve bilişsel-duygusal değişikliklerin bir sonucu olabilir.

3.4. BEDEN DUYULARINI İHMAL ETME

Bazen uyarı sinyalleri mevcut olabilir, ancak bireyler bu sinyalleri görmezden gelmeyi tercih edebilir. İnsanlar, hoş olmayan vücut duyularını, özellikle hastalık belirtilerini, bastırma veya dikkati başka yöne çekme yeteneğine sahiptir. Bu başa çıkma stratejileri kısa vadede etkili olabilir, ancak uzun vadede sağlık açısından olumsuz etkilere yol açabilir. Vücut duyularını en aza indirme eğilimi, semptomların göz ardı edilmesine ve ciddi bir hastalığın belirtilerinin görmezden gelinmesine neden olabilir.

Bazı durumlarda, bireyler bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde vücut duyularını küçümseyerek, hastalıkların erken teşhis ve tedavi edilmesini engelliyor. Semptomlarla ilgilenmede gecikme, hastalığın ilerlemesine ve kötü sonuçlara yol açabilir. Batı kültüründeki vurgu, genellikle ofis araştırmaları, kurallar ve verimlilik gibi birincil bilinçli materyallerin bastırılmasını teşvik eder. Ayrıca, semptomları önemsememe veya algılanan sağlık iyileşmelerine inanma eğilimi, gerekli tedbir ve müdahalelere bağlılığı zorlaştırabilir (Kardas et al., 2013).

3.5. İTEROSEPTİF FARKINDALIK DUYGULAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

İnterosepsiyon ve duygular arasındaki ilişki literatürde kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Charles Darwin, ufuk açıcı araştırması "İnsan ve Hayvanlarda Duyguların İfadesinde içgüdüsel duyular ve duygular arasındaki bağlantıyı

araştırdı ve içgüdüsel deneyimlerin ve duyguların iç içe geçmiş doğasını vurguladı (Darwin, 1872). Darwin'in içgörülerini temel alan James-Lange duygu teorisi, bedensel duyumların duygusal deneyimlerin temelini oluşturduğunu öne sürmüştür (James, 1884; Lange, 1885).

İç bedensel sinyallerin beyin tarafından işlenmesi olarak tanımlanan iç algı, duygusal deneyimlerin şekil

lenmesinde çok önemli bir rol oynar (Craig, 2002). Bud Craig'in araştırması, içsel algısal ve homeostatik süreçlerin iç içe geçmiş olduğunu vurgulamaktadır ve bunların motivasyon durumlarını ve insanın öz farkındalığını başlatmak ve sürdürmekten sorumlu olduğunu savunmaktadır (Craig, 2009).

İçsel sinyallerin dış uyaranlarla ve bilişsel süreçlerle bütünleşmesi, duygusal tepkilerin üretilmesine katkıda bulunur (Cameron ve diğer, 2001). Bu süreç, duygusal deneyimin karmaşık doğasının altını çizerek bedensel duyumlar ve duygusal durumlar arasındaki dinamik etkileşimi vurgular.

Özetle, literatür, iç algı ve duygular arasında yakın bir ilişki olduğunu ve iç algı süreçlerinin duygusal tepkilerin oluşumunu ve düzenlenmesini etkilediğini ileri sürmektedir. Bu ilişkiyi anlamak, duygusal düzenlemenin ve öz farkındalığın altında yatan mekanizmalara dair içgörü sağlamaktadır.

4. DUYGU DÜZENLEME

4.1. DUYGU NEDİR?

Duygular, genellikle değişen derecelerde zevk veya hoşnutsuzlukla birlikte nörofizyolojik değişiklikler, düşünceler, duygular ve davranışsal tepkilerin eşlik ettiği hem fiziksel hem de zihinsel durumları kapsar (Smith ve diğer, 2020; Johnson, 2018; Lee ve Kim, 2019; Brown, 2021). Kapsamlı araştırmalara rağmen, duyguların evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı hala mevcut değildir (Jones ve Smith, 2017; Martinez ve Garcia, 2019). Duygular ruh hali, mizaç, kişilik, eğilim ve yaratıcılıkla yakından ilişkilidir, ancak bu ilişkilerin doğası devam eden bir araştırma konusu olmaya devam etmektedir (Gonzalez ve Perez, 2018; Wang ve Li, 2020).

Duyguların, bireylerin ve hayvanların çevresel zorluklara uyumlu bir şekilde yanıt vermelerine yardımcı olmak için geliştiğine inanılmaktadır (Taylor ve diğer, 2015; Rodriguez ve Diaz, 2018). Örneğin korku, öfke ve tiksinti, tehditlerin tespit edilmesine ve bunlara yanıt verilmesine yardımcı olurken mutluluk, olumlu sonuçlara yol açan davranışları güçlendirir (Brown ve Davis, 2019). Duygular hafızayı güçlendirebilir; güçlü duygusal tepkileri tetikleyen olaylar genellikle daha canlı bir şekilde hatırlanır (Garcia ve Martinez, 2020). Bu artan hafıza, geçmiş deneyimlerden öğrenmeyi kolaylaştırabilir ve gelecekteki eylemlere rehberlik edebilir (Lee ve Kim, 2019). Aynı zamanda duygular, içsel durumları yüz ifadeleri, beden dili ve seslendirmeler yoluyla ileterek sosyal etkileşimlerde önemli bir rol oynar (Smith ve Johnson, 2017). Bu ifadeler iş birliğini, bağ kurmayı ve sosyal ilişkilerin sürdürülmesini kolaylaştırır (Jones ve Brown, 2018). Bununla birlikte, belirli kaygı türleri gibi bazı duygular olumsuz olarak görülebilir ve potansiyel olarak ruh sağlığı bozukluklarıyla ilişkilendirilebilir (Taylor ve diğer, 2021).

Duygusal deneyim alanında, duyguların iki temel işlevi olduğu düşünülmektedir: hayatta kalma işlevi, tipik durumlara hızlı bir tepki organize etme ve diğerine içsel durum hakkında bilgi verme işlevi (Plutchik 1982). Duygular, çeşitli uyarıcılar

tarafından tetiklenir ve bu, içsel ve somatik değişiklikleri içeren belirli davranış kalıplarına yol açar. Bu değişiklikler, sosyal memelilerin yaşamlarındaki zorluklara karşı tipik adaptasyonlar ve tepkiler olarak hizmet eder (Nesse 1990; LeDoux 1998).

Duygusal süreç, uyarıcılarla başlayan birinci noktadan, özgül bir duygusal tepkiyi değerlendiren bir orta noktaya ve içgüdüsel ile motor tepkilere kadar gözlemlenebilir son noktalara kadar uzanır. İçsel bileşen, organizmayı eyleme hazırlar, somatik bileşen ise davranışsal tepkiyi temsil eder. Ayrıca, iletişimsel yönün, bireyin içsel durumu hakkında bilgi sağlamada uyum sağlayıcı olduğu düşünülmektedir (Darwin 1872). Duygu düzenleme stratejilerine odaklanmadan önce duygu kavramını anlamak önemlidir. Duygular, öznel deneyim, davranış ve çevresel fizyoloji alanlarındaki koordineli değişiklikleri içeren çok yönlü, tüm bedende hissedilen tepkileridir (Frijda, 1988; Gross ve Thompson, 2007).

Duygular uzun süredir yıkıcı ve işlevsiz olarak görülüyor, ancak çağdaş bakış açıları onların uyum sağlamadaki olumlu rollerini kabul ediyor (Lazarus, 1991; Oatley & Johnson-Laird, 1987; Walden, 1991). Duygular bilişsel stili durumsal taleplere göre ayarlar, karar vermeyi kolaylaştırır, bireyi hızlı motor tepkilere hazırlar ve öğrenmeyi teşvik eder (Frijda, 1986; Clore, 1994; Cahill ve diğer, 1994). Duyguların bu kişisel işlevlerin yanı sıra önemli sosyal işlevleri de vardır. Örneğin, duygular davranışsal niyetler hakkında bilgi sağlar, bir şeyin iyi mi yoksa kötü mü olduğuna dair ipuçları verir ve karmaşık sosyal davranışları esnek bir şekilde senaryolaştırır (Ekman, Friesen ve Ellsworth, 1972; Frijda, 1994; Averill, 1980). Duyguların hizmet ettiği işlevlere gösterilen ilgi, duyguların yıkıcı ve işlevsiz olduğu yönündeki uzun süredir devam eden görüşe karşı güçlü ve çok ihtiyaç duyulan bir karşı nokta sağlamıştır (Young, 1943).

4.2. DUYGU DÜZENLEME NEDİR?

Duygu düzenleme, kişinin kendi duygusal durumunu yönetme ve kontrol etme kapasitesini ifade etmektedir (Gross, 2007). Bu süreç, öfke veya kaygı duygularını azaltmak için zor bir durumu yeniden değerlendirmek, üzüntü veya korkunun görünür işaretlerini bastırmak veya mutluluk veya sakinlik duygularını ortaya çıkarmak için kişinin odağını bir durumun olumlu yönlerine kaydırmak gibi çeşitli davranışlarda bulunmayı içerebilir (Brüt, 2007; Gross ve Thompson, 2007). İnsanların günlük yaşamdaki içsel duyumlardan dışsal olaylara kadar çeşitli uyaranlara karşı duygusal tepkilerini yönetip kontrol ettikleri bir dizi süreci ifade eder. İnsanlar neredeyse her zaman duygu düzenlemeyle meşgul olurlar; bu, bir durumun ani duygusal etkisine kapılıp sürüklenmeye direnme yeteneklerinin de gösterdiği gibi. Duygu düzenleme, spontane duygusal tepkileri geçersiz kılan kasıtlı, çaba gerektiren süreçler şeklinde olabileceği gibi, nispeten otomatik ve zahmetsiz süreçler şeklinde de olabilir. Duygu düzenlemenin ürettiği duygusal değişiklikler, insanları arzu edilen duygusal duruma yaklaştırabilir veya getirmeyebilir. Kişilerin duygularını düzenleyememesi psikolojik işleyişte aksamalara neden olabilir ve psikopatolojiye katkıda bulunabilir. Duygu düzenleme, insanların sahip olduğu duygu türlerinde, bu duygulara ne zaman sahip olduklarında ve duyguları nasıl deneyimledikleri ve ifade ettiklerinde değişikliklere neden olabilir (Gross, 1999).

Duygu düzenleme, bireylerin duygusal tepkilerini etkileme girişimlerini içeren karmaşık bir süreçtir (Gross, 2007). Bu süreç, ortaya çıkan durum, dikkat, değerlendirmeler, öznel deneyim, davranış veya fizyoloji gibi bir duygunun çeşitli yönlerindeki değişiklikleri içerebilir (Bargh ve Williams, 2007; Gross ve Thompson, 2007). Duygu düzenleme iki ana bileşene ayrılabilir: kişinin duygusal tepkilerini izlemeyi ve değerlendirmeyi içeren dışsal süreçler ve kişinin duygusal tepkilerini değiştirmeyi ve kontrol etmeyi içeren içsel süreçler (Gross, 2007).

Duygular genellikle davranışları önemli ölçüde etkileyen kontrol edilemeyen güçler olarak algılanır. Ancak araştırmalar, bireylerin dikkat, bilişsel değerlendirmeler ve fizyolojik tepkiler de dahil olmak üzere duygusal işlemenin çeşitli yönlerini

yönetme yeteneğine sahip olduklarını göstermektedir (Porges, 2007). Bu süreçler toplu olarak duygu düzenleme olarak adlandırılmaktadır ve zihinsel ve fiziksel sağlık, ilişki tatmini ve iş performansı gibi önemli sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (Sapolsky, 2007). Bu nedenle duygu düzenlemeyi anlamak önemlidir.

4.3. MODAL DUYGU MODELİ

Modal duygu modeli, duygusal bir tepki sırasında meydana gelen olayların sırasını tanımlayan teorik bir çerçevedir. Model ilk olarak 1991 yılında Richard Lazarus tarafından ortaya çıkarılmıştır ve o zamandan beri duygu araştırmaları alanında geniş çapta kabul görmektedir.

Modal duygu modeli dört aşamadan oluşur (Gross ve Thompson, 2007):

Durum: Modal duygu modelinin ilk aşaması, duygusal tepkiyi tetikleyen dış veya iç olayı ifade eden durumdur. Bu olay fiziksel bir uyaran, sosyal bir etkileşim ya da zihinsel bir temsil olabilir.

Dikkat: Modal duygu modelinin ikinci aşaması, durumun belirli yönlerini seçme ve bunlara odaklanma sürecini ifade eden dikkattir. Bu aşama kritiktir çünkü durumun hangi özelliklerinin değerlendirileceğini ve duygusal tepkinin nasıl şekilleneceğini belirler.

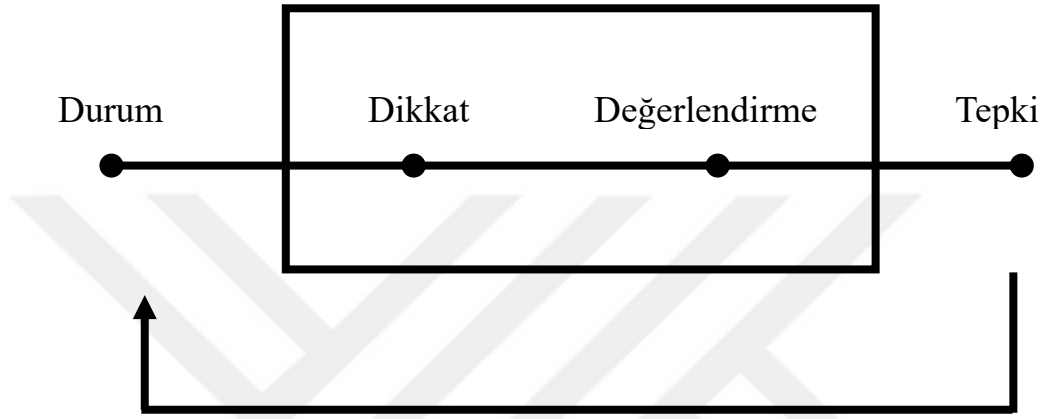
Değerlendirme: Modal duygu modelinin üçüncü aşaması değerlendirmedir; bu, durumu, bireyin hedefleri, değerleri ve refahı açısından ilgisi, sonuçları ve önemi açısından değerlendirme sürecini ifade eder. Değerlendirmeler otomatik veya kasıtlı olabilir ve değerlendirmenin sonucuna bağlı olarak farklı duygusal tepkilere yol açabilir.

Tepki: Modal duygu modelinin dördüncü aşaması, duygusal bir tepki sırasında meydana gelen fizyolojik, davranışsal ve deneyimsel değişiklikleri ifade eden tepkidir. Bu değişiklikler kalp atış hızındaki, yüz ifadelerindeki, vücut duruşundaki ve öznel duygulardaki değişiklikleri içerebilir.

Duygunun modal modeli, duygunun sinirsel temeli, duygu düzenlemede dikkatin rolü ve değerlendirmelerin duygusal tepkiler üzerindeki etkileri üzerine yapılan

araştırmaları da içeren geniş bir araştırma grubu tarafından desteklenmektedir. Örneğın araştırmalar, farklı değerdendirmelerin öfke veya korku gibi farklı duygusal tepkilere yol açabileceğini ve dikkatin, değerdendirme sürecini etkileyerek duygusal tepkileri değıştirebileceğini göstermiştir

Şekil 1.3 Modal Duygu Modeli



(Gross ve Thompson, 2007)

4.4. DUYGULARIN GELİŞİM SÜRECİ

Duygu düzenlemesi yaşam boyu gelişir (Cole, Michel ve Teti, 2002). Bebeklik döneminde içsel duygu düzenlemesi, doğuştan gelen fizyolojik tepki sistemleri tarafından yönlendirilirken, bakım verenler tarafından yapılan dışsal düzenleme özellikle önemlidir (Thompson, 2006). Bebekler geliştikçe kendini sakinleştirici davranışlar benimsemeye ve duygusal uyarılara daha fazla esneklikle yanıt vermeye başlar (Saarni, 1999). Yürümeye başlayan çocukluk döneminde çocuklar, duygu düzenleme stratejilerini aktif olarak kullanma konusunda daha yetenekli hale gelir ve duygusal tepkilerini daha etkili bir şekilde yönetebilirler (Calkins ve Hill, 2007). Bakım verenlerin öz düzenleme yöntemlerini öğretmesiyle dışsal düzenleme önemini korumaktadır (Eisenberg, Cumberland ve Spinrad, 1998). Çocukluk döneminde çocuklar gösterim kurallarını anlamaya ve daha fazla bilişsel düzenleme stratejisi kullanmaya başlarlar (Eisenberg ve diğer, 2004). Evde olumsuz duyguya sık sık maruz kalmak, yüksek düzeydeki olumsuz duyguyu düzenlemede zorluklara yol açabilir (Sroufe, 1996). Ergenlikte duygu düzenlemeye ilişkin karar verme

süreci daha karmaşık hale gelir ve kişilerarası sonuçlara bağımlı hale gelir (Zeman, Cassano ve Adrian, 2007). Yetişkinlikte yaş ilerledikçe otonomik tepki verme yeteneği azalır ve duygu düzenleme becerisi artar (Magai, 2008). Yetişkinlikte duygusal düzenleme, olumlu ve olumsuz duygulanım açısından incelenebilir; yaşlı yetişkinler belirli düzenleme alanlarında daha başarılıdır (Carstensen, Pasupathi, Mayr ve Nesselroade, 2000).

4.5. DUYGU DÜZENSİZLİĞİ

Duygu düzenlemedeki başarısızlık, özellikle ilkokulda yaşanan travmanın ardından, zorbalıkla ilişkilendirilebilecek, duyguları yönetememe nedeniyle psikososyal ve duygusal işlev bozukluklarına neden olabilir (Eisenberg, Spinrad ve Eggum, 2010). Öz düzenleme sorunu yaşayan çocuklar, yoğun duygularını çılgılık atmak, saldırganlık yapmak veya başkalarına zorbalık yapmak gibi davranışlar yoluyla ifade edebilirler; bu da sosyal çevrelerinden olumsuz tepkiler alınmasına, başlangıçtaki düzenleme sorunlarının daha da kötüleşmesine veya devam etmesine neden olabilir (Cole, Michel ve Teti, 2002). Bu çocukların genellikle öğretmenleri ve akranlarıyla çatışmaya dayalı ilişkileri vardır ve bu da uyum sorunlarına ve olası okul terklerine yol açar. Gençler olarak olgunlaşmamış olarak algılanabilirler, bu da sosyal gruptan dışlanmaya, alay edilmeye ve tacize yol açabilir, bu da öfkeli ve şiddetli tepkilere neden olabilir. Çocuklukta alay edilmek veya dışlanmak, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomlara yol açabilir ve bu da daha fazla akran zorbalığıyla sonuçlanabilir (Hawker ve Boulton, 2000). Bu nedenle çocuklarda duygusal öz düzenlemeyi erken dönemde teşvik etmek çok önemlidir.

Duygu düzensizliği, sosyal, duygusal ve bilişsel işlevleri olumsuz yönde etkileyebilecek, duygulara yanıt verme ve duyguları yönetme konusunda yaşanan maladaptif bir yanıttır (Berking ve Whitley, 2014). Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve travmaya bağlı bozukluklar gibi çeşitli ruh sağlığı durumlarının ortak bir özelliğidir (Cisler ve diğer., 2010).

Duygusal düzenleme bozukluğu olan bireyler, stres etkenlerine karşı yoğun ve uzun süreli duygusal tepkiler gösterebildikleri gibi, duygusal tepkilerini düzenlemede de zorluklar yaşayabilirler (Gratz ve Roemer, 2004). Kaçınma, bastırma veya derin düşüncelere dalma gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerine de başvurabilirler, bu da duygusal sıkıntıyı şiddetlendirebilir ve günlük işlevselliğe müdahale edebilir (Ehring ve diğer, 2010).

