T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURANLARDA SOMATİZASYON DÜZEYLERİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öznur YEŞİL

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üy. Murat TEKİN
Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2021

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURANLARDA SOMATİZASYON DÜZEYLERİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öznur YEŞİL

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üy. Murat TEKİN
Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2021

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecim boyunca desteğini esirgemeyen, klinik yaklaşımın yanında hastalarla iletişim konusunda da kendisini örnek aldığım, bilimsel platformlarda yer almamız konusunda bizi cesaretlendiren yol gösteren sayın anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'e,

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince eğitimime ve aile hekimliği bakış açısını kazanmama katkıda bulunan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN'e, ABD öğretim üyesi Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN'e,

Tez sınavım jüri üyesi çok değerli Doç. Dr. Önder SEZER'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca yapmış olduğum rotasyonlarda birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve eğitimime katkısı olan tüm hocalarım ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimimi samimiyet ve sevgileri ile güzelleştiren, asistanlık hayatımın her aşamasında destek ve katkılarını eksik etmeyen aile hekimliğinin çok sevgili asistanlarına,

Bugünlere gelmem için büyük çaba ve fedakarlık gösteren, maddi manevi desteklerini hep hissettiğim, başta merhamet timsali annem ve dürüstlüğünü hep örnek alacağım babam olmak üzere aileme,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım,

sevgi, saygı ve minnetle…

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR I
İÇİNDEKİLER i
ÖZET iii
ABSTRACT iv
KISALTMALAR ve SİMGELER v
TABLOLAR ve ŞEKİLLER vi
1.GİRİŞ ve AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1 Somatizasyon 3
2.1.1 Tanım ve Tarihçe 3
2.1.2 Somatizasyonun Epidemiyolojisi 5
2.1.3 Somatizasyon Etiyolojisi 6
2.2 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları 9
2.2.1 Tanım ve Tarihçe 9
2.2.2 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Etiyolojisi 10
2.2.3 Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi: 11
2.2.4 Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Türleri 11
2.3 Aile Hekimliği Bağlamında Somatizasyon ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları 16
3.GEREÇ ve YÖNTEM 18
3.1 Evren ve Örneklem 18
3.2 Veri Toplama Araçları 19
3.3 Uygulama Yöntemi 20
3.4 İzin ve Onamlar 20

3.5 İstatistiksel Analiz 21
4.BULGULAR 22
4.1 Sosyo-Demografik Özellikler 22
4.2 Somatizasyon 33
4.3 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları 35
5.TARTIŞMA 53
6.SONUÇ ve ÖNERİLER 66
KAYNAKLAR 69
EKLER 84

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı; aile hekimliğine başvuranlarda somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkiyi araştırmak ve etkili olabileceğini düşündüğümüz sosyodemografik değişkenleri incelemektir.

Yöntem: Çalışmamıza 20-65 yaş aralığında Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğine başvuran 345 kişi katıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, somatizasyon ölçeği, çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza katılanların somatizasyon ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 10,0±5,8 [0-30] idi. Kadınların, parçalanmış aile üyelerinin ve aile ilişkileri çatışmalı olanların, ek hastalığı olanların, psikiyatrik tedavi almış olanların, yıllık ortalama hastane başvurusu daha fazla olanların somatizasyon puanı daha yüksekti. Somatizasyon; yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu ve yaşanılan bölgeden (kırsal/kentsel), sigara ve alkol kullanma alışkanlığından bağımsızdı. Katılımcıların %40'ı fiziksel ihmale, %30,4'ü duygusal istismara, %30,1'i duygusal ihmale, %25,0'ı fiziksel istismara, %15'i ise cinsel istismara maruz kalmıştı. Somatizasyon ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönde korelasyon mevcuttu ancak; fiziksel istismar ve cinsel istismar arasında korelasyon yoktu.

Sonuç: Somatizasyonu etkileyen sebepler multifaktöriyeldir. Çocukluk çağı ruhsal travmaları pek çok olumsuz sonuca sahiptir. Aile hekimliğine hem somatik semptomlara sahip, hem de travmaya maruz kalmış hastalar başvurmaktadır. Altta yatan faktörlerin anlaşılarak bu hastaların daha iyi değerlendirilmesi ve geleceğe dair hayat kalitelerinin arttırılması mümkündür.

Anahtar kelimeler: Somatizasyon, çocukluk çağı ruhsal travmaları, aile hekimliği

ABSTRACT

Objective: The aim of our study is investigating the relationship between somatization symptoms and childhood mental traumas in family medicine outpatient clinic and examining possible sociodemographic variables.

Method: 345 people aged 20-65 who applied to the family medicine outpatient clinic in July- December 2020 participated in our study. A sociodemographic data form, somatization scale, and childhood psychological traumas scale were administered to the participants.

Results: The average score of the participants in our study from the somatization scale was 10.0 ± 5.8 [0-30]. Somatization score was higher among women, those with broken families and more conflicted family relationships, those with comorbidities, those who had received psychiatric treatment and those who had more annual hospital admissions. Somatization; It was independent of age, employment status, education level, income level, living area (rural / urban), smoking and alcohol use. 40% of the participants were exposed to physical neglect, 30.4% to emotional abuse, 30.1% to emotional neglect, 25.0% to physical abuse, and 15% to sexual abuse. There was a significant positive correlation between somatization and emotional abuse, emotional neglect, and physical neglect; there was no significant correlation between somatization and physical abuse and sexual abuse.

Conclusion: Causes affecting somatization are multifactorial. Childhood mental traumas have many negative consequences. Patients with both somatic symptoms and exposed to trauma apply to family medicine. Understanding the underlying factors may help to better evaluate these patients and increase life quality for the future.

Keywords: Somatization, childhood psychological traumas, family medicine

KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği

ÇOMÜ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

DSM: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

SPSS: Statistics Package for Social Sciences

TABLOLAR ve ŞEKİLLER

Tablo 2.1 Çocuklukta travma yaşama Riskini artıran etmenler

Tablo 3.1 Katılımcıların çalışmaya alınma ve hariç bırakılma kriterleri

Tablo 4.1 Cinsiyetlere göre sigara içme davranışları

Tablo 4.2 Cinsiyetlere göre alkol kullanma davranışları

Tablo 4.3 Katılımcılarda bildirilen hastalıklar

Tablo 4.4 Katılımcıların bildirdiği kayıp türleri

Tablo 4.5 Katılımcıların hayattan memnuniyet derecesi öznel değerlendirmeleri

Tablo 4.6 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Oranı ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 4.8 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 4.9 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Yaşam Bölgesine Göre Dağılımı

Tablo 4.10 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Yaşanılan Aile Ortamına Göre Dağılımı

Tablo 4.11 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının İdeal Egzersiz İle İlişkisi

Tablo 4.12 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Hastalık İle İlişkisi

Tablo 4.13 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi

Tablo 4.14 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Kayıptan Etkilenme İle İlişkisi

Şekil 4.1 Katılımcıların yaşadıkları aile ortamı ile hastane başvuruları arasındaki ilişki

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Genel anlamıyla somatizasyon psikolojik sıkıntının bedensel bulgular şeklinde ifade edilmesidir (1). Sadece psikolojik ya da sadece bedensel olarak açıklanamayan gerçekte var olabilecek bir hastalığı taklit eden klinik durumdur (2).

Somatizasyon yaygınlığı ile ilgili çeşitli veriler mevcut olsa da, ortalama olarak tüm sağlık sistemi içinde görülme sıklığının %10-30 aralığında olduğu düşünülmektedir (3). Birinci basamak hastalarının başvuru sebepleri içerisinde tıbben açıklanamayan belirtilerin yaygınlığı %19,5-57 arasında değişmektedir (4). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber; genetik, çevresel, sosyokültürel, kişisel algısal etmenlerin rol aldığı düşünülmektedir. Somatizasyon, daha geleneksel yaşayan, sosyokültürel seviyesi düşük, pre-modern tarım toplumlarında daha sık görülmektedir (5,6).

18 yaşın altındaki çocuklara ve gençlere uygulanan her türlü fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve kişisel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyen davranış istismar olarak; fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, genel ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi ise ihmal olarak adlandırılır (7). Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal ve cinsel olmak üzere 3 alt başlıkta, çocuk ihmali ise; duygusal ve fiziksel olmak üzere 2 alt başlıkta incelenmiştir (8). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre fiziksel istismar; kasten kullanılan fiziksel güç sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi anlamına gelir (9). Duygusal İstismar, çocuk ve gençlerin, kendilerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da ihtiyaç hissettikleri sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılmalarıdır (10). Cinsel istismar ise; bir yetişkin ya da çocuktan yaşça daha büyük biri ile çocuk arasındaki çocuğun cinsel olarak uyarılmasına yönelik yapılan tüm temas ve etkileşimlerdir (11). Fiziksel ihmal, 18 yaş altındaki kişilerin temel maddi-manevi ihtiyaçlarının karşılanmasındaki yetersizlik ve çocuğun temel güvenliğini sağlamada başarısızlık olarak nitelendirilebilir (12).

Çocuğa bakım veren kişiler tarafından yeterli ilgi, sevgi, şefkat gösterilmemesi, yeterli duygusal destekten mahrum bırakılması, şiddete uğradığında görmezden gelinmesi ise duygusal ihmal olarak tanımlanmaktadır (13).

Çocuklukta ki olumsuz yaşantılar yetişkin çağa gelindiğinde bireyleri hem fiziksel hem ruhsal açıdan etkilemektedir. Literatürde çocukluk çağındaki ruhsal travmaların yetişkin yaşta somatizasyon semptomları ile ilgili olduğu gösterilmiştir (14). Olumsuz çocukluk deneyimleri ile fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşüklüğü arasında bağ kurulmuştur (15).

Aile Hekimliği çalışma prensibi olarak toplumun her kesiminden geniş bir kitleye hitap ettiği ve hastaları biyopsikososyal açıdan ele aldığı için hem çocukluk çağı travma geçmişi olan hem de somatizasyon semptomları ile gelen pek çok hasta ile karşılaşmaktadır. Bu şekilde başvuran hastalarda, hasta ve hekim arasındaki iletişimin ve güven temellerinin kurulması için bu iki durumun bağlantısı ve etkileyen diğer faktörlerin aydınlatılmasına ihtiyaç vardır.

Bu tez çalışması ile amacımız, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ) Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalarda somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkiyi araştırmak ve bunların yanı sıra etkili olabileceğini düşündüğümüz sosyo-demografik değişkenleri ve diğer faktörleri incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Somatizasyon

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Çok eski çağlardan beri ruhsal kaynaklı bedene yansıyan sıkıntılar olabileceği gibi; fiziksel bir hastalığın da kişinin ruh sağlığını etkileyebileceği kabul edilmektedir (1). Eski Mısır'da hekimler organik bir bulgu olmaksızın insanların bedensel sıkıntılar yaşayabileceğini kabul etmişlerdir. Bu durum, Antik Yunan'da ''hysteria'' olarak nitelendirilmiştir (2). Adına somatizasyon denilmese de bu vakalarda sebep ya fiziksel bir sorun olarak görülmüş ya da davranışa dayalı bir açıklamaya gidilmiştir. Bütüncül yaklaşımla ruh ve beden ilişkisinin olabileceğine dair yaklaşımlar çok daha sonraları gelişmiştir (3).

Somatizasyon kavramı, ilk olarak 1943'te Steckel tarafından derinde var olan bir nevrozun bedensel olarak yansıması şeklinde tanımlanmıştır (16). Lipowski ise 1968 yılında; ''psikolojik stresi somatik belirtiler şeklinde deneyimleme/anlatma eğilimi ve bunlar için tıbbi yardım arama'' olarak ifade etmiştir. Bu tanım psikolojik stres ve somatik belirtiler arasındaki bağlantıya işaret etmektedir (16).

Psikiyatride tanı ölçütleri el kitabı olan; Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM) somatizasyona önceleri başka başlıklar altında yer verirken; ilk defa DSM-III'te 'Somatizasyon Bozukluğu' olarak ayrı bir başlıkta belirtmiştir. DSM IV'te 'Somatoform bozukluklar' başlığı altında bir hastalık grubu olarak tanımlanmıştır. 2013'te yayınlanan DSM V'te ise somatizasyon bozuklukları ''Bedensel Belirti Bozuklukları'' başlığı ile ele alınmıştır.

Geçmişten günümüze somatizasyon ile ilgili pek çok farklı tanım yapılmıştır. Bu tanımların hepsinin temelinde ortak özelliği organik bir hastalıkla

açıklanamayan fiziksel yakınmaların olmasıdır. Somatizasyon; dilimize bedenselleştirme olarak çevrilmiştir ve tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtiler olarak ifade edilmektedir (17). Somatizasyon, sınırları iyi belirlenmiş bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik durumdur (18). Somatizasyon; kişinin pek çok değişkenle başa çıkma şekli olarak ortaya çıkabilir, 'bedendeki bir bozukluk' gibi görüntü verirken, temelde ruhsal ve sosyal alanda yaşanan sorunlara ilişkin yardım arama davranışı olarak nitelendirilebilir. Bazı araştırmacılar ise bundan farklı olarak somatizasyonun; psikolojik sıkıntıların farkındalığına veya dışavurumuna karşı bir savunma olduğunu düşünmektedir (1).

Klinisyenin somatizasyon belirtileri ile başvuran kişilerin sorunlarını organize, sistematik ve kapsamlı bir şekilde ele alması gerekir, ancak bu güçtür. Çünkü bu durumdaki birey kişiler arası, ruhsal, sosyal, kültürel, çevresel etkenlerin zorlamasıyla tıbben açıklanamayan yakınmalar, sağlıkla aşırı uğraş ve kronik hastalık davranışı ile karakterize bir yaşam şeklini benimser (19). Somatizasyon sadece psikojenik ya da sadece bedensel olarak açıklanamayan, gerçekte var olan bir hastalığı taklit eden psödo-klinik bir durumdur (2).

Somatizasyon sayesinde kişi sorunlarını sembolleştirerek beden üzerinden yansıtır, yaşamış olduğu çeşitli bireysel, toplumsal ya da ekonomik sorunları çeşitli semptomlar şeklinde ifade eder. Bu semptomlar gerçekte bilinçsiz olarak ortaya çıkar ancak, bilinçsizce ortaya çıkan semptomlar sonucunda kişi belli kazanımlar sağlayabilir. Meydana gelen hastalık belirtileri sevgi elde etme yöntemi, ilgi isteği, suçu affettirmenin yolu ya da olumsuz duyguların kefareti gibi durumlara aracılık edebilir. Kişi, bedenselleştirme yaparak birincil ve ikincil kazançlar elde edebilir (5).

Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların varlığını çoğu zaman kabullenmek zordur. 'Tıbben açıklanamayan' demek yerine belki de 'henüz tanımlanmamış' demek daha doğru olabilir; somatizasyonun anlaşılması yavaş ilerleyen ve belki de ömür boyu sürecek bir sorundur. Belki de yüzyıllar önce

Hipokrat'ın ''sanat uzun, hayat kısa!'' sözüyle bize vermek istediği mesaj budur (20).

2.1.2 Somatizasyonun Epidemiyolojisi

Somatizasyonla ilgili kavramlar literatürde sürekli değiştiği için bu konudaki epidemiyolojik çalışmalar da yeterli değildir. Bazı kısımlarda birbiri ile taban tabana zıt veriler bulunmaktadır. Kadın erkek arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığını söyleyen araştırmalar olsa da, çoğu araştırma sonucu somatizasyon belirtilerinin kadınlarda daha fazla görüldüğü yönündedir (5,6,21,22).

Somatizasyonun yaygınlığının, toplumdan topluma, hatta batıdan doğuya farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Doğu kültürünün hakim olduğu bölgelerde somatizasyonun daha yüksek olduğu ve bedensel belirtilerin önemli ölçüde diğer ruhsal bozukluklara eşlik ettiği belirtilmiştir. Somatizasyonun daha geleneksel, premodern, tarım toplumlarında daha sık görüldüğü düşünülmektedir (6). Toplumların düşük sosyoekonomik ve kültürel seviyeye sahip olması da somatizasyonu yaygınlaştıran faktörlerdendir (5).

Birinci basamak hastalarının başvuru sebepleri içerisinde tıbben açıklanamayan belirtilerin yaygınlığı %19,5-57 arasında değişmektedir. İngiltere'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda hastaların tıbbi olarak açıklanamayan belirti yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada bu oran %25 bulunmuştur (4).

Somatizasyon bozukluğunun ülkemizdeki yaygınlığına ilişkin çalışmalar kısıtlıdır ancak psikiyatri polikliniğine başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada somatizasyon bozukluğunun %43-68 oranında olduğu bildirilmiştir (23).

Kullanılan farklı tanı ölçütleri elde edilen sonuçların çeşitlilik göstermesine neden olsa da ortalama olarak tüm sağlık sistemi içinde nedeni açıklanamayan bedensel belirtilerle başvuranların oranı %10-30 arasında değişiklik göstermektedir (3).

Her yaşta somatizasyon bozukluğu görülebilir; ancak en sık klinik prezentasyon 20-60 yaşları arasındadır (24). Somatizasyon belirtilerinin genellikle ergenlik döneminde, %90'ının 25 yaşından önce başladığı belirtilmiştir.

2.1.3 Somatizasyon Etiyolojisi

Uzun yıllardan beri somatizasyona sebep olabilecek faktörler ile ilgili çalışmalar yapılarak farklı teoriler öne sürülmüştür. Somatizasyonu tek bir etiyolojik faktöre dayandırmak güçtür. Bulgular somatizasyonun yaşanma şeklinin kişiden kişiye değişmekte olduğunu ortaya koymaktadır, belirtilerin şiddeti ve sayısı farklıdır (25). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber pek çok faktörün birleşiminden kaynaklanan çok etmenli sebepleri olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler; genetik, çevresel, sosyokültürel, biyolojik ve kişisel algısal nedenlerdir.

Bu konuda yapılan çalışmalar az sayıda olsa bile, genel olarak baktığımızda kalıtsal bir temelin olduğu düşünülmektedir. Örneğin kadın somatizasyon hastalarının 1. derece kadın akrabalarının %10-20'sinde somatizasyon bozukluğu görülmüştür (20). Hem biyolojik ebeveynlerde hem de evlat edinen ebeveynlerde somatizasyon bozukluğu olması, çocuklarda da görülme riskini arttırdığından; genetik etmenlerle beraber çevresel etmenlerin de rol oynadığı düşünülmektedir (21).

İnsan doğduğu coğrafyanın şartlarından, kültüründen, geleneklerinden mutlaka etkilenir. İçinde yaşadığımız toplumun kültürel birikimi normları

oluşturur ve normdan sapmayla beraber bazı bozukluklar meydana gelebilir. Somatizasyon bozukluğu da kültürden en çok etkilenen bozukluklar arasında yer almaktadır (26). Geleneksel yaşayan, düşük ekonomik ve sosyokültürel seviyede olan tarım toplumlarında somatizasyon bozukluğunun daha sık görülmesi sosyokültürel faktörlerin etkisini ortaya koymaktadır (5,6). Geleneksel türk aile yapısı olarak geniş aile ile birlikte yaşayan kişilerde somatizasyon belirtileri daha fazla görülmüştür (27).

