



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, YALNIZLIK
DUYGUSUNA VE SOSYAL ANKSİYETEYE ETKİSİ**

Özge Pınar TERZİOĞLU

20185583

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOĞA
2021

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, YALNIZLIK DUYGUSUNA VE SOSYAL ANKSİYETEYE ETKİSİ

Özge Pınar TERZİOĞLU

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd.Doç.Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER

LEFKOŞA
2021

KABUL VE ONAY

Özge Pınar TERZİOĞLU tarafından hazırlanan “Çocukluk Çağı Travmalarının, Yalnızlık Duygusuna Ve Sosyal Anksiyeteye Etkisi” başlıklı bu çalışma/...../2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd.Doç Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER (Danışman)

Yakındoğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd . Doç Dr. Gizem Öneri Uzun

Yakındoğu Üniversitesi

Atatürk Eğitim Fakültesi Felsefe Grubu Öğretmenliği Ana Bilim Dalı Başkanı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr. Psk. Sözen İnak

Yakındoğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Özge Pınar TERZİOĞLU

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde bir yıl boyunca bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER'e , tüm bu süreç boyunca bana destek veren anneme ve b¼t¼n aileme, süreç boyunca desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma, iş arkadaşlarıma ve sevdiklerime en içten duygularıyla teőekk¼r ederim.

Özge Pınar TERZİOğLU

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, YALNIZLIK DUYGUSUNA VE SOSYAL ANKSİYETEYE ETKİSİ

Bu araştırmanın temel amacı çocukluk çağı travmalarının, yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemektir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmamın genel evreni Kırklareli ilinde 18-50 yaş arasında yaşayan yetişkinlerdir. Bu genel evren içinden araştırmaya gönüllü olarak katılan uygun örneklem yolu ile belirlenen 409 kişi örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada kullanılacak veriler online ve yüzyüze yapılan uygulamalar neticesinde toplanmıştır. Katılımcılara Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda çocukluk çağı travmalarının yalnızlık duygusu ve sosyal anksiyete ile aynı yönde anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının yalnızlık duygusunu ve sosyal anksiyeteyi önemli ölçüde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların erkeklere kıyasla evli olanların bekar olanlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu, eğitim düzeyi düştükçe duygusal ihmalin, yalnızlığın ve anksiyete puanlarının arttığı belirlenmiştir. Değişkenler arası belirlenen ilişkiler nedeniyle yalnızlık duygusu ve anksiyete şikayeti ile gelen danışanların çocukluk çağı travmaları incelenebilir ve gerekli psikolojik destek ona göre planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Yalnızlık Duygusu, Sosyal Anksiyete

ABSTRACT

THE EFFECT OF CHILDHOOD TRAUMAS ON FEELINGS OF LONENESS AND SOCIAL ANXIETY

The main purpose of this research is to examine the effects of childhood traumas on feelings of loneliness and social anxiety. Relational screening model was used in the research. The general population of my research is adults between the ages of 18-50 living in Kırklareli. A sample of 409 people who voluntarily participated in the research from this general population were determined by the appropriate sampling method. The data to be used in the research were collected as a result of online and face-to-face applications. Childhood traumas scale, loneliness scale and Liebowitz Social Anxiety Scale were applied to the participants. As a result of the research, it was determined that childhood traumas were significantly related to the feeling of loneliness and social anxiety in the same direction. It was concluded that childhood traumas significantly predicted the feeling of loneliness and social anxiety. It has been determined that married women have higher trauma scores compared to men, and emotional neglect, loneliness and anxiety scores increase as the education level decreases. Due to the relationships between the variables, the childhood traumas of the clients who come with feelings of loneliness and anxiety can be examined and the necessary psychological support can be planned accordingly.

Keywords: Childhood Trauma, Loneliness, Social Anxiety

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
BİLDİRİM	iv
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1.BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1.Problem Durumu.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Önemi	5
1.4.Kapsam ve Sınırlılıklar	6
1.5.Tanımlar.....	6
2. BÖLÜM.....	7
KURAMSAL BİLGİLER.....	7
2.1. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları.....	7
2.1.1.İstismar Türleri	9
2.1.1.1.Fiziksel İstismar Tanım ve Yaygınlık	9
2.1.1.2.Cinsel İstismar Tanım ve Yaygınlık	10
2.1.1.3.Duygusal İstismar Tanım ve Yaygınlık	11
2.1.2.İhmal	12
2.1.2.1.İhmalin Risk Etmenleri ve Sonuçları	12
2.2.Yalnızlık	14
2.3.Sosyal Anksiyete	16
2.4.İlgili Araştırmalar	24
3. BÖLÜM.....	29
YÖNTEM	29

3.1.Araştırmanın Modeli	29
3.2.Evren ve Örneklem	29
3.3.Verilerin Toplanması.....	30
3.3.1.Kişisel Bilgi Formu	31
3.3.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28).....	31
3.3.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği	31
3.3.4. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)	31
3.4.Verilerin Toplanması.....	32
3.5. Verilerin Çözümlemesi	32
4.BÖLÜM	34
BULGULAR.....	34
4.3.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Sonuçları.....	34
4.2.Yalnızlık Ölçeği Sonuçları	40
4.3.Sosyal Anksiyete Ölçeği Sonuçları	42
4.4.Korelasyon Analizi Sonuçları	46
4.5.Regresyon Analizi Sonucu	47
5.BÖLÜM.....	50
TARTIŞMA	50
6.BÖLÜM.....	57
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
6.1. Sonuç.....	59
6.2.Öneriler.....	60
6.2.1.Klinisyenlere Öneriler	60
6.2.2.Kurumlara ve Topluma Öneriler.....	60
6.2.3.Araştırmacılara Öneriler.....	61
KAYNAKÇA.....	62
EKLER.....	85
Ek. 1 : Kişisel Bilgi Formu.....	86
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33).....	87
UCLA Yalnızlık Ölçeği.....	88
Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ).....	88

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....	89
Ölçek Kullanım İzinleri.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	92
BENZERLİK RAPORU.....	93
ETİK KURUL ONAYI.....	94

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	30
<i>Örneklem Grubunun demografik özellikleri</i>	30
Tablo 2	33
<i>Ölçeklere Ait Basıklık, Çarpıklık ve Güvenirlik Değerleri</i>	33
Tablo 3.	34
Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları ...	34
Tablo 4.	35
Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları	35
Tablo 5.	35
Katılımcıların Yaşlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları	35
Tablo 6.	37
Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları	37
Tablo 7.....	40
Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları	40
Tablo 8	41
<i>Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları</i>	41
Tablo 9	42
<i>Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları</i>	42
Tablo 10	42
<i>Katılımcıların Yaşlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları</i>	41
Tablo 11	41
<i>Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları</i>	41
Tablo 12	41
<i>Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları</i>	41
Tablo 13	42
<i>Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Puanları</i>	42
Tablo 14	42
<i>Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları</i>	42

Tablo 15	43
<i>Katılımcıların Yaşlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları</i>	43
Tablo 16	44
<i>Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları</i>	44
Tablo 17	45
<i>Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları</i>	45
Tablo 18.	46
Korelasyon Analizi Sonuçları	48
Tablo 19.	47
Yalnızlık Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	47
Tablo 20.	50
Sosyal Anksiyete Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	50

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt	: Aktaran
Çev	: Çeviren
Ed	: Editör
SPSS	: Statistic Packets For Social Sciences
sf	: Sayfa
vd	: Ve Diğerleri

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

Araştırmanın konusu çocukluk çağı travmalarının, yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemektir. Çocukluk çağında yaşanmış olan travmalar (ÇÇT), bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanmaktadır (Herman, 2011).

Çocukluk çağı travmalarının nedenlerinden biri olan istismara ilişkin olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaptığı uluslararası çalışmalar sonucunda kadınların yaklaşık %20'sinin, erkeklerin de %5-10'unun çocukken cinsel istismara uğradığını, tüm çocukların %25-50'sinin ise fiziksel olarak istismar edildiğini saptamıştır (WHO, 2010). Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili araştırmalar son 20 yılda yapılmaya başlanmıştır. Meta analiz yöntemiyle yapılan bir çalışmada incelenen toplumdaki fiziksel istismar oranının %15 ile %75 arasında olduğu, cinsel istismar oranının ise yaklaşık % 20 oranında olduğu belirtilmiştir (Aksel ve Yılmaz, 2005; SHB, 2010). Erken dönem travma yaşantılarının etkisi incelendiğinde, yetişkin dönemde çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Donnelly, 2003).

Travmatik yaşantıya ilk yanıt aşırı uyarılma ya da dissosiyasyon iken; travmanın emosyonel sonuçları ise korku ve anksiyete, depresif duygulanım, benlik saygısında azalma ve kimlik sorunları, öfke, suçluluk duygusu ve utanç şeklindedir. Algı bozuklukları, olayın yeniden yaşantılanması, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, yeniden kötüye kullanılma ya da başkasını kötüye kullanıcı davranışlar ortaya çıkabilir. Araştırmalar istismar mağduru çocukların düşük özsaygı, dissosiyatif yaşantılar, yüksek anksiyete, duygudurum bozuklukları, daha fazla intihar fikirleri, akademik ve davranış sorunları olduğunu göstermiştir (Paolucci ve diğ. 2001).

Çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlik döneminde yaşanan stres bozukluğu, kişilik bozukluğu (özellikle sınır kişilik bozukluğu), madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları gibi ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Düşmanca tavırlar, tekrardan kurban olmak, iletişim bozuklukları, kaygıya dönüşen bilişsel sorunların olduğu belirlenmiştir (Kendall-Tackett, 2002; Whiffen ve MacIntosh, 2005).

Araştırmanın diğer bir değişkeni olan soyutlanma ve yalnızlık, endişe ve depresyona neden olur. Ruhsal sağlık sorunları ile ilişkilendirilir (Twenge ve Campbell, 2002). Yalnızlık duygusu olan kişilerin belli dönemlerde kaçınma davranışlarını sergilediği de görülmektedir (Duy, 2013). Yalnızlığı etkileyen faktörlerden biri partnerin kaybedilmesidir (Aartsen ve Jylha, 2011; Dykstra ve diğ., 2005). Travma sonrası gelişime aracılık eden yaşam krizleri arasında partner şiddeti (Cobb ve diğ., 2006), cinsel saldırı ve cinsel istismar (Shakespeare-Finch Armstrong, 2010) sayılmaktadır. Bu durum güçlü sosyal bağ ve sosyal etkileşimlerin hem ruhsal hem de fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (Jang ve diğ., 2002; Mendes ve diğ., 2001). Bu destekten yoksun olmak ise kişinin sağlığını olumsuz etkileyecek bir durum olarak değerlendirilebilir.

Kişilerin stresli yaşam olaylarına gösterdikleri uyumda görülen farklılıklar konusunda sahip olunan birtakım kişisel ve sosyal kaynakların önemli olduğu düşünülmektedir (Henrie, 2013). Çocukluk travması yaşayan kişilerin çocukluktan sonra yaşadıkları travmadan TSSB'li kişilerden farklı nöropatolojiye sahip olduğu bulunmuştur (Mehta vd. 2013). Çocuklukta bir travma ile başlayan kaygı, endişe, utanç, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk, keder, üzüntü ve öfke duyguları yetişkin olarak devam edebilir. Ayrıca çocukken travmaya katlananların anksiyete, depresyon, intihar ve kendine zarar verme, TSSB, uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımı ve ilişki zorlukları ile karşılaşma olasılığı daha yüksektir (Effects of Childhood Trauma on Adults, 2019). Cinsel istismarın yaşanmasından sonra kişilerde depresyonun, intihar davranışının, madde bağımlılığının, anksiyetenin görüldüğü belirlenmiştir (Aktepe, 2009).

Tedeschi ve Calhoun'a (2004) göre, bireyin sahip olduğu kişilik özellikleri, başvurduğu baş etme stratejileri ve sosyal destek gibi faktörler travmatik yaşantının yaratabileceği duygusal sıkıntıyı ve travma sonrası gelişim düzeyini etkilemektedir. Prati ve Pietrantonî'nin (2009) travma sonrası gelişime katkıda bulunan değişkenleri inceledikleri metaanaliz çalışması, sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Günlük yaşamdaki sorunlar sebebiyle endişe duymak, büyük oranda gelecek hakkında endişe duymaya, kendini yalnız hissetmeye yönlendirmektedir (Enez Darcin ve diğ. 2016). Stresli yaşamın bağımlılıkları etkilediği (Koob, 2013) alkol ve madde kullanım bozukluğuna yol açtığı için riskli durumu oluşturduğu ifade edilmiştir (Milivojevic ve Sinha, 2018) Bunun yanında stresli yaşam olayları ve travmaların bağımlılık öyküsü olmayan kişilerde bile alkol, madde ve davranışsal bağımlılıkların gelişmesi için risk teşkil ettiği belirlenmiştir (Somaini ve diğ. 2012).

Yalnızlık, sosyal kaygı ile de ilişkilendirilmiştir (Rao ve diğerleri, 2007). Araştırmanın bir diğer değişkeni olan sosyal anksiyete kişilerin yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir. Ergenlik döneminde oldukça yoğun bir şekilde anksiyete bozukluğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu yaşayan bireyler sosyal ortamlarda başkaları tarafından negatif değerlendirilmekten korkma eğilimi gösterirler (Liebowitz ve diğ. 2000). Sosyal anksiyete bozukluğu, utanç verici bir pozisyona düşmekten dolayı sürekli olarak korkma durumudur. Aşırı derecede sosyal anlamda bir kaçınma içerdiği için normal utanç seviyesini aşmaktadır. Korkulan aktiviteler arasında her türlü küçük ve büyük aktiviteler yer alabilmektedir. Sosyal anksiyeteye sahip bireyler diğer bireyler tarafından yargılanmaktan çekinirler. Sosyal kaygısı olan bireyler fiziksel muayane ve otoriteye sahip kişilerin varlığından rahatsızlık duyarlar. Bu rahatsızlığa sahip bireyler utanabilir veya aşağılanabilir. Sonuç olarak, bireyler sorunlardan kaçmak için toplumdansoyutlanmayı tercih ederler. Ayrıca yeni insanlarla tanışmaktan ve büyük insan topluluklarından rahatsız olabilirler. Bazı durumlarda, kızararak karşılarındaki insana içinde buldukları durumdan rahatsız olduklarını ifade ederler (Schneier, 2006). Sosyal anksiyete, çoğunlukla ergenlik döneminde başlamaktadır (Pine ve McClure, 2007). Kessler ve diğerlerine göre (2005) ise sosyal anksiyete 5 yaşında

başlamakta ve 12-13 yaşlarında ise en üst düzeye ulaşmaktadır. Bu noktada bu durum tedavi edilmeli, edilmezse kronik bir duruma gelmekte ve yetişkinliğe kadar devam etmektedir (Yonkers ve diğ., 2001) Sosyal anksiyetenin yaygınlığı yapılan araştırmalarda %5-%15 arasında olduğu ifade edilmektedir (Heimberg ve diğ., 2000; Kessler ve diğ., 2005).

Çoğu zaman ergenlerdeki kaygı bozukluğu belirtilerinin, çevresel koşullardan dolayı meydana geldiği kabul edilir, bu sebeple çoğu zaman anksiyete bozukluğu tanısı gözlerden kaçmaktadır (Manassis 2004, Şenol 2007). Çocuk ve ergenlerde eş hastalanma durumu kaygı bozukluğu bakımından oldukça önemlidir (Ollendick ve diğ. 2008). Ergenlik döneminde başlayan sosyal anksiyetin yetişkinlik döneminde de devam etme olasılığı olduğundan araştırmanın konusu çocukluk çağı travmalarının, yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemektir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı çocukluk çağı travmalarının, yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemektir. Araştırmanın alt amaçları aşağıdaki şekilde soru cümleleriyle ifade edilmiştir:

1. Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları ne düzeydedir?
2. Yetişkin bireylerin demografik durumlarına göre çocukluk çağı travmaları farklılık göstermekte midir?
3. Yetişkin bireylerin yalnızlık algıları ne düzeydedir?
4. Yetişkin bireylerin demografik durumlarına göre yalnızlık algıları farklılık göstermekte midir?
5. Yetişkin bireylerin sosyal anksiyeteleri ne düzeydedir?
6. Yetişkin bireylerin demografik durumlarına göre sosyal anksiyeteleri farklılık göstermekte midir?

7.Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları, yalnızlık duygusu ve sosyal anksiyete arasında ilişki var mıdır?

8.Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları yalnızlık duygusunu etkilemekte midir?

9.Yetişkin bireylerin çocukluk çağı travmaları sosyal anksiyetelerini etkilemekte midir?

1.3 Araştırmanın Önemi

Erişilebilen literatürde çocukluk çağı travmalarının yalnızlık ve sosyal anksiyeteye etkisine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocukluk çağı travmalarının yetişkin dönemde travma sonrası stres bozukluğuna etkisine yönelik araştırmaların yapıldığı (Kendall-Tackett, 2002; Whiffen ve MacIntosh, 2005), yalnızlık ile ilişkisinin araştırılmadığı, sosyal anksiyete, sıklıkla geç çocuklukta ya da erken ergenlikte başladığı belirtilmiş (Pine ve McClure, 2007), çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarının psikolojik sorun yaşama olasılığını oldukça arttırdığı ifade edilmiştir (Van der Vegt, vd. 2009). Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısının yetişkinlik döneminde madde bağımlılığı, stres bozukluğu (Banducci, 2014), psikoz gibi sorunların görülme ihtimalinin oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (Bradley ve diğ., 2008) Ancak etkilerinin neler olacağını tam olarak tespit etmek güçtür. Bu yönüyle konuya farklı değişkenlerin ilişkisi bağlamında bakılmalıdır. Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları, yalnızlık ve sosyal anksiyete değişkenleri ile birlikte ele alındığından özgün bir çalışma olduğu, elde edilen sonuçların alan yazına katkı sağlayacağı ve sonraki araştırmalara kaynak teşkil edeceği düşünülmektedir.

1.4.Kapsam ve Sınırlılıklar

Bu araştırma 2021 yılını kapsamaktadır. Evren açısından ise Kırklareli ilinde yaşayan 18-50 yaş arasında yetişkinlerle sınırlandırılmıştır. Bu genel evren içinden araştırmaya gönüllü olarak katılan 409 kişi örnekleme oluşturmuştur. İncelenen konu açısından çocukluk çağı travmaları yalnızlık ve sosyal aksiyete

değişkenleri ile sınırlandırılmış ve bu değişkenleri ölçen ölçme araçlarının ölçtüğü sorular ile sınırlandırılmıştır.

1.5.Tanımlar

Çocukluk Çağı Travmaları: Çocukların psikolojik travma olarak sonuçlanacak olaylara maruz kalmasıdır. Bunlar ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel istismardır. Bir kardeşin veya ebeveynin istismarına tanık olmak veya akıl hastası bir ebeveyne sahip olmak da olabilir (Van der Kolk 1991).

Çocuk İhmali: Genel olarak ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğun temel gereksinimlerini yerine getirememesi olarak ifade edilebilir (Aral ve Gürsoy, 2001).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Sosyal durumlarda korku ve kaygı duyguları ile karakterize, günlük yaşamın en azından bazı yönlerinde önemli sıkıntıya ve işlev görme yeteneğinin bozulmasına neden olan bir anksiyete bozukluğudur (Szafranski, vd. 2014).

2. BÖLÜM

KURAMSAL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları

Çocukluk çağı travması genellikle ciddi olumsuz çocukluk deneyimleri olarak tanımlanır (Pearce vd. 2019). Çocukların psikolojik travma olarak sonuçlanacak olaylara maruz kalmasıdır. Bunlar ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel istismardır. Bir kardeşin veya ebeveynin istismarına tanık olmak veya akıl hastası bir ebeveyne sahip olmak da olabilir. Bu olaylar derin psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik etkilere sahiptir ve sağlık, mutluluk üzerinde olumsuz, kalıcı etkilere sahip olabilir (Van der Kolk 1991).