Duygu düzensizliği çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir:

Duygusal yoğunluk: Duygusal düzensizliğe sahip bireyler, küçük stres faktörlerine tepki olarak bile güçlü duygusal tepkiler yaşayabilirler (Barlow ve diğer, 2014).

Duygusal değişkenlik: Duygusal düzensizliği olan bireyler, duygusal durumlarında üzücü ve yıkıcı olabilen hızlı ve öngörülemeyen değişimler yaşayabilirler (Linehan, 1993).

Duygusal engelleme: Duygusal düzenleme bozukluğu olan bireyler, özellikle olumsuz ya da rahatsız olduklarında duygularını ifade etmekte zorlanabilirler (Kring ve Sloan, 2010).

Duygusal kaçınma: Duygusal düzenleme bozukluğu olan bireyler, olumsuz duyguları tetikleyen durumlardan veya uyaranlardan kaçınabilir, bu da onların anlamlı faaliyetlere ve ilişkilere katılma yeteneklerini sınırlayabilir (Aldao ve diğer, 2010).

Duygusal tepkisellik: Duygusal düzensizliği olan bireylerin duygusal uyarılma eşiği düşük olabilir ve bu da dürtüsel ve tepkisel davranışlara yol açabilir (Barlow ve diğer, 2014).

4.6. BEDEN VE DUYGULAR

Tanınmış sinir bilimci Damasio, beyin ve bilinç üzerine yaptığı araştırmalara dayanarak, bilinçli deneyimi şekillendirmede duyguların hayati rolünü vurgulayan yeni bir bilinç teorisi öneriyor. Damasio'ya göre duygular sadece öznel duygular değil, uyaranlara yanıt olarak hem vücut hem de beyin durumlarında meydana gelen

değişikliklerdir. "Somatik belirteçler" olarak adlandırılan bu değişiklikler, beyne iletilen ve karşılaşılan uyaranlara ilişkin içgörü sağlayan duygulara dönüştürülen kas tonusu, kalp atış hızı, yüz ifadeleri ve daha fazlası gibi fizyolojik tepkileri içerir.

Zamanla bu somatik belirteçler belirli durumlarla ve bunların sonuçlarıyla ilişkilendirilir. Karar verirken bireyler bilinçli veya bilinçsiz olarak bu somatik belirteçleri ve geçmiş deneyimlerden gelen ilişkili duyguları hatırlarlar. Pozitif somatik belirteçler, olumlu sonuçlara yol açan davranışları motive ederken, negatif belirteçler, bireyleri belirli eylemlerden kaçınmaya teşvik eden içsel alarmlar olarak hizmet eder. Somatik durumlar ile geçmiş deneyimler arasındaki bu ilişki, karar almayı daha avantajlı seçimlere yönlendirerek uyum sağlayıcı davranışa katkıda bulunur.

Duyguların somatik teorisi, James'in 1884'te öne sürdüğü gibi, duyguların tamamen estetik yorumlardan ziyade bedensel tepkilerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Son araştırmalar, bunların bilinç bağlamında duygusal deneyimleri anlamadaki önemini vurgulamaktadır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma Olumsuz çocukluk deneyimleri yaşamış yetişkinlerde duygu düzenleme ve interosepsiyon arasındaki korelasyonu incelemeyi amaçlamaktadır. Daha yüksek düzeyde olumsuz çocukluk deneyimine sahip bireylerin hem duygu düzenlemede hem de introspektif farkındalık açısından azalma sergileyebileceğini düşündürmektedir bu sebeple değişkenler arasında negatif yönde bir ilişkinin ortaya çıkabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca araştırma, gözlemlenen ilişkiye katkıda bulunan potansiyel aracı faktörleri veya mekanizmaları tanımlamayı amaçlamaktadır. Bu ilişkileri anlamak, olumsuz çocukluk deneyimleri yaşayan bireylerin psikolojik süreçlerine ilişkin değerli bilgiler sağlayabilir ve terapötik müdahale ve destek için potansiyel yollara ışık tutabilir. Bununla beraber bu araştırma, olumsuz çocukluk deneyimleri yaşayan yetişkinlerdeki psikolojik dinamiklerin anlaşılmasına derinlik katan ampirik kanıtlar sağlayarak mevcut literatüre katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Bulguların hem klinik uygulamalara hem de psikoloji ve ruh sağlığı alanlarındaki ileri araştırmalara etkileri olabilir.

Bu araştırma, Olumsuz Çocukluk Deneyimleri, duygu düzenleme becerileri ve interosepsiyon arasındaki korelasyonu incelemeyi amaçlamaktadır. Korelasyonel bir araştırma tasarımı kullanarak, bu araştırma değişkenler arasındaki ilişkileri kontrol veya manipülasyon olmadan yakından analiz edecektir. Araştırma, belirtilen değişkenler arasındaki ilişkilerin gücünü değerlendirmeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın bağımsız Değişkeni Olumsuz Çocukluk Deneyimleridir. Araştırmada bulunan bağımlı değişkenler ise duygu düzenleme ve interosepsiyondur. Bağımlı

ve bağımsız değişkenler, testler kullanılarak ölçülecektir ve bu testler, katılımcılara Google Form üzerinden uygulanacaktır.

5.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Gerçekleştirilen kapsamlı meta-analiz sonuçlarına göre, her on kişiden altısının en az bir Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantısına maruz kaldığı gözlemlenmiştir (Madigan et al., 2023). Bu sonuçlar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaygınlığının önemli bir toplumsal sorun olduğunu vurgulamaktadır.

Bu araştırma, geniş bir evrene ulaşmayı amaçlayarak örneklem uygun (Convenience) örnekleme yöntemine başvurmuştur. Bu yöntem, araştırmacıların daha fazla katılımcıya erişim sağlamak için kullanılan bir yaklaşımdır. Örnekleme katkıda bulunan kişiler, sosyal medya kanalları aracılığıyla ulaşılmıştır. Dahil etme kriteri olarak, Türkiye'de yaşayan 18-60 yaş aralığında yetişkinler belirlenmiştir.

Bu araştırmanın örnekleminin çeşitli demografik özellikleri kapsamı ve ulaşılabilir olması, sonuçların genel geçerliliğini artırmaktadır. Bu, özellikle olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaygınlığını araştırmak için önemlidir, çünkü farklı demografik gruplar arasındaki farklılıkları anlamak yapılabilecek müdahaleler için kritiktir.

5.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Tüm katılımcılar, (1) demografik bilgi formu, (2) Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ACE), (3) Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği (DDBÖ) ve (4) İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II (MAIA-II) Ölçeğini içeren dört form alacaklardır.

5.4.1. Demografik Bilgi Formu

Bu araştırmada demografik bir formun kullanılmasının temel amacı, hedef kitle içinde belirli temel özelliklerin incelenmesidir; bu özellikler yaş, ırk, etnik köken, medeni durum, sosyal destek mekanizmaları ve psikiyatrik geçmiş gibi unsurları içermektedir. Bu bilgilere ek olarak, araştırma sonuçlarını etkileyebilecek bağlamsal faktörlerin kapsamlı bir analizini sağlayarak, araştırmanın yorumlama derinliğini artırmak hedeflenmektedir.

5.4.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği

1997 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ile Kaiser Permanente tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, 10 adet kendini raporlama evet-hayır sorusundan oluşmaktadır ve Gündüz ve diğer. (2018) tarafından yapılan Türkçe adaptasyon araştırması, bu ölçeğin Türkiye'deki kullanımında .74 Cronbach alfasını göstermiştir (Gündüz, Yaşar, Gündoğmuş, Savran, & Konuk, 2018).

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları İngilizce olarak Adverse Childhood Experiences (ACE) olarak isimlendirilir. Literatürde ACE olarak kısaltması kullanılan bu durum Türkçeye çevirisinde de ACE Travma Puanı olarak isimlendirilir ve maddelendirilir. Her bir maddenin ölçtüğü durum aşağıdaki gibidir.

ACE 1: Duygusal İstismar

ACE 2: Fiziksel İstismar

ACE 3: Cinsel İstismar

ACE 4: Duygusal İhmal

ACE 5 Fiziksel İhmal

ACE 6: Ebeveyn Ayrılığı veya Boşanması

ACE 7: Annenin şiddet görmesi

ACE 8: Ebeveynlerin Madde Kötü Kullanımı

ACE 9: Aile İçi Zihinsel Hastalık

ACE 10: Gözetimde Bulunan Aile Üyesi

5.4.3. Duygu Düzenleme Becerileri  l eği

Berking ve Znoj tarafından 2008 yılında geliştirilmiş olup 5 puanlık Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirilen 27 madde içermektedir. Türkçe adaptasyonu, Vatan ve K hya (2017) tarafından yapılmış olup .89 cronbach alpha değeri göstermiştir. Dokuz alt boyut (Duygulara Dikkat Etme, Duyguların Bedensel Algı, Duygular Hakkında Netlik, Duyguları Anlama, Duyguları Kabul, Dayanıklılık: Duyguları Tolere Etme & Duygulara Katlanabilme, İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelme için Hazırlanma,  z-Destek, Değişimleme) içeren bu ölçekte, tüm alt boyutlar arasında anlamlı korelasyonlar olduğu belirlenmiştir (Onat ve Otrar, 2010; Griethuijsen ve diğer. 2014).

Duygu düzenleme becerilerinin 9 alt boyutu:

Duygu Düzenleme Becerileri  l eği, bireylerin duygusal farkındalık ve yönetim yeteneklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüdür (Berking ve Znoj, 2008). Bu  l ek, çeşitli alt testleri içermekte olup her biri belirli bir duygusal beceriyi değerlendirmeye yöneliktir.

Bu ölçeğin 9 alt testi şunlardır (Berking ve Znoj, 2008):

- Duygulara Dikkat Etme: Bireyin çeşitli duygulara ne kadar dikkat ettiğini  l er. Duygusal farkındalığı artırır, duygusal deneyimlerin daha net algılanmasını sağlar.
- Duyguların Bedensel Algısı: Bireyin duyguları bedensel olarak nasıl algıladığını değerlendirir. Duyguların fiziksel belirtilerini fark etmek ve bu belirtilerle başa çıkmak.
- Duygular Hakkında Netlik: Bireyin duygularını net bir şekilde anlama ve ifade etme yeteneğini değerlendirir. Duygusal zeka, doğru etiketleme ve anlamlandırma becerileri.
- Duyguları Anlama: Bireyin duygusal durumları anlama ve yorumlama yeteneğini  l er. Duyguların kökenlerini ve tetikleyicilerini tanımlayabilme.

- Duyguları Kabul: Bireyin duygularını olumlu bir şekilde kabul etme ve tolere etme becerisini değerlendirir. Duygularla barışık olma, duyguya direnmeden kabul edebilme.
- Dayanıklılık: Duyguları Tolere Etme & Duygulara Katlanabilme: Bireyin zorlayıcı duygusal durumlarla başa çıkma ve duygusal dayanıklılık düzeyini değerlendirir. Stres yönetimi, duygusal esneklik ve direnç geliştirme
- İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelme İçin Hazırlanma: Bireyin olumsuz duygularla başa çıkma stratejilerini ölçer ve bu duygularla yüzleşmeye hazırlık düzeyini değerlendirir. Proaktif yüzleşme, tetikleyici durumlarla başa çıkma stratejileri.
- Öz-Destek: Bireyin kendi duygusal ihtiyaçlarına nasıl destek sağladığını ve kendi içsel gücünü nasıl bulduğunu ölçer. Öz-şefkat, kendini yatıştırma, cesaretlendirme ve motive etme.
- Değişimleme: Değişimleme becerisi, bir duygunun niteliğini, yoğunluğunu ve/veya süresini istenilen şekilde değiştirmeyi içerir. Bu beceri, işlevsiz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını, kaygıyı ve kaçınmayı azaltırken, aynı zamanda öz-yeterliği artırır. Duygu yoğunluğunu azaltma, olumlu duygu yaratma, işlevsel strateji geliştirme.

Her bir alt testin ortalama puanı, bireyin o duygusal beceri veya yeterlilikteki performansını yansıtmaktadır. Bu ölçek, duygusal düzenleme becerilerini anlamak ve geliştirmek isteyen bireyler için değerli bir araç olabilir (Berkling ve Znoj, 2008).

5.4.4. İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II (MAIA-II)

Mehling ve diğer. (2012) tarafından tasarlanan, içsel bedensel sinyalleri değerlendirmek ve zihin-bedende terapilerde duygular, inançlar ve tutumlar arasındaki bağlantıyı araştırmak amacıyla 37 sorudan oluşan bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Katılımcılar, her bir maddeyi 5 puanlık Likert tipi ölçekte değerlendireceklerdir. Yüksek puanlar, artan içselleştirilmiş duyarlılığı göstermektedir (Solano & Moore, 2019). Ölçeğin kapsamlı geliştirilme süreci,

çeşitli nüfusları içermekte olup, uygun yerelleştirme ile kültürlerarası araştırmalar için uyarlanabilir. Kültürel farklılıkların bireylerin içsel algılarını nasıl etkileyebileceğinin anlaşılması, bu ölçeği kullanarak yapılan araştırmaların geniş bir yelpazedeki sosyal ve kültürel kontekstlerde daha geçerli ve güvenilir sonuçlar üretmesini sağlayabilir.

Bu ölçeğin 8 alt boyutu (Munguldar & Kahya, 2020):

- Dikkat Etme: Rahatsız, rahat ve nötr beden duyumlarının farkındalığı
- Dikkat Dağılmama: Acı veya rahatsızlık duyumlarını görmezden gelmeme veya dikkati başka yöne çekmeme eğilimi
- Endişelenmeme: Acı veya rahatsızlık duyumlarıyla endişelenmeme veya duygusal sıkıntı yaşamama eğilimi
- Dikkat Düzenleme: Dikkati beden duyumlarına sürdürme ve kontrol etme yeteneği
- Duygusal Farkındalık: Beden duyumları ile duygusal durumlar arasındaki bağlantının farkındalığı
- Öz Düzenleme: Beden duyumlarına dikkat ederek sıkıntıyı düzenleme yeteneği
- Beden Dinleme: İç görü için bedeni aktif olarak dinleme
- Güvenme: Bedenin güvenli ve güvenilir olarak deneyimlenmesi

5.5. UYGULAMA

5.5.1. Katılımcı Seçimi

Bu araştırmanın kapsamı gereği hedef kitle Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne kayıtlı öğrencilerle sınırlandırılmıştır. Ancak bu öğrencilere ulaşmaya yönelik ilk girişimlerde, sınırlı yanıt oranları ve form doldurma zorlukları gibi zorluklarla karşılaşmıştır. Örneklem çeşitliliği sağlamak ve daha fazla kişiye ulaşmak amacıyla katılımcı havuzu, Türkiye'de ikamet eden 18-60 yaş arası yetişkin bireyleri de kapsayacak şekilde genişletildi.

Katılımcılar WhatsApp grupları, Instagram, LinkedIn ve e-posta listeleri dahil olmak üzere çeşitli kanallar aracılığıyla işe alındı. Katılımı en üst düzeye çıkarmak için kolayca örnekleme kullanıldı. Ölçekler ve formlar bu platformlar aracılığıyla potansiyel katılımcılara Google Form üzerinden elektronik ortamda dağıtıldı.

5.5.2. Veri Toplama

Veri toplama dönemi 1 Mart ile 30 Mart arasını kapsamaktadır. Katılımcıların bu süre zarfında dört formu doldurmaları gerekiyordu:

Demografik Bilgi Formu, Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları Ölçeği, İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II (MAIII), Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği.

5.5.3. Etik Hususlar

Araştırmada İstanbul Bilgi Üniversitesi tarafından belirlenen etik kurallara uyulmuştur ve veri toplamadan önce ilgili etik kuruldan onay alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllü ve anonim olarak gerçekleşmiştir. Katılımcılara diledikleri zaman herhangi bir şart olmaksızın araştırmadan çekilme hakları olduğu konusunda bilgi verilmiştir. Ancak veri toplama süresi boyunca herhangi bir katılımcının geri çekilmesine rastlanmamıştır. Katılımcıların kişisel bilgileri tamamen gizli tutulmuş ve yalnızca araştırmada kullanılmıştır. Veri toplama sırasında toplanan bilgiler, sadece araştırma amacıyla kullanılmış ve yalnızca araştırmacılar tarafından erişilebilir olmuştur.

Araştırma sürecinde herhangi bir fiziksel veya duygusal risk bulunmamaktadır. Katılımcılar, duygusal rahatsızlık yaşama olasılığının minimum düzeyde olduğu konusunda bilgilendirilmiştir. Ancak, olası endişeleri ele almak ve olası soruları cevaplamak için araştırma katılımcılara ulaşabilecekleri e-posta adresi bilgisi verilmiştir. Elde edilen veriler sadece araştırmanın amacına hizmet etmektedir ve sonuçlar sadece istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Sonuçlar, katılımcıların

kişisel nitelikteki bilgileri paylaşmadığı ve bu nedenle tanınmalarının mümkün olmadığı bir şekilde sunulmuştur. Araştırma sonuçları, mevcut literatürle karşılaştırılarak yorumlanmış ve ilgili kuramsal çerçevelerle uyumlu bir şekilde değerlendirilmiştir.



6. BULGULAR

6.1. KATILIMCILARIN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Yaşları 18-60 arasında olup, yaş ortalaması $39,8 \pm 13,4$ 'tür. Tablo 6.1'de izlendiği gibi, 219 katılımcının %81,735'i kadın, %18,265'si erkektir. Medeni durumları incelendiğinde %50,685'i evli, %39,269'u bekar ve %10,046'sı boşanmış olduğunu olduğu belirtmiştir. Öğrenim durumuna göre %69,1'si lisans, %27,854'ü yüksek lisans, %5,479'u lise, %4,566'sı doktora mezunudur.

Tablo 6.1 Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim ve Medeni Duruma Göre Dağılımı

Bağımsız Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	179	81,74
Erkek	40	18,26
Toplam	219	100
Eğitim		
Lise	12	5,48
Üniversite	136	62,1
Yüksek Lisans	61	27,85
Doktora	10	4,57
Toplam	219	100
Medeni Durum		
Bekar	86	39,27
Evli	111	50,69
Boşanmış	22	10,05
Toplam	219	100

Tablo 6.2’de izlendiği gibi, katılımcıların %83,105’i herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olmadığını belirtirken, %16,895’i kronik rahatsızlığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %37,443’ü psikolojik rahatsızlığı geçmişine sahip olduğunu belirtirken katılımcıların %20,091’i psikiyatrik bir hastalık olduğunu bildirmiştir.