Somatizasyon bozukluğunun biyolojik temelleri de bulunmaktadır. Örneğin; somatizasyon bozukluğunda fizyolojik tepkilerin incelendiği bir çalışmada; hastaların kalp hızı yavaşlaması ve tekrar hızlanmasının kontrol grubuna göre daha belirgin olduğu bulunmuştur. Bu sonuçların hastalarda var olan alışma becerisi bozukluğundan dolayı olabileceği bildirilmiştir (28). Somatizasyon bozukluğu ve ayrışmamış somatoform bozukluğu olan kadın hastalarla sağlıklı kontrol grubun karşılaştırıldığı Pozitron Emisyon Tomografi (PET) çalışmasında; glikoz metabolizması ve beyindeki bazı anatomik yapıların hacim farklılıklarına dair sonuçlar elde edilmiştir. Hasta grupta her iki caudat çekirdek, sol putamen, sağ presentral girusun azalmış glikoz metabolizmasına sahip olduğu gösterilmiştir. Aynı hastalar üzerinde Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile yapılan hacim araştırmasında ise; hasta grubun her iki caudat çekirdeğinde hacim artışı olduğu ortaya konulmuştur (29,30). İleri düzeyde somatizasyon gösteren hastaların bilişsel fonksiyonlarının incelendiği bir çalışmada ise; beyin disfonksiyonuna yol açtığı, özellikle dikkat ve hafızanın bozulduğu gösterilmiştir (31). Somatizasyon ve immunulojik özelliklerin araştırıldığı bir çalışmada ise; somatizasyon bozukluğu olan hastalarda serum IL-6 seviyeleri daha düşük, endojen bir antisitokin olan klara protein skorları ise daha yüksek bulunmuştur (32).

Somatizasyonun ortaya çıkmasında kişisel algısal etkenler de önemlidir. Somatizasyonun yordayıcılarının araştırıldığı 100 depresyon hastası üzerinde yapılan bir çalışmada; bedensel duyumları büyütmenin anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinden bağımsız olarak, depresyona eşlik eden

somatizasyonun yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (33). Bedensel durumların abartılı algılanması, pek çok farklı durum (anksiyete, nevrotizm, depresyon, aleksitimi) ile beraber somatizasyon bozukluğunda da görülmektedir (34). Aleksitimi genel olarak, bireyin duygularını tanımlamada ve ifade etmede zorluk yaşaması ve olumsuz duygulanım yaşamasına yatkınlık oluşturan bir faktör olarak tanımlanır. Bu durumun medikal olarak açıklanamayan semptomlara neden olduğu ortaya konulmuştur (35). İstanbul'da 11-17 yaş arası ergenlerde yapılan bir araştırmada aleksitimik karakter özelliklerinin, duygusal ve davranışsal sorunların ergenlerde somatizasyon için risk etmeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır (36).

Ayrılık, boşanma ya da ölüm gibi bir nedenden dolayı kayıp yaşayan ve sonrasında yas sürecine giren kişilerde psikosomatik olarak nitelendirilen ağrıdan, sızıdan daha çok yakındıkları görülmüştür (37).

Somatizasyon bir savunma düzeneği olarak kişinin var olan duygusal sorunları yerine bedensel sorunları ile uğraşmasını sağlar. Psikanalitik kurama göre; somatik belirtiler, bastırılmış dürtüsel uyarıların yedekleri olarak ortaya çıkar ve egonun bu dürtüsel güçlerle uzlaşmasının sonucu olarak meydana gelir (23). Günümüzde halen klasik kitaplarda somatizasyon; immatür savunma düzenekleri arasında yer alır ve ‘’psişik ürünlerin bedensel belirtilere dönüştürülerek ve psişik görünümler yerine bedensel belirtilerle tepki gösterme eğilimi’’ olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk aynı zamanda suçluluğa, doğuştan beri kötü olduğu zannına, düşük benlik saygısına ve kendisi ile aşırı uğraşmaya karşı bir savunma mekanizması olarak da görülebilir. Bedensel semptomlar böylece bir kefaret veya ceza ödeme anlamına gelir ve geçmişteki hatalar hak edilmiş bir ceza şeklinde yaşanabilir (38).

2.2 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Tıbbi literatüre bakıldığında çocuk istismarı terimi ilk kez bir adli tıp uzmanı olan Ambroise Tardeu tarafından kullanılmıştır. Tardieu ağır travmatik olaylar yaşamış çocuklar ile çalışmış, bu durumların fiziksel ve psikolojik açıdan nasıl sonuçlar doğurabileceği ile ilgili tespitlerde bulunmuştur (39). 1962 yılında Kempke, fiziksel istismara uğrayan çocuklar için ‘’battared child’’ terimini kullanmıştır (40,41). Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre; çocuğun bakımından sorumlu olan bireylerden gelebilecek her türlü olumsuz davranışa karşı ilgili devletlerin yükümlülüğünün bulunması yer almaktadır. Bu sözleşme 1990’da imzalanmış, ülkemizde ise 1995 yılında resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (42).

DSM–I (1952) ve DSM-II’de (1968) çocuk istismarından bahsedilmezken DSM-III’te (1987) ‘’çocuk kötüye kullanımı‘’ yer almıştır. DSM-V’te (2013) ‘’Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar‘’ başlığı altında; çocuğa bedensel sömürü, çocuğa cinsel sömürü, çocuğu boşlama, çocuğa ruhsal sömürü alt başlıklarıyla ele alınmıştır.

DSÖ çocuğa yapılan kötü muamele ve istismarı; sorumluluk, güven ve yetenekle ilgili çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen fiziksel ve/veya psikolojik her türlü kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını kapsayan davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır (43). 18 yaşın altındaki çocuklara ve gençlere uygulanan her türlü fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve kişisel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyen davranış istismar, kötüye kullanım olarak; fiziksel, duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, genel ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi ise ihmal olarak adlandırılmıştır (7). İstismar ve ihmalin en önemli farkı; istismar aktif bir süreç iken ihmal pasiftir.

2.2.2 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Etiyolojisi

Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerde, çocukların, ebeveynin ya da ailenin bazı özellikleri, çocuğun travma yaşama riskini arttırmaktadır. Bu risk etmenleri Horton ve Cruise tarafından sınıflandırılmıştır (44):

Tablo 2.1: Çocuklukta Travma Yaşama Riskini Artıran Etmenler	
Çocukla İlgili Özellikler	-Çocuğun yaşının küçük olması -Sosyal açıdan yetersiz olması -Zihinsel ve fiziksel problemlerinin olması -Zor bir mizaca sahip olması
Ebeveynle İlgili Özellikler	-Düşük özsaygı ve yetersizlik duygularının olması -Depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi rahatsızlıklarının olması -Öfke kontrolünün zayıf olması -Erken yaşta anne ya da baba olması -Çocuğuna karşı soğuk mesafeli olması -Aile içi şiddet yaşanması -Çocuğun yeteneği üzerinde beklentisinin olması
Aile Özellikleri	-Sosyal ve ekonomik seviyesinin düşük olması -Ebeveynlerin boşanmış olması -Aile bireyleri arasında iletişimin zayıf olması -Aile içinde sözel, fiziksel ve psikolojik çatışmaların olması

2.2.3 Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi:

Çocukluk çağı istismarı ve ihmali, hem çocuklukta hem de kişinin geri kalan hayatında yansımaları olan önemli bir problemdir. Tüm dünyada ve ülkemizde bununla ilgili pek çok çalışma yapılmış çeşitlilik gösteren oranlar elde edilmiştir. Bu farklılığın nedeni; bölgesel değişikliklerden, farklı örnek gruplar kullanılmasından ve istismar-ihmal kavramının tanımlanmasındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Örneğin; toplumdaki cinsel istismar yaygınlığı ile ilgili olarak; kadınlarda %6'dan 62'ye, erkeklerde %3'den 16'ya kadar değişen aralıklar bildirilmiştir (45).

Ülkemizde 2011 yılında yapılan psikiyatri polikliniğe başvuran hastalarda çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışma sonuçlarına göre; kadınların %70,3'ünün, erkeklerin %58,2'sinin çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı gösterilmiştir. Katılımcılardan %65,7'si çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine; %6,1'inin ise 3 tür travmaya da maruz kaldığı saptanmıştır. Duygusal ihmal %81,6, fiziksel ihmal ise %72,1 sıklığında saptanmıştır (46). Yine Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada fiziksel istismar %15,3, duygusal istismar %18,7, cinsel istismar %22,0, duygusal-fiziksel ihmal ise %30,5 olarak bulunmuştur (47).

DSÖ'nün yaptığı bildirimlere göre ise; erişkinlerin çocukluk döneminde yaklaşık %25'inin fiziksel istismara uğradığı, kadınların %20'sinin erkeklerin %8'inin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (48).

2.2.4 Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Türleri

Çocukluk çağı ruhsal travmaları toplamda 5 başlık altında incelenmektedir. Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal ve cinsel olmak üzere 3 alt

başlık olarak, çocuk ihmali ise; duygusal ve fiziksel olmak üzere 2 alt başlık olarak incelenmiştir (8).

Fiziksel İstismar

DSÖ'nün tanımına göre fiziksel istismar kasten kullanılan fiziksel güç sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi anlamına gelir. Fiziksel istismar kişinin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük biri ya da kendisinden 2 yaş büyük aile bireyi tarafından vücudunda 48 saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddet görmesidir (9). Şiddet davranışlarına örnek olarak çocuğu hırpalama, yumruk atma, tokat atma, tekmeleme, sarsma, boğma, dövme, itip kakma, yaralama bağlama ve kapalı bir yere kilitleme verilebilir (49).

2014 yılında DSÖ tarafından yayımlanan bir rapora göre, dünya genelindeki yetişkinlerin çocukluk yıllarında fiziksel istismara maruz kalma oranı %22,6'dır. Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çocuk istismarının araştırıldığı bir çalışmada fiziksel istismar sıklığı %14,6 olarak bulunmuştur (50). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 700.000 çocuk istismarı ve ihmali vakası rapor edilmektedir (51). Bakım verenin istismarı yüzünden ABD'de her yıl 1200-1500 arası çocuğun kaybedildiği, bunların %52'sinde sebebin fiziksel şiddet olduğu bildirilmiştir (47).

Bazı kaynaklarda fiziksel istismarın toplumda görülme sıklığının kayıtlara geçenden çok daha fazla olduğu çünkü aslında istismar olan pek çok durumun kayıtlara 'kaza' olarak yansıtıldığı belirtilmiştir (52). Bu konudaki bir diğer sorun da; fiziksel istismar olan davranışların bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak algılanmamasıdır. Ülkemizde de olduğu gibi 'dayak cennetten çıkmadır', 'annenin/öğretmenin vurduğu yerde gül biter' gibi algılarla fiziksel istismar çocuğun disiplinli olması ya da terbiye olması için çok yanlış bir araç olarak kullanılmaktadır (53).

Duygusal İstismar

Duygusal İstismar çocuk ve gençlerin, kendilerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da ihtiyaç hissettikleri sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılmaları durumudur (10). Duygusal istismarın yüzdelik verileri ile ilgili farklı çalışmalarda farklı sonuçlar olsa da ülkemizde de, dünyada da en sık görülen istismar çeşididir.

Duygusal istismar türleri arasında yalnız bırakma, aşağılama, küfretme, korkutma, yıldırma, tehdit etme, değer vermeme, alaylı konuşma, lakap takma sayılabilir (53). Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada çocuğa bağırmak %75-80 oran ile en sık görülen duygusal istismar türü olarak tanımlanmıştır (53). Ebeveyn ve çevredeki diğer kişilerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olması ve saldırganca davranmaları da duygusal istismara girer.

Duygusal istismar sonucunda oluşan bir fiziksel bulgu hiçbir zaman gözlenemediğinden tespiti ve çalışılması diğer istismar türlerinden daha zordur. Bununla birlikte toplumda en sık görülen istismar türü olarak kabul edilmektedir. DSÖ verileri de bununla uyumludur. Yalnız başına görülebileceği gibi fiziksel ve cinsel istismara da çoğu zaman eşlik eder (11).

Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk üzerinde oluşturduğu fiziksel etkiler geçebilir ancak duygusal istismarın psikolojik ve davranışsal etkileri tüm yaşama yansıyabilir. Duygusal istismara maruz kalan çocukların erişkin dönemde ciddi psikolojik, sosyal ve davranışsal zorluklar yaşadığı gösterilmiştir (54).

Cinsel İstismar

Bir yetişkin ya da çocuktan yaşça daha büyük biri ile çocuk arasındaki çocuğun cinsel olarak uyarılmasına yönelik yapılan tüm temas ve etkileşimler cinsel istismar olarak adlandırılır (11). Çocuklara yapılan tecavüz, teşhircilik, ensest ilişki, cinsel içerikli konuşmalar, pornografik film izlettirme, cinsel organlara dokunma ve oral seks gibi bütün cinsellik içeren eylemler cinsel istismar kapsamına girer (55). Kısaca psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun cinsel doyum amacıyla kullanılmasıdır. Yasal, ahlaki, medikal, sosyal her ne açıdan bakılırsa bakılsın sorundur (10).

Cinsel istismar tüm dünya genelinde bilinen, hakkında pek çok çalışma yapılmış olan ancak bildirilmesi ve dışa yansıtılması ile ilgili problemler olduğu için prevalansla ilgili farklı çalışmalarda farklı oranlar görülen bir istismar türüdür. Bir çalışmada cinsel istismar görülme oranının kız çocuklarında %6-62, erkek çocuklarında %3-13 arasında olduğu; toplumda her 4 kız çocuktan birinin her 10 erkek çocuktan birinin cinsel açıdan istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (56). Başka bir çalışma da ise, 18 yaşına kadar kız çocuklarının %12-25'inin, erkek çocukların ise, %8-10'unun istismara uğradığı saptanmıştır (10).

Cinsel istismarın toplumda yaşanma sıklığı yüksek olmasına rağmen maalesef, genellikle gizli kalmakta ve kayıtlara geçmemektedir. Ülkemizde bir çalışmada yaşanan vakaların en çok %15'inin bildirildiği belirtilmiştir (11). Cinsel istismar ile ilgili bir diğer önemli nokta ise; vakaların %90 gibi büyük bir kısmının çocuğun yakın çevresinden tanıdığı birilerinin olmasıdır (57).

Cinsel istismar mağdurlarının bu olumsuz yaşantılarının sonucunda kısa ve uzun dönem etkiler ortaya çıkmaktadır. Kısa dönem sonuçları öfke, korku, çökkünlük, düşmanlık, suçluluk duyguları gibi süreklilik göstermeyen duygulardır. Uzun dönem sonuçları ise yeme bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, kişiler arası iletişim ve etkileşim tarzında meydana getirdiği bozukluklardır. Cinsel istismar kurbanlarında bedensel tepkiler de oldukça fazla

görülür. Bu bedensel belirtiler arasında kronik pelvik ağrılar, baş ağrısı, bayılma, baş dönmesi, mide ve bağırsak sistemi rahatsızlıkları, kas-eklem ağrıları, kulak çınlaması, nefes almada güçlük gibi pek çok farklı sistemi etkileyen birbirinden bağımsız belirtiler vardır (58).

Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, 18 yaş altı bireylerin temel fiziksel, duygusal, medikal, eğitim, yeterli beslenme, hijyen, barınma konusundaki yetersizlik ve çocuğun temel güvenliğini sağlamada başarısızlık olarak nitelendirilir (12). İhmali tanımlamak istismara göre çok daha göreceli ve çok daha zordur (55). Fiziksel ve duygusal ihmalin istismar olmadan da olabileceği, bu yüzden çocuk ve ergenlerin en sık yaşadığı travma türü olduğu ancak istismara göre daha zararsız olarak algılandığı için konuyla ilgili çalışmaların bundan dolayı sınırlı kaldığı düşünülmüştür (11).

Duygusal İhmal

Çocuğa bakım veren kişi ya da kişiler tarafından yeterli ilgi, sevgi, şefkat gösterilmemesi, zihinsel/duygusal gelişimi ihtiyaç duyduğu ilginin gösterilmemesi, yeterli duygusal destekten mahrum bırakma, şiddete uğradığında görmezden gelme duygusal ihmal olarak tanımlanmıştır (13). Çocukluk Çağı Travmalarının en yaygın görüleni duygusal ihmal ve istismardır. Yapılan bir çalışmada bu oran %81,6 olarak saptanmıştır (59,60).

Duygusal ihmalinde diğer tüm istismar ve ihmallerde olduğu gibi kişinin tüm yaşamını etkileyen olumsuz sonuçları vardır. Mağdurlar özellikle insan ilişkilerinde güvenli sağlıklı ve sevecen ilişkiler kurmakta zorlanırlar. Yine bu kişilerin; sıkıntılarını içselleştirdiği, depresyon, kaygı ve sosyal geri çekilme yaşadığı, alkol madde kullanım oranlarının yüksek olduğu, anormal cinsel

davranış dahil uygun olmayan başa çıkma yöntemlerinin olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (61).

2.3 Aile Hekimliği Bağlamında Somatizasyon ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları

Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (World Organization of National Colleges, Academies and Associations of General Practitioners/Family Physicians [WONCA]) tanımına göre aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin olup birinci basamağa odaklı bir uzmanlık dalıdır (62). Aile Hekimliği faaliyet alanı; tüm yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, her organ sistemini ve her türlü hastalığa özgün durumu kapsar (63).

Aile Hekimliğinin tıp uygulamasına getirdiği katkılardan bazıları; sadece hastalığın değil hastanın yaşadığı rahatsızlık deneyiminin de araştırılması, kişiyi bir bütün olarak anlama, hastanın kendi rahatsızlığına bakışını ve beklentilerini dikkate alarak onunla birlikte ortak bir anlayış geliştirme ve bireyin ihtiyaçlarının yönlendirdiği bir hasta-hekim ilişkisi oluşturmadır (64). Aile hekimleri hastalığı tanımadan önce insanı tanımayı amaçlar. Tıbbın diğer dallarında da klinisyenler hastalarıyla ilişki kurar, fakat aile hekimliğinde ilişkiler içerikten önce gelir (65).

Çalışmalara göre aile hekimliğine başvuran hastaların yaklaşık yarısı psikososyal sorunlara sahiptir. Somatik şekilli psikososyal sorunların aile hekimlerinin zamanının yarısını aldığı tahmin edilmektedir (40). Tıbben açıklanamayan belirtiler ile başvuran hastalarda; hastanın inançları/beklentileri ve hekimin inançları/beklentilerinin karşılaşmasıyla bir etkileşim doğar. Eğer hasta hekim ilişkisi yolunda gidiyorsa bu etkileşimin sonucu hastanın endişelerinin azalması şeklinde sonuçlanabilir, ancak etkileşim sorunlu ise, bu durum hayal kırıklığı ve pek çok farklı doktor gezme ile sonuçlanabilir. Hekimler anlayamadıkları ve yardımcı olamadıkları hastalara kızarken, hastalar da kendilerini ciddiye almadıklarını ve yardım etmediklerini düşündükleri

hekimlerine karşı güven kaybederler (39). Aile hekimleri bu aşamada hastalarla en sık karşılaşan hekim grubu olduğu için güvenli iletişimin kurulmasında kilit rol oynarlar.

