

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARI VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN KRONİK AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

BÜŞRA ERTEKİN

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
2017

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARI VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN KRONİK AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

BÜŞRA ERTEKİN

Boğaziçi Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2014

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Programı, 2017

Bu tez Işık Üniversitesi'ne Sosyal Bilimler Enstitü'süne Yüksek Lisans (MA)
derecesi ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

IŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

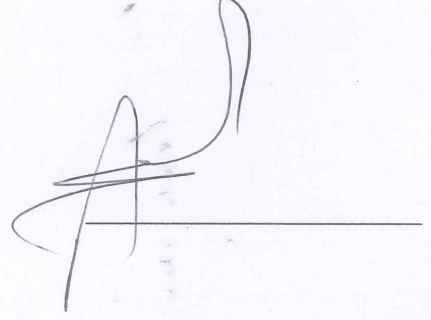
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
KRONİK AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

BÜŞRA ERTEKİN

ONAYLAYANLAR:

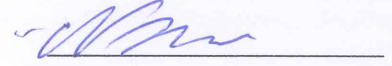
Yrd.Doç.Dr. Rukiye Hayran
(Tez Danışmanı)

Işık Üniversitesi



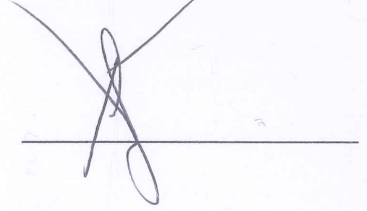
Yrd.Doç.Dr. Nazlı Balkır

Işık Üniversitesi



Prof.Dr. Falih Köksal

Boğaziçi Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 05.06.2017

THE INVESTIGATION OF RELATIONSHIP OF CHILDHOOD TRAUMAS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT WITH CHRONIC PAIN

ABSTRACT

Objective: In this research it is aimed to investigate the relationship of childhood traumas and perceived social support with chronic pain.

Methods: 52 individuals with chronic pain from community health center (clinical pain group), 52 individuals reporting pain at least for 6 months outside the clinical settings (non clinical pain group) and a pain-free control group ($n=52$) were included in this cross-sectional study. To test the research questions, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Somatosensory Amplification Scale (SAS) were applied to all groups of the participants. Additionally, Visual Analogue Scale (VAS), McGill Short Form Pain Questionnaire (SF-MPQ-Affect subscale) were used to measure experiences of individuals with pain. To compare the groups *Chi Square* test and *ANOVA* were conducted by using SPSS v.20. To test the relationships among variables *Linear Regression*, *Pearson/Spearman* correlation coefficient analyses were performed. Moderation model was tested with PROCESS Macro, model-1 (by Andrew F. Hayes).

Results: There were significant differences between non clinical pain group and healthy control group in terms of prevalence of self reported history of emotional abuse and at least one type of traumatic experience; but the groups did not significantly differ regarding prevalence of other types of trauma (physical abuse, sexual abuse, physical neglect and emotional neglect). The level of perceived social support from family was significantly lower in both pain groups than healthy control group. Additionally, severity of childhood traumas was found to be positively associated with somatosensory amplification, sensory and affective dimensions of pain and was negatively correlated with the age at onset of the pain. Finally, perceived social support from family moderated the relationship between childhood traumas and somatosensory amplification.

Conclusion: Findings correspond with the existing literature of pain and childhood trauma to a large extent. And this research highlights the relationships between pain and trauma regardless of the type of pain and emphasizes the importance of psychosocial factors in chronic pain. Further research should investigate the nature of the relationship.

Key words: childhood traumas, emotional abuse, chronic pain, perceived social support, somatosensory amplification

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA YAŞANTILARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN KRONİK AĞRI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırma çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek ile kronik ağrı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Aile sağlık merkezine başvuran 52 kronik ağrılı birey (klinik ağrı grubu), klinik dışından en az 6 aydır ağrısı olduğunu bildiren 52 birey (klinik dışı ağrı grubu) ve 52 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu araştırmaya dahil edilmiştir. Hipotezleri test etmek için Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBSDÖ) ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) tüm gruplara uygulanmıştır. Ek olarak, ağrı deneyimini ölçmek için ağrılı gruplara Vizüel Analog Skalası (VAS) ve McGill-Kisa Form'un Afekt alt boyutu (McGill-Affect) uygulanmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler IBM SPSS 20. programı kullanılarak analiz edilmiştir. Grupları karşılaştırmak için *Ki Kare* ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için ise Pearson/Spearman korelasyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır. Algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolü PROCESS macro, model-1 (Andrew F. Hayes) regresyon analizi ile test edilmiştir.

Bulgular: Sonuçlara göre klinik dışı ağrı grubunda çocukluk çağında duygusal istismar ve en az bir tipte travma bildirme oranının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışındaki travma alt boyutlarının (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal) yaygınlığı bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ek olarak, her iki ağrı grubunda da aileden algılanan sosyal destek düzeyi sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bununla birlikte çocukluk çağı travmaları şiddetinin bedensel duyumları abartma düzeyi, ağrının afektif ve duygusal şiddetiyle pozitif yönde, ağrının başlangıç yaşı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Son olarak, aileden algılanan sosyal destek düzeyinin çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile bedensel duyumları abartma ilişkisinde düzenleyici (moderatör) rolü olduğu görülmüştür.

Sonuç: Sonuçların ağrı ve travma literatürüne büyük ölçüde uyumlu olduğu söylenebilir. Bulgular ağrı tipi fark etmeksizin ilişkisel düzlemdeki travmalar ve algılanan sosyal desteğin kronik ağrı ile ilişkisinin altını çizmekte ve ağrı yaşantısındaki psikososyal unsurların önemine vurgu yapmaktadır. Gelecek araştırmaların travmatik yaşantılar ile ağrı ilişkisinin doğasını incelemeye yönelmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, kronik ağrı, algılanan sosyal destek, bedensel duyuların abartılması

TEŞEKKÜR

Bu uzun süreçte tezin tamamlanmasına buraya sığdıramayacağım kadar çok kişinin katkısı oldu;

Öncelikle araştırmada yer alan tüm gönüllü katılımcılara çok teşekkür ederim. Bu süreçte desteğini esirgemeyen Tez Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Rukiye Hayran'a, Tüm nezaketi ve sevecenliği ile beni karşılayıp çok değerli fikirlerini benimle paylaşan, tezimin gelişim sürecinde çok önemli katkısı olan, alanda örnek aldığım isimlerden Doç. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk'e teşekkürlerimi sunarım.

Veri toplama sürecine olağanüstü bir çaba harcayarak katkıda bulunan Dr. Jale Macit'e, tüm yoğunluğuna rağmen bu süreçte bana destek olan Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selmin Gulbahar'a ve Prof. Dr. Serap Alper'e çok teşekkür ederim.

Yapıcı ve bilgilendirici yorumları ile çalışmama katkıda bulunan Uzm. Psk. Gizem Ateş'e, değerli tez komite üyelerim Yrd. Doç. Dr. Nazlı Balkır Neftçi'ye ve Prof. Dr. Falih Köksal'a teşekkürlerimi sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca sağladığı maddi destekten dolayı bursiyeri olduğum TÜBİTAK'a teşekkür ederim.

Bütün bir sene beni evimde hissettiren Boğaziçi Üniversitesi Aptullah Kuran Kütüphanesi'nin güler yüzlü çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Bu sürecin büyük bölümünü paylaştığım, her zaman motive eden, hep yanımda duran sevgili arkadaşım Sercan Taş'a; en zorlandığım zamanlarda yanımda bulduğum, desteğini cömertçe sergileyen sevgili dostum ve meslektaşım Nağme Kan'a; özellikle tezin analizi ile ilgili değerli fikirlerini her daim benimle paylaşan sevgili arkadaşlarım aynı zamanda meslektaşlarım Ece Ergün'e ve Ecem Onar'a; veri toplama sürecinde yardımını esirgemeyen sevgili arkadaşım Sena Macit'e ve katkılarından dolayı arkadaşım Mahsum Ergül'e çok teşekkür ederim,

En nihayetinde maddi ve manevi tüm desteği için en büyük varlığım olan aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER TABLOSU

ABSTRACT.....	iii
ÖZET.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER TABLOSU.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
BÖLÜM 1	
GİRİŞ	1
1.1 AĞRI.....	3
1.1.1.Ağrının Biyopsikososyal Modeli.....	5
1.1.1.1 George Engel- Ağrıya Yatkın Hasta (The Pain -Prone Patient).....	6
1.1.1.2 Kapı Kontrol Teorisi.....	8
1.1.1.3 Davranışçı Yaklaşımlar.....	9
1.1.1.4 Bilişsel Yaklaşımlar.....	10
1.1.1.5 Psikofizyolojik Yaklaşımlar.....	10
1.1.1.6 Beden- Benlik Nöromatriks Teorisi.....	10
1.1.1.7. Nörobiyolojik Yaklaşımlar.....	13
1.1.2 Kronik Ağrı ve Duygulanım.....	15
1.1.2.1 Bedensel Duyumları Abartma.....	17
1.1.2.2 Kronik Ağrı, Depresyon ve Anksiyete.....	18
1.1.3 Ağrının Sınıflandırılması.....	19
1.1.3.1 Amerikan Ağrı Topluluğu Ağrı Sınıflandırması (AAPT).....	20
1.1.4.Kronik Ağrının Psikososyal Bileşenleri.....	21
1.2 ÇOCUKLUK ÇAĞINDAKİ TRAVMATİK YAŞANTILAR.....	22
1.2.1 Travma Kavramı.....	22

1.2.1.1 Travmaya Yönelik Tanısal Yaklaşımlar	23
1.2.2 Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Yaşantıları	27
1.2.2.1 Fiziksel İstismar	28
1.2.2.2 Cinsel İstismar.....	28
1.2.2.3 Duygusal İstismar.....	29
1.2.2.4 İhmal	29
1.2.3 Çocukluk Çağındaki Travmatik Yaşantılar ile Sağlık İlişkisi.....	29
1.2.3.1 Çocukluk Çağı Travmalarının Kronik Ağrı ile İlişkisi.....	31
1.3 SOSYAL DESTEK.....	35
1.3.1 Kavramsal Tanımlar.....	35
1.3.2 Sosyal Destek ve Sağlık.....	36
1.3.2.1 Stres-Tampon Etkisi Modeli.....	38
1.3.2.2 Sosyal Destek ve Ağrı.....	41
1.4 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri	42
1.4.1 Yan amaçlar	44
BÖLÜM 2	
YÖNTEM.....	45
2.1 Örneklem.....	45
2.1.1 Klinik Ağrı Grubu	45
2.1.2 Klinik dışı Ağrı Grubu	46
2.1.3 Sağlıklı Kontrol Grubu.....	46
2.2 Veri Toplama Araçları	46
2.2.1 Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu	46
2.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)	47
2.2.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE)	48
2.2.4 Ağrı Değerlendirme Formu.....	49
2.2.5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	49
2.2.6 Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale).....	49
2.2.7 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	50
2.2.8 McGill Ağrı Ölçeği- Kısa Formu	50
2.2.9 Genel Sağlık Formu	51
2.3 İşlem.....	51
2.4 İstatistik.....	52

BÖLÜM 3

BULGULAR.....	53
3.1 Tanımlayıcı Bulgular	54
3.2 Hipotezlerin Test Edilmesine Yönelik Bulgular	59
3.2.1 Gruplar Arası Karşılaştırmalar	60
3.2.2 Değişkenlerin Grup İçi Araştırılması	67

BÖLÜM 4

TARTIŞMA	80
----------------	----

KAYNAKLAR

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Sosyodemografik Değişkenlerin Gruplar Arası Dağılımı.....	56
Tablo 2 Ağrılı gruplarında ağrı değişkenlerine ilişkin bulgular	57
Tablo 3 Ağrı gruplarının ağrı şiddeti ortalaması (VAS-ort.) bakımından karşılaştırılması	58
Tablo 4 Ağrı gruplarının McGill_ afekt alt ölçeği bakımından karşılaştırılması.....	58
Tablo 5 Ağrı gruplarının farklı doktora gitme sıklığı.....	59
Tablo 6 Grupların Çocukluk Çağı Travmaları alt ölçeklerine ilişkin yüzdellik dağılımı	62
Tablo7 Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Göre Ortalamaları.....	65
Tablo 8 Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyon (Kısa Semptom Envanteri) puan ortalamaları bakımından grupların karşılaştırılması	66
Tablo 9 Bedensel Duyumları Abartmanın Gruplara Göre Ortalamaları	66
Tablo 10 İki ağrı grubunun ağrı tiplerine göre dağılımı.....	67
Tablo 11 Ağrılı bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları (toplam puan) bildirimlerine göre ağrı değişkenleri bakımından karşılaştırılması	70
Tablo 12 BDAÖ ve ÇÇTÖ boyutları arasında basit doğrusal regresyon analizi	71
Tablo 13 Bedensel duyumların abartılmasının yordayıcıları	73
Tablo 14 Çocukluk Çağı Travmaları (toplam puan) ile Bedensel Duyumların Abartılması ilişkisinde koşullu (conditional) etkiler.....	73
Tablo 15 Ağrının Afektif Değerlendirilmesi ile ÇÇTÖ alt boyutlarının basit doğrusal regresyon analizi	75
Tablo 16 Ağrının Afektif Şiddeti (McGill -Afekt) ile Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları.....	75
Tablo 17 Ağrı Şiddeti Ortalaması (VAS-ort) ile Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları.....	76
Tablo 18 Ağrılı bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek (ASD) puanları arasındaki korelasyon katsayıları	77

Tablo 19 Ağrılı bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları	78
Tablo 20 Ağrılı bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları.....	79

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1 Grupların Çocukluk Çağı Travma Boyutları Bakımından Yüzdelerlik Dağılımı	63
Grafik 2 Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Sıklık Dağılımı.....	68
Grafik 3 Aileden Algılanan Sosyal Desteğin Farklı Düzeylerinde, Çocukluk Çağı Travmaları ile Beden Duyumlarının Abartılması İlişkisi.....	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Kronik ağrının Nöromatriks Teorisi (Melzack, 2003).....	12
Şekil 2 Amerikan Ağrı Topluluğu Ağrının Sınıflandırılması.....	21
Şekil 3 Kronik ağrı yaşantısına etki eden psikososyal yapı ve süreçlerden bazıları..	22
Şekil 4 Sosyal Destek: Stres –Tampon ekisi modeli	39
Şekil 5 Moderasyon Modeli : Aileden Algılanan Sosyal Desteğin (ASD-aile) Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT) ile Beden Duyumlarını Abartma (BDA) ilişkisindeki düzenleyici rolü	73

KISALTMALAR LİSTESİ

ASD: Algılanan Sosyal Destek

ASDÖ: Sosyal Destek Ölçeği

BDA: Bedensel Duyumları Abartma

BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

KAG: Klinik Ağrı Grubu

KAGD: Klinik Dışı Ağrı Grubu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

McGill: Çok Boyutlu Ağrı Ölçeği

McGill_Afekt: McGill Ölçeğinin Ağrının Afektifini Ölçen Alt Boyutu

SKG: Sağlıklı Kontrol Grubu

VAS: Visual Analog Scale

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Bilindiği gibi ‘ağrı’ evrensel bir problemdir. Özellikle süreğen (kronik) ağrı tek başına yaratmış olduğu strese ek olarak bireylerin yaşamına eşlik eden pek çok stresörü de beraberinde getirmekte, ağrı hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Kronik hale gelen ağrıyla yaşamak duygusal açıdan dayanıklılık isteyen bir süreç olmakla birlikte bireyin duygusal kaynaklarını tüketen bir etkiye de sahiptir (Turk ve Monarch, 1996). Kronik ağrı ile yaşayan bireylerin ağrıyı gidermek için başvurduğu yöntemlerin istenen sonucu vermemesi ağrılı bireylerde hüsrana, çaresizlik, umutsuzluk duyguları ve depresyonu tetikleyebilmektedir.

Sosyal açıdan bakıldığında, kronik ağrı bireylerin üretkenliğini düşürmekte, iş gücü kaybına neden olmakta ve sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışma (Gaskin ve Richard, 2012) herhangi bir zaman diliminde Amerika’da 100 milyondan fazla kişinin kronik ağrıdan etkilendiğini ve yıllık sağlık harcamalarında kalp hastalıkları, kanser ve diyabetten daha üst sıralarda yer aldığını ortaya koymaktadır. Bu nedenlerle dünyada milyonlarca insanı etkileyen kronik ağrı major bir sağlık problemi olarak görülmektedir (Turk ve Monarch, 1996). Bu noktada, genellikle komplike bir tedavi gerektiren kronik ağrının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması, risk faktörleri üzerinde yoğunlaşarak önleyici tedavilere ağırlık verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Ağrı literatürüne baktığımızda, yapılan araştırmalar doku hasarı ve ağrı şikayetinin birbirini örtüşmeyebileceğini göstermektedir (Sharp, 2001). Bu noktada ağrı yakınmasındaki psikososyal faktörler ve bireysel farklılıklar önem taşımaktadır. Bu da kronik ağrı hastalarının doğru biçimde tedavi görmelerini sağlamak için psikososyal faktörlere yoğunlaşmak gerekliliğine işaret etmektedir. Psikososyal unsurlar pek çok değişkenden oluşsa da klinik araştırmalar ve ampirik gözlemler

sonucunda oluşan mevcut bilgi birikimi ağrı ile ilişkili bazı spesifik dinamiklere işaret etmektedir.

Bu bağlamda, üzerinde durulması gereken risk unsurlarından birisi travmatik strestir. Özellikle çocukluk çağında karşılaşılan örseleyici yaşantıların bireylerin yetişkinlik dönemleri için kalıcı izler yaratabileceği bilinen bir olgudur (Browne ve Finkelhor, 1986). Çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar birçok psikopatolojinin öncülü olabileceği gibi, aynı zamanda fiziksel sağlığı da tehdit edebilmektedir.

Herman (1992) çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların çeşitli biçimlerde ortaya çıkabileceğini, psikolojik travmanın somatik duyumlara dönüşebileceğini belirtmiştir. Buna paralel olarak, özellikle kişiler arası düzlemdeki travma geçmişinin gelecekteki kronik ağrı yaşantısı için risk teşkil ettiği öne sürülmektedir (van Der Kolk ve ark., 2005). Konuya ilişkin yürütülen meta analiz çalışmalarından biri (Davis ve ark., 2005) kronik ağrılı bireylerin ağrısız kontrol grubuna göre travma öyküsü bildirme eğiliminin daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Bunun yanı sıra, erken dönemde yaşantılanan travmatik stresin şiddeti; ilerideki ağrı yoğunluğu, ağrının fiziksel ve duygusal işleyiş üzerindeki etkileriyle ilişkilendirilmektedir (Driscoll ve ark., 2015).

Öte yandan, ağrı yaşantısında önemi vurgulanan bir diğer psikososyal unsurun *sosyal destek* olduğu görülmektedir (Driscoll ve ark., 2015). Sosyal desteğin düşük düzeyde olması, kronik ağrıdan yakınan bireylerde ağrı yoğunluğu (Evers ve ark., 2003) ve depresif semptomların artışı ile ilişkilendirilmektedir (Kerns ve ark., 2002). Bu bulgu ile tutarlı olarak bazı çalışmalar güçlü bir sosyal destek ağına sahip olmanın psikolojik ve somatik açıdan iyilik haline yaptığı katkıyı vurgularken, kimi çalışmalar sosyal desteğin, stresli yaşam olaylarının gelecekteki olumsuz etkilerini hafifletici ya da alevlendirici işlevinin önemine vurgu yapmaktadır (Cohen ve Willis, 1985). Bu teorik modelde, stresör ile strese bağlı sonuçlar (distress) arasındaki ilişkide sosyal desteğin tampon işlevini inceleyen pek çok çalışmaya rastlansa da çocukluk çağındaki travmaların şiddetinin, yetişkinlikteki ağrı semptomları ile ilişkisinde algılanan sosyal desteğin rolünü değerlendiren çalışmaların eksikliği dikkat çekmektedir.

Buna ek olarak, son yıllarda çocukluk çağı travmaları ve ağrı yaşantısına ilişkin yürütülen çalışmalar artsa da, bu araştırmaların çoğunlukla tıbbi alt yapısı netleşmemiş spesifik kronik ağrı sendromları (örn. fibromiyalji, pelvik ağrı) ile

ilişkilendirildiği görülmektedir (Afari ve ark., 2014). Ancak bir taraftan da ağrı araştırmaları ağrının kompleks doğasını daha çok vurgulamaya başlamış, tıbbi alt yapısı belirgin olan ağrı tiplerinde de (örn. romatoid artrit) psikososyal unsurların rolünün değerlendirilmesinin gerekliliğine işaret etmiştir (Melzack, 2001). Türkiye’de ise kronik ağrı yaşantısında çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları inceleyen çalışmalara nadiren rastlanmaktadır (Yücel ve ark., 2002; Bayram ve Erol, 2014). Bununla birlikte, yapılan çalışmaların sıklıkla klinik ortamda “yardım arayan” ağrı hastalarıyla gerçekleştirilmiş olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hastaların halihazırda stres düzeylerinin daha yüksek olmasının da ortaya çıkan sonuçlarda etkili olabileceği belirtilmektedir (Lumley ve ark., 2011).