Tablo 6.2 Katılımcıların Kronik Rahatsızlık, Psikiyatrik tedavi ve Psikolojik Rahatsızlığa Göre Dağılımı

Bağımsız Değişkenler	Sayı	Yüzde
Kronik Rahatsızlık		
Yok	182	83,11
Var	37	16,9
Toplam	219	100
Psikiyatrik tedavi		
Yok	175	79,91
Var	44	20,09
Toplam	219	100
Psikolojik Destek/Psikoterapi		
Yok	137	62,56
Var	82	37,44
Toplam	219	100

6.2. KATILIMCILARIN ACE ENVANTERİNE VERDİKLERİ YANITLAR

Tablo 6.3'te Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeğine verilen yanıtların yüzdelik dağılımı verilmiştir. Verilere göre en sık yaşanan çocukluk çağı olumsuz deneyimi katılımcıların %46,575'inin yaşadığını belirttiği “Bir ebeveyninizin ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla size küfretti mi, sizi hor gördü mü, sizi aşağıladı mı ya da sizi küçümsedi mi? Ya da sizi fiziksel anlamda incitecek bir şekilde davranıp sizi korkuttu mu?” (ACE 1) sorusu olmuştur. Daha sonra en çok belirtilen %32,42 ile “Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Ailenizde kimse sizi sevmiyor ya da sizin önemli ya da özel olduğunuzu düşünmüyor? Ya da Aileniz size göz kulak olmadı, ailenizle yakın hissetmediniz ya da birbirinizi desteklemediniz?” (ACE 4) sorusu ve %31,05 ile “Bir ebeveyninizin ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla sizi itip tartaclaıdı mı, tokatladı mı ya da size bir şey fırlattı mı? Ya da size hiç iz kalacak ya da yaralanacağınız kadar güçlü vurdu mu?” (ACE 2) takip etmektedir. Bu üç soru dışında sırasıyla %22,831 ile “Bir yetişkin ya da sizden en az 5 yaş büyük biri hiç size hiç dokundu mu ya da sizi hiç okşadı mı ya da sizden hiç onların bedenine cinsel anlamda dokunmanızı istedi mi? Ya da sizinle oral, anal ya da vajinal olarak cinsel ilişki yaşadı mı ya da teşebbüs etti mi?” (ACE 3), %18,265 ile “Ev halkından biri depresyonda ya da zihinsel hasta mıydı ya da intihara teşebbüs etti mi?” (ACE 9), %16,438 ile “Ebeveynleriniz hiç ayrıldı mı ya da boşandı mı?” (ACE 6) ve “İçki problemi olan, alkolik ya da uyuşturucu kullanan biriyle yaşadınız mı?” (ACE 8), %14,155 ile “Anneniz ya da üvey anneniz: Sıklıkla ya da çok sıklıkla itilip tartaclaıdı mı, tokatlandı mı ya da ona bir şey fırlatıldı mı? Ya da Bazen, sıklıkla ya da çok sıklıkla tekmelendi mi, dövüldü mü, yumrukla ya da daha sert bir şeyle ona vuruldu mu? Ya da Hiç en az birkaç dakika sürekli bir şekilde ona vuruldu mu ya da silahla ya da bıçakla tehdit edildi mi?” (ACE 7) gelmektedir. Son olarak katılımcıların %10'undan daha azı “Ev halkından biri hapse girdi mi?” (ACE 10, %7,763) ve “Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Yeterince yemek yoktu, kirli giysiler giymek zorundaydınız ve sizi koruyacak kimse yoktu? Ya da aileniz size bakmak için ya da ihtiyacınız olduğunda doktora götürmek için

çok sarhoştı ya da kendinde değildi?” (ACE 5, %5,023) sorularına “Evet” cevabını vermiştir.

Tablo 6.3 Katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarına Göre Dağılımı

Bağımsız Değişkenler	Sayı	Yüzde
ACE 1		
Hayır	117	53,425
Evet	102	46,575
Toplam	219	100
ACE 2		
Hayır	151	68,95
Evet	68	31,05
Toplam	219	100
ACE 3		
Hayır	169	77,169
Evet	50	22,831
Toplam	219	100
ACE 4		
Hayır	148	67,58
Evet	71	32,42

Toplam	219	100
ACE 5		
Hayır	208	94,977
Evet	11	5,023
Toplam	219	100
ACE 6		
Hayır	183	83,562
Evet	36	16,438
Toplam	219	100
ACE 7		
Hayır	188	85,845
Evet	31	14,155
Toplam	219	100
ACE 8		
Hayır	183	83,562
Evet	36	16,438
Toplam	219	100

ACE 9		
Hayır	179	81,735
Evet	40	18,265
Toplam	219	100
ACE 10		
Hayır	202	92,237
Evet	17	7,763
Toplam	219	100

6.3. KATILIMCILARIN DDBÖ ve MAIA ÖLÇEKLERDEN ALDIĞI PUANLAR

Tablo 6.4'te izlendiği gibi katılımcılar Duygusal Düzenleme Becerisi Ölçeğinden (DDBÖ) 20,8 standart sapma ile ortalama olarak 65,3 puan almışlardır. DDBÖ toplam puanlarında en düşük puanı alan katılımcı toplamda 2 puan ve en yüksek puanı alan katılımcı toplamda 108 puan almıştır. Ortalama olarak en yüksek puan Duyguları Anlama alt boyutunda alınmıştır (*Ort.* = 8, *ss* = 2,66). Devamında yüksekten küçüğe sırasıyla katılımcılar Duygular Hakkında Netlik (*Ort.* = 7,76, *ss* = 2,82), Duyguların Bedensel Algısı (*Ort.* = 7,5, *ss* = 2,63), Duygulara Dikkat Etme (*Ort.* = 7,39, *ss* = 2,48), Özdestek (*Ort.* = 7,28, *ss* = 2,66), Değişimleme (*Ort.* = 7,09, *ss* = 2,65), İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelmek İçin Hazırlanma (*Ort.* = 6,89, *ss* = 2,63), Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme (*Ort.* = 6,74, *ss* = 2,74), Duyguları Kabul Etme (*Ort.* = 6,61, *ss* = 2,67) alt boyutlarında puan almışlardır. Her alt boyutun en az puanı 0 ve en yüksek boyutu 12 puan şeklinde ölçülmüştür.

Tablo 6.4 Katılımcıların DBBÖ'den Aldıkları Puanlar

	Ortalama±Standart Sapma	Minimum	Maximum
Duyguları Anlama	8±2,66	0	12
Duygular Hakkında Netlik	7,76±2,82	0	12
Duyguların Bedensel Algısı	7,5±2,63	0	12
Duygulara Dikkat Etme	7,39±2,48	0	12
Özdestek	7,28±2,66	0	12
Değişimleme	7,09±2,65	0	12
İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelmek İçin Hazırlanma	6,89±2,63	0	12
Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme	6,74±2,74	0	12
Duyguları Kabul	6,61±2,67	0	12
DDBÖ Toplam	65,3±20,8	2	108

Tablo 6.5’de izlendiği gibi, katılımcılar MAIA 14,5 standart sapma ile ortalama olarak 109 puan almışlardır. MAIA toplam puanlarında en düşük puanı alan katılımcı toplamda 66 puan ve en yüksek puanı alan katılımcı toplamda 153 puan almıştır. Ortalama olarak en yüksek puan Dikkati Düzenleme alt boyutunda alınmıştır (*Ort.* = 20,6, *ss* = 4,06). Devamında yüksekten küçüğe sırasıyla katılımcılar Duygusal Farkındalık (*Ort.* = 19,9, *ss* = 3,64), Fark Etmek (*Ort.* = 15,6, *ss* = 2,7), Dikkat Dağıtmamak (*Ort.* = 14,1, *ss* = 3,59), Özdüzenleme (*Ort.* = 13,1,

$ss = 3,73$), Endişelenmemek ($Ort. = 11,9$, $ss = 3,42$), Güvenmek ($Ort. = 7,57$, $ss = 1,82$), Bedeni Dinleme ($Ort. = 6,74$, $ss = 2,74$) alt boyutlarında puan almışlardır.

Tablo 6.5 Katılımcıların MAIA-II'den Aldıkları Puanlar

	Ortalama± Standart Sapma	Minimum	Maximum
Dikkati Düzenlemek	20,6± 4,06	6	30
Duygusal Farkındalık	19,9± 3,64	7	25
Fark Etmek	15,6± 2,7	6	20
Dikkat Dağıtmamak	14,1± 3,59	5	23
Özdüzenleme	13,1± 3,73	4	20
Endişelenmemek	11,9± 3,42	4	20
Güvenmek	7,57± 1,82	2	10
Bedeni Dinleme	6,21± 2	2	10
MAIA Toplam	109± 14,5	66	153

6.4. İKİLİ ANALİZLER

6.4.1. Cinsiyet Kategorileri için İkili Analizler

Tablo 6.6, bağımsız örneklem t-testi sonuçları, çeşitli duygusal farkındalık ve düzenleme boyutlarında cinsiyet farklılıklarına dair birkaç önemli bulguyu ortaya koymuştur. Kadınların "Duygulara Dikkat Etme" puanı, erkeklerin puanından anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p = 0,022$). "Duyguların Bedensel Algısı"

boyutunda ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,639$). "Duygular Hakkında Netlik" boyutunda da anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,781$). "Duyguları Anlama" boyutunda kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,512$). "Duyguları Kabul" boyutunda da cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,311$). Ancak, "Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme" boyutunda erkekler, kadınlardan anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p = 0,008$). "İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelmek İçin Hazırlanma" boyutunda da erkeklerin puanı, kadınlardan anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ($p = 0,01$). "Özdestek" boyutunda erkekler, kadınlardan anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p = 0,002$). "Değişimleme" boyutunda ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, erkeklerin puanları daha yüksek olma eğilimindedir ($p = 0,061$). Toplam DDBÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır, ancak erkekler genel olarak daha yüksek puan alma eğilimindedir ($p = 0,06$). Bu bulgular, dikkat, dayanıklılık, hazırlık ve özdestek gibi duygusal düzenleme boyutlarında erkeklerin genellikle daha yüksek puan aldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 6.6 Cinsiyet için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama	SD
Duygulara Dikkat Etme	Kadın	7.21	2.31
	Erkek	8.2	3.03
t;p	-2.298 ;0,022		
Duyguların Bedensel Algısı	Kadın	7.46	2.51
	Erkek	7.67	3.14

t;p	-0,47 ;0,639		
Duygular Hakkında Netlik	Kadın	7.74	2.67
	Erkek	7.88	3.46
t;p	-0,278 ;0,781		
Duyguları Anlama	Kadın	7.94	2.48
	Erkek	8.25	3.37
t;p	-0,657 ;0,512		
Duyguları Kabul	Kadın	6.53	2.58
	Erkek	7	3.08
t;p	-1.016 ;0,311		
Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme	Kadın	6.51	2.58
Duygulara Katlanabilme	Erkek	7.78	3.21
t;p	-2.669 ;0,008		
İstenmeyen Duygularla Karsı Karşıya	Kadın	6.68	2.56
Gelmek için Hazırlanma	Erkek	7.85	2.75
t;p	-2.588 ;0,01		
Özdestek	Kadın	7.02	2.6

	Erkek	8.45	2.64
t;p	-3.141 ;0,002		
Değişimleme	Kadın	6.93	2.56
	Erkek	7.8	2.98
t;p	-1.88 ;0,061		
DBBÖ Toplam	Kadın	64.02	19.84
	Erkek	70,88	24.28
t;p	-1.894 ;0,06		

Tablo 6.7'de görüldüğü üzere, MAIA ile değerlendirilen algısal farkındalığın belirli boyutlarında cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Özellikle, "Endişelenmemek" boyutunda, kadınlar erkeklere kıyasla daha düşük puan almış olup, bu durum erkeklerin bedensel duyuları hakkında daha az endişe duyma eğiliminde olduklarını göstermektedir ($p = 0,011$). Benzer şekilde, "Dikkati Düzenlemek" boyutunda, kadınlar erkeklere kıyasla daha düşük puanlar sergilemiştir, bu da erkeklerin bedensel duyumlara yönelik dikkati düzenleme konusunda daha yetenekli olduğunu göstermektedir ($p < 0,001$). Toplam MAIA puanı da önemli bir cinsiyet farkı göstermiş, kadınlar erkeklere kıyasla daha düşük puan almış ve bu da erkekler arasında genel introspektif farkındalığın biraz daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p = 0,04$). Bu bulgular, cinsiyetin introspektif farkındalığın çeşitli yönlerinde rol oynayabileceğini, erkeklerin bedensel duyumlara dikkati düzenleme konusunda daha fazla beceri gösterdiğini ve genel introspektif farkındalığın kadınlara kıyasla biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 6.7 Cinsiyet için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama	SD
Fark Etmek	Kadın	15,5	2,71
	Erkek	15,97	2,67
t;p	-0,999;0,319		
Dikkat Dağıtmamak	Kadın	14,23	3,67
	Erkek	13,55	3,19
t;p	1.091;0,277		
Endişelenmemek	Kadın	11,6	3,35
	Erkek	13,13	3,49
t;p	-2,579;0,011		
Dikkati Düzenlemek	Kadın	20,16	3,88
	Erkek	22,6	4,28
t;p	-3,532;<,001		
Duygusal Farkındalık	Kadın	19,97	3,64
	Erkek	19,8	3,67

t;p	0,27;0,788		
Özdüzenleme	Kadın	12,92	3,73
	Erkek	14	3,69
t;p	-1,657;0,099		
Bedeni Dinleme	Kadın	6,19	2,03
	Erkek	6,3	1,92
t;p	-0,313;0,754		
Güvenmek	Kadın	7,49	1,86
	Erkek	7,92	1,61
t;p	-1,38;0,169		
MAIA Toplam	Kadın	108,07	14,4
	Erkek	113,28	14,57
t;p	-2,064;0,04		

6.4.2. Eğitim Düzeyleri İkili Analizleri

Tablo 6.8'de DDBÖ ve alt boyutlarında eğitim düzeyine ilişkin kategorik analiz sonuçları sunulmaktadır. Eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösteren "Değişimleme" alt boyutu için dikkate değer bulgular ortaya çıkmaktadır ($p = 0,044$). Bu durum, farklı eğitim seviyelerine sahip bireylerin bilişsel yeniden değerlendirme için farklı stratejiler kullanabileceğini göstermektedir. Ancak, diğer alt boyutlar veya genel DDBÖ puanı için anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 6.8 Eğitim Düzeyleri için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Eğitim	Ortalama	SD
Duygulara Dikkat Etme	Lise	6,83	2,52
	Üniversite	7,21	2,49
	Yüksek Lisans	7,89	2,35
	Doktora	7,6	2,95
	F;p	1,29;0,298	
Duyguların Bedensel Algısı	Lise	7,08	1,73
	Üniversite	7,24	2,75
	Yüksek Lisans	8,1	2,44
	Doktora	7,8	2,7
	F;p	1,80;0,170	
Duygular Hakkında Netlik	Lise	8,08	1,88
	Üniversite	7,51	2,99
	Yüksek Lisans	8,18	2,63
	Doktora	8,3	2,54

F;p	1,03;0,396		
	Lise	7,83	1,53
	Üniversite	7,71	2,84
Duyguları Anlama	Yüksek Lisans	8,57	2,35
	Doktora	8,7	2,5
F;p	1,89;0,153		
	Lise	5,83	2,62
	Üniversite	6,43	2,72
Duyguları Kabul	Yüksek Lisans	7,13	2,51
	Doktora	6,9	2,92
F;p	1,39;0,267		
	Lise	6	2,3
Dayanıklılık Duyguları	Üniversite	6,54	2,85
Tolere Etme Duygulara	Yüksek Lisans	7,25	2,61
Katlanabilme	Doktora	7,3	2,16
F;p	1,53;0,228		

	Lise	6,58	2,47
İstenmeyen Duygularla	Üniversite	6,67	2,67
Karsı Karşıya Gelmek	Yüksek Lisans	7,38	2,61
için Hazırlanma	Doktora	7,3	2,21
F;p	1,14;0,352		
	Lise	6,58	2,31
	Üniversite	7,12	2,75
Özdestek	Yüksek Lisans	7,74	2,61
	Doktora	7,5	1,96
F;p	1,13;0,353		
	Lise	6,25	2,83
	Üniversite	6,78	2,7
Değişimleme	Yüksek Lisans	7,89	2,38
	Doktora	7,5	2,64
F;p	3,10;0,044*		
DBBO Toplam	Lise	61,08	15,43

Üniversite	63,2	21,58
Yüksek Lisans	70,11	19,66
Doktora	68,9	19,75
F;p	1,96;0,143	

Tablo 6.9, MAIA ve alt boyutlarında eğitim düzeyine ilişkin kategorik analiz sonuçlarını göstermektedir. Dikkat çeken bulgular arasında "Duygusal Farkındalık" alt boyutunda eğitim seviyeleri arasında gözlenen anlamlı farklılık ($p = 0,02$), duygusal farkındalığın eğitim geçmişine bağlı olarak değiştiğini göstermektedir. Ancak, diğer alt boyutlar veya genel MAIA puanı için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.9 Eğitim Düzeyleri için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Eğitim	Ort.	SD
Fark Etmek	Lise	17,08	2,39
	Üniversite	15,48	2,65
	Yüksek Lisans	15,62	2,86
	Doktora	15,1	2,64
F;p		1,67;0,197	

Dikkat Dağıtmamak	Lise	13,08	4,58
	Üniversite	13,99	3,46
	Yüksek Lisans	14,48	3,7
	Doktora	14,7	3,68
F;p	0,51;0,679		
Endişelenmemek	Lise	10,92	5,76
	Üniversite	11,85	3,26
	Yüksek Lisans	12,23	3,29
	Doktora	11,3	2,79
F;p	0,46;0,713		
Dikkati Düzenlemek	Lise	22,08	4,34
	Üniversite	20,28	3,88
	Yüksek Lisans	21,11	4,32
	Doktora	20,1	4,33
F;p	1,04;0,388		

Duygusal			
Farkındalık	Lise	22,58	2,64
	Üniversite	19,85	3,62
	Yüksek Lisans	19,75	3,53
	Doktora	19,2	4,71
F;p	3,86;0,020*		
Özdüzenleme	Lise	14,92	4,52
	Üniversite	12,79	3,73
	Yüksek Lisans	13,43	3,61
	Doktora	13,6	3,17
F;p	1,15;0,346		
Bedeni Dinleme	Lise	6,83	2,08
	Üniversite	5,96	1,94
	Yüksek Lisans	6,66	2,06
	Doktora	6,2	2,15
F;p	1,98;0,142		
Güvenmek	Lise	8,08	2,11

	Üniversite	7,52	1,83
	Yüksek Lisans	7,64	1,69
	Doktora	7,1	2,18
F;p	4,34;0,731		
MAIA Toplam	Lise	115,58	13,95
	Üniversite	107,71	13,87
	Yüksek Lisans	110,92	15,51
	Doktora	107,3	16,73
F;p	1,54;0,227		

6.4.3. Medeni Durum için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 6.10'da DDBÖ ve alt boyutlarında medeni duruma ilişkin kategorik analizlerin sonuçları sunulmaktadır. Dikkat çeken bulgular arasında "Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme" alt boyutunda medeni durumlar arasında gözlenen anlamlı fark ($p = 0,013$), duygusal dayanıklılığın medeni duruma göre değiştiğini göstermektedir. Ancak, diğer alt boyutlar veya genel DDBÖ puanı için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu da medeni durumun duygusal düzenlemeyi ve bilinçsiz kendini tanımlamayı önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 6.10 Medeni Durum için DDBÖ ve Alt Boyutları ANOVA (Welch Testi) Analizleri

	Medeni Durum	Ortalama	SD
Duygulara Dikkat Etme	Bekar	6,93	2,36
	Boşanmış	7,36	2,98
	Evli	7,76	2,43
	F;p	2,86;0,065	
Duyguların Bedensel Algısı	Bekar	7,08	2,71
	Boşanmış	7,77	2,91
	Evli	7,77	2,49
	F;p	1,72;0,187	
Duygular Hakkında Netlik	Bekar	7,47	3
	Boşanmış	7,32	2,98
	Evli	8,08	2,63
	F;p	1,43;0,246	
Duyguları Anlama	Bekar	7,65	2,77
	Boşanmış	7,68	3,01

		Evli	8,33	2,47
F;p		1,76;0,181		
Duyguları Kabul		Bekar	6,1	2,59
		Boşanmış	6,64	3,19
		Evli	7	2,59
F;p		2,86;0,065		
Dayanıklılık	Duyguları			
Tolere Etme	Duygulara	Bekar	6,05	2,68
Katlanabilme		Boşanmış	7,27	3,34
		Evli	7,18	2,56
F;p		4,73;0,013*		
İstenmeyen	Duygularla	Karsı		
Karşıya	Gelmek	için		
Hazırlanma		Bekar	6,55	2,34
		Boşanmış	7,36	3,32
		Evli	7,06	2,68
F;p		1,31;0,276		
Özdestek		Bekar	7,23	2,46

	Boşanmış	7,77	3,64
	Evli	7,22	2,61
F;p	0,23;0,791		
Değişimleme	Bekar	6,6	2,56
	Boşanmış	7,5	3,41
	Evli	7,39	2,52
F;p	2,44;0,096		
DBBÖ Toplam	Bekar	61,66	19,36
	Boşanmış	66,68	26,33
	Evli	67,78	20,52
F;p	2,31;0,108		

Tablo 6.11, MAIA ve alt boyutlarının medeni duruma göre incelendiği kategorik analizlerin sonuçlarını göstermektedir. "Dikkati Düzenlemek" ($p = 0,003$) ve "Güvenmek" ($p = 0,003$) boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca, medeni durumlara göre genel MAIA puanında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($p = 0,004$), bu da medeni duruma bağlı olarak çocukluk dönemi beden farkındalığının potansiyel farklılıklara işaret etmektedir.