Yaklaşık olarak her dört çocuktan biri çocuklukta istismar ve ihmal yaşamaktadır ve çocukluk döneminde şiddete maruz kalmanın kötü fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlık olmak üzere yaşam boyu sağlık sonuçları olabilir (66). Bu travmalar aradan uzun yıllar geçip kişiler yetişkin çağa gelse de pek çok iz bırakır. Ne yazık ki insanların yaşam kalitesi ile yakından bağlantılı olan somatizasyon yakınmaları da bu izlerden biridir. Literatürde çocukluk çağında travma yaşamış olmanın somatizasyon düzeyini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (14). Henüz yaşamının ilk yıllarındayken kronik istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda, aşırı uyarılmışlık veya disosiasyon, bağlanmada zorlanma, empati yoksunluğu, depresyon, postravmatik stres bozukluğu gibi mental sağlık sorunları oluşabilir (67). Aile hekimleri hem hastayı ilk karşılayan hem de bir bütün olarak değerlendiren hekim olarak, ihmal ve istismarın tespitinde, değerlendirilmesinde, bildirilmesinde ve oluşabilecek uzun vadeli sonuçlarıyla baş etmede etkin bir role sahiptir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Evren ve Örneklem

Kesitsel desende analitik olarak planlanan çalışmamızın evrenini ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmamız çalışmaya katılmaya onam veren, 20-65 yaş aralığındaki hastalar ile yürütüldü. Çalışmamız için gereken örneklem büyüklüğü G*Power yazılımı kullanılarak 319 olarak hesaplandı. Korelasyon için örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanıldı ve alfa hata değeri 0,05; güç %80 kabul edildi. Formüldeki etki büyüklüğü daha önceki çalışmalardan elde edilemediği için küçük etki büyüklüğü olan r=0,2 olarak kabul edildi (68). Örneklem büyüklüğüne bakarak veri toplama zamanı 1 Temmuz- 31 Aralık 2020 tarihleri olarak belirlendi. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun ve çalışmaya onam veren hastalardan toplam 345 kişi ile görüşüldü. Katılımcıların çalışmaya alınma ve hariç bırakılma kriterleri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1 Katılımcıların Çalışmaya Alınma ve Hariç Bırakılma Kriterleri

Çalışmaya Alınma Kriterleri	**Çalışma Dışı Bırakma Kriterleri**
-20-65 yaş aralığında olmak -Çalışmaya onam vermiş olmak	-Nörolojik hastalığının bulunması -Endoskopi ile doğrulanmış peptik ülser, gastrit gibi tanılarının olması. -Hipertiroidi -Kalp hastalığı -Kas iskelet sistemi hastalığı -Hastanın gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması

3.2 Veri Toplama Araçları

Veriler toplanırken araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 soruluk anket formu, Somatizasyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ölçeği (CTQ) kullanıldı. Veriler toplanmaya başlamadan önce soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla polikliniğimize başvuran ve çalışma evreni dışında kalan farklı sosyoekonomik düzeylerden 20 hastaya anket uygulanmış ve gereken düzeltmeler yapıldıktan sonra soru formuna son hali verilmiştir.

Anketimizdeki ilk 9 soru katılımcıların sosyodemografik özelliklerini değerlendirirken; diğer sorular arasında alışkanlıklar (sigara-alkol), hastalık ve ilaç öyküsü, egzersiz yapma durumu, yıllık ortalama hastane başvurusu, psikiyatri başvurusu, aile ilişkileri, hayatlarını etkileyen kayıp yaşayıp yaşamadıkları, hayattan memnuniyet derecelerinin öznel algısı vardı. Katılımcıların hem günlük hayattaki fiziksel hareketlilik durumu hem de ideal tanıma uygun haftada en az 3 güne yayılmış şekilde toplam 150 dakikalık orta şiddette egzersiz yapıp yapmadıkları soruldu (69). Öznel gelir algılarını kötü, orta ve iyi olarak 3 grupta değerlendirmelerini istedik. Katılımcıların aile ilişkilerini 4 seçenek halinde, uyumludan çatışmalıya doğru ilerleyen yönde sorduk. İlk seçenek genel olarak uyumlu iken; son seçenek sürekli çatışırız hiç anlaşamayız şeklindeydi. Ayrıca katılımcılara, hayatlarını çok fazla etkilemiş olan, çeşitli nedenlere bağlı (ölüm, ayrılık, uzaklık, kaza vs.) kayıp yaşayıp yaşamadıklarını sorduk. Son olarak katılımcılarımızdan hayatlarından ne kadar memnun olduklarını 1'den 10'a kadar derecelendirmelerini istedik.

Somatizasyon ölçeği; 33 maddelik doğru/yanlış şeklinde 2 seçenek içeren önermelerden oluşmaktadır. Bu maddeler Minnesota Çok yönlü Kişilik Envanteri'nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan maddelerinden alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,996, tesi yarılama tekniği ile 1. yarı alfa değeri 0,881 2. yarı alfa değeri 0,843 SCL-90-R ölçeği ile olan benzer ölçek korelasyonu 0,80 bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında somatizasyon ölçeği geçerli ve güvenilirliği olan bir ölçektir (70).

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği; Ölçek toplam 28 sorudan oluşmaktadır, 5'li likert tipi özbildirim ölçeğidir. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal, fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı ve test-yeniden test uyumu yüksek düzeydedir. Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesi istismar olarak kabul edilir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınır 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puandır. Toplam travma için ise bu sınır 35 puandır (8).

3.3 Uygulama Yöntemi

Araştırma verileri, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastaların çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayanlarından 2020 yılı temmuz-aralık ayları arasında toplandı. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilip onamları alındıktan sonra anket formu (EK-1) yüz yüze görüşme yöntemiyle, çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği ve somatizasyon ölçeği ise hastaların özel sorulardan rahatsızlık duyulabileceği öngörülerek kendilerine verilerek toplandı. Hastalardan elde ettiğimiz veriler isimsiz olarak kaydedildi.

3.4 İzin ve Onamlar

Çalışmaya başlamadan önce 16.07.2020 tarihinde 2011 KAEK-27/2020-E.2000042670 sayılı araştırmamız için ÇOMÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gereken izinler alındı. Anket uygulaması öncesi katılımcılara kişisel verilerinin paylaşılmayacağı, edinilen bilgilerin kişisel yaftalama amacıyla kullanılmayacağı belirtilerek onam vermeleri halinde çalışmaya katılımları sağlandı.

3.5 İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri SPSS (Statistics Package for Social Sciences) for Windows 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programı ile analiz edildi. Örneklemin tanımlanmasında ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri, dağılım durumları ve sıklık gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler, kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma şeklinde belirtildi.

Veriler analiz edilirken frekans tabloları, ki-kare, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U, Annova testlerinden faydalanıldı. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin korelasyon analizinde Spearman Korelasyon Testi kullanıldı. Korelasyon katsayısı 0-0,29:düşük, 0,30-0,49:orta, 0,50-1,00:yüksek olarak değerlendirildi (71). Korelasyon analizinde gelir durumu kötüden iyiye; aile ilişkileri uyumludan çatışmalıya yönünde incelendi. Normal dağılıma uygun değişkenlerde üç veya daha fazla bağımsız ortalama arasındaki farkın anlamlılığının hesaplanmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Anlamlı sonuca ulaşıldığında farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını saptamak için ise; Post-hoc Analiz testleri yapıldı. İstatistiksel testlerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmamıza katılan 345 kişiden 198'i (%57,4) kadın, 147'si (%42,6) erkekti. Katılımcılar 20-65 yaş aralığında olup; yaş ortalaması 34,3±12,3'tü. Kadınların yaş ortalaması; 34,2±12,4, erkeklerin yaş ortalaması; 34,4±12,2 idi. Katılımcıların; 171'i (%49,6) evli, 154'ü (%44,6) bekar, 20'si (%5,8) dul ya da boşanmıştı. Cinsiyete göre medeni durum arasında anlamlı fark yoktu (X2 =2,549; p=0,280).

Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde; 226'sı (%65,5) üniversite ve üstü eğitime sahip, 69'u (%20,0) lise mezunu, 47'si (%13,6) ilkokul mezunuydu, 3 kişi (%0,9) ise okuma-yazma bilmiyordu. Cinsiyetlere göre eğitim durumu arasında anlamlı fark yoktu (X^2 = 3,678; p=0,298).

Araştırmaya katılanlardan 202 kişi (%58,6) aktif olarak bir işte çalışıyor, 143 kişi (%41,4) ise çalışmıyordu. Yaşadıkları bölgeyi değerlendirdiğimizde katılımcıların 38'i (%11) kırsal bölgede, 307'si (%89) kentsel bölgede yaşıyordu. Katılımcılara yaşadıkları aile ortamını sorduğumuzda; 69'u (%20) yalnız yaşadığını, 230'u (%66,7) çekirdek ailesi ile 32'si (%9,3) geniş ailesi ile 14 (%4,1) katılımcı ise parçalanmış aile bireyleri ile birlikte yaşadığını belirtti.

Katılımcıların öznel gelir algılarının dağılımı değerlendirildiğinde; 42'si (%12,2) durumunun kötü, 229'u (%66,4) orta, 74'ü (%21,4) iyi olduğunu düşünmekteydi.

Sigara kullanma alışkanlığını sorguladığımızda; katılımcıların 196'sı (%56,8) hiç kullanmamış, 53'ü (%15,4) bırakmış, 96'sı (%27,8) halen kullanıyordu. Erkeklerde sigara içme oranı, kadınlara göre anlamlı yüksekti

(X^2=32,102; p<0,001); cinsiyetlere göre sigara içme davranışlarının dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Cinsiyetlere göre sigara içme davranışları

Sigara içme davranışı	Cinsiyet		İstatistiksel Analiz
	Kadın n* (%)**	Erkek n* (%)**	
İçiyor	41 (%20,7)	55 (%37,4)	X^2 = 32,102 p<0,001
Bırakmış	19 (%9,6)	34 (%23,1)	
İçmiyor	138 (%69,7)	58 (%39,5)	
Toplam	198 (%100)	147 (%100)	

*n =vaka sayısı **% =sütun yüzdesi

Katılımcılarımızın alkol kullanma oranlarına baktığımızda; 176'sı (%51) hiç alkol kullanmıyor, 40'ı (%11,6) düzenli kullanıyor, 129'u (%37,4) ise sosyal içiciydi. Erkeklerin alkol kullanma oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (X^2=34,513; p<0,001), cinsiyetlere göre alkol kullanma davranışları Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Cinsiyetlere göre alkol kullanma davranışları			
Alkol kullanma davranışı	Cinsiyet		İstatistiksel Analiz
	Kadın n* (%)**	Erkek n* (%)**	
Kullanıyor	11 (%5,6)	29 (%34)	X^2=34,513 p<0,001
Kullanmıyor	126 (%63,6)	50 (%34)	
Sosyal İçici	61 (%30,8)	68 (%46,3)	
Toplam	198 (%100)	147 (%100)	

Katılımcıların ebeveynlerinin, hayatlarının herhangi bir döneminde alkol kullanım bozukluğu yaşayıp yaşamadığını sorduğumuzda; yalnız 1'inin (%0,3) annesinin halen alkol kullanım bozukluğu yaşadığını, 5'inin (%1,4) babasının halen alkol kullanım bozukluğu olduğunu, 11'inin (%3,2) babasının ise hayatının bir döneminde alkol kullanım bozukluğu yaşadığı bilgisini edindik.

Gündelik hayatta ne kadar hareketli oldukları ile ilgili kendi öznel algıları değerlendirildiğinde, katılımcılarımızdan 38'i (%11) kendini sedanter, 191'i (%55,4) orta düzeyde hareketli, 107'si (%31) hareketli, 9'u (%2,6) hiperaktif olarak tanımlamaktaydı. Araştırmamıza katılanlardan 87'si (%25,2) haftada en az 3 gün 50 dakika orta şiddette ideal egzersiz tanımına uygun şekilde egzersiz yaparken, 258'i (%74,8) bu tanıma uygun egzersiz yapmıyordu. Cinsiyete göre ideal egzersiz yapma durumunu değerlendirdiğimizde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=2,211; p=0,137).

Katılımcılardan 84'ü (%24,3) çeşitli rahatsızlıklara sahipken, 261'inin (%75,7) herhangi bir rahatsızlığı yoktu. Katılımcıların sahip olduğu hastalıklar Tablo 4.3'te gösterilmektedir.

Tablo 4.3 Katılımcılarda Bildirilen Hastalıklar*			
Hastalıklar	**Olgu Sayısı**	**Hastalıklar**	**Olgu Sayısı**
Hipertansiyon	16	Göz Hastalıkları	4
Hipotiroidi	8	Vasküler yetmezlik	3
Diyabetes Mellitus	7	Hiperlipidemi	2
Astım, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	4	Gastro-özafagial Reflü Hastalığı	2
Bel-boyun fıtığı	3	Kronik Böbrek Hasarı	1
Kronik Ağrı Sendromu	2	Ürolityazis	1
Allerji	3	Kolesistit	1
İnflamatuar barsak hastalıkları	3	Vertigo	1
Alerjik rinit	2	Psöriazis	1
Anksiyete, depresyon, panik atak	4	Migren	1
İnflamatuar romatizmal hastalıklar	4	Benign Prostat Hiperplazisi	1
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	3	Kolorektal Kanser	1

*Bazı katılımcıların biden fazla hastalığı mevcuttur.

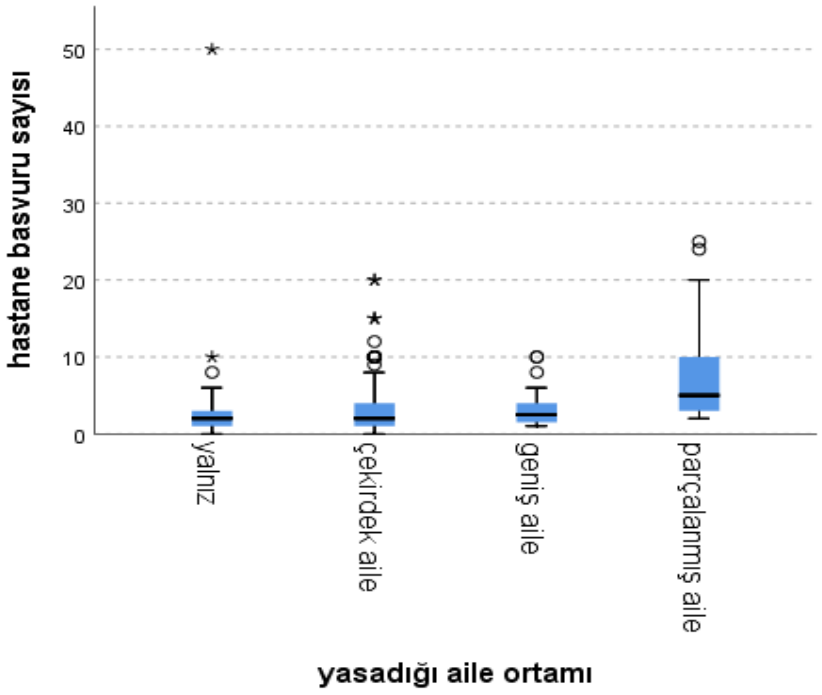
Katılımcıların yıllık ortalama hastane başvuru sayısını incelediğimizde; kadınların ortalaması 3,8±4,9; erkeklerin ki ise, 2,8±2,8 idi. Cinsiyet ile ortalama hastaneye başvuru sayılarını kıyasladığımızda kadınların hastaneye başvuru oranı anlamlı yüksekti (U=12033,0; p=0,005). Yaş ve hastane başvurusu arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,104; p=0,053). Medeni durum ile hastane başvurularını incelediğimizde anlamlı fark saptanmadı (KW X^2=5,657; p=0,059).

Araştırmamıza katılanların çalışma durumları ile hastane başvuru sayılarını kıyasladığımızda, çalışanların ortalama hastane başvuru sayısı 3,1±3,2; herhangi bir işte çalışmayanların ortalama başvurusu ise; 4,0±5,3 idi. Çalışmayan kesimin hastaneye başvuru sayısı anlamlı yüksekti (U=12413,0; p=0,024). Kırsal veya kentsel alanda yaşama ile ortalama hastane başvurularını kıyasladığımızda anlamlı fark yoktu (U=5044,5; p=0,167).

Eğitim durumu ile hastane başvuru sayısı arasında negatif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,133; p=0,013); eğitim seviyesi arttıkça hastaneye başvuru sayısı azalıyordu. Gelir durumu ile hastane başvuruları arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,014; p=0,802).

Sigara içme alışkanlığı ve alkol kullanma alışkanlığı ile ortalama hastane başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla; KW X^2=2,370; p=0,306 ve KW X^2=0,528; p=0,768).

Katılımcıların yaşadıkları aile ortamı ile ortalama hastane başvurularını kıyasladığımızda; parçalanmış ailede yaşayanların hastane başvuru sayısı, diğer gruplara göre (yalnız, çekirdek aile, geniş aile) anlamlı yüksekti (sırasıyla; KW X^2 =16,272 p<0,001; KW X^2=16,272 p<0,001; KW X^2=16,272 p=0,003).



Şekil 4.1: Katılımcıların yaşadıkları aile ortamı ile hastane başvuruları arasındaki ilişki

Katılımcıların gündelik hayattaki hareketliliği ile hastane başvuruları arasında negatif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,148; p=0,006); hiperaktif yaşamdan sedanter yaşama doğru gidildikçe hastaneye başvuru sayısı artıyordu. İdeal egzersiz yapanların ortalama hastane başvuru sayısı (3,2±3,4) ile yapmayanların ortalama hastane başvuru sayısı (3,5±4,5) arasında anlamlı fark yoktu (U=10423,5; p=0,312).

Katılımcıların aile ilişkileri ile ilgili öznel değerlendirmelerini sorduğumuzda; 269'u (%78) ''genel olarak uyumlu'', 30'u (%8,7) ''ciddi anlaşmazlıklar yaşarız ancak birlikte çözeriz'', 35'i (%10,1) ''sürekli çatışırız ama kopmayız'', 11'i (%3,2) ise ''sürekli çatışırız hiç anlaşamayız'' şeklinde cevap verdi. Cinsiyet ile aile ilişkilerinin öznel değerlendirilmesi arasında anlamlı fark

yoktu (X^2=5,040; p=0,169). Yaş ile aile ilişkileri arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,086; p=0,112).

Aile ilişkisi genel olarak uyumlu olanların 136'sı (%50,6) evli; 125'i (%46,5) bekar; 8'i (%3) boşanmış/duldu. Çözümlü ciddi anlaşmazlık yaşayanların 16'sı (%53,3) evli; 11'i (%36,7) bekar; 3'ü (%10) boşanmış/duldu. Sürekli çatışma yaşar ancak kopmayız diyenlerin 16'sı (%45,7) evli; 15'i (%42,9) bekar, 4'ü (%11,4) boşanmış/duldu. Sürekli çatışma yaşar hiç anlaşamayız diyenlerin 3'ü (%27,3) evli; 3'ü (%27,3) bekar; 5'i (%45,5) boşanmış/duldu. Katılımcıların medeni durumları ile aile ilişkilerini değerlendirdiğimizde; boşanmış/dul olanların çatışma ve anlaşmazlık yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksekti (X^2=23,340; p<0,001).

Katılımcıların herhangi bir işte çalışma durumu ile aile ilişkilerinin uyumlu ya da çatışmalı olması arasında anlamlı fark yoktu (X^2=1,135; p=0,769). Yaşadıkları bölgenin kırsal ya da kentsel oluşu ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=5,197; p=0,134).

Katılımcıların eğitim durumları ile aile ilişkilerini kıyasladığımızda negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,118; p=0,029); eğitim durumu arttıkça aile ilişkileri daha çatışmalı yönde ilerliyordu. Gelir durumunun öznel algısı ve aile ilişkileri arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,061; p=0,261).