Bu bilgiler ışığında, bu çalışmanın en temel amacı major bir sağlık problemi olarak görülen kronik ağrının çeşitli boyutlarının çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini inceleyerek ağrı yaşantısındaki psikososyal unsurların önemini vurgulamaktır. Bu doğrultuda, çocukluk çağındaki travmatik stresin şiddeti ile ağrıya bağlı değişkenlerin ilişkisinde algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolü incelenecektir. Bununla birlikte kronik ağrılı bireyler ile ağrısız kontrol grubu çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı bakımından karşılaştırılacaktır. Yukarıda sözü edilen nedenlerden hareketle, bu çalışma ağrı tipi fark etmeksizin sağlık merkezine başvuran kronik ağrılı bireylerle birlikte, klinik dışından en az 6 aydır ağrı bildiren bireyleri ve sağlıklı kontrol grubunu dahil ederek karşılaştırmalı bir çalışma deseni oluşturmuştur. Çalışmanın birinci bölümünde kronik ağrı, çocukluk çağı travmaları ve sosyal destek ile ilgili literatüre yer verilecektir.

1.1 AĞRI

Türkçe sözlükte *Ağrı*: “vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı” şeklinde tanımlanmaktadır. Türkçede “acı”, “sancı”, “sızı”, “ıstırap”, “yel”, “cefa” gibi negatif duygu tonu olan sözcükler de çoğu zaman ağrı deneyimini ifade etmek için kullanılır (Altun, 2010). İngilizce karşılığı “pain” olan sözcüğün kökeni Latinceye Antik Yunancadan geçen “poena”dır ve “ceza” anlamına gelir (Altun, 2010). Hemen hemen bütün dillerde “ağrı” fiziksel bir acının ifadesi olmakla birlikte hüznü, melankoliyi, genel itibarıyla olumsuz duygulanımı tarif ederken de kullanılır. Bu bakımdan, dilsel düzeyde de ağrı, çağdaş yaklaşımların belirttiği gibi somatik ve emosyonel boyutları olan bir yaşantıya işaret eder.

Ağrı yüzyıllardan beri insanın yakından tanıdığı, evrensel bir deneyimdir. Bedeni tehdit eden durumlarda kişiyi uyarır, tıbbi yardım almaya ya da tehlikeli durumlardan kaçınmaya teşvik ederek hayatta kalma adına önemli bir rolü üstlenir. Bu değerli işlevine rağmen, kimi zaman yararlı bir sinyal olmaktan çıkıp ağrının kendisi tehdit edici bir uyarana dönüşebilmektedir. Yapılan araştırmalar dirençli ağrıların, ağrılı bireyler ve toplum için artan bir yük haline geldiğini ortaya koymaktadır. Tsang ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan kapsamlı çalışma, son yıllarda çeşitli ülkelerde kronik ağrının ulaştığı rakamsal değerleri göstermesi bakımından önemlidir: 10'u gelişmiş, 7'si gelişmekte olan ülkelerde yapılan anketlere göre kronik ağrının yetişkinlerde nokta prevalansı¹ %41 ve %37 arasında bulunmuştur.

Günümüzde ağrının kapsamlı bir tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain-IASP) tarafından yapılmış, şöyle tanımlamıştır: "Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal yaşantıdır." (Merskey, 1986). Burada da vurgulandığı gibi ağrı yaşantısı duyuşsal ve emosyonel bileşenlerden oluşmaktadır, öznel bir deneyimdir.

Günümüzde ağrı tanımı psikolojik ve sosyal mekanizmaları da içine alacak şekilde genişletilmiş olsa da uzun yıllar boyunca ağrı ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar daha çok ağrının biyolojik temellerine odaklanmış, ağrı duyusunun yoğunluğu ile periferik zedelenmenin şiddetini birebir ilişkili olarak varsayımlardır. Beecher (1959) klinik deneyimlerinden yola çıkarak yaptığı araştırmalarla bu varsayımı çürütmüş; dikkat, anlamlandırma ve plasebo gibi psikolojik değişkenlerin ağrı algısında önemli bir rol oynadığını ortaya koymuş, ağrı duyumu ile doku hasarının doğrusal bir ilişkiye sahip olmadığını sonucuna varmıştır. Benzer şekilde Melzack (1990) ağrının nörobiyolojisi üzerine çalışmalar yapmış, ağrı niteliğinin yalnızca periferik uyarım etkisinde olmadığını aynı zamanda beynin geçmiş deneyimler, dikkat, değerlendirme ve anlamlandırma işlevlerinden sorumlu olan bölgelerindeki uyarılardan da etkilendiğini öne sürmüştür. Bu araştırmalar, ağrı yaşantısıyla ilişkili olduğu varsayılan psikososyal bileşenlerin araştırılmasına ön

¹ Nokta prevalansı: Belirli bir zamanda hastalık belirtisini gösteren toplum yüzdesini, anlatmak için kullanılır

ayak olması ve biyopsikososyal yaklaşımın temellerini oluşturması bakımından önemlidir.

Ağrı literatürünü incelediğimizde ağrı süresine göre; akut ağrı, sürekli ağrı ve kronik ağrı olarak üç gruba ayrılmaktadır. Akut ağrı, genellikle doku zedelenmesi ve yaralanma ile ortaya çıkarken en fazla bir ay sürmesi, uygun tedaviyle ortadan kalkması beklenir (Sternbach, 1974; akt. Sertel Berk, 2006). Akut ağrı koruyucu bir alarm sistemi olarak tanımlanır; işlevi kişiyi sağlığını korumaya yönelik harekete geçmesi için motive etmektir. Kronik ağrı ise en az 3-6 ay sürer, kronik ağrıya akut ağrıdan daha kompleks bir mekanizma eşlik eder (Lumley ve ark., 2011). Başlangıçtaki ağrı uyararı kaybolmuştur veya mevcut ağrı yanıtını açıklayabilecek yoğunluğa ve niteliğe sahip değildir (Gürel, 2010). Bu noktada, kronik ağrıda psikolojik değişkenlerin önemli rol oynadığına, bu nedenle medikal tedavi öncesinde psikolojik değerlendirmenin gerekli olabileceğine dikkat çekilmiştir (Sertel Berk, 2006).

Görüldüğü gibi kronik ağrıda psikolojik etmenlerin ağrı deneyimindeki rolüne ilişkin araştırmalar geçmişten günümüze önemli aşamalar kaydetmiştir. Bir sonraki bölümde, kronik ağrıya biyopsikososyal yaklaşımın temellerini oluşturan teorilere kronolojik olarak yer verilecektir.

1.1.1.Ağrının Biyopsikososyal Modeli

Yukarıda da kısaca değinildiği gibi, 1960'lı yıllardan önce kronik ağrı pek çok insan tarafından ilaç ya da cerrahi operasyon (surgery) gerektiren patofizyolojik temelli bir durum olarak görülmüştür (Jensen ve Turk, 2014). Süreğen ağrıdan muzdarip birçok hastanın medikal tedavilere rağmen yakınmalarının devam etmesi ve hastalarda ağrıya bağlı engellilik düzeyinin, tek başına fiziksel patolojinin neden olması beklenenden daha yüksek olduğunun gözlemlenmesi ile ağrı yaşantısını açıklayabilecek diğer faktörlere odaklanılmıştır. Bu noktada, biyomedikal yaklaşım, hastalık ve sağlığa ilişkin modelinde psikososyal değişkenlerin patofizyolojik süreçlerle etkileşimini ortaya koymadaki yetersizliği bakımından eleştirilmiştir (Engel, 1977). Tüm bu nedenler ağrıya daha bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğini işaret etmiştir. Böylece, ilerleyen bölümde ayrıntılarıyla değinileceği gibi, 1960'lı yıllarda ağrı konusunda oldukça ufuk açıcı bir formülasyon olarak nitelendirilen

Kapı Kontrol Teorisi ortaya atılmıştır (Melzack ve Wall, 1965; Melzack ve Casey, 1968).

Biyopsikososyal anlayışla birlikte profesyonel bilim topluluklarının ağrıyı ele alış biçimi değişmeye başlamıştır (Edwards ve ark., 2016). Biyopsikososyal yaklaşım, ağrının sadece fizyolojik niteliğine odaklanmak yerine ağrıyı pek çok yönüyle ele almaktadır; ağrının şiddeti ve ağrıya bağlı engellilik düzeyi çok boyutlu olarak değerlendirilmektedir. Başka bir deyişle, bu model; fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin dinamik etkileşiminin kronik ağrı yaşantısında belirleyici rolü olduğunu öne sürmektedir (Edwards, ve ark., 2016).

Bununla birlikte, IASP'nin tanımında da belirtildiği gibi, ağrı tek başına duyuşsal bir deneyim değil, aynı zamanda bilişsel ve duygusal bir deneyimdir. Bu bileşenler hiyerarşik bir biçimde organize olmaktan ziyade, birbirleri ile etkileşerek ağrı yaşantısını oluşturmaktadır (Cervero, 2012). Ağrı yaşantısının bu 3 bileşeni için basit bir örnek verilecek olursa, herhangi bir nedenle bedeninde “ağrı” duyumsayan kişinin bu uyaran karşısında “rahatsızlık/hoşnutsuzluk” hissetmesi beklenir, bu duygusal yanıt kişiyi duruma karşı “kaçınmacı” bir tepkiye yöneltir, bilişsel yönden ise kişi bu ağrı duyumunu “anlamlandırmaya” çalışır; yani “niçin ağrı hissettiğini”, “ağrının hayatını nasıl etkileyeceğini” bilmek ister (Cervero, 2012). Bu noktada, ağrı uyarana verilen ilk tepki duygudur, ardından biliş duygusal deneyime bir anlam yüklemekle birlikte başka duygusal yanıtları da tetikleyebilir. Böylece, ağrı deneyimini/duyumunu, stresi ve ağrıya bağlı engellilik düzeyini arttırabilir. (Gatchel ve ark., 2006).

Biyopsikososyal bileşenlerin ağrı yaşantısındaki rollerinin ağırlığı ise değişkendir. Örneğin, akut düzeyde bir ağrının gelişiminde biyolojik unsurlar baskın iken, bir süre sonra psikolojik ve sosyal faktörlerin ağrı semptomlarını ve ağrıya bağlı engellilik düzeyini açıklamadaki rolünün daha güçlü olabileceği belirtilmektedir (Turk ve Monarch, 1996).

1.1.1.1 George Engel- Ağrıya Yatkın Hasta (The Pain -Prone Patient)

Kronik ağrıya ilişkin psikanalitik literatürün diğer yaklaşımlara göre nispeten daha sınırlı olduğu söylenebilir. Freud bazı vakalarında ağrıyı histerik

konversiyonun² bir semptomu olarak ele almıştır. Szasz, (1957) Freud'un sadece, ağrının kaynağının "psikojenik" olduğunu düşündüğü hastalarla çalıştığını belirtmiştir (akt., Taylor, 2002). Psikanalitik kuram güncel ağrı literatüründe merkezi bir konumda olmasa da "hastalık" ve "sağlık" süreçlerindeki zihin, beden ve çevre etkileşimlerini inceleyen ve bu dinamikleri psikanalitik kuram çerçevesinde açıklayan George Engel'in çalışmaları teorik düzlemde ve uygulamada psikosomatik tıbbı ve bugünkü ağrı çalışmalarına önemli katkı sağlamıştır (Taylor, 2002).

Engel (1959) ağrının hiçbir zaman nötr bir deneyim olmadığından bahsetmiş, ağrı yaşantısındaki afektif (duygusal) tona dikkat çekmiştir. Daha açık bir deyişle, ağrı çoğunlukla rahatsız edici bir deneyim olsa da kimi zaman "memnuniyet verici" deneyimlerle ilişkilendirilebilen öznel anlamlar da taşımaktadır. Engel'e göre gelişimsel süreçte ağrının nesne ilişkilerinde önemli bir yeri vardır. Örneğin çocuklukta ağrı/acı duyumunun sevilen kişinin/bakım verenin yakınlık ve şevkat göstermesini sağlayan bir işlevi olabilmektedir. Bu durumda ağrı deneyiminin kendisi olmasa da sevgi nesnesi ile yeniden bağ kurma/birleşme beklentisi ve önemli öteki tarafından acının dindirilmesi "haz verici" bir deneyime dönüşebilmektedir. Öte yandan Engel'e göre ağrı bilinçdışı çatışmaların sembolik ifadesi olabilmektedir. Engel ağrının gerçek ya da fantezi ürünü bir nesne kaybından kaynaklanan suçluluk duygusuyla baş etme işlevi gören bir "ceza" niteliğinde olduğunu belirtmektedir.

Engel (1959) klinik gözlemlerine dayanarak "ağrıya yatkın hasta"yı tanımladığı makalesinde bu tip hastaların ortak özelliklerine değinmiş ve ağrı ile ilişkili psikodinamik faktörleri ele almıştır. Engel'e göre bu hastaların ortak özelliklerinden biri ağrı yakınmalarının ifadesinde ortaya çıkmaktadır; eşlik eden bir doku hasarı olsun ya da olmasın bu hastaların ağrıyı ifade etme biçimi daha karmaşıktır ve genellikle ağrının tanımı ile bilinen patofizyolojik süreçler arasında uyumsuzluk söz konusudur. Ağrının ifadesi ne kadar karmaşıksa altta yatan bilinçdışı süreçler de o denli karmaşıktır. Başka bir sendrom yerine ağrının seçilmesindeki neden ise bilinç dışı suçluluk duygusudur. Ağrı suçluluk duygusunu telafi edici bir ceza işlevindedir (akt., Sertel Berk, 2006).

Engel, ağrı lokasyonunun seçimiyle ilgili de iki önemli faktörün altını çizmiştir. Bunlardan ilki, kişinin geçmişinde herhangi bir nedenle periferik kökenli bir ağrı yaşamış olmasıdır. Bu ağrının psişik bir regülasyona hizmet etmiş olması,

² Freud ve Breuer (1893-5/1955) tarafından kullanılan kavram, bireyin önemli yaşam olaylarıyla ilişkili bilinçdışı çatışmalarının bedenselleştirme yoluyla yansıtıldığı patoloji için kullanılmıştır.

yani kişilerarası ilişkilerinin yapılandırılmasında rol oynaması ya da “ceza” işlevi görmüş olması önemlidir. İkinci faktör ise ağrının önemli öteki kişi tarafından yaşantılanmış ya da yaşantının hayal edilmiş olmasıdır. Kişi bilinçdışı çatışma içerisinde olduğu önemli öteki ile özdeşleşerek özellikle seperasyon sürecinde onun gibi olup, onun gibi acı çekebilir. (akt. Sertel-Berk, 2006)

Ağrı yaşantısında özellikle kişilerarası ilişkilere vurgu yapan Engel hastaların aile öyküsünü değerlendirmiş, özellikle çocuklukta olumsuz yaşam deneyimlerini (örn. ebeveynin alkol bağımlısı olması, ihmal ve istismar yaşantıları) süregelen ağrılarla ilişkilendirmiştir. Daha sonraki yıllarda da, Engel’in ön gördüğü gibi bu etkenlerin ağrı yaşantısı ile ilişkisini destekleyecek önemli çalışmalar yapılmıştır (Barsky ve ark., 1994; Walker ve ark., 1988).

Engel’in ağrı modelinde belirttiği en önemli noktalardan biri doku hasarının olmadığı durumlarda da ağrının deneyimlenebileceği görüşüdür. Ağrının tıpkı duyulanım gibi öznel bir deneyim olduğunun altını çizmiş, bir kez zihinsel olarak temsil edildiğinde, artık periferik uyarının gerekmediğini belirtmiştir.

Bu görüşün daha sonra Melzack’ın Kapı-Kontrol Teorisi ve Nöromatriks teorisi tarafından da desteklendiği söylenebilir (Taylor, 2002). Daha açık bir ifadeyle, Kapı kontrol Teorisi’ne (Melzack, 1965) göre ağrı yaşantısı sadece periferik uyarım etkisinde değildir, beyinden inen baskılayıcı ve ateşleyici sinir sinyalleri de omurilikteki “kapı” mekanizmasının düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Bununla birlikte ilerleyen kısımda bahsedileceği gibi Nöromatriks Teorisi’nde de ağrının kişiye özgü doğası periferik bir uyarım olmaksızın da ağrı yolağının aktive olabildiği öne sürülmüştür (Melzack, 1999).

1.1.1.2 Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall (1965) tarafından ileri sürülen Kapı Kontrol Teorisi, o zamana kadar ağrı mekanizmasına ilişkin teorilerden (özüllük³ ve yoğunluk teorisi⁴) önemli ölçüde ayrılmaktadır. Ağrı araştırmaları ve klinik uygulamalar üzerinde

³ Özüllük Teorisi (Specifity theory), (Von Frey, 1895): Temellerini Descartes’tan alan; ağrının diğer duyumlardan bağımsız, özgül bir uyarım mekanizması olduğunu savunan teoridir. (akt. Moayedı ve Davis, 2013)

⁴ Yoğunluk Teorisi (Intensive Theory) (Erb, 1875) : Ağrının sadece bir duyum olmadığını, uyarımın belli bir eşiğin üstüne çıktığında duyu boyutunun da olduğunu vurgulamaktadır. (akt. Moayedı ve Davis, 2013)

oldukça önemli etkileri bulunan teori, Melzack'ın (1996) kendi deyimiyle “devrim” niteliğindedir.

Kısaca açıklanacak olursa, teoriye göre arka boynuzda (dorsal horn) periferik sinirler aracılığıyla dokudan gelen uyarıların beyne ulaşmasını kolaylaştıran ya da engelleyen; bu bakımdan “kapı” işlevi gören bir mekanizma bulunmaktadır. Ağrı sinyalinin inhibe olması ile kapı kapanır ve ağrı azalır; ya da sinyal iletiminin artmasıyla kapı açılır, ağrı sinyali ağrının niteliğini belirleyen beynin üst merkezlerine ulaşır (Melzack ve Wall, 1965; akt. Karaman ve Kavak, 2010). Burada ağrı özellikle korteks tarafından değerlendirilir; kişinin geçmiş deneyimleri, eğitimi, yaşam biçimi gibi pek çok değişken bu değerlendirmede rol alır. Dolayısı ile nesnel bir uyarı birçok öznel faktörün etkisiyle karmaşık ağrı duyusu olarak karşımıza çıkar (Erdine, 1991).

Kapı kontrol mekanizması, sadece periferik uyarımdan etkilenmez; aynı zamanda beyinden inen sinir sinyallerinden (nerve impulse) de etkilenir. Kapıyı kontrol eden fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörler bulunmaktadır (Melzack ve Wall 1965, akt., Karaman ve Kavak 2010). Daha sonra yapılan bazı araştırmalar teorinin nörofizyolojik boyutunun revize edilmesi gerektiğini bildirirse de (Handwerker ve ark., 1975) teori, ağrının çok boyutlu doğasını ortaya koyması; ağrı deneyiminin belirlenmesinde psikolojik ve sosyal faktörlerin rolünü ele alması bakımından alanda oldukça önemli bir adım olarak nitelendirilmektedir.

1.1.1.3 Davranışçı Yaklaşımlar

Ağrı alanında davranışçı yaklaşımın önemli temsilcilerinden biri Fordyce'tir. Fordyce'ın (1976) ağrıyı “davranış” olarak ele aldığı çalışmasında sosyal bağlamın, spesifik olarak çevresel geri bildirim, ağrı davranışı üzerindeki etkisine ilişkin yaptığı vurgu klinik alanda önemli sayılmaktadır (Flor ve ark., 2002). Davranışçı bir psikolog olan Fordyce'a göre ağrının kronikleşmesinde “ikincil kazanç” önemli bir rol oynamaktadır. Daha açık bir ifadeyle, ağrılı bireyin sosyal çevresinden gördüğü ilgi, bazı yükümlülüklerden uzak kalma hakkı elde etmesi gibi getiriler “ödül” işlevi görmekte ve ağrı davranışını pekiştirebilmektedir.