Çocuğun erken dönemde karşılaşılabileceği olumsuz olaylar içerisinde insan eliyle olmayan durumlar (doğal afetler, hastalıklar, ölüm) yer alabileceği gibi şiddet, eleştirilme, istismar olayları da yer alabilir (Şar, 2014). DSM-5’de “Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar” başlığı altında “Çocuğa Kötü Muamele ve Çocuğu Boşlama Problemleri” içinde, “çocuğa bedensel sömürü”, “cinsel istismar”, “ihmal”, “psikolojik istismar” yer almaktadır (DSM-5,2014)

Çocukluk çağı travmaları, ekonomik sıkıntılar, ailede kardeş sayısının fazla olmasından dolayı ilgisiz anne-baba tutumları (Polat, 2001), düşük eğitim seviyesi, kopuk ebeveyn çocuk ilişkisi (Kara ve diğ.,2004), yetersiz sosyal destek, dışlanma (Güler ve diğ., 2002), aile ortamının düzensiz olması, çocuğun kendisini ifade etme sorunu yaşaması (Taner ve Gökler, 2004), strese neden olacak olaylar yaşama (Polat, 2001), aile üyelerinden en az birinin madde bağımlılığı olan birey olması (Taner ve Gökler, 2004), aile üyelerinin problem çözme konusunda sorun yaşaması (Polat, 2001) erken evlilik, ve erken yaşta çocuk sahibi olmak (Polat, 2001) göç ve savaş (Örsel ve diğ., 2011) kaynaklı olabilmektedir.

Çocukluk döneminde travmatik deneyimler, bireyin yükünü artıran ve böylece bağışıklık sistemini, sinir sistemini ve endokrin sistemini etkileyen strese neden olur (Brown ve diğ. 2010; Dube ve diğ. 2009). Çocukluk çağı travması genellikle depresyon, hipertansiyon, psikolojik hastalıklar, erken ölüm gibi olumsuz sağlık

sonuçlarıyla ilişkilidir (Motzer ve Hertig, 2004; Chapman, ve diğ. 2004). Çocukluk travmasının beyin gelişimi üzerindeki etkileri, duygusal düzenleme ve sosyal becerilerin gelişiminin bozulması üzerinde olumsuz bir etki içerir (Taylor, ve diğ. 2004). Araştırmalar, travmatik veya riskli aile ortamlarında yetişen çocukların aşırı içselleştirme (örneğin, sosyal yoksunluk, anksiyete) veya dışsallaştırma (örneğin agresif davranış) ve intihar davranışı eğiliminde olduğunu göstermiştir. (Taylor, ve diğ. 2004; Aron ve diğ. 2005; Norman ve diğ. 2012). Son araştırmalar, fiziksel ve cinsel istismarın yetişkinlikte ruh hali ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğunu, kişilik bozuklukları ve şizofreni ise yetişkin olarak duygusal istismarla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (Carr ve diğ. 2013; Sachs-Ericsson ve diğ. 2017).

Çocuk istismarı ve ihmali çocuğun bakımından sorumlu yetişkinin çocuğa uygulanan, toplumsal kurallara ve uzmanların görüşlerine uymayan, çocuğa zararlı olduğu düşünülen, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyen davranışların tümüdür (Tıraşçı ve Gören, 2007). Güler ve diğ. (2002) göre ise çocuk istismarı, çocukların bakımından sorumlu yetişkinler tarafından uygulanan fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal bakımdan zararlı olan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır.

Çocukluk çağı travması, bağlanma sorunları, depresyon ve madde bağımlılığı gibi zihinsel bozukluk riskini artırabilir. (Tognin ve Calem, 2017). Çocukluk travması yaşayan kişilerin çocukluktan sonra yaşadıkları travmadan TSSB'li kişilerden farklı nöropatolojiye sahip olduğu bulunmuştur (Mehta vd. 2013). Çocukluk travmaları durumunda oluşan anomaliler, erken doğum, travmalar, fiziksel yönden engelli olma, sosyal yönün gelişmemesi, kronik rahatsızlıklar ve agresyon vardır (Coll ve Magnuson, 2000; Osofsky ve Thompson, 2000).

Aile açısından ise düşük kendini yönetme becerisi, yüksek depresyon, düşük özgüven, sabırsızlık, sosyal ilişkilerde güven sorunu, aile içi anlaşmazlıklar, psikolojik problemler, madde bağımlılığı, strese neden olan olaylar ve sosyal desteğin zayıflığı ifade edilebilir (Garbarino ve Ganzel, 2000; Osofsky ve Thompson, 2000)

2.1.1.İstismar Türleri

Çocuk istismarı üç başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismardır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Aşağıda istismar türleri verilmiştir.

2.1.1.1.Fiziksel İstismar Tanım ve Yaygınlık

Çocuğun bakımından sorumlu olan yetişkinin davranışları sonucunda çocuğun yaralanması fiziksel istismar olarak ifade edilmektedir (Kara ve diğ., 2004). Fiziksel istismar genel olarak çocuğun kaza dışında yaralanması olarak açıklanmaktadır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırmasına (2010) göre; tüm çocukların istismarla en çok evde, daha sonra okulda ve en son sokakta karşılaştıklarını; istismarı gerçekleştiren kişilerin en çok baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte farklı yaş gruplarından birçok çocuk, okulda öğretmenlerinden fiziksel ve duygusal istismara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Fiziksel istismardan bahsedildiğinde; 7-14 yaş grubundaki kız çocuklarının en çok öğretmen, baba, anne ve arkadaş tarafından bu davranışlara maruz kaldığı ifade edilmektedir. Erkek çocuklarının ise en çok arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş tarafından fiziksel istismara maruz kaldıkları ifade edilmektedir. 15-18 yaş aralığındaki kızların daha az fiziksel istismara maruz kaldıkları ve çoğunlukla bu davranışı uygulayanların öğretmenleri ve babaları oldukları ifade edilmektedir. 15-18 yaş grubunda erkekler kızlara göre daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Oral ve diğ., 2010).

Turhan ve diğ.(2006) yapmış olduğu araştırmada Türkiye’de fiziksel istismarın görülme oranının %24 olduğu ifade edilmiştir. Güler ve arkadaşlarının (2002)’ de yaptıkları araştırmada; 35 yaşındaki annelerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla fiziksel istismarda buldukları belirtilmiştir. Yılmaz-Irmak (2008) fiziksel istismar ile ruh sağlığı arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.. Yapılan araştırmada duygusal, fiziksel ve cinsel istismar puanlarının cinsel istismar puanlarına göre daha anlamlı olduğu ifade edilmiştir. Çocukluk çağı travma puanlarının depresyon grubuna göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yapılan

çalışmada çocukluk çağı travmaları ile erken yaşlarda depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Bülbül ve diğ.,2003).

2.1.1.2.Cinsel İstismar Tanım ve Yaygınlık

Cinsel istismar çocuğun tanıdığı biri tarafından yapılan ve çocuktan en az 6 yaş büyük olan yetişkinin kendi cinsel arzularını gidermek amacıyla çocuğa yaptığı eylemlerin tümü olarak ifade edilmektedir (Oral ve diğ., 2001). İstismarcıların birçoğunun çocuğun tanıdığı biri olması, cinsel istismarın önüne geçmeye yönelik yapılan çalışmaları zorlaştırmaktadır (Dönmez ve diğ., 2014).

Taner ve Gökler (2004), cinsel istismarın oldukça sık rastlanan bir istismar türü olduğunu, bu istismarın uzun süre boyunca gerçekleşebildiğini ve genellikle gizli kaldığını ifade etmişlerdir. Cinsel istismar vakalarının sadece %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Bildirilen cinsel istismar vakalarında ise büyük farklılıklar gözlenmektedir. Bu açıdan yaygınlığın aslında kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir. Bir diğer araştırmada erkeklerde cinsel istismar yaşama oranının %10 oranında olduğu, kızlarda ise bu oranın %10-20 arasında olduğu tespit edilmiştir (Pereda ve diğ., 2009).

Çocuklar anne, baba, akraba, komşu, öğretmen gibi birçok kişi tarafından cinsel istismara maruz kalabilirler. Cinsel istismar olan ailede şiddetin, boşanmanın, madde kullanımının da sık görüldüğü belirlenmiştir (Alparslan, 2014). Cinsel istismar ile sosyodemografik gruplar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamış ve bütün sosyodemografik düzeylerde gerçekleşebileceği ifade edilmiştir (Hedin, 2000).

Çocukluk döneminde yaşanan istismar olayının etkileri birey üzerinde çok uzun bir zaman boyunca devam etmekte ve bireyde duygusal ve davranışsal sorunların olmasına neden olmaktadır. Birçok nedenden unutulmaya çalışılan istismar olayı bireyin yaşamını olumsuz etkilemektedir (Zara-Page, 2004).

Cinsel istismarın yaşanmasından sonra kişilerde depresyonun, intihar davranışının, madde bağımlılığının, anksiyetenin görüldüğü belirlenmiştir.

İstismara maruz kalmış bireylerin benlik saygısı, sosyal ilişki kurma ve sürdürme becerileri olumsuz etkilenmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma ile cinsel açıdan riskli davranışlar sergileme arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Aktepe, 2009).

2.1.1.3.Duygusal İstismar Tanım ve Yaygınlık

İstismar türlerinde tespit edilmesi en zor olan duygusal istismardır. Uzun süreli ve kalıcı sonuçları olabilmektedir (Depanfilis, 2006). Duygusal istismar; çocuğun psikolojik gelişimini olumsuz etkileyecek sözel bir baskı ya da devamlı emir vermek, çocuğun kişiliğini zedeleyen ve uyumsuz davranışların oluşmasına neden olan tavırları içermektedir. Duygusal istismar ve psikolojik örselenme bütün kötü muamale davranışlarını içinde barındırmaktadır. Duygusal istismar tek başına olacağı gibi, fiziksel veya cinsel istismarla birlikte de meydana gelebilir (Topbaş, 2004). Duygusal istismarın çocuğa yönelik psikolojik bir şiddet olduğu düşünülmektedir. Çocuğa değer verilmemekte, sevgi gösterilmemekte, alaya alınmakta, sevdiği eşyalara veya oyuncaklara zarar verilmekte, baskı yapılmaktadır (Sayar ve Bağlan, 2010).

Annelerin uyguladığı duygusal istismarın olduğu davranışlar araştırılmış, (%81.1) oranında çocuklara sevgi gösterilmediği ve sert davranıldığı görülmüştür. (%77.6) Ayrıca (%8.4) oda kapatma cezası verildiği, el ve ayak bağlama (%2.1) gibi duygusal istismar davranışları görülür. Aynı çalışmada annelerin duygusal istismara neden olan diğer davranışlar içerisinde; çocuklarına sevgilerini göstermeme (%81.1), bağırma (%77.6), evde çocukları yalnızlığa terk etmek (%35.7), korkutmak (%33.6), tehdit etmek (%26.6), hakaret etmek (%26.6), çocuğu yokmuş gibi davranmak (%13.6), odaya kapatmak (%8.4) el ve ayak bağlamak görülmektedir (Güler ve diğ., 2002). Duygusal istismar durumunda sadece anne baba değil çevresel etkilerde hesaba katılmaktadır. Çocuğa istismar davranışında bulunan bireyler, çocuğun yakın çevresinde bulunan kişilerdir. Annede gözlemlenen azalmış duygusal beslenme, duygu durum bozukluklarının madde bağımlılığı, çocuğa karşı artmış sözel öfke gibi psikolojik bozuklukların duygusal istismar ve ihmal ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Taner ve Gökler, 2004).

2.1.2.İhmal

Çocuk ihmali genel olarak ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğun temel gereksinimlerini yerine getirememesi olarak ifade edilebilir (Aral ve Gürsoy, 2001). İhmal genel anlamıyla çocukların bakımından sorumluları kişilerin çocukların ihtiyaçlarını karşılamaması olarak açıklanabilir. Fiziki ve sevgi ihtiyacı ayrıca eğitim gibi ihtiyaçlar da buna dahildir. Profesyonellere göre çocukların ihmal edilmesi; yaşadıkları yerlerin yeterli düzeyde temizlenmemesi, beslenmelerinin yeterli düzeyde olmaması, sağlıklarına gerekli önemin verilmemesi şeklindedir (Howe, 2005). Fiziksel ihmal, çocuğun bakımından sorumlu kişiler tarafından yeterli beslenmemesi, sağlık ve güvenlik gereksinimlerinin karşılanmaması durumudur (Yurdakök ve İnce, 2010).

Duygusal ihmal çocuğun bakımından sorumlu bireylerin çocuğun duygusal gereksinimlerini karşılayamaması olarak ifade edilmektedir (Aust ve diğ., 2012). Ayrıca, çocuğun gelişim süreçlerinde gerekli duygusal desteğin sağlanmaması da duygusal ihmal davranışları kapsamındadır (Yurdakök ve İnce, 2010).

2.1.2.1.İhmalin Risk Etmenleri ve Sonuçları

Duygusal ihmal çocukların gelişim süreçlerine oldukça zararlıdır. Duygusal açıdan ihmal edilen çocuklar sosyal ortamlarda kendilerini rahat ifade edememekte ve gerekli özgüveni kendilerinde bulamamaktadır. Bu durum çocukları hem fiziksel hem de duygusal açıdan etkilemektedir (Howe, 2005). İhmal ve istismara maruz kalan çocuklarda depresyon, öğrenme güçlüğü, madde kullanımı yüksek oranlarda görülmektedir. Şiddet eğilimi, bireyin başkalarına ya da kendisine zarar verme davranışlarına sebep olmaktadır (Ünal, 2008).

Çocuk istismarı ve ihmalinin sosyal ve ekonomik maliyetlerini hesaplamak zordur. Bazı maliyetler basittir ve kötü muamele ile doğrudan ilgilidir, örneğin fiziksel istismar sonucu meydana gelen yaralanmaların tıbbi tedavisi için hastane masrafları ve çocukların aileleriyle güvende kalamadıklarında çıkarılmasından kaynaklanan koruyucu aile masrafları gibi. İstismarın görülme sıklığına daha az

doğrudan bağlı olan diğer maliyetler arasında daha düşük akademik başarı, yetişkin suçluluğu ve yaşam boyu akıl sağlığı sorunları yer almaktadır. Hem doğrudan hem de dolaylı maliyetler toplumu ve ekonomiyi etkiler. Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmak, yetişkinlikte çeşitli olumsuz sonuçları önemli ölçüde öngörür (Arnold, 2004). Bununla birlikte, potansiyel olarak travmatik bir olaya maruz kalan tüm çocuklar zihinsel veya fiziksel sağlıkla daha sonra mücadele etmezler. Bu nedenle, potansiyel olarak travmatik olayların etkisini azaltan ve bir bireyi potansiyel olarak travmatik bir olaya maruz kalmadan sonra zihinsel sağlık sorunları geliştirmekten koruyan faktörler vardır. Bunlara dayanıklılık faktörleri denir (Collishaw ve diğ. 2007).

Çocuklukta bir travma ile başlayan kaygı, endişe, utanç, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk, keder, üzüntü ve öfke duyguları yetişkin olarak devam edebilir. Ayrıca çocukken travmaya katlananların anksiyete, depresyon, intihar ve kendine zarar verme, TSSB, uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımı ve ilişki zorlukları ile karşılaşma olasılığı daha yüksektir. Çocukluk travmasının etkileri sadece duygusal yansımalarla bitmiyor. Çocukluk çağı travmalarından kurtulanların astım, koroner kalp hastalığı, diyabet veya felç geçirme riski de daha yüksektir. Ayrıca, duygularını düzenlemelerini zorlaştırabilecek, uyku zorluklarına yol açabilecek, bağışıklık fonksiyonlarını düşürebilecek ve yetişkinlik boyunca bir dizi fiziksel hastalık riskini artıracak bir "yüksek stres yanıtı" geliştirme olasılıkları daha yüksektir (Effects of Childhood Trauma on Adults, 2019).

Çocukluk çağı travmasının etkileri bakım ve tedavi ile hafifletilebilir. Erken müdahalenin önemli bir etkisi vardır (McPherson vd. 2018; Black vd. 2018). Bazen bakıcılardan veya diğer aile üyelerinden destek ve beslenme uzun vadeli zararları önlemek için yeterlidir; ancak çocukların profesyonel bakıma ihtiyaç duyduğu durumlarda travma odaklı tedaviler kullanılacaktır (Childhood Trauma, 2021) Travmaya bağlı tedavi yöntemleri, travmanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık üzerindeki etkisini fark ederek kişiyi tedavi eder. Stres hormonlarını (kortizol, adrenalin, testosteron) azaltmak, karmaşık çocukluk travmasının etkili tedavisi için hayati bir erken adımdır (Corrigendum, 2017). Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi çocuk ve ergenlerde TSSB vakalarını tedavi etmek için tasarlanmıştır. Bu

tedavi modelinin esnekliği, farklı sunum semptomları olan çok çeşitli vakaları tedavi etme yeteneği verir. Terapi adım adım bir süreç izler. Çocuğun travmayı güvenli bir alanda kendi başına işlemesine izin vermeden önce, varsa hem çocuk hem de ebeveyn için travma belirtileriyle başa çıkma becerilerinin tanıtılmasına yardımcı olur (Cohen vd. 2006).

2.2.Yalnızlık

Türkçe’de yalnızlık “yalnız olma durumu”, “kimsenin bulunmaması” anlamında kullanılmaktadır (TDK, 1988). Kılavuz’a göre (2005), “yalnızlık” kişinin toplumsal ilişkilerinde kendisine yönelik öznel algılama durumudur. Bilgin’e göre (2003) psikologlar yalnızlığı kişinin yalnız olmasından ziyade kendisini yalnız hissetmesi olarak ifade etmektedir. Yalnızlık, algılanan izolasyona hoş olmayan bir duygusal tepkidir. Yalnızlık aynı zamanda sosyal acı olarak da tanımlanır. Bireyleri sosyal bağlantılar aramaya motive eden psikolojik bir mekanizmadır.

İnsan, insanlarla iletişim kurduğunda hem sosyal ihtiyaçlarını gidermiş olmakta birlikte hem de yaşama isteğini arttırmaktadır. İnsanların hedeflerine ulaşmasında sosyallik oldukça önemlidir (Yazıcı, 2016). Yalnızlığın nedenleri çeşitlidir. Sosyal, zihinsel, duygusal ve çevresel faktörleri içerirler. Yalnızlık sadece diğerlerinden ayrı olma durumudur; yalnızlık yaşayan herkes yalnız hissetmez. Öznel bir duygu olarak, yalnızlık diğer insanlarla çevriliyken bile hissedilebilir.

Çalışmalar yaş, cinsiyet ve kültürün yalnızlık üzerindeki etkisi ile ilgili tutarsız sonuçlar bulmuşlardır (Manuela ve diğ. 2020). Son çalışmalar en çok yalnızlık çekenlerin gençler olduğunu bulma eğiliminde (yalnızlığın hala çok yaşlılar için ciddi bir sorun olduğu tespit edilse de). Yalnızlık prevalansının cinsiyete göre nasıl değiştii konusunda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda erkekler arasında daha fazla yalnızlık bulunduğu gibi cinsiyetin hiçbir fark yaratmadığı sonuçlar da elde edilmiştir (Andrew ve diğ. 2013; Dieh ve diğ. 2018). İmamoğlu (2008), kişiler arası ilişkiler ile cinsiyet ve yalnızlık ilişkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda kişiler arasında güven, empati bağlılık ve yalnızlık algıları arasında farklılık meydana geldiği görülmüştür. Yalnızlık düzeyi ile empati ters orantılıdır.

Kişilere karşı duyulan güven duygusu da azalmaktadır. Dolayısıyla yalnızlıkla empati güven ve duygu kontrolü arasında ters yönlü ilişki vardır.

Araştırmalar, yalnızlığın, diğer güçlü ilişkilerle birlikte evliliklerdeki insanlar ve başarılı kariyerleri olanlar da dahil olmak üzere tüm toplumda bulunduğunu göstermiştir. Çoğu insan hayatlarının bazı noktalarında yalnızlık yaşar ve bazıları bunu çok sık hisseder. Kısa süreli bir duygu olarak, yalnızlık faydalı olabilir; ilişkilerin güçlenmesini teşvik eder. Öte yandan kronik yalnızlık yaygın olarak zararlı olarak kabul edilir, çok sayıda inceleme ve meta-çalışma ile sonuç olarak zayıf zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları için önemli bir risk faktörüdür (Tim, 2016; Christakis ve Fowler, Danilo 2020).

Varoluşçuluğa göre yalnızlık uzun zamandır, en azından orta derecede herkes tarafından hissedilen evrensel bir durum olarak düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, insan yaşamının sınırlamaları, herhangi birinin doğal bağlantı ihtiyacını sürekli olarak karşılaması imkansız olduğu anlamına geldiği için bir dereceye kadar yalnızlık kaçınılmazdır (Carter 2003; Ben Lazare Mijuskovic, 2012). Yalnızlığın hafifletilmesinin iyi bir şey olabileceği konusunda hemfikir olunsada, varoluşsal görüşü benimseyenler, insanların yaşama sevincini takdir etmelerine yardımcı olabileceğinden, bir miktar yalnızlığı hem kaçınılmaz hem de faydalı olarak görerek, bu tür çabaların tamamen başarılı olabileceğinden şüphe etme eğilimindedir (Vivek, 2020).