Tablo 6.11 Medeni Durum için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Medeni Durum	Ort.	SD
Fark Etmek	Bekar	15,07	2,77
	Boşanmış	16,09	3,1
	Evli	15,89	2,52
F;p	2,56;0,086		
Dikkat Dağıtmamak	Bekar	14,57	3,42
	Boşanmış	14,41	3,74
	Evli	13,69	3,67
F;p	1,53;0,224		
Endişelenmemek	Bekar	11,49	3,65
	Boşanmış	12,82	3,06
	Evli	12	3,28
F;p	1,56;0,218		
Dikkati Düzenlemek	Bekar	19,55	4,26

	Boşanmış	22,45	3,35
	Evli	21,05	3,83
F;p	6,55;0,003**		

Duygusal Farkındalık	Bekar	19,6	3,9
	Boşanmış	20,86	2,44
	Evli	20,02	3,63
F;p	1,77;0,177		

Özdüzenleme	Bekar	12,33	3,77
	Boşanmış	14,77	3,78
	Evli	13,41	3,58
F;p	4,31;0,018*		

Bedeni Dinleme	Bekar	5,99	2,17
	Boşanmış	6,32	1,43
	Evli	6,36	1,97
F;p	0,80;0,449		

Güvenmek	Bekar	7,21	1,96
	Boşanmış	8,59	1,5

	Evli	7,64	1,69
F;p	6,42;0,003**		
MAIA Toplam	Bekar	105,8	15,33
	Boşanmış	116,32	12,21
	Evli	110,06	13,74
F;p	5,96;0,004**		

6.4.4. Katılımcıların Sağlıkla İlgili İkili Analizleri

Tablo 6.12'de DDBÖ ve kronik hastalıklara ilişkin alt boyutlarını inceleyen analizlerin sonuçları sunulmaktadır. Bu sonuçlar, duygusal farkındalık, duyguların bedensel algılanması, duygusal netlik, duyguları anlama, duygusal kabul, duygularla başa çıkmada dayanıklılık, istenmeyen duygularla yüzleşmeye hazır olma, öz destek, değişimle başa çıkma ve kronik hastalıklarla ilgili toplam DDBÖ puanı açısından anlamlı farklılıklar olmadığını göstermektedir ($p > 0,05$).

Tablo 6.12 Kronik Rahatsızlıklar için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutları Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Kronik Rahatsızlık	Ortalama	SD
Duygulara Dikkat Etme	Yok	7,5	2,44
	Var	6,86	2,66
t;p	1,34;0,185		

Duyguların Bedensel Algısı	Yok	7,48	2,65
	Var	7,59	2,6
t;p	-0,24;0,805		
Duygular Hakkında Netlik	Yok	7,73	2,85
	Var	7,95	2,75
t;p	-0,44;0,660		
Duyguları Anlama	Yok	7,65	2,77
	Var	7,68	3,01
t;p	0,07;0,944		
Duyguları Kabul	Yok	8,01	2,69
	Var	7,97	2,53
t;p	0,23;0,813		
Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme	Yok	6,8	2,72
	Var	6,46	2,86
t;p	0,66;0,506		

İstenmeyen Duygularla Karsı			
Karşıya Gelmek için Yok	6,99	2,6	
Hazırlanma			
	Var	6,38	2,74
t;p	1,25;0,215		
Özdestek	Yok	7,4	2,64
	Var	6,7	2,73
t;p	1,41;0,163		
Değişimleme	Yok	7,21	2,62
	Var	6,51	2,77
t;p	1,40;0,166		
DBBÖ Toplam	Yok	65,74	20,75
	Var	62,95	21,33
t;p	0,73;0,469		

Tablo 6.13, MAIA ve kronik hastalıklara ilişkin alt boyutlarını inceleyen kategorik analizlerin sonuçlarını göstermektedir. Alt boyutların hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermemiştir ($p < 0,05$). Bu bulgular, kronik hastalıklara ilişkin bilinçli farkındalığın çeşitli boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Tablo 6.13 Kronik Rahatsızlıklar için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Kronik Rahatsızlık	Ortalama	SD
Fark Etmek	Yok	15,55	2,67
	Var	15,78	2,87
t;p	-0,45;0,649		
Dikkat Dağıtmamak	Kadın	14,3	3,6
	Erkek	13,19	3,43
t;p	1,77;0,082		
Endişelenmemek	Kadın	11,82	3,4
	Erkek	12,19	3,53
t;p	-0,58;0,560		
Dikkati Düzenlemek	Kadın	20,63	4,06
	Erkek	20,49	4,13
t;p	0,18;0,851		
Duygusal Farkındalık	Kadın	13,21	3,67
	Erkek	12,68	4,08

t;p	0,037;0,971		
Özdüzenleme	Kadın	6,23	1,97
	Erkek	6,11	2,18
t;p	0,73;0,465		
Bedeni Dinleme	Kadın	7,59	1,84
	Erkek	7,46	1,77
t;p	0,31;0,753		
Güvenmek	Kadın	7,59	1,84
	Erkek	7,46	1,77
t;p	0,39;0,691		
MAIA Toplam	Kadın	109,26	14,53
	Erkek	107,81	14,69
t;p	0,54;0,585		

DDBÖ alt-boyutları ve psikiyatrik bozukluklara ilişkin alt boyutları için yapılan kategorik analizlerin sonuçları Tablo 6.14'te sunulmuştur. İncelenen boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p < 0,05$). Bu bulgular, bu örnekleme duygusal ve bedensel farkındalık ile psikiyatrik bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Tablo 6.14 Psikolojik Destek/Psikoterapi lar için DBBÖ Toplam Puanı Alt Boyutların Karşılaştırılması

	Psikolojik Destek/Psikoterapi	Ortalama	SD
Duygulara Dikkat Etme	Yok	7,42	2,43
	Var	7,3	2,69
t;p	0,27;0,786		
Duyguların Bedensel Algısı	Yok	7,42	2,65
	Var	7,8	2,57
t;p	-0,85;0,395		
Duygular Hakkında Netlik	Yok	7,63	2,87
	Var	8,27	2,63
t;p	-1,41;0,162		
Duyguları Anlama	Yok	7,94	2,64
	Var	8,25	2,74
t;p	-0,68;0,497		
Duyguları Kabul	Yok	6,61	2,65
	Var	6,64	2,79

t;p	-0,06;0,948		
Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme	Yok	6,81	2,73
	Var	6,5	2,8
t;p	0,65;0,517		
İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelmek için Hazırlanma	Yok	6,87	2,65
	Var	6,95	2,57
t;p	-0,184;0,855		
Özdestek	Yok	7,39	2,7
	Var	6,82	2,48
t;p	1,35;0,181		
Değişimleme	Yok	7,13	2,63
	Var	6,93	2,75
t;p	0,43;0,666		
DBBÖ Toplam	Yok	65,22	20,96
	Var	65,45	20,56
t;p	-0,06;0,947		

Tablo 6.15, MAIA ve psikiyatrik bozukluklara ilişkin alt boyutlarını inceleyen kategorik analizlerin sonuçlarını sunmaktadır. Özdüzenleme alt boyutunda psikiyatrik tedavi alan bireyler için anlamlı bir fark oluşturdu gözlenmektedir ($p = 0,031$). Analiz, alt boyutların geri kalanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya koymamıştır. Bu bulgular, psikiyatrik bozukluk geçmişinin bireyin öz düzenlemesini etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 6.15 Psikiyatrik tedaviler için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Psikiyatrik tedavi	Ortalama	SD
Fark Etmek	Yok	15,58	2,43
	Var	15,61	3,62
t;p	-0,05;0,958		
Dikkat Dağıtmamak	Kadın	14,3	3,57
	Erkek	13,36	3,62
t;p	1,53;0,130		
Endişelenmemek	Kadın	11,99	3,21
	Erkek	11,45	4,16
t;p	0,79;0,431		
Dikkati Düzenlemek	Kadın	20,75	4,11

	Erkek	20,02	3,82
t;p	1,10;0,272		
Duygusal Farkındalık	Kadın	19,74	3,53
	Erkek	20,75	4,01
t;p	-1,53;0,130		
Özdüzenleme	Kadın	6,13	1,98
	Erkek	6,52	2,09
t;p	2,20;0,031		
Bedeni Dinleme	Kadın	7,64	1,77
	Erkek	7,27	2,02
t;p	-1,12;0,265		
Güvenmek	Kadın	7,59	1,84
	Erkek	7,46	1,77
t;p	1,10;0,273		
MAIA Toplam	Kadın	109,51	14,2
	Erkek	107,05	15,81
t;p	0,94;0,349		

Psikolojik Destek/Psikoterapiye ilişkin DDBÖ ve alt boyutları için kategorik analiz sonuçları Tablo 6.16'da sunulmuştur. Değerlendirilen boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Bu sonuçlar, bu veri setinde duygusal ve bedensel farkındalık ile psikolojik bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Tablo 6.16 Psikolojik Destek/Psikoterapi için DDBÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Psikolojik Destek/Psikoterapi	Ortalama	SD
Duygulara Dikkat Etme	Yok	7,39	2,57
	Var	7,39	2,34
t;p	0,01;0,991		
Duyguların Bedensel Algısı	Yok	7,39	2,75
	Var	7,68	2,42
t;p	-0,83;0,407		
Duygular Hakkında Netlik	Yok	7,63	2,96
	Var	7,99	2,58
t;p	-0,94;0,346		
Duyguları Anlama	Yok	7,86	2,82
	Var	8,23	2,35

t;p	-1,044;0,298		
Duyguları Kabul	Yok	6,61	2,76
	Var	6,61	2,53
t;p	0,00;0,993		
Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme	Yok	6,82	2,77
	Var	6,62	2,69
t;p	0,51;0,608		
İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelmek için Hazırlanma	Yok	7,02	2,72
	Var	6,67	2,47
t;p	0,98;0,328		
Özdestek	Yok	7,45	2,78
	Var	7	2,43
t;p	1,24;0,216		
Değişimleme	Yok	7,12	2,77
	Var	7,04	2,46

t;p	0,24;0,808		
DBBÖ Toplam	Yok	65,29	21,94
	Var	65,23	18,95
t;p	0,02;0,983		

Tablo 6.17, Psikolojik Destek/Psikoterapi lara ilişkin MAIA ve alt boyutlarını inceleyen kategorik analizlerin sonuçlarını göstermektedir. Analiz, alt boyutların çoğunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığını göstermektedir. Ancak MAIA testinin duygusal farkındalık alt boyutu Psikolojik Destek/Psikoterapi lara sahip bireyler için farklılık göstermektedir ($p = 0,009$). Bu bulgular ışığında, Psikolojik Destek/Psikoterapi geçmişi olan bireylerin duygusal farkındalıklarının bu tür rahatsızlıkları olmayanlara kıyasla farklılıklar gösterebileceğini düşünülmektedir.

Tablo 6.17 Psikolojik Destek/Psikoterapi lar için MAIA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	Psikolojik Destek/Psikoterapi	Ortalama	SD
Fark Etmek	Yok	15,55	2,5
	Var	15,66	3,03
t;p	-0,27;0,780		
Dikkat Dağıtmamak	Kadın	14	3,54

	Erkek	14,29	3,69
t;p	-0,57;0,565		
Endişelenmemek	Kadın	12,04	3,25
	Erkek	11,61	3,69
t;p	0,88;0,380		
Dikkati Düzenlemek	Kadın	20,83	3,89
	Erkek	20,22	4,33
t;p	1,0525;0,294		
Duygusal Farkındalık	Kadın	19,45	3,58
	Erkek	20,77	3,61
t;p	-2,63;0,009		
Özdüzenleme	Kadın	13,35	3,59
	Erkek	12,73	3,96
t;p	1,15;0,248		
Bedeni Dinleme	Kadın	6,12	1,99
	Erkek	6,37	2,03
t;p	-0,88;0,377		

Güvenmek	Kadın	7,61	1,77
	Erkek	7,49	1,92
t;p	0,48;0,631		
MAIA Toplam	Kadın	108,95	13,03
	Erkek	109,13	16,84
t;p	-0,08;0,932		

6.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ İLİŞKİSEL ANALİZLERİ

6.5.1. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları

Tablo 6.18'de sunulan ilişkisel tablo, çocukluk dönemindeki farklı çocukluk çağı olumsuz deneyimleri (ACE'ler) arasındaki korelasyonları göstermektedir. Duygusal istismar deneyimi ile (ACE 1), fiziksel istismar(ACE 2), cinsel istismar (ACE 3), duygusal ihmal (ACE 4), annenin şiddet görmesi (ACE 7), aile içi zihinsel hastalık (ACE 9) ($p < 0,001$), fiziksel ihmal (ACE 5), ebeveynlerin madde kötüye kullanımı (ACE 8) ($p = 0,001$) ve gözetimde bulunan aile üyesi deneyimleri (ACE 10) ($p < 0,05$) ile anlamlı pozitif ilişki gösterdiği görülmektedir. Fiziksel istismar deneyimi (ACE 2), ACE 1 dışında, duygusal ihmal (ACE 4), fiziksel ihmal (ACE 5), annenin şiddet görmesi (ACE 7), aile içi zihinsel hastalık (ACE 9) ($p < 0,001$), cinsel istismar (ACE 3) ($p < 0,01$) ve ebeveyn madde kötüye kullanımı (ACE 8) ($p < 0,05$) deneyimleri ile anlamlı bir pozitif ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar deneyimine (ACE 3) bakıldığında, duygusal ihmal (ACE 4), fiziksel ihmal (ACE 5), annenin şiddet görmesi (ACE 7), gözetimde bulunan aile üyesi (ACE 10) ($p < 0,001$), ebeveynlerin madde kötüye kullanımı (ACE 8), aile içi zihinsel hastalık

(ACE 9) ($p < 0,01$) deneyimleri ile anlamlı bir pozitif ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır. Duygusal ihmal deneyimi (ACE 4) incelendiğinde, fiziksel ihmal (ACE 5), annenin şiddet görmesi (ACE 7), aile içi zihinsel hastalık (ACE 9) ($p < 0,001$), ebeveyn ayrılığı (ACE 6), ebeveynlerin madde kötü kullanımı (ACE 8), gözetimde bulunan aile üyesi (ACE 10) ($p < 0,01$) deneyimleri ile pozitif anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmal deneyiminin (ACE 5) ise, gözetimde bulunan aile üyesi (ACE 10) ($p < 0,001$), ebeveynlerin madde kötüye kullanımı (ACE 8) ($p < 0,01$), ebeveynlerin ayrılığı veya boşanması (ACE 6), annenin şiddet görmesi (ACE 7) ($p < 0,05$) deneyimleri ile pozitif ilişki içerisinde olduğu gözlemlenmektedir. Ebeveynlerin ayrılığı veya boşanması deneyimi (ACE 6), ebeveynlerin madde kötüye kullanımı (ACE 8) ($p < 0,001$), aile içi zihinsel hastalık (ACE 9) ($p < 0,01$) deneyimler ile pozitif korelasyona sahip olduğu gösterilmektedir. Annenin şiddet görmesi deneyiminin (ACE 7), ebeveynlerin madde kötü kullanımı (ACE 8), aile içi zihinsel hastalık (ACE 9), gözetimde bulunan aile üyesi (ACE 10) deneyimleri ile pozitif korelasyona sahip olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin madde kötü kullanımı (ACE 8) ile aile içi zihinsel hastalık (ACE 9) deneyimlerinin ve aile içi zihinsel hastalık (ACE 9) ve gözetimde bulunan aile üyesi (ACE 10) deneyimlerinin anlamlı pozitif ilişkide olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 6.18 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları İlişkisel Matris

		ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE 4	ACE 5	ACE 6	ACE 7	ACE 8	ACE 9	ACE 10
ACE 1	Spearman rho	—	0,595 ***	0,208 ***	0,51 ***	0,203 **	0,077	0,353 ***	0,201 **	0,313 ***	0,138 *
	p	—	<,001	<,001	<,001	0,001	0,126	<,001	0,001	<,001	0,021
ACE 2	Spearman rho	0,595 ***	—	0,177 **	0,456 ***	0,208 ***	0,05	0,492 ***	0,13 *	0,297 ***	0,064
	p	<,001	—	0,004	<,001	<,001	0,231	<,001	0,028	<,001	0,171
ACE 3	Spearman rho	0,208 ***	0,177 **	—	0,269 ***	0,224 ***	0,083	0,217 ***	0,2 **	0,194 **	0,209 ***
	p	<,001	0,004	—	<,001	<,001	0,111	<,001	0,001	0,002	<,001
ACE 4	Spearman rho	0,51 ***	0,456 ***	0,269 ***	—	0,284 ***	0,163 **	0,302 ***	0,163 **	0,374 ***	0,161 **
	p	<,001	<,001	<,001	—	<,001	0,008	<,001	0,008	<,001	0,008
ACE 5	Spearman rho	0,203 **	0,208 ***	0,224 ***	0,284 ***	—	0,124 *	0,147 *	0,18 **	0,108	0,246 ***
	p	0,001	<,001	<,001	<,001	—	0,033	0,015	0,004	0,055	<,001

ACE 6	Spearman rho	0,077	0,05	0,083	0,163 **	0,124 *	—	0,103	0,236 ***	0,206 **	0,102
	p	0,126	0,231	0,111	0,008	0,033	—	0,063	<,001	0,001	0,066
ACE 7	Spearman rho	0,353 ***	0,492 ***	0,217 ***	0,302 ***	0,147 *	0,103	—	0,28 ***	0,216 ***	0,274 ***
	p	<,001	<,001	<,001	<,001	0,015	0,063	—	<,001	<,001	<,001
ACE 8	Spearman rho	0,201 **	0,13 *	0,2 **	0,163 **	0,18 **	0,236 ***	0,28 ***	—	0,206 **	0,102
	p	0,001	0,028	0,001	0,008	0,004	<,001	<,001	—	0,001	0,066
ACE 9	Spearman rho	0,313 ***	0,297 ***	0,194 **	0,374 ***	0,108	0,206 **	0,216 ***	0,206 **	—	0,173 **
	p	<,001	<,001	0,002	<,001	0,055	0,001	<,001	0,001	—	0,005
ACE 10	Spearman rho	0,138 *	0,064	0,209 ***	0,161 **	0,246 ***	0,102	0,274 ***	0,102	0,173 **	—
	p	0,021	0,171	<,001	0,008	<,001	0,066	<,001	0,066	0,005	—