1.1.1.4 Bilişsel Yaklaşımlar

Özellikle Melzack'ın Kapı Kontrol Teorisi'nden (1965) ilham alan bilişsel yaklaşımlar davranışçı ekolün kronik ağrıya yaklaşımında bilişin rolünün ihmal edildiğini ve davranışçı prensiplere bağlı tedavilerin tek başına yetersiz kaldığını öne sürmektedir (Sharp, 2001). Bu noktada, bilişsel modeller ağrı deneyiminde; duygulanım, algı, değerlendirme, anlamlandırma, ağırlı uyarana yönelen dikkat, öz yeterlik, inanç, atıf tarzı ve baş etme becerileri gibi bilişsel ekolün temel unsurları olan faktörlere yoğunlaşmaktadır (Innes, 2005). Bununla birlikte, son yıllarda ağrının çok boyutlu doğasını yansıtan; çevresel, fizyolojik ve psikolojik değişkenlerin ağrı denklemine dahil edildiği bilişsel-davranışçı yaklaşım teorik ve uygulamalı alanda son derece önem kazanmıştır.

1.1.1.5 Psikofizyolojik Yaklaşımlar

Biyopsikosoyal anlayışla birlikte ağrı yaşantısının özellikle psikolojik ve biyolojik unsurlarının etkileşimi birçok çalışmanın konusu olmuş, bu bakış açısı Flor ve Turk (2004) tarafından "psikobiyolojik yaklaşım" olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu yaklaşımın odağı duygu, düşünce ve bellek gibi zihinsel süreçlerin ağrı üreten fiziksel değişimler üzerindeki etkisidir. Örneğin, modele göre otonomik sinir sisteminin sık ve devamlı uyarılması sonucu uzayan kas gerginlikleri ağrının oluşmasında ve kronikleşmesinde etkilidir, dolayısıyla kronik ağrı tedavisinde ağrıya neden olan kas gerginliğini ve otonomik sinir sisteminin uyarılma derecesini azaltacak yöntemler (örn.biyofeedback, rahatlama teknikleri, EMG) önerilmektedir.

1.1.1.6 Beden- Benlik Nöromatriks Teorisi

Melzack ve Wall (1965) Kapı Kontrol Teorisi'nin ardından geliştirdiği Nöromatriks Teorisi'nde (1999) ağrıyı çok boyutlu ve komplike bir deneyim olarak ele almış, yaklaşımını bilişsel sinirbilimden de yararlanarak detaylanmıştır.

Teoriyi anlamak için o dönemde hakim olan Dualistik Yaklaşımına açıklık getirmek faydalı olacaktır. Descartes'ın öncü olduğu *Kartezyen Dualistik Yaklaşım*, ağrının oluşmasını sadece doku harabiyetinin sinir lifleri yoluyla beyne iletimi sonucunda bilinçli bir deneyime dönüşmesi ile açıklıyordu. Ancak bu yaklaşımın

birçok olgu için açıklayıcı olmadığı klinik gözlemler ile desteklenmiştir (Turk ve Rudy, 1986). Periferik bir zedelenme olmamasına rağmen ağrı bildirimini var olduğu ya da periferik zedelenme olmasına rağmen ağrı şikayetinin olmadığı pek çok olgu mevcuttur. Bu olgulardan en dikkat çekici olanı “hayalet uzuv” fenomenidir. Bir uzvu kesilen (amputation) hastaların vücuttan çıkarılmış uzva ilişkin ağrı bildirmeleri birçok klinik araştırmanın konusu olmuştur (Jensen ve ark.,1983; Flor ve ark., 1995). Melzack da “hayalet uzuv ağrısı” (phantom limb pain)⁵olgularını inceleyerek vardığı sonuçlar üzerinden Nöromatriks Teorisi’nin kavramsal temellerini oluşturmuştur.

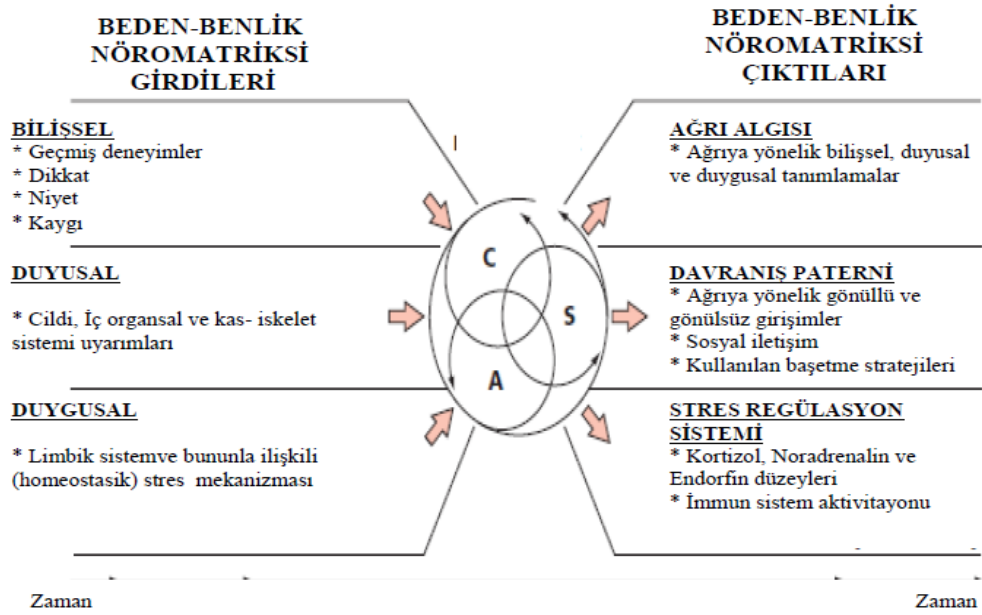
Teoriye göre ampute edilen uzuv ya da organın yerindeymiş gibi hissedilmesi, bizi normalde hissettiğimiz bedende olduğu gibi, beyinde aynı nöral süreçlerin aktive olduğu sonucuna götürür. Bu süreçler vücuttan gelen uyarıcılar tarafından aktive olabildiği ve değiştirilebildiği gibi somatik bir uyarıcı olmaksızın da harekete geçebilirler. Beden-Benlik Nöromatriksinde (Body-Self Neuromatrix) “benlik” (self), bedenin zihinde dış dünyadan ayrı ve bir bütün olarak algılanmasını ifade eder ve bu deneyim merkezi nöral süreçlerin bir ürünüdür. Ağrı dahil olmak üzere bedende hissedilen tüm özellikler, somatik bir uyarıcının yokluğunda da hissedilebilir. Bu noktada varılabilecek sonuç, deneyimin niteliğini belirleyen paternin kaynağının beyindeki nöral ağlarda bulunmasıdır. Bu durumda uyarıcı bu paterni tetikleyebilir, ancak üretmez.

Kısaca teoriye göre, beyinde ağrı deneyiminden sorumlu bir “ağrı merkezi” bulunmadığı, ağrı yaşantısına beyinde birden çok bölgenin (temelde talamus, korteks, limbik sistem) dahil olduğu, geniş bir nöral ağın (network) bu yaşantıda etkin olduğu belirtilmiştir. “Nöromatriks” olarak kavramsallaştırılan bu nöral ağ başlangıçta genetik olarak yapılandırılmıştır. Daha sonra duyuşsal girdiler (sensory input), deneyimler, stres ve emosyonlara bağlı olarak şekillenir ve böylece bireyin “nöral imza”sını (neurosignature) oluşturur. “Ağrı imzası” (Erdine, 2007) olarak da nitelendirilen bu patern bilişsel, duyuşsal ve duygusal bileşenlerin (input) etkileşimi ile ortaya çıkar ve nöromatriksin algısal, homeostatik ve davranışsal sonuçlarını (output) şekillendirir. Nöral ağı oluşturan yapıların paralel ve döngüsel işlevleri ile ağrının deneyiminin niteliği belirlenir (Şekil 1).

Teoride önemle vurgulanan noktalardan biri de ağrı ve stres ilişkisidir. Burada stres; fiziksel hasar ve enfeksiyon gibi biyolojik dengeyi (homeostasis)

⁵ Hayalet uzuv ağrısı (Phantom limb pain): Ampute/çıkarılmış bir uzuvda ya da organda ağrı duyumlama (Smith ve ark. 1999)

bozabilecek fizyolojik unsurlarla birlikte psikolojik faktörler tarafından da aktive edilebilen biyolojik bir sistem olarak ele alınmıştır. Stres araştırmaları alanının kurucusu Hans Selye'nin (1956) kuramında belirttiği gibi kronikleşen stres aktivasyonu bedende birçok fizyolojik değişikliği de beraberinde getirmektedir. Melzack (1999) süreğen hale gelen stres yanıtının uzamış kortisol salınımına neden olduğunu ve bunun vücuttaki yıkıcı etkilerini vurgulamış, birçok otoimmün hastalığın aynı zamanda kronik ağrı sendromu (örn. romatoid artrit, skleroderma, lupus) olduğunu, bazı ağrı sendromlarının (örn. fibromiyalji, osteoartrit) ise otoimmün şüphesi taşıdığını belirtmiştir. Burada söz edilen ilişkiyi daha detaylı aktarmak gerekirse, stresin en temel etkisi bakteri, virüs gibi patojenlerle savaşan bağışıklık sistemini baskılamaktır. Ancak bu baskılamanın uzaması bağışıklık sisteminin vücudun kendi dokusuna saldırmasına neden olabilmekte; böylece birçoğu aynı zamanda ağrı sendromu olan otoimmün hastalıkları ortaya çıkabilmektedir (Melzack, 1999). Elbette ki bu biyolojik açıklama ağrı-stres ilişkisinin sadece bir boyutudur.



Şekil 1. Kronik ağrının Nöromatriks Teorisi (Melzack, 2003)

*Modelin Türkçe çevirisi Duruk'tan (2013) alıntılanmıştır.

1.1.1.7 Nörobiyolojik Yaklaşımlar

1.1.1.7.1 Ağrıya Duyarlılaştırma (Pain Sensitization)

Bilindiği gibi duyu organlarının algısı uyarıcının (ses, koku vb.) sürekliliği ile aynı oranda artmaz, tam tersine devam eden uyarım karşısında kişi bu uyarıcıya karşı “adaptasyon” geliştirir ve bir süre sonra uyarıcıyı bütünüyle ya da kısmen algılamamaya başlar. Ancak bu adaptasyon süreci, söz konusu “ağrı” olduğunda tersine işlemeye başlamaktadır (Cervero, 2012). Başka bir deyişle, düşük şiddette de olsa, süregelen bir ağrı uyarımı ile karşılaşılması, ağrı duyumunun giderek artmasına neden olmaktadır. Hatta kimi durumlarda ağrı uyarımı kısmen azaldığında ya da ortadan kalktığında da ağrı duyumu devam etmektedir.

Bu durumun, nörobiyolojik işleyişine bakıldığında, ağrıya karşı duyarlılaşmayı sağlayan nedenlerden biri “periferik duyarlılaşma” (ağrı uyarılarına duyarlı sinir alıcılarının aşırı uyarılabilir duruma gelmesi) olarak tanımlanırken bir diğerinin “merkezi duyarlılaşma”ya bağlı olduğu belirtilmektedir (Yunus, 2007). Periferik bir hasar sonrasında, omurilik ile beyin arasında ağrı sinyalleri sağlayan sinaptik iletimin güçlenmesi ve pekiştirilmesi ise “merkezi duyarlılaşma”ya neden olmaktadır. Bu yolla “ağrı yolağı” (pattern) daha uyarılabilir duruma gelmekte ve aktif olabilmektedir. Böylece periferik zedelenmenin ortadan kalktığı durumlarda da ağrının sürmesine yol açabilmektedir (Cervero, 2012).

Uzun yıllar merkezi duyarlılaşma omurilik hasarının bir sonucu olarak görülürken günümüzde diğer kronik ağrı sendromlarında (gelişim ve devam aşamasında) önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Yunus, 2007). Merkezi duyarlılaşma ile fibromiyalji, osteoartrit, baş ağrısı (gerilim tipi ya da migren), kronik yorgunluk sendromu gibi kronik ağrı tanılarını ilişkilendiren araştırmaların sayısı giderek artmaktadır (Arendt-Nielsen ve ark., 2010).

Kronik ağrıya ilişkin biyopsikososyal modelin kabul görmesiyle birlikte, beyin görüntüleme çalışmaları kronik ağrı hastalarının nöral yapıları ve işlevlerindeki uzun süreli değişikliklere dair kanıtlar sunmaktadır (Denk ve ark., 2014). Beyinde, ağrı türüne özgü değişiklikler olduğu gibi tüm kronik ağrı hastalarında ortak olan değişimler de görülmektedir (May, 2008). Örneğin, ağrı tipi fark etmeksizin kronik ağrılı hastalarda gri maddenin (gray matter) sağlıklı kontrollere göre azalmış olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (May, 2008). Farklı tipte kronik ağrı

hastaları ile ağrısız kontrol grubunu karşılaştıran araştırmalar beyindeki bazı kortikal bölgelerin ağrı algısında önemli rolü olduğunu ortaya koymaktadır. (Denk ve ark., 2014; Flor 2014). Bununla birlikte bazı araştırma bulgularına göre ağrı süresinin uzaması ile beyindeki nöroplastik değişiklikler de artmaktadır (Oberman ve ark., 2013, Yu ve ark., 2014). Ancak bu değişikliklerin kronik ağrının nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu netleşmemiştir (May, 2008).

Görüldüğü gibi kronik ağrıya yönelik teorik yaklaşımlar özellikle 60'lı yıllardan günümüze önemli aşamalar kaydetmiştir ve evrilme süreci devam etmektedir. Burada, yukarıda da vurgulandığı gibi, en temel noktada bu yaklaşım değişikliğinde Descartes tarafından kavramsallaştırılan “beden-zihin ikiliği” dikotomisinden ayrılmanın, daha etkileşimsel, bütüncül bir yaklaşım ihtiyacının etkin olduğunu söylemek mümkündür. Son yıllarda organik/psikojenik ayrımının bilimselliğinin tartışılması da aynı ihtiyacın bir parçası olarak düşünülebilir. Öyle ki bazı teorisyenler özellikle psikanalitik yaklaşımla birlikte öne çıkan, zihin ve beden etkileşimini vurgulayan “psikosomatik” kavramının kullanılmasını dualistik nosyonu temsil etmeyi sürdürdüğü gerekçesiyle problemli bulmaktadır. (Solano, 2015, syf.107)⁶. Daha açık bir deyişle, “psikosomatik” kavramında zihnin doğrudan beden üzerindeki etkisi vurgulanmaya çalışılırken hem dualizme dönülmüş, hem de ilişkisel ve toplumsal bağlama çok az yer verilmiştir. Tüm bu sebeplerle çağdaş analitik yaklaşıma dayalı “psikosomatik” çalışmaları daha etkileşimsel bir boyut kazanmış, çalışmalara geçmiş ve güncel ilişkisel bağlamı dahil etmeye başlamıştır. (Solano, 2015, syf.107).

Genel olarak ağrı literatüründeki çalışmalara bakıldığında kuramların birbirini tamamlayan, sentezlenebilen pek çok yönü olduğu göze çarpmaktadır. Bu çalışmanın kuramsal çerçevesini oluşturmada George Engel'in (1959) yaklaşımı ve Nöromatriks Teorisi (Melzack, 1999) önemli bir yer tutmuştur. Yukarıda da değinildiği iki yaklaşım farklı ekolleri temsil etmelerine rağmen ağrının öznel doğasını, stresli yaşantılarla ve geçmiş deneyimlerle etkileşimini değerlendirme noktasında dikkat çekici benzerlikler göstermektedir. Engel'in (1959) “ağrıya yatkın hasta”nın özelliklerini belirttiği makalesinde Melzack'ın (1999) Nöromatriks Teorisi ile oldukça uyumlu görünen sonuçlara vardığı göze çarpmaktadır. Engel, periferik uyarım olmadan da ağrının oluşabileceğini bir metafor kullanarak şöyle anlatmıştır:

⁶ Solano L. (2015) Günümüzde beden ve Zihin: Gerçeklik mi, Yoksa Kültürel Yapılar mı?, Acıyan Beden, Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar, İstanbul Bilgi Üniveristesi Yayınları. syf.104-117

Kişi doğumdan itibaren periferik ağrı uyarımlarından kaynaklanan ağrı deneyimlerinden oluşan bir “kütüphane” oluşturur. Böylece en başta çeşitli ağrı uyaranlarına maruz kalınması ile ağrı deneyimleme kapasitesi gelişir ve dışsal bir uyarılma söz konusu olmadığında da kişi ağrı deneyimleyebilir.

Melzack (1999) ise “kütüphane” analogisine benzer bir şekilde kişinin geçmiş deneyimleri ile bir “ağrı imzası” (neurosignature) oluşturduğunu bunun dış uyarım olmadan da aktive olabileceğini savunmuştur.

1.1.2 Kronik Ağrı ve Duygulanım

Geleneksel olarak, “duygu” bireyin düşünme ve akıl yürütme/muhakeme işlevlerinden daha “az gelişmiş” olarak düşünölmekte, negatif duygulanım sık sık “patolojik” olarak değerlendirilmektedir (Lumley ve ark. 2011). Ancak afekt alanında son yıllarda yapılan çalışmalar duygulanımın farkındalık kazandırmada ve bireyi daha uyumlu davranışlara yönlendirmede işlevsel olabileceğini öne sürmektedir (Nesse ve Ellsworth, 2009).

Ağrı yaşantısında duygulanımı anlamak için öncelikle bazı kavramlardan yararlanmak faydalı olacaktır. Konuyla ilgili Lumley ve ark. (2011) birbiriyle akışabilen 4 psikolojik süreç tanımlamaktadır: Duygusal/duygulanımsal *farkındalık* (awareness), *dışavurum* (expression), *deneyimleme* (experiencing) ve *düzenleme* (modulating). Bu çalışmanın odağı duygusal farkındalık ve dışavurumun kronik ağrı ile ilişkisidir.

Duygusal farkındalığın ağrı yaşantısında önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir. (Zunhammer ve ark. 2015). Bununla ilişkili çalışmalar özellikle “duygular için söz yokluğu”⁷ (Dereboy, 1990) olarak ifade edilen *aleksitimi* üzerinde yoğunlaşmaktadır. Burada “söz yokluğu”ndan kasıt dilsel bir zayıflıktan ziyade, duyguların anlaşılmasında ya da ayırıtırılmasındaki güçlük nedeniyle duyguları tanımlayacak sözcüğün bulunmamasıdır (Lumley ve ark.,2011). Aleksitimi bir “sendrom” değil daha çok kişilik özelliği olarak nitelendirilmektedir.

Aleksitimi kavramının gelişmesinde psikanalitik kuramla şekillenen psikosomatik çalışmaların rolü büyüktür (Ciğeroğlu, 2015). Aleksitimik özellikler gösteren kişiler için heyecanın yorgunluktan, çöküntünün kaygıdan, kızgınlığın açlıktan farkı olmadığı belirtilmektedir. (Ciğeroğlu, 2015). Öte yandan, bu kişilerde

⁷ İngilizce orijinali: “No words for feelings”. Aleman, A. (2005). Feelings you can't imagine: towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends in cognitive sciences*, 9(12), 553-555.

“psikosomatik” hastalıklardan sık sık söz edilmektedir. Mc-Dougall (1989) bu kişileri tanımlamaya çalışmış, “psikosomatik” hastalıklara yatkınlıklarının olası nedenlerini klinik gözlemlerinden yararlanarak aktarmıştır. Mc-Dougale (1989) aleksitimik özellikler gösteren bireylerin ruhsal olarak rahatsız edici olaylarla hastalıkları arasındaki ilişkiyi kuramadıklarını, duyguyu sembolik düzeyde tanıyamadıklarını, başka bir deyişle duygulanıma dair temsillerin dil aracılığı ile isimlendirilemediği için üzerinde düşünülemediğini, bu nedenle acilen zihinden bedene gönderildiğini belirtmiştir (akt. Ciğeroğlu, 2015).

Özellikle fibromiyalji gibi “fonksiyonel” olarak nitelendirilen sendromlarda aleksitimiye inceleleyen çalışmalara sıkça rastlanmaktadır (Güleç ve ark., 2004; Kaya ve ark., 2010; Duruk, 2013). Duygulanımsal farkındalıktaki kısıtlılığın ağrı şiddetiyle ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (van Midderdrop ve ark., 2008). Aleksitimi nörobilimsel modelde bedensel duyular ile duygusal süreçlerin bilinç düzeyinde ayrıştırılamaması ile açıklanmaktadır (Lane ve ark., 2009).

Duygusal farkındalıkla birlikte kronik ağrı çalışmalarında öne çıkan bir diğer psikolojik yapı duygu dışavurumudur (Lumley ve ark., 2011). İnsanlar duyguların bastırılması ya da dışavurumu noktasında farklılaşmaktadır. Kronik ağrı bağlamında bakıldığında ise özellikle duygu dışavurumu ile ilgili çalışmalar “öfke”ye yoğunlaşmaktadır. van Midderdrop ve ark. (2008) yapmış oldukları çalışmada fibromiyalji tanılı bireylerde öfkenin bastırılması ile ağrı şiddetinin pozitif yönde ilişkili olduklarını belirtmiştir.