Yalnızlığın iki temel türü sosyal ve duygusal yalnızlıktır. Her iki yalnızlık türünün de bağımsız olarak incelenmesi gerektiği, çünkü duygusal yalnızlık ihtiyacının tatmininin sosyal yalnızlık için bir denge görevi göremeyeceği ve bunun tersi görüşüne dayanarak, yalnızlığı tedavi etmek veya daha iyi anlamak için çalışan insanlar, bu iki yalnızlık türünü ayrı ayrı ele alma eğiliminde olmuşlardır, ancak bu her zaman durumdan uzaktır. Sosyal yalnızlık, insanların daha geniş bir sosyal ağ eksikliği nedeniyle yaşadıkları yalnızlıktır. Bir topluluğun üyesi olduklarını veya sıkıntılı zamanlarda güvenebilecekleri arkadaşları olduğunu hissetmeyebilirler. Duygusal yalnızlık, diğer insanlarla derin, doyurucu ilişkilerin olmamasından kaynaklanır (Ami ve Ami, 2015).

Uzun süreli yalnızlık yaygın olarak insana zarar veren bir durum olarak kabul edilmektedir. Geçici yalnızlık tipik olarak bizi başkalarıyla ilişkileri geliştirmemiz için motive ederken, kronik yalnızlık tam tersi bir etkiye sahip olabilir. Bu da kişilerarası ilişkilere zarar verebilir. Yani müdahale olmadan, kronik yalnızlık kendini güçlendirebilir (Ami ve Ami, 2015). Yalnızlık depresyon ile bağlantılıdır ve bu nedenle intihar için bir risk faktörüdür (Marano, 2003). Yetişkinlerde yalnızlık depresyon ve alkolizmin önemli bir nedeni olabilir (Marano, 2012). Sosyal olarak izole edilmiş insanlar düşük uyku kalitesi bildirebilir ve bu nedenle restoratif süreçler azalabilir. Yalnızlık, dünyayı farklı görebilecekleri ve sürgündeki benlik olarak tanımlanan sosyal yabancılaşmayı deneyimleyebileceğiniz bir şizoid karakter türüyle de bağlantılıdır (Hawkey ve Cacioppo, 2003). Yalnızlık, sosyal kaygı ile de ilişkilendirilmiştir (Rao ve diğerleri, 2007).

2.3.Sosyal Anksiyete

Sosyal anksiyete sosyal durumlarda yaşanan korku ve kaygı ile günlük yaşamdaki olaylara karşı işlev görme yeteneğinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu korkular, başkaları tarafından ya da yaşanan olaylar ile tetiklenebilir. Sosyal anksiyeteye sahip bireyler diğer bireylere göre olumsuz değerlendirilmekten daha fazla etkilenirler (Szafranski, ve diğ. 2014). Barlow (2000) kaygıyı belli bir durum ya da içerikteki algılanan sonuç olarak ifade etmektedir. ICD-10 yönergelerine göre, sosyal fobinin ana tanı kriterleri dikkat odağı olma korkusu veya utanç verici veya aşağılayıcı, kaçınma ve anksiyete semptomları olacak şekilde davranma korkusudur. Standartlaştırılmış derecelendirme ölçekleri, sosyal anksiyetenin şiddetini ölçmek için kullanılabilir (<https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>). Fiziksel semptomlar genel olarak kızarma, çarpıntı, terleme ve mide bulantısıdır. Şiddetli korku ve baskı altında panik ataklar oluşabilir. Bazı hastalar, yaşadıkları sorunlardan kaçmak için alkol veya diğer ilaçları kullanabilirler.

Sosyal fobi hastalarının, özellikle teşhis edilmemiş, tedavi edilmemiş veya her ikisi de varsa, kendi düşüncelerine göre ilaç vermeleri oldukça rastlanılan bir durumdur. Bazen "bireylerin hastalıklarını karşılamak için büyük yaşam seçimleri yaptıkları"

fırsatların kaybı ile ilişkili bir hastalık olarak adlandırılır (Stein ve diğ. 2001; Shields, 2004). Genellikle sosyal olarak endişeli bireylerin geri çekilmesine neden olur. Bireyler algıları nedeniyle korkutucu ve dolayısıyla kaygı uyandıran durumlar olarak algıladıkları ortamlara girmekten çekinirler ve temastan kaçınırlar. Bu sosyal durum korkusu daha sonra diğer kişilerarası temas biçimlerine de genellenebilir (Kashdan ve Herbert, 2001). Bu tür davranışların nedeni, sosyal olarak endişeli birey, alışılmadık durumlara maruz kaldığını hissederse, tipik olarak başarısızlıktan korkar, başkaları tarafından olası eleştirilmekten rahatsızlık duyar (Velting ve Albano, 2001). Korku, girişkenlik gerektiren koşullarda veya yapmak zorunda oldukları toplumsal bir faaliyette, bir otorite figürü ile konuşma durumunda veya bir izleyici önünde performans sergilemek gerektiğinde ortaya çıkabilir (Storch, 2003; Velting ve Albano, 2001). Beidel vd. (2007) sosyal olarak fobik olmayan ergenlere kıyasla, sosyal olarak endişeli olan kişilerde daha yüksek düzeyde depresyon, yalnızlık ve içe dönüklük tespit etmişlerdir.

Çoğu kaygılı kişinin sahip olduğu karamsarlık duygusu yüzünden toplum tarafından dışlandığı ve yalnız kalmak istediği görülmüştür. Kaygı; telaş, endişe, gibi insan üzerinde baskıya sebep olan bir duygudur (Özodaşık, 2001). Cüceloğlu (2003) anksiyetenin günlük yaşamda bireylerin aktiviteleri için oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir. Mantıklı karar vermek için belli bir seviyede kaygıya ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Anksiyetenin ortaya çıkması iç psikolojinin bozulmasının bir sonucu olarak ifade edilmektedir. Psikanalitik açıdan anksiyete, bastırıldığında, söz konusu durumdan kaçınmak için hizmet eden bir sinyaldir. Bu sinyalle birlikte benlik, baskıya karşı kendini savunmaya çalışır. Savunma başarılı olduğunda, anksiyete savuşturularak dengeli bir psikoloji tekrar kurulur. Kullanılan savunmanın doğasına bağlı olarak da kişi, çeşitli psikonevrotik semptomlar geliştirebilmektedir (Tükel, 2009). Ebeveynlik tarzı dahil olmak üzere genetik yatkınlık ve çevresel etkiler kümülatif olarak, bunun gelişimi üzerinde ılımlı ama karmaşık bir etkiye sahiptir (Spence ve diğerleri, 2000; Velting ve Albano, 2001). Spence ve diğ. (2000), sosyal kaygının geçici olmadığını uzun vadeli bir sorun olması beklenmesi gerektiğini düşünmektedir.

Kaygı gelecekle ilgili düşünceleri içeren bir duygudur (Cüceloğlu 2003). Kaygılar, çatışmaların oluşmasına neden olabilir. Bu çatışmalar sonucunda ise birey kendini yalnız hissedebilir. Abacı'ya (2005) göre kaygı, psikoloji alanının en çok araştırmaya sebep olan konularından biridir. İnsan davranışlarını konu olan bütün araştırmalar kaygı konusuna da değinmişlerdir. İnsanlar arası etkileşimden dolayı birey negatif etkilenebildiği gibi pozitif de etkilenebilmektedir.

Sosyal açıdan endişeli bireyler, başkalarının kendilerini görmelerini istemez (Kashdan & Herbert, 2001). Bu durum onların yeteneklerini göstermelerini de engeller. Yaşadıkları depresyon nedeniyle yetişkinler olarak bağımsız olarak işlev görmedeki zorluğun yanısıra acı çekme riskini de artırır (Velting ve Albano, 2001). Kaygıların belirsizliği bireylerde gerginlik düzeyinin artmasına neden olmaktadır (Geçtan, 2016). İnsanın beklentilerinin gerçekleşmemesi bireyi yalnızlığa itebilmektedir. Bu durum normal bir çevre koşullarına işaret etmektedir. Kişi bedensel olarak sağlıklıdır ve bu açıdan oluşan kısa süreli etkiler ortadan kalkabilmektedir. Ancak bu etkiler kalkmadığında kronikleşebilmektedir. Bu durumu belirleyen faktör bireyin yaşadığı hayal kırıklığının düzeyidir (Yahyaoğlu, 2007). Toleranssızlık kaygı ve stres ile ilişkilidir. Baltaş'a (1998) göre stresle başa çıkma bireyin kişiliğine bağlıdır. Bireyin kişisel özelliklerinin stresin düzeyine doğrudan etkisi vardır.

Kaygı, geleceğe dair düşünceleri içeren bir duygu olmakla birlikte bireyin günlük yaşamını etkilemektedir. Eski kaynaklar incelendiğinde kaygı ve korkunun aynı anda kullanıldığı gözlemlenmektedir. Kaygı ve korkunun birlikte kullanılmasının temel nedeni bu duyguların birbirlerine çok benzemelerinden kaynaklanmaktadır (Abacı, 2005). Sonuç olarak; kaygı gelecek ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olma durumu olarak ifade edilebilir. Bu durum beraberinde endişeyi oluşturmakta ve kişiyi yalnızlığa sürüklemektedir. Yalnızlıkla kaygı arasındaki ilişki inkar edilemez bir durumdur.

Yaşanılan anksiyetenin, günlük yaşamı etkilemesi ve net bir şekilde fiziksel belirtilerin gözlenmesi gerekmektedir. Anksiyetede kritik nokta durumun kontrol edilememesidir. Kişi böyle bir durumdayken enerjisi kendinde bulamaz. Bozulan

bu ilişkiler neticesinde, bireyin sosyal ve meslek hayatında bozulmalar meydana gelir. Bu durum kontrolden çıkmaya başladığında bireyde baş ağrısı, mide ağrısı, kalp çarpıntısı gibi fizyolojik reaksiyonlar meydana gelebilmektedir. Bu durumların aşırı olması hastalığın varlığını göstermektedir (Şenel ve diğ., 2010). Kocabaşoğlu (2005) kaygının yükselmesinde çarpıntının, terlemenin, endişenin, gerginliğin yanında fizyolojik reaksiyonların da görüldüğünü belirtmiştir.

Anksiyete bozukluğu olan kişi nedensiz yere olumsuz duygulara kapılmakta ve kötü şeyler olacağı düşüncesine sahip olmaktadır. Yaşanan huzursuzluk duygusu ile gündelik olaylar karşısında bile bireyler yoğun anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete önemli oranda bir yeti yitimine sebep olabilmektedir (Tükel, 2009). DSM 5'te (APA 2013) ise sosyal fobi teriminin yerini sosyal anksiyete bozukluğu almış, tanı kategorisine ilişkin isimsel değişiklik ile sosyal koşullara ilişkin yaşanan anksiyetenin daha iyi ifade edilebildiği belirtilmiştir. DSM-5'te ayrıca önceki basımlarda yer alan "sosyal ortamlarda yaşanan anksiyete ve korkunun fazla ve yersiz olduğuna ilişkin düşünce" ölçütüne yer verilmemiş, yaşanan anksiyetenin ve korkunun söz konusu gerçek tehdide göre orantısız olabileceği ölçütü yer bulmuştur. DSM 5'te ayrıca, sosyal anksiyete bozukluğu tanı kategorisinde yer alan belirleyiciye ilişkin bir değişikliğe gidilmiş, genellenmiş belirleyicisinin yerine, "yalnızca eylem gerçekleştirme sırasında" belirleyicisi eklenmiş, klinisyenlerden yalnızca eylem gerçekleştirme sırasında sosyal anksiyete deneyimlenmesi durumunda, bu durumu ayrıca belirtmeleri beklenmiştir (Eldoğan, 2018). DSM-5'e göre Sosyal Anksiyete Bozukluğu (DSM-5, 2014):

- Bireyin başkalarınınca izlendiği bir ve fazlası sosyal durumlarda belirgin korku veya endişeyi yaşamasıdır.
- Birey hata yapacağı korkusundan kızarma, titreme, terleme gösterir, kişinin sözlerinde takılma olur, başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğini düşünme durumu görülür.
- Sosyal durumlar bireyde her zaman korku ,kaygı kaynağı olur.
- Sosyal durumlardan kaçınılır veya yoğun korku veya endişe ile katlanır. Alternatif olarak, sosyal durumlara yoğun korku veya endişe ile katlanır.

- Korku veya kaygının, olumsuz değerlendirilmenin gerçek riski veya bu tür olumsuz değerlendirmenin sonuçlarıyla orantılı olmadığı değerlendirilir. Bazen, kaygının aşırı olduğuna karar veremeyebilir, çünkü gerçek bir tehlikeyle ilgili değildir. Korkuda ise gerçek bir tehlike durumu sözkonusudur. (Örneğin, başkaları tarafından zorbalığa veya işkenceye maruz kalmak.) Bununla birlikte, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler genellikle sosyal durumların olumsuz sonuçlarını abartır ve böylece orantısız olmanın yargısı klinisyen tarafından yapılır.
- Korku, endişe veya kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay ya da daha uzun süren korku eşiği, bozukluğun özellikle çocuklar arasında ve toplumda yaygın olan geçici sosyal korkulardan ayırt edilmesine yardımcı olur. Bununla birlikte, süre kriteri bir genel rehber olarak kullanılmalıdır.
- Korku, kaygı ve kaçınma, bireyin normal rutinine, mesleki, akademik işleyişine veya sosyal faaliyetlerine, ilişkilerine önemli ölçüde müdahale eder. Örneğin, toplum içinde konuşmaktan korkan bir birey, bu aktiviteye iş yerinde veya sınıf çalışmasında rutin olarak rastlanmazsa ve birey bu konuda önemli ölçüde sıkıntılı değilse sosyal anksiyete bozukluğu tanısı almaz. Bununla birlikte, birey sosyal anksiyete semptomları kriteri nedeniyle gerçekten istediği iş veya eğitimden kaçınırsa veya geçiştirilirse bu durum kişinin işlevselliğinin düşmesine neden olur.
- Korku, endişe veya kaçınma, bir maddenin fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi duruma atfedilemez.
- Korku, endişe ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamama durumu sözkonusudur.

Korku toplum içinde konuşmak veya performansla sınırlıysa, performans sadece sosyal anksiyete bozukluğudur. Sosyal anksiyete bozukluğu genel olarak erken yaşlarda gözlenmektedir. Sosyal anksiyete sahibi bireylerin %50'si 11 yaşına kadar, %80'i ise 20 yaşında kadar bu durumla yüzleşmiştir. Erken yaşlarda sosyal anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde ilerleyen yaşlarda psikolojik sorunlara, madde bağımlılığına neden olabilmektedir (Stein ve Stein, 2008). Sosyal fobinin

ortalama başlangıcı 10 ila 13 yaştır (Nelson vd. 2000). 25 yaşından sonra başlayan sosyal fobi nadirdir (Rapee vd Spence, 2004). Sosyal anksiyete bozukluğu kadınlarda erkeklere göre daha çok görülmektedir. Evli ve iyi eğitilmiş bireylerde sosyal fobi daha fazla görülmektedir (Xu, ve diğ. 2012).

Sosyal anksiyete bozukluğu, utanç verici bir pozisyona düşmekten dolayı sürekli olarak korkma durumudur. Aşırı derecede sosyal anlamda bir kaçınma içerdiği için normal utanç seviyesini aşmaktadır. Korkulan aktiviteler arasında her türlü küçük ve büyük aktiviteler yer alabilmektedir. Sosyal anksiyeteye sahip bireyler diğer bireyler tarafından yargılanmaktan çekinirler. Sosyal kaygısı olan bireyler fiziksel muayane ve otoriteye sahip kişilerin varlığından rahatsızlık duyarlar. Bu rahatsızlığa sahip bireyler utanabilir veya aşağılanabilir. Sonuç olarak, bireyler sorunlardan kaçmak için toplumdan soyutlanmayı tercih ederler. Ayrıca yeni insanlarla tanışmaktan ve büyük insan topluluklarından rahatsız olabilirler. Bazı durumlarda, kızarak karşılarındaki insana içinde buldukları durumdan rahatsız olduklarını ifade ederler (Schneier, 2006).

Sosyal anksiyetesi olan insanlar çoğu insanın "normal" olarak gördüğü durumlardan kaçınır. Başkalarının bu durumla nasıl başa çıktıklarını anlayamayabilirler. Çoğu sosyal durumdan kaçınır ve kişisel ilişkilerini etkileyebilecek başkalarından saklanır. Sosyal fobi, birey üzerinde neden olduğu baskı sebebiyle bireyin sosyal ortamlardan uzaklaşmasına neden olabilir. Sosyal medyaya bağımlı olabilir ve insan ilişkilerinden tamamen kaçabilir. Ayrıca düşük benlik saygısı, depresif bozukluk ve olumsuz düşüncelere neden olabilir. Sosyal anksiyetesi olan bireyler , önemli, anlamlı karşılaşmalardan günlük önemsiz karşılaşmalara kadar çeşitli sosyal durumlarda kaygı yaşarlar. Bu kişiler iş görüşmelerinde, tarihlerde, otoriteyle etkileşimlerde veya işte kendilerini daha gergin hissedebilirler (Acarturk, vd. 2008).

Yapılan araştırmalar sosyal anksiyetenin diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek derecede birlikte ortaya çıkma olasılığı olduğunu göstermektedir. Aslında, nüfusa dayalı bir çalışmada, nüfusun % 66'sında bir veya daha fazla ek ruh sağlığı bozukluğu olduğu bulunmuştur (Acarturk, vd. 2008). Genellikle düşük benlik

saygısı ve en yaygın olarak klinik depresyon, belki de kişisel ilişkilerin eksikliği ve sosyal kaçınma ile ilgili uzun izolasyon süreleri nedeniyle ortaya çıkar (Derek vd. 2014). Klinik depresyon, ortaya çıkması 1,49 ila 3,5 kat daha fazladır. (Beesdo, vd. 2007; Derek vd. 2014; Heeren, vd. 2018). Araştırmalar ayrıca, bazı sosyal korkuların varlığının (örneğin, küçük gruplara katılmaktan kaçınma, bir partiye gitmekten kaçınma) komorbid depresif semptomları tetikleme ihtimalinin daha yüksek olduğu ve hastaların klinik değerlendirmelerinin oldukça önemli olduğunu ifade etmektedir (Heeren, vd. 2018).

Anksiyete bozukluklarının da sosyal anksiyete bozukluğu ile görülmesi çok yaygındır. (Chartier, ve diğ. 2003). Kaçınma kişilik bozukluğu da yüksek bir orana sahiptir ve komorbidite oranları %25 ila %89 arasındadır (Chambless, 2008). Bireyler anksiyetelerini azaltabilmek için ilaç kullanabilir. Sosyal anksiyeteye sahip bireylerin beşte birinin alkol bağımlısı olduğu düşünülmektedir (Buckner ve diğ. 2008). Bununla birlikte, durumun alkol ile bağlantılı olmadığını göstermektedir (Morris, ve diğ. 2005; Alfano ve diğ. 2011). Hem alkolizm hem de sosyal anksiyeteye sahip olan bireylerin grup tedavilerinden kaçınma eylemleri daha yüksektir (Kushner, 2005).

Sosyal anksiyete ve sosyal fobinin nedenleri hakkında araştırmalar, nörobilimden sosyolojiye kadar birden fazla perspektifi içeren geniş kapsamlıdır. Bilim adamları henüz kesin nedenleri belirleyememiştir. Çalışmalar, genetiğin çevresel faktörler ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Sosyal fobinin kaynağı psikolojik sorunlar ya da madde bağımlılığı değildir. Çoğunlukla, bireyin hayatının bir anında sosyal anksiyete kendini göstermeye başlar. Birey iyileşmek için çaba gösterdikçe gelişme kaydedecektir. Sonunda, hafif sosyal gariplik sosyal anksiyete veya fobi semptomlarına dönüşebilir. Pasif sosyal medya kullanımı bazı kişilerde sosyal anksiyeteye neden olabilir (Erliksson, 2020). Aşırı korumacı ve hiperkritik ebeveynlerle büyümek de sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Bebekken anneleriyle güvensiz (endişeli-kararsız) bir bağa sahip olarak değerlendirilen ergenlerin, sosyal fobi de dahil olmak üzere geç ergenlik döneminde anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığı iki kat daha fazladır (Rapee, 2011). Önceki olumsuz bir sosyal deneyim, sosyal fobinin tetikleyicisi olabilir, belki

de özellikle "kişilerarası duyarlılık" konusunda yüksek olan bireyler için. Sosyal anksiyeteye sahip olan bireylerin çoğunun anksiyeteye sahip olmasıyla ilişkili bir olayın olduğu görünmektedir (Mineka ve Zinbarg, 1995). Doğrudan deneyimlerin yanı sıra, başka insanların olumsuz deneyimlerini gözlemlemek, bireyin sahip olduğu sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesine sebep olabilir (Ishiyama, 1984). Utangaç ergenler veya kaçınma davranışı sergileyen yetişkinler, olumsuz deneyimlerden ya da çocukluk döneminde tacize uğradıklarını ifade etmişlerdir. Bir çalışma popülerlik ile sosyal kaygının olumsuz ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Bununla birlikte akranları tarafından görmezden gelinen çocukların diğer çocuklara göre daha yüksek sosyal kaygısı oldukları ifade edilmiştir. Sosyal olarak fobik çocuklar çoğunlukla akranlarından olumsuz tepkiler almaktadır (Rubin ve Mills, 1988).