Tablo 6.19, ACE skorlarının kronik rahatsızlık geçmişi, psikiyatrik tedavi geçmişi ve Psikolojik Destek/Psikoterapi geçmişi ile ilişkisi incelenmiştir. Kronik rahatsızlıklar açısından, ACE 1 , ACE 4 , ACE 5 , ACE 7 , ACE 8 , ACE 9 ve ACE Toplam skoru anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Psikiyatrik tedaviler açısından ise ACE 4 , ACE 6 , ACE 7 , ACE 8 , ACE 9 ve ACE Toplam skoru anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Psikolojik Destek/Psikoterapi için, ACE1, ACE 2, ACE 3, ACE 4, ACE 6, ACE 9 ve ACE Toplam skoru anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bulgular, çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının hem kronik hem de psikiyatrik tedavilerin yanı sıra psikoterapi gereksinimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu, çocuklukta yaşanan travmatik olayların uzun vadeli sağlık sonuçları üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 6.19 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları– Rahatsızlık İlişkisel Tablosu

		ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE 4	ACE 5	ACE 6	ACE 7	ACE 8	ACE 9	ACE 10	ACE Toplam
Kronik	Spearman rho	0,138 *	0,067	0,104	0,127 *	0,176 **	0,064	0,132 *	0,162 **	0,135 *	0,006	0,158**
	p	0,02	0,16	0,062	0,03	0,005	0,173	0,025	0,008	0,023	0,462	0,01
Psikiyatrik tedavi	Spearman rho	-0,014	0,059	0,027	0,208 ***	0,094	0,147 *	0,124 *	0,117 *	0,147 *	-0,06	0,136*
	p	0,58	0,192	0,345	<,001	0,083	0,014	0,033	0,042	0,014	0,81	0,022
Psikolojik Destek/Psikoterapi	Spearman rho	0,125 *	0,135 *	0,143	0,264 ***	-0,004	0,116 *	0,093	0,015	0,222 ***	0,059	0,233***
	p	0,033	0,022	0,017	<,001	0,525	0,042	0,084	0,414	<,001	0,194	<,001

Tablo 6.20’de, ACE skorlarının DBBÖ (Duygusal Bilinçlilik ve Başa Çıkma Ölçeği) alt boyutları ile ilişkisi incelenmiştir. Korelasyon analizinde Spearman rho katsayısı kullanılmış ve sonuçların istatistiksel anlamlılığı p değerleri ile değerlendirilmiştir. Duygulara Dikkat Etme boyutunda ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlı p değerlerine sahip bulunmuştur ($p < 0,05$). Duyguların Bedensel Algısı boyutunda sadece ACE 3 anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Duygular Hakkında Netlik boyutunda ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). Duyguları Anlama boyutunda ACE 2, ACE 3, ACE 5, ACE 6, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Duyguları Kabul boyutunda ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 7, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme boyutunda ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelme için Hazırlanma boyutunda ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Özdestek boyutunda ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 7, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). Değişimleme boyutunda ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 7, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). DBBÖ Toplam skorunda ise ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 4, ACE 5, ACE 6, ACE 10 ve ACE Toplam anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Bu bulgular, ACE skorlarının DBBÖ alt boyutları ile genel olarak negatif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının duygusal bilinçlilik ve başa çıkma becerilerini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar, bireylerin duygusal farkındalıklarını ve duygularla başa çıkma yetilerini azaltarak, duygusal ve psikolojik sağlık üzerinde önemli etkilere yol açabileceğini göstermektedir.

Tablo 6.20 ACE – DBBÖ İlişkisel Tablosu

		ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE 4	ACE 5	ACE 6	ACE 7	ACE 8	ACE 9	ACE 10	ACE Toplam
Duygulara Dikkat Etme	Spearman rho	-0,083	-0,09	-0,129 *	-0,117 *	-0,135 *	-0,138 *	-0,047	-0,014	0,01	-0,184 **	-0,164 **
	p	0,111	0,092	0,028	0,042	0,023	0,02	0,244	0,42	0,558	0,003	0,007
Duyguların Bedensel Algısı	Spearman rho	-0,024	-0,066	-0,161 **	-0,005	-0,101	-0,075	-0,049	-0,007	0,072	-0,078	-0,085
	p	0,36	0,166	0,009	0,469	0,067	0,135	0,237	0,458	0,857	0,124	0,104
Duygular Hakkında Netlik	Spearman rho	-0,129 *	-0,143 *	-0,192 **	-0,04	-0,098	-0,106	-0,095	-0,05	0,059	-0,139 *	-0,182 **
	p	0,028	0,017	0,002	0,276	0,074	0,059	0,081	0,23	0,808	0,019	0,003
Duyguları Anlama	Spearman rho	-0,101	-0,123 *	-0,171 **	-0,063	-0,124 *	-0,126 *	-0,084	-0,014	0,036	-0,149 *	-0,165 **
	p	0,067	0,034	0,006	0,175	0,034	0,031	0,106	0,417	0,702	0,014	0,007
Duyguları Kabul	Spearman rho	-0,142 *	-0,117 *	-0,201 **	-0,149 *	-0,224 ***	-0,128 *	-0,116 *	-0,058	-0,075	-0,18 **	-0,221 ***
	p	0,017	0,042	0,001	0,013	<,001	0,029	0,044	0,196	0,133	0,004	<,001

Dayanıklılık Duyguları Tolere Etme Duygulara Katlanabilme	Spearman rho	-0,116 *	-0,117 *	-0,143 *	-0,177 **	-0,21 ***	-0,114 *	-0,084	0,04	-0,029	-0,145 *	-0,192 **
	p	0,044	0,042	0,017	0,004	<,001	0,046	0,109	0,721	0,336	0,016	0,002
İstenmeyen Duygularla Karşı Karşıya Gelmek için Hazırlanma	Spearman rho	-0,139	-0,107	-0,179 **	-0,115 *	-0,195 **	-0,124 *	-0,087	-0,012	-0,033	-0,197 **	-0,193 **
	p	0,019	0,056	0,004	0,044	0,002	0,033	0,099	0,427	0,311	0,002	0,002
Özdestek	Spearman rho	-0,199	-0,208 ***	-0,145 *	-0,193 **	-0,173 **	-0,138 *	-0,144 *	-0,022	-0,053	-0,168 **	-0,24 ***
	p	0,002	<,001	0,016	0,002	0,005	0,02	0,016	0,374	0,217	0,006	<,001
Değişimleme	Spearman rho	-0,149	-0,154 *	-0,162 **	-0,188 **	-0,177 **	-0,133 *	-0,119 *	-0,038	0,013	-0,158 **	-0,213 ***
	p	0,014	0,011	0,008	0,003	0,004	0,025	0,039	0,288	0,574	0,009	<,001
DBBO Toplam	Spearman rho	-0,132	-0,13 *	-0,189 **	-0,142 *	-0,177 **	-0,132 *	-0,106	-0,027	0,001	-0,179 **	-0,209 ***
	p	0,025	0,027	0,002	0,018	0,004	0,025	0,058	0,344	0,504	0,004	<,001

Tablo 6.21'de, ACE skorlarının MAIA alt boyutları ile ilişkisi incelenmiştir. Korelasyon analizinde Spearman rho katsayısı kullanılmış ve sonuçların istatistiksel anlamlılığı p değerleri ile değerlendirilmiştir. Fark Etmek boyutunda ACE skorları ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dikkat Dağıtmamak boyutunda ACE 10 anlamlı bulunmuştur ($p = 0,053$). Endişelenmemek boyutunda ACE 8 anlamlıdır ($p = 0,008$). Dikkati Düzenlemek boyutunda ACE 3, ACE 4, ACE 5 ve ACE Toplam anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Öz Düzenleme boyutunda ACE 1, ACE 4, ACE 5, ACE 6 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). Bedeni Dinleme boyutunda ACE 5, ACE 6 ve ACE Toplam anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Güvenmek boyutunda ACE 1, ACE 6, ACE 9 ve ACE Toplam anlamlıdır ($p < 0,05$). MAIA Toplam skorunda ise ACE 1 ve ACE Toplam anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Bu bulgular, ACE skorlarının MAIA alt boyutları ile genel olarak negatif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının bedensel farkındalık ve içsel düzenleme becerilerini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar, bireylerin bedenlerine yönelik farkındalıklarını ve bu farkındalıkları düzenleme yetilerini azaltarak, genel sağlık ve iyilik hali üzerinde önemli etkilere yol açabilir.

Tablo 6.21 ACE – MAIA İlişkisel Tablosu

		ACE 1	ACE 2	ACE 3	ACE 4	ACE 5	ACE 6	ACE 7	ACE 8	ACE 9	ACE 10	ACE Toplam
Fark Etmek	Spearman rho	-0,066	-0,04	-0,027	-0,015	-0,063	-0,106	0,012	0,007	-0,097	-0,055	-0,107
	p	0,329	0,557	0,688	0,82	0,356	0,119	0,863	0,918	0,152	0,42	0,116
Dikkat Dağıtmamak	Spearman rho	-0,011	0,068	0,019	0,061	0,049	-0,04	0,042	-0,029	0,024	0,131	0,059
	p	0,876	0,319	0,777	0,365	0,475	0,555	0,533	0,668	0,721	0,053	0,386
Endişelenmemek	Spearman rho	-0,033	-0,011	-0,068	-0,078	-0,049	-0,014	-0,026	0,18**	0,01	0,065	-0,047
	p	0,627	0,868	0,318	0,248	0,468	0,836	0,697	0,008	0,882	0,338	0,492
Dikkati Düzenlemek	Spearman rho	-0,098	-0,081	-0,151*	-0,148*	-0,154*	-0,095	-0,067	-0,001	-0,128	-0,117	-0,206**
	p	0,148	0,235	0,025	0,029	0,023	0,163	0,326	0,987	0,059	0,084	0,002

Duygusal Farkındalık	Spearman rho	0,003	0,015	0,067	0,097	-0,014	-0,055	0,05	0,042	0,03	0,019	0,037
	p	0,961	0,82	0,324	0,152	0,831	0,419	0,458	0,541	0,66	0,781	0,59
Öz Düzenleme	Spearman rho	-0,179**	-0,11	-0,098	-0,144*	-0,134*	-0,19**	-0,002	-0,051	-0,079	-0,018	-0,201**
	p	0,008	0,104	0,149	0,033	0,047	0,005	0,972	0,45	0,242	0,792	0,003
Bedeni Dinleme	Spearman rho	-0,103	-0,031	-0,089	-0,07	-0,134*	-0,136*	-0,007	-0,069	-0,008	0,015	-0,137*
	p	0,13	0,643	0,19	0,3	0,048	0,045	0,916	0,309	0,905	0,82	0,042
Güvenmek	Spearman rho	-0,155*	-0,098	-0,108	-0,084	-0,081	-0,159*	-0,041	-0,024	-0,223***	-0,044	-0,205**
	p	0,022	0,148	0,112	0,214	0,234	0,019	0,546	0,727	<,001	0,515	0,002
MAIA Toplam	Spearman rho	-0,144*	-0,07	-0,108	-0,094	-0,13	-0,144*	-0,029	0,004	-0,1	-0,033	-0,179**
	p	0,034	0,302	0,112	0,167	0,055	0,033	0,667	0,947	0,141	0,624	0,008

7. TARTIŞMA

7.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI

Verilerimiz, özellikle Felitti ve arkadaşlarının (1998) temel araştırmasıyla uyumlu olarak, yüksek oranda duygusal ve fiziksel istismar, ihmal ve ev içi işlev bozukluklarını ortaya koymaktadır. Bu tür deneyimlerin yetişkin sağlığı ve davranışı üzerindeki uzun vadeli sonuçlarını göstermektedir. Araştırmaya katılanların %46,575'inin yaşadığı en sık bildirilen ACE, duygusal istismarı içermektedir. Özellikle bu katılımcılar, bir ebeveyninizin ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla size küfretti mi, sizi hor gördü mü, sizi aşağıladı mı ya da sizi küçümsedi mi? Ya da sizi fiziksel anlamda incitecek bir şekilde davranıp sizi korkuttu mu? (ACE 1). Bu bulgular, Felitti ve arkadaşlarının (1998) ile Anda ve arkadaşlarının (2006) araştırmalarında belirtilen eğilimleri yansıtmaktadır. Bu tür istismar biçimleri, yetişkinlikte duygusal düzenlemeyi ve kişilerarası ilişkileri bozma potansiyeli nedeniyle özellikle zararlıdır (Teicher ve diğer., 2006). Duygusal istismarın bu yüksek yaygınlığı, Türkiye'de bu tür deneyimlere katkıda bulunabilecek önemli kültürel ve toplumsal faktörlerin altını çizmektedir Geleneksel Türk kültüründe hiyerarşik aile yapıları ve otoriter ebeveynlik tarzları bazen çocukların sert sözlü azarlamalara ve korkutmalara maruz kalmasına neden olabilmektedir (Sunar ve Fişek, 2005). Yaşlılara saygı ve itaate yapılan kültürel vurgu, bazı istismarcı davranışları disiplin olarak istemeden normalleştirebilir, böylece hanelerdeki duygusal istismar sorununu daha da negatif yönde etkileyebilir.

Katılımcıların %32,42'sinin yaşadığını doğruladığı ikinci en sık bildirilen ACE, duygusal ihmalle ilgilidir. Bu ACE, siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Ailenizde kimse sizi sevmiyor ya da sizin önemli ya da özel olduğunuzu düşünmüyor? Ya da Aileniz size göz kulak olmadı, ailenizle yakın hissetmediniz ya da birbirinizi desteklemediniz?" (ACE 4). Bu tür ihmalin

depresyon ve anksiyeteye yatkınlığı artırabileceğini göstermektedir (Widom ve diğer., 2014). Türkiye bağlamında duygusal ihmal, çeşitli sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenebilir. Örneğin, aile içindeki ekonomik zorluklar ve yüksek düzeydeki stres, duygusal beslenmeden ziyade finansal olarak hayatta kalmayla meşgul olabilecek ebeveynlerin duygusal olarak erişememesine yol açabilir (Kağıtçıbaşı, 2007). Ek olarak, geleneksel cinsiyet rolleri bazen, özellikle de duygusal ifadenin teşvik edilmediği ataerkil ortamlarda, çocuklara duygusal yük getirebilir. Duygusal ihmalin yaygınlığı, Türk ailelerde duygusal destek ve onaylamanın önemini ele alan artan farkındalık ve müdahale programlarına olan kritik ihtiyacı vurgulamaktadır.

Bu bulgular, Türkiye'de ACE'lerin etkilerinin ele alınması ve azaltılmasında kültürel açıdan duyarlı yaklaşımların gerekli olduğunu göstermektedir. Müdahaleler, ebeveynleri ve bakıcıları duygusal istismar ve ihmalin zararlı etkileri konusunda eğitmeye, olumlu ebeveynlik uygulamalarını teşvik etmeye ve stres altındaki ailelere destek sistemleri sağlamaya odaklanmalıdır. Ayrıca, ekonomik gerilimi azaltmayı ve ruh sağlığı kaynaklarına erişimi iyileştirmeyi amaçlayan politikalar, daha sağlıklı aile ortamlarının geliştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Bu durum da çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının toplumun geneli için de önemli bir yerde olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %31,05'inin yaşadığı üçüncü en sık bildirilen ACE, fiziksel istismarı içermektedir. Özellikle bu katılımcılar, bir ebeveynin veya evdeki başka bir yetişkinin sık sık veya çok sık onları ittiğini, yakaladığını, tokatladığını, üzerlerine bir şey fırlattığını veya iz bırakacak veya yaralanmaya neden olacak kadar sert vurduğunu belirtmişlerdir (ACE 2). Gilbert ve arkadaşlarının (2009) kültürel normların değişmesine ve azalmasına yardımcı olduğu gibi, bu tür kötü tedavinin, kronik ağrı, izlenebilen hastalık ve ciddi obezite dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla bağlantılı olduğu ve etkinin psikolojik sıkıntının yaygınlaştığı görülmektedir. Fiziksel istismarın bu yüksek yaygınlığı, Türkiye'de

bu tür deneyimlere katkıda bulunabilecek önemli kültürel ve toplumsal faktörlerin altını çizmektedir.

Türkiye bağlamında fiziksel disiplin genellikle çocuk yetiştirmenin geleneksel bir yöntemi olarak görülmektedir. Birçok ebeveyn, fiziksel cezanın disiplin sağlamanın ve istenmeyen davranışları düzeltmenin etkili bir yolu olduğuna inanmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2007). Ancak araştırmalar, fiziksel istismarın çocukların psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerinde ciddi ve uzun süreli olumsuz etkileri olabileceğini göstermiştir. Fiziksel yaralanma ve travmaların yanı sıra kaygı, depresyon, saldırganlık gibi ruhsal sağlık sorunlarının gelişmesine de yol açabilmektedir (Gershoff, 2002). Fiziksel disiplinin kültürel olarak kabul edilmesi bazen disiplin ile istismar arasındaki çizgiyi bulanıklaştırabilir, bu da zararlı etkilerinin ele alınmasını ve hafifletilmesini zorlaştırabilir.

Türkiye'de fiziksel istismarın yaygınlığı, ebeveynleri ve bakıcıları fiziksel cezanın zararlı etkileri konusunda eğitmek için kültürel açıdan hassas müdahalelere ve kamuoyunu bilinçlendirme kampanyalarına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Şiddet içermeyen disiplin biçimlerini vurgulayan olumlu ebeveynlik uygulamalarını teşvik etmek, bunu %31.05'i tarafından rapor edilen fiziksel istismarı takip etmektedir. Gilbert ve arkadaşlarının (2009) olduğu gibi, bu tür kötü tedavinin, kronik ağrı, bulaşıcı hastalık ve ciddi obezite dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla bağlantılı olduğu ve etkisinin psikolojik sıkıntının yaygınlaştığı gösterilmektedir.

Özellikle bu katılımcılar, bir yetişkinin veya kendilerinden en az 5 yaş büyük birinin kendilerine cinsel olarak dokunduğunu, cinsel yolla vücutlarına dokundurduğunu, kendileriyle oral, anal veya vajinal ilişkiye teşebbüs ettiğini veya bu ilişkiye girdiğini belirtmişlerdir (ACE 3). Bu yaygınlık özellikle endişe vericidir ve Türkiye'de bu tür deneyimlere katkıda bulunabilecek önemli kültürel ve toplumsal faktörlerin altını çizmektedir.

Türkiye bağlamında, cinsel istismarla ilgili tartışmalar çoğunlukla damgalama ve tabularla örtülüyor ve bu da bu tür olayların rapor edilmesini ve ele alınmasını engelleyebiliyor. Aile onurunu vurgulayan kültürel normlar, mağdurlar ve aileleri sosyal dışlanma ve utançtan korkabilecekleri için cinsel istismarın ortaya çıkmasının engellenmesine yol açabilir (Güveç ve diğer, 2014). Bu kültürel sessizlik, gerekli desteği ve onayı alamayabilecekleri için mağdurların yaşadığı psikolojik travmayı daha da kötüleştirebilir. Ayrıca okullarda ve toplumlarda kapsamlı cinsel eğitimin verilmemesi, çocuk ve ergenlerin haklarını ve cinsel istismarla karşılaştıklarında nasıl yardım arayacaklarını bilmemelerine neden olabiliyor.