Son yıllarda ağrının afektif boyutunun ağrı deneyiminde önemli bir rolü olduğunun sıklıkla üstünde durulmaktadır. Her ne kadar teorik düzlemde ağrının duygulanım boyutunun önemi vurgulansa da pratikte, yani ağrı hastalarının tedavi sürecinde afektif boyut çoğunlukla ihmal edilmektedir (Lumley ve ark. 2011). IASP’nin ağrı tanımında da belirtildiği gibi ağrı duyusal ve “emosyonel” bir deneyimdir (Merskey, 1986). Ağrının afektif bileşenleri birçok duyguyu barındırsa da araştırmalar özellikle negatif duygulanımın ağrı deneyiminde etkili olduğunun altını çizmektedir (Riley, 1999).

Afektif bileşenlerin ağrı ile etkileşimini açıklayabilecek pek çok varsayım öne sürülmektedir. Gatchel ve arkadaşları (2007) emosyonel stresin kişiyi ağrı deneyimine yatkın hale getirebileceğini, ağrı semptomlarının ortaya çıkma sürecini hızlandırabileceğini, ağrı şiddetinin artmasını ya da baskılanmasını düzenleyen bir

faktör olabileceğini veya kronik ağrının bir sonucu ya da kalıcı olmasında etkin bir unsur olabileceğini belirtmiştir.

1.1.2.1 Bedensel Duyumları Abartma

“Bedensel duyumları abartma” Barsky ve arkadaşları (1988) tarafından kavramsallaştırılmış, “somatik duyumları yoğun ve rahatsız edici olarak deneyimleme eğilimi” olarak tanımlanmıştır. Bu teoriye göre somatik duyumların abartılmasının 3 bileşeni mevcuttur:

- (1) somatik uyarımlara karşı dikkatin artışı ve bedensel uyarılmışlık hali
- (2) zayıf bazı somatik duyumlara seçici odaklanma eğilimi,
- (3) somatik duyumları anormal, patolojik ve hastalık belirtisi olarak değerlendirme yatkınlığı (Barsky ve ark., 1988).

Somatik duyumların abartılmasının çeşitli tıbbi durumların açıklanmasında rolü olabileceği düşünülmektedir (Nakao ve Barsky, 2007). Özellikle doku/organda gözlemlenen patoloji ile bildirilen somatik belirtilerin uyumsuz olduğu medikal durumlarda bedensel duyumları rahatsız edici olarak deneyimleme eğiliminin açıklayıcı olabileceği ön görülmektedir (Nakao ve Barsky, 2007). Buradan hareketle, farklı tipteki kronik ağrı tanılarında somatik duyumların abartılması boyutunu inceleyen çalışmalardan biri (Ak ve ark., 2004) kronik ağrılı bireylerde somatik duyumları abartma eğiliminin sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğunu bulgulamış, bedensel duyumların abartılmasının kronik ağrıya yatkınlaştırıcı bir etken olabileceğini belirtmiştir.

Somatik duyumların abartılmasının literatürde sıklıkla duygulanımın bastırılması (Raphael ve ark. 2000), depresyon (Sayar ve ark., 2003) , aleksitimi (Wise ve Mann, 1994) anksiyete (Aranson ve ark., 2001) ile ilişkilendirildiği göze çarpmaktadır. Ancak çalışmaların çoğunun özellikle aleksitimi ve bedensel duyumları abartma ilişkisine yoğunlaştıkları dikkat çekmektedir (Wise and Mann 1994; Taylor 2001; Ak ve ark., 2004; Duruk, 2013). Varsayılan ilişkide, emosyonel farkındalıktaki zayıflığın, duygulanımı bedensel düzeyde deneyimlemeye yatkınlaştırabileceği hipotezine dayandıkları düşünülebilir. Klinik gözlemler de duygulanımsal farkındalığı ve sözelleştirme becerisi kısıtlı olan bireylerin duygusal deneyimlerini çoğu zaman somatik ifadelerle belirtmeye yatkın oldukları kanısını desteklemektedir (Lumley ve ark., 2007). Örneğin, kişi kaygı duyduğunu “kaslarım

çok gergin” diyerek ifade edebilmektedir (Lumley ve ark., 2007). Farklı tıbbi tanıları olan bireylerde aleksitimik özellikleri inceleyen çalışmalar kronik ağrılı bireylerde aleksitimik özelliklerin yüksek olduğunu göstermekte bunun yanı sıra kronik ağrılı bireylerde aleksitimi ve beden duyularını abartma eğiliminin ilişkili olduğunu belirtmektedir (Taylor, 2001).

Bedensel duyuların abartılması esasen “duyum” olarak nitelendirilmesine rağmen bu çalışmada duygulanım alt başlığı içerisinde yer almasının nedeni literatürde sık sık duygulanımsal boyutla bağdaştırılması, deyim yerindeyse duygulanımın “somatik uzantısı” şeklinde ele alınmasıdır. Nitekim Barsky ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada da somatik duyuların büyütülmesinin disfori ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, bedensel duyuların abartılması hem *durumsal* hem de bireyin geçmiş öğrenmelerinin etkisinde, *kalıcı* bir özellik olarak görülse de Bedensel Duyuların Abartılması Ölçeğinin test-tekrar test güvenirlik düzeyinin yüksek olması nedeniyle daha ziyade süreklilik gösteren bir özellik olarak düşünülmektedir (Barsky ve ark., 1988).

1.1.2.2 Kronik Ağrı, Depresyon ve Anksiyete

Kronik ağrıda araştırmacıların en sık ilgilendiği boyutlardan biri de depresyondur. Literatüre bakıldığında kronik ağrı ve depresyon ile ilgili üç farklı varsayım öne çıkmaktadır: 1. Depresyonun kronik ağrının öncülü olabilir, 2. Kronik ağrının sonucunda ortaya çıkabilir 3. Kronik ağrı ve depresyon eş zamanlı ortaya çıkabilir (Banks ve Kerns, 1996). Depresyonun kronik ağrıyı öncelediğini savunan görüş kronik ağrı belirtilerini “maskelenmiş depresyon” olarak tanımlamaktadır (Lesse, 1983). Buna göre kişi için ağrı yakınmasını dışa vurmamak depresif duygu durumunu ifade etmekten daha kabul edilebilir bir durum olabilmektedir (Gatchel ve ark., 2007). Öte yandan, kronik ağrı tek başına bir stresör olduğundan çalışmaların çoğu akut ağrının kronikleştiği süreçte depresif belirtilerin oldukça beklenebilir olduğunu ifade edilmektedir (Gatchel ve ark., 2007).

Bu çalışmanın kapsamı dışında kalmakla birlikte depresyon ile kronik ağrı ilişkisinin doğasını açıklamaya çalışan genişçe bir literatür mevcuttur. Çalışmalar depresyonu farklı kavramsal çerçevelerde ele almaktadır. Kimi çalışmalarda “duygudurum”, “sendrom” ya da “semptom” olarak ele alınabilmektedir (Banks ve Kerns, 1996). Bu çalışmada depresyon “belirti” olarak ele alınmıştır.

Kronik ağrılı bireylerde depresif belirtiler kadar anksiyete semptomları ile de sıkça karşılaşılmaktadır (Gatchel ve ark. 2007). Burada anksiyetenin sınıflandırılması önem taşımaktadır zira ağrı ile gelişen anksiyete ile ağrıdan bağımsız olarak kişinin yatkınlığı ile açıklanabilecek anksiyete birbirinden ayrılmaktadır. Ancak yine de iki boyutun da ağrı yaşantısını etkilediği düşünülmektedir. (Turk ve Monarch, 1996). Daha açık bir ifadeyle, ağrı duyumunun beklenti anksiyetesine (“ağrım olacak korkusu”) neden olabildiği böylece kişiyi kaçınmacı bir tepkiye yöneltebileceği, bedensel duyumlara karşı hassaslaştırabileceği öngörülürken, bir yandan da kişinin ağrıdan bağımsız olarak anksiyete duyarlılığının, (anxiety sensitivity) kronik ağrıya yatkınlaştırabileceği düşünülmektedir (Turk ve Monarch, 1996). Gatchel (2007) buna ilişkin oluşturduğu modelde özellikle ağrının akut döneminde anksiyete yanıtının oldukça yaygın olduğunu belirtmektedir. Öte yandan, bilişsel modelde anksiyete duyarlılığının kişinin bedensel duyumlarını felaketleştirerek yorumlamasında etken olabileceği; böylece ağrı duyumunun daha şiddetli olarak deneyimlenebileceği belirtilmektedir (Asmundson, 2001).

1.1.3 Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı farklı perspektiflerde çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. IASP ağrıyı 5 eksenli sistem (bölgeler, sistemler, ağrının geçici özellikleri, ağrı şiddetinin derecesi, geçen zaman ve etioloji) içerisinde sınıflandırmış, ancak karmaşık bir sistem olması bakımından eleştirilmiştir (Varlı, 2005) ⁸. Günümüze kadar yaygın kullanılan sınıflandırma sistemine göre ise: nosiseptif ağrı⁹, nöropatik ağrı¹⁰, psikojenik ağrı şeklindedir. Ancak, geleneksel tıbbın benimsediği psikojenik/organik ağrı ikiliğini içeren görüş biyopsikososyal modelin gelişimi ile ağrı literatüründe merkezi konumunu yitirmiştir (Gagliese ve Katz, 2000).

Başka bir deyişle, günümüzde kronik ağrılarda ağrının organik ya da psikolojik kökenli olup olmamasından ziyade bireyin ağrıdan nasıl etkilendiği, bilişsel, emosyonel unsurlar ve sosyal çevre gibi faktörlerin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu noktada IASP de ağrıyı psikojenik/biyomedikal

⁸ Panel, Ağrıya multidisipliner yaklaşım, Hacettepe Tıp Dergisi, 2005

⁹ Nosiseptif ağrı: Serbest sinir uçlarındaki ağrı reseptörlerinin uyarılmasıyla ortaya çıkar, somatik ağrı ve viseral ağrı (iç organ ağrısı) olarak ikiye ayrılır. (Nilgün, 2010)

¹⁰ Nöropatik ağrı: Sinir sisteminin herhangi bir bölümündeki hasardan kaynaklanan ağrıdır. (Nilgün, 2010)

olarak sınıflandırmamakta, her ağrı grubunun biyopsikososyal faktörlerden belli ölçüde etkilendiğini belirtmektedir.

Kronik ağrı alanındaki sınıflandırmalar konusunda profesyoneller arasında görüş birliği olmadığı ve tanımların gelişmeye, değişmeye devam ettiği söylenebilir (Lumley ve ark.,2011). Bazı ağrı türleri spesifik dokulardaki hastalık süreci ile bağlantılıdır (Örn. hasar görmüş sinirler (nöropatik ağrı), iltihaplanma (romatoid artrit), dejeneratif eklem hastalıkları (osteoartrit/ kireçlenme). Bununla birlikte ağrının bölgesine göre geleneksel bir sınıflandırma sistemi de bulunmaktadır, (Örn., baş, bel, boyun, omuz) Ağrının sınıflandırılmasına ilişkin farklı çalışmalar geliştirilmeye devam etmektedir.

1.1.3.1 Amerikan Ağrı Topluluğu Ağrı Sınıflandırması (AAPT)

Ağrı sınıflandırılması teşhis ve tedavi süreci bakımından oldukça önemlidir. Var olan tanısal sınıflandırma sistemindeki biyopsikososyal yaklaşımın yetersizliğini göz önünde bulunduran Amerikan Ağrı Topluluğu (American Pain Society) öncülüğünde 7 boyuttan oluşan *kanıta dayalı kronik ağrı sınıflandırma sistemi* geliştirilmiş; kronik ağrı bozuklukları anatomik yapı/ organ sistemlerine göre kategorize edilmiştir. Bu sınıflandırma içindeki sistemler ; periferik ve merkezi nöropatik ağrı , kas-iskelet sistemi ağrısı (musculoskeletal pain), içorgansal ve pelvik/ürogenital ağrı, yüz-ağız bölgesi (orofasiyal) ve baş ağrısı, başka türlü sınıflandırılmayan hastalıkla ilişkili ağrı (örneğin, aktif kanser ile ilişkili ağrı, orak hücre anemisi, Parkinson hastalığı) şeklindedir (Fiilingim ve ark. 2014) (bkz. Şekil 2) Bu çalışmada da ağrının sınıflandırılması AAPT'nin güncel yaklaşımına uygun olarak “sistemler” kategorisi üzerinden şekillendirilmiştir .

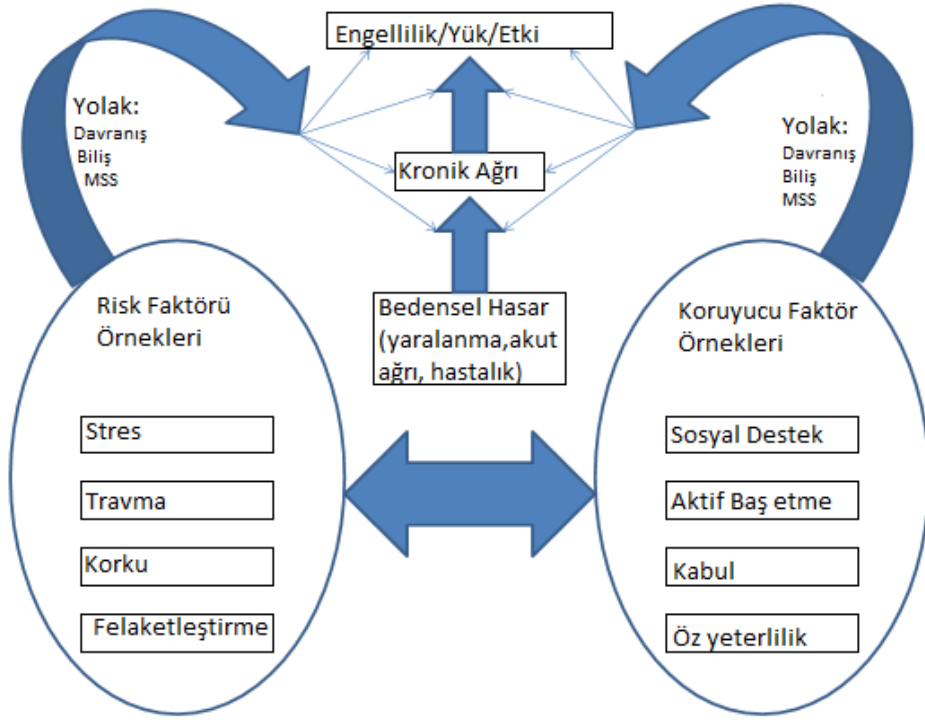
Periferik ve Merkezi Sinir Sistemleri
- Periferik Nöropatik Ağrı
- Merkezi Nöropatik Ağrı
Kas-İskelet Ağrı Sistemi
- Osteoartrit
- Diğer Artritler (örn., Romatoid Artrit, Gut)
- Bel Ağrısı
- Miyofasiyal Ağrı, Yaygın Kronik ağrı ve Fibromiyalji
- Diğer Kas-iskelet Ağrısı
Yüz-ağız Bölgesi (Orofasiyal) ve Baş Ağrı Sistemi
- Baş Ağrısı Bozuklukları*
- Şakak Kemigi ve Alt Çene Ağrısı (Temporomandibular)
- Diğer Orofasiyel Ağrılar
İç organsal, Pelvik ve Ürogenital Ağrı
- İç organsal Ağrı: Abdominal, Pelvik ve Ürogenital ağrı
Başka Türlü Sınıflandırılmayan Hastalıkla İlişkili Ağrı
- Örn., aktif kanser ağrısı, orak hücre anemisine bağlı ağrı

Şekil 2 Amerikan Ağrı Topluluğu Ağrının Sınıflandırılması

*AAPT'ye göre ağrının sınıflandırılması Fiilingam'dan (2014) alıntılanarak Türkçeye çevrilmiştir.

1.1.4 Kronik Ağrının Psikososyal Bileşenleri

Epidemiyolojik çalışmalar ağrı değişkenleri (işlevsellik, şiddet vb) ile ilişkilendirilen psikososyal faktörleri temel olarak; *koruyucu faktörler* ve *risk faktörleri* başlığında incelenmektedir. Bu faktörlerden bazıları *çocukluk çağı travmaları, stres, travma sonrası stres bozukluğu, korku ve felaketleştirme risk unsurlarını; sosyal destek, kabul, aktif baş etme, öz yeterlik* gibi koruyucu unsurları kapsamaktadır. (Edwards ve ark., 2016) (Şekil 3)



Şekil 3 Kronik ağrı yaşantısına etki eden psikososyal yapı ve süreçlerden bazıları.

*Görsel Edwards ve arkadaşlarından (2016) alıntılanarak Türkçeye uyarlanmıştır.

*MSS: Merkezi Sinir Sistemi

Psikososyal dinamiklerin ağrı ile ilişkili sonuçları önemli ölçüde etkilediği, spesifik psikososyal unsurların akut ağrının kronikleşme riskinin artmasına ya da azalmasına neden olabileceği gibi ağrıdan etkilenme düzeyinde farklılaşmalara yol açtığı belirtilmektedir (Edwards ve ark., 2016). Buradan hareketle, bir sonraki bölümde öncelikle ağrı yaşantısında risk faktörü olarak görülen ilişkiel düzlemdeki *çocukluk çağı travmaları* (istismar ve ihmal yaşantıları) ile ilgili bilgilere kapsamlı olarak yer verilecek, travma ve kronik ağrı ilişkisini inceleyen çalışmalar aktarılacaktır. Ardından ağrı yaşantısında koruyucu bir faktör olarak ele alınan *sosyal destek* ile ilgili teoriler yer alacak, bununla birlikte sosyal desteğin travma ve ağrı ile ilişkilerine değinilecektir.

1.2 ÇOCUKLUK ÇAĞINDAKİ TRAVMATİK YAŞANTILAR

1.2.1 Travma Kavramı

Yunanca kökenli “travma” kelimesi tıp alanında “açık yara” ya da “dokunun yapısını bozan ciddi düzeyde hasar” anlamlarında kullanılmaktadır. Tıbbi anlamda

travma vücudun doğal savunma sistemini felce uğratar, kişi iyileşmek için medikal bir müdahaleye ihtiyaç duyar (Koenen ve ark. 2010). Psikoloji literatürüne sonradan giren ‘psikolojik travma’ kavramı ise benzer şekilde “kişinin ruhsal bütünlüğünü ve iyilik halini koruma becerisinin yetersiz kaldığı, tehdit edici durum” anlamında kullanılmıştır (Colitre ve ark., 2006). Günümüzde “travma” kavramı oldukça kapsayıcı biçimde kullanılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda, kuramsal yaklaşımların travmayı kavramsallaştırması ve klinik uygulamalar birbirinden ayrılabilir. Be nedenle öncelikle travmaya yönelik tanısal ve kavramsal yaklaşımlara yer vermek faydalı olacaktır.

1.2.1.1 Travmaya Yönelik Tanısal Yaklaşımlar

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın 4. Baskısı’na (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-4) göre bir durumun travma olarak değerlendirilmesi iki koşulun karşılanması ile mümkündür:

1.kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin/başkalarının fizik bütünlüğüne tehdit içeren bir olay yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş, ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olmalıdır¹¹

2.Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, dehşete düşme ve çaresizlik bulunmaktadır.(Çocuklarda dezorganize ve ajite davranışlar olarak dışavurulabilir)¹²

Bu tanım tartışmalıdır çünkü ciddi bir ölüm tehdidi içermeyen ya da söz konusu tepkilerin ortaya çıkmadığı durumlarda da Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun (TSSB) yordanabileceğine dair çalışmalar vardır (Waelde, 1999).