Sosyal becerilerin geliştirilmesindeki sorunlar veya 'sosyal akıcılık', sosyal olarak etkileşime girememe veya güven eksikliği ve başkalarından olumlu tepkiler ve kabul görmeme yoluyla bazı sosyal kaygı bozukluklarının bir nedeni olabilir. Açık görünen şey, sosyal kaygılı olanların kendi sosyal becerilerini düşük olarak algıladığıdır (Segrin, vd. 1995). İlişkiler veya kariyer oluşturmada sofistike sosyal becerilere olan ihtiyacın artması ve iddialılık ve rekabet gücüne vurgu yapılması, sosyal kaygı sorunlarını en azından 'orta sınıflar arasında ' daha yaygın hale getiriyor olabilir (Heimberg ve diğ. 2000).

Sosyal anksiyete bozukluğunun ilk tedavi yolu bilişsel davranışçı terapidir. Bilişsel ve davranışsal bileşenler, anksiyeteyi teşvik eden durumlara karşı düşünce kalıplarını ve fiziksel tepkileri değiştirmeye çalışır (Pilling, vd. 2013). Bilişsel modellerde, sosyal fobiye sahip bireyler kendilerini başka insanlara nasıl sunacakları konusunda sorun yaşamaktadırlar. Kendilerini aşırı kontrollü, dikkatli hissedebilirler. Sosyal psikoloji teorisi bireylerin kendilerini sunmaya çalışırken iyi izlenim yaratmaya çalıştıklarını ancak bunu yeterli seviyede beceremediklerini ifade eder. Çoğunlukla, hastalar neyin beklenilenin aksine gelişebileceğini ve her beklenmedik olay ile nasıl başa çıkabileceğini gözden geçirebilirler. Etkinlikten sonra tatmin edici olmayan bir performans sergiledikleri algısına sahip olabilirler. Sonuç olarak, normal olarak algılanmayan herşeyden utanç duyma hissi

yaşayacaklardır. Bu düşünceler haftalar boyu devam edebilir. Bilişsel çarpıtmalar bir ayırt edicidir. Sosyal fobisi olan bireylerin normal olarak değerlendirebilecek durumları bile olumsuz algıladıkları ve olumlu olaylardan çok olumsuz olaylara odaklandıkları çalışmalarda ifade edilmiştir (Furmark, 2006).

2.4.İlgili Araştırmalar

Sarıçam (2001) reddedilme duyarlılığı ile benlik saygısı ve yalnızlık düzeyleri ilişkisini incelemek amacıyla Erzurum Atatürk Üniversitesi ve Ağrı İbrahim Çeçen Üniversite'sinde öğrenim gören farklı fakültelerden 1149 katılımcıyla araştırma yürütmüştür. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, erkek katılımcıların yalnızlık düzeyleri kadın katılımcılardan yüksek bulunmuş ve anne eğitim durumu arttıkça üniversite öğrencilerinin hissettikleri yalnızlık düzeyi de azalmaktadır. Araştırmanın baba öğrenim durumu sonucuna göre ise, babaların eğitim seviyesi arttıkça öğrencilerin yalnızlık düzeyi azaldığı tespit edilmiştir. Sınıf düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin azalmasıdır.

Summerfeldt ve diğ. (2006) tarafından sosyal kaygının, duygusal zekâ ve kişilerarası uyumla ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, sosyal etkileşim kaygısı duygusal zekâyla ilişkili bulunmuştur. Performans kaygısının ise ilişkisi tespit edilmemiştir. Duygusal zekânın kişilerarası düzenlemeyi yordadığı belirlenmiştir.

Duyan ve diğ. (2008) 434 lise öğrencisiyle yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, erkek öğrenciler kız öğrencilerden daha fazla yalnızlık duygusu belirtmişlerdir. Ek olarak anne- baba eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerde hissedilen yalnızlık daha az çıkmıştır.

Koenen ve diğ. (2010), 5692 katılımcı ile yaptığı araştırmanın sonucuna göre travmatik yaşantıya maruz kalmanın çocukluk çağında oldukça sık rastlandığı, genel popülasyondaki bireylerin neredeyse %40'ı 13 yaşından öncesinde en az bir travmatik olayla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir. En dikkat çeken noktanın ise çocukluk döneminde uygulanan şiddetin yaygın olduğudur. Erkek cinsiyete sahip bireylerin yaklaşık olarak %20'si, kadın cinsiyete sahip olan

bireylerin ise %25'i 13 yaşından önce şiddet öyküsüne doğrudan tanık olduğu veyahut maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Kadın cinsiyet erkek cinsiyet ile karşılaştırıldığında, kadınların şiddete maruz kalma olasılığı erkeklere oranla daha fazlaydı. Oluşan cinsiyetler arasındaki bu farklıklar şiddetin türlerinde belirgindi. Örneğin; erkek popülasyonda bildirilen en sık şiddet türü, %11 ev içerisinde fiziksel kavgalara tanık olmak, %5 bir ebeveyn veyahut bakım veren bireyler tarafından kötü bir şekilde şiddet eylemine maruz kalmak, %4 ise başkaları tarafından şiddete maruz kalmak şeklinde belirtilmiştir. Kadın popülasyonuna bakıldığında ise en sık olarak bildirilen şiddete maruz kalma türleri, ev içerisinde fiziksel kavgalara tanık olmak (%13) ve cinsel olarak şiddete (%13) tanık olmaktı. Ebeveynleri veyahut bakıcıları tarafından çocukluk döneminde kötü bir şekilde dövülmenin %5 oranında olduğunu bildirdiler. Erkek popülasyonda diğer travmatik yaşantı türlerine göre daha yüksek düzeyde bir prevalans belirtildi.

Summerfeldt ve diğ. (2011) kaygı bozuklukları olan kişilerde duygusal zekâyı incelemişlerdir. DSM-IV'e dayalı klinik görüşme ve Baron Duygusal Zekâ Envanteri kullanılmıştır. Yapılan çalışmada kaygı bozukluğuna sahip tüm gruplar kontrol grubundan daha düşük duygusal zekâ düzeyine sahiptir. Sosyal kaygı bozukluğu grubu duygusal zekânın kişilerarası ilişkiler ve kişisel farkındalık alt boyutlarında diğer kaygı bozukluğuna sahip gruplardan daha düşük puanlara sahip olmalarıyla farklılık göstermiştir. Sonuçlara göre kaygı bozuklukları ile duygusal zekâ arasında ilişki bulunmakta ve kişisel farkındalık duygusal zekâ alanı sosyal kaygı bozukluğunun işlevsiz sonuçlarını önemli ölçüde açıklamaktadır

Güler ve diğ. (2012) annelerin çocuklarına uyguladıkları duygusal ve fiziksel istismar davranışlarını ve bunu etkileyen unsurları tespit etmek amacıyla Sivas ilinde bir çalışma yürütmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, %87.4 oranında anneler çocuklarını fiziksel olarak istismar ettiği ve %93 duygusal istismar ettiği ortaya konmuştur. Annelerin çocuklarına uyguladıkları istismar davranışlarını etkileyen unsurlar eşin madde kullanımı, çocuk sayısının fazla olması, eşi tarafından fiziksel olarak şiddet görmenin ve eğitim seviyesinin düşük olmasının etkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

(Nolidin ve diğ., 2013) depresyon tanısı konmuş hastalarda sosyal kaygı ve duygusal zekâ arasındaki ilişkileri araştırmışlardır. Araştırmada DSM-IV"ün tanı kriterlerine göre belirlenmiş 52 yaş ortalamasında olan 33 depresyonlu kişi ve 36 yaşında 28 sağlıklı kişi üzerinde çalışılmıştır. Depresyon tanılı grubun duygusal zekâda Duygusal Tanımanın ve ifadenin, Duyguları Anlamanın, Duygusal Yönetimin ve Duygusal Kontrolün klinik olmayan gruba kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca duygusal zekâ bir yordayıcı değişken olarak tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda sosyal kaygılı bireyler duygu kontrolünde zorluk çekmektedirler bulgusuna ulaşılmıştır.

Avcı ve Yıldırım'ın (2014) 899 lise öğrencisiyle yaptığı çalışmanın sonucuna göre; saldırganlık eğilimi yüksek düzeyde olan katılımcıların yalnızlık seviyeleri de yüksek; aile, akran, öğretmen gibi sosyal ağlarının da düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Keldal, Atlı ve Soner (2015) üniversite öğrencilerinde yalnızlık düzeylerini çeşitli değişkenler açısından incelemek ve yabancılaşıma ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla İnönü üniversitesinde öğrenim görmekte olan 226 kadın, 177 erkek toplamda 403 kişiyle çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, erkeklerin yalnızlık düzeyi skorları kadınlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Ek olarak, sınıf düzeyi yalnızlık düzeyini etkilemediği yönünde sonuca ulaşmışlardır.

Yöyen (2016) 530 üniversite öğrencisiyle yürüttüğü çalışmanın sonucuna göre, cinsiyet değişkeni açısından çocukluk çağı travmaları ve travmaların alt boyutlarından bazıları arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, kadın katılımcıların puanları erkek katılımcıların puanlarından daha düşük bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarında ise, fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanlarının erkek katılımcılarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal ihmal ve fiziksel istismar alt boyutlarında cinsiyet değişkeni açısından anlamlı düzeyde farklılaşma tespit edilememiştir.

Ayan (2017) yalnızlık ve utangaçlık düzeyinin, özyeterlik ve öfke kontrolü üzerine etkisini incelemek amacıyla Kırklareli'nde çeşitli liselerde bulunan 738 öğrenciyle

araştırma yapmıştır. Bu araştırmada öğrencilerin dışa dönük olmalarının öfke kontrollerini arttırdığı yönünde bulgu tespit edilmiştir.

Yenidünya (2017) çocukluk çağı travmalarının, stres verici yaşam olaylarının, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin genç erişkinlerde yalnızlıklarında anlamlı farklılaşma olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla; 19 ila 30 yaşları arasında 119 kadın, 73 erkek toplamda 192 katılımcıyla araştırma yürütmüştür. Araştırma sonucunda değişkenler arasında aynı yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Türkkan ve Odacı (2018) çeşitli liselerde öğrenim gören 703 öğrenciyle yaptığı araştırmanın sonucuna göre, erkek katılımcıların duygusal kötüye kullanım puanları ve cinsel kötüye kullanım puanlarının kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmanın bir diğer bulgusuna göre, anne- baba öğrenim durumu ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır.

Özdemir (2020) 18 yaş üzeri 365 katılımcı ile çocukluk çağı travmaları ile kendilik psikolojisi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları ile kendilik psikolojisi arasında istatistikçe anlamlı ilişki tespit edilmiştir

Olgun (2021) SCID-5'e göre MDB tanısı alan 40 kadın ve 40 erkekten oluşan hasta grubu ve aynı sayıda bireyden oluşan kontrol grubu ile; major depresif bozuklukta bireylerin içgörü ve kendine yansıtma becerisinin, aleksitimi ve

çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini araştırmıştır. Hasta grubunda depresyon, anksiyete, aleksitimi ve tüm alt boyutları, çocukluk çağı travma yükü ve tüm alt tipleri puanları, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek; KYİÖ-içgörü puanı ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hasta ve kontrol gruplarında, KYİÖ-içgörü ile TAS-20 toplam puan, duyguları tanımlamada güçlük, söze dökmede güçlük ve dışa dönük düşünme puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. Hasta ve kontrol grubunda KYİÖ-içgörü alt boyutu, TAS-20 toplam puan ve tüm alt boyutlarını negatif yönde anlamlı düzeyde yordamıştır. MDB tanılı hasta grubunda bu yordama daha güçlüdür. KYİÖ-içgörü ile CTQ-28 toplam puanı,

duygusal istismar ve ihmal puanları arasında hasta grubunda pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın temel amacı çocukluk çağı travmalarının, yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemektir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Karasar (2006) değişkenler arası ilişkileri belirlemek için değişimlerin hangi yönde olduğunu anlamak için ilişkisel tarama modellerinin bir den fazla değişken araştırmalarında kullanıldığını belirtmektedir. Creswell (2014) bu modelde nicel verilerden yararlanıldığını korelasyona bakıldığını ve ilişkilerin tanımlanmaya çalışıldığını belirtmiştir (Creswell, 2014).

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmamın genel evreni Kırklareli ilinde 18-50 yaş arasında yaşayan yetişkinlerdir. Bu genel evren içinden araştırmaya gönüllü olarak katılan uygun örneklem yolu ile belirlenen 409 kişi örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada kullanılacak veriler online ve yüzyüze yapılan uygulamalar neticesinde toplanmıştır. Örneklem ulaşılmasında işyeri yöneticilikleri ve temsilcilikleri, sivil toplum kuruluşları, meslek odaları ile görüşülmüş ve iletişim bilgileri alınarak bireylere ve gruplara ulaşılmıştır.

Uygun örneklemin amaca uygun pratik ve ekonomik olması yönüyle tercih edildiği belirtilmiştir (Monette ve diğ., 1990). Evrendeki kişilerin araştırmanın amacına uygun olacak şekilde sınırlandırılması ve incelenen değişkenlere göre belirlenmesinde kullanılmaktadır (Özen ve Gül, 2007).

Tablo 1
Örneklem Grubunun demografik özellikleri

	Gruplar	<i>f</i>	%
Cinsiyet	Kadın	275	67,2
	Erkek	134	32,8
Medeni Durum	Evli	226	55,3
	Bekar	183	44,7
Yaş	25-30 yaş	175	42,8
	31-35 yaş	44	10,8
	36-40 yaş	76	18,6
	41 yaş ve üz.	114	27,9
Eğitim Durumu	Lise ve altı	36	8,8
	Üniversite	291	71,1
	Yüksek L. ve	82	20,0
	Doktora		
Gelir	3000 TL altı	113	27,6
	3001-6000 TL	171	41,8
	6001-10000 TL	82	20,0
	10001 TL ve üz.	43	10,5
	Toplam	409	100,0

Tablo 1’de verilen örneklem grubunun demografik özellikleri incelendiğinde 275’i (%67,2) kadın, 134’ü (%32,8) erkektir. 226’sı (%55,3) evli, 183’ü (%44,7) bekarıdır. 175’i (%42,8) 25-30 yaşında, 44’ü (%10,8) 31-35 yaşında 76’sı (%18,6) 36-40 yaşında, 114’ü (%27,9) 41 yaş ve üzeridir. 36’sı (%8,8) lise, 291’i (%71,1) üniversite, 82’si (%20) yüksek lisans ve doktora mezunudur. 113’ü (%27,6) 3000 TL ve altı, 171’i (%41,8) 3001-6000 TL, 82’si (%20,0) 6001-10000 TL, 43’ü (%10,5) 10001 TL ve üzeri gelire sahiptir.

3.3. Veri Toplam Araçları

Katılımcılara öncelikle onam formu hazırlanmış ve sunulmuştur. Sosyodemografik bilgi formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için cinsiyet, yaş, vb. soruların doldurulmasını böylece demografik değişkenler ile araştırma değişkenleri arasındaki farklılaşmanın tespit edilmesini amaçlamaktadır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein'in (1995) geliştirdiği formdur. Uyarlama çalışması Şar (Şar vd., 2012) tarafından yapılmıştır. 5 seçenekli olarak hazırlanmıştır. Her soruya 1 ile 5 puan verilmektedir. Ölçekteki olumlu ifadeler tersten puanlanmaktadır. Duygusal taciz fiziksel taciz, cinsel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt boyutlarından oluşmaktadır. İnkâr (minimize etme) puanları için ilgili üç maddedir. Cronbach alfa değeri orijinal formda 0.89 Türkçe çalışmada 0.93'dür. (Şar, ve diğ. 2020).

3.3.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği

Russel ve diğ. (1978) katılımcıların yalnızlık algısını belirlemek amacıyla geliştirmişlerdir. Güvenirliği orijinalinde $\alpha = .96$ bulunmuştur. Türkçeye uyarlama çalışmasını Demir (1989) yapmıştır. Ölçek 20 madden oluşmaktadır. Bu maddelerin 10 tanesi olumlu, 10 tanesi olumsuzdur. Dörtlü likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekten yüksek puan alınması yalnızlığın yüksekliğini vermektedir. Ölçeğin kriter geçerlilik korelasyon katsayısı 0,82'dir. Test-tekrar test yöntemi güvenilirlik katsayısı 0,94'tür.

3.3.4. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Liebowitz (1987) geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşmaktadır. Dörtli Likert tipinde hazırlanmıştır. Türkçeye uyarlamasını Soykan ve diğ. (2003) yapmıştır. Güvenirlik katsayısı Cronbach Alpha değeri .81 ile .92 arasında değişmektedir. Ölçekte sosyal anksiyeteye ilişkin ifadeler bulunmakta puanların yüksekliği anksiyetenin yüksekliğini vermektedir. Alt boyutların toplanması ile toplam puan hesaplanabilmektedir.

3.4.Verilen Toplanması

Araştırma öncesinde Yakındoğu Üniversitesine bağlı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na 2021/970 numaralı etik izin başvurusunda bulunulmuş ve gerekli etik izin alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmanın uygulama kısmına geçilmiştir.

Araştırmada kullanılan veriler online ve yüzyüze yapılan uygulamalar neticesinde toplanmıştır. Araştırma yetişkin bireyler üzerinde yapılmıştır. Bu açıdan ölçeğin uygulanması için resmi kurumlardan izin alınması gerekmemektedir. Ancak katılımcılardan onam formu alınmıştır. Katılım gönüllük ilkesi dahilinde sürdürülmüştür. Bu uygulama esnasında katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi istenmemiştir. Elde edilen bilgiler araştırmacı tarafından gizlilik esasına göre saklanmıştır. Örneklemeye ulaşılmasında işyeri yöneticilikleri ve temsilcilikleri, sivil toplum kuruluşları, meslek odaları ile görüşülmüş ve iletişim bilgileri alınarak bireylere ve gruplara ulaşılmıştır. Bunun dışında işyerleri ziyaret edilerek bireysel olarak yüzyüze uygulamalar yapılmıştır. Uygulama sıralamasında öncelikle onam formu verilmiş, demografik bilgi formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28), UCLA Yalnızlık Ölçeği, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) sıralamasına uygun olarak sunulmuştur. Uygulama 15-30 dakika arası sürmüştür.

3.5. Verilerin Çözülmesi

Araştırmada veriler toplandıktan sonra SPSS 26.0 programına aktarılmıştır. Öncelikli olarak veri geçerliliği kontrol edilmiştir. Dağılımın normalitesine bakılmıştır. Normal dağılım olduğu belirlendikten sonra t testi ve Anova'nın yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca değişkenler arası korelasyonu belirlemek için Pearson analizi ve yordama içinde çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin normalite analizleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2**Ölçeklere Ait Basıklık, Çarpıklık ve Güvenirlik Değerleri**

	<i>N</i>	<i>Skewness</i> (Çarpıklık)	<i>Kurtosis</i> (Basıklık)
ÇÇ Travma Ölçeği	409	.930	-.107
Yalnızlık Ölçeği		.557	-.500
Sosyal Anksiyete Ölçeği		.678	.899

Tablo 2'e göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ölçeğinde çarpıklık .930 basıklık -- .107, yalnızlık ölçeğinde çarpıklık .557 basıklık -.500, Sosyal Anksiyete Ölçeğinde çarpıklık .678 basıklık .899 olduğu belirlenmiştir. Katsayılarının -1 ile +1 arasında yer aldığı görüldüğünden verilerin normal dağıldığı kabul edilmiş (Tabachnic veidell, 2007) parametrik testlerin yapılması belirlenmiştir.

4. BÖLÜM BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları verilmiştir.

4.3.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Sonuçları

Tablo 3.