Aile ilişkilerini genellikle uyumlu olarak tanımlayanların 168'i (%62,5) hiç sigara içmemiş, 38'i (%14,1) bırakmış, 63'ü (%23,4) halen içiyordu. Çözümü olan ciddi anlaşmazlıklar yaşarız cevabını verenlerin; 14'ü (%46,7) hiç sigara içmemiş, 6'sı (%20,0) bırakmış, 10'u (%33,3) halen sigara içiyordu. Sürekli çatışma yaşarız ancak kopmayız şeklinde cevap verenlerin; 10'u (%28,6) hiç sigara içmemiş, 8'i (%22,9) bırakmış, 17'si (%48,6) halen sigara içiyordu. Sürekli çatışma yaşarız hiç anlaşamayız diyenlerin 4'ü (%36,4) hiç sigara içmemiş, 1'i (%9,1) bırakmış, 6'sı (%54,5) halen sigara içiyordu. Katılımcılar arasında sigara kullanma alışkanlığı olanların aile ilişkileri istatistiksel olarak

anlamlı ölçüde daha çatışmalı idi (X^2=20,365; p=0,001). Alkol kullanma alışkanlığı ile aile ilişkilerinin uyumlu ya da çatışmalı olması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (X^2=4,790; p=0,555).

Gündelik hareketlilik ile aile ilişkileri arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,015; p=0,776). İdeal egzersiz yapma ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=1,023; p=0,796).

Katılımcıların yıllık ortalama hastane başvurusu ile aile ilişkilerini kıyasladığımızda pozitif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=0,160; p=0,03); ortalama hastane başvuru sayısı daha fazla olanların aile ilişkileri daha çatışmalıydı.

Aile ilişkileri ile psikiyatrik tedavi alma arasında negatif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,237; p<0,001); psikiyatrik tedavi alanların aile ilişkileri daha çatışmalı yönde ilerliyordu.

Katılımcılara herhangi bir nedenle (ölüm, ayrılık, boşanma vs.) kayıp sonrası hayatlarının akışının bu durumdan etkilenip etkilenmediğini sorduğumuzda; 244'ü (%70,7) hayatını etkileyen bir kayıp yaşamadığını, 101'i (%29,3) yaşadığını ifade etti. Katılımcıların kayıp türü tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4 Katılımcıların bildirdiği kayıp türleri	
Kayıp şekli	**Olgu sayısı**
Anne vefatı	8
Baba vefatı	20
Kardeş vefatı	4
2.derece akraba vefatı	9
Eş kaybı (vefat)	8
Evlat kaybı (vefat)	2
Boşanma	1
Ebeveynin boşanması	1
Duygusal partner kaybı	4
Aileden uzak kalma	1
Tanımlanmamış vefat	9

Kayıp yaşayıp etkilenenlerin yaş ortalaması (40,3±13,8); kayıp sonrası etkilenme bildirmeyenlerin yaş ortalamasından (31,9±10,7) istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksekti (t=-5,463; p<0,001). Cinsiyet ile kayıptan etkilenme arasında anlamlı fark yoktu (X^2=2,833; p=0,092).

Katılımcıların sigara kullanma alışkanlığı ile kayıptan etkilenme durumu arasında anlamlı fark yoktu (X^2=0,961; p=0,618).

Kayıp yaşayıp etkilenme ile ideal egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (X^2=0,02; p=0,885). Kayıp yaşayıp etkilenenlerin ortalama hastane başvuru sayısı (4,5±6,5); kayıp yaşamayanların (ya da yaşasa da bu durumdan etkilenmeyenlerin) ortalamasından (2,9±2,5) istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksekti (t=-2,315; p=0,022).

Kayıp yaşayıp etkilenenlerin 31'i (%30,7) psikiyatrik tedavi almış, 70'i (%69,3) almamıştı. Kayıp yaşamayanların (ya da yaşasa da bu durumdan

etkilenmeyenlerin) 50'si (%20,5) psikiyatrik tedavi almış, 194'ü (%79,5) almamıştı. Kayıp yaşayıp yas sürecine girenlerin psikiyatrik tedavi alma oranı anlamlı yüksekti (X^2=4,137; p=0,042). Aile ilişkileri ve kayıptan etkilenme arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,043; p=0,428).

Katılımcıların hayattan memnuniyetlerini 1'den 10'a kadar değerlendirmelerini istediğimizde tablo 4.5'teki sonuçlara ulaştık.

Tablo 4.5 Katılımcıların hayattan memnuniyet derecesi öznel değerlendirmeleri

Hayattan memnuniyet derecesi	Olgu sayısı ve yüzdeleri
1	8 (%2,3)
2	5 (%1,4)
3	8 (%2,3)
4	12 (%3,5)
5	40 (%11,6)
6	34 (%9,9)
7	85 (%24,6)
8	77 (%22,3)
9	34 (%9,9)
10	42 (%12,2)

Katılımcıların ortalama hayattan memnuniyet derecesi 7,1±2,0 idi. Kadınların hayat memnuniyetlerinin öznel algısının ortalaması 7,2±1,9; erkeklerin ise 6,9±2,3 idi, cinsiyetler ile ortalamalar arasında anlamlı fark yoktu (t=1,233; p=0,219). Hayat memnuniyetinin öznel algısı ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu (r=0,045; p=0,408).

Medeni durum ve hayattan memnuniyet derecesinin öznel algısını kıyasladığımızda; istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (F=7,910; p<0,001).

Post-hoc analiz yapıldığında bu farkın evlilerin; boşanmış/dul ve bekarlara göre hayat memnuniyetinin daha fazla oluşundan kaynaklandığı görüldü.

Herhangi bir işte çalışma ile hayattan memnuniyet derecesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (t=0,676; p=0,500). Katılımcıların eğitim durumu ile hayattan memnuniyet derecesi arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,053; p=0,327).

Kırsal alanda yaşayanların hayattan memnuniyet derecesi ortalaması 6,5±2,5 iken, kentsel alanda bu oran 7,1±2,0'dı. Katılımcıların yaşadıkları bölge ve hayat memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (t=-1,517; p=0,137).

Katılımcıların yaşadıkları aile ortamı (parçalanmış aile, çekirdek aile, geniş aile, yalnız) ile hayattan memnuniyet dereceleri arasında anlamlı fark vardı (F=6,327; p<0,001); ancak post-hoc analiz yapıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Gelir durumunun öznel algısı ile hayattan memnuniyet derecesi arasında pozitif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=0,193; p<0,001).

Sigara kullanma alışkanlığı ve hayattan memnuniyet derecesi arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (F=3,882; p=0,022); hiç içmemiş olanlar halen içenlere göre hayatından daha memnundu. Katılımcıların alkol kullanma alışkanlığı ile hayattan memnuniyet dereceleri arasında anlamlı fark yoktu (F=0,897; p=0,409).

Katılımcıların gündelik hayattaki hareketlilik düzeyi ile hayattan memnuniyet dereceleri arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,065; p=0,227). İdeal egzersiz yapma durumu ve hayattan memnuniyet dereceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (t=0,848; p=0,523).

Herhangi bir hastalığa sahip olma ile ortalama hayattan memnuniyet derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (t=1,224; p=0,890). Hayattan memnuniyet oranları ile tahmini yıllık ortalama hastane başvurusunu kıyasladığımızda negatif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,234; p<0,001).

Psikiyatrik tedavi alma durumu ile ortalama hayattan memnun olma derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (t=-4,458; p=0,570). Hayat memnuniyeti ve aile ilişkileri arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardı (r=-0,403; p<00,1). Hayatını etkileyen bir kayıp yaşayanlar ile yaşamayanların ortalama hayattan memnuniyet derecelerini kıyasladığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (t=1,667; p=0,701).

4.2 Somatizasyon

Çalışmamıza katılan 345 kişinin somatizasyon ölçeğinden aldığı puanlar değerlendirildiğinde ortalaması 10,0±5,8 [0-30] idi. Kadınların somatizasyon puanı ortalaması 11,0±6,1; erkeklerin ise 8,6±5,1'di. Kadınların ortalama somatizasyon puanı erkeklere göre anlamlı ölçüde daha yüksekti (t=4,082; p<0,01).

Katılımcıların yaşıyla somatizasyon arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,04; p=0,946). Medeni durum ile somatizasyon arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu (F=4,028; p<0,001). Post-hoc analizde gruplar arası fark yoktu. Katılımcıların çalışma durumu ile somatizasyon puanı arasında anlamlı fark yoktu (t=-1,0; p=0,344). Eğitim durumu ile somatizasyon arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=-0,036; p=0,506). Kırsal ya da kentsel alanda yaşama ile somatizasyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (t=0,776; p=0,438).

Katılımcıların yaşadıkları aile ortamları ile somatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı (F=6,190; p<0,001). Parçalanmış

aileye sahip olanların somatizasyon puanı diğer gruplara göre (geniş aile, çekirdek aile, yalnız yaşayanlar) anlamlı ölçüde daha yüksekti.

Gelir durumu ile somatizasyon arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,066; p=0,219). Sigara kullanma alışkanlığı ve alkol kullanma alışkanlığı ile somatizasyon arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla F=1,833; p=0,162 ve F=2,325; p=0,099).

Katılımcıların gündelik hayattaki hareketlilik durumu ile somatizasyon arasında anlamlı fark yoktu (r=-0,085; p=0,113). İdeal egzersiz tanımına uygun egzersiz yapma durumu ile somatizasyon arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,065; p=0,232).

Ek hastalığı olanların ortalama somatizasyon puanı 12,4±6,9; hastalığı olmayanların ise 9,2±5,1'di. Ek hastalığı olanların ortalama somatizasyon puanları anlamlı ölçüde daha yüksekti (t=-3,943; p<0,001).

Katılımcıların yıllık ortalama hastane başvuru sayısı ile somatizasyon puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon mevcuttu (r=0,379; p<0,001).

Hayatının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi alan katılımcıların somatizasyon puanı ortalaması 12,0±6,8 iken; hiç psikiyatrik tedavi almayanların puan ortalaması 9,3±5,2 idi. Psikiyatrik tedavi alanların somatizasyon puanı ortalaması almayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha yüksekti (t=3,273; p=0,001). Aile ilişkileri ile somatizasyon arasında; pozitif yönde anlamlı düşük korelasyon vardı (r=0,174; p=0,001); aile ilişkileri uyumludan çatışmalıya doğru ilerledikçe somatizasyon semptomları artıyordu.

Hayatlarında önemli bir yer tutan kayıp yaşayan katılımcıların somatizasyon puanı ortalaması 11,6±6,5; kayıp yaşamayan katılımcıların ki ise; 9,3±5,3 idi. Kayıp yaşayıp etkilenenlerin ortalama somatizasyon puanı kayıp yaşamayanlara (yaşasa da etkilenmeyenlere) göre anlamlı ölçüde daha yüksekti (t=-3,101; p=0,002). Hayattan memnuniyet derecesi ile somatizasyon arasında negatif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,290; p<0,001); somatizasyon puanı yüksek olanların hayattan memnuniyet dereceleri düşüktü.

4.3 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları

Katılımcılar çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği (CTQ) ile duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve toplam ortalama puan olmak üzere 6 kategoride değerlendirildi. Kadınların fiziksel istismara uğramış olma oranı istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha yüksekti (X^2=3,886; p=0,049). Travma alt gruplarının görülme oranı ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Oranı ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı				
Travma Alt Türü	**Cinsiyet**	**Travma var n (%)**	**Travma yok n (%)**	**İstatistiksel analiz**
Duygusal istismar	**Kadın**	58 (%29,3)	140 (%70,7)	X^2=0,286 p=0,593*
	Erkek	47 (%32,0)	100 (%68,0)	
	Toplam	**105 (%30,4)**	240 (%69,6)	
Duygusal İhmal	**Kadın**	61 (%30,8)	137 (%69,2)	X^2=0,097 p=0,755*
	Erkek	43 (%29,3)	104 (%70,7)	
	Toplam	**104 (%30,1)**	241 (%69,9)	
Fiziksel İstismar	**Kadın**	59 (%29,8)	139 (%70,2)	**X^2=3,886 p=0,049***
	Erkek	30 (%20,4)	117 (%79,6)	
	Toplam	**89 (%25,8)**	256 (%74,2)	
Fiziksel İhmal	**Kadın**	71 (%35,9)	127 (%64,1)	X^2=3,321 p=0,068*
	Erkek	67 (%45,6)	80 (%54,4)	
	Toplam	**138 (%40)**	207 (%60)	
Cinsel İstismar	**Kadın**	37 (%18,7)	161 (81,3)	X^2=2,613 p= 0,106*
	Erkek	18 (%12,2)	129 (%87,8)	
	Toplam	**55 (%15,9)**	290 (%84,1)	
Toplam Ortalama Travma	**Kadın**	73 (%36,9)	125 (%63,1)	X^2=0,998 p=0,318*
	Erkek	62 (%42,2)	85 (%57,8)	
	Toplam	**135 (%39,1)**	210 (%60,9)	

n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

CTQ ortalama değeri ile yaş arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,047; p=0,387). Duygusal istismar ve ihmal ile yaş arasında anlamlı korelasyon yoktu (sırasıyla r=0,067; p=0,214 ve r=0,055; p=0,311). Cinsel istismar ve yaş arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon vardı (r=-0,106; p=0,048). Fiziksel istismar ve ihmal ile yaş arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,046; p=0,392 ve r=0,067; p=0,211).

Fiziksel istismara uğrayanların yaş ortalaması (37,8±14,1); uğramayanların yaş ortalamasından (33,1±11,3) anlamlı ölçüde daha yüksekti (t=-2,840; p=0,005). Fiziksel ihmale uğrayanların yaş ortalaması (36,7±12,9); uğramayanların yaş ortalamasından (32,8±11,6) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha yüksekti (t=-2,925; p=0,004). Duygusal istismar ve ihmale uğrama ile ortalama yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla t=-1,565; p=0,119 ve t=-1,055; p=0,292). Cinsel istismara maruz kalma ile ortalama yaş arasında anlamlı fark yoktu (t=1,704; p=0,092).

Duygusal istismar ölçek sokurundan alınan ortalama puan ile medeni hal arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (F=12,435; p<0,001). Post hoc analiz yapıldığında bu fark boşanmış/dul olan katılımcıların evlilere göre daha fazla istismara maruz kalışından kaynaklanıyordu. Fiziksel istismarın ortalama puanı ile medeni hal arasında anlamlı fark vardı (F=4,758; p=0,009). Post hoc analizde gruplar arası anlamlı fark görülmedi. Fiziksel ihmalin ortalama puanı ile medeni hal arasında anlamlı fark yoktu (F=2,001; p=0,137). Duygusal ihmal ölçek skorunun ortalama puanı ile medeni hal arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (F=6,189; p=0,002). Boşanmış/dul olanlar bekarlara göre daha fazla ihmale maruz kalmıştı. Cinsel istismara uğrayanların aldığı puan ortalaması ile medeni hal arasında anlamlı fark vardı (F=4,254; p=0,015). Post-hoc analizde gruplar arası anlamlı fark görülmedi. Toplam ölçek skorundan alınan ortalama puan ile medeni hal arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (F=7,754; p=0,001). Post hoc analizde boşanmış/dul olanların ortalaması diğer gruplara göre anlamlı oranda daha yüksekti.

Çocuklukta duygusal istismara-ihmale ve fiziksel istismara maruz kalma oranı boşanmış/dul olanlarda evli ve bekarlara göre anlamlı yüksekti. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 4.7'de gösterilmektedir.

Tablo 4.7 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Travma Alt Türü	Medeni Durum	Travma var n (%)	Travma yok n (%)	İstatistiksel analiz
Duygusal istismar	**Evli**	45[a] (%26,3)	126[a] (%73,7)	X^2=7,210 p= 0,027*
	Bekar	49[a] (%31,8)	105[a] (%68,2)	
	Boşanmış/dul	11[b] (%55)	9[b] (%45)	
Duygusal İhmal	**Evli**	49[a] (%28,7)	122[a] (%71,3)	X^2=6,229 p=0,048*
	Bekar	44[a] (%28,6)	110[a] (%71,4)	
	Boşanmış/dul	11[b] (%55)	9[b] (%45)	
Fiziksel İstismar	**Evli**	40[a] (%23,4)	131[a] (%76,6)	X^2=12,992 p=0,002*
	Bekar	37[a] (%24)	117[a] (%76,0)	
	Boşanmış/dul	12[b] (%60)	8[b] (%40)	
Fiziksel İhmal	**Evli**	72[a,b] (%42,1)	99[a,b] (%57,9)	X^2=7,525 p=0,023*
	Bekar	53[b] (%34,4)	101[b] (%65,6)	
	Boşanmış/dul	13[a] (%65)	7[a] (%35)	
Cinsel İstismar	**Evli**	20[a] (%11,7)	151[a] (%88,3)	X^2=6,209 p=0,045*
	Bekar	29[a,b] (%18,8)	125[a,b] (%81,2)	
	Boşanmış/dul	6[b] (%30)	14[b] (%70)	
Toplam Ortalama Travma	**Evli**	60[a] (%35,1)	111[a] (%64,9)	X^2=9,190 p=0,009*
	Bekar	61[a] (%39,6)	93[a] (%60,4)	
	Boşanmış/dul	14[b] (%70)	6[b] (%30)	

a,b=gruplar arası farklılığın yönü n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Çalışma durumu ile duygusal istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (X^2=1,693; p=0,193). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının çalışma durumu ile ilişkisi Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Travma Alt Türü	Çalışma Durumu	Travma var n* (%)	Travma yok n* (%)	İstatiksel Analiz
Duygusal İstismar	**Çalışıyor**	56 (%27,7)	146 (%72,3)	X^2=1,693 p=0,193*
	Çalışmıyor	49 (%34,3)	94 (%65,7)	
Duygusal İhmal	**Çalışıyor**	58 (%28,7)	144 (%71,3)	X^2=0,475 p=0,491*
	Çalışmıyor	46 (%32,2)	97 (%67,8)	
Fiziksel İhmal	**Çalışıyor**	74 (%36,6)	128 (%63,4)	X^2=2,301 p=0,129*
	Çalışmıyor	64 (%44,8)	79 (%55,2)	
Fiziksel İstismar	**Çalışıyor**	48 (%23,8)	154 (%76,2)	X^2=1,054 p=0,305*
	Çalışmıyor	41 (28,7)	102 (%71,3)	
Cinsel İstismar	**Çalışıyor**	33 (%16,3)	169 (%87,3)	X^2=0,057 p=0,812*
	Çalışmıyor	22 (%15,4)	121 (%84,6)	
Toplam Ortalama Travma	**Çalışıyor**	71 (%35,1)	131 (%64,9)	X^2=3,244 p=0,072*
	Çalışmıyor	64 (%44,8)	79 (%55,2)	

n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Aktif olarak bir işte çalışmayanların duygusal istismardan aldıkları puan ortalaması (7,7±3,4); çalışanların ortalamasından (6,8±2,7) istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksekti (t=-2,358; p=0,019). CTQ ölçeğinin diğer alt türlerinden alınan puan ortalaması ile çalışma durumu arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla fiziksel istismar için t=-1,383 p=0,168; fiziksel ihmal için t=-1,034 p=0,302; duygusal ihmal için t=-0,149 p=0,881; cinsel istismar için t=-0,217 p=0,828; toplam ortalama travma için t=-1,227 p=0,221).

Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon yoktu (sırasıyla duygusal

istismar için r=-0,076 p=0,159; fiziksel istismar için r=-0,034 p=0,525; cinsel istismar için r=0,087 p=0,108). Duygusal ihmal ile eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,110; p=0,042). Fiziksel ihmal ile eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,167; p=0,002).

CTQ toplam ölçek skoru ve alt gruplardan alınan ölçek skorlarının ortalaması ile yaşam bölgesinin kırsal ya da kentsel olması arasında istatiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla; duygusal istismar için t=1,218 p=0,224; fiziksel istismar için t=0,803 p=0,422; fiziksel ihmal için t=0,581 p=0,562; duygusal ihmal için t=-0,730 p=0,468; cinsel istismar için t=1,512 p=0,132; CTQ toplam ölçek skoru için t=0,498 p=0,619).