Cinsel istismarın yaygınlığı (%22,831, ACE 3), aile içi zihinsel hastalık (%18,265, ACE 9), ebeveynlerin ayrılması veya boşanması (%16,438, ACE 6), anneye yönelik aile içi şiddet (%14,155, ACE 7), ebeveynlerin madde kötü kullanımı (%16,438, ACE 8) gibi rapor edilen diğer ACE'lerden belirgin şekilde daha yüksektir. Cinsel istismarın bu yüksek yaygınlığı, bu konunun Türk kültürel bağlamında ele alınmasındaki önemli zorlukların altını çizmektedir. Veriler, nispeten daha sık görülmesi göz önüne alındığında, cinsel istismara yönelik müdahalelerin diğer sıkıntı türlerine göre önceliklendirilmesinin acil bir ihtiyaç olduğunu gösteriyor. Alkol veya uyuşturucu kullanan biriyle yaşamak veya aile içi şiddete tanık olmak gibi ev içi işlev bozukluklarına maruz kalmak ve cinsel istismar, Dube ve arkadaşlarının (2001) araştırmalarında tartışıldığı gibi, yaşamın sonraki dönemlerindeki zihinsel sağlık bozukluklarıyla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmektedir. Bu bulgular, özellikle çocukluk çağında yaşanan travmaların ele alınması için hedefe yönelik müdahalelerin kritik ihtiyacını vurgulamaktadır.

Araştırmanızda, ebeveyn boşanmasının, çeşitli istismar, ihmal ve diğer ev içi işlev bozukluklarını kapsayan maddeler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu korelasyon eksikliği, ebeveyn boşanmasının, olumsuz bir çocukluk deneyimi olarak, bağımsız bir doğaya sahip olduğunu göstermektedir; bu da farklı risk faktörleri içerdiğini ve çocukları evdeki diğer istismar veya işlev

bozukluklarına doğası gereği yatkın hale getirmediğini düşündürmektedir (Amato, 2001). Ebeveyn ayrılığının dinamikleri ve sonuçları, fiziksel, duygusal veya cinsel istismarı, aile üyelerinin hapsedilmesini veya ihmali doğrudan etkilemeyebilir veya bunlarla birlikte ortaya çıkmayabilir. Bu, ebeveyn boşanmasının, olumsuz bir deneyim olarak, farklı psikososyal dinamikleri veya stres etkenlerini içerdiğini gösterir. Bu hususta tarama araçları ve müdahale stratejileri, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olan tüm çocuklar için evrensel bir risk profili varsaymamalıdır. Değişimi ve kaybı yönetmeye odaklanan sosyal destek mekanizmaları ve başa çıkma stratejileri gibi destek hizmetleri, her türlü çocukluk deneyimi için etkili bir mekanizma olabilir (Hetherington ve Kelly, 2002).

Gelecekteki araştırmalar, ebeveyn boşanmasının çocukları diğer çocukluk çağı olumsuz yaşantılarından farklı şekilde nasıl etkilediğini keşfetmeli ve bu belirli zorlukları hafifletebilecek koruyucu faktörleri tanımlamalıdır. Araştırma aynı zamanda sosyal, kültürel ve ekonomik bağlamların ebeveyn boşanmasının çocukları nasıl etkilediğini de incelemelidir (Fabricius ve Luecken, 2007).

Bu bulgular, ebeveyn ilişkilerinin çocukların benlik saygısı ve kişilerarası ilişkilere ilişkin anlayışları üzerindeki psikolojik etkisinin altını çizmekte ve hedefe yönelik psikolojik müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır (Cummings, 1994). Veriler, çocukların ebeveynlerinin kendilerine yönelik sevgisinin bir yansıması olarak ebeveynlerinin boşanmasını içselleştirebildiklerini göstermektedir. Bazı çocuklar boşanmayı sevilmediklerinin bir göstergesi olarak yorumlayabilirken, bazıları ise boşanmanın olmamasını ebeveyn sevgisinin bir işareti olarak görebilirler.

Aile içerisinde fiziksel ihmal yaşayan ya da yaşamak durumunda kalan çocukların ailelerinin birlikte kalma olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Fiziksel ihmal yaşanmayan hanelerin boşanma yaşama olasılıkları, maddi sıkıntı yaşayanlara göre daha azdır. Bu, finansal stresin evlilikleri önemli ölçüde zorladığını ve sıklıkla boşanmaya yol açtığını gösteren araştırmalarla

uyumludur (Conger ve diğer, 1990). Türkiye bağlamında ebeveynlerin hapse girmesi genellikle boşanmaya sebep olmadığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, yasal ve sosyal zorluklar karşısında evlilik istikrarını etkileyen kültürel veya sosyal normları yansıtabilir. Veriler aynı zamanda olumsuz çocukluk olaylarının yaşanması ile ebeveynlerin boşanma durumu arasında anlamlı bir doğrudan ilişki olmadığını da ortaya koymaktadır. Bu, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bireysel gelişimi ve gelecekteki ilişki kalıplarını derinden etkileyebilmesine rağmen, bunların ebeveynlerin boşanmasına neden olmadığını göstermektedir (Strohschein, 2005). Son yirmi yılda Türkiye, geniş sosyo-ekonomik ve kültürel değişiklikleri yansıtan dikkate değer bir boşanma oranı artışı yaşamıştır. Ekonomik faktörler de kritik bir rol oynamakta, ekonomik istikrarsızlık dönemleri boşanma oranlarındaki artışlarla korelasyon göstermektedir. Değişen toplumsal cinsiyet rolleri, kadınlara daha fazla mali bağımsızlık sağlamış ve evlilik kararlarını etkilemiştir (Çoşkun ve Sarlak, 2020).

Bu bilgiler, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları bağlamında ebeveyn boşanmasının farklı bir faktör olduğunu kabul ederek hem araştırmada hem de uygulamada farklı bir yaklaşıma olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Ebeveynlerin boşanmasının çocuklar üzerindeki etkilerini hafifletmeyi amaçlayan gelecekteki araştırma ve müdahalelerde kişisel, finansal ve sosyal faktörler arasındaki etkileşim dikkate alınmalıdır. Araştırmanın sonuçlarına göre ebeveyn boşanması çocuğun aile bağlamında sevilmediğini veya önemsiz hissetmesi ile yakından ilişkili olabilir. Araştırmalar, ebeveyn ayrılığının yarattığı travmanın çocuklarda ihmal veya duygusal görünmezlik duygularını şiddetlendirebileceğini öne sürmektedir. Boşanma sırasında ebeveynlerin odak noktası önemli ölçüde mevcut krize doğru kayabilir ve bu da çoğu zaman çocuğun duygusal açıdan erişilebilirliğinin azalmasına yol açar. Bu dönemde çocuğun duygusal ihtiyaçları göz ardı edilebileceği veya yetersiz şekilde karşılanabileceği için, bu değişiklik özel hissetmeme ya da değer verilmeme duygusunu güçlendirebilir veya başlatabilir (Richardson ve McCabe, 2001). Ek olarak çocuklar, duygusal ihmal ile ilişkili

duyguları da dahil ederek, boşanmayı kendi değerlerinin veya sevilmemelerinin bir yansıması olarak içselleştirebilirler (Gable, Leon, Cole ve DeBord, 2004).

Fiziksel istismar ile diğer boşanma arasında anlamlı bir korelasyon yoktur. Fiziksel istismar, çocuğa dayatılan herhangi bir zorlama veya cinsel eylem davranışıyla karakterize edilir. Ebeveyn boşanması yıkıcı ve duygusal açıdan yüklü bir ortam yaratabilse de doğası gereği fiziksel istismar olarak tanımlanan davranışları içermez. Korelasyonun olmayışı, boşanmanın meydana gelmesinin mutlaka aile içindeki cinsel istismar vakalarına yatkınlık oluşturmadığını veya bununla ilişkili olmadığını göstermektedir. Bu ayrım, ebeveyn boşanması ve cinsel istismarın farklı dinamiklerden ve risk faktörlerinden kaynaklandığını ortaya koyması açısından önemlidir. Bu durum aynı zamanda cinsel istismar yaşayan kişilerin ailelerinin boşanma durumları ile bağlantısız olduğunu da gösterir. Korelasyonun yokluğu, aile içi etkileşimlerin karmaşıklığına ve bu çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının spesifik müdahaleler ve önleyici tedbirlerle ayrı sorunlar olarak ele alınması gerektiğine işaret etmektedir (Putnam, 2003).

Fiziksel ve cinsel istismar arasında orta derecede güçlü bir korelasyon, muhtemelen bakım verenin uyumsuz davranışları veya ebeveynlerin Madde Kötü Kullanımı gibi aile ortamındaki ortak risk faktörlerinden dolayı, birlikte ortaya çıktığını göstermektedir (Felitti ve diğer, 1998). Fiziksel istismar ile duygusal ihmal arasındaki ilişki, fiziksel istismarın olduğu ortamların sıklıkla duygusal destek ve bakım sağlamada da başarısız olduğunu göstermektedir. Bu ilişki hem istismarcı davranışın hem de ihmalin daha derin aile sorunlarından kaynaklandığı aile birimi içindeki disfonksiyonları yansıtabilir (Özbay, Aşağıdağ, Eker, 2023)

Bulgularımız duygusal ihmal yaşayan bireylerin Türkiye'de oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Duygusal ihmal, tipik olarak çocukların sevilmediğini, desteklenmediğini veya temel aile bağlarının zayıf veya yok olduğunu hissettiği senaryoları içerir. Bu tür deneyimlerin yaygınlığı, bu olumsuzluklara katkıda bulunabilecek daha geniş sosyo-kültürel ve ailesel dinamiklere işaret etmektedir.

Araştırmalar, duygusal ihmalin bireyin duygusal ve psikolojik iyilik hali üzerinde uzun vadeli derin etkileri olabileceğini göstermektedir (Teicher ve diğeri., 2016). Türkiye'de güçlü aile bağları ve toplu yaşam gibi kültürel faktörler duygusal ihmalin etkilerini hem belirsizleştirebiliyor hem de şiddetlendirebiliyor. Bazı durumlarda, aile bütünlüğüne yönelik toplumsal vurgu, eksik raporlamaya veya asgari düzeyde dış müdahaleye yol açarak duygusal ihmalin büyük ölçüde fark edilmemesine ve ele alınmamasına neden olabilir (Karakurt ve Silver, 2013). Ayrıca, duygusal ihmalin Türkiye'deki yaygınlığı, birçok bölgede yaygın olan ekonomik istikrarsızlık veya travmanın nesiller arası aktarımı gibi belirli toplumsal stres etkenleriyle ilişkilendirilebilir. Bu stresörler aile ilişkilerini zorlayabilir ve duygusal ihmalin daha sık yaşandığı ortamların oluşmasına katkıda bulunabilir (Muharrem, Koçtürk ve Zencir, 2023).

Bu araştırmanın bulguları, duygusal ihmalin temel nedenlerini ve sonuçlarını ele alan psikososyal müdahalelere ve politikalara olan ihtiyacı göstermektedir. Toplum farkındalığını ve aile destek programlarını geliştirmek, ruh sağlığı hizmetlerine erişilebilirliği iyileştirmek, duygusal ihmalin etkisini hafifletmede etkili stratejiler olabilir. Ayrıca, duygusal ihmali kabul eden ve aktif olarak ele alan bir toplumsal kültürün teşvik edilmesi, duygusal ihmalin azaltılmasına yardımcı olabilir.

7.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARININ SAĞLIK SONUÇLARI

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olup psikiyatrik destek olan kişilere baktığımızda ise karmaşık bir ilişki olduğunu gözlemlemek mümkün. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları genel olarak psikiyatrik sorun yaşama konusunda zayıf korelasyon gösterirken, duygusal ihmal sorusu gibi spesifik çocukluk çağı olumsuz yaşantıları oldukça güçlü bir pozitif korelasyon göstermektedir. Bu sonuç Anda ve arkadaşlarının araştırmasını desteklemektedir (2006), duygusal ihmalden psikiyatrik bozukluklara, bu ihmalin benlik saygısı ve bilişsel gelişim üzerindeki etkisi yoluyla doğrudan bir yol olduğu gözlemlenmiştir. İlginçtir ki korelasyon

modelleri tüm çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının psikiyatrik sağlığı eşit derecede etkilemediğini göstermektedir. Örneğin, cinsel istismar, bu araştırmada anlamlı bir korelasyon sergilememiştir; bu durum, cinsel istismar ile psikiyatrik bozukluklar arasında güçlü bağlantılar olduğunu bildiren diğer araştırmalarla çelişmektedir (Chapman ve diğer. 2004). Bu tutarsızlık, örneklemdeki demografik farklılıklardan, örneklem büyüklüğünden veya istismara maruz kalmanın zamanlaması ve sürekliliğindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Aynı zamanda cinsel istismar ile ölçülen sağlık koşulları arasındaki korelasyon eksikliği, cinsel istismarın karmaşık etkisini yansıtır olabilir; bu, genel sağlık durumu üzerine tespit edilebilecek fiziksel semptomlarla ortaya çıkmayabilir. Putnam (2003), cinsel istismarın, fiziksel sağlık sorunları olarak kolayca ortaya çıkmayabilen, daha ziyade yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruh sağlığı bozuklukları olarak ortaya çıkan semptomların içselleştirilmesine yol açabileceğini öne sürmektedir (Putnam, 2003).

Analiz, "Toplam çocukluk çağı olumsuz yaşantıları " puanıyla ölçülen çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının kümülatif etkisini de dikkate almaktadır. Bu bulgular, birden fazla çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bileşik etkisini vurgulamakta; olumsuz deneyimlerin sayısı arttıkça çeşitli sağlık sorunlarına olan riskin de arttığını göstermektedir. Bu kümülatif bakış açısı, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının tam etkisini anlamak için çok önemlidir (Briggs ve diğer, 201). Toplam çocukluk çağı olumsuz yaşantıları puanı ile genel hastalık sayısı arasındaki korelasyon, Felitti ve arkadaşlarının çocukluk çağı olumsuz yaşantıları araştırmasında bulunan doz-yanıt ilişkisini güçlendirmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları sayısındaki artışın, yaşam boyu hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarının artmasıyla ilişkili olduğunu belgelemiştir (Felitti ve diğer, 1998). Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile psikolojik sorunlar arasındaki ilişki yaşa göre farklılık göstermektedir; genç yetişkinler erken başlangıçlı zihinsel sağlık sorunları açısından en yüksek risk altındadır. Bu nedenle travma bilgili yaklaşımlar

çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının önlenmesi çok önemli halk sağlığı öncelikleridir.

Duygusal ihmal ve Aile İçi Zihinsel Hastalık yaşayan birinin varlığı gibi belirli çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile bir dizi sağlık sonucu arasında bulunan ilişkiler, duygusal ihmal ve ruh sağlığı bozukluğuna maruz kalmanın daha önceki araştırmalarla tutarlı olduğunu göstermektedir. Çocukluk döneminde yaşanan stresin hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde kalıcı etkileri olabilir. Örneğin, duygusal ihmalin, psikolojik veya psikiyatrik danışmanlığı gerektirebilecek, depresyon ve anksiyete de dahil olmak üzere daha sonraki yaşamdaki zihinsel sağlık sorunlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (Anda ve diğer, 2006).

Ebeveyn boşanması kronik fiziksel hastalıklarla anlamlı bir ilişki göstermemiştir ancak ruh sağlığı hizmeti alımıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu, ebeveynlerin boşanmasının çoğu zaman doğrudan fiziksel sağlık sorunlarına yol açmadığını, ancak sıklıkla önemli psikolojik strese yol açtığını ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabileceği literatürde desteklenmektedir (Rutter, 1999).

Sonuç olarak, araştırmamız, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yaşam boyu sağlık üzerindeki ilişkisini destekleyen kanıtları doğrulamaktadır (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017). Belirli çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile kronik ve psikiyatrik sağlık sonuçları arasındaki önemli korelasyonlar, sadece çocukluk çağı olumsuz yaşantıları çerçevesini doğrulamakla kalmaz, aynı zamanda bu erken zorlukları ele alan hedeflenmiş müdahalelerin kritik ihtiyacını da vurgular (Dube et al., 2003; Bethell et al., 2017). İlerleyen süreçte, klinik uygulamaların ve halk sağlığı politikalarının, araştırmamız gibi araştırmaların sağladığı detaylı içgörülerle şekillendirilmesi gerekmektedir (Shonkoff et al., 2012). Bu araştırmalar, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları uzun vadeli sağlık arasındaki karmaşık etkileşimi aydınlatır ve bu süreçte, sağlık politikalarının ve müdahale yöntemlerinin nasıl şekillendirilmesi gerektiğine dair önemli bilgiler sunar.

7.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI VE İNTROSPEKTİF FARKINDALIK

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, bozulmuş introspektif farkındalık yetenekleri de dahil olmak üzere bir dizi olumsuz sağlık sonucuyla ilişkilendirilmiştir. Özellikle ebeveyn ayrılığı veya boşanmasını içeren boşanmanın belirli introspektif farkındalık boyutlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Schmitz ve diğer, 2018). Bu bulgular, ebeveyn ayrılığının, çocukların bedensel duyular yoluyla sıkıntıyı düzenleme kapasitelerini, iç gözlemsel amaçlar için bedenleriyle aktif olarak ilgilenme yeteneklerini ve bedenlerini güvenilir ve emniyetli olarak algılama yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir (Craig, 2009; Mehling ve diğer. 2009).

Ebeveyn ayrılığı veya boşanması da dahil olmak üzere ailedeki bozulmalar, çocukların duygusal ve fiziksel öz farkındalıkları üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir ve bu, bireysel iyilik için kritik öneme sahiptir (Bateman, & Fonagy, 2010). Bu bulgular, aile parçalanmaları yaşayan çocukların introspektif ihtiyaçlarını karşılamanın önemini ve introspektif farkındalığını ve düzenlemeyi teşvik eden müdahalelerin potansiyel faydalarını vurgulamaktadır.

Ailenin boşanması ile MAIA-II ölçeğinin alt ölçeklerinden biri olan duygu düzenleme becerileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu, ailedeki bozulmaların belirli iç algısal yönleri etkilerken, genel duygu düzenleme yeteneklerinin telafi edici mekanizmalar veya dış destek sistemi yoluyla sürdürülebileceğini gösterebilir.

Araştırmamız, aile içi zihinsel hastalık olan çocukların, kendi bedenlerini güvenilir ve güvenli olarak deneyimleme konusunda zorluk çektiklerini ortaya koymaktadır. Bu durum, aile içinde zihinsel sağlık bozukluklarına maruz kalmanın, çocukların bedensel güvenlik ve güven duygusu üzerindeki derin etkisini vurgulamakta ve bu tür maruziyetlerin, gelişimsel yörüngeleri ile bireyin kendi bedeniyle etkileşim

kurma ve ona güvenme yeteneğini nasıl bozabileceğini göstermektedir (Teicher ve diğer, 2014).

Ayrıca, bulgularımızın dikkat çekici bir yönü, MAIA'nın Türk nüfusuna yönelik potansiyel kültürel duyarsızlığıdır. Bu gözlem, psikolojik değerlendirmelerin yönetimi ve yorumlanmasında kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamakta ve incelenen popülasyonların benzersiz kültürel bağlamlarını yansıtan kültürel olarak uyarlanmış müdahale stratejileri ve değerlendirmelerin geliştirilmesine olan ihtiyacı işaret etmektedir (Lee & Zhou, 2020). Bu araştırmanın katılımcı sayısının bir kısıtlılığı olarak da gözlemlenebilir. Ancak genel sonuçlar incelendiğinde MAIA ile ilişkilendirilen korelasyonların gücünün düşük olduğunu söylemek mümkün olacaktır. Bu çalışmada katılımcı sayısının sınırlı olması da bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Ancak genel sonuçlara bakıldığında MAIA ile ilişkili korelasyonların gücünün düşük olduğunu, bunun kültürel duyarsızlığa veya örneklemin belirli demografik özelliklerine bağlanabileceğini ifade etmek mümkündür.