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	Sd	p
Duygusal İstismar	Kadın	275	9,29	4,839	,292	2,040	407	,042
	Erkek	134	8,32	3,814	,330			
Fiziksel İstismar	Kadın	275	6,55	2,963	,179	,833	407	,405
	Erkek	134	6,31	2,321	,201			
Cinsel İstismar	Kadın	275	6,44	3,225	,194	4,423	407	,000
	Erkek	134	5,18	,988	,085			
Fiziksel İhmal	Kadın	275	8,20	3,282	,198	-4,055	407	,000
	Erkek	134	9,73	4,162	,360			
Duygusal İhmal	Kadın	275	12,33	5,286	,319	-,388	407	,698
	Erkek	134	12,54	5,125	,443			
İnkar	Kadın	275	8,31	1,508	,091	-,465	407	,642
	Erkek	134	8,39	1,598	,138			
Toplam Travma Ölçeği	Kadın	275	51,12	16,558	,999	,396	407	,692
	Erkek	134	50,47	13,636	1,178			

Tablo 3’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre çocukluk çağı travma durumlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan t testi sonucunda Duygusal istismar alt boyutunda kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu (t= 2,040; p<,05), Cinsel istismar alt boyutunda kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu (t= 4,423; p<,05), Fiziksel İhmal alt boyutunda ise ; erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu (t= -4,055; p<,05) belirlenmiştir. Duygusal ihmal,inkar alt boyutları ile Toplam Travma ölçeğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. (t= ,396; p>,05).

Tablo 4.**Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p																																																																																
Duygusal İstismar	Evli	226	8,64	4,111	,273	-1,654	407	,099																																																																																
	Bekar	183	9,39	5,016	,371				Fiziksel İstismar	Evli	226	6,47	2,591	,172	-,003	407	,997	Bekar	183	6,47	2,981	,220	Cinsel İstismar	Evli	226	5,81	2,057	,137	-1,732	407	,084	Bekar	183	6,29	3,435	,254	Fiziksel İhmal	Evli	226	9,33	3,673	,244	3,953	407	,000	Bekar	183	7,92	3,500	,259	Duygusal İhmal	Evli	226	12,57	4,906	,326	,730	407	,466	Bekar	183	12,19	5,608	,415	İnkâr	Evli	226	8,37	1,415	,094	,436	407	,663	Bekar	183	8,30	1,678	,124	Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683	Bekar
Fiziksel İstismar	Evli	226	6,47	2,591	,172	-,003	407	,997																																																																																
	Bekar	183	6,47	2,981	,220				Cinsel İstismar	Evli	226	5,81	2,057	,137	-1,732	407	,084	Bekar	183	6,29	3,435	,254	Fiziksel İhmal	Evli	226	9,33	3,673	,244	3,953	407	,000	Bekar	183	7,92	3,500	,259	Duygusal İhmal	Evli	226	12,57	4,906	,326	,730	407	,466	Bekar	183	12,19	5,608	,415	İnkâr	Evli	226	8,37	1,415	,094	,436	407	,663	Bekar	183	8,30	1,678	,124	Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683	Bekar	183	50,56	17,374	1,284										
Cinsel İstismar	Evli	226	5,81	2,057	,137	-1,732	407	,084																																																																																
	Bekar	183	6,29	3,435	,254				Fiziksel İhmal	Evli	226	9,33	3,673	,244	3,953	407	,000	Bekar	183	7,92	3,500	,259	Duygusal İhmal	Evli	226	12,57	4,906	,326	,730	407	,466	Bekar	183	12,19	5,608	,415	İnkâr	Evli	226	8,37	1,415	,094	,436	407	,663	Bekar	183	8,30	1,678	,124	Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683	Bekar	183	50,56	17,374	1,284																								
Fiziksel İhmal	Evli	226	9,33	3,673	,244	3,953	407	,000																																																																																
	Bekar	183	7,92	3,500	,259				Duygusal İhmal	Evli	226	12,57	4,906	,326	,730	407	,466	Bekar	183	12,19	5,608	,415	İnkâr	Evli	226	8,37	1,415	,094	,436	407	,663	Bekar	183	8,30	1,678	,124	Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683	Bekar	183	50,56	17,374	1,284																																						
Duygusal İhmal	Evli	226	12,57	4,906	,326	,730	407	,466																																																																																
	Bekar	183	12,19	5,608	,415				İnkâr	Evli	226	8,37	1,415	,094	,436	407	,663	Bekar	183	8,30	1,678	,124	Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683	Bekar	183	50,56	17,374	1,284																																																				
İnkâr	Evli	226	8,37	1,415	,094	,436	407	,663																																																																																
	Bekar	183	8,30	1,678	,124				Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683	Bekar	183	50,56	17,374	1,284																																																																		
Toplam Travma Ölçeği	Evli	226	51,19	14,129	,940	,400	407	,683																																																																																
	Bekar	183	50,56	17,374	1,284																																																																																			

Tablo 4’de görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına göre çocukluk çağı travma durumlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan t testi sonucunda Fiziksel İhmal alt boyutunda evli olanların bekar olanlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu ($t= 3,953$; $p<,05$) belirlenmiştir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, inkâr alt boyutları ile Toplam Travma ölçeğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($t= ,407$; $p>,05$)

Tablo 5.**Katılımcıların Yaşlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları**

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Duygusal İstismar	25-30 yaş	175	9,39	5,074	G.Arası	159,398	3	53,133	2,599	,052
	31-35 yaş	44	9,93	4,612	G.İçi	8278,357	405	20,440		
	36-40 yaş	76	8,75	4,020	Toplam	8437,756	408			
	41 yaş ve üz.	114	8,11	3,846						
	Toplam	409	8,98	4,548						
Fiziksel İstismar	25-30 yaş	175	6,51	3,036	G.Arası	90,394	3	30,131	4,018	,008
	31-35 yaş	44	7,25	3,119	G.İçi	3037,474	405	7,500		
	36-40 yaş	76	6,91	3,213	Toplam	3127,868	408			
	41 yaş ve üz.	114	5,82	1,461						
	Toplam	409	6,47	2,769						

Cinsel İstismar	25-30 yaş	175	6,29	3,481	G.Arası	34,441	3	11,480	1,506	,213
	31-35 yaş	44	6,02	1,823	G.İçi	3088,264	405	7,625		
	36-40 yaş	76	6,08	2,751	Toplam	3122,704	408			
	41 yaş ve üz.	114	5,59	1,545						
	Toplam	409	6,03	2,767						
Fiziksel İhmal	25-30 yaş	175	7,94	3,559	G.Arası	258,353	3	86,118	6,695	,000
	31-35 yaş	44	10,50	4,459	G.İçi	5209,657	405	12,863		
	36-40 yaş	76	9,05	3,510	Toplam	5468,010	408			
	41 yaş ve üz.	114	8,93	3,296						
	Toplam	409	8,70	3,661						
Duygusal İhmal	25-30 yaş	175	12,13	5,652	G.Arası	191,760	3	63,920	2,361	,071
	31-35 yaş	44	14,36	6,119	G.İçi	10962,479	405	27,068		
	36-40 yaş	76	12,30	4,825	Toplam	11154,240	408			
	41 yaş ve üz.	114	12,12	4,258						
	Toplam	409	12,40	5,229						
İnkar	25-30 yaş	175	8,31	1,698	G.Arası	3,729	3	1,243	,524	,666
	31-35 yaş	44	8,48	1,718	G.İçi	959,709	405	2,370		
	36-40 yaş	76	8,47	1,492	Toplam	963,438	408			
	41 yaş ve üz.	114	8,23	1,205						
	Toplam	409	8,34	1,537						
Toplam Travma Ölçeği	25-30 yaş	175	50,58	17,652	G.Arası	1957,164	3	652,388	2,698	,046
	31-35 yaş	44	56,55	17,343	G.İçi	97936,488	405	241,818		
	36-40 yaş	76	51,57	15,081	Toplam	99893,653	408			
	41 yaş ve üz.	114	48,80	11,024						
	Toplam	409	50,91	15,647						

Tablo 5'de görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre çocukluk çağı travma durumlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda Duygusal İstismar alt boyutunda ($F=2,599$; $p<,05$), Fiziksel İstismar alt boyutunda ($F=4,018$; $p<,05$), Fiziksel İhmal alt boyutunda ($F=6,695$; $p<,05$), Toplam Travma Ölçeğinde ($F=2,698$; $p<,05$) anlamlı bir farklılık görülmüştür, cinsel istismar, duygusal ihmal, inkar alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; Duygusal istismar alt boyutunda 41 yaş ve üzeri olan grup ($M=8,11$) ile 25-30 yaş ($M=9,39$) ve 31-35 yaş grupları ($M=9,93$) arasında anlamlı fark olduğu 25-30 yaş ve 31-35 yaş gruplarının daha fazla duygusal istismar puanına sahip olduğu, Fiziksel istismar alt boyutunda 41 yaş ve üzeri olan grup

(M=5,82) ile 31-35 yaş grubu (M=7,25) arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla fiziksel istismar puanına sahip olduğu, Fiziksel ihmal alt boyutunda 25-30 yaş olan grup (M=7,94) ile 31-35 yaş grubu (M=10,50) arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla fiziksel istismar puanına sahip olduğu, Toplam travma ölçeğinde 41 yaş ve üzeri olan grup (M=48,80) ile 31-35 yaş grubu (M=56,55) arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.

Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Çocukluk Çağı Travma Durumları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Duygusal İstismar	Lise ve altı	36	9,36	4,135	G.Arası	10,901	2	5,451	,263	,769
	Üniversite	291	9,00	4,687	G.İçi	8426,854	406	20,756		
	Yüksek L. ve Doktora	82	8,72	4,243	Toplam	8437,756	408			
	Toplam	409	8,98	4,548						
Fiziksel İstismar	Lise ve altı	36	6,61	2,611	G.Arası	,822	2	,411	,053	,948
	Üniversite	291	6,46	2,746	G.İçi	3127,046	406	7,702		
	Yüksek L. ve Doktora	82	6,44	2,944	Toplam	3127,868	408			
	Toplam	409	6,47	2,769						
Cinsel İstismar	Lise ve altı	36	6,33	3,162	G.Arası	5,202	2	2,601	,339	,713
	Üniversite	291	6,03	2,793	G.İçi	3117,502	406	7,679		
	Yüksek L. ve Doktora	82	5,88	2,496	Toplam	3122,704	408			
	Toplam	409	6,03	2,767						
Fiziksel İhmal	Lise ve altı	36	11,00	5,116	G.Arası	239,397	2	119,699	9,29	,000
	Üniversite	291	8,63	3,503	G.İçi	5228,613	406	12,878	5	
	Yüksek L. ve Doktora	82	7,94	3,052	Toplam	5468,010	408			
	Toplam	409	8,70	3,661						
Duygusal İhmal	Lise ve altı	36	14,25	5,479	G.Arası	199,480	2	99,740	3,69	,026
	Üniversite	291	12,44	5,352	G.İçi	10954,760	406	26,982	7	
	Yüksek L. ve Doktora	82	11,44	4,442	Toplam	11154,240	408			
	Toplam	409	12,40	5,229						
İnkâr	Lise ve altı	36	8,83	1,781	G.Arası	9,756	2	4,878	2,07	,127
	Üniversite	291	8,30	1,495	G.İçi	953,682	406	2,349	7	

	Yüksek L. ve Doktora Toplam	82 409	8,27 8,34	1,548 1,537	Toplam	963,438	408			
Toplam Travma Ölçeği	Lise ve altı Üniversite	36 291	56,39 50,86	16,827 15,871	G.Arası	1488,118	2	744,059	3,07	,048
	Yüksek L. ve Doktora Toplam	82 409	48,68 50,91	13,808 15,647	G.İçi Toplam	98405,535	406	242,378	0	
						99893,653	408			

Tablo 6'da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumuna göre çocukluk çağı travma durumlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda Fiziksel İhmal alt boyutunda ($F=9,295$; $p<,05$), Duygusal İhmal alt boyutunda ($F=3,697$; $p<,05$) ve Toplam Travma Ölçeğinde ($F=3,070$; $p<,05$) anlamlı bir farklılık görüldüğü, Duygusal istismar, Fiziksel istismar, Cinsel istismar ve inkar alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; Fiziksel ihmal alt boyutunda yüksek lisans ve doktora mezunu olanlar ($M=7,94$) ile lise ve altı mezun olanlar ($M=11,00$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu lise ve altı olan grubun daha yüksek fiziksel ihmal puanına sahip olduğu görülmüştür. Duygusal ihmal alt boyutunda yüksek lisans ve doktora mezunu olanlar ($M=11,44$) ile lise ve altı mezun olanlar ($M=14,25$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu lise ve altı olan grubun daha yüksek duygusal ihmal puanına sahip olduğu görülmüştür. Toplam travma puanlarında yüksek lisans ve doktora mezunu olanlar ($M=48,68$) ile lise ve altı mezun olanlar ($M=56,39$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu lise ve altı olan grubun daha yüksek travma puanına sahip olduğu görülmüştür.

10001 TL ve üz.	43	50,53	13,220
Toplam	409	50,91	15,647

Tablo 7’de görüldüğü üzere katılımcıların gelir durumuna göre çocukluk çağı travma durumlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda Duygusal istismar ($F=,726$; $p>,05$), Fiziksel istismar ($F=,070$; $p>,05$), Cinsel istismar ($F=1,447$; $p>,05$), Fiziksel İhmal alt boyutunda ($F=,528$; $p>,05$), Duygusal İhmal ($F=1,469$; $p>,05$) inkar ($F=,577$; $p>,05$), ve Toplam Travma Ölçeğinde ($F=,505$; $p>,05$) anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

4.2.Yalnızlık Ölçeği Sonuçları

Tablo 8

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Yalnızlık Ölçeği	Kadın	275	39,08	11,208	,676	1,226	407	,221
	Erkek	134	37,67	10,145	,876			

Tablo 8’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre yalnızlık ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan t testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t= 1,229$; $p>,05$).

Tablo 9

Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Yalnızlık Ölçeği	Evli	226	37,74	10,217	,680	-1,808	407	,071
	Bekar	183	39,69	11,582	,856			

Tablo 9’da görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına göre yalnızlık ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan t testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t= -1,808$; $p>,05$).

Tablo 10**Katılımcıların Yaşlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları**

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Yalnızlık Ölçeği	25-30 yaş	175	39,90	11,736	G.Arası	1149,583	3	383,194	3,292	,021
	31-35 yaş	44	41,11	10,816	G.İçi	47137,151	405	116,388		
	36-40 yaş	76	36,79	8,918	Toplam	48286,733	408			
	41 yaş ve üz.	114	36,90	10,380						
	Toplam	409	38,62	10,879						

Tablo 10'da görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre yalnızlık ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F= 3,292$; $p<,05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; 36 yaş ve üzeri gruplar ($M=36,79$; $M=36,90$) ile 35 yaş alt gruplar ($M=39,90$; $41,11$) arasında anlamlı farklılık olduğu 35 yaş ve altı grupların kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir.

Tablo 11**Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları**

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Yalnızlık Ölçeği	Lise ve altı	36	42,64	12,278	G.Arası	1008,007	2	504,004	4,328	,014
	Üniversite	291	38,76	10,545	G.İçi	47278,726	406	116,450		
	Yüksek L. ve Doktora	82	36,35	10,973	Toplam	48286,733	408			
	Toplam	409	38,62	10,879						

Tablo 11'de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumuna göre yalnızlık ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F= 4,328$; $p<,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; Yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup ($M=36,35$) ile lise ve altı mezun olan grup ($M=42,64$) arasında anlamlı farklılık olduğu lise ve altı olan grubun kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir.

Tablo 12**Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Yalnızlık Ölçeği Puanları**

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Yalnızlık Ölçeği	3000 TL altı	113	41,42	11,287	G.Arası	1266,083	3	422,028	3,635	,013
	3001-6000 TL	171	37,77	10,398	G.İçi	47020,650	405	116,100		
	6001-10000 TL	82	36,94	9,800	Toplam	48286,733	408			

10001 TL ve üz.	43	37,84	12,530
Toplam	409	38,62	10,879

Tablo 12'de görüldüğü üzere katılımcıların gelir durumuna göre yalnızlık ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F= 3,635$; $p<,05$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; 6001-10000 TL geliri olan grup ($M=36,94$) ile 3000 TL ve altı olan grup ($M=41,42$) arasında anlamlı farklılık olduğu 3000 TL ve altı olan grubun kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir.

4.3.Sosyal Anksiyete Ölçeği Sonuçları

Tablo 13

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Korku	Kadın	275	50,91	16,177	,976	1,724	407	,085
	Erkek	134	48,00	15,681	1,355			
Kaçınma	Kadın	275	42,55	13,768	,830	3,495	407	,001
	Erkek	134	37,79	10,946	,946			
Sosyal Anksiyete	Kadın	275	93,45	26,514	1,599	2,875	407	,004
	Erkek	134	85,79	22,606	1,953			

Tablo 13'de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre Sosyal Anksiyete ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan t testi sonucunda korku alt boyutunda anlamlı farklılık görülmemiş, Kaçınma alt boyutunda kadınların ($t= 3,495$; $p<,05$) erkeklere kıyasla daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu, Toplam Sosyal Anksiyetede kadınların ($t= 2,875$; $p<,05$) erkeklere kıyasla daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 14

Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Korku	Evli	226	49,73	16,230	1,080	-,322	407	,748
	Bekar	183	50,24	15,876	1,174			
Kaçınma	Evli	226	38,92	12,145	,808	-3,593	407	,000
	Bekar	183	43,54	13,784	1,019			
Sosyal Anksiyete	Evli	226	88,65	24,248	1,613	-2,027	407	,043

Bekar 183 93,78 26,823 1,983

Tablo 14'de görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına göre Sosyal Anksiyete ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan t testi sonucunda korku alt boyutunda anlamlı farklılık görülmemiş, Kaçınma alt boyutunda bekarların ($t = -3,593$; $p < ,05$) evlilere kıyasla daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu, Toplam Sosyal Anksiyetede bekarların ($t = -2,027$; $p < ,05$) evlilere kıyasla daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 15

Katılımcıların Yaşlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Korku	25-30 yaş	175	50,14	15,947	G.Arası	665,824	3	221,941	,860	,462
	31-35 yaş	44	53,25	18,922	G.İçi	104505,384	405	258,038		
	36-40 yaş	76	48,64	13,729	Toplam	105171,208	408			
	41 yaş ve üz.	114	49,28	16,488						
	Toplam	409	49,96	16,055						
Kaçınma	25-30 yaş	175	43,66	13,974	G.Arası	2780,263	3	926,754	5,591	,001
	31-35 yaş	44	42,32	16,619	G.İçi	67134,676	405	165,765		
	36-40 yaş	76	38,13	10,284	Toplam	69914,939	408			
	41 yaş ve üz.	114	38,28	10,870						
	Toplam	409	40,99	13,090						
SosyalAnksiyete	25-30 yaş	175	93,79	27,132	G.Arası	4987,049	3	1662,350	2,580	,053
	31-35 yaş	44	95,57	29,241	G.İçi	260900,657	405	644,199		
	36-40 yaş	76	86,78	21,091	Toplam	265887,707	408			
	41 yaş ve üz.	114	87,56	23,552						
	Toplam	409	90,94	25,528						

Tablo 15'de görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda korku alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamış ($F = ,860$; $p > ,05$), Kaçınma alt boyutunda ($F = 5,591$; $p < ,05$) ve Toplam Sosyal Anksiyetede ($F = 2,580$; $p < ,05$), anlamlı bir farklılık görülmüştür. Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; 35 yaş ve alt gruplar ($M = 43,66$; $M = 42,32$) ile 36 yaş ve üzeri gruplar ($M = 38,13$; $M = 38,28$) arasında anlamlı farklılık olduğu 35 yaş ve alt grupların daha yüksek kaçınma puanına sahip

olduğu, Toplam Sosyal Anksiyete Ölçeğinde de benzer şekilde 35 yaş ve alt gruplar (M=93,79; M=95,57) ile 36 yaş ve üzeri gruplar (M=86,78; M=87,56) arasında anlamlı farklılık olduğu, 35 yaş ve alt grupların daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16

Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Korku	Lise ve altı	36	56,22	14,633	G.Arası	4854,738	2	2427,369	9,824	,000
	Üniversite	291	50,93	16,485	G.İçi	100316,470	406	247,085		
	Yüksek L. ve Doktora	82	43,74	13,153	Toplam	105171,208	408			
	Toplam	409	49,96	16,055						
	Lise ve altı	36	44,72	13,131	G.Arası	1933,469	2	966,735	5,774	,000
Kaçınma	Üniversite	291	41,65	13,456	G.İçi	67981,470	406	167,442		
	Yüksek L. ve Doktora	82	37,00	10,793	Toplam	69914,939	408			
	Toplam	409	40,99	13,090						
	Lise ve altı	36	100,94	20,338	G.Arası	12911,344	2	6455,672	10,361	,000
	Üniversite	291	92,58	26,063	G.İçi	252976,363	406	623,094		
SosyalAnksiyete	Yüksek L. ve Doktora	82	80,74	22,639	Toplam	265887,707	408			
	Toplam	409	90,94	25,528						

Tablo 16'da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Korku alt boyutu (F= 9,824; p<,05), Kaçınma alt boyutu (F= 5,774; p<,05) ve Toplam Sosyal Anksiyetede (F=10,261; p<,05). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; Korku alt boyutunda lise ve altı olan grup (M=56,22) ile yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu (M=43,74) lise ve altı mezunların korku puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaçınma alt boyutunda ise; lise ve altı olan grup (M=44,72) ile yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu (M=37,00) lise ve altı mezunların kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Toplam sosyal anksiyetede lise ve altı olan grup (M=100,94) ile yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu

(M=80,74) lise ve altı mezunların toplam sosyal anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17

Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Sosyal Anksiyete Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Korku	3000 TL altı	113	49,27	13,491	G.Arası	289,810	3	96,603	,373	,773
	3001-6000 TL	171	49,84	16,856	G.İçi	104881,398	405	258,966		
	6001-10000 TL	82	51,55	16,549	Toplam	105171,208	408			
	10001 TL ve üz.	43	49,16	18,265						
	Toplam	409	49,96	16,055						
Kaçınma	3000 TL altı	113	44,62	13,082	G.Arası	2403,608	3	801,203	4,806	,003
	3001-6000 TL	171	40,13	13,264	G.İçi	67511,331	405	166,695		
	6001-10000 TL	82	39,87	12,413	Toplam	69914,939	408			
	10001 TL ve üz.	43	37,00	11,906						
	Toplam	409	40,99	13,090						
SosyalAnksiyete	3000 TL altı	113	93,89	22,825	G.Arası	2146,364	3	715,455	1,099	,350
	3001-6000 TL	171	89,97	26,861	G.İçi	263741,342	405	651,213		
	6001-10000 TL	82	91,41	25,135	Toplam	265887,707	408			
	10001 TL ve üz.	43	86,16	27,416						
	Toplam	409	90,94	25,528						

Tablo 17’de görüldüğü üzere katılımcıların gelir durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında olası farklılıkları tespit etmek üzere yapılan Anova testi sonucunda korku (F= ,373; p>,05), ve toplam sosyal anksiyetede (F= 1,099; p>,05), anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kaçınma alt boyutunda (F= 4,806; p<,05) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunun belirlenmesi için yapılan Scheffe Testi sonucunda; Kaçınma alt boyutunda 3000 TL altı geliri olan grup ile (M=44,62) ile 10001 TL ve üzeri olan arasında anlamlı farklılık olduğu (M=37,00) 3000 TL altı geliri olanların kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.4.Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 18.