Kırsal alanda yaşayanların duygusal istismara maruz kalma oranı daha yüksekti (X^2=4,126; p=0,042). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının yaşam bölgesine göre dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Yaşam Bölgesine Göre Dağılımı				
Travma Alt Türü	**Yaşam Bölgesi**	**Travma var n (%)**	**Travma yok n (%)**	**İstatiksel Analiz**
Duygusal İstismar	**Kırsal**	17[a] (%44,7)	21[a] (%55,3)	X^2=4,126 p= 0,042*
	Kentsel	88[b] (%28,7)	219[b] (%71,3)	
Duygusal İhmal	**Kırsal**	10 (%26,3)	28 (%73,7)	X^2=0,297 p=0,586*
	Kentsel	94 (%30,6)	213 (%69,4)	
Fiziksel İstismar	**Kırsal**	18 (%47,4)	20 (%52,6)	X^2=8,002 p=0,005*
	Kentsel	120 (%39,1)	187 (%60,9)	
Fiziksel İhmal	**Kırsal**	18 (%47,4)	20 (%52,6)	X^2=0,966 p=0,326*
	Kentsel	120 (%39,1)	187 (%60,9)	
Cinsel İstismar	**Kırsal**	8 (%21,1)	30 (%78,9)	X^2=0,832 p=0,362*
	Kentsel	47 (%15,3)	260 (%84,7)	
Toplam Travma Skoru	**Kırsal**	17 (%44,7)	21 (%55,3)	X^2=0,564 p=0,453*
	Kentsel	118 (%38,4)	189 (%61,9)	

a,b=gruplar arası farklılığın yönü n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Duygusal istismar ve ihmal ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla F=10,287; p<0,001 ve F=8,907; p<0,001). Parçalanmış ailede yaşayanlar, diğerlerine (yalnız, çekirdek, geniş) göre daha fazla istismara ve ihmale uğramıştı.

Fiziksel istismar ve ihmal ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla F=4,380; p=0,005 ve F=5,107; p=0,002). Post hoc analiz yapıldığında gruplar arası anlamlı fark saptanmadı. Cinsel istismar ile yaşanılan aile ortamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (F=2,558; p=0,055).

CTQ ölçek skoru ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı (F=9,530; p<0,001). Parçalanmış ailede yaşayanlar, diğerlerine (yalnız, çekirdek, geniş) göre daha fazla istismara maruz kalmıştı.

Parçalanmış aileye sahip olanların çocuklukta duygusal istismara maruz kalmış olma oranı diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha yüksekti (X^2=24,192; p<0,001). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının yaşanılan aile ortamına göre dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Duygusal istismar ve ihmal ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla F=10,287; p<0,001 ve F=8,907; p<0,001). Parçalanmış ailede yaşayanlar, diğerlerine (yalnız, çekirdek, geniş) göre daha fazla istismara ve ihmale uğramıştı.

Fiziksel istismar ve ihmal ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla F=4,380; p=0,005 ve F=5,107; p=0,002). Post hoc analiz yapıldığında gruplar arası anlamlı fark saptanmadı. Cinsel istismar ile yaşanılan aile ortamı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (F=2,558; p=0,055).

CTQ ölçek skoru ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı (F=9,530; p<0,001). Parçalanmış ailede yaşayanlar, diğerlerine (yalnız, çekirdek, geniş) göre daha fazla istismara maruz kalmıştı.

Parçalanmış aileye sahip olanların çocuklukta duygusal istismara maruz kalmış olma oranı diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha yüksekti (X^2=24,192; p<0,001). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının yaşanılan aile ortamına göre dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Yaşanılan Aile Ortamına Göre Dağılımı				
Travma Alt Türü	**Aile Ortamı**	**Travma var n (%)**	**Travma yok n (%)**	**İstatistiksel Analiz**
Duygusal İstismar	**Yalnız**	23[a] (%33,3)	46[a] (%66,7)	X^2 =24,192 p<0,001*
	Çekirdek aile	58[a] (%25,2)	172[a] (%74,8)	
	Geniş aile	12[a] (%37,5)	20[a] (%62,5)	
	Parçalanmış aile	12[b] (%85,7)	2[b] (%14,3)	
Duygusal İhmal	**Yalnız**	19[a] (%27,5)	50[a] (%72,5)	X^2=23,009 p<0,001*
	Çekirdek aile	61[a] (%26,5)	169[a] (%73,5)	
	Geniş aile	12[a] (%37,5)	20[a] (%62,5)	
	Parçalanmış aile	12[b] (85,7)	2[b] (%14,3)	
Fiziksel İstismar	**Yalnız**	19[a] (%27,5)	50[a] (%72,5)	X^2=7,952 p=0,047*
	Çekirdek aile	54[a] (%23,5)	176[a] (%76,5)	
	Geniş aile	8[a] (%25,0)	24[a] (%75,0)	
	Parçalanmış aile	8[b] (%57,1)	6[b] (%42,9)	
Fiziksel İhmal	**Yalnız**	28[a] (%40,6)	41[a] (%59,4)	X^2=9,224 p=0,026*
	Çekirdek aile	87[a] (%37,8)	143[a] (%62,2)	
	Geniş aile	12[a] (%37,5)	20[a] (%62,5)	
	Parçalanmış aile	11[b] (%78,6)	3[b] (%21,4)	
Cinsel İstismar	**Yalnız**	16 (%23,2)	53 (%76,8)	X^2=5,695 p=0,127*
	Çekirdek aile	31 (%13,5)	199 (%86,5)	
	Geniş aile	4 (%12,5)	28 (%87,5)	
	Parçalanmış aile	4 (%28,6)	10 (%71,4)	
Toplam Ölçek Skoru	**Yalnız**	26[a] (%37,7)	43[a] (%62,3)	X^2=13,503 p=0,004*
	Çekirdek aile	84[a] (%36,5)	146[a] (%63,5)	
	Geniş aile	13[a] (%40,6)	19[a] (%59,4)	
	Parçalanmış aile	12[b] (%85,7)	2[b] (%14,3)	

a,b=gruplar arası farklılığın yönü n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Gelir durumu ile duygusal istismar ve ihmal arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (sırasıyla r=-0,170; p=0,002 ve r=-0,216; p<0,001). Gelir durumu ile fiziksel istismar ve ihmal arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,143; p=0,08 ve r=-0,193; p<0,001). Cinsel istismar ve gelir durumu arasında korelasyon yoktu (r=-0,043; p=0,428). Toplam CTQ skoru ile gelir durumu arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,190; p<0,001).

Katılımcıların sigara kullanma alışkanlığı ile CTQ alt gruplarından aldıkları ölçek puanlarının ortalaması arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla; duygusal istismar için F=0,871 p=0,420; fiziksel istismar için F=1,056 p=0,349; fiziksel ihmal için F=0,562 p=0,571; duygusal ihmal için F=1,470 p=0,231; cinsel istismar için F=0,122; p=0,885/ CTQ toplam skoru için F=0,316; p=0,729).

Sigara kullananların 34'ü (%35,4), kullanmayanların 55'i (%28,1), sigarayı bırakmış olanların 16'sı (%30,2) duygusal istismara uğramıştı. Sigara kullanma alışkanlığı ve duygusal istismara uğramış olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (X^2=1,648; p=0,439).

Sigara kullananların 28'i (%29,2), kullanmayanların 54'ü (%27,6), sigarayı bırakanların 22'si (%41,5) duygusal ihmale uğramıştı. Sigara kullanma alışkanlığı ve duygusal ihmale uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=3,920; p=0,141).

Sigara kullananların 24'ü (%25,0), hiç kullanmamış olanların 57'si (%29,1), sigarayı bırakanların 8'i (%15,1) fiziksel istismara uğramıştı. Sigara kullanma alışkanlığı ve fiziksel istismara uğramış olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=4,308; p=0,116).

Sigara kullananların 43'ü (%44,8), hiç kullanmamış olanların 73'ü (%37,2), sigarayı bırakanların 22'si (%41,5) duygusal ihmale uğramıştı. Sigara

kullanma alışkanlığı ve fiziksel ihmale uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=1,589; p=0,452).

Sigara kullananların 13'ü (%13,5), kullanmayanların 36'sı (%18,4), sigarayı bırakanların 6'sı (%11,3) cinsel istismara uğramıştı. Sigara kullanma alışkanlığı ve cinsel istismara uğramış olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (X^2=2,118; p=0,347).

Katılımcıların alkol kullanma alışkanlığı ile CTQ alt gruplarından aldıkları ölçek puanlarının ortalaması arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla; duygusal istismar için F=0,072 p=0,930; fiziksel istismar için F=0,738 p=0,479; fiziksel ihmal için F=0,306 p=0,737; duygusal ihmal için F=0,448 p=0,640; cinsel istismar için F=1,447 p=0,237; CTQ toplam skoru için F=0,202 p=0,817).

Alkol kullananların 11'i (%27,5), sosyal içicilerin 41'i (%31,8), hiç alkol kullanmayanların 53'ü (%30,1) duygusal istismara uğramıştı. Alkol kullanma alışkanlığı ile duygusal istismar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (X^2=0,282; p=0,868).

Alkol kullananların 13'ü (%32,5), sosyal içicilerin 32'si (%24,8), hiç alkol kullanmayanların 59'u (%33,5) duygusal ihmale uğramıştı. Alkol kullanma alışkanlığı ile duygusal ihmal arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (X^2=2,805; p=0,246).

Alkol kullananların 8'i (%20,0), sosyal içicilerin 28'i (%21,7), hiç alkol kullanmayanların 53'ü (%30,1) fiziksel istismara uğramıştı. Alkol kullanma alışkanlığı ile fiziksel istismar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (X^2=3,544; p=0,170).

Alkol kullananların 16'sı (%40,0), sosyal içicilerin 46'sı (%35,7), hiç alkol kullanmayanların 76'sı (%43,2) fiziksel ihmale uğramıştı. Alkol kullanma

alışkanlığı ile fiziksel ihmal arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (X^2=1,755; p=0,416).

Alkol kullananların 6'sı (%15,0), sosyal içicilerin 2'si (%17,1), hiç alkol kullanmayanların 27'si (%15,3) cinsel istismara uğramıştı. Alkol kullanma alışkanlığı ile cinsel istismar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (X^2=0,193; p=0,908).

Gündelik hareket ile duygusal istismar arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=-0,058; p=0,284). Gündelik hareket ile duygusal ihmal arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon vardı (r=-0,119; p=0,028). Gündelik hareket ile fiziksel istismar ve ihmal arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,024; p=0,650 ve r=-0,006; p=0,916). Gündelik hareket ile cinsel istismar arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=-0,048; p=0,376). Toplam travma ölçek skoru ile gündelik hareket arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=-0,089; p=0,099).

İdeal tanıma uygun egzersiz yapma durumu ile duygusal istismar ve cinsel istismar ölçek skoru ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (t=-0,966; p=0,335 ve t=-0,645; p=0,520). İdeal tanıma uygun egzersiz yapan katılımcıların duygusal ihmal ölçek sokuru ortalaması (9,6±4,59), yapmayanların ortalamasından (10,9±5,0) anlamlı oranda daha düşüktü (t=-2,090; p=0,037). İdeal tanıma uygun egzersiz yapma durumu ile fiziksel istismar ve fiziksel ihmal ölçek skoru ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla t=-0,286; p=0,775 ve t=-1,319; p=0,189).

Duygusal istismar ile ideal tanıma uygun egzersiz yapma arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (X^2=0,446; p=0,544). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının ideal egzersiz ile ilişkisi Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının İdeal Egzersiz İle İlişkisi				
Travma Alt Türü	**İdeal egzersiz**	**Travma var n (%)**	**Travma yok n (%)**	**İstatistiksel Analiz**
Duygusal İstismar	**Yapıyor**	24 (%27,6)	63 (%72,4)	X^2=0,446 p=0,504*
	Yapmıyor	81 (%31,4)	177 (%68,6)	
Duygusal İhmal	**Yapıyor**	20 (%23,0)	67 (%77,0)	X^2=2,829 p=0,106*
	Yapmıyor	84 (%32,6)	174 (%67,4)	
Fiziksel İstismar	**Yapıyor**	27 (%31,0)	60 (%69)	X^2=1,667 p=0,197*
	Yapmıyor	62 (%24,0)	196 (%76,0)	
Fiziksel İhmal	**Yapıyor**	36 (%41,4)	51 (%58,6)	X^2=0,092 p=0,761*
	Yapmıyor	102 (%39,5)	156 (%60,5)	
Cinsel İstismar	**Yapıyor**	13 (%14,9)	74 (%85,1)	X^2=0,087 p=0,768*
	Yapmıyor	42 (%16,3)	216 (%83,7)	
Toplam Ölçek Skoru	**Yapıyor**	30 (%34,5)	57 (%65,5)	X^2=1,055 p=0,304*
	Yapmıyor	105 (%40,7)	153 (%59,3)	

n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Hastalık ile duygusal istismar ve duygusal ihmal ölçek skorlarının ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (t=-1,642; p=0,057 ve t=-0,162; p=0,872). Hastalık ile fiziksel istismar ve fiziksel ihmal ölçek skorlarının ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (t=-0,010; p=0,992 ve t=-0,032; p=0,974). Hastalık ile cinsel istismar ölçek skoru ve toplam ölçek skoru ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (t=-0,145; p=0,885 ve t=-0,534; p=0,594).

Çocuklukta duygusal istismara maruz kalma ile ek hastalığa sahip olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (X^2=1,462; p=0,227). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının hastalık ile ilişkisi Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Hastalık İle İlişkisi				
Travma Alt Türü	**Hastalık**	**Travma var n (%)**	**Travma yok n (%)**	**İstatistiksel Analiz**
Duygusal İstismar	**Var**	30 (%35,7)	54 (%64,3)	X^2=1,462 p=0,227*
	Yok	75 (%28,7)	186 (%71,3)	
Duygusal İhmal	**Var**	24 (%28,6)	60 (%71,4)	X^2=0,131 p=0,718*
	Yok	80 (%30,7)	181 (%69,3)	
Fiziksel İstismar	**Var**	24 (%28,6)	196 (%75,1)	X^2=0,446 p=0,504*
	Yok	65 (%24,9)	60 (%71,4)	
Fiziksel İhmal	**Var**	33 (%39,3)	51 (%60,7)	X^2=0,024 p=0,878*
	Yok	105 (%40,2)	156 (%59,8)	
Cinsel İstismar	**Var**	12 (%14,3)	72 (%85,7)	X^2=0,227 p=0,634*
	Yok	43 (%16,5)	218 (%83,5)	
Toplam Ölçek Skoru	**Var**	33 (%39,3)	51 (%60,7)	X^2=0,001 p=0,973*
	Yok	102 (%39,1)	159 (%60,9)	

n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Yıllık ortalama hastaneye başvuru sayısı ile duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve toplam travma arasında anlamlı korelasyon yoktu (sırasıyla; r=0,053 p=0,326; r=0,087 p=0,106; r=0,022 p=0,685; r=0,094 p=0,082; r=-0,034 p=0,524; r=0,033 p=0,542).

Hayatlarının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi alanların duygusal istismar ölçek skoru ortalaması (7,8±3,3), almayanların ortalamasından (7,0±3,0) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti (t=2,129; p=0,034). Hayatlarının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi alanların duygusal ihmal ölçek skoru ortalaması (11,8±5,3), hiç psikiyatrik tedavi almayanların ortalamasından (10,3±4,8) istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (t=2,425; p=0,016).

Psikiyatrik tedavi alma ile cinsel istismar ölçek skoru ortalaması, fiziksel istismar ölçek skoru ortalaması ve toplam travma ölçek skoru ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla; t=1,616; p=0,107, t=0,543; p=0,588 ve t=0,709; p=0,479).

Çocuklukta duygusal istismara uğramış olanların yetişkinlikte daha fazla oranda psikiyatrik tedavi aldığı görüldü (X^2=4,114; p=0,043). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının psikiyatrik tedavi alma durumu ile ilişkisi Tablo 4.13'te gösterilmektedir.

Tablo 4.13 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi

Travma Alt Türü	Psikiyatrik Tedavi	Travma var n (%)	Travma yok n (%)	İstatistiksel Analiz
Duygusal İstismar	**Evet**	32[b] (%39,5)	49[b] (%60,5)	X^2=4,114 p=0,043*
	Hayır	73[a] (%27,7)	191[a] (%72,3)	
Duygusal İhmal	**Evet**	31 (%38,3)	50 (%61,7)	X^2=3,320 p=0,068*
	Hayır	73 (%27,7)	191 (%72,3)	
Fiziksel İstismar	**Evet**	23 (%28,4)	58 (%71,6)	X^2=1,462 p=0,227*
	Hayır	66 (%25)	198 (%75,0)	
Fiziksel İhmal	**Evet**	31 (%38,3)	50 (%61,7)	X^2=0,373 p=0,541*
	Hayır	107 (%40,5)	157 (%59,5)	
Cinsel İstismar	**Evet**	16 (%19,8)	65 (%80,2)	X^2=1,147 p=0,284*
	Hayır	39 (%14,8)	225 (%85,2)	
Toplam Ölçek Skoru	**Evet**	36 (%44,4)	45 (%55,6)	X^2=1,255 p=0,263*
	Hayır	99 (%37,5)	165 (%62,5)	

a,b=gruplar arası farklılığın yönü n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Aile ilişkileri ile duygusal istismar ve ihmal arasında pozitif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=0,255; p<0,001 ve r=0,231; p<0,001). Aile ilişkileri ile fiziksel istismar arasında pozitif yönde düşük korelasyon mevcuttu (r=0,145; p=0,007). Aile ilişkileri ile fiziksel ihmal arasında korelasyon yoktu (r=0,105;

p=0,051). Aile ilişkileri ile cinsel istismar arasında korelasyon yoktu (r=0,085; p=0,0115). Aile ilişkileri ile toplam travma ölçek skoru arasında pozitif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=0,218; p<0,001).

Hayatları boyunca kendilerini etkileyen kayıp yaşamayanların duygusal istismar ölçek skoru ortalaması (8,1±3,6) kayıp yaşayanların ortalamasından (6,9±2,8) istatistiksel açıdan anlamlı yüksekti (t=-3,446; p=0,001).

Hayatları boyunca kendilerini etkileyen kayıp yaşayanların fiziksel istismar ölçek skoru ortalaması (6,8±3,3) kayıp yaşamayanların ortalamasından (5,9±2,5) istatistiksel açıdan anlamlı yüksekti (t=-2,917; p=0,004).

Kayıp yaşama ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar ölçek skoru ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (sırasıyla; t=-1,391; p=0,165, t=-0,703; p=0,482 ve t=-0,794; p=0,428).

Hayatları boyunca kendilerini etkileyen kayıp yaşayanların toplam CTQ skoru ortalaması (40,0±15,0) kayıp yaşamayanların ortalamasından (36,6±12,5) istatistiksel açıdan anlamlı yüksekti (t=-2,148; p=0,032).