Bir sonraki versiyon olan DSM-5 ise ise travmayı şu şekilde tanımlanmaktadır:

Aşağıdaki bir (veya daha çok) yoldan ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete veya tehdidine maruz kalmak: (1) travmatik olay(lar)ı doğrudan yaşamak, (2) olay(lar) diğerlerine olurken şahsen tanık olmak, (3) yakın bir aile üyesi veya yakın arkadaşın travmatik olay(lar) yaşadığını öğrenmek – bir aile üyesinin veya arkadaşın ölümü veya ölüm tehlikesi yaşaması durumunda olay(ların) şiddet içermesi veya kaza sonucu olması gerekir, (4) travmatik olay(lar)ın rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar tekrar veya aşırı ölçüde maruz kalmak (örneğin ilk müdahalede bulunan ve insan kalıntılarını

¹¹ Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri*. Çeviren: Ertuğrul Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

¹² Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM’ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25

toplayanlar, çocuk istismarının ayrıntılarına tekrar maruz kalan polis memurları) (Not: A4 kriteri elektronik medya, televizyon, film ve resimler yoluyla maruz kalmayı, bu durum iş gereği olmadıkça içermez). (APA, 2013, akt. Briere ve Scott, (2016)

DSM-4'e yönelik eleştiriler burada da devam etmektedir. Aşırı duygusal istismar ya da önemli kayıplar gibi yaşamsal tehdit oluşturmeyen sarsıcı olayların "travma" tanımı içerisinde yer almamasının toplumdaki fiili travmanın yaygınlığının azımsanmasına neden olacağına dair görüşler söz konusudur. (Briere ve Scott, 2016)

Tanısal sınıflandırmaların kategorik düşünme biçimi ile oluşturulduğu, dolayısı ile boşluklar barındırmasının kaçınılmaz olduğu düşünülürse, tanı çerçevesi dışında da travma kavramına yakından bakmak gereklidir (Firat ve Baskak, 2012). Tanı çerçevesinin dışında kalan durumların "travmatik" olup olmadığı ve tanı kriterlerini tam olarak karşılamasa da psikolojik travma semptomları görülen kişilere uygulanacak tedavi çerçevesi, alanda süregiden bir tartışma konusudur.

Alternatif tanımlara bakıldığında, Briere ve Scott (2016) kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir unsur olmamasına rağmen psikolojik bütünlüğünü zedeleyici, içsel kaynaklarının baş etmek için yetersiz kaldığı ve uzun süreli psikolojik semptomlara neden olan aşırı ölçüde üzücü bir olayın "travmatik" olarak değerlendirilebileceğini ve bu yönde bir tedavi yaklaşımı benimsenebileceğini belirtmiştir.

Felitti ve arkadaşları (1998) ise konuya yeni bir açılım getirmiş, olumsuz olarak algılanan ve sonrasında adaptasyon gerektiren deneyimlerin "olumsuz yaşam olayı" olarak nitelendirilebileceğini ancak her olumsuz yaşam olayının "travmatik" olmadığını öne sürmüştür.

Bilişsel-davranışçı yaklaşımların ışığında oluşturulan teorik çerçeve (Carlson, 2000) ise tanı kriterlerinin dışında bir deneyimi "travmatik" olarak nitelendirebilmek için 3 unsurdan söz etmektedir: *anilik*: Olumsuz ve kontrol edilemez olarak algılanan bir yaşantı birdenbire gerçekleştiğinde, kişi fiziksel olarak kendini koruyamaz veya olumsuz sonuçlara psikolojik olarak hazırlanamaz. Bu durumda beklenmedik stresör uzun süreye yayılan stresörden daha travmatiktir. *Kontrol edilemezlik*; kişinin kaynaklarının stresörle baş etmek için yeterli olup olmadığına dair algısıdır, stresörün etkisini azaltır ya da alevlendirebilir. *Deneyimin olumsuz olarak algılanması*; kişi olayı fiziksel/duygusal yönden acı verici olarak deneyimliyorsa yaşantının travmaya dönüşmesini tetikleyebilir.

Bununla birlikte travmatik yaşantı tek bir olayı kapsayabileceği gibi sürece yayılan bir örüntüye de sahip olabilmektedir. Bu noktada travma alanında çalışan klinisyenler uzamış, tekrarlayan travmatik yaşantılarda daha farklı bir tablo ortaya çıktığını gözlemlemiş, kronikleşen travma için farklı bir tanı kavramına ihtiyaç duymuşlardır. Çocukluk çağı istismarı mağdurlarıyla çalışan klinisyenler de tek bir travmatik olay ile kompleks ve tekrar eden travmayı birbirinden ayıran genişletilmiş bir tanısal kavramın gerekliliğini belirtmiştir. (Herman, 2007 syf.153)

Judith Herman (2007) uzamış ve tekrarlayan travmayı takip eden sendrom için *Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu* tanısını önermiştir. Bu tanı çerçevesinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerine ek olarak duygulanım düzenlemede, bilinçte, kendilik algılamasında, faili algılamada, başkalarıyla ilişkide ve anlam sisteminde değişiklikler eklenmiştir. Bu tanının çocuklukta maruz kalınan tekrarlayıcı fiziksel ve cinsel istismar mağdurları için de daha ayırıcı bir nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Benzer şekilde çocukluk dönemi travmatik yaşantıları için daha kapsayıcı bir tanı önerisi de “gelişimsel travma” olmuştur (van der Kolk, 2005). Buradaki fark, çocukluk çağında kompleks ve uzamış travmatik strese maruz kalmanın çocuğun içinde bulunduğu gelişim evresine bağlı olarak nörobiyolojik ve psikososyal gelişimini önemli ölçüde etkileyebilecek kalıcı değişikliklere neden olabilmesidir (van der Kolk, 2005). Özellikle kişilerarası bağlamda gerçekleşen tekrarlayıcı ve çok boyutlu travma öyküsü olan bireylere yönelik yanlış tanıların önüne geçilmesi ve tedavi yaklaşımının da bu doğrultuda düzenlenmesi amaçlanmaktadır.

Psikolojik travma alanında önemli çalışmalar yapan van der Kolk (2005) TSSB tanımının yetişkinlerde akut travmalar için uygun olabileceğini ancak çocukluk döneminde karşılaşılan; ilişkisel zemindeki, kronikleşen, kompleks travma deneyimi için karşılayıcı olmadığını vurgulamıştır. Bunun nedeni ise çocukluk çağında nörobiyolojik gelişiminin devam etmesi ile açıklanmıştır. Bu süreçte deneyimlenen travmanın çocuğun kendilik kavramı (self-concept), dünyaya ilişkin algısı ve kendisini düzenleme (self regulation) becerileri üzerinde uzun süreli olumsuz etkiler taşıma riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir.

1.2.1.1.1 Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım ile diğer yaklaşımların travma çalışmaları farklı tarihsel süreçler izlemiştir; psikanaliz literatüründe travmanın kavramsal temellerinin oldukça köklü bir geçmişi olmasına rağmen son yıllarda psikanaliz dışındaki yaklaşımlar travma alanına büyük katkılar yapmıştır. Analitik yaklaşımın travma formülasyonu Sigmund Freud, Josef Breuer ve Pierre Janet'nin öncülüğünde histeri çalışmaları sonucunda oluşturulmuştur. (Freud 1985b, akt. Levine 2014) Freud histeri çalışmalarında “psişik travma” kavramını kullanmış, travmayı nevrozun kaynağı olarak ele almıştır (akt. Levine, 2014). Freud'a göre travmatik deneyim zihinde bir bölünmeye yol açmakta, travmatik olayın yarattığı duygu ve fikirlerin mevcut zihinsel içerikle uyuşmaması/çatışması dolayısıyla zihin tarafından “sindirime” girememesi travmanın bilinçdışına itilmesine neden olmaktadır (Freud, 1894; akt., Karahoda, 2013). Klasik psikanalizde travma daha çok intrapsişik (psişe içi) bir deneyime işaret etmektedir (Levine, 2014). Daha açık bir ifadeyle, travmatik olan dışsal bir gerçeklikten ziyade kişinin bilinçdışı öznel deneyimi ile ilişkilendirilmektedir. Freud'tan bu yana psikanaliz literatüründe de “travma”nın kavramsal çerçevesi değişime uğramıştır. Anna Freud'un öncüsü olduğu Ego Psikolojisi yaklaşımı bilinçdışındaki öznel anlamlandırmanın travmaya yol açtığını kabul etse de, “travmatik” olayın egonun işlevselliğinde bozulmaya neden olabileceğini ve travmaya dönüşebileceğini vurgulayarak olayın “gerçekliğine” ve “dışsallığına” daha fazla vurgu yapmıştır (akt. Karahoda, 2013). Bununla birlikte Anna Freud “travma” kavramının fazlaca, gereksiz kullanımının kavramın içinin boşaltılması tehlikesi doğurduğunu belirtmiştir (akt. Levine, 2014) Sullivan ise travma yerine “şiddetli kaygı” (severe anxiety) kavramını kullanmayı tercih etmiştir.

Psikanalitik yaklaşımda travmanın büyük ölçüde kabul gören tanımı ise “yaşamı tehdit eden, benlik bütünlüğünü bozacak ya da yok olma kaygısı uyandıracak kadar şiddetli olan deneyimler” olarak yapılmıştır (Laplang ve Pontalis,1988, akt. Mercan, 2015). Bu tanıma göre, travmayla birlikte bedensel benlik iç ve dış dünya arasında sınır olma işlevini yitirir, gerçeklik kaybolur. İç ve dış dünyadan gelen korkular, yoğun duygular kişi için tehdit edici hal alır, bu süreçteki yaralanma kalıcı sonuçlara yol açabilir (akt., Mercan, 2015).

1.2.2 Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Yaşantıları

Belirtildiği gibi “travmatik” olarak ele alınabilecek pek çok özgün deneyimden söz etmek mümkün olsa da çocukluk çağında maruz kalınan en genel ifadeyle “kötü muamele” belli başlı travma türlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Çocuk istismarı ve ihmalini evrensel olarak tanımlamak zordur çünkü toplumsal normlar, hukuk kuralları ve toplumun benimsediği çocuk yetiştirme pratikleri çocuğa karşı gösterilen davranışları ve tutumları belirlemektedir. Bu sebeple de neyin “istismar” ya da “ihmal” olduğuna yönelik toplumsal algılamalar değişebilmektedir. (Bayraktar, 2015 syf. 38). Ancak yine de genel kabul gören ortak tanımlardan bahsetmek mümkün olmaktadır. En genel şekliyle bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun bilişsel, bedensel, sosyal ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyen, hasar verici eylem ya da eylemsizliklerin tümü olarak tanımlanabilir (Tıraşçı ve Gören 2007). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yapmış olduğu tanımda yer alan ifade ise şöyledir:

Çocuğun sağlık, büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyecek olan her türlü fiziksel, duygusal, cinsel ihmal veya ihmale neden olacak, ticari reklam amaçlı ya da diğer bütün etkileme şekilleri de dahil olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalması çocuk istismarı olarak kabul edilmelidir.¹³

Bununla birlikte istismar kavramının dışında tutulan örseleyici yaşantılar arasında savaş, fakirlik, salgın hastalıklar, eğitimsizlik, göç, politik ya da dinsel terör ve toplumsal şiddet gibi travmatik özellikleri olan dış faktörler de bulunmaktadır (Zoroğlu ve ark, 2001). Bu noktada, travma alanında çalışan klinisyenlerin de travmatik yaşantıları, insan eliyle gerçekleştirilenler (tecavüz, şiddet vb.) ve doğal yolla oluşan (deprem, savaş vb.) durumlar için farklı formülasyon oluşturma eğilimde oldukları bilinmektedir. İnsan eliyle gerçekleşen kaza dışı travmatik yaşantıların yol açtığı hasarın daha derin izler bıraktığını öne süren görüşler mevcuttur (van der Kolk ve ark., 1996) çünkü, önceden de belirtildiği gibi ilişkisel bir zeminde gerçekleşen travma özellikle kişinin kendilik algısında/deneyiminde zedelenmeye yol açmaktadır (Herman, 2007). Bu bağlamda, çocuklukta travmalar

¹³ World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health. Chapter 3. Childhood abuse and neglect by parents or other caregivers. Geneva, 2002. p. 4-5.

fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar; fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak alt tiplere ayrılmıştır.

1.2.2.1 Fiziksel İstismar

En genel şekilde tanımıyla “çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır.” (Polat, 1998). Başka bir deyişle, bir yetişkinin fiziksel gücünü kasıtlı biçimde, çocuğun sağlığını, yaşamını, gelişimini veya onurunu zedeleyecek/tehdit edecek biçimde kullanmasıdır ve vurma, dövme, itme, sallama, ısırma, yakma, zehirlenme, boğma, suyla haşlama, tekmeleme gibi eylemleri içerir. (Butchart ve ark.2006)

1.2.2.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar bireyi ve toplumu ciddi düzeyde etkileyen, uzun süreli olumsuz sonuçlar doğuran, psikososyal ve hukuki boyutları olan bir sorundur. Genel bir deyişle, bir erişkinin ya da çocuktan belirgin ölçüde büyük başka bir çocuğun yasal olarak rıza gösterecek yaşta olmayan, psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğa yönelttiği cinsel doyuma yönelik her türlü eylem olarak tanımlanmıştır (Johnson, 2004). Çocuk istismarı alanında çalışan araştırmacılar, çocuk ve istismarcının yaş farkı, “çocuk” tanımı, ya da cinsel istismarın tipi ile ilgili farklı tanımlar ortaya koymaktadır. Ancak birçok ülke yasal olarak 18 yaş ve altını “çocuk” olarak nitelemektedir. (Bendixen, Muus, & Schei, 1994; Briere & Elliott, 2003),

Cinsel istismar; oral ya da genital temas, çocuğun pornografide kullanımı, teşhircilik, röntgencilik gibi birçok eylemi içermektedir (Kara ve ark., 2004). Bu alanda çalışan araştırmacılar, klinisyenler ve hukukçular spesifik bazı cinsel eylemlerin (örn., ebeveynin 13 yaşındaki çocuğu ile cinsel ilişkiye girmesi) “çocuk cinsel istismarı” kapsamında değerlendirilmesi konusunda hemfikirken, bazı eylemler (örn,ebeveynin 13 yaşındaki çocuğunu banyo yaptırması ya da çocuğa çıplak görünmesi) için fikir birliği söz konusu değildir. Başka bir deyişle , “cinsel eylemler”in hangi davranışları kapsadığı konusu tartışmaya açıktır. Bu noktada, eylemin “cinsel” olup olmadığı konusunda belirleyici unsurun erişkinin niyeti olduğu düşünülse de, niyet çoğunlukla yoruma açıktır (Haugaard, 2000). Sonuç olarak, belirgin bazı cinsel eylemler dışında kalan edimlerin “cinsel istismar” kapsamına girip girmediği tartışma unsuru olmaya devam etmektedir.

1.2.2.3 Duygusal İstismar

UNİCEF duygusal istismarı şöyle tanımlamaktadır:

Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal kaynaklardan ve ilişkilerden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan zarar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşı ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesidir. (akt. Bayraktar, 2015)

1.2.2.4 İhmal

İhmal genel şekilde, çocuktan sorumlu erişkinin çocuğa karşı yükümlülüğünü yerine getirmemesi, beslenme, giyim, sağlık, barınma, korunma ve gözetim gibi hayati gereksinimlerini karşılamaması ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Literatürde *duygusal* ve *fiziksel* ihmal olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (Şar, 2012). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, ihmali istismardan ayıran temel özelliği çocuğa karşı yapılan bir eylemden ziyade eylemsizliğin ön planda olmasıdır. İhmal çocuğa kötü muamelenin en yaygın görülen tipi olsa da özellikle tıbbi açıdan tespit etmenin istismar yaşantılarına göre daha zor olduğu belirtilmektedir (Jacobi ve ark., 2010). Bu açıdan, ihmal yaşantılarının sınırlarının istismara göre daha muğlak olduğu söylenebilir. Bununla ilişkili olarak, literatürde ihmali inceleyen çalışmalara istismar çalışmalarına göre daha nadir rastlanmaktadır.

1.2.3 Çocukluk Çağındaki Travmatik Yaşantılar ile Sağlık İlişkisi

Travmanın bedensel ve psikolojik sağlık açısından oynadığı role dair günümüzde geliştirilen modern yaklaşımlarda Freud'un önemli katkıları bulunmaktadır. Freud ve Breuer mental problemlerin ve tıbbi olarak açıklanamayan hastalıkların ilahi bir ceza olarak algılandığı bir çağda, söz konusu problemlerin istismar öyküsü ile güçlü bir ilişkisi olduğunu öne sürerek geleneksel yaklaşımdan ayrılmışlardır (Breuer ve Freud, 1893-95; akt., Anda ve ark., 2010).

Travmatik yaşantıların her biri en hafif biçimi ile kişinin psikolojik olarak yara almasına neden olabilecek birçok potansiyel etkiye sahip olduğu bilinmektedir ancak travmatik stresin sonuçlarının durumun niteliğine ve kişiye özgü faktörlere

bağlı olarak farklılık gösterdiği konusunda birçok araştırmacının hemfikir olduğu söylemek mümkündür (van der Kolk ve ark., 1996). Travmatik deneyimlerin, travma mağdurlarını fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyal ve davranışsal açıdan nasıl ve ne ölçüde etkilediği birçok araştırmanın konusu olmuştur. Başka bir deyişle, benzer travmatik deneyimler yaşayan bireylerin farklı düzeyde etkilenmesi ve travma yaşantısını farklı biçimlerde (somatizasyon, depresyon vb.) dışa vurmasının altında yatan dinamikler üzerine çalışan teorisyenler çeşitli travma yaklaşımları oluşturmuştur (van der Kolk, 1996) Bazı teorisyenler, “travmatik stres” unsuru olan yaşantıların birey üzerindeki etkisini ve bireyin travma sonrası adaptasyonunu, kişinin psikolojik gelişimi ve deneyimin özellikleri ile ilişkilendirirken, alandaki bazı araştırmacılar da belli bir düzeydeki travmatik yaşantının, maruz kalan herkesi etkileyeceğini öne sürmektedir (McCann ve Pearlman., 1990). İstismar ve ihmal yaşantılarında ise genel görüş istismarın şiddeti ve süresi, istismarcı ile ilişki, güç kullanımı ve istismar yaşının (gelişimsel dönemin) kişinin travma sonrası adaptasyonunu yordayan faktörlerin başında geldiği yönündedir. (Browne & Finkelhor, 1986; Spaccarelli, 1994; Wyatt & Newcomb, 1990).

Çocukluk çağında karşılaşılan travmatik stres, özellikle de ihmal ve istismar yaşantıları baş etme için savunmaların yeterince gelişmediği, kendilik ve öteki algısının oluşmakta olduğu bir dönemde yaşandığından gelecekte karşılaşılabilecek birçok somatik ve ruhsal problem için ciddi risk teşkil etmektedir (Messman-Moore ve Coates 2007). Bununla birlikte, çocukluk çağındaki travmaların, travmaya bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar üzerindeki etkisini açıklayabilecek bir diğer faktörün çoklu travmatik yaşantılar (poly victimization) olduğu belirtilmektedir (Feinkelhor ve ark., 2007). Bu doğrultuda, Feinkelhor ve arkadaşları (2007) çok boyutlu travma mağduriyetinin tek bir alt tipteki travmatik yaşantıya kıyasla travma semptomlarını daha çok yordadığı sonucuna varmış, araştırmacıların bir tek travma boyutunun (örn.,cinsel istismar) kişi üzerindeki etkilerini araştırırken bununla birlikte gelen ve söz konusu semptomlara neden olabilecek diğer olumsuz yaşantıları görmezden gelmesi riski taşıdığını belirtmiştir. Nitekim Felitti ve arkadaşları (1998) herhangi bir türde istismara maruz kalan çocukların başka bir tipte istismar ya da diğer tipte travma yaşantılaması ihtimalinin 80% olduğunu belirtmiştir. Bu noktada çocukluk çağındaki travmatik yaşam olaylarının, genel itibariyle, tek bir olaydan oluşmaktan ziyade diğer istismar yaşantılarını ve yaşamsal güçlükleri beraberinde getirdiği söylenebilir.

Konuya ilişkin, Felitti ve arkadaşları (1998) “olumsuz çocukluk yaşantıları”nın (Adverse Childhood Experiences-ACE) yetişkinlikteki sağlık durumu üzerindeki etkisini incelemiştir. San Diego Kaiser Permanente Kliniğinde, 17.000 kişiyi kapsayan büyük ölçekli çalışmada olumsuz yaşam deneyimleri kapsamındaki 7 boyut toplamda 17 soru üzerinden değerlendirilmiştir. Bu boyutlar: duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, aile üyesinin alkol/madde kullanıcısı olması, tutuklu olması, mental bir probleminin (depresyon, intihar eğilimi) bulunması, annenin/üvey annenin şiddet içeren davranışlarından oluşmuş ve dikkat çekici bulgulara ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre olumsuz çocukluk yaşantıları ile olumsuz duygulanım, hastalık yükü, riskli cinsel davranış, alkol/madde kullanımı, özürülük (disability) düzeyi, hastalık risk unsurları, sağlık harcamaları arasında güçlü, pozitif bir ilişki söz konusudur (Felitti ve ark., 1998). Daha açık bir ifadeyle, çocukluktaki olumsuz deneyim sayısı arttıkça sağlık problemleri de üstel biçimde artmaktadır; örneğin dört ya da daha fazla travmatik deneyim bildiren bireylerin, hiç travma öyküsü belirtmeyenlere kıyasla intihar girişimi, depresyon, alkol/madde kötüye kullanım riskinin 4-12 kat artmış olduğunu belirtmektedir.