Korelasyon Analizi Sonuçları

	Duygu salıstis mar	Fizikse İltism ar	Cinsel İstism ar	Fizikse İlhmal	Duygu salıhmal	İnkar	Topla mTrav maÖlç eği	Yalnız ıkÖlçe ği	Korku	Kaçı nma	Sosyal Anksiy ete
Duygu salıstis mar	1	,621**	,353**	,437**	,770**	,467**	,868**	,519**	,213**	,355**	,316**
Fizikse İltism ar	409	1	,342**	,368**	,500**	,360**	,707**	,318**	,181**	,295**	,265**
Cinsel İstism ar	409	409	1	,160**	,311**	,193**	,500**	,188**	-,036	,025	-,010
Fizikse İlhmal	409	409	409	1	,643**	,480**	,716**	,433**	,228**	,334**	,315**
Duygu salıhmal	409	409	409	409	1	,584**	,909**	,628**	,213**	,369**	,323**
İnkar	409	409	409	409	409	1	,639**	,440**	,249**	,340**	,331**
Topla mTrav maÖlç eği	409	409	409	409	409	409	1	,595**	,237**	,395**	,351**
Yalnız ıkÖlçe ği	409	409	409	409	409	409	409	1	,276**	,482**	,421**
Korku	409	409	409	409	409	409	409	409	1	,529**	,900**
Kaçın ma	409	409	409	409	409	409	409	409	409	1	,846**
Sosyal Anksiy ete	409	409	409	409	409	409	409	409	409	409	1

Tablo 18’de görüldüğü üzere Duygusal istismar alt boyutunun Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma, Sosyal Anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu, Fiziksel İstismar alt boyutunun Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma, Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Yalnızlık Ölçeği arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili,

Cinsel İstismar alt boyutunun Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma arasında ise anlamlı ilişki olmadığı, Fiziksel İhmal alt boyutunun Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Duygusal İhmal alt boyutunun İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma, Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Toplam Travma Ölçeğinin, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Yalnızlık Ölçeğinin Korku, Kaçınma, Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Korku alt boyutunun Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Kaçınma alt boyutunun Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir.

4.5.Regresyon Analizi Sonucu

Tablo 19.

Yalnızlık Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
(Constant)	17,910	2,437		7,348	,000
Duygusal İstismar	,279	,162	,116	1,718	,087
Fiziksel İstismar	-,155	,198	-,039	-,783	,434
Cinsel İstismar	-,057	,164	-,014	-,345	,730
Fiziksel İhmal	,130	,154	,044	,847	,398
Duygusal İhmal	,984	,154	,473	6,372	,000
İnkâr	,745	,341	,105	2,185	,029
		R=,638	R ² =,408	F=46,101	P=,000

Tablo 19’da görüldüğü üzere Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarının Yalnızlık Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır (R= ,638, R²= ,408, p<.01). Bu modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların Yalnızlık algısını, çocukluk çağı travma alt boyutlarının toplam varyansın %4 kadarını (R²= 0.408) açıklayabildiği görülmektedir. Duygusal istismara ait regresyon yükü (.279) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.116) olduğu, Fiziksel istismara ait regresyon yükü (-.155) ve standartlaştırılmış regresyon yükü

ise (.039) olduğu, cinsel istismara ait regresyon yükü (-.057) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (-.014) olduğu, Fiziksel ihmale ait regresyon yükü (.130) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.044) olduğu, Duygusal ihmale ait regresyon yükü (.984) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.473) olduğu, İnkara ait regresyon yükü (.745) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.105) olduğu belirlenmiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin Yanlızlık algısı üzerindeki görelî önem sırası Duygusal ihmal, İnkâr, Duygusal İstismar olduğu belirlenmiştir.

Tablo 20.

Sosyal Anksiyete Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
(Constant)	51,894	6,709		7,734	,000
Duygusalİstismar	,925	,446	,165	2,072	,039
Fizikselİstismar	,922	,545	,100	1,694	,091
Cinselİstismar	-1,471	,452	-,159	-3,253	,001
Fizikselİhmal	1,030	,423	,148	2,432	,015
Duygusalİhmal	-,020	,425	-,004	-,048	,962
İnkâr	2,991	,939	,180	3,186	,002
		R=,430	R ² =,185	F=15,193	P=,000

Tablo 20’de görüldüğü üzere Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarının Sosyal Anksiyete Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır (R= ,430, R²= ,185, p<.01). Bu modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların Sosyal Anksiyeteyi , çocukluk çağı travma alt boyutlarının toplam varyansın %2 kadarını (R²= 0.185) açıklayabildiği görülmektedir. Duygusal istismara ait regresyon yükü (.925) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.165) olduğu, Fiziksel istismara ait regresyon yükü (.922) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.100) olduğu, cinsel istismara ait regresyon yükü (-1.471) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (-.159) olduğu, Fiziksel ihmale ait regresyon yükü (1.030) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.148) olduğu, Duygusal ihmale ait regresyon yükü (-.020) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (-.004) olduğu, inkara ait regresyon yükü (2.991) ve standartlaştırılmış

regresyon yükü ise (.130) olduğu belirlenmiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin sosyal anksiyete üzerindeki görece önem sırası inkar, cinsel istismar, fiziksel ihmal olduğu görülmektedir.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Duygusal istismar, Cinsel istismar alt boyutlarında kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Fiziksel İhmal alt boyutunda ise erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal ihmal, inkar alt boyutları ile Toplam Travma ölçeğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Benzer şekilde Koenen ve diğ.. (2010), kadınların erkeklere kıyasla daha fazla travmatik yaşantılara maruz kaldıklarını belirlemiştir. Almanya'da 2510 katılımcıyla CTQ ile yapılmış bir araştırmada çocukluk çağı ruhsal travmalarından özellikle duygusal ve cinsel istismar sorularına kadınların daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Witt ve diğerleri, 2017). Cinsiyete göre travmaya maruz kalma oranlarının bir birine yakın olduğu %52'si kız, %48'i erkek ancak kızların daha fazla travma yaşadıkları belirlenmiştir (Jain, 1999). Dubowitz (2002) bu oranın çok daha fazla olduğunu kızların erkeklere kıyasla 3 kat fazla olarak cinsel istismar mağduru olduklarını belirlemiştir. 18 yaşına gelmeden kız çocuklarında %12-%25, erkek çocuklarında %8-%10 istismar deneyimi belirlenmiştir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Yöyen (2016) Çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarında fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanlarının erkek katılımcılarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Okan (2020) benzer şekilde erkeklerin travma puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Fiziksel istismar açısından bir çok araştırmada erkek çocuklarının travma puanları daha yüksek bulunmuştur (Aberle ve diğ., 2007; MacMillan ve diğ., 1997). Alan yazın sonuçların farklı olması örneklem grubunun ve diğer sosyo demografik özelliklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu araştırma sonucunda Duygusal istismar, Cinsel istismar Fiziksel İhmal alt boyutlarında kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Fiziksel İhmal alt boyutunda evli olanların bekar olanlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Duygusal, istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, inkar alt

boyutları ile Toplam Travma ölçeğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Olaya vd., (2015) evlilerin bekar olanlara kıyasla travma puanları daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ancak evliliğin sosyal bir destek mekanizması olduğu ve zor durumlarda destekleyici bir unsur olarak çalıştığı belirlenmiştir (Guinn ve diğ., 2009). Evliliğin yalnızlığı engelleyici, duygusal, sosyal, ekonomik destek mekanizması, sorumluluk paylaşımı ve psikolojik dayanıklılığı koruyan bir olgu özelliğini taşıdığı belirtilmiştir (Bektaş ve Özben, 2016). Bu bağlamda evli olanların birbirlerine destek olması beklenebilir. Araştırmada fiziksel ihmal alt boyutunda çocukluk çağı travmalarının yüksek olması evlilik ilişkilerinde ihtiyaç duydukları desteği bulma olanağına sahip olacakları şeklinde düşünülebilir.

Katılımcıların yaşlarına göre çocukluk çağı travma durumlarında Duygusal istismar alt boyutunda 41 yaş ve üzeri olan grup ile 25-30 yaş ve 31-35 yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu 25-30 yaş ve 31-35 yaş gruplarının daha fazla duygusal istismar puanına sahip olduğu, fiziksel istismar alt boyutunda 41 yaş ve üzeri olan grup ile 31-35 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla fiziksel istismar puanına sahip olduğu, fiziksel ihmal alt boyutunda 25-30 yaş olan grup ile 31-35 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla fiziksel istismar puanına sahip olduğu, toplam travma ölçeğinde 41 yaş ve üzeri olan grup ile 31-35 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Yetişkinlerle yapılan bir araştırmada yaş gruplarının çocukluk çağı ruhsal travmalarından alınan puanlara göre farklılık gösterip göstermediğine bakılmıştır ve 30-39 yaş arasındaki katılımcıların daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (Tatar, 2019). Ek olarak ileri yaştaki yetişkinlerin çocukluk çağı travmalarına daha düşük puan vermelerinin sebeplerinden biri yaşlanmayla birlikte oluşan bellekte kayıt ve hatırlama işlevlerinin yavaşlaması olabilmektedir (Aslan ve Hoccoğlu, 2017). Noriss (2002), yaşlıların travmatik puanlarının genç yetişkinlere kıyasla daha düşük olduğunu bulmuştur. Bu araştırmanın sonucu literatürle tutarlılık göstermektedir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre fiziksel ihmal duygusal ihmal alt boyutlarında ve toplam travma puanlarında yüksek lisans ve doktora mezunu olanlar ile lise ve

altı mezun olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu lise ve altı olan grubun daha yüksek duygusal ihmal puanına sahip olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi düştükçe travma mağduru olma durumunun arttığı belirlenmiştir (Ahmed, 2007).

Katılımcıların gelir durumuna göre çocukluk çağı travma durumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Gelir durumunun çocukluk travmaları ile ilişkili olmadığı yorumu yapılabilir. Gillespie vd., (2009) gelir azaldıkça travma mağduru olma durumunun arttığı belirlenmiştir. Ancak her gelir durumunda olan kişilerin travmaya maruz kalabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yalnızlık ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sarıçam (2001) üniversite öğrencilerinde erkek katılımcıların yalnızlık düzeylerini kadın katılımcılardan yüksek bulmuştur. Duyan ve diğ. (2008) ve Keldal, Atli ve Soner (2015) de benzer bir sonuçla erkeklerin yalnızlık duygusunun daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu araştırmalarda kadınların ifade becerilerinin erkeklere kıyasla daha iyi olmasının bu sonuçlara yol açtığı yorumu yapılmıştır. Günümüz şartlarında yalnızlık duygusunun cinsiyet özelliğinin yol açmadığı düşünülebilir. Bu araştırma bu düşünceyi doğrular niteliktedir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre yalnızlık ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Alan yazın incelendiğinde Güngörmüş (2011) medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Kaplan (2011) da bekar olanların kendilerini daha yalnız hissettiği sonucuna ulaşmıştır. Yılmaz ve Aslan (2013) bekarlar kendilerini sosyal arkadaşlık boyutunda evli olanlara göre daha fazla yalnız hissettiğini belirlemiştir.

Katılımcıların yaşlarına 36 yaş ve üzeri gruplar ile 35 yaş alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu 35 yaş ve altı grupların kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir. Bu bulguya benzer şekilde Kaplan (2011) 20-25 yaş grubunun 26-30 yaş grubuna kıyasla daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. Bireylerin yaşları ile yalnızlık skorları arasında anlamlı farklılık bulmayan araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Akgün, 2003; Ceyhan, 2005; Erol ve diğ., 2016). Nicel araştırmalarda örneklem kaynaklı farklı sonuçların çıkabilmesi mümkündür. Bu

araştırmanın sonucuna göre genç olanların kendilerini daha yalnız algıladıkları sonucuna ulaşıldığı ifade edilebilir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre Yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup ile lise ve altı mezun olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu lise ve altı olan grubun kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir. Sarıçam (2001) ve Duyan ve diğ. (2008) eğitim seviyesi arttıkça yalnızlık düzeyi azaldığını belirlemiştir.

Katılımcıların gelir durumuna göre 6001-10000 TL geliri olan grup ile 3000 TL ve altı olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu 3000 TL ve altı olan grubun kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Sosyal Anksiyete ölçeği puanlarında korku alt boyutunda anlamlı farklılık görülmemiş, Kaçınma alt boyutunda kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu, Toplam Sosyal Anksiyetede kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu görülmüştür. Nazam (2016), kadınların erkeklere kıyasla travmadan daha çok etkilendikleri ve kaçınma davranışı göstererek olayla ilgili daha az konuştukları görülmüştür. Sağaltıcı (2013) ise cinsiyete göre bir farklılık bulmamıştır. Fakat etki düzeyinde farklılıklar belirlemiş kadınlar daha fazla korku, çaresizlik, dehşete düşmek gibi duygu durumları yaşamaktadırlar sonucuna ulaşmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında korku alt boyutunda farklılık görülmemiş, Kaçınma alt boyutunda ve Toplam Sosyal Anksiyetede bekarların evlilere kıyasla daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu görülmüştür. Maguen ve diğ. (2010) bekarların puanlarının evli olanlara kıyasla daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Katılımcıların yaşlarına göre Kaçınma alt boyutunda ve Toplam Sosyal Anksiyete Ölçeğinde 35 yaş ve alt gruplar ile 36 yaş ve üzeri gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu 35 yaş ve alt grupların daha yüksek kaçınma skoru tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında Korku Kaçınma alt boyutlarında ve Toplam sosyal anksiyetede lise ve altı olan grup ile yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu lise

ve altı mezunların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ssenyonga, ve diğ. (2013) eğitim düzeyi düştükçe kaygı düzeylerinin daha da arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar literatürle tutarlılık göstermektedir.

Katılımcıların gelir durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında Kaçınma alt boyutunda 3000 TL altı geliri olan grup ile 10001 TL ve üzeri olan arasında anlamlı farklılık olduğu 3000 TL altı geliri olanların kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayazi, ve diğ. (2014) gelirle kaygı arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili olduğunu belirtmektedirler.

Duygusal istismar alt boyutunun Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, Fiziksel İstismar alt boyutunun Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma, Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Yalnızlık Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, Cinsel İstismar alt boyutunun Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma arasında ise anlamlı ilişki olmadığı, Fiziksel İhmal alt boyutunun Duygusal İhmal, İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, Duygusal İhmal alt boyutunun İnkâr, Toplam Travma Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği, Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, Toplam Travma Ölçeğinin, Yalnızlık Ölçeğinin Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Yalnızlık Ölçeğinin Korku, Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Korku alt boyutunun Kaçınma Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, Kaçınma alt boyutunun Sosyal Anksiyete arasında aynı yönlü anlamlı ilişkili, olduğu belirlenmiştir. Yenidünya (2017) çocukluk çağı travmaları, stres verici yaşam olayları ve yalnızlık düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Son araştırmalar, fiziksel ve cinsel istismarın yetişkinlikte ruh hali ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğunu, kişilik bozuklukları ve şizofreni ise yetişkin olarak duygusal istismarla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (Carr vd. 2013; Sachs-Ericsson vd. 2017). Aşırı korumacı ve hiperkritik ebeveynlerle büyümek de sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Bebekken anneleriyle güvensiz (endişeli-kararsız) bir bağa

sahip olarak değerlendirilen ergenlerin, sosyal fobi de dahil olmak üzere geç ergenlik döneminde anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığı iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Rapee, 2011). Korku, girişkenlik gerektiren koşullarda veya yapmak zorunda oldukları toplumsal bir faaliyette, bir otorite figürü ile konuşma durumunda veya bir izleyici önünde performans sergilemek gerektiğinde ortaya çıkabilir (Storch, 2003; Velting ve Albano, 2001). Beidel vd. (2007) sosyal olarak fobik olmayan ergenlere kıyasla, sosyal olarak endişeli olan kişilerde daha yüksek düzeyde depresyon, yalnızlık ve içe dönüklük tespit etmişlerdir.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarının Yalnızlık Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların Yalnızlık algısını, çocukluk çağı travma alt boyutlarının toplam varyansın %4 kadarını ($R^2 = 0.408$) açıklayabildiği görülmektedir. Duygusal istismara ait regresyon yükü (.279) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.116) olduğu, Fiziksel istismara ait regresyon yükü (-.155) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.039) olduğu, cinsel istismara ait regresyon yükü (-.057) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (-.014) olduğu, Fiziksel ihmale ait regresyon yükü (.130) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.044) olduğu, Duygusal ihmale ait regresyon yükü (.984) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.473) olduğu, İnkara ait regresyon yükü (.745) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.105) olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarının Sosyal Anksiyete Ölçeğini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların Sosyal Anksiyeteyi , çocukluk çağı travma alt boyutlarının toplam varyansın %2 kadarını ($R^2 = 0.185$) açıklayabildiği görülmektedir. Duygusal istismara ait regresyon yükü (.925) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.165) olduğu, Fiziksel istismara ait regresyon yükü (.922) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.100) olduğu, cinsel istismara ait regresyon yükü (-1.471) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (-.159) olduğu, Fiziksel ihmale ait regresyon yükü (1.030) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.148) olduğu, Duygusal

ihmale ait regresyon yükü (-.020) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (-.004) olduğu, İnkara ait regresyon yükü (2.991) ve standartlaştırılmış regresyon yükü ise (.130) olduğu belirlenmiştir.