Fiziksel istismara maruz kalan çocukların kalmayanlara göre kayıp yaşayıp bundan etkilenme oranı istatistiksel açıdan anlamlı yüksekti (X^2=16,334; p<0,001). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının kayıptan etkilenme ile ilişkisi Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Kayıptan Etkilenme İle İlişkisi				
Travma Alt Türü	**Kayıptan Etkilenme**	**Travma var n (%)**	**Travma yok n (%)**	**İstatistiksel Analiz**
Duygusal İstismar	Evet	42[b] (%41,6)	59[b] (%58,4)	X^2=8,385 p=0,004
	Hayır	63[a] (%25,8)	181[a] (%74,2)	
Duygusal İhmal	Evet	29 (%28,7)	72 (%71,3)	X^2=0,139 p=0,709
	Hayır	75 (%30,7)	169 (%69,3)	
Fiziksel İstismar	Evet	41[b] (%40,6)	60[b] (%59,4)	X^2=16,334 p<0,001
	Hayır	48[a] (%19,7)	196[a] (%80,3)	
Fiziksel İhmal	Evet	46 (%45,5)	55 (%54,5)	X^2=1,829 p=0,176
	Hayır	92 (%37,7)	152 (%62,3)	
Cinsel İstismar	Evet	18 (%17,8)	83 (%82,2)	X^2=0,377 p=0,539
	Hayır	37 (%15,2)	207 (%84,8)	
Toplam Ölçek Skoru	Evet	41 (%40,6)	60 (%59,4)	X^2=0,128 p=0,720
	Hayır	94 (%38,5)	150 (%61,5)	

a,b=gruplar arası farklılığın yönü n=vaka sayısı %=sütun yüzdesi *Pearson Ki Kare Testi

Hayat memnuniyeti ile duygusal istismar ve ihmal arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,282; p<0,001 ve r=-0,276; p<0,001). Fiziksel istismar ile hayat memnuniyeti arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=-0,101; p=0,061). Fiziksel ihmal ile hayat memnuniyeti arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,121; p=0,024). Cinsel istismar ile hayat memnuniyeti arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=-0,087; p=0,106). Toplam travma ile hayat memnuniyeti arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=-0,202; p<0,001).

Somatizasyon ile duygusal istismar ve ihmal arasında pozitif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=0,225; p<0,001 ve r=0,130; p=0,015). Somatizasyon ile fiziksel istismar ve cinsel istismar arasında anlamlı korelasyon yoktu (r=0,100; p=0,064 ve r=0,034; p=0,527). Somatizasyon ile fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=0,110; p=0,042).

Somatizasyon ile toplam travma ölçek skoru arasında pozitif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu (r=0,148; p=0,006).

5.TARTIŞMA

Somatizasyon; tıbben açıklanamayan belirtilerin bedensel bulgular olarak dışa yansıtılmasıdır. Çocuklukta yaşanan travmalar yetişkin çağa gelindiğinde bireyleri hem fiziksel hem ruhsal açıdan etkiler. Aile hekimliği ailenin tüm bireylerine bakım veren, sürekli ve kapsamlı sağlık bakımı sağlayan tıbbi uzmanlık dalı olup prensip olarak toplumun her kesiminden geniş bir kitleye hitap ettiği ve hastaları biyopsikososyal açıdan ele aldığı için hem çocukluk çağı travma geçmişi olan hem de somatizasyon semptomları ile gelen pek çok hasta ile karşılaşmaktadır. Bu iki durumun bağlantısı ve etkileyen diğer faktörlerin anlaşılması, hasta hekim arasındaki iletişimin gelişmesi ve güven temellerinin kurulmasında önemli yer tutar.

ÇOMÜ Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalarda somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkiyi ve bunların yanı sıra etkili olabileceğini düşündüğümüz faktörleri araştırdığımız çalışmamıza; 198'i (%57,4) kadın 147'si (%42,6) erkek toplam 345 kişi katıldı. Çalışmamız sonuçlarına göre somatizasyon; cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, aile ilişkileri, ek hastalık durumu, ortalama hastane başvuru sayısı, psikiyatrik tedavi alma durumu, kişiyi etkileyen kayıp ve hayattan memnuniyetin öznel algısından etkilenirken; yaş, eğitim durumu, sigara/alkol kullanma alışkanlığı, gelir durumu ve gündelik hareketlilik durumundan bağımsızdı. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının bizim çalışmamızdaki görülme oranı; duygusal istismar %30,4; duygusal ihmal %30,1; fiziksel istismar %25,0; fiziksel ihmal %40,0; cinsel istismar ise %15,0 idi. Çalışmamıza göre; somatizasyon ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında pozitif korelasyon mevcuttu.

Ülkemizde Adana'da yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu kadınlarda erkeklerden 3 kat daha fazla tespit edilmiştir (6). Düzce ilinde psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada ise kadın ve erkek katılımcılar arasında 5/1 oranı bulunmuştur (72). İngiltere ve İtalya'daki katılımcılardan oluşan 768 gencin katıldığı bir çalışmada kadınların

somatizasyon puanı ortalaması erkeklerden daha fazla bulunmuştur (73). Bizim araştırmamızda da kadınların somatizasyon puanı ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunduğu için genel olarak literatürle benzer sonuçlar içermektedir.

Ibadan Üniversitesi Kolej Hastanesi Aile Hekimliğine başvuran hastalarda somatizasyonun etiyolojisinin araştırıldığı bir çalışmada; aile uyumu düşük olanlarda ve boşanmış/dul olanlarda somatizasyon bozukluğunun daha fazla görüldüğü bulunmuştur (74). İran'da yapılan bir çalışmada ise boşanmış/dul olan katılımcıların somatik semptom riski diğer katılımcılara göre 3.4 kat daha yüksek saptanmıştır (75). Araştırmamız; aile ilişkilerini daha çatışmalı olarak tanımlayanlar ve parçalanmış aileye sahip olanların somatizasyon ölçek puanlarının anlamlı oranda yüksek olması açısından bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde Dığrak ve yaptığı bir araştırmada kronik rahatsızlıklara sahip olanlarda somatizasyon bozukluğu görülme oranı anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmıştır (76). Özenli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da kronik hastalığı olanlarda somatizasyon bozukluğu görülme oranı daha yüksektir (6). Araştırmamızda ise; literatür sonuçlarına paralel şekilde, eşlik eden hastalığı bulunanların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması hiçbir hastalığı olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcılarını farklı etnik kökenli bireylerin oluşturduğu tıbben açıklanamayan semptomlarda eğitimin rolünün araştırıldığı bir çalışmada değişkenler arasında bir bağ gösterilememiştir (77). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi ve somatizasyon arasında bağ yoktu.

Birleşik Krallık'ta birinci basamağa başvuruların değerlendirildiği tıbbi açıklanamayan semptomlara yönelik ileriye dönük bir kohort çalışmasında; kadın cinsiyet, düşük fiziksel fonksiyon, gelir algısının kötü olması ve çocuklukta fiziksel istismara maruz kalmış olmak somatik belirti şiddeti puanlarının yüksek olması ile ilişkilendirildi (78). Çalışmamızda somatizasyon, katılımcıların gelir

algısından bağımsız bulunurken; çocukluk çağı travmalarından duygusal ihmal-duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile bağımlı bulundu. Çalışma verilerimiz kadın cinsiyet ve düşük fiziksel fonksiyon açısından bu araştırma sonuçlarını desteklerken, gelir algısı ve çocuklukta fiziksel istismar yönünde ayrılıyordu. Bunun sebebi hem gelir algısının hem de çocukluk travmalarının katılımcıların öznel algısından çok fazla etkilenebilecek değişkenler olması olabilir.

İran İsfahan Üniversitesi'nde kişilik özellikleri ve psikiyatrik hastalıklar ile somatizasyon semptomları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; stres, depresyon, anksiyete, vicdanlılık ve nevrotikliğin genel somatizasyon semptomlarını anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur (79). Yine İran'da yapılan başka bir çalışmada anksiyete ve depresyon ile somatizasyon ölçek puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (75). Bizim çalışmamızda da literatüre paralel şekilde; psikiyatrik tedavi alma öyküsü olanların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede yüksekti. Bu bağlamda bazı psikiyatrik hastalıkların somatizasyon üzerinde yordayıcı etkisi olduğu düşünülebilir.

Almanya'da birinci basamak başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada somatoform bozukluk tanısı alan kişilerin; daha yüksek oranda kadın cinsiyette, daha düşük eğitim seviyesine sahip ve daha yaşlı oldukları bulunmuştur (80). Çalışmamızda somatizasyon ile yaş ve eğitim seviyesi arasında korelasyon bulunamamıştır. Bunun sebebi çalışmamız üçüncü basamak hastanede ve 20-65 yaş arası bireylerde yapıldığı için eğitim seviyesinin genel olarak yüksek ve yaş aralıklarının birbirine yakın olması olabilir.

Ülkemizde Yardımcı ve arkadaşlarının yaptığı spor yapanlar ve yapmayanların somatizasyon düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada; spor yapanların somatizasyon düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (81). Bizim çalışmamızda ise ideal tanıma uygun spor yapanlar ile somatizasyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi literatür çalışmasındaki spor yapanların lisanslı sporculardan seçilmiş olması olabilir. Öte yandan her iki

çalışmada kadın cinsiyet yönünde anlamlı farklılık gösteriyordu. Yine aynı çalışmada çalışan katılımcıların somatizasyon düzeyi, çalışmayan kesim ve öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştu (81). Bizim çalışmamızda ise çalışmayanların somatizasyon puanı ortalaması çalışanlardan daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. Bunun sebebi, somatizasyonu etkileyen çok fazla değişkenin olması olabilir. Örneğin; bizim araştırmamızda çalışmayan katılımcılardaki işsizliğin getirdiği strese bağlı somatizasyon düzeyleri yüksekken ve literatürde karşılaştırdığımız araştırmadaki çalışan kesimin iş stresine bağlı somatizasyon seviyeleri yüksek bulunmuş olabilir.

Meksika'da sağlık bilimleri öğrencileri üzerinde yapılan somatizasyonu etkileyen değişkenlerin araştırıldığı bir çalışmada; depresyon, akademik stres ve ek hastalığa sahip olmanın somatizasyon üzerinde pozitif yönde etkisi varken; yaşam doyumu, kendini kabul etme ve romantik partner sahibi olmanın negatif yönde etkisi vardı (82). Çalışmamızda hayat memnuniyetinin öznel algısını sorduğumuzda; hayattan memnuniyet derecesi arttıkça somatizasyon ölçeğinden alınan puan ortalaması anlamlı ölçüde azalıyordu. Ek hastalığa sahip olmak, boşanmış/dul olmak, psikiyatrik tedavi almak somatizasyonu artıyordu. Bu açılardan değerlendirildiğinde çalışmamız literatürü destekler nitelikteydi.

Katılımcılarımız arasında kadınların erkeklere göre hayattan memnuniyet derecesi daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Evlilerin; bekar ve boşanmış/dul olanlara göre, sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre hayattan memnuniyet derecesi anlamlı ölçüde daha yüksekti. Gelir durumu arttıkça hayattan memnuniyet derecesi artıyordu. Aile ilişkileri uyumludan çatışmalıya doğru ilerledikçe ve ortalama yıllık hastane başvuru sayısı arttıkça hayattan memnuniyet derecesi azalıyordu. Literatür bilgisine göre de yaşam doyumu somatizasyon semptomlarını azalttığı için (82); çalışmamız sonucu ulaştığımız bu faktörlerden değiştirilebilecek olanlar üzerine yoğunlaşılabilir.

18 farklı ülkeden toplam 12.426 katılımcıya yapılan bir çalışmada somatizasyon; kadın cinsiyet ve ileri yaşa sahip katılımcılarda anlamlı farklılık gösterirken, sigara kullanma alışkanlığı ile zayıf korelasyon gösteriyordu ve eğitim düzeyinden bağımsızdı (83). Bizim çalışmamızda ise yaş ile somatizasyon arasında ve sigara kullanma alışkanlığı ile somatizasyon arasında bir ilişki yoktu; bunun sebebi katılımcı sayımızdaki farklılık ve sigara içen katılımcı sayımızın düşük oranda olması olabilir. Eğitim düzeyi ve somatizasyon düzeyi arasında ilişki olmaması açısından literatür bilgisi ile paralel sonuçlara ulaştık.

Çalışmamız sonuçlarına göre hayatlarını çok etkileyen bir kayıp yaşayıp bu durum sonucu yas sürecine giren kişilerin somatizasyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması herhangi bir kayıp yaşamayanlara göre anlamlı ölçüde yüksekti. Ulaştığımız bu sonuç literatür bilgisini destekler nitelikteydi (37).

Duyguların bedensel olarak yansıtılması aile hekimliğine başvuruların önemli bir bölümünü oluşturur. Bu başvurular muazzam sağlık bakım maliyeti, uzun bekleme listeleri ve hem hasta hem de klinisyen için hayal kırıklığına sebebiyet verir (84). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) birinci basamak merkeze başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada, hastaların toplam %20,5'i geçici somatizasyon tanısı almıştı ve bu hastalar diğer hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla birinci basamak başvurusu, daha fazla acil servis başvurusu, daha fazla ayaktan tedavi maliyeti, daha fazla servis yatışına sahipti. Bu bulgular ulusal düzeyde tahmin edilirse yıllık 256 milyar ABD doları sadece somatizasyonun artan etkisine atfedilebilirdi (85). Bu yüzden aile hekimliği kliniğinde somatizasyon semptomları ile başvuran hastaları tanımak altta yatan faktörleri değerlendirmek önemlidir.

Çocuk istismarı ve ihmali, mağdurlar üzerinde hayat boyu etkileri olan küresel bir sorundur (86). Aile hekimleri hastaların ilk başvuru noktası olduğu için istismar öyküsü olanlarla da ilk temas noktasını oluşturur. Birinci basamak hastaları ile yapılan bir çalışmada sağlık hizmetleri ortamında çocukluk çağı

istismarı öyküsü olan hastalar hekim-hasta ilişkisi açısından daha fazla güçlük çıkarmaktadır (87). Hekimlerin tıbbi görüşmenin psikososyal kısmında bu duruma da değinmesi, hastayı anlamaya çalışması önemlidir. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının bizim çalışmamızdaki görülme oranı; fiziksel ihmal %40; duygusal istismar %30,4; duygusal ihmal %30,1; fiziksel istismar %25,0; cinsel istismar ise %15,0 idi. Kadınların fiziksel istismara uğrama oranı (%29,8) erkeklerinkinden (%20,4) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti. Onun dışındaki istismar alt türlerinde cinsiyetler arası anlamlı fark görülmemişti.

Ülkemizde bir tıp fakültesinde Demirci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkeklerin %25,6'sı; kadınların %22,1'i CTQ toplam puanına göre çocuklukta travmaya maruz kalmıştı, cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yoktu (88). Çalışmamızda ise toplam travma puanlarına baktığımızda erkeklerin %42,2'si; kadınların %39,1'i travmaya maruz kalmıştı. Bizim çalışmamızdaki oranın daha yüksek olmasının sebebi; diğer gruptaki katılımcılar üniversite öğrencisi iken bizim katılımcılarımızın polikliniğe başvuran 20-65 yaş arası hastalar olması ve bölgesel farklılıklar olabilir.

Ülkemizde Örsel ve arkadaşlarının psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile yaptığı bir çalışmada çocuklukta fiziksel istismar oranı %34,4; duygusal istismar oranı %55,9; cinsel istismar oranı %17,1'di (89). Buradaki belirtilen oranlar bizim çalışmamıza göre daha yüksekti. Bu farklılığın sebebi çalışma grubu psikiyatri polikliniği olarak seçildiği için hali hazırda örneklemin yüksek oranda travmaya maruz kalmış kesimden oluşması olabilir.

Belçika'da yapılan kronik yorgunluk sendromu ve çocukluk travmalarının araştırıldığı bir çalışmada; duygusal ihmal %36,7, duygusal istismar %15,6, fiziksel istismar %17,8, cinsel istismar %23,3 oranında bildirilmiştir (90). Belçika'daki oranlarla çalışmamızdaki oranları karşılaştırdığımızda genel anlamda duygusal istismar ve ihmal sonuçları benzerken; çalışmamızda fiziksel istismar oranı Belçika örneğine göre daha yüksek, cinsel istismar oranı ise daha düşüktü.

ABD'de çocukluk çağı travmaları prevelansı ve sosyodemografik verilerle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; duygusal istismar %12,1, duygusal ihmal %5,1, fiziksel istismar %18,9, fiziksel ihmal %17,9, cinsel istismar %5,0 oranında görülmekteydi (91). Aynı ölçek ve yaş grubunda yapılmasına rağmen çalışmamıza göre ABD'de bildirilen oranlar oldukça düşüktü. Bunun sebebinin ülkeler arası sosyokültürel farklılıklar ve travmanın yetişkinlerde çocukluğa dönük hatırlamaya ve öznel yargıya bağlı değerlendirilmesinin olabileceğini düşündük. Yine aynı çalışmada duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile eğitim arasında negatif korelasyon vardı. Çalışmamızda da eğitim düzeyi arttıkça duygusal ihmal ve fiziksel ihmale maruz kalma oranı arttığı için benzer sonuçlara ulaştık.

Danimarka'da yapılan çocukluk çağı travmalarının prevalansının araştırıldığı bir çalışmada ise; fiziksel ihmal %3,0, duygusal istismar %5,2, fiziksel istismar %5,4, cinsel istismar %3,4 olarak bildirilmiştir (92). Bu çalışmadaki travma oranlarının bizim çalışmamıza göre oldukça düşük düzeyde olmasının sebebi çalışmanın 24 yaşındaki gençlerle ve sadece 12 yaşından önceki travmaları sorguluyor olması olabilir.

İtalya'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada duygusal istismar oranı %62,0, fiziksel istismar %44,4, cinsel istismar %18,2 olarak tespit edilmişti (93). İtalya çalışması ile bizim örneğimizdeki fiziksel istismar ve cinsel istismar oranları benzerken, İtalya örneğinde duygusal istismar oranı bizim çalışmamızdaki orana göre (%30,4) belirgin yüksekti. Bunun sebebi kullanılan ölçeklerin farklı olması ve sosyokültürel farklılıklar olabilir.

World Health Organization (WHO); Dünya Ruh Sağlığı Araştırmalarında 21 ülkeden 51.945 yetişkinin katıldığı bir çalışmada; nüfusun yaklaşık %40'ının olumsuz çocukluk geçmişine sahip olduğu ortaya konulmuştur (94). Genel olarak literatür verileri ve çalışmamızdaki çocukluk travmalarının sıklığını karşılaştırdığımızda ülkemizdeki veriler ile çalışmamız sonuçları benzer nitelikte

iken, yurtdışında yapılan çalışmalardaki bildirilen oranlarda daha çeşitli sonuçlara ulaşılmıştı (90–94).

Örsel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk çağında istismara uğramış olma ile aile tipi, eğitim durumları ve kırsal-kentsel alanda yaşama arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanamamıştır; ebeveynler arası şiddet olan ailelerin çocuklarında oran anlamlı yüksek bulunmuştur (89). Bizim çalışmamızda; duygusal istismarın kırsalda %44,7; kentsel alanda %28,7 ve fiziksel istismarın kırsalda %47,4; kentsel alanda %39,1 görülmesi sebebiyle kırsal alanda görülme yüzdesi anlamlı oranda daha yüksekti. Çalışmamız sonuçlarına göre CTQ alt ölçeklerinden duygusal-fiziksel-cinsel istismar ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki yokken; duygusal ve fiziksel ihmal ile eğitim durumu arasında negatif korelasyon vardı. Bizim çalışmamızla bu çalışma sonuçlarının farklı olma sebebi CTQ ölçek puanlarını etkileyen sebeplerin multifaktöriyel olması ve kişilerin öznel değerlendirmesine bağlı olması olabilir.

Hon-Kong'da yapılan olumsuz çocukluk deneyimleri ve akıl sağlığı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; duygusal istismar ve ihmal; düşük aylık gelir ve düşük eğitim seviyesi ile ilişkili bulunmuştur (95). Çalışmamız sonuçlarına göre duygusal ihmal gelir durumu ve eğitim seviyesi ile duygusal istismar ise sadece gelir durumu ile negatif korelasyon gösteriyordu. Bu açıdan çalışmamız literatürdeki örnekle benzerdi.