Bunun dışında, literatürde çocukluk çağı travma yaşantılarını özellikle tıbbi açıklamaların yetersiz kaldığı kronik ağrı (Green ve ark., 2001), jinekolojik şikayetler (Cunningham ve ark., 1988), mide-barsak semptomları (Bass ve ark., 1999), kas-iskelet sistemi semptomları (Bendixen ve ark.,1994) ile ilişkilendirmektedir.

1.2.3.1 Çocukluk Çağı Travmalarının Kronik Ağrı ile İlişkisi

Psikanalitik kuram etkisinde ağrı dinamiklerini inceleyen Engel (1959) olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ile kronik ağrı arasındaki ilişkiye vurgu yapan ilk kuramcılardan biri olmuş; ağrının çocukluk deneyimlerinden oldukça etkilendiğini ve özellikle suçluluk duygusuyla baş etme mekanizması olarak geliştiğini öne sürmüş, çocukluktaki travmatik yaşantıların gelecekte kronik ağrı olarak geri dönebileceğini vurgulamıştır.

Alanda yapılan bazı çalışmalar erken dönem travmatik deneyimler ile kronik ağrı arasında güçlü bir ilişkinin varlığına dikkat çekerken (Tsang ve ark., 2008), kimi çalışmalar orta düzeyde bir ilişkinin olduğunu öne sürmüştür (Davis ve ark., 2005).

Walling ve arkadaşlarının (1994) yürüttüğü çalışmada, kronik ağrılı bireyler ile ağrısız kontrol grubu çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki fiziksel ve cinsel istismar yaygınlığı bakımından karşılaştırılmıştır. Araştırma, kronik pelvik ağrılı 64, kronik baş ağrılı 42 ve 46 kişiden oluşan ağrısız olmayan kadın katılımcıları dahil etmiştir. Sonuçlar pelvik ağrılı kadınlarda major boyutta cinsel istismarın yaşam boyu yaygınlığının (%53) baş ağrılı gruptan (%33) ve ağrısız kontrol grubundan (%28) anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte, 15 yaşından önce fiziksel istismar yaygınlığı pelvik ağrı grubunda %39 oranındayken, baş ağrı grubunda %29, ağrısız kontrol grubunda ise %15 olarak bulunmuş, fiziksel istismar sıklığının pelvik ağrılı grupta ağrısız kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma cinsel istismarın spesifik olarak pelvik ağrı için risk teşkil ettiğini, fiziksel istismarın ise genel olarak kronik ağrıda risk unsuru olabileceğini vurgulamıştır.

Konuya ilişkin çalışmalardan diğeri (Goldberg ve ark., 1999) çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar ile kronik ağrı arasındaki ilişkiyi incelemiş, dört farklı kronik ağrı grubunu (yüz ağrısı, fibromiyalji, miyofasiyal, heterojen) çocukluk çağındaki travma yaşantısının özellikleri bakımından karşılaştırmıştır. Bu travmatik yaşantıların alt boyutları; çocukluk çağında deneyimlenen cinsel, fiziksel ve sözel istismarın yanında ailede alkolizm ve madde bağımlılığı geçmişi, çocukluk hastalığı, aile bireyinin ya da arkadaşın ölümü ve ebeveyn boşanması gibi olumsuz yaşam olaylarını kapsamaktadır. Sonuçlara göre tüm ağrı gruplarında çocukluk çağı istismarının oldukça yaygın olduğu (%55) görülmüştür. Bunun yanı sıra, cinsel istismar bildiriminin en fazla olduğu grup fibromiyalji olmuştur. Bir diğer dikkat çekici sonuç ise kadın olmak ve alkolik bir ebeveyne sahip olmak söz konusu kronik ağrıların en güçlü yordayıcısı olarak bulunmuştur.

Lampe ve arkadaşları (2003) çocukluktaki istismar yaşantısı, stresli yaşam olayları ve depresyonun kronik ağrı ile ilişkisini test etmişlerdir. Kronik bel ağrılı 40, kronik pelvik ağrılı 43 ve 30 sağlıklı kadından oluşan örneklem grubunu söz konusu değişkenler üzerinden inceleyen araştırma genel olarak çocukluktaki fiziksel istismarın, stresli yaşam olaylarının ve depresyonun etkileşim içinde kronik ağrı yaşantısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna varmışlar. Buna ek olarak, çocukluktaki cinsel istismar yaşantısı kronik pelvik ağrı ve depresyon ile ilişkili bulunurken, çocukluktaki cinsel ve fiziksel istismar ile artan stresli yaşam olayı arasında güçlü bir ilişki gözlenmiştir. Bu ilişkinin nedenselliğini tartışan çalışma,

fiziksel ve cinsel istismar geçmişi olan bireylerin baş etme becerilerinin ketlenebileceğini böylece yaşam olaylarını daha stresli algılayabileceklerini öne sürmüştür.

Davis ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan metaanaliz çalışması ise çocukluk çağı istismarı ve kronik ağrı arasındaki ilişkiyi incelemiş, 1990-2001 yılları arasında yapılan, toplamda 5299 kişilik örneklemden oluşan 16 çalışmadan yararlanmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısı bildiren bireyler, bildirmeyenlere göre daha fazla ağrı semptomu rapor ederken, bunun yanı sıra ağrı hastaları sağlıklı bireylere göre daha fazla çocukluk çağı istismar yaşantısı bildirmişlerdir.

Son yıllarda yapılan metaanaliz çalışmalarından biri de çocukluk ya da yetişkinlikteki travma yaşantısı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve fonksiyonel somatik sendromlar (FSS) arasındaki ilişkiyi test etmiştir (Afari ve ark., 2014). Literatür ışığında fibromiyalji, yaygın kronik ağrı, kronik yorgunluk sendromu, huzursuz barsak sendromu ve temporomadibuler eklem sendromu biyolojik alt yapısı tıbben açıklanamayan *fonksiyonel somatik sendromlar* olarak sınıflandırılmıştır. 71 araştırmayı değerlendiren bu çalışma, travmatik yaşantıya (psikolojik, cinsel, duygusal, fiziksel, savaşa maruz kalma boyutlarında) maruz kalan bireylerin fonksiyonel somatik sendroma yakalanma ihtimalinin 3 kat daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Şimdiye kadar sözü edilen çalışmalar travma yaşantısı ile kronik ağrı arasındaki ilişkiyi kişisel bildirime bağlı olarak değerlendirmiş, aynı zamanda araştırmaya klinik grupları dahil etmiştir. Son yıllarda travma geçmişi ile ağrı ilişkisini klinik dışı gruplarla, laboratuvar koşullarında test eden daha farklı desende yapılandırılmış çalışmalar da göze çarpmaktadır. Pieritz ve arkadaşlarının (2015) çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ile ağrı toleransı ve şiddeti arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışma, ağrı algısını etkileyebilecek herhangi bir hastalığı bulunmayan, klinik dışından 62 kadın katılımcıyı dahil etmiştir. Çocukluk çağındaki ihmal ve istismar yaşantıları ile ağrı toleransı ve ağrı şiddeti arasındaki ilişkide ağrıyı felakletleştirme, depresif semptomlar ve somatik semptomları potansiyel aracı değişkenler olarak ele almışlardır. Çalışmada ağrı toleransını ve şiddetini ölçmek için katılımcılar laboratuvar koşullarında farklı derecelerde ısı uyarısına maruz bırakılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre spesifik olarak duygusal istismar ile ağrı toleransı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş, çocukluk çağı olumsuz

yaşantıları ile ağrı şiddeti arasında doğrusal bir ilişki bulunmamıştır. Diğer değişkenlerin ise ilişkiye aracılık etmediği görülmüştür. Çalışmada ortaya çıkan sonuç, duygusal istismarın şiddeti ile ağrının afektif bileşeni olarak değerlendirilen ağrı toleransı arasında negatif yönde bir ilişki söz konusu iken, ağrının duyusal bileşeni olan ağrı şiddeti ile doğrusal bir ilişki bulunmadığı yönündedir.

1.2.3.1.1 Çocukluk Çağı Travmaları ve Kronik Ağrı İlişkisi Üzerine Açıklamalar

Yukarda sözü edilen epidemiyolojik araştırmalar, metodolojik kısıtlılıklar nedeniyle her ne kadar neden sonuç ilişkisi göstermese de, çocuklukta travmatik yaşantıların insan sağlığı üzerinde önemli düzeyde olumsuz etkilere sahip olabileceğine işaret etmektedir. Spesifik olarak da çocukluk çağındaki travma yaşantılarının kronik ağrı ile ilişkisine vurgu yapan çalışmalar belirtilmiştir. Bu noktada, akla gelen sorulardan biri; “bu ilişki düzeneğini açıklayan mekanizmalar nelerdir?” olmaktadır.

Nörobiyolojik açıdan bakıldığında bununla ilgili en temel varsayımlardan biri; erken dönem stresli yaşantıların kişinin bedensel sinyalleri algılamasını güçlendiren biyolojik yolları aktif hale getirebilmesidir. Yapılan çalışmalar olumsuz çocukluk deneyimlerini Hipotalamus Hipofiz Adrenal (HPA) ekseninin disregulasyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Heim ve ark.,1998). Bununla birlikte çocukluk çağındaki travmatik deneyimlerin bağışıklık sistemini olumsuz etkileyebileceği, kişinin yetişkinlikte karşılaştığı stresörlere karşı daha duyarlı/kırılgan hale gelmesine yol açabileceği belirtilmektedir (Sachs-Ericsson ve ark., 2009). Buna paralel olarak, kimi çalışmalar erken dönem travmaların gelecekte travma sonrası stres bozukluğu için önemli ölçüde risk teşkil ettiğini bunun da kronik ağrıya yatkınlaştırabileceğini öne sürmektedir (Asmundson ve ark. 2002). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar kronik ağrı hastalarında travma sonrası stres bozukluğuna çok sık rastlandığını, aynı zamanda travma sonrası stres bozukluğu olan kişilerde kronik ağrı bildirimini yaygın olduğunu belirtmektedir (Asmundson ve ark. 2002). Burada neden sonuç ilişkisinden söz edilemese de araştırmacılar her iki durum arasında köprü kuran mekanizmanın kaygı duyarlılığı olabileceğini belirtmektedir.

Öte yandan, çocukluk çağında karşılaşılan travmatik strese karşı yanıtı ve travma sonrası uyumu belirleyici faktörlerden birinin de sosyal çevrenin ve ailenin

işlevselliği olduğu belirtilmektedir (Widom, 2000). Bu bağlamda Golding ve ark. (2002) istismar geçmişi olan kişilerin hem stresörlere karşı daha savunmasız hale gelebileceğini hem de sınırlı bir sosyal desteğe sahip olabileceklerini belirtmiş, bu iki faktörün birlikte ağrı deneyimini şiddetlendirebileceğini vurgulamıştır. Bu noktada, çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikteki kronik ağrı ilişkisinde rolü olabilecek değişkenlerden birinin sosyal destek olduğu düşünülmüştür. Buradan hareketle, bir sonraki bölümde sosyal desteğe ilişkin teoriler ve sosyal desteğin çocukluk çağı travmaları ve kronik ağrı ile ilişkisine yer verilecek bununla ilgili yapılan çalışmalar aktarılacaktır.

1.3 SOSYAL DESTEK

1.3.1. Kavramsal tanımlar

“Sosyal destek” kavramı teorisyenlerce farklı şekillerde tanımlanmış, farklı boyutlarıyla ele alınmıştır. En genel şekilde, sağlığı ve iyilik halini olumlu etkilemesi beklenen sosyal ilişki süreçleri olarak nitelendirilmiştir (Cohen ve ark., 2000).

Bu kavramın en açık tanımını yapan kuramcılardan biri olan Cobb’a (1976) göre ise sosyal destek: bireyin, sevildiği, ilgilenildiği, saygı gördüğü, değerli olduğu, iletişim içerisinde olunan ve karşılıklı yükümlülüklerin bulunduğu bir sosyal ağın parçası olduğu inancını sağlayan bilgidir. Cobb bu bilginin önemli ve birbiri ile ilişkili iki işlevi olduğunu öne sürmüştür: (1) Bireyin sosyal ihtiyaçlarını karşılanmak, (2) stresörlerin ve kriz durumlarının olumsuz sonuçlarından bireyi korumak. Cobb’un (1976) tanımını açıklamak gerekirse: bu bilgi yakın ilişkilerde ilişki kurma ve sevilme ihtiyaçlarını karşılayarak *duygusal destek* sağlarken, toplum içinde tanınma, kendilik değerini pekiştirme ihtiyaçlarını karşılayarak *saygı desteği* (esteem support) sağlamakta, toplum içinde uyum ve belli bir sosyal grubun parçası olma duygusu sağlayarak *aidiyet desteği* (belonging support) oluşturmaktadır.

Sosyal destek *işlevsel destek*, *algılanan sosyal destek*, *yapısal sosyal destek* olarak sınıflandırılmıştır. (Cohen ve Willis, 1985). *Yapısal destek*, bireyin sosyal destek kaynaklarının niceliği olarak tanımlanmaktadır. Daha açık bir deyişle; bireyin ailesi, aile çevresi, arkadaşları, partneri, komşuları, öğretmenleri; etnik, politik veya dinsel gruplar ile daha genel çerçevede içinde bulunduğu toplum o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (Yıldırım, 1997). *İşlevsel destek*, bireyin ihtiyaç

duyduğu durumda sosyal destek kaynaklarından ne ölçüde yararlanabildiği, bu desteğin birey için ifade ettiği anlam ile ilişkilidir.

Algılanan sosyal destek ise kişinin ihtiyaç duyduğunda sosyal destek kaynaklarının ne ölçüde ulaşılabilir olduğuna dair kendi değerlendirmesidir (Tardy, 1985). Sosyal destek kaynakları ile ilişkili olsa da bilişsel (algısal) bir değişken olması bakımından ayrıdır (Turner ve ark., 1983). Sosyal destek üzerine yapılan pek çok çalışma “algılanan sosyal destek” değişkenini ele almıştır; çünkü araştırmacılara göre (Cohen ve Willis, 1985; Sarason ve Duck., 2001) algılanan sosyal destek, psikolojik huzursuzluğun (psychological distress) en güçlü düzenleyici değişkenlerinden biridir. Daha açık şekilde, algılanan sosyal desteğin stresli bir yaşam olayının hemen sonrasında gerçekte alınan sosyal destekten daha önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. (Evans ve ark.,2013) Araştırmacılar sosyal desteği farklı boyutları ve işlevleriyle ele alsalar da algılanan sosyal desteğin yüksek oluşunun stresli yaşam olayları karşısında tampon işlevi gördüğü konusunda büyük ölçüde bir görüş birliğinin olduğu söylenebilir.

1.3.2 Sosyal Destek ve Sağlık

“Sosyal destek” kavramına özellikle tıp, sosyoloji ve psikoloji başta olmak üzere çeşitli disiplinler farklı yaklaşımlar geliştirmiştir. Konuyla ilgili çalışmalar 1970’li yıllarda hızla artmış, günümüzde kabul gören teorilerin iskeleti o dönemde oluşmuştur; ancak sosyal destek teorilerinin gelişimindeki en temel çalışmalardan biri yaklaşık yüz yıl önce Emile Durkheim (1897-1951) tarafından yapılmıştır. (akt. Berkman ve ark., 2000)

Sosyal desteğin sağlıkla ilişkisini “göç” olgusu üzerinden ele alan Durkheim (1897) göç nedeniyle sosyal bağların zayıflamasının, bireylerin psikolojik iyilik hali için bir tehdit oluşturduğunu öne sürmüştür, intihar oranlarının sosyal bağları zayıf olan bireylerde daha yaygın olduğunu belirtmiştir (akt. Cohen ve ark., 2000). Diğer sosyologlar da bu bulguları destekleyen sonuçlara ulaşmış, yerlerinden edilen kesimlerde (göçmenler ve iş bulmak için topluluklarından ayrılmaya zorlanan bireyler) sosyal düzensizlik (social disorganization) ile paralel davranış değişiklikleri/bozuklukları gözlemişlerdir (Thomas ve Znaniecki, 1920; Park ve Burgess, 1926; akt., Cohen ve ark. 2000)

1970'li yıllarda ise tıp alanında sosyal destek konusuna ilk vurgu yapan isimlerden biri epidemiyolog ve hekim olan John Cassel (1974) olmuştur. Cassel'in (1974) psikososyal süreçlerin hastalığın etiolojisinin anlaşılmasında oldukça önem taşıdığını, özellikle sosyal desteğin stresle ilişkili hastalıklarda kilit bir rolü olduğunu belirtmesiyle sosyal destek çalışmaları medikal alanda da artmıştır (Vaux, 1988).

Cassel (1974) hayvanlarla yaptığı çalışmalardan yola çıkarak çeşitli biçimlerdeki sosyal düzensizliğin (social disorganization) hastalıklara karşı direnci azalttığını öne sürmüştür. Başka bir deyişle; Cassel'e göre stresli çevresel koşullar nedeniyle önemli sosyal bağların bozulması bireyi yetersiz ve kafa karıştırıcı bir geri bildirimle bırakıyor, bu durum da vücudun denge sisteminin bozulmasına ve hastalıklara karşı duyarlılığa neden oluyordu. (akt. Vaux, 1988) .

Stres koşulu altında sosyal desteğin koruyucu rolünü araştıran çalışmalardan birinde, deney koşulunda hayvanlara bir dizi beklenmeyen elektrik şoku izole bir ortamda verilirken, kontrol koşulunda ise yavruların olduğu bir çevrede uygulanmış, izole ortamdaki hayvanlarda peptik ülser düzeyi türdeşleri ile bir arada oldukları koşula göre daha yüksek bulunmuştur (Conger, ve ark.,1958; akt. Kaplan ve ark., 1977).

Sosyal destek ile ilgili çalışmalar incelendiğinde sosyal destek; genel olarak iki model ekseninde araştırılmaktadır: *Temel Etki Modeli* (main effect), *Tampon Etkisi Modeli* (buffering effect) (Cohen ve Wills, 1985). Temel etki hipotezi, sosyal desteğin stresörlerden bağımsız bir şekilde, genel olarak kişinin iyilik haline (bireyin bedensel ve psikolojik açıdan işlerliğinin geliştirildiği yaşam biçimi) bulunduğu katkıyı vurgularken, tampon etki modeli sosyal desteğin koruyucu etkisinin temelde stresli koşullar altında iyilik hali ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

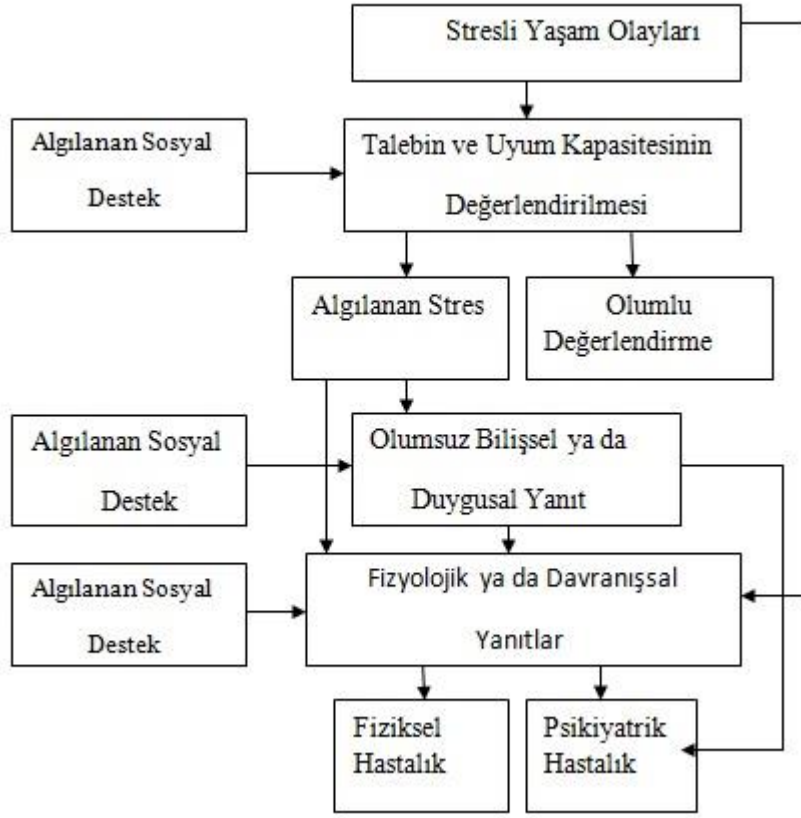
Temel etki modeline göre, büyük ölçekte sosyal destek ağına sahip olmak bireye süreğen, olumlu deneyimler sağlaması; stabil, ödüllendirici sosyal roller kazandırması bakımından kişi için faydalı bir etkiye sahiptir (Cohen ve Wills, 1985). Bu etkinin oluşmasında; kişiye sağladığı olumlu duygulanım, öngörülebilir ve stabil yaşam koşullarına sahip olma duygusu ve kendilik değerinin tanınmasının etkili olabileceği belirtilmiştir (Cohen ve Wills, 1985). Bununla birlikte, kişinin sosyal ağ ile bütünleşmesinin (integration) kişiyi zihinsel ve bedensel sağlığını tehdit edecek olumsuz deneyimlerden uzak tutma işlevi de koruyucu bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

1.3.2.1 Stres-Tampon Etkisi Modeli

Stres-Tampon etkisi modeli ise güçlü bir sosyal destek sistemine sahip olan bireylerin sosyal destek kaynakları yetersiz olanlara göre, yoğun psikolojik strese neden olabilecek yaşam olayları/değişiklikleri ile daha iyi baş edebileceklerini varsaymış, böylelikle kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığını korumada sosyal desteğin düzenleyici (moderator) bir değişken olduğunu öne sürmüştür. (Caplan, 1974; Cobb, 1976; Cassel, 1976) (Şekil 4)

Son yıllarda, özellikle sistemik yaklaşımların etkisiyle bireyin çevresiyle uyumunu, işlevselliğini ve semptomlarını değerlendirirken sosyal destek sistemlerinin önemi vurgulanmaktadır. Literatürde sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik problemlerle ilişkisini ele alan çalışmaların giderek arttığı gözlenmektedir. House' a (1981) göre sosyal destek sistemleri bireye 3 şekilde yardımcı olmaktadır;

- 1) bireyin yaşamını olumsuz etkileyen faktörleri etkisizleştirerek ya da etkisini azaltarak,
- 2) olumsuz yaşam olayları karşısında bireyin dayanıklılığını artırıp sağlık durumunun iyileşmesini sağlayarak,
- 3) çevresel stresörlerin etkilerine karşı kısmi ya da bütün bir tampon görevi üstlenerek. (akt., Yıldırım, 1997)



Şekil 4 Sosyal Destek: Stres –Tampon ekisi modeli

*Model Cohen ve arkadaşlarının (2000) çalışmasından alıntılanarak Türkçeye uyarlanmıştır.