Erken dönem travma yaşantılarının etkisi incelendiğinde, yetişkin dönemde çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Donnelly, 2003). Araştırmalar travmanın duygusal sonuçlarının depresif duygulanımlar, korku ve anksiyete olduğu şeklindedir. Kişisel ilişkilerde sorunlar, başka insanları kötüye kullanma ya da kötüye kullanılma gibi davranışlar ortaya çıkabilmektedir. İstismar mağduru olan çocuklarda özsaygı düşüklüğü, anksiyete, duygu bozukluğu ve davranış sorunları olduğu belirlenmiştir (Paolucci ve diğ. 2001). Çocukluk çağı travmaları ile yetişkin dönemde travma sonrası stres bozukluğu, depresyonla, anksiyete bozukluklarıyla, Obsesif Kompulsif Bozukluk ile, madde kullanımıyla, kişilik bozukluklarıyla yeme bozukluklarıyla, somatizasyon bozukluğuyla, bipolar bozuklukla, psikotik bozukluklar ile çeşitli ruhsal sorunlar arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Kendall-Tackett, 2002; Whiffen ve MacIntosh, 2005). Travma sonrası gelişime aracılık eden yaşam krizleri arasında partner şiddeti (Cobb, Tedeschi, ve Calhoun, 2006: 895-903), cinsel saldırı ve cinsel istismar (Shakespeare-Finch Armstrong, 2010: 69-82) sayılmaktadır. Bu durum güçlü sosyal bağ ve sosyal etkileşimlerin hem ruhsal hem de fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (Jang ve diğ., 2002: 807-813; Mendes ve diğ. 2001: 179). Bu destekten yoksun olmak ise kişinin sağlığını olumsuz etkileyecek bir durum olarak değerlendirilebilir.

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Duygusal istismar, Cinsel istismar alt boyutlarında kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Fiziksel İhmal alt boyutunda ise erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete özgü istismar boyutlarının farklılık gösterebileceği doğal karşılanabilir. Erkeklerin fiziksel olarak ihmal edilmesi, kadınların da duygusal ve cinsel istismara daha fazla marul kalması cinsiyete özgü toplumsal bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Fiziksel İhmal alt boyutunda evli olanların bekar olanlara kıyasla daha yüksek travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Fiziksel ihmale uğramış kişilerin kendilerine destek olacak birine ihtiyaç duyması beklenebilir. Evlilik sosyal bir destek mekanizması olduğundan çocukluğunda fiziksel ihmale uğramış kişilerin evlilikleri sürdürme konusunda daha kararlı olmaları beklenebilir.

Katılımcıların yaşlarına göre çocukluk çağı travma durumlarında Duygusal istismar alt boyutunda 41 yaş ve üzeri olan grup ile 25-30 yaş ve 31-35 yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu 25-30 yaş ve 31-35 yaş gruplarının daha fazla duygusal istismar puanına sahip olduğu, Fiziksel istismar alt boyutunda 41 yaş ve üzeri olan grup ile 31-35 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla fiziksel istismar puanına sahip olduğu, Fiziksel ihmal alt boyutunda 25-30 yaş olan grup ile 31-35 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla fiziksel istismar puanına sahip olduğu, Toplam travma ölçeğinde 41 yaş ve üzeri olan grup ile 31-35 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu 31-35 yaş gruplarının daha fazla travma puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe travma etkilenmesinin daha düşük olması beklenebilir. Bu açıdan yaşı büyük olanların travma yaşantılarının daha düşük çıkması yaşla birlikte etkinin azalacağı şeklinde açıklanabilir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre Fiziksel ihmal, Duygusal ihmal alt boyutlarında ve Toplam travma puanlarında yüksek lisans ve doktora mezunu olanlar ile lise ve altı mezun olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu lise ve altı olan grubun daha yüksek duygusal ihmal puanına sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların gelir durumuna göre çocukluk çağı travma durumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine, medeni durumlarına göre yalnızlık ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu araştırmalarda kadınların ifade becerilerinin erkeklere kıyasla daha iyi olmasının bu sonuçlara yol açtığı yorumu yapılmıştır. Günümüz şartlarında yalnızlık duygusunun cinsiyet özelliğinin yol açmadığı düşünülebilir.

Katılımcıların yaşlarına 36 yaş ve üzeri gruplar ile 35 yaş alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu 35 yaş ve altı grupların kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna göre Yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup ile lise ve altı mezun olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu lise ve altı olan grubun kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre 6001-10000 TL geliri olan grup ile 3000 TL ve altı olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu 3000 TL ve altı olan grubun kendilerini daha yalnız algıladıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Kaçınma alt boyutunda ve Toplam Sosyal Anksiyetede kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların medeni durumlarına göre Sosyal Anksiyete ölçeği Kaçınma alt boyutunda ve Toplam Sosyal Anksiyetede bekarların evlilere kıyasla daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşlarına göre Kaçınma alt boyutunda ve Toplam Sosyal Anksiyete Ölçeğinde 35 yaş ve alt gruplar ile 36 yaş ve üzeri gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu 35 yaş ve alt grupların daha yüksek kaçınma puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında Korku, Kaçınma alt boyutlarında ve Toplam sosyal anksiyetede lise ve altı olan grup ile

yüksek lisans ve doktora mezunu olan grup arasında anlamlı farklılık olduğu lise ve altı mezunların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir

Katılımcıların gelir durumlarına göre Sosyal Anksiyete Ölçeği puanlarında Kaçınma alt boyutunda 3000 TL altı geliri olan grup ile 10000 TL ve üzeri olan arasında anlamlı farklılık olduğu 3000 TL altı geliri olanların kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Toplumsal bir olgu olarak gelir durumu değişkeni bireylerin psikolojik durumlarına da etki edebilmektedir. Bunlardan biri de sosyal anksiyetedir. Araştırma sonucunda gelir durumu düşük olanların daha yüksek sosyal anksiyete puanına sahip olması, gelir kaynaklı olarak psikolojik yönlerinin negatif etkilenmesi ile açıklanabilir.

Çocukluk çağı travmaları ile yalnızlık duygusu arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Çocuklukta yaşanan travma arttıkça yalnızlık duygusunun da arttığı söylenebilir. Çocukluk çağı travma alt boyutları kendi içerisinde aynı yönde ilişki göstermişler, duygusal istismarın artması diğer alt boyutlarda da artış olduğunu göstermiştir. Çocukluk çağı travmaları ile sosyal anksiyete arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Çocuklukta travma yaşama durumu arttıkça sosyal anksiyetenin arttığı söylenebilir.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin Yalnızlık Ölçeğini anlamlı yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çocukluk çağı travmaları yalnızlık duygusunun %4 kadarını açıklamıştır. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarının Sosyal Anksiyetede anlamlı yordadığı belirlenmiştir. Sosyal Anksiyeteyi, çocukluk çağı travma alt boyutlarının toplam varyansın %2 kadarını açıklayabildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının insanların yaşamları boyunca sürecek şekilde psikolojik durumlarını etkilediği bunlardan birinin de yalnızlık ve sosyal anksiyete olduğu söylenebilir.

6.2.Öneriler

6.2.1.Klinisyenlere Öneriler

1.Araştırma sonucunda çocukluk çağı travmaları ile yalnızlık duygusu arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Çocukluk travmalarına maruz kalanların kendilerini daha yalnız hissettikleri düşünülebilir. Klinikte çalışanlar travmatik yaşantıları ile gelen danışanlarının yalnızlık duygularını araştırmalı ve danışanların sosyal destek mekanizmalarını kullanmaları teşvik edilmelidir.

2.Uzmanlar çocukluk çağı travmaları şikayetiyle gelen danışanlarına kaygılarını giderici bilişsel çalışmalar yanında, nefes egzersizleri gibi rahatlatıcı ve stresle başa çıkma becerilerini de öğretmelidirler.

3.Klinikte çalışanlar yalnızlık duygusu şikayeti olan danışanlarında çocukluk çağı travmalarının olup olmadığını da incelemeleri, tespit edilmesi durumunda gerekli psikolojik desteği travmanın durumuna göre vermelidirler.

4.Sosyal anksiyetenin nedenlerinden biri çocukluk çağı travmaları olabilir. Bu nedenle klinikte çalışanlar sosyal anksiyetenin travma boyutunu da araştırmalıdır. Sosyal anksiyetenin sağaltımında ardındaki mekanizmaları da çözmeye gayret etmek gerekmektedir.

6.2.2.Kurumlara ve Topluma Öneriler

1.Sosyal anksiyete ile çocukluk çağı travmaları arasında aynı yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan çocukların gelişimleri ve gelecek yaşantılarına bırakacakları etkiler açısından travmatik yaşantılara karşı tedbirler alınmalı maruz kalanlara gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır.

2.Eğitim kurumlarında çocukların travma konulu tarama çalışmalarının yapılması, ihtiyaç görülenlere psikolojik desteğin sağlanması ve gerektiğinde aileleri ile irtibata geçilmesi yararlı olabilir.

3.Çocukluk çağı travmatik yaşantılarına karşı devlet önleyici tedbirler almalı, gerekli yasal düzenlemeleri yapmalı, sağaltımı için kurumlar oluşturmalıdır.

4.Ebeveynlere çocuk gelişimi konusunda çocuk yetiştirme tarzları konusunda ihmal ve istismarın olumsuz etkileri konusunda eğitimler verilmeli, toplumsal bilincin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

6.2.3.Araştırmacılara Öneriler

1.Araştırmacılar çocukluk çağı travmalarının etkilerini tüm boyutları ile ele almak için bağlanma, stres, depresyon ve diğer değişkenler ile çalışmalar yapabilirler.

2.Çocukluk çağı travmalarının uzun dönem etkilerini belirlemek için travmatik yaşantıya maruz kalmış çocuklar için uzun dönem boylamsal araştırmalar yapılabilir.

3.Yalnızlık duygusunun giderilmesi için sağaltıma yönelik yeni yaklaşımların etkisi deneysel çalışmalar ile sınanabilir.

KAYNAKÇA

- Aartsen, M., & Jylh a, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8, 31–38.
- Abacı, R. (2005). *Yaşamın kalitelendirilmesi*, İstanbul: Tuzla Belediyesi Yayınları.
- Aberle N, Ratković-Blazević V, Mitrović-Dittrich D, Coħa R, Stoić A, Bubl c J, Boranić M., (2007). Emotional and physical abuse in family: survey among high school adolescents. *Croat Med J.*; 48: 240-248
- Acarturk, C.; De Graaf, R.; Van Straten, A.; Have, M. T.; Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 43 (4): 273–9.
- Ahmed, A.S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(5), 369–375.
- Akgün, E. (2003). *Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri  zerine Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aksel Ő, Yılmaz Irmak T. (2005). *Review of child abuse and neglect literature in Turkey*. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk  ağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches In Psychiatry*, 1:95-119
- Alfano, Candice A.; Beidel, Deborah C. (2011). *Alcohol and Drug Use in Socially Anxious Young Adults*. Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice. pp. 108–111. doi:10.1037/12315-000. ISBN 978-1-4338-0948-4.

- Alparslan, A.H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*; 15(2):194-201.
- Ami Sha'ked; Ami Rokach, eds. (2015). "3,4, 9,12, 16". *Addressing Loneliness: Coping, Prevention and Clinical Interventions*. Psychology Press.
- Andrew Stickley; Ai Koyanagi; Bayard Roberts; Erica Richardson; Pamela Abbott; Sergei Tumanov; Martin McKee (2013). Loneliness: Its Correlates and Association with Health Behaviours and Outcomes in Nine Countries of the Former Soviet Union. *PLOS ONE*. 8 (7): e67978
- Aral, N. ve Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151(5)
- Aron EN, Aron A, Davies KM (February 2005). Adult shyness: the interaction of temperamental sensitivity and an adverse childhood environment. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 31 (2): 181–97
- Arnow BA (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65: 10–15.
- Aslan, M., ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Atli, A., Keldal, G., & Soner, O. (2015). Üniversite öğrencilerinin yabancılaşma ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12 (29), 149-160
- Aust, S., Hartwig, E. A., Heuser, I. ve Bajbouj, M. (2012). *The role of early emotional neglect in alexithymia. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-8.

- Avcı ÖH., Yıldırım İ. (2014) Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29 (29-1),157-168.
- Ayan A. (2017) Yalnızlık ve utangaçlık düzeyinin özyeterlilik ve ölke kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 87-108.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L., & Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 14(1), 6.
- Banducci, A. N., Hoffman, E., Lejuez, C. W. ve Koenen, K. C. (2014). The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: *Psychopathology, health, and comorbidities. Addictive behaviors*,39(10), 1522-1527.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263
- Beesdo, K.; Bittner, A.; Pine, D. S.; Stein, M. B.; Höfler, M.; Lieb, R.; Wittchen, H. U. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Archives of General Psychiatry*. 64 (8): 903–912
- Beidel, DC, Turner, SM, Young, BJ, Ammerman, RT, Sallee, FR, & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29 (1), 47-54
- Ben Lazare Mijuskovic (2012). Loneliness in Philosophy, Psychology, and Literature. iUniverse. pp. 60–69.

Bektaş, M. ve Özben, Ş. (2016). Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1),215-240.

Bilgin, N. (2003). *Sosyal psikoloji sözlüğü*, İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Black M, Hitchcock C, Bevan A, O Leary C, Clarke J, Elliott R, et al. (August 2018). The HARMONIC trial: study protocol for a randomised controlled feasibility trial of Shaping Healthy Minds-a modular transdiagnostic intervention for mood, stressor-related and anxiety disorders in adults. *BMJ Open*. 8 (8): e024546.

Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., ... ve Stowe, Z. N. (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Archives of general psychiatry*, 65(2), 190-200.

Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, Giles WH (January 2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 10: 20.

Buckner, J. D.; Schmidt, N. B.; Lang, A. R.; Small, J. W.; Schlauch, R. C.; Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*. 42 (3): 230–9.

Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O. ve Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 93-9.

Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF (December 2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 201 (12): 1007–20.

- Carter, M A. (2003). *Abiding Loneliness: An Existential Perspective on Loneliness*. Park Ridge Center for Health, Faith, And Ethics. Philosophical Society.com. Retrieved 18 May 2020.
- Ceyhan, S., (2005). *Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi; Erciyes Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Kayseri.
- Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF (October 2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 82 (2): 217–25.
- Chartier, M. J.; Walker, J. R.; Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38 (12): 728–34.
- Chambless, D. L.; Fydrich, T.; Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication?. *Depression and Anxiety*. 25 (1): 8–19.
- Christakis, N.A.; Fowler, J.H. (2013). Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Statistics in Medicine*. 32 (4): 556–577.
- "Childhood Trauma". (2021) *Bridges to Recovery*. Retrieved 2021-03-29.
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., and Cann, A. (2006). Correlates of Posttraumatic Growth in Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(6), 895-903.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press

- Coll, C. G. ve Magnuson, K. (2000). *Cultural Differences as Sources of Developmental. Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B (March 2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*. 31 (3): 211–29.
- "Corrigendum". *Nordic Journal of Psychiatry*. 71 (4): 324. 19 May 2017. doi:10.1080/08039488.2017.1301704
- Creswell, J. (2014). *Araştırma deseni*. (Çev. M. Bütün). Ankara: Eğiten Kitap.
- Cüceloğlu, D. (2003). *Yeniden İnsan İnsana*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D., (2003). *İnsan ve Davranışı*, 12. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Danilo Bzdok (2020). The Neurobiology of Social Distance. *Trends in Cognitive Sciences*. 24 (9): 717–733.
- Demir, A. (1989). UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 14-18.
- DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention*. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.
- Derek D Szafranski, Alexander M Talkovsky, Samantha G. Farris, Peter J. Norton (2014) *Comorbidity*. The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder.

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).(2013) Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Diehl K, Jansen C, Ishchanova K, Hilger-Kolb J. (2018) Loneliness at Universities: Determinants of Emotional and Social Loneliness among Students. *Int J Environ Res Public Health*. 29;15(9):1865.
- Donnelly CL. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 12:251-269.
- DSM- V. (2014). (*The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 5*):*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. E. Köroğlu (çev.), İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Dönmez, Y.E., Soylu, N., Özcan, Ö.Ö., Yüksel, T., Demir, A., Bayhan, P., Miniksar, D. (2014). Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.*J Turgut Ozal Med Cent* 21(1):44-8.
- Dube SR, Falirweather D, Pearson WS, Fe I itti VJ, Anda RF, Croft JB. (2009). Cumulative childhood stress and autoi mmune diseases in adults. *Psychosom Med* 71(2):243-50.
- Dubowitz H. (2002). Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev*; 23: 191-196.
- Duy, B. (2003). *Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Yalnızlık ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Duyan V., Duyan G., Çiftçi E., Sevin Ç., Erbay E., İkizoğlu M. (2008) Lisede okuyan Öğrencilerin yalnızlık durumlarına etki eden değişkenlerin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim-Education and Science*, 33(150), 28-41.

- Dykstra, P.A., Van Tilburg, T.G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725–747. doi:10.1177/0164027505279712
- "Effects of Childhood Trauma on Adults". International Society for Traumatic Stress Studies. Retrieved February 17, 2019.
- Eldoğan, D. (2018). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri: Heterojen Bir Tanı Kategorisi *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 10(2):212-227
- Enez Darcin A, Kose S, Noyan CO, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. (2016). Smartphone addiction and its relationship with social anxiety and loneliness. *Behav Inf Technol*. 35: 520-5.
- Erliksson, Olivia J. (26 July 2020). Measuring associations between social anxiety and use of different types of social media using the Swedish Social Anxiety Scale for Social Media Users: A psychometric evaluation and cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Psychology*. 61 (6): 819–826
- Erol S., Sezer A., Şişman F.N., Öztürk S., (2016). Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3):60-69
- Furmark, Thomas.(2006). Social Phobia – From Epidemiology to Brain Function. Retrieved February 21,
- Garbarino, J. ve Ganzel, B. (2000). *The human ecology of early risk*. Handbook of early childhood intervention, 2, 76-93.
- Geçtan, E. (2016). İnsan olmak (17. Baskı) İstanbul: Metis Yayıncılık
- Gillespie, C. F., Bradley, B., Mercer, K., Smith, A. K., Conneely, K., Gapen, M., Ressler, K. J. (2010). NIH Public Access, 31(6), 505–514.

- Guinn, B., Vincent, V. ve Dugas, D. (2009). Stress Resilience Among Border Mexican American Women, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*,31(2), 228–243.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 24, (3), 128-134.
- Güngörmüş, K. (2011). *Hemşirelerin duygusal zekaları ile iş yaşamında yaşadıkları yalnızlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Hawkey, Louise C; Cacioppo, John T (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*. 17 (1): 98–105.
- Hedin, L. W. (2000). Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12(5), 349-355.
- Heimberg, R.G., Stein, M.B., Hiripi, E. & Kessler, R.C.(2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15: 29-37.
- Henrie, J. A. (2013). *Reactivity, Coping, and Adjustment after Bereavement*. Unpublished Doctoral Thesis. West Virginia University. West Virginia.
- Heeren A, Jones PJ, McNally RJ (2018). Mapping network connectivity among symptoms of social anxiety and comorbid depression in people with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*. 228: 75–82.
- Heimberg, R.G; Stein, M.B; Hiripi, E; Kessler, R.C (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort

analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*. 15 (1): 29–37.

Herman JL. (2011). *Travma ve iyileşme*. Tosun T, ç.editör. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. London: Palgrave Macmillan

Ishiyama F (1984). Shyness: Anxious social sensitivity and self-isolating tendency. *Adolescence*. 19 (76): 903–911.

Jain AM. (1999). Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* ; 17: 575-593

Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., and Mortimer, J. A. (2002). The Role of Mastery and Social Resources in The Associations Between Disability and Depression in Later Life. *The Gerontologist*, 42(6), 807-813.

Kaplan, M. S. (2011). *Öğretmenlerin işyerinde yalnızlık duygularının okullardaki örgütsel güven düzeyi ve bazı değişkenler açısından incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Kara B, Biçer Ü, Gökalp SA. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47: 140-151.

Karasar, N.(2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları, s.77.

Kashdan, TB, & Herbert, JD (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (1), 37-61

- Kendall-Tackett K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl* 26:715-729.
- Kessler, R.C., Burglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, 593–605.
- Kılavuz, M. A. (2005). Batı kültüründe yaşlanma dönemi yalnızlık duygusunu azaltma ve arkadaş ilişkilerini geliştirme açısından dinî etkinliklerin önemi, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 14 (2), 26.
- Kocabaşoğlu, N., (2005). Stres ve Anksiyete: Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi*, 47(5), 181-198.
- Koenen K. C, Roberts A. L, Stone D. M, Dunn E. C. (2010). The epidemiology of early childhood trauma. Eds: Lanius R. A, Vermetten E, Pain C. The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge University Press, 13-24, Cambridge, England.
- Koob GF. (2013). Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder. *Front Psychiatry*, 4:72.
- Kuru, G. D. (2010). *Ergenlerde Riskli Davranışların Yordanması* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Ankara.
- Kushner, M. G.; Abrams, K.; Thuras, P.; Hanson, K. L.; Brekke, M.; Sletten, S. (2005). Follow-up Study of Anxiety Disorder and Alcohol Dependence in Comorbid Alcoholism Treatment Patients. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 29 (8): 1432–1443.