İntrospektif farkındalık, yani içsel bedensel sinyalleri algılama ve anlama yeteneği, fiziksel duyular ile duygusal deneyimler arasında köprü kuran çok önemli bir psikolojik yapıdır. Bu farkındalık, yalnızca fiziksel yararları ile değil aynı zamanda beden-zihin bütünleşmesini güçlendirerek zihinsel sağlık üzerindeki derin etkisi ile tanınan yoga gibi Doğu sağlık uygulamalarında özellikle vurgulanmaktadır (Koncz ve diğer, 2023). Kökeni Hindistan'a dayanan eski bir uygulama olan Yoga, toplu olarak iç algısal farkındalığı geliştirmeyi amaçlayan fiziksel duruşları (asanalar), nefes alma tekniklerini (pranayama) ve meditasyonu (dhyana) içerir. Düzenli yoga uygulamasının bedensel duyulara duyarlılığı arttırdığı, fiziksel durum ile duygusal sağlık arasında daha derin bir bağlantı kurulmasını kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Bu gelişmiş farkındalık, bireyler vücutlarının sağladığı ince ipuçlarına daha fazla uyum sağladıkça duyguların daha iyi düzenlenmesine yol açabilir (Khalsa ve diğer, 2018).

Araştırmalar, yoga yoluyla artan introspektif farkındalığın psikolojik sağlığı önemli ölçüde etkileyebileceğini, kaygı, depresyon ve stres semptomlarını azaltabileceğini öne sürüyor. Yoga, bireylerin bedensel sinyalleri tespit etme ve yorumlama yeteneğini geliştirerek, daha sağlam ve duyarlı duygusal tepkilere katkıda bulunabilir, daha fazla psikolojik dayanıklılığı ve genel zihinsel sağlık istikrarını teşvik edebilir (Desai ve diğer, 2015).

Ayrıca, yoga uygulaması, fiziksel bedeni dikkate almadan ruh sağlığının tam olarak ele alınamayacağını vurgulayan Doğu geleneklerinin tercih ettiği bütünsel yaklaşımı temsil etmektedir. Bu bağlamda, yoga sadece bir fiziksel egzersiz olmanın ötesinde, terapötik bir araç olarak da işlev görür; bilinçli ve kasıtlı pratik yoluyla beden ve zihni bütünleştiren, duygusal deneyimlerin fizyolojik temellerini pekiştiren bir yöntemdir (Lehtoranta, 2019). Doğu toplumlarında, bireylerin bedenleriyle olan bağlarının güçlü olabileceği ve bedenle kurulan bağın kültürel farklılıklar gösterebileceği bu araştırmanın bulguları arasında yer alabilir. Bu doğrultuda olumsuz çocukluk çağı yaşayan kişilerin azalan introspektif farkındalıklarını düzenlemelerinde ve arttırmalarında yoga iyi bir kanal olabilir.

7.4. ÇOCUKLUK ÇAğI OLUMSUZ YAşANTILARI VE DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİ

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının, özellikle duyguların bedensel algısıyla ilişkili olarak duygu düzenleme yetenekleri üzerindeki etkisini de göstermektedir. Özellikle, yalnızca fiziksel istismar ile duyguların bedensel algısını ölçen duygu düzenleme alt ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir. Bu bulgu, fiziksel istismara maruz kalan bireylerin sıklıkla bedenlerine ilişkin algılarında değişiklik bildirdiklerini, bunun da beden farkındalığının azalması ve fiziksel duyulardan kopukluk olarak ortaya çıkabileceğini öne süren önceki araştırmalarla uyumludur (Schore, 2001). Bu tür değişiklikler muhtemelen fiziksel istismarın travmatik doğasından kaynaklanmaktadır; bu, ezici olumsuz duyguları yönetmek

için bir başa çıkma mekanizması olarak bedenden kopmaya yol açabilir (van der Kolk, 2006).

Duyguların ve cinsel konuların tartışılmasına ilişkin önemli kültürel tabuların bulunduğu Türkiye bağlamında, fiziksel istismarın duygu düzenleme üzerindeki etkisi özellikle anlamlı olabilir. Fiziksel istismarla ilgili toplumsal damgalama, bireylerin yardım aramasını veya deneyimlerini açıkça tartışmasını engelleyerek duygusal düzensizliği daha da artırabilmektedir (Karadağ ve diğer., 2016). Ek olarak, deneyimlenen tek çocukluk çağı olumsuz yaşantıları türü cinsel istismar olduğunda, duygu düzenlemede önemli bir bozulma görülüyor; bu da bu özel çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının etkisinin duygusal işleme yeteneklerini belirgin şekilde etkileyecek kadar şiddetli olduğunu gösteriyor. Ancak çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının genel etkisi göz önüne alındığında, toplam çocukluk çağı olumsuz yaşantıları puanı arttıkça duygu düzenlemedeki bozulma da artmaktadır. Bu daha geniş etki, birden fazla olumsuz deneyimin kümülatif yükünün birleşerek duyguları etkili bir şekilde yönetmede daha büyük zorluklara yol açtığını göstermektedir (Felitti ve diğer, 1998). Bu kümülatif etki, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının duygusal sağlık üzerindeki yaygın etkisinin gösteriyor.

İlginçtir ki, ebeveynlerin madde kötü kullanımı ve aile içi zihinsel hastalık Türkiye örnekleminde duygu düzenlemeyle anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Bu korelasyon eksikliği, madde bağımlılığı veya ruh sağlığı bozukluğu yaşamayan etkilerinin kişisel bedensel algıyla daha az doğrudan bağlantılı olması ve daha çok dışsallaştırıcı davranışlar veya diğer psikolojik sıkıntı biçimleriyle ilişkili olması olasılığına bağlanabilir (Anda ve diğer, 2002). Bu deneyimlerin bireyleri nasıl etkilediğinde kültürel faktörlerin rol oynaması, farklı başa çıkma mekanizmaları veya aile dinamiklerinin bu çocukluk çağı olumsuz yaşantıları duygu düzenleme üzerindeki etkisini düzenleyebilmesi de mümkündür.

Araştırmamızda duyguların bireylerdeki iz düşümlerinin, Gross'un modal modeli çerçevesinde incelenmesi, duygusal düzenlemenin bilişsel ve davranışsal süreçlerle

nasıl iç içe geçtiğini anlamamıza olanak tanımıştır. Özellikle, bireylerin yaşadıkları Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının duygusal düzenleme yetenekleri üzerindeki uzun vadeli etkilerine odaklanmıştır. Modelin bilişsel değerlendirme aşaması, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bireylerin duygusal tepkilerini nasıl şekillendirdiğine dair bilgiler sunmaktadır. çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ilişkili duygusal yük, bireylerin duygusal durumlarını değerlendirme ve bu durumlara tepki verme biçimlerini değiştirebilir. Araştırmamızda, özellikle aile içi şiddet ve ihmal gibi travmatik çocukluk deneyimlerinin, yetişkinlikte duygusal düzenleme stratejilerini olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Bu tür deneyimler, bireylerin duygusal tepkilerini şekillendirme etme ve daha sağlıklı duygusal ifadelerle yönelme kapasitelerini sınırlandırabilir (Thompson & Calkins, 1996).

Ek olarak, duyguların dikkatin yönlendirilmesi aşaması, duygusal uyarıcılara karşı dikkatin nasıl seçici bir şekilde odaklandığını veya kaçınıldığını açıklar. Örneğin, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları maruz kalan bireyler, tehditkâr veya stresli durumları algılama konusunda daha yüksek bir hassasiyete sahip olabilirler, bu da sürekli yüksek duygusal uyarılma durumuna yol açabilir (Pine et al., 2005).

Modal modelin bu kullanımı, terapistlere ve klinik uygulayıcılara, müdahale stratejilerini kişiselleştirme ve duygusal düzenleme yeteneklerini geliştirme konusunda rehberlik edebilir. Böylece, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yol açtığı uzun vadeli psikolojik zararların üstesinden gelinmesine yardımcı olacak terapötik yaklaşımların geliştirilmesine olanak tanır (Gross & Muñoz, 1995).

8. SINIRLILIKLAR

Bu araştırma, Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasındaki ilişkiler ile bunların duygu düzenleme ve introspektif farkındalık üzerindeki etkileri hakkında bilgiler sunmaktadır. Ancak sonuçların kapsamlı bir şekilde anlaşılması ve doğru yorumlanması için dikkat edilmesi gereken bazı sınırlamalar vardır:

Bu araştırmanın önemli bir sınırlılığı, nedensellik kurma yeteneğini engelleyen kesitsel yapısıdır. Bu model, analizi tek bir zaman noktasında gözlemlenen korelasyonlarla sınırlandırır, dolayısıyla çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının duygu düzenleme veya introspektif farkındalıkta belirli değişikliklere neden olduğunu kesin olarak belirleyemez. Bunu ele almak için gelecekteki araştırmalar, bu ilişkilerin zaman içindeki yönelimini ve kalıcılığını izleyebilen uzunlamasına araştırmaları kullanmalı ve böylece nedensellik dinamiklerini daha yakından inceleyebilir.

Araştırmanın çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve psikolojik sonuçlar için kişinin kendisi tarafından bildirilen ölçümlere bağımlılığı, özellikle hatırlama yanlılığı ve sosyal istenilirlik yanlılığı gibi potansiyel yanlılıkları ortaya çıkarmaktadır. Katılımcılar olumsuz deneyimleri eksik bildirebilir veya başa çıkma mekanizmalarını gereğinden fazla bildirebilir ve bu da çarpık sonuçlara yol açabilir. Klinik görüşmeler veya fizyolojik değerlendirmeler gibi objektif ölçümlerin dahil edilmesi, bu değişkenlerin daha kesin bir şekilde değerlendirilmesini sağlayabilir.

Örneklemin geniş Türk nüfusunu temsil etme özelliği, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Bununla beraber araştırmaya katılan kadın ve erkek sayısının orantısızlığı da genellenebilirliği sınırlayan etkilerden biri olabilir. Çeşitli bir örnekleme dahil etme çabalarına rağmen, sosyo-ekonomik statü, kültürel geçmiş ve coğrafi konumlardaki (kentsel ve kırsal) farklılıklar yeterince temsil edilemeyebilir. Gelecek araştırmalarda demografik kapsamın genişletilmesi, bulguların popülasyondaki farklı alt gruplara uygulanabilirliğini artıracaktır.

Araştırma, katılımcıların mevcut zihinsel sağlık durumu, devam eden stres etkenleri, aile destek sistemleri ve daha geniş çevresel faktörler gibi sonuçları etkileyebilecek diğer değişkenleri yeterince hesaba katmayabilir. Bu değişkenler Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, duygu düzenleme ve introspektif farkındalık arasındaki ilişkileri önemli ölçüde etkileyebilir. Gelecekteki araştırmalar, bulguların sağlamlığını desteklemek için bu potansiyel kafa karıştırıcı unsurları dikkate almalıdır.

Türkiye'nin kültürel bağlamı, katılımcıların duygularını ve bedensel duyularını nasıl yorumlayıp belirttiklerini etkileyebilir ve bu da araştırmanın bulgularını etkileyebilir. Aileye ilişkin kültürel normlar, baş etme stratejileri ve zihinsel sağlık algıları tepkileri değiştirebilir. Ölçme araçlarının ve araştırma tasarımlarının kültürel açıdan duyarlı olmasını ve katılımcıların kendine özgü kültürel arka planını yansıtmasını sağlamak, bu sınırlamanın azaltılmasına yardımcı olacaktır.

Boylamsal verilerin eksikliği çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının uzun vadeli etkilerini ve bunların yetişkinlerin psikolojik sonuçları üzerindeki gelişen etkilerini gözlemlene yeteneğimizi kısıtlamaktadır. Gelecekteki araştırmalarda boylamsal yaklaşımların uygulanması, gelişimsel yörüngelerin izlenmesine yardımcı olacak ve erken dönemdeki olumsuzlukların daha sonraki yaşam sonuçlarını nasıl etkilediğinin anlaşılmasını geliştirecektir. Sonraki araştırmalarda bu sınırlamaların ele alınması, yalnızca metodolojileri ve çıkarılan sonuçları iyileştirmekle kalmayacak, aynı zamanda ACE'lerin psikolojik sağlık üzerindeki incelikli etkilerine duyarlı daha hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesine de katkıda bulunacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının duygu düzenleme ve iç gözlemsel farkındalık üzerindeki etkisini açıklayarak mevcut literatüre önemli katkılarda bulunmaktadır. Bulgular, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bireylerin duygularını nasıl düzenledikleri ve içsel durumlarını nasıl algıladıkları üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olduğunu ve bunun da zihinsel sağlıklarını ve dayanıklılıklarını etkilediğini vurgulamaktadır. Bu, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları geçmiş olan kişilerin ihtiyaçlarına duyarlı, hedefe yönelik müdahaleler geliştirmenin önemini vurgulamaktadır. Bu tür müdahaleler, yalnızca duygu düzenleme becerilerini geliştirmeyi değil, aynı zamanda erken travmanın olumsuz etkilerini hafifletmeye yardımcı olabilecek kişinin bedensel ipuçlarını daha iyi anlamayı da amaçlamalıdır. Ayrıca araştırma, bu yapıların klinik değerlendirmelere ve müdahalelere dahil edilmesini savunarak, erken dönemdeki olumsuzluklardan etkilenen bireylerin tedavisinde bütünsel bir yaklaşımı teşvik etmektedir. Gelecekteki araştırmalar belirtilen sınırlamaları gidermeye çalışırken, devam eden araştırmaların boylamsal tasarımları benimsemesi ve bu ilişkilerin zamansal ve kültürler arası dinamiklerini tam olarak anlamak için farklı popülasyonları dahil etmesi çok önemlidir. Bu araştırma, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarından etkilenen bireylerin uzun vadeli refahını daha iyi destekleyebilecek daha bilinçli halk sağlığı politikalarının ve klinik uygulamaların önünü açmayı hedeflemektedir.

Bu araştırmanın bulguları, olumsuz çocukluk deneyimlerinin bireylerin duygularını nasıl düzenledikleri ve içsel durumlarını nasıl algıladıkları üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olduğunu, zihinsel sağlıklarını ve dayanıklılıklarını etkilediğini ortaya koymaktadır. Spesifik analizler, duygu düzenleme ve introspektif farkındalıkta cinsiyet farklılıkları gösterdi; erkeklerin genellikle daha yüksek düzeyde introspektif farkındalık ve duygu düzenleme becerileri sergiledikleri gözlemleniyor. Daha yüksek ACE puanlarına sahip katılımcılar, duygu düzenlemede önemli zorluklar ve daha düşük introspektif farkındalık sergilediler.

Bu bulgular, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının kişilerin zihinsel sağlıklarını ve dayanıklılıklarını bozduğunu ortaya koymaktadır. Daha yüksek ACE puanlarına sahip olan bireylerin duygu düzenlemelerinde önemli zorluklar ve daha düşük introspektif farkındalık sergiledikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocuklukta yaşanan olumsuzlukların uzun vadeli etkilerini hafifletmeye yardımcı olmak için hem duygu düzenlemeyi hem de introspektif farkındalığı artırmayı hedefleyen müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Bu tür müdahaleler, sadece duygu düzenlemenin iyileştirilmesi değil, aynı zamanda erken travmanın olumsuz etkilerini hafifletmek için içsel ipuçlarını daha iyi anlama ve yorumlamaya da odaklanmalıdır. Bu araştırma, olumsuzluklardan etkilenen bireylerin genel yaşam kalitelerini artırmaya yönelik terapötik yaklaşımların geliştirilmesine ve kültürel açıdan hassas ve bütünsel sağlık uygulamalarının önemine dikkat çekmektedir.

KAYNAKÇA

Ambrosecchia, M., et al. (2017). Alterations in interoceptive processing in people with alexithymia: Evidence for impaired afferent signal processing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 181.

Anda, R. F., et al. (2002). "The effects of adverse childhood experiences on mental health and substance abuse later in life: A review of the literature." *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 325-334.

Anda, R. F., Felitti, V. J., & Bremner, J. D. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: implications for healthcare. In *Unlocking the secrets of childhood trauma* (pp. 17-52). Routledge.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. L., Perry, B. D., & Giles, W. H. (1999). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 174-186.

Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The automaticity of social life. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 192-196.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.

Bellis, M., et al. (2014b). Higher adverse childhood experience scores associated with lower education and employment levels, increased violence, unwanted teen pregnancies, and higher hospitalization rates.

Berking, M., & others. (2008). Emotion regulation skills questionnaire: A cross-national study. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 347-365.

Berking, M., & others. (2011). The Affect Regulation Training (ART): A transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3, 64-69.

Briggs, E. C., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Putnam, F. W. (2021). All adverse childhood experiences are not equal: The contribution of synergy to adverse childhood experience scores. *American Psychologist*, 76(2), 243.

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 389-396.

Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation: Biological and environmental transactions in early development. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 229-248). Guilford Press.

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217-225.

Chartier, M. J., Walker, R. J., & Naimark, D. (2010). Adverse childhood experiences and health outcomes: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 182(12), E689-E699.

Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (2002). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 67(2), 1-102.

Conger, R. D., Rueter, M. A., & Elder Jr, G. H. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of personality and social psychology*, 76(1), 54.

Coşkun, S., & Sarlak, D. (2020). Reasons for divorce in Turkey and the characteristics of divorced families: A retrospective analysis. *The Family Journal*, 1066480720904025.

Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666.

Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews neuroscience*, 10(1), 59-70,

Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39.

Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Long-term effects of childhood adversities on stress responses and alterations in brain development: Implications for understanding resilience.

Desai, R., Tailor, A., & Bhatt, T. (2015). Effects of yoga on brain waves and structural activation: A review. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(2), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.02.002>

Diefendorff, J. M., Hall, R. J., Lord, R. G., & Streat, M. L. (2000). Action–state orientation: Construct validity of a revised measure and its relationship to work-related variables. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 81(2), 141-174.

DiLemma, L., et al. (2019). The impact of multiple adverse childhood experiences on substance use, alcohol dependency, depression, and suicide attempts.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2001a). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive behaviors*, 26(5), 713-725.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences and the risk of illicit drug use: the National Comorbidity Survey. *Pediatrics*, 110(5), e61.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Anda, R. F., & Felitti, V. J. (2007). The relationship of adverse childhood experiences to a missed diagnosis of gastrointestinal disease in primary care: a preliminary study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3), 223-230,

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273.

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525.

Eugene Sadler-Smith, & Erella Shefy. (2004). The Intuitive Executive: Understanding and Applying "Gut Feel" in Decision-Making. *The Academy of Management Executive* (1993-2005), 18(4), 76-91.
<http://www.jstor.org/stable/4166125>

Fabricius, W. V., & Luecken, L. J. (2007). Postdivorce living arrangements, parent conflict, and long-term physical health correlates for children of divorce. *Journal of family psychology*, 21(2), 195.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse

Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 14(4), 245-258.

Felitti, V. J., et al. (1998). "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258.

Ford, D. C., Fallin, M. D., Jones, J., & Croft, J. B. (2011). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of diagnosed depressive disorders in adulthood. American journal of public health, 101(12), 2200-2206.

Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. American Psychologist, 43(5), 349-358.

Gable, S., Leon, K., Cole, K. A., & DeBord, K. B. (2004). Helping children understand divorce (2004). Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 44(12), 2308-2308.

Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016). Interception as a key aspect of sensory processing: Implications for neuroscientific research and practice.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. Psychological bulletin, 128(4), 539.