Çalışmamız sonucunda cinsel istismar hariç diğer travma alt türleri parçalanmış aileye sahip olanlarda anlamlı ölçüde daha yüksekti. Örneğin; parçalanmış aile ortamında yaşayanların duygusal istismara maruz kalma oranı %85,7 iken, çekirdek ailesi ile yaşayanlarda bu oran %25,2'ydi. Literatürdeki örneklere baktığımızda WHO'nun önderliğinde çok merkezli olarak yapılan araştırmada da uyumsuz aile ilişkileri ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasında bağlantı olduğu sonucuna varılmıştır (94).

Güney Kore'de çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı 18-65 yaş arası 3000 yetişkinin katıldığı bir çalışmada; çocukluk çağı travmalarının erkekler, evli olmayanlar ve ekonomik geliri düşük olanlarda daha fazla olduğu, çalışma durumundan ise bağımsız olduğu açıklanmıştı (96). Bizim araştırmamız da cinsel istismar hariç diğer travma alt türleri, boşanmış/dul olanlarda ve gelir durumu düşük olanlarda daha yüksekti olduğu için literatürü destekler nitelikteydi. Ancak araştırmamız sonuçlarında, fiziksel istismar (kadınlarda %29,8; erkeklerde %20,4) hariç diğer travma alt türleri ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmaması yönüyle bu çalışma sonuçlarından ayrılıyordu.

Çalışmamız sonucunda ek hastalığa sahip olmakla çocuklukta ruhsal travmaya maruz kalmak arasında anlamlı bağ yoktu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada psöriyazis hastalarının anlamlı oranda daha yüksek çocukluk çağı travmasına sahip olduğu sonucuna varılmıştır (97). Hidradenitis süpürativa hastaları ve kontrol grubunda çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada hidradenitis süpüritiva hastalarının incelendiği grupta çocukluk travmasına maruziyet daha fazlaydı (98). Bu sonuç ele alınan hastalığın spesifik özelliklerine bağlı elde edilmiş olabilir.

Çalışmamız sonucunda; çocuklukta duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismara maruz kalanların yetişkinlikte daha fazla psikiyatrik tedavi alma eğiliminde olduğu sonucuna ulaştık. Literatürde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları depresyon (99–101), psikoz ve şizofreni (102,103), yeme bozuklukları (104), intihar eğilimleri (105–107), borderline kişilik bozukluğu (108), madde kullanım bozukluğu (109) ile ilişkilendirilmiştir. Hollanda'da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre çocukluk çağı travmasının tüm alt türleri yetişkinlikte anksiyete ve depresif bozuklukların gelişimi için risk faktörü olarak bulunmuştur (101). Atlanta'da yapılan bir çalışma sonucunda ise; çocukluktaki tüm travma alt türleri depresyona zemin oluştururken duygusal istismar ve ihmal, cinsel veya fiziksel istismara göre yetişkin depresyonu için daha yordayıcıydı (110). Yine Çin'de ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada

çocukluk çağına ait travma deneyimlerinin depresif duygu durum ve nevrotik belirtilerle korelasyon gösterdiği yönündedir (100). Genç yetişkinler üzerinde yapılan bipolar bozukluk ile çocukluk çağı ruhsal travmalarının araştırıldığı bir çalışmada cinsel travma hariç diğer travma alt türleri ile bipolar bozukluk arasında ilişki bulunmuştur (111). Şiddet içeren suç öyküsü olan şizofreni hastaları, şiddet içeren suç öyküsü olmayan şizofreni hastaları ve kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada; suç öyküsü olan şizofreni hastalarının diğer şizofreni hastalarına göre daha yüksek oranda çocukluk travmasına maruz kaldığı, kontrol grubunun ise şizofreni hastalarının tümüne göre daha az oranda travmaya maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (103). Hindistan'da yapılan bir araştırmada sağlıklı kadınlara kıyasla çocuklukta istismara maruz kalan kadınlarda psikiyatrik bozukluk insidansı daha yüksekti (112). Çalışmamız bu yönden literatürle paralel sonuçlar içermektedir.

Kırsal alanda yaşayan nüfusta olumsuz çocukluk yaşantılarının araştırıldığı bir çalışmada; travma skoru ile vücut kitle indeksi, astım, anksiyete ve depresyon tanısı sıklığı pozitif korelasyon gösteriyordu (96). Çocukluktaki istismar ile yetişkinlikteki konik ağrı sendromlarının ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada istatistiksel anlamlı bağ kurulamamıştı (97). Çocukluk çağı travması ile ağrı kesici reçete edilme sıklığının karşılaştırıldığı bir çalışmada; travmaya maruz kalanlara daha fazla sayıda ağrı kesici reçete edilmişti ancak narkotik analjezik reçetelerinde bir artış yoktu (98). Birinci basamağa başvuran hastalarda çocukluk çağı travmasına maruz kalanlarda astım ve KOAH hastalığı daha fazla görülürken diğer kronik hastalıklarla ilişki kurulamamıştır (99). Görüldüğü gibi çocukluk çağı travmalarının ve diğer hastalıklarla ilişkilerine baktığımızda literatürde farklılık gösteren sonuçlar mevcuttur ancak genel bir ifadeyle çocukluk çağı olumsuz yaşantıları yetişkinlikteki çeşitli ruhsal hastalıklarla doğrudan ilişkili iken kronik rahatsızlıklar üzerinde kısmen etkilidir diyebiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanma oranı %11,6; sigara kullanma oranı ise %27,8'di. Alkol ve sigara kullanma ile çocuklukta travmaya maruz

kalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. Alkol bağımlıları ve kontrol grubu olmak üzere iki grubun CTQ kullanılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada; alkol bağımlılığının çocukluk çağı travmalarının 5 alt türünden özellikle duygusal istismar ve ihmale uğrayanlarda daha sık olduğu görüldü (113). Bizim çalışmamızda bağımlılığı değil kullanımı sorguladığımız için sonuçların literatürden farklı olduğunu düşündük.

Cinsel istismara uğrayan çocukların sayısı muhtemelen tam olarak bilinmemektedir. Bunun sebepleri arasında; çocukların bunu ifade edememesi ya da davranışın uygunsuz olduğunu anlamaması, fark edilenlerin bildirilmemesi, kişilerin hoş olmayan hatıralarını unutması sayılabilir (114). Çin'de 2508 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada kadınların çocuklukta cinsel istismara uğrama oranı %24,8 iken erkeklerde bu oran %17,6 idi ve bu öğrenciler akranlarıyla karşılaştırıldığında daha fazla somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, depresyon gösteriyordu (115).

Çalışmamıza göre; somatizasyon ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Birinci basamağa başvuran kadınlarda tıbbi açıklanmayan semptomlar ve çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada; duygusal istismar ve ihmalin yetişkinlikteki somatizasyon semptomları üzerinde yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (116).

Almanya'da üçüncü basamak hastanede yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu tanısı alan hastaların diğer gruplara göre çocuklukta cinsel ve fiziksel istismara maruz kalma oranın daha fazla olduğu görülmüştür (117). Bizim çalışmamızda somatizasyonla ilişkili bulunan çocukluk çağı travması alt türleri ile bu çalışmadakiler uyumsuzdu, bunun sebebinin mevcut çalışmadaki örneklem grubunun daha az kişiden oluşan ve tanı alan hastalardan oluşmuş olması olabileceğini düşündük.

Somatizasyon bozukluğu ve kontrol grubu hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; somatizasyon bozukluğu hastaları çocuklukta daha fazla duygusal ve fiziksel istismara maruz kalmıştı (118). Yine aynı çalışmada somatizasyon bozukluğu hastalarında daha fazla disosiyatif amnezi görüldüğünü bildirmişti. Amnezi ile ilişkilendirilmesi çalışmalar arasındaki farklı sonuçları açıklıyordu.

Fiddler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, tıbben açıklanmayan semptomları olan hastalarda sık tıbbi konsültasyon istenme sebebi, çocukluk çağındaki travmalarla, özellikle cinsel istismar ve ebeveyn ihmali ile ilişkilendirilmiştir (119). Taycan ve arkadaşlarının psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı bir çalışmada; somatizasyon bozukluğuna sahip olan kadınların daha fazla çocukluk ve yetişkinlik travmasına maruz kaldığı görülmüştür (120). Bizim çalışmamızda da toplam travma ölçek skoru ile somatizasyon arasında düşük düzeyde anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamız; ÇOMÜ aile hekimliğine başvuran ve onam veren 20-65 yaş arası katılımcılarla yapılmıştır. Üçüncü basamak hastanede %65'i üniversite mezunu olan katılımcılarla çalıştığımız için eğitim açısından ulaştığımız sonuçlar tüm ülke genelini yansıtmayacaktır. Araştırma verileri katılımcıların ankete verdikleri öznel cevaplardan oluşmuştur. Özellikle CTQ anketi, hayatın ilk 20 yılına dönük sorular içerdiği için sonuçlarımız katılımcıların olayları hatırlama durumuna ve kendi algılarına/yorumlarına bağlı olarak etkilenmektedir. Literatüre baktığımızda özellikle çocukluk çağı olumsuz yaşantıların ileriye dönük savunma mekanizması olarak hatırlanmayabileceği belirtilmiştir (121). Tüm bunlar çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Ülkemizde; somatizasyon ve çocukluk çağı ruhsal travmalarının beraber değerlendirildiği çok az çalışma vardır. Aile hekimliğine başvuran bireylerde yapılması ise çalışmamızın özgün yönünü oluşturmaktadır. Çalışmamızda; somatizasyon ve çocukluk çağı ruhsal travmalarını önce sosyodemografik veriler ve ilişkili olabilecek faktörlerle daha sonra da birbirleri ile kıyasladığımız için önemli miktarda veriye ulaşılmıştır. Toplumun her kesimiyle ilgilenen,

insana bir bütün olarak olarak yaklaşan aile hekimliği birimlerinde; hem somatizasyon semptomlarını etkileyen faktörlerin anlaşılabilmesi ve ayırt edilebilmesi hem de çocukluk çağında travmaya maruz kalan kişilerin daha iyi anlaşılıp yardımcı olunabilmesi açısından çalışmamız literatüre katkı sağlamaktadır.

Gerek somatizasyon hastaları gerekse çocukluk çağında istismara maruz kalan bireylerin ilk temas noktaları aile hekimliği birimleridir. Her iki konunun da hem hastaların yaşam konforunu doğrudan etkilemesi; hem de hekimlerin vaktini alması, çözümlenmesinin fazlaca emek istemesi, sağlık sistemine maddi-manevi yük oluşturması bakımından anlaşılmaya ve aydınlatılmaya ihtiyacı vardır. Çalışmamızın bu yönde farkındalık oluşturduğunu ve yeni araştırmalara zemin oluşturacağını düşünüyoruz.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız katılımcılarını; aile hekimliği polikliniğine başvuran 198'i kadın, 147'si erkek olmak üzere toplam 345 kişi oluşturuyordu. Katılımcılar 20-65 yaş aralığında olup; yaş ortalaması 34,3±12,3'tü.

Çalışmamıza katılanların somatizasyon ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 10,0±5,8 [0-30] idi. Kadınların ortalaması, erkeklerin ortalamasından daha yüksekti. Parçalanmış aileye sahip olan ve aile ilişkileri daha çatışmalı olan katılımcılarımızın somatizasyon puanı daha yüksekti. Ek hastalığı olanların, hayatının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi almış olanların, yıllık ortalama hastane başvurusu daha fazla olanların somatizasyon puanı daha yüksekti.

Çalışmamız sonuçlarına göre somatizasyon; yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu ve yaşanılan bölgeden (kırsal/kentsel) bağımsızdı. Sigara ve alkol kullanma alışkanlığından etkilenmiyordu.

Somatizasyonu etkileyen sebepler çok etmenlidir. Aile hekimleri olarak bize başvuran hastaların semptomlarının çok geniş çerçevede olduğu malumdur; eğer diğer organik tabanlı hastalıkları ekarte ederek somatizasyon semptomları ile başvuran hastaları fark edebilirsek ve bu hastalara altta yatan faktörleri ile birlikte anlamaya çalışarak problem çözmeye odaklı yaklaşabilirsek hem hasta memnuniyeti açısından hem de kendi mesleki tatminimiz açısından önemli bir fark oluşturabiliriz.

Çalışmamızdaki katılımcıların çocukluk çağındaki travmaya maruziyet oranları; fiziksel ihmal %40,0; duygusal istismar %30,4; duygusal ihmal %30,1; fiziksel istismar %25,0; cinsel istismar ise %15,0 idi. Bu veriler yaklaşık olarak türkiye ortalaması ile uyumlu olsa da 3. Basamak bir hastanede yapıldığını düşündüğümüzde oldukça dikkat çekiciydi.

Duygusal istismar ve ihmal ölçek skorundan alınan puan ortalaması ile medeni hal arasında anlamlı fark vardı. Boşanmış/dul olan katılımcılar çocukluğunda daha fazla istismara maruz kalmıştı. Fiziksel istismar ve cinsel istismar ölçek skorundan alınan puan ortalaması ile medeni hal arasında anlamlı fark vardı ancak post-hoc analiz yapıldığında gruplar arası farklılık yoktu. Fiziksel ihmalin ortalama puanı ile medeni hal arasında anlamlı fark yoktu.

Katılımcıların çalışma durumu ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Katılımcıların eğitim durumu ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar arasından anlamlı korelasyon yoktu. Duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı düşük korelasyon mevcuttu.

Kırsal alanda yaşayan katılımcıların duygusal istismara ve fiziksel istismara maruz kalma oranı kentsel alanda yaşayanlara göre daha yüksekti. Diğer travma alt türleri ile yaşam bölgesi arasında anlamlı fark yoktu.

Parçalanmış ailede yaşayan katılımcılar çocuklukta daha fazla duygusal istismar ve ihmale maruz kalmıştı. Fiziksel istismar ve ihmal ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark vardı ancak post hoc analiz yapıldığında gruplar arası anlamlı fark yoktu. Cinsel istismar ile yaşanılan aile ortamı arasında anlamlı fark yoktu. Katılımcıların aile ilişkileri ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile aile ilişkileri arasında ise anlamlı korelasyon yoktu.

Cinsel istismar ile gelir durumu arasında korelasyon yoktu ancak diğer travma alt türleri ile gelir durumu arasında negatif yönde anlamlı korelasyon vardı. Yetişkin çağda ek hastalığa sahip olma ile CTQ arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Hayatlarının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi

alanların duygusal istismar ve duygusal ihmal ölçek skoru ortalaması almayanların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti.

Somatizasyon ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu ancak; somatizasyon ile fiziksel istismar ve cinsel istismar arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Çalışmamız sonuçlarında da görüldüğü gibi çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar sadece çocukluğu etkilememekte, kişinin tüm hayatına projekte olan sonuçlar içermektedir. Biz aile hekimleri olarak bu hastalar ile karşılaştığımızda elbette psikososyal açıdan destek oluruz ancak asıl fark yaratacağımız kısmın; istismar gören çocukları fark edip bunlarla ilgilenmek, gerekirse aileleriyle seanslar halinde görüşüp bu konuda farkındalık oluşturmak ve aileleri eğitmek olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Sayar, K. The predictors of somatization: A review. Bull Clin Psychopharmacol [İnternet]. 2001;11:266–71. Erişim: internal-pdf:/The Predictors of Somatization-A Review.pdf

2. Carrozzino D, Bech P, Patierno C, Onofrj M, Morberg BM, Thomas A, et al. Somatization in Parkinson's Disease: A systematic review. Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry. 2017;78(31):18–26.

3. Özer S. Yaşlılık Döneminde Somatizasyonun Klinik Görünümü. 2010;168–72.

4. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: Do they have common associated factors? Int J Epidemiol. 2006;35(2):468–76.

5. Karapıçak Karaer Özgün, Aslan Selçuk UÇ. Psikiyatrik Belirtili Bedensel Bozukluklar. Vol. 1, tenedoks yayıncılık. istanbul; 2010.

6. Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal K, Özçürümez G. Türkiye'de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması [Prevalence and associated risk factors of somatization disorder among Turkish university students at an education faculty]. Anadolu Psikiyatr Derg. 2009;10(2):131–6.

7. Yöyen EG. Çocukluk Çağı Travması Ve Benlik Saygısı. Int J Soc Sci Educ Res. 2017;3(1):267–82.

8. Şar V, Öztürk E, Ikikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turkiye Klin J Med Sci. 2012;32(4):1054–63.

9. Sadock B, Bernet W. comprehensive textbook of psychiatry, child maltreatment. In philedelphia; 2000.

10. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. 2004;140–51.

11. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Derg. 2004;

12. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S, et al. Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. 2009;373.

13. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child Abus Negl. 2002;26(6–7):697–714.

14. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. Psychosom Med. 2006;68(1):129–35.

15. Martín-Higarza Y, Fontanil Y, Méndez MD, Ezama E. The direct and indirect influences of adverse childhood experiences on physical health: A cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(22):1–17.

16. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. Psychosomatics. 2002;43(1):1–9.

17. Noll-Hussong M, Gündel H. Ätiopathogenetische Aspekte Somatoformer Störungen. Nervenarzt. 2012;83(9):1106–14.

18. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. Klin Psikiyatr. 2004;Ek 1:14–9.

19. Unal S. Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. 2002;(January 2002).

20. Dimsdale JE. Research on Somatization and Somatic Symptom Disorders: Ars longa, vita brevis. Psychosom Med. 2017;79(9):971–3.

21. Martin A, Chalder T, Rief W, Braehler E. The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome: A general population survey. J Psychosom Res. 2007;63(2):147–56.

22. Keskin A., Ünlüoğlu İ., Bilge U. YÇ. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı , Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. 2012;344–51.

23. Atmaca M. Somatoform Bozukluklarda Nörogörüntüleme: Bir Gözden Geçirme. 2012;23(4):1–7.

24. Özen Şahin M. Şizofreni hastalarinda somatizasyon. 2007.

25. Yeşil H. Bağlanma, Somatizasyon ve Duyguları İfade Etme Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırms. Vol. 2, Bağlanma, Somatizasyon ve Duyguları İfade Etme Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırms. 2018.

26. Hüdanur A. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Zeka ve Sosyal Sorun Çözme Becerisinin Somatizasyon ve Sağlık anksiyetesi Üzerine Etkisi. 2019.

27. Anuk D, Bahad G. The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia : a sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. 2018;93–103.

28. U WR, Auer C. Is somatization a habituation disorder ? Physiological reactivity in somatization syndrome. 2001;

29. Hakala M., Karlsson H., Ruotsalainen U., Koponen S. BJ. Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. 2002;1379–85.

30. Hakala M, Karlsson H, Kurki T, Aalto S, Koponen S. Volumes of the caudate nuclei in women with somatization disorder and healthy women. 2004;131:71–8.

31. Niemi P, Portin R, Aalto S, Hakala M, Cognitive KH. Cognitive functioning in severe somatization – a pilot study. 2002;461–3.

32. Rief W, Pilger F, Ihle D, Bosmans E, Egyed B, Maes M. Immunological differences between patients with major depression and somatization syndrome. 2001;165–74.

33. Sayar K, D M, Kirmayer LJ, D M, Taillefer SS, Sc M. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. 2003;25:108–14.

34. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization , somatosensory amplification , attribution styles and illness behaviour : A review. 2006;18(February):25–33.