- Liebowitz MR, Heimberg RG, Fresco DM, Travers J, Stein MB (2000) Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry*, 57:191-192.
- López-Núñez C, Alonso-Pérez F, Pedrosa I, Secades-Villa R (2016a) Cost effectiveness of a voucher-based intervention for smoking cessation. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 42:296-305.
- MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH, Wong M, Racine YA ve Beardslee WR, (1997). Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* ; 278: 131-135.
- Manuela Barreto, Christina Victor, Claudia Hammond, Alice Eccles, Matt T. Richins, Pamela Qualter (2020). *Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness*. *Personality and Individual Differences*: 110066.
- Marano, Hara Estroff; (2003) The Dangers of Loneliness –*Psychology Today* Thursday 21 August 2003
- Marano, Hara. (2012) *The Dangers of Loneliness*. Retrieved 10 December 2012.
- McPherson L, Gatwiri K, Tucci J, Mitchell J, Macnamara N (November 2018). A paradigm shift in responding to children who have experienced trauma: The Australian treatment and care for kids program. *Children and Youth Services Review*. 94: 525–534.
- Mehta D, Klengel T, Conneely KN, Smith AK, Altmann A, Pace TW, et al. (May 2013). Childhood maltreatment is associated with distinct genomic and epigenetic profiles in posttraumatic stress disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 110 (20): 8302–

- Mendes, D.L., Carlos F., Gold D.T., Glass T.A., Kaplan, L., George L. K., (2001). Self-Efficacy, Physical Decline, and Change in Functioning in Community-Living Elders: A Prospective Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56(3), 179-190.
- Mineka S, Zinbarg R (1995) *Conditioning and ethological models of social phobia*. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, Schneier F, editors. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press, 134–162
- Milivojevic V, Sinha R. (2018) Central and peripheral biomarkers of stress response for addiction risk and relapse vulnerability. *Trends Mol Med*. 24:173-86.
- Maguen, S., Ren, L., Bosch, J., Marmar, C., & Seal, K. (2010). Gender differences in mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans enrolled in veterans affairs health care. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2450-2456.
- Monette, D.R., T.J. Sullivan, C.R. Dejong (1990). *Applied Social Research*. New York: Harcourt Broce Jovanovich, Inc
- Morris, E. P.; Stewart, S. H.; Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 25 (6): 734–60.
- Motzer SA, Hertig V (March 2004). "Stress, stress response, and health. *The Nursing Clinics of North America*. 39 (1): 1–17.
- Nazam, F. (2016). Gender Difference on Orthopaedic Trauma. *Medical Science*, 5(3), 202-204.
- Nelson E. C.; Grant J. D.; Bucholz K. K.; Glowinski A.; Madden P. A. F.; Reich W.; et al. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin

sample: Co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine*. 30 (4): 797–804.

Nolidin K., Downey L. A., Hansen K., Schweitzer I. & Stough, C. (2013). Associations Between Social Anxiety and Emotional Intelligence Within Clinically Depressed Patients. *Psychiatr Q*84(4): 513–521,

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 9 (11): e1001349.

Norris, F.H., Kaniasty, K., Conrad, M., Inman, G.L., Murphy, A.D. (2002). Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico and Poland. *J Clin Geropsychol*, (1)8, 153–1731

Okan, M (2020) Genç Erişkinlerde Çocukluk Çağı Travmaları, Yalnızlık ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki, (Yükek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G., & Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 172–183.

Olgun, A. Y. (2021). *Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Aleksitimi, Çocukluk Çağı Travmaları Ve Klinik İçgörü İlişkisi* Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

Ollendick TH, Jarret MA, Grills-Taquechel AE ve diğ. (2008) Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety,

affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clin Psychol Rev*, 28(8): 1447-1471.

Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Çetin G, Miral S, Hancı H, Erşahin Y, Tepeli N, Bulguç AG ve Tiras B. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect*, 25(2):279-290.

Osofsky, J. D. ve Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 54-75.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahıloğulları, A. K. ve Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).

Özdemir, P. (2020). *Çocukluk Çağı Travmaları İle Kendilik Psikolojisi Arasındaki İlişki* Yüksek Lisans Tezi Linik Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı

Özen, Y. ve Gül, A. (2007). Sosyal Ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-Örnekleme Sorunu *KKEFD* 15, 394-419.

Özodaşık, M. (2001), *Modern İnsanın Yalnızlığı*, Konya, Çizgi Yayınevi.

Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A (2001). meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 135(1):17-36.

Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1): 50-62.

Pearce J, Murray C, Larkin W (July 2019). Childhood adversity and trauma: experiences of professionals trained to routinely enquire about childhood adversity. *Heliyon*. 5 (7): e01900.

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. ve Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342.
- Pilling, S; Mayo-Wilson, E; Mavranouzouli, I; Kew, K; Taylor, C; Clark, DM; Guideline Development, Group (May 22, 2013). *Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance* (PDF). BMJ (Clinical Research Ed.). 346: f2541.
- Pine, D.S., McClure, E.B., (2007). *Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri*. Sadock, B.J., Sadock, V.A.(Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde. (Çeviri Ed.: Aydın, H., Bozkurt, A.). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Polat O. (2001) *Çocuk ve Şiddet*. 1. Baskı. İstanbul: Der Yayınevi.
- Prati, G., ve Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing To Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- Rao, PA, Beidel, DC, Turner, SM, Ammerman, RT, Crosby, LE, & Sallee,FR (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 45 , 1181-1191.
- Rapee RM, Lim L (November 1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *J Abnorm Psychol*. 101 (4): 728–31.
- Rapee R. M.; Spence S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*. 24 (7): 737–767.
- Rapee, R. M. (2011). Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 15 (1): 69–80.

- Rubin KH, Mills RS (December 1988). The many faces of social isolation in childhood. *J Consult Clin Psychol.* 56 (6): 916–24
- Russel, W. D. Peplau, L. A. ve Ferguson, M. L. (1978) Developing a Measure of Loneliness *Journal of Personality Assessment* 42(3):290-4
- Sachs-Ericsson NJ, Sheffler JL, Stanley IH, Piazza JR, Preacher KJ (October 2017). When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology.* 73 (10): 1403–1428
- Sağaltıcı, E. (2013). Suriyeli Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taraması. (Yayınlanmış Uzmanlık Tezi). Gaziantep.
- Sar V, Ross CA. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatr Clin North Am* 29(1):129-44.
- Sarıçam H. (2011) *Üniversite Öğrencilerinin Reddedilme Duyarlılıkları ile Benlik Saygıları ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- Sayar, K. ve Bağlan, F., (2010), *Koruyucu Psikoloji*, 1. Baskı.İstanbul: Timaş Yayınları.
- Segrin, Chris; Kinney, Terry (1995). Social skills deficits among the socially anxious: Rejection from others and loneliness. *Motivation and Emotion.* 19 (1): 1–24.
- Schneier, Franklin (7 September 2006). "Social Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine.* 355 (10): 1029–1036.
- Shakespeare-Finch, J., ve Armstrong, D. (2010). Trauma Type and Posttrauma Outcomes: Differences Between Survivors of Motor Vehicle Accidents, Sexual Assault, and Bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 15(2), 69-82.

- Shields, Margot (2004). *Social anxiety disorder— beyond shyness*. How Healthy Are Canadians? Statistics Canada Annual Report. 15: 58. Retrieved 17 March 2014.
- Social Phobia (F40.1) in *ICD-10: Diagnostic Criteria and Clinical descriptions and guidelines*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Somaini L, Manfredini M, Amore M, Zaimovic A, Raggi MA, Leonardi C, et al. (2012). Psychobiological responses to unpleasant emotions in cannabis users. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 262: 47-57.
- Sosyal Hizmetler Başkanlığı (2010). SHB and Çocuk Esirgeme Kurumu-UNICEF. "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması."
- Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. (2003). Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychol Rep* 93(3 Pt 2):1059-69.
- Spence, SH, Donovan, C., & Brechman-Toussaint, ML (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic Growth, Resilience, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Refugees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 144–148.
- Stein, Murray B; Stein, Dan J (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*. 371 (9618): 1115–1125.
- Stein, MD, Murray B.; Gorman, MD, Jack M. (2001). Unmasking social anxiety disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 3. 26 (3): 185–9. PMC 1408304. PMID 11394188. Retrieved 17 March 2014.

- Storch, EA (2003). The relationship of peer victimization to social anxiety and distress in adolescence. *Dissertation Abstracts International*, 64 (06), 2941B.(UMI No. 3095614)
- Summerfeldt L.J., Kloosterman P.H., Antony M.M., Parker J.D.A. (2006). Social Anxiety, Emotional Intelligence and Interpersonal Adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 28(1): 57–68.
- Summerfeldt L.J., Kloosterman P.H., Antony M.M., McCabe R.E. & Parker J.D.A. (2011). Emotional Intelligence in Social Phobia And Other Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 33(1): 69–78.
- Szafranski, D. D., Talkovsky, A. M., Farris, S. G., & Norton, P. J. (2014). *Comorbidity: Social Anxiety Disorder and Psychiatric Comorbidity are not Shy to Co-Occur*. In Handbook of Social Anxiety Disorder (pp. 201-222). Wiley-Blackwell.
- Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32(4), 1054-1063. doi: 10.5336/medsci.2011-26947
- Şar,V., Necef, I., Mutluer,T., Fatih,P., Türk-Kurtça, T. (2020). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): overprotection- overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma and Dissociation*.
- Şenel, F. M., Demirelli, M., ve Öztekin, Ş., (2010). *Minimally Invasive Circumcision With A Novel Plastic Clamp Technique: A Review Of 7,500 Cases*. *Pediatric Surgery International*, 26, pp.739-745.
- Şenol S (2007) *Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları*. Psikiyatri Temel Kitabı. Editör: E Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed). Boston: Pearson Education Inc.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Tatar, A. (2019). Yetişkinlerin Çocukluk Çağı Travma Durumları İle İstenmeyen Düşüncelerle Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Taylor SE, Lerner JS, Sage RM, Lehman BJ, Seeman TE (December 2004). Early environment, emotions, responses to stress, and health. *Journal of Personality*. 72 (6): 1365–93.
- Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2004). A Clinical Approach To Posttraumatic Growth. *Positive Psychology in Practice*, 405-419.
- TDK (2021) *Türkçe sözlüğü*, Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Child abuse and neglect. *Dicle Medical Journal*, 34(1), 70-74.
- Tim Adams (28 February 2016). John Cacioppo: 'Loneliness is like an iceberg – it goes deeper than we can see. *The Guardian*. Retrieved 24 May 2020.
- Tognin S, Calem M (1 March 2017). M122. Impact of Childhood Trauma on Educational Achievement in Young People at Clinical High Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 43 (suppl_1): S255.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4).
- Turhan, E., Sangün, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sted*, 15, 153-7.

- Tükel, R. (2009), “Anksiyete Bozuklukları” *Psikiyatri*, (Ed.Kulaksızoğlu, I. B. vd.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları s.58-91
- Türkkan T., Odacı H, (2018) Liseli ergenlerde çocukluk çağı örselenme yaşantılarının cinsiyet, gelir düzeyi ve ebeveyn eğitim durumuna göre incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 29, 71-89.
- Twenge, J. M., ve Campbell, W. K. (2002). Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 6(1), 59-71
- Van der Vegt, E. J., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C. ve Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for long lasting effects. *Journal of abnormal child psychology*, 37(2), 239-249.
- Van Der Kolk BA, Perry JC, Herman JL (December 1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*. 148 (12): 1665–71.
- Velting, ON, & Albano, AM (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 , 127-140
- Vivek Murthy (2020). Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World. *Harper Wave*. 103–113, 255–62, 185–281,
- Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, 593–605.

- Whiffen VE, MacIntosh HB.(2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse*, 6:24-39.
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 1-9.
- World Health Organisation (WHO), (2010). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>. erişim tarihi: 11.03.2021.
- Ünal F. (2008) Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. *T.S.A. Dergisi*, 1, 9-18.
- Yahyaoğlu, R. (2007). *Yalnızlık psikolojisi: Kurt kapanından huzur limanına*. İstanbul: Nesil Yayınları.
- Yazıcı, Ş. (2016), *İnsanın Teknolojik Yalnızlığı*, İstanbul: CB Matbaacılık.
- Yenidünya A. (2017) *Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ile Risk ve Koruyucu Faktörlerin, Genç Yetişkinlikteki Yalnızlık Stilleri ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,
- Yılmaz, I.T. (2008). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayaklılıkla İlişkili Faktörler*. (Yayınlanmış doktora tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yılmaz, E. ve Aslan, H. (2013). Öğretmenlerin iş yerindeki yalnızlıkları ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 3(3), 2013, 59-69.
- Yonkers, K. Dyck I ve Keller, M. (2001) An Eight-Year Longitudinal Comparison of Clinical Course and Characteristics of Social Phobia Among Men and Women *Psychiatric Services* 52(5):637-43
- Yöyen EG. (2016) Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1),

- Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-433.
- Zara-Page, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103-113.
- Xu, Y.; Schneier, F.; Heimberg, R. G.; Princisvalle, K.; Liebowitz, M. R.; Wang, S.; Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 26(1): 12–19.

EKLER

Ek 1 : Kişisel Bilgi Formu

BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışma Özge Pınar TERZİOĞLU tarafından, yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmalarının yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve bir dizi ölçek sunulacaktır.

Araştırmada bireysel sonuçlar değil grup sonuçları değerlendirilecektir. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır.

Sizlere sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Soruları cevaplarken, hepsini okuyarak, boş bırakmadan cevaplandırmanız, samimi ve dürüst olmanız araştırma sonuçları için oldukça önemlidir ve araştırmanın güvenilir olmasına katkıda bulunacaktır.

Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlı olmakla birlikte araştırmadan istediğiniz zaman çekilme hakkına sahiptir. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (email: pinar_terzioglu@yahoo.com telefon: 0532 346 44 32). Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız temmuz 2021 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.

Yakındoğu Üniversitesi

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukardaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

***Evet**

***Hayır**

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Aşağıdaki maddeler sizinle ilgili bazı bilgileri elde etmek amacıyla sorulmaktadır. Lütfen sorulara doğru ve eksiksiz cevap veriniz.

1) Cinsiyetiniz Kadın(), Erkek(),

2) Medeni Durum Evli(), Bekar(),

3) Yaşınız 25-30(), 31-35(), 36-40(), 41-50 ()

4) Eğitim Durumu

İlkokul (), Ortaokul(), Lise(), Üniversite () Yüksek lisans ve doktora ()

5) Geliri

3000 TL altı(), 3000-6000(), 6001-10000 () 10000 ve üzeri ()

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

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

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1) Yeterli yemeğim olurdu.

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

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

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

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

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

UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkla hissettiğinizi ya da düşündüğünüzü her ifade için bir tek harfi daire içine alarak belirtmenizdir.

	Ben bu Durumu HİÇ Yaşamam	Ben Durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu Durumu HİÇ Yaşamam	Ben bu Durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu Durumu BAZEN Yaşarım	Ben bu Durumu SIK SIK Yaşarım
Kendimi çevremdeki hissediyorum	1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.....		1	2	3	4
Arkadaşım yok.....	2. Arkadaşım yok		1	2	3	4
Başvurabileceğim kimseler yok.....	3. Başvurabileceğim kimse yok.....		1	2	3	4
Kendimi tek başıyım						

	1	2	3	4
Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası gibi hissetmiyorum	1	2	3	4
LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ				
Çevremdeki insanlarla bir çok ortak özelliklerim var	1	2	3	4
Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun. Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız kaçınmadığınız kaygının şiddetine göre yine 1-4 arasında puan verin. Herhangi biri geçen hafta içinde gerçekleşmemişse puanlamayı hastanının bu durum karşısında vereceği tepki konusundaki ifadesine göre yapın. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.				
Hiç kimseyle samimi değilim	1	2	3	4
Fikirlerim ve duygularım çevremdekilerle paylaşılıyor	1	2	3	4
Yalnızca dönük bir insanım	1	2	3	4
Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	1	2	3	4
Kendimi toptan konuşmaktan korkuyorum..	1. Yok ya da çok hafif		1. Kaçınma yok ya da çok ender	
Sosyal ilişkilerim için kaygılıyım	2. Hafif		2. Zaman zaman kaçınıyorum	
Hiç kimseyle konuşmaktan korkmuyorum.	3. Orta derecede		3. Çoğunlukla kaçınıyorum	
Kendimi dışlanmaktan korkuyorum.	4. Şiddetli		4. Her zaman kaçınıyorum	
Çevremdekilerle konuşmaktan korkmuyorum.	Kaygı Puanı		Kaçınma Puanı	
İstediğim zaman konuşabiliyorum.	1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
Beni gerçekleştiremeyeceğimi düşünmüyorum.	2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak.		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak.	
Bu dereceyi mutsuzum.....	3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
Çevremde insanlar var ama benimle değiller..	1	2	3	4
Konuşabileceğim insanlar var	1	2	3	4
Derdimi anlatabileceğim insanlar var	1	2	3	4

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu alıŐma, Yakın Doğu Üniversitesi Lisanüstü EĞitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı tarafından gerçekleŐtirilen bir çalıŐmadır.

Bu alıŐma yetişkin bireylerde çocukluk ağı travmalarının yalnızlık duygusuna ve sosyal anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla yürütölmektedir. Araştırma tamamıyla akademik nitelikli olup çalıŐmadan elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve alınan cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı Őimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Bu alıŐma süresince toplanan veriler , yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/ uluslararası akademik toplantılarda ve/ veya yayınlarda sunulacaktır.

Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiŐ ve katılım gönüllölük esasına bağlıdır. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. ÇalıŐmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Yardımanız için çok teşekkür ederim.

Özge Pınar TERZİÖĞLU

YakınDoğu Üniversitesi

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans ÖĞrencisi

Ölçek Kullanım İzinleri

----- İletilmiş Mesaj -----

Kimden: "vsar@ku.edu.tr" <vsar@ku.edu.tr>

Kime: 'Pinar Terzioglu' <pinar_terzioglu@yahoo.com>

Gönderilen: 16 Ocak 2021 Cumartesi 17:30:36 GMT+3

Konu: RE: Ölçek İzni Hakkında

Kullanabilirsiniz. Ekteki yeni versiyonu tercih edebilirsiniz.

Vedat Şar, MD

Professor and Chair, Department of Psychiatry

Koç University School of Medicine (www.ku.edu.tr) &

Koç University Hospital (www.kuh.ku.edu.tr), Istanbul, Turkey

ORCHID ID: 0000-0002-5392-9644

https://www.researchgate.net/profile/Vedat_Sar

www.vedatsar.com

Fw: Ölçek İzni Hakkında > Gelen Kutusu x

Pinar Terzioğlu

Alıcı: ben

3 Mar 2021 15:30 (9 gün önce) ☆

----- İletilmiş Mesaj -----

Kimden: Ayhan Demir <aydemir@metu.edu.tr>
Kime: 'Pinar Terzioğlu' <pinar_terzioğlu@yahoo.com>
Gönderilen: 3 Mart 2021 Çarşamba 09:40:16 GMT+2
Konu: RE: Ölçek İzni Hakkında

Merhaba, ölçeğin online olarak uygulanması ve düşük eğitim düzeyindeki kişilere uygulanması ölçeğin güvenilirliğini düşürmektedir. Bu koşulu dikkate alarak ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum.

Kolay gelsin

Prof. Dr. Ayhan Demir

From: Pinar Terzioğlu <pinar_terzioğlu@yahoo.com>
Sent: Tuesday, March 02, 2021 2:32 PM
To: Ayhan Demir <aydemir@metu.edu.tr>
Subject: Re: Ölçek İzni Hakkında

ÖZGEÇMİŞ

Özge Pınar Terzioğlu, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Hukuk Bölümünden 2005 yılında mezun olmuştur. Stajını bitirdikten sonra 2006 yılından beri avukat olarak çalışmaktadır. Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde de halihazırda ikinci sınıf öğrencisidir.

BENZERLİK RAPORU**Özge Pınar Terzioğlu**

ORJİNALLİK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%9

İNTERNET KAYNAKLARI

%2

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1**Docs.neu.edu.tr**

İnternet kaynağı

% 1

ETİK KURUL ONAYI



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

03.05.2021

Sayın Özge Pınar Terzioğlu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/970 proje numaralı ve **“Çocukluk Çağı Travmalarının, Yalnızlık Duygusuna ve Sosyal Anksiyeteye Etkisi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.