Griethuijsen, R.A.L.F., Eijck, M.W., Haste, H. et al. (2014). Global patterns in students' views of science and interest in science. Research in Science Education, 45(4), 581–603. doi:10.1007/ s11165-014-9438-6.

Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology, 2(3), 271-299.

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.

Gross, J. J. (2007). Emotion regulation: Conceptual and empirical issues. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.

Gross, J. J., & Mun˘oz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.

Guvenc, G., Akyuz, A., & Cesario, S. K. (2014). Intimate partner violence against women in Turkey: A synthesis of the literature. *Journal of family violence*, 29, 333-341.

Gündüz, B., Yaşar, B., Gündoğmuş, İ., Savran, A., & Konuk, N. (2018). Adaptation of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to Turkish: A reliability and validity study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 29(1), 31-40,

Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 441-455.

Hetherington, E. M. (2002). 'For Better or For Worse': Divorce Reconsidered. *Marriage, Families & Spirituality*, 8(2), 178-192.

Hughes Jr., R. (2005). Boşanmanın çocuklar üzerindeki etkileri. *Aile Araştırma Konseyi*, s. 1-48.

Hughes, K. (2007). Mothering mothers: An exploration of the perceptions of adult children of divorce. *Australian Journal of Social Issues*, 42(4), 563-579.

Hunt, J., & Eisenberg, M. E. (n.d.). Adverse childhood experiences and health outcomes: a systematic review. *Journal of Public Health*, 39(2), e1-e11.

Karadağ, H., et al. (2016). "Impacts of stigma on recovery from sexual trauma: A case study of Turkish survivors." *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 5(3).

Karakurt, G., & Silver, K. E. (2013). Emotional Abuse in Intimate Relationships: The Role of Gender and Age. *Violence and Victims*, 28, 804-821.

Kagitcibasi, C. (2017). *Family, self, and human development across cultures: Theory and applications*. Routledge.

Koç, M., Koçtürk, N., & Zencir, T. (2023). Prevalence of The Child Sexual Abuse in Turkey: A Scoping Review. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(1), 209-226.

Khalsa S. Yoga as a therapeutic intervention: a bibliometric analysis of published research studies. *Indian J Physiol Pharmacol* 2004; 48:269–85

Khalsa, S. S., Sahib, A. K., Lapidus, R. C., & Rachel, A. (2016). Interoception: The ability to perceive, interpret, and respond to internal bodily signals.

Klabunde, M., et al. (2013). Neural correlates of alexithymia in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 287–288.

Koncz, A., Nagy, E., Csala, B., Körmendi, J., Gál, V., Suhaj, C., Selmecei, C., Bogdán, Á. S., Boros, S., & Köteles, F. (2023). The effects of a complex yoga-based intervention on healthy psychological functioning. *Frontiers in psychology*, 14, 1120992. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1120992>

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

Lehtoranta, S. (2019). *Stress Management through the Philosophy of Yoga*.

Liu, R. T., Merrick, M. T., Damashek, A., & Kleven, J. (2013). Adverse childhood experiences and health outcomes: a systematic review of systematic reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 212-227.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366.

Mehling, W. E., & others. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness PLoS ONE, 7(11), e48230,

Metzinger, T. (2003). *Being No One: The Self-Model Theory of Subjectivity*. MIT Press.

Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological bulletin*, 137(6), 959.

Muharrem, K. O. Ç., KOÇTÜRK, N., & ZENCİR, T. (2023). Prevalence of The Child Sexual Abuse in Turkey: A Scoping Review. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(1), 209-226.

Murray, H. A. (2005). *Exploration in personality*. Oxford University Press.

Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1(1), 29-50,

Onat, O., Otrar, M. (2010). Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31, 123-143.

Osher Center for Integrative Medicine. (2020). *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) - Turkish*. University of California, San Francisco. Retrieved from https://osher.ucsf.edu/sites/osher.ucsf.edu/files/inline-files/MAIA_Turkish.pdf

Özbay, A., Asagidag, R., & Eker, E. (2024). The effects of the child physical abuse on the children's mental health. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 41(1), 192-200,

Özpinar, H. B., Dunder, I., Demir, Y., & Akyol, Y. (2021). The Turkish version of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-II): A reliability and validity study. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 317-333.

Park, J., et al. (2020). Childhood adversities and their impact on mental health: A study on patients with bipolar disorder.

Paulus, M. P., Stein, M. B., & Murray, M. E. (2010). An insular view of anxiety. *Biological Psychiatry*, 68(4), 356–360,

Peckins, M. K., et al. (2015). Chronic differences in cortisol production among children with a history of childhood adversities.

Pine, D. S., Mogg, K., Bradley, B. P., Montgomery, L., Monk, C. S., McClure, E., & Kaufman, J. (2005). Attention bias to threat in maltreated children: Implications for vulnerability to stress-related psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 291-296.

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.

Richardson, S., & McCabe, M. P. (2001). Parental divorce during adolescence and adjustment in early adulthood. *Adolescence*, 36(143).

Rothermund, K., Voss, A., & Wentura, D. (2008). Counter-regulation of affective interference: Evidence from psychophysiological and event-related potential measurements. *Emotion*, 8(5), 652-667.

Rothman, E. F., Hertzman, C., & Power, C. (2008). The social determinants of health: the Canadian facts. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1123-1129.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford Press.

Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotional regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606-615). Guilford Press.

Schaan, V. K., Schulz, A., Rubel, J. A., Bernstein, M., Domes, G., Schächinger, H., & Vögele, C. (2019). Childhood Trauma Affects Stress-Related Interoceptive Accuracy. *Frontiers in psychiatry*, 10, 750, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00750>

Schmitz, M., Back, S. N., Seitz, K. I., Harbrecht, N. K., Streckert, L., Schulz, A., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2023). The impact of traumatic childhood experiences on interoception: disregarding one's own body. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 10(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00212-5>

Schore, A. N. (2001). "Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health." *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.

Scott, J., Jaber, L. S., & Rinaldi, C. M. (2021). Trauma-informed school strategies for SEL and ACE concerns during COVID-19. *Education Sciences*, 11(12), 796.

Shah, P., Hall, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, predicts poor recognition of emotional facial expressions. *Psychological Science*, 27(3), 362–373.

Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). Effects of childhood adversities on physiological systems, including neurological, immunological, endocrine, and genetic regulatory systems.

Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). Impact of childhood adversities on executive functions, difficulties in forming stable relationships, and increased propensity for risk-taking behaviors.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., & The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.

Solano, L., & Moore, J. M. (2019). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA- II): Measurement invariance across gender, age, and ethnicity. *Frontiers in Psychology*, 10, 1371.

Sonu, S. S., Post, B. T., & Feinglass, J. (2019). Adverse childhood experiences and health outcomes in adulthood: a systematic review. *Journal of Public Health Management and Practice*, 25(2), 147-156.

Strohschein, L. (2005). Parental divorce and child mental health trajectories. *Journal of marriage and family*, 67(5), 1286-1300,

Sunar, D., & Fisek, G. (2005). Contemporary turkish families. *Families in global perspective*, 169-183.

Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., & Polcari, A. (2014). Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological psychiatry*, 76(4), 297-305.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, 17(10), 652-666.

Thompson, M. P., Merrick, M. T., Chung, P. J., & Smith, E. (2015). Adverse childhood experiences and the health of young adults. *Academic Pediatrics*, 15(6), 595-602.

Thompson, R. A. (2006). The development of the person: Social understanding, relationships, conscience, self. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 24-98). John Wiley & Sons.

Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and psychopathology*, 8(1), 163-182.

Turner, H.A. ve Finkelhor, D. (1996). Gençler arasında stres etkeni olarak bedensel ceza. *Evlilik ve Aile Dergisi*, 58(1), 155-166.

van der Kolk, B. A. (2006). "Clinical implications of neuroscience research in PTSD." *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277-293.

Vatan, S., & Kahya, Y. (2017). Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.5455/apd.260322>

Waehrer, G., et al. (2020). Dysregulation of stress-related hormones and physiological systems associated with exposure to childhood adversities.

Walden, T. A. (1991). Emotion and the arts: Aesthetic creation and experience. In J. A. Ciarrochi, J. R. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 190-208). Psychology Press.

Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1976). The effects of parental divorce: experiences of the child in later latency. *American journal of Orthopsychiatry*, 46(2), 256.

Webster, E. M. (2022). The impact of adverse childhood experiences on health and development in young children. *Global Pediatric Health*, 9, 2333794X221078708.



EKLER

Ek-1: Demografik Bilgi Formu

Bitirdiğiniz yaşı lütfen belirtiniz: _____

Cinsiyetinizi işaretleyiniz.

☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Belirtmek istemiyorum

Eğitim durumunuzu işaretleyiniz.

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisiyim

☐ Evet ☐ Hayır

Lütfen bölümünüzü belirtiniz: _____

Kardeşiniz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise lütfen kaçınıcı çocuk olduğunuzu belirtiniz:

Medeni durumunuz:

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul ☐ Boşanmış,

Herhangi Bir Kronik Sağlık Sorunu Var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz: _____

Psikiyatrik bir tanı geçmişiniz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz: _____

Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Psikoterapi deneyiminiz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise lütfen önceki terapi deneyiminizi kısaca anlatın:

EK-2: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği (ACE)

ACE Travma Puanınızı Bulabilirsiniz

Siz büyürken, hayatınızın ilk 18 yılında;

Tarih :

Ad Soyad :

1	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla... Size küfür etti mi, sizi hor gördü mü , sizi aşağıladı mı ya da sizi küçümsedi mi? Ya da Sizi fiziksel anlamda incitecek bir şekilde davranıp sizi korkuttu mu ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
2	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri sıklıkla ya da çok sıklıkla... Sizi itip taktı mı, tokatladı mı ya da size bir şey fırlattı mı? Ya da Size hiç iz kalacak ya da yaralanacağınız kadar güçlü vurdu mu ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
3	Bir yetişkin ya da sizden en az 5 yaş büyük biri hiç... Size hiç dokundu mu ya da sizi hiç okşadı mı ya da sizden hiç onların bedenine cinsel anlamda dokunmanızı istedi mi ? Ya da Sizle oral, anal ya da vajinal olarak cinsel ilişki yaşadı mı ya da teşebbüs etti mi ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
4	Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Ailenizde kimse sizi sevmiyor ya da sizin önemli ya da özel olduğunuzu düşünmüyor ? Ya da Aileniz size göz kulak olmadı , ailenizle yakın hissetmediniz ya da birbirinizi desteklemediniz ? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
5	Siz sıklıkla ya da çok sıklıkla aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Yeterince yemek yoktu, kirli giysiler giymek zorundaydınız ve sizi koruyacak kimse yoktu? Ya da Aileniz size bakmak için ya da ihtiyacınız olduğunda doktora götürmek için çok sarhoştı ya da kendinde değildi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
6	Ebeveynleriniz hiç ayrıldı mı ya da boşandı mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
7	Anneniz ya da üvey anneniz: Sıklıkla ya da çok sıklıkla itilip taktı mı, tokatlandı mı ya da ona bir şey fırlatıldı mı? Ya da Bazen, sıklıkla ya da çok sıklıkla tekmelendi mi, dövüldü mü, yumrukla ya da daha sert bir şeyle ona vuruldu mu? Ya da Hiç en az birkaç dakika sürekli bir şekilde ona vuruldu mu ya da silahla ya da bıçakla tehdit edildi mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
8	İçki problemi olan, alkolik ya da uyuşturucu kullanan biriyle yaşadınız mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
9	Ev halkından biri depresyonda ya da zihinsel hasta mıydı ya da intihara teşebbüs etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
10	Ev halkından biri hapse girdi mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin Evet ☐
11	Mevcut sağlık sorunlarınız var mı? Var ise bu sağlık sorunları nelerdir?

Şimdi "Evet" cevaplarınızı toplayın: Bu sizin ACE Travma Puanınız.

EK-3: Duygu Düzenleme Becerileri  l eği

DDB�	Kod: _____	Yaş: _____
Duygu Düzenleme Becerileri �l�eği	İş&Uğraşı: _____	Cinsiyet: ____

Değerli Katılımcı,

Aşağıda son bir hafta içerisinde yaşımiş olabileceğiniz duygularla ilgili bazı ifadeler bulacaksınız. Lütfen, her bir ifadenin yanına size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Lütfen ifadelerde çok zaman harcamayınız, aklınıza ilk gelen cevabı işaretleyiniz, aklınıza ilk gelen yanıt büyük olasılıkla en iyisidir.

Duygularla Baş Etme: Son bir hafta içerisinde...	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Neredeyse HerZaman
1.)...Hissettiklerime bilinçli olarak dikkat edebildim.	�0	�1	�2	�3	�4
2.)... Bilinçli olarak olumlu hisler ortaya �ıkarabildim.	�0	�1	�2	�3	�4
3.)... Duygusal tepkilerimi anladım.	�0	�1	�2	�3	�4
4.)... Olumsuz hislerime tahammül edebildim.	�0	�1	�2	�3	�4
5.)... Olumsuz hislerimi kabul edebildim.	�0	�1	�2	�3	�4
6.)...Hislerimi adlandırabildim.	�0	�1	�2	�3	�4
7.)...Hissettiklerimle ilgili net bir fiziksel algıya sahiptim.	�0	�1	�2	�3	�4
8.)... Olumsuz hislerle karşı karşıya kalacak bile olsam, ne yapmak istiyorsam onu yaptım.	�0	�1	�2	�3	�4
9.)... Sıkıntılı durumlarda kendime güvence vermeye çalıştım.	�0	�1	�2	�3	�4
10.)... Olumsuz hislerim üzerinde bir etki yaratabildim.	�0	�1	�2	�3	�4
11.)...Hissettiklerimin ne anlama geldiklerini biliyordum.	�0	�1	�2	�3	�4
12.)...Gerektiğinde olumsuz duygularıma odaklanabildim.	�0	�1	�2	�3	�4
13.)... Herhangi bir anda hangi duyguyu hissettiğimi biliyordum.	�0	�1	�2	�3	�4
14.)...Belli durumlardaki duygusal değişimlere karşı vücudumun gösterdiği değişiklikleri bilinçli olarak fark ettim.	�0	�1	�2	�3	�4
15.)...Duygusal olarak sıkıntılı olan durumlarda kendimi neşelendirmeye çalıştım.	�0	�1	�2	�3	�4
16.)...Olumsuz hislerime rağmen yapmak istediklerimi yaptım.	�0	�1	�2	�3	�4
17.)...Olumsuz olsalar bile hissettiklerimle aram iyiydi.	�0	�1	�2	�3	�4
18.)...Olumsuz hislerim yoğun olsalar bile onlara tahammül edebileceğimden emindim.	�0	�1	�2	�3	�4
19.)...Hislerimi bilinçli olarak deneyimleyebildim.	�0	�1	�2	�3	�4
20.)... Hissettiklerimin nedenlerinin farkındaydım.	�0	�1	�2	�3	�4
21.)... Hissettiklerimi etkileyebileceğimin farkındaydım.	�0	�1	�2	�3	�4
22.)... Bunu yaparken olumsuz hislerimi tetikleyebileceğini veya yoğunlaştırabileceğini düşünmeme rağmen benim için önemli olan amaçlarımı sürdürdüm.	�0	�1	�2	�3	�4
23.)...Olumsuz hislerimi başımdan defetmeye çalışmadan deneyimleyebildim.	�0	�1	�2	�3	�4
24.)...Fiziksel duyumsamalarım nasıl hissettiğimin iyi birer göstergesiydi.	�0	�1	�2	�3	�4
25.)... Hangi duyguları yaşadığım konusunda nettim.	�0	�1	�2	�3	�4
26.)...Olumsuz hislerimi tolere edebildim.	�0	�1	�2	�3	�4
27.)...Duygusal olarak sıkıntılı durumlarda kendi kendimi destekledim.	�0	�1	�2	�3	�4

EK-4: İçselleştirilmiş Farkındalık Değerlendirmesi-II (MAI-II)

Aşağıda belirli ifadeler göreceksiniz. Lütfen ifadelerin günlük hayatınıza ne sıklıkla uyduğunu

belirtiniz

Her bir sırada bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 (hiçbir zaman)

1

2

3

4

5 (her zaman)

1. Gergin olduğum zaman, gerginliğin bedenimin neresinde olduğunu fark ederim.
2. Bedenimin içinde rahat hissetmediğimde, bunu fark ederim.
3. Bedenimin hangi bölgesinde rahat hissettiğimi fark ederim
4. Nefes alışverişimdeki değişikleri fark ederim, örneğin nefes alışverişimin yavaşlayıp veya hızlandığını.
5. Bedenimdeki fiziksel gerginliği veya rahatsızlığı daha fazla şiddetlenene kadar yok sayarım.
6. Rahatsızlık hislerinden uzaklaşmak için dikkatimi dağıtırım.
7. Acı veya rahatsızlık hissettiğimde üstesinden gelmeye çalışırım.
8. Acı hissini yok saymaya çalışırım.
9. Rahatsızlık hislerini başka şeylere odaklanarak uzaklaştırmaya çalışırım.
10. Keyif vermeyen beden duyumları hissettiğimde, kendimi başka bir şey ile meşgul ederim, böylelikle onları hissetmek zorunda kalmam.
11. Fiziksel acı hissettiğimde mutsuz olurum.
12. Rahatsızlık hissettiğimde bir şeylerin yanlış olduğunu düşünerek endişelenmeye başlarım.
13. Keyif vermeyen bir beden duyumunu endişelenmeden fark edebilirim.
14. Acı ve rahatsızlık hissettiğimde, endişelenmem ve sakin kalabilirim.
15. Rahatsızlık veya acı içinde olduğumda, bunları aklımdan ıkaramam.

16. Etrafımda olup bitenlere dikkatimi dağıtmadan nefesime odaklanabilirim.
17. Etrafımda pek çok şey olup bitiyorken bile içsel bedensel duyumlarıma olan farkındalığımı sürdürebilirim.
18. Biriyle sohbet ederken, duruşuma dikkat edebilirim.
19. Dikkatim dağıldığında, farkındalığımı bedenime döndürebilirim.
20. Dikkatimi düşüncelerimden, bedenimi hissetmeye yönleltebilirim.
21. Bir tarafım ağrılı veya rahatsız olsa bile tüm beden farkındalığımı sürdürebilirim.
22. Bedenimin tümüne bilinçli bir şekilde odaklanabilirim.
23. Kızgın olduğumda bedenimin nasıl değiştiğini fark ederim.
24. Hayatımda bir şey yolunda olmadığında, bunu bedenimde hissederim.
25. Huzurlu bir deneyimden sonra bedenimin daha farklı hissettirdiğini fark ederim.
26. Rahat hissettiğimde, nefesimin daha kolaylaştığını fark ederim.
27. Mutlu veya neşeli hissettiğimde bedenimin nasıl değiştiğini fark ederim.
28. Her şeyin üst üste geldiğini hissettiğimde, içimde huzurlu bir yer bulabilirim.
29. Farkındalığımı bedenime yönlendirdiğimde, sakinlik hissederim.
30. Nefesimi, gerginliği azaltmak için kullanırım.
31. Düşüncelerim arasında kaybolduğumda, nefesime ve bedenime odaklanarak zihnimi sakinleştirebilirim.
32. Bedenimi, duygusal durumumla ilgili bilgi almak için dinlerim
33. Üzgün olduğumda, bedenimin nasıl hissettirdiğini keşfetmek için zaman ayırırım.
34. Bedenimi, ne yapmam gerektiği konusunda beni bilgilendirmesi için dinlerim.
35. Bedenimin içinde evdeyim.
36. Bedenimin güvenli bir alan olduğunu hissediyorum.
37. Beden duyumlarıma güvenirim.

EK-5: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