House'un (1981) öne sürdüğü gibi sosyal desteğin işlevlerinden biri kişinin stresörlere karşı dayanıklılığını artırarak kişinin sağlığını olumlu yönde etkilemektir. Benzer bir şekilde, Cohen ve Willis (1985) sosyal desteğin stresli yaşantıların etkisini hafifletebileceğini vurgulamıştır. Bilişsel işlevin önemli bir rol oynadığı bu teoride, sosyal destek sistemleri kişi tarafından bir baş etme kaynağı olarak görüldüğünde stresörün şiddeti daha düşük olarak algılanmaktadır. Bir diğer yönüyle de, stresli yaşam olayının ardından gelen sosyal desteğin bilişsel ve duygusal işlemeyle kolaylaştırdığı, bu sayede durumla ilgili yeniden değerlendirme (reappraisal) sürecinde kişiye daha uyumlu bir biliş sağladığı öne sürülmektedir.

Literatürde algılanan sosyal desteğin yetersizliği sıklıkla depresyon (Turner, 1983) ve kötü fiziksel sağlıkla (Cohen,1988) ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, cinsel ve fiziksel istismara uğrayan bireyler için, destekleyici ilişkilerin varlığı düşük düzeyde psikolojik huzursuzluk ile ilişkilendirilmiştir (Romans ve ark., 1995).

Çocukluk çağı istismarı bakımından sosyal desteğin işlevine bakıldığında, bazı araştırmalar algılanan sosyal desteğin istismara uğramış çocukların psikolojik dayanıklılık (resilience) geliştirmesinde önemli rolü olduğunu belirtmekte, algılanan sosyal desteğin yüksek oluşunu düşük klinik semptomatoloji ile ilişkilendirmektedir. (Spaccarelli & Kim, 1995)

Birçok araştırmacı sosyal desteğin çocukluktaki istismar yaşantısının gelecekteki olumsuz etkilerine karşı tampon oluşturduğunu öne sürmektedir (Conte ve Schuerman, 1987). Yukarıda da bahsedildiği gibi bu etkiler psikolojik uyumdan fiziksel sağlığa kadar geniş bir yelpaze içinde değerlendirilebilir.

Benzer şekilde, travma mağdurunun destekleyici bir ilişki ağına sahip olmasının iyileştirici etkileri olduğu belirtilmektedir. Burgess ve Holmstrom (1979) tecavüze uğrayan bireylerle yaptıkları uzamsal çalışmada, iyileşme süresi ile kişinin yakın ilişkilerinin niteliği arasında bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Daha açık bir ifadeyle, çalışmada düzenli ve yakın bir ilişkisi olan bireylerin diğerlerine göre daha kısa sürede iyileşme eğilimi gösterdikleri ortaya çıkmıştır.

Genel olarak, stresli yaşantıların olumlu sosyal destek sistemlerini harekete geçirerek kişi için koruyucu, sağaltımını hızlandırıcı bir işlev görmesi konusunda pek çok araştırmacı hemfikir olsa da, stres koşullarının sosyal destek düzenekleri üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Bununla ilgili yapılan çalışmaların bulgularına göre, stres faktörü kronik hale geldiğinde olumlu sosyal desteğin de tükenmesi söz konusu olabilmektedir (Stevens ve ark., 2013). Kronikleşen stresin destekleyici davranışları azaltmakla kalmayıp, kişiler arası ilişkilerin zedelenmesine de yol açabileceği belirtilmektedir.

Travmatik yaşantının ardından gelen sosyal desteğin kişi için koruyucu bir faktör olduğu varsayılsa da, çocukluğunda istismara maruz kalan bireylerin yetişkinlikte algıladıkları sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Vranceanu ve ark., 2007)

Golding ve arkadaşlarının (2002) yaptığı metaanaliz çalışmasında cinsel saldırı öyküsü ile sonrasındaki sosyal destek düzeneklerinin ilişkisi incelenmiştir. Bulgulara göre, cinsel istismar geçmişi sosyal desteğin tüm alt boyutları ile ilişkilidir. Başka bir ifadeyle bireyin sosyal destek kaynaklarının büyüklüğü (evli olmamak), ilişkilerin yapısı (sosyal çevre ile görüşme sıklığının az olması vb.) ve ilişkilerin işlevi (aile, arkadaş ve partnerden alınan duygusal desteğin yetersiz oluşu) cinsel travma öyküsü ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkinin en güçlü alt boyutu ise kişilerin

yakın çevrelerinden aldıkları duygusal destek olmuştur. Daha açık bir deyişle, cinsel travma geçmişi olan bireyler diğerlerine göre ilişkilerinden gelen duygusal desteği anlamlı düzeyde “daha düşük” olarak değerlendirmiştir. Duygusal destek bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı için en güçlü yordayıcı olarak nitelendirildiğinden (House, 1981) buradaki bulgu önemlidir. (Golding ve ark., 2002)

Çocukluk çağı istismarı olgularında, istismar geçmişi olan bireylerde sosyal destek unsurunun sağaltımda önemli rol oynadığı, araştırmacılar ve klinisyenler tarafından ön görülmektedir. Ancak çocukluk çağı istismarı vakalarında çoğunlukla istismarcının aile içinden olması ya da çocuğun etrafında bulunmaya devam etmesi yapısal açıdan, sosyal destek kaynaklarının azalmasına; işlevsel açıdan ise aile üyeleri ile kurulan duygusal bağların zedelenmesine neden olabilmektedir (Stevens ve ark., 2013). Bununla birlikte, çocuğun istismar ortamında yaşamaya devam etmesi istismarın tekrarlanma ya da süreğen hale gelme riskini artırmaktadır (Shumm ve ark., 2005). Böylece, istismar geçmişi olan bireylerin yetişkinlik çağında psikosoyal kaynaklarının azalması, algılanan güvenilir ve destekleyici yakın ilişkilerinin eksikliği söz konusu olabilmektedir (Stevens ve ark., 2013).

1.3.2.2 Sosyal Destek ve Ağrı

Sosyal desteğin kronik ağrı üzerinde hem pozitif hem de negatif yönde düzenleyici etkisi olduğunu aktaran çalışmalar bulunmaktadır (Kerns ve ark. 2002; López-Martínez ve ark., 2008). Genel olarak sosyal destek baş etme kaynağı olarak görüldüğünde kişinin psikolojik ve fiziksel iyilik haline katkıda bulunması ve stresörlerin birey üzerindeki olumsuz etkilerini azaltması beklenmektedir (Ferreira-Valente, 2009). Nitekim ağrı deneyiminde de sosyal destek doyumunun yüksek oluşunun duygulanımı olumlu yönde etkilediğini öne süren, niteliksel ve yapısal yönden sosyal desteğin yetersizliğini ise depresyon ve ağrı uyumunun zayıflığı ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (López-Martínez ve ark., 2008). Ancak literatürde sosyal destek ve ağrı yaşantısı ile ilgili çalışmalar birbirinden farklı sonuçlara işaret etmektedir. López-Martínez ve arkadaşlarının (2008) yürüttüğü çalışmada kronik ağrı hastalarında sosyal destek ile bildirilen ağrı şiddeti ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş, algılanan sosyal desteğin ağrı şiddeti ve depresyon ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buradaki bulgu, kronik ağrılı bireylerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek oluşunun ağrı uyumunu olumlu yönde

etkilediğine işaret ederken, kronik ağrılı bireylerin eşlerinin ağrı davranışına yönelik “ilgi” ve “dikkat” biçiminde gösterdikleri desteğin ağrı şiddetinin ve ağrı davranışının artmasıyla ilişkili olduğunu belirten çalışmaların da azımsanmayacak sayıda olduğunu söylemek mümkündür (Cano, 2004; Boothby ve ark., 2004). Burada, Fordyce’nin (1976) öne sürdüğü gibi sosyal desteğin ağrı davranışını pekiştiren bir etki yarattığı düşünülebilir. Araştırmalardaki farklı sonuçların kaynağının sosyal desteğin ölçülen boyutuyla veya ölçüm yöntemleri arasındaki farklılıklarla ilişkili olabileceği akla gelmektedir.

Jamison ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan araştırma, ağrı hastalarını ailelerini yeterince destekleyici bulanlar/ aile desteğini düşük olarak nitelendirenler şeklinde iki gruba ayırmış, değerlendirmeden bir yıl sonra bu iki grubu ağrı şiddeti, işlevsellik ve kullanılan ilaç miktarı bakımından karşılaştırmıştır. Ailesini destekleyici olarak değerlendiren grubun diğer gruba göre işlevselliğinin daha yüksek olduğu, ağrı yoğunluğunun daha az olduğu belirtilmiştir.

1.4 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın temel amaçlarından biri çocukluk çağı travmalarının boyutları ile kronik ağrı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Literatürü incelediğimizde çocukluk çağındaki travmaların ağrının başlaması, ağrının daha şiddetli deneyimlenmesi ya da akut ağrıdan kronik ağrıya geçişte rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın temel sorularından biri kronik ağrılı bireylerin ağrısız kontrol grubuna göre daha sık istismar ve ihmal geçmişi bildirmediğidir. Öte yandan, çalışmalar travma geçmişinin ağrı deneyiminin davranışsal, afektif ve duyusal boyutları ile ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Ancak çalışmaların sıklıkla ağrı yaşantısının duyusal (ağrının algılanan şiddeti) ve davranışsal boyutlarına (örn. ilaç tüketim miktarı, tıbbi yardım alma sıklığı) yoğunlaştığı görülmekte, kronik ağrının seyrinde oldukça önemli olarak görülen afektif boyutun (örn. ağrının ne kadar rahatsız edici olarak algılandığı) daha az incelendiği göze çarpmaktadır. Literatürdeki bu eksiklikten hareketle, çalışmanın amaçlarından biri travma geçmişinin ağrının duyusal boyutunun yanında afektif boyutu ile de ilişkisini incelemektir. Ek olarak, çalışmalarda bedensel duyuları abartma eğiliminin kronik ağrı ile ilişkili bulunan bir boyut olduğu vurgulanmaktadır (Ak ve ark., 2004). Bedensel duyuları abartma eğiliminin bedenselleştirme,

duygulanımın bastırılması ve aleksitimi ile ilişkisi düşünüldüğünde travma geçmişinin bu bağlantıda rolü olabileceği varsayılmış ancak spesifik olarak kronik ağrı hastalarında travma geçmişi ile bedensel duyuların abartılması ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, literatür incelendiğinde çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile yetişkinlik dönemindeki ağrı yaşantısı arasında direkt bir ilişkiden söz etmenin zor olduğu belirtilmektedir (Edwards ve ark., 2016). Bu bağlamda, bireyin travma yaşantısına karşı yanıtını belirleyen faktörlerin ilişkideki rolünü değerlendirmek önem kazanmaktadır. Literatürde bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı yanıtını etkileyen faktörlerden birinin de algılanan sosyal destek olduğu görülmüştür. Stres-tampon etkisi modelinde algılanan sosyal desteğin stresör ile sağlık sorunları arasında tampon işlevi gördüğü belirtilmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Bu teorik çerçevede çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar “stresör” olarak değerlendirilip kronik ağrıya bağlı değişkenlerle ilişkisinde algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolünü incelemek araştırmanın amaçlarından biridir. Aiken ve West (1991) moderasyon modelini şöyle tanımlamaktadır:

1. Düzenleyici değişken (moderatör) yordayan ve yordanan arasındaki ilişkinin gücünü ya da yönünü değiştirebilir.
2. Yordayıcının yordanan üzerindeki etkisini azaltabilir.
3. Yordayıcının yordanan üzerindeki etkisini tersine çevirebilir.

Araştırmanın literatür ışığında belirlenen temel hipotezleri şunlardır:

1. Çocukluk çağı travmaları yaygınlığı, kronik ağrılı bireyler ile sağlıklı kontrol grubu arasında farklılık göstermektedir. Ağrılı gruplarda istismar ve ihmal geçmişi sağlıklı kontrol grubundan daha sık bildirilmektedir.
2. Çocukluk çağı travma yaşantısını “şiddetli” olarak bildiren ağrılı bireyler ile “düşük” şiddette travma geçmişi bildiren bireylerin ağrıya bağlı sonuçları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır.
3. Çocukluk çağı travma yaşantısının şiddeti ile kronik ağrıya bağlı sonuçlar pozitif yönde korelasyon göstermektedir. Algılanan sosyal destek bu ilişkide düzenleyici (moderator) rol oynamaktadır.

1.4.1 Yan amaçlar

Araştırmaya klinik ağrı grubunun yanında “en az 6 aydır ağrı” bildiren klinik dışından katılımcılar da ayrı bir grup olarak dahil edilmiştir. Buradaki amaçlardan biri klinik koşulların etkisi ile kronik ağrılı bireylerin algıladığı stres düzeyinin yüksek olabileceği bu durumun da sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmada yanlılığa neden olabileceği varsayımına dayanmaktadır. Bunun olası etkisini kontrol etmek için hastane dışından “kronik ağrı” bildiren katılımcılara da yer verilmiştir. Yan amaçlardan birisi de klinik ağrı grubu ile klinik dışı ağrı grubunu karşılaştırmak bu iki grubun benzerliklerini ve farklılıklarını araştırmak, “kronik ağrı grubu” başlığı altında değerlendirilip değerlendirilemeyeceğini test etmektir.

Son olarak uç grubu kronik ağrıda risk unsuru olarak nitelendirilen psikososyal unsurlar olan; kısa semptom envanterindeki alt boyutlar (depresyon, somatizasyon, anksiyete), algılanan sosyal destek, bedensel duyuların abartılması düzeyi bakımından karşılaştırmak ve değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek çalışmanın yan amalarındanndır. Bu bağlamda, ilgili literatür işığında grupların bedensel duyuların abartılması, psikolojik belirtiler, algılanan sosyal destek düzeyleri bakımından farklılaşmaları beklenmektedir. Daha açık bir ifadeyle, ağrısı olan grupların kısa semptom envanterindeki boyutlar ve bedensel duyuların abartılmasından elde ettikleri puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubundan yüksek, algılanan sosyal destek düzeyinin ise sağlıklı kontrol grubundan daha dışuk olduğu varsayımı sınanacaktır.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1 Örneklem

Bu araştırma klinik ağrı grubu (N=52), klinik dışı ağrı grubu (N=52), sağlıklı kontrol grubu (N=52) olmak üzere toplamda 156 katılımcıyı dahil etmiştir. (Katılımcılara ilişkin ayrıntılı tanımlayıcı bilgiler Bölüm 3'te verilmiştir)

2.1.1 Klinik Ağrı Grubu

Bu gruptaki katılımcılar Ankara Eryaman Aile Sağlık Merkezine ağrı şikayeti ile başvurup hastanelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Algoloji, Nöroloji veya Romatoloji bölümlerinde uzman tarafından kronik ağrı tanısı aldığını belirten en az 6 aydır ağrısı olan 18-65 yaş arasında, en az ilkokul mezunu, ölçekleri doldurabilecek mental yeterlilikte olan, farklı ağrı özelliklerine sahip hastaların ilgili ölçek ve formlardan oluşan bataryayı (kişisel bilgi formu, çocukluk çağı travma ölçeği vb.) kendileri doldurmaları beklenmiştir. Sorular anlaşılmadığında araştırmacıdan ya da aile hekiminden yardım almaları sağlanmıştır.

İçleme Kriterleri;

Ağrı uzmanları tarafından yapılan medikal değerlendirme ve gerekli fiziksel, nörolojik, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri sonucunda herhangi bir **kronik ağrı tanısı** almış olmak.

Dışlama Kriterleri;

Katılımcıların, Kardiyovasküler Hastalıklar, Kronik Diabet, Hipertansiyon ya da Kronik Hepatit Hastalığı gibi sistemik hastalığının bulunması,

Psikiyatrik bir tanı almış olmak.

Ağrının kansere ya da ameliyata bağlı olması

2.1.2 Klinik dışı Ağrı Grubu

Bir diğer ağrı grubu ise en az 6 aydır ağrı şikayeti bildiren ancak klinik dışından seçilen 18-65 yaş aralığında 52 ağırlı katılımcıdan oluşturulmuştur. Genel Sağlık Formunda ve sosyodemografik formda kronik ağrı dışında herhangi bir hastalık ya da hastalık belirtisi bildirmeyen, aynı zamanda major bir psikopatoloji belirtmeyen, okuryazar, testleri doldurabilecek mental kapasitede olan, ağrı nedeniyle *en az 1 kez medikal bir tedavi başvurusu yapmış* 22-63 yaş arasında gönüllü katılımcılardan oluşmuştur. Klinik dışı ağrı grubu için içleme/dışlama kriterleri klinik ağrı grubu ile aynıdır, sadece bu grupta kronik tanısı konmuş olması koşulu aranmamış, en az altı aydır ağrının olması araştırmaya dahil etmek için yeterli görülmüştür. Katılımcılara farklı bölümlerden Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri yardımı ile ulaşılmıştır.

2.1.3 Sağlıklı Kontrol Grubu

Kontrol grubu Genel Sağlık Tarama Formu'ndaki hastalıkları ve belirtileri göstermediğini belirten ve aynı zamanda Demografik Form'da herhangi bir kronik bir hastalık, major bir sağlık problemi ve akut/kronik ağrı bildirmeyen 20-62 yaş aralığında, okuryazar ve gönüllü **sağlıklı katılımcılardan** oluşmuştur. Sağlıklı katılımcılara farklı bölümlerde okuyan Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri yardımıyla ulaşılmıştır. Öğrencilere konuyla ilgili verilen yönerge doğrultusunda, katılımcılar her bir ölçeği kendileri doldurmuş, anlaşılmayan soru olduğunda öğrencilerin yönergeye uygun şekilde yanıtlanması istenmiştir.