35. Lundh L, Simonsson-sarnecki M. Somatic Complaints. 2001;(June 2001).

36. Yavuz M, Erdur B, Işik M, Boğday H, İnce HE, Kök Ö, et al. Ergenlerde somatizasyonun aleksitimi ve ruhsal sorunlarla ilişkisinin incelenmesi. 2019;20:321–6.

37. Volkan V, Zıntl E. Gidenin Ardından. Savaşır S, editor. İstanbul: oa yayınları; 2010.

38. Williams&Wilkins L. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciensist/Clinical Psychiatry. Ali B, editor. ANKARA: GÜNEŞ KİTABEVİ; 2016.

39. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abus Negl. 2005;29(4):311–24.

40. Pressel DM. Evaluation of Physical Abuse in Children. Am Fam Physician. 2000 May 15;61(10):3057–64.

41. Bernet W. Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(10):37S-56S.

42. Yelboğa N. Çocuk Hakları Bağlamında Cinsel İstismarın İncelenmesi. 2019;202–21.

43. World Health Organization. Child maltreitment [İnternet]. 2020. Erişim: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

44. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Child Abuse and Prevention In Primary Care. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2006;15(9):153–7.

45. Yiğit Ş. Cinsel mitlerin çocukluk çaği travmalari ve dindarlik ile ilişkisi. 2020.

46. Örsel Sibel, Karadağ Hasan, Karaoğlan Kahiloğulları Akfer AAE. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. Anadolu Psikiyatr Derg. 2011.

47. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım / ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatr Derg. 2002.

48. Bakır Elif KS. Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye ' de Yapılan Araştırmalara Yansıması : Bir Literatür İncelemesi Reflection of Child Neglect and Abuse to Researches In Turkey : A Literatüre Review. Hacettepe Üniveristesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017.

49. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey : an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. 2001;25:279–90.

50. Koç Meltem Esra, Şahin Dağlı Figen, Aksakal Fatmanur AH. Exploring Prevalence of Child Abuse : Use of ICAST- Retrospective Instrument with the First Year Medical Students in a University Çocuk İstismarı Prevalansının Araştırılması : Bir Üniversitedeki Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinde ICAST-R Ölçeğinin. 2018;10(1):7–12.

51. Caren B. Physical Abuse of Children. 2017;1659–66.

52. Kaplan Sandra j., Pelcovitz David LV. Child and Adolescent Abuse and Neglect Research : A Review of the Past 10 Years . Part I : Physical and Emotional Abuse and Neglect. 1999;(july 1996):1214–22.

53. Topbaş M. Insanligin büyük bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. 2004;3(4).

54. Dinleyici M, Sahin F. Duygusal İhmal İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. 2016;(April 2018).

55. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali. 2007.

56. Pekşen FT, Bağcı G, Askay M, Kırcı Güven S, Özer E. Cinsel İstismar Olgularına Yaklaşım. 2019;23–6.

57. Dedeler M, Öpöz T, Öztürk C. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarına Yönelik Tedavi ve Önlene Yaklaşımları: Bir Gözden Geçirme. 2016;3(1):28–43.

58. Bulut S. Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme.

59. Wright MOD, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. Child Abus Negl. 2009;33(1):59–68.

60. United Nations Children's Fund. Measuring and monitoring child protection systems: proposed regional core indicators for East Asia and Pacific [Internet]. 2012. 104 p. Erişim: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/7852/pdf/measuring_and_monitoring.pdf

61. Grossman FK, Spinazzola J, Zucker M. "Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: A new framework": Correction to Grossman et al. (2017). Am J Orthopsychiatry. 2017;87(3):225–225.

62. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları. 2011;4:1–48.

63. Rakel RE, Rakel DP. Aile Hekimliği İlkeleri. In: Saatçi E, editor. Aile Hekimliği 9 Baskı. ANKARA: GÜNEŞ KİTABEVİ; 2019. p. 3–17.

64. Basak O. Bir disiplin olarak aile hekimliginin ulkemizdeki gelisim ozellikleri. Turkiye Aile Hekim Derg. 2013;17(1):29–36.

65. McWhinney IR. The importance of being different Part 1: the marginal status of Family medicine. In: Can Fam Physician. 1997. p. 193–5.

66. Brown C, Yılanlı M, Rabbit A. Child Physical Abuse and Neglect. In 2021.

67. Rakel RE, Rakel DP. Çocuk İstismarı. In: Saatçi E, editor. Aile Hekimliği 9 Baskı. ANKARA: GÜNEŞ KİTABEVİ; 2019. p. 468–76.

68. Erdfelder E, FAul F, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149–60.

69. Edwars RLM. How much should the average adult exercise every day? https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/fitness/expert-answers/exercise/faq-20057916#:~:text=Get%20at%20least%20150%20minutes,provide%20even%20greater%20health%20benefit.

70. Dülgerler Ş. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi; 2000.

71. Pallant J. SPSS Kullanma Klavuzu. Ahi B, Balcı S, editors. Anı Yayınları; 2016.

72. Özkan Ş. Somatizasyon Bozukluğu Ve Fibromiyalji Sendromunda Çocukluk Çağı Travmaları Ve Disosiyatif Yaşantıların Araştırılması. 2015.

73. Milani R, Parrott A, Turner H. Gender Differences in self-repoted anxiety, depression and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users and nondrug users. 2004;

74. Obimakinde A, Ladipo M, Irabor A. Familial and socio-economic correlates of somatisation disorders. 2015 Erişim: chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhancedreader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fdocument%2Fcontent%2F19b86ad2-70c2-35f1-92cf-c7437ce90485 Erişim Tarihi: 21 Kasım 2020

75. Garrus B, Danaeı M, Aboosaeidi R. The Prevelance and Predictive Factors of Somatization and İts Relationship with anxiety and Depression. 2019;388:539–47.

76. Dığrak E, Koçoglu D, Akın B. An Identification of Mental Problems Experienced by Adults in a Rural Area. J Psychiatr Nurs. 2014;5(3):122–8.

77. Evangelidou S, Nemoyer A, Cruz-Gonzalez M, O2malley İ, Alegria M. Racial/ethnic differences in general physical sympoms and medically unexplanined physical symptoms: Investigating the role of education. 2020;

78. Lamahewa K, Buszewicz M, Walters K, Marston L, Nazareth I. Persistent unexplained physical symptoms: A prospective longitudinal cohort study in UK primary care. Vol. 69, British Journal of General Practice. 2019. p. E246–53.

79. Mostafaei S, Kabir K, Kazemnejad A, Feizi A, Mansourian M, Hassanzadeh Keshteli A, et al. Explanation of somatic symptoms by mental health and personality traits: Application of Bayesian regularized quantile regression in a large population study. Vol. 19, BMC Psychiatry. 2019.

80. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N. Depression, anxiety, and somatoform disorders_ Vague or distinct categories in primary care_ Results from a large cross-sectional study _ Enhanced Reader.pdf. 2009.

81. Yardımcı A, Çağlayan A. Spor Yapan ve Yapmayan Bireylerin Biyolojik Ritm ve Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Spor Eğitim Derg [İnternet]. 2019;3(1):100–13.

Erişim: https://dergipark.org.tr/en/pub/seder/issue/42512/535591

82. Brampila-Tapia AJL, Meda-Lara RM, Palomera-Chavez A, Hernandez P, Pedro J-R. Association between personal, medical and positive psychological variables with somatization in univ _ Enhanced Reader.pdf. 2020.

83. Vargas-Prada S, Coggon D, Ntani G, Walker-Bone K, Palmer K, Cattrell A, et al. Descriptive Epidemiology of Somatising Tendency_ Findings from the CUPID Study _ Enhanced Reader.pdf. 2016.

84. Cooper A, Abbass A, Zed J, Bedford L, Sampalli T, Town J. Implementing a Psychotherapy Service for Medically Unexplained Symptoms in a Primary Care Setting. Vol. 6, Journal of Clinical Medicine. 2017. p. 109.

85. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Vol. 62, Archives of General Psychiatry. 2005. p. 903–10.

86. Malpani S, Arora J, Diwaker G, Kaleka Kaur P, Parey A. Child Abuse and Neglect: Do We know enough? A Cross sectional Study of Knowledge, Attitude, and Behavior of Dentist regarding Child Abuse and Neglect in Pune, İndia. Vol. 388, Nature. 2009. p. 539–47.

87. Porcerelli J, Klamo R, Jones J. Childhood Abuse in Adults in Primary Care: Empirical Findings and Clinical İmplications. 2017;

88. Demirci K. The investigation of relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. J Mood Disord. 2016;6(1):7.

89. Orsel S, Karadağ H, Kahiloğullari AK, Aktaş EA. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients | Psikiyatri hastalarinda çocukluk çaği travmalarinin sıkliği ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatr Derg. 2011;12(2):130–6.

90. Kempke S, Luyten P, Claes S, Van Wambeke P, Bekaert P, Goossens L, et al. The prevalence and impact of early childhood trauma in Chronic Fatigue Syndrome. Vol. 47, Journal of Psychiatric Research. 2013. p. 664–9.

91. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. Child Abus Negl. 2004;28(2):167–80.

92. Chrisoffersen M, Armour C, Lasgaard M. The Prevalence of Types of Childhood Maltreatment in Denmark. 2013.

93. Prino LE, Longobardi C, Settanni M. Young Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: Prevalence of Physical, Emotional and Sexual Abuse in İtaly. 2018.

94. Kessler R, McLaughlin K, Green J, Gruber M, Bromet E, Kawakami N. Childhood Advertisities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. 2010.

95. Fung HW, Chung HM, Ross C. Demographic and Mental Health Correlates of Childhood Emotional Abuse and Neglect in Honh Kong Sample. 2020.

96. Kim S, Kim G-U, Park S. Prevalence of Trumatic Experience in South Korean Adults. 2020.

97. Sesliokuyucu C, Şahpolat M, Arı M. Psöriazisli Hastaların Depresyon , Anksiyete , Çocukluk Çağı Ruhsal Travması ve Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özelliklerinin Araştırılması. 2017;28–40.

98. Gielen S, Janmohamed SR, Laethem A Van, Marmol V Del, Suppa M, Gutermuth J. Hidradenitis suppurativa is associated with childhood and lifetime traumatic events : a case – control study. 2020;2877–83.

99. Chapman D, Whitfield C, Felitti V. Adverse Childhood Experinces and The Risk of Depressive Disorders in Adult. 2004.

100. Zhang M, Han J, Shi J, Ding H, Wang K, Kang C, et al. Personality traits as possible mediators in the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese adolescents. J Psychiatr Res [Online]. 2018;103(May):150–5. Erişim: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.019

101. Hovens JGFM, Giltay EJ, Van Hemert AM, Penninx BWJH. Emotionele littekens: Langetermijn-gevolgen van jeugdtrauma voor angst-en depressieve stoornissen. Tijdschr Psychiatr. 2017;59(5):286–96.

102. J. van Os R, CA Ross AM. Childhood Trauma, Psychosis and Schizophrenia: a Literature Review With Theoretrical and Clinical İmplications. Acta Psychiatr Scandinava. 2005.

103. Storvestre G, Jensen A, Bjerke E, Tesli N. Childhood Trauma in Persons With Schizophrenia and a History of Interpersonal Violence. 2020.

104. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. Am J Psychiatry. 2002;159(3):394–400.

105. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. J Am Med Assoc. 2001;286(24):3089–96.

106. Kwok SYCL, Chai W, He X. Child abuse and suicidal ideation among adolescents in China. Vol. 37, Child Abuse and Neglect. 2013. p. 986–96.

107. Coêlho BM, Andrade LH, Borges G, Santana GL, Viana MC, Wang YP. Do childhood adversities predict suicidality? Findings from the general population of the metropolitan area of São Paulo, Brazil. Vol. 11, PLoS ONE. 2016.

108. Huang J, Yang Y, Wu J, Napolitano LA, Xi Y. Childhood Abuse in Chinese Patient With Borderline Personelity Disorder. 2012.

109. Levenson J. Adverse Childhood Experiences and Subsequent Substance Abuse in a Sample of Sexual Offenders: Implications for Treatment and Prevention. 2015.

110. Powers A, Ressler K, Bradley R. The Protective Role of Friendship on the Effects of Childhood Abuse and Depression. 2009.

111. Vieira I, Moreira P, Mondin T, Silva R. Childhood Trauma and bipolar spectrum: a population-based sample of young adults. 2020.

112. Jangam K, Muralidharan K, Tansa KA, Aravind Raj E, Bhowmick P. Incidence of childhood abuse among women with psychiatric disorders compared with healthy women: Data from a tertiary care centre in India. Vol. 50, Child Abuse and Neglect. 2015. p. 67–75.

113. Schwandt ML, Heilig M, Hommer DW, George DT, Ramchandani VA. Childhood Trauma Exposure and Alcohol Dependence Severity in Adulthood: Mediation by Emotional Abuse Severity and Neuroticism. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37(6):984–92.

114. Johnson CF. Child Sexual Abuse. Lanset. 2004.

115. Sun Y-P, Zhang B, Dong Z-J, Yi M-J. Psychiatric State of College Students With a History of Childhood Sexual Abuse. 2008.

116. Spertus I, Yehuda R, Wong C, Halligan S. Childhood Emotional Abuse and Neglect as Predictors and Physical symptoms in Women Presenting to a Primary Care Practise. 2003.

117. Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. Aust N Z J Psychiatry [İnternet]. 2008 April Erişim: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18330776/

Erişim Tarihi: 20 Aralık 2020

118. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. Am J

Psychiatry [Online]. 2005 May 1;162(5):899–905.Erişim: https://ajp.psychiatryonline.org Erişim Tarihi: 20 Aralık 2020

119. Fiddler M, Phil M, Jackson J, Kapur N. Childhood Adversity and Frequent Medical Consultation. 2004.

120. Taycan O, Şar V, Çelik C. Türkiye'nin Doğusunda Kadınlarda Somatizasyon Bozukluğunun Travmaya Bağlı Psikiyatrik Komorbiditesi. 2014.

121. Özden MŞ. Travma Dissosiyatif Bozukluklar: Genel Bir Bakış. Bartın Univ J FacLett [İnternet]. 2018;3(3):71–6. Erişim: https://ezproxy.msu.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/618563606?accountid=12598%0Ahttp://za2uf4ps7f.search.serialssolution.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/PsycINFO+:618563606&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:

EKLER

Ek 1 Araştırma anket formu

Bu çalışmayla, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak, polikliniğimize başvuran kişilerde; çocukluk çağı ruhsal travmaları, somatizasyon düzeyleri ve ilişkili faktörler araştırılacaktır. Katılımınız bu konuda elde edilmiş verilerin genişletilmesine faydalı olacaktır. Bu anketi cevaplamanız durumunda çalışmaya katılmaya onam vermiş kabul edileceksiniz. Lütfen eksiksiz doldurmaya gayret ediniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ( )kadın ( )erkek
3. Medeni Haliniz: ( )evli ( )bekar ( )boşanmış /dul
4. Çalışma durumunuz: ( ) çalışıyor ( ) çalışmıyor ( ) emekli ( ) işsiz ( )öğrenci
5. Eğitim Durumunuz: ( ) Okur yazar değil ( )ilköğretim ( )lise ( )üniversite ve üstü
6. Yaşadığınız bölge: ( )kırsal ( )kentsel
7. Yaşadığınız ortam: ( ) yalnız yaşıyorum ( ) yurtta/ev arkadaşımla yaşıyorum ( )çekirdek aile ( )geniş aile ( )parçalanmış aile
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? ( )iyi ( )orta ( )kötü
9. Sigara kullanımınız: ( )hiç içmemiş ( )bırakmış ( )halen içiyor
10. Eğer sigara kullanıyor iseniz; bırakmayı hiç denediniz mi?
    ( )evet ……kez ( )hayır hiç denemedim
11. Alkollü içki kullanımı : ( ) Hayır hiç kullanmam
    ( )evet kullanırım
    ( ) sadece sosyal ortamlarda

12. Anne ya da babanızdan birinin aşırı alkol kullanımına bağlı sorun yaşadığını düşünüyor musunuz? ( )evet ( )hayır

13. Fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

( )hayır

( )evet → ( )düzenli haftada en az 3 gün toplam 150 dk orta şiddette ( )düzensiz

14. Tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı? Cevabınız evet ise nelerdir?

( )evet →……

( )hayır

15. Düzenli kullandığınız ilaç varsa yazınız.

……

16. Daha önce psikiyatrik tedavi aldınız mı? ( ) evet ( )hayır

17. Son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna kaç kez başvurdunuz?

…….

18. Ailenizle ve ya eşinizle olan ilişkileriniz nasıl tanımlarsınız?

( ) Genel olarak uyumlu bir ilişkimiz var

( ) ciddi anlaşmazlıklarımız var ama beraber çözeriz

( ) sürekli çatışırız ama kopmayız

( ) sürekli çatışırız hiç anlaşamayız

19. Eğer şu ana kadar yaşadığınız süreçte çok sevdiğiniz bir yakınınızı ölüm, ayrılık… vs. sebeplerle kaybetti iseniz; bu durumun sizi hala etkilediğini düşünüyor musunuz?

( )evet

( )hayır

20. Genel hatlarıyla değerlendirecek olursak hayatınızdan memnuniyet derecenize kaç puan verirsiniz? (1)hiç memnun değilim……. (10)tamamıyla memnunum

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

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

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3. Zaman zaman 4.sıklıkla 5.çok sık olarak

	1	2	3	4	5
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde;					
1. Yeterli yemek bulamazdım.					
2. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.					
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.					
5. Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
6. Sevildiğimi hissediyordum					
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti					
9. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.					
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
12. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
13. Ailemdekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.					
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
15. Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.					
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.					
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
21. Çocukluğum mükemmeldi.					
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum					
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.					

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre doğru yada yanlış olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı yada tam tersi gibi gelebilir. Lütfen bütün soruları cevaplandırın.

1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.	Doğru	Yanlış
2. İştahım iyidir.	Doğru	Yanlış
3. Başım pek az ağrır.	Doğru	Yanlış
4. Ayda bir iki defa ishal olurum.	Doğru	Yanlış
5. Midemden oldukça rahatsızım	Doğru	Yanlış
6. Çoğu kez midem ekşir.	Doğru	Yanlış
7. Bazen utanınca çok terlerim.	Doğru	Yanlış
8. Sağlığım beni çok kaygılandırmaz.	Doğru	Yanlış
9. Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.	Doğru	Yanlış
10. Bazen başımda sızı hissederim.	Doğru	Yanlış
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.	Doğru	Yanlış
12. Sağlığım bir çok arkadaşımınki kadar iyidir.	Doğru	Yanlış
13. Pek seyrek kabız olurum.	Doğru	Yanlış
14. Ensemde nadiren ağrı hissederim.	Doğru	Yanlış
15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.	Doğru	Yanlış
16. Çabucak yorulmam	Doğru	Yanlış
17. Pek az başım döner yada hiç Dönmez	Doğru	Yanlış
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem	Doğru	Yanlış
19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.	Doğru	Yanlış
20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.	Doğru	Yanlış
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
22. Tekrarlayan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.	Doğru	Yanlış
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.	Doğru	Yanlış
24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.	Doğru	Yanlış
25. Çoğu zaman sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.	Doğru	Yanlış
26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş yada burnum tıkanmış gibi gelir.	Doğru	Yanlış
27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.	Doğru	Yanlış
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.	Doğru	Yanlış
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.	Doğru	Yanlış
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.	Doğru	Yanlış
31. Hiç felç geçirmedim yada kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.	Doğru	Yanlış
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir yada daha sık birdenbire her yanımı ateş basar.	Doğru	Yanlış
33. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissederim.	Doğru	Yanlış