2.2 Veri Toplama Araçları

2.2.1 Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu

Kronik ağrı hastalarının demografik bilgilerini değerlendirmeyi amaçlayan bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitimi, mesleği, medeni durumu, kardeş sayısı, algılanan gelir düzeyi, halihazırda ya da geçmişte psikiyatrik bir tanı alıp almadıkları, kronik bir hastalığın ya da herhangi bir sağlık probleminin bulunup bulunmadığı gibi kişisel bilgileri sorgulamaya yönelik ifadeler yer almaktadır. Bununla birlikte, kronik ağrı bildiren bireylerde ağrı

yaşantısı ile ilgili birtakım değişkenleri (ağrının başladığı döneme denk gelen yaşam olayı, ağrıyı tetikleyen duygulanım/durumlar gibi) incelemeyi amaçlamayan ek sorular mevcuttur. Form kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

2.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak niceliksel bakımdan değerlendirmeyi amaçlayan, 28 maddelik öz bildirim ölçeğidir. İngilizce özgün biçimi 1995 yılında Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup orijinal adı Childhood Trauma Questionnaire'dir (CTQ). 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği olarak Türkçeye uyarlanmıştır. 5'li likert tipi bir ölçektir. Katılımcılardan geçmişe dönük istismar ve ihmal yaşantılarını sorgulamaya yönelik ifadeleri 1 ile 5 arasında puanlamaları beklenmektedir (1= hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5= çok sık). Ölçeğin 5 alt boyutu: fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmaldir. 28 maddeden oluşan ölçeğin 3 maddesi travmanın inkarını ("minimizasyon") ölçmeyi amaçlamaktadır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden elde edilen puanları hesaplarırken 7 maddeye (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) verilen puanlar tersine çevrilir. (Örn. 1 yerine 5, 2 yerine 4 verilir). 5 alt boyuttan elde edilen puanların toplamı ÇÇTÖ toplam puanını verir. Alt ölçeklerin toplam puanı 5-25 aralığında iken, ÇÇTÖ toplam puanı 25-125 aralığındadır.

Duygusal istismarı 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddeler, fiziksel istismarı 9,11, 12, 15, 17 numaralı maddeler, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddeler, duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeler, cinsel istismarı ise 20, 21,23, 24, 27 numaralı maddeler ölçmektedir. (Aydemir ve Köroğlu, 2012)

Ölçeğin Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmasa da 2012 yılında yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasına dayanarak Şar ve arkadaşları (2012) cinsel ve fiziksel istismar için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12, ÇÇT toplamı için ise 35 puanın eşik değerler olarak önerilebileceğini belirtmiştir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında (Şar ve ark., 2012) iç tutarlığı ölçen Cronbach alfa katsayısı 0.93 (N=123) olarak bulunmuştur. Klinik ve klinik dışı katılımcılar üzerinde 2 hafta arayla yapılan test-tekrar test korelasyon katsayıları ÇÇT toplam puan, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel

istismar, fiziksel ihmal ve minimizasyon için sırasıyla; .90, .90, .85,.90, .73, .77, .71 olarak bulunmuştur. (Aydemir ve Köroğlu, 2012)

Ölçeğin yapısal geçerliliğini test etmek için Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) kullanılmış, tutarlı bulgular elde edilmiştir. ÇÇTÖ'nün bileşen geçerliliğine ilişkin açıklayıcı faktör analizinde 5 faktör incelenmiş, 5 faktörün toplam varyansın %72.5'ini temsil ettiği bulunmuştur. (Aydemir ve Köroğlu, 2012)

Tüm bu bulgulara dayanarak, ÇÇTÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

2.2.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Psikolojik belirtileri ölçmek amacıyla geliştirilen Symptom Check List-90 Revised'in (SCL-90-R) (Derogatis, 1992) kısaltılmış versiyonu olan Kısa Semptom Envanteri'nin (KSE) Türkçe adaptasyonu Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır (akt. Savaşır ve Şahin, 1997). 53 maddeden oluşan, 0-4 arası puanlanan, Likert tipi bir ölçektir. Her madde “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta derecede var”, “Epey var”, “Çok fazla var” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite'dir. Toplam puan aralığı 0 ile 212 arasında değişmektedir. İç tutarlılık analizinde her bir faktörün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla; .87, .88, .87, .75 ve .76 olarak bulunmuştur. Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplamına ilişkin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise .95 ile .96 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçekler için bu değer .55, .86 aralığında değişmektedir.

Ayrıca, alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi ile *Rahatsızlık ciddiyeti indeksi*; “0” olarak işaretlenen maddeler dışında kalan tüm maddelerin 1 olarak kabul edilmesi sonucunda elde edilen toplam puan ile *Belirti Toplamı İndeksi*; alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile *Semptom Rahatsızlık İndeksi* hesaplanır.

2.2.4 Ağrı Değerlendirme Formu

İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk tarafından yapılandırılan bu form ağrı şikayetinin özelliklerini ve Fordyce'ın (1986) tarif ettiği ağrı ile ilgili tutum ve davranış örüntülerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. İncelenen boyutlar; Ağrı Beklenti Korkusu, Sosyal Kaçınma Davranışı, Ağrı ile Baş Etme, Yakınların ağrıya tepkileri'dir. Derecelendirme sorularından, kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. (Sertel Berk, 2006)

2.2.5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı Multidimensional Scale of Perceived Social Support'tur. Üç farklı kaynaktan (aile,arkadaş, özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirmesi amacıyla kullanılmaktadır. Eker ve Arkar (2001) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. 12 maddeden oluşan bir ölçek, desteğin kaynağına ilişkin her biri 4 maddeden oluşan 3 alt ölçekten oluşmaktadır; aile (1, 2, 7 ve 10. maddeler), arkadaş (3, 4, 8 ve 12. maddeler) ve özel bir insan (5, 6, 9 ve 11. maddeler) alt ölçekleridir. Her bir madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 2001).

2.2.6 Görsel Analog Skalası (VAS-Visual Analogue Scale)

Görsel Analog Skalası ağrı şiddetini ölçmeyi hedefleyen, geçerliği Bryant (1993) tarafından belirlenen, tek boyutlu, sayısal bir ölçektir. 10 cm uzunluğundaki skalanın bir ucunda "0" değeri, diğer ucunda ise "10" değeri bulunur. "0" değeri "ağrı yok" anlamına gelirken "10" değeri "en şiddetli ağrı"ya karşılık gelmektedir. Ağrılı kişilerden ağrı düzeyini en iyi yansıtan noktayı işaretlemeleri istenir.

Görsel Analog Skalası (VAS) araştırmalarda farklı biçimlerde kullanılmaktadır. Bu çalışmada daha hassas bir ölçüm yapmak amacıyla 3 farklı VAS ölçeği kullanılmıştır. Birincisinde, kişinin ölçeği doldurduğu andaki ağrı şiddetini işaretlemesi, ikincisinde son 1 aydaki ağrı şiddetini, üçüncü ölçekte ise son 6 aydaki ağrı şiddetini gösteren noktayı belirtmesi beklenmiştir. 3 ölçeğin toplam puanı 3'e bölünerek ağrı şiddeti ortalaması (VAS-ort) hesaplanmıştır.

2.2.7 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Barsky ve arkadaşları (1990a) tarafından geliştirilmiş olup orijinal adı Somatosensory Amplification Scale'dir (SAS). 10 maddeden oluşan ölçekteki maddelerin çoğu herhangi bir hastalığa işaret etmeyen ancak rahatsız edici bir dizi somatik duyumları ifade etmektedir. (Örneğin: “duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem”, “ani yüksek sesler beni rahatsız eder”). Katılımcılar her madde için 1 (tamamen bana uymaz) ile 5 (tamamen bana uyar) arasında puan verir. 10 maddeden alınan puanların toplanmasıyla toplam bir büyütme (amplification) puanı hesaplanır. Ölçekten alınan toplam puan 10-50 aralığındadır.

BDAÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışması Güleç ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında test-tekrar test güvenilirliği .73, olarak bulunmuştur. İç tutarlığı ölçen Cronbach alfa katsayısı kontrol grubu için .62, hasta grubu için .76 iki grup birlikte değerlendirildiğinde ise .68 olarak bulunmuştur. Madde toplam korelasyonu incelendiğinde ise kontrol grubunda 1. madde, hasta grubunda ise 2. Maddenin düşük bir korelasyon gösterdiği bulgulanmıştır.

BDAÖ ile gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde, Kosturek ve arkadaşları (1998) kronik ağrı hastalarında BDAÖ'nün anksiyete, depresyon ve aleksitiminin en iyi yordayanı olduğu belirtmiştir.

2.2.8 McGill Ağrı Ölçeği- Kısa Formu

Orijinal formu Melzack (1987) tarafından oluşturulmuş ölçek ağrının duyuşal ve afektif yoğunluğunu/şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Yakut ve arkadaşları (2007) tarafından romatoid artrit tanılı bireylere uygulanarak yapılmıştır.

Birinci bölümü 15 tanımlayıcı kelimedenden oluşan ölçeğin 11 sorusu ağrının duyuşal şiddetini, 4 kelime ise ağrının afektif yoğunluğunu ölçmeye yöneliktir. Kişi her tanımlayıcı kelime için 0-3 arasında puan verir (0- yok, 1- hafif, 2-orta, 3- şiddetli).

İkinci bölümünde, kişinin ağrı şiddetini sözel olarak derecelendiren 5 ifade yer almaktadır (örn. “hafif ağrı” ve “dayanılmaz ağrı”)

Üçüncü bölümde ise kişinin şu andaki ağrı yoğunluğunu değerlendirmek üzere görsel analog skalası kullanılmıştır.

Ölçeğin toplam puanda Chronbach's Alfa iç tutarlılık katsayı değerleri test için; 0.705 , tekrar test için 0.713'tür. Afektif boyut için ise 0.71 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmada ağrının afektif boyutunu ölçmeyi amaçlayan alt ölçeği kullanılmıştır. Alt ölçekte ağrı yaşantısını tanımlayan sözel ifadeler ("yoran, takatsiz bırakan", "hasta edici", "korkutucu", "cezalandırıcı, zalimce") yer almaktadır. Katılımcı her ifade için 0 ile 3 arasında puan verir (0- Yok, 1- Hafif, 2- Orta, 3- Şiddetli). Her ifadeye verilen puanın toplanması ile toplam afektif değerlendirme puanı hesaplanır.

2.2.9 Genel Sağlık Formu

Demirsoy'un (1999) oluşturmuş oluşturduğu form genel sağlık durumunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Form iki bölümden oluşmaktadır, birinci bölümde bir hekim tarafından, listelenen hastalıkların biri ya da birkaçına yönelik tanı alınıp alınmadığı sorgulanırken, ikinci bölümde sıralanmış yakınmaların biri ya da birkaçının son bir ay içerisinde var olup olmadığı sorulmaktadır.

2.3 İşlem

Işık Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli izinlerin alınması ile veri toplama sürecine 2016 Ekim ayında başlanmış olup 2017 yılı Şubat ayında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Önceden de belirtildiği gibi "Klinik Ağrı Grubu" olarak tanımlanan grup Ankara Eryaman Aile Sağlık Merkezinde ağrı şikayetiyle takip edilen, en az 6 aydır ağrı bildiren, uzman hekimler tarafından kronik ağrı tanısı konmuş kişilerden oluşurken, "Klinik Dışı Ağrı Grubu" (KDAG) en az 6 aydır ağrı şikayeti olan klinik dışı popülasyondan seçilen 52 kişiden oluşmaktadır. Ağrı grupları ağrı tipi bakımından heterojen bir yapıdadır, herhangi bir alt klinik grup seçilmemiştir. Sağlıklı Kontrol Grubu (SKG) ise Genel Sağlık Tarama Formu ve Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu'nda kronik ağrı ve çeşitli hastalık semptomları bildirmeyen 52 kişiden oluşmaktadır. Klinik dışı ağrı grubu ve sağlıklı kontrol grubuna mümkün olduğunca farklı bölümlerden seçilen Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri yardımıyla ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan gönüllü katılımcılar araştırmanın genel amacı, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı, bireysel

bir değerlendirme yapılmayacağı konularında hem yazılı hem de sözlü olarak bilgilendirilmiş, yazılı ve sözlü onayları alındıktan sonra katılımcılar ölçek ve formları kendileri doldurmuştur. Ağrı grupları toplamda 9 adet ölçek ve formdan oluşan bataryayı ortalama 30 dk.da tamamlamış, sağlıklı kontrol grubunun ise 6 ölçek/formu tamamlaması yaklaşık 25 dk.sürmüştür.

2.4 İstatistik

Araştırmanın analizinde IBM SPSS 20 programı kullanılmıştır. Gruplar arası farklılıkları belirlemeye yönelik, normal dağılım koşulunu sağlayan değişkenler için *Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*, bağımsız gruplar *t* testi uygulanmış, grupların demografik-kategorik değişkenler açısından frekans yüzde dağılımları ki kare testleri ile karşılaştırılmıştır. Bağımlı değişkenlerin (ağrının duyuşal şiddetinin ortalaması, ağrının afektif şiddeti, bedensel duyuların abartılması ve ağrı başlangıç yaşı) yordayıcılarını test etmek için *Basit Doğrusal Regresyon*, moderasyon modelini test etmek için PROCESS-macro (Hayes,2013), korelasyonları incelemek için *Basit Lineer Regresyon*, *Pearson* (normal dağılım gösterenler için) ve *Spearman rho* analizleri uygulanmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Araştırmanın başında 177 katılımcıdan elde edilen veriler işleme ve dışlama ölçütleri gözetilerek araştırmaya uygunluğu bakımından değerlendirilmiş nihai analizler 156 katılımcıdan elde verilerle yürütülmüştür. 21 katılımcıdan elde edilen veriler yüksek ölçüde (%20'nin üstünde) kayıp veri, klinik düzeyde psikolojik semptom belirtme (kısa semptom envanterine göre), kronik ağrı tanısı bildirimine rağmen en az 6 aydır ağrının olmaması nedenleriyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma hipotezlerini test etmek için öncelikle değişkenlere normal dağılım analizi (Komogorov-Simironov) yapılmıştır. Değişkenlerdeki uç değerlerin belirlenmesi için ham puanlar standartlaştırılmış z skorlarına dönüştürülmüş, -3, +3 aralığının dışında kalan uç değerler ortalamaya 2 standart sapma değeri eklenmiş skorlarla değiştirilmiştir (Field, 2013). Bu işlemlerden sonra da Komogorov-Simironov testine göre normal dağılım göstermeyen değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri kontrol edilmiş, 1,5 ile +1,5 aralığında kalan değerlerin dağılımı normal kabul edilmiştir. (Tabashnick ve Fidell, 2013). Ek olarak, ölçeklerdeki kayıp değerler belirlenmiş, her bir alt ölçek için katılımcıya ait puanların %80'inin eksiksiz olduğu durumlarda kişinin alt ölçekten aldığı puanın ortalaması kayıp değer olarak atanmıştır. (Downey ve King, 1998)

Araştırmanın bulguları üç ana başlıkta incelenecektir. Birinci bölümde 3 grubun; Klinik ağrı grubu (KAG), klinik dışı ağrı grubu (KDAG) ve sağlıklı kontrol grubunun (SKG) tanımlayıcı bulgularına yer verilecek, bununla birlikte klinik ağrı grubu (KAG) ile klinik dışı ağrı grubunun (KDAG) ağrı deneyimi ile ilişkili değişkenler (ağrı şiddeti, ağrı sıklığı, ağrıya bağlı duygulanımı, ağrı süresi, kullanılan ilaç miktarı vb.) bakımından karşılaştıran tanımlayıcı sonuçlara belirtilecektir.

Bir sonraki bölümde ise klinik ağrı grubu, klinik dışı ağrı grubu ve sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travma yaşantıları sıklığı, algılanan sosyal destek

düzeyi, ve psikolojik belirti şiddeti ve bedensel duyumları abartma düzeyleri bakımından karşılaştırılacaktır.

Son bölümde ağrı grupları birlikte ele alınacak, çocukluk çağı travma yaşantıları, aileden algılanan sosyal destek, psikolojik belirtiler ve ağrıya bağlı değişkenlerin (ağrının şiddeti, ağrının afektif şiddeti, bedensel duyumları abartma gibi) birbirleri ile olan ilişkisine yer verilecek ve aileden algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolü incelenecektir.

3.1 Tanımlayıcı Bulgular

Grupların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, klinik ağrı grubunun yaş ortalaması 40.8, standart sapma değeri 10.5'tir, sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması ise 38.7, standart sapma değeri 10.5'dir. Klinik ağrı grubunun yaş aralığı 18-65 iken, sağlıklı kontrol grubunun yaş ranjı 22-63 arasındadır. Klinik dışı ağrı grubunun ise yaş ortalaması 35.5'tir, standart sapma değeri ise 10.5'tir, yaş ranjı 20-62 aralığındadır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda klinik ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmazken, klinik dışı ağrı grubunun yaş ortalamasının klinik ağrı grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu göze çarpmaktadır. ($F_{(2, 153)}=3,419, p<0.05$)

Gruplar arası cinsiyet dağılımı incelendiğinde klinik ağrı grubunun %74'ü (n=39) kadın, %26'sı (n=13) erkektir. Sağlıklı kontrol grubunun ise %67.3'ü kadın (n=35), %29.4'ü (n=17) erkektir. Klinik dışı ağrı grubundaki kadınlar ise grubun %86.5'ini oluştururken %13.5'i erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Klinik ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmazken, klinik dışı ağrı grubundaki kadın katılımcıların oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. ($\chi^2_{(2)}=6,551, p<.05$)

Grupların medeni durumlarına bakıldığında, klinik ağrı grubunun %71.2'si evli, %21.2'si bekar, %7.7'si bunların dışında (ayrı, boşanmış vb.) olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı kontrol grubunun %69.2'si evli, %28.8'i bekar, %1.9'u ise bunların dışındadır. Klinik dışı ağrı grubunun ise %61.5'i evli, %32.7'si bekar, %5.8'i bunların dışındadır. Burada gruplar arasında benzer bir dağılım olduğu söylenebilir. Nitekim, grupların medeni durumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($\chi^2_{(4)}=5,267, p>0.05$)

Grupların eğitim düzeyleri incelendiğinde, klinik ağrı grubunun %11.5' i (n=6) ilkokul, %7.7'si (n=4) ortaokul, %34.6'sı lise (n=18), %3.8'i (n=2) üniversite öğrencisi, %34.6'sı (n=18) üniversite, %7.7'si (n=4) lisansüstü eğitim derecesine sahiptir. Sağlıklı kontrol grubunun ise %7.7'si (n=4) ilkokul, %3.8'i (n=2) ortaokul, %26.9'lise (n=14) , %5.8'i (n=3) üniversite öğrencisi , %44.2'si (n=23) üniversite, %11.5'i (n=6) lisansüstü eğitim düzeyindedir. İki grupta da üniversite ve lise düzeyinin en fazla görüldüğü söylenebilir. Klinik dışı ağrı grubunda ise katılımcıların %5.8'i (n=3) ilkokul, %5.8'i (n=3) ortaokul, %21.2'si (n=11) lise, %15.4'ü (n=8) üniversite öğrencisi, %34.6'sı (n=18) üniversite, %17.3'ü (n=9) lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Eğitim düzeyleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($\chi^2_{(10)}=11.200, p>0.05$)

Grupların algıladıkları gelir düzeyine bakıldığında, klinik ağrı grubunun %13.5'i düşük, %63.5'i orta, %23.1'i iyi bir gelir durumu belirtmiş, sağlıklı kontrol grubunun ise %8.3'ü düşük, %62,5'i orta, %29.2'si iyi düzeyde bir gelir beyan etmiştir. Klinik dışı ağrı grubunusa %9.6'sı düşük, %51.9'u orta, %38.5'i iyi bir gelir düzeyi bildirmiştir. Gruplar gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($\chi^2_{(4)}=3.460, p>0.05$). (Tablo 1)

Tablo 1 Sosyodemografik Değişkenlerin Gruplar Arası Dağılımı

Değişkenler	Klinik Ağrı Grubu (N=52)	Klinik Dışı Ağrı Grubu (N=52)	Sağlıklı Kontrol Grubu (N=52)	İstatistiksel Test
Yaş				
X	40,8	35,6	38,7	F=3,419*
SS	10,5	10,5	10,5	
Eğitim				
İlkokul	%11.5 (6)	%5.8 (3)	%7.7 (4)	
Ortaokul	%7.7 (4)	%5.8 (3)	%3.8 (2)	
Lise	%34.6 (18)	%21.2 (11)	%26.9 (14)	$\chi^2=11.081$
Üniversite öğr.	%3.8 (2)	%15.4 (8)	%5.8 (3)	
Üniversite	%34.6 (18)	%34.6 (18)	%44.2 (23)	
Lisasüstü	%7.7 (4)	%17.3 (9)	%11.5 (6)	
Gelir				
Düşük	%13.5(7)	%9.6 (5)	%8.3 (4)	
Orta	%63.5 (33)	%51.9 (27)	%62.5 (30)	$\chi^2=3.460$
İyi	%23.1 (12)	%38.5 (20)	%29.2 (14)	
Cinsiyet				
Kadın	%75 (39)	%86.5 (45)	%67.3 (35)	$\chi^2 =6.552^*$
Erkek	%25 (13)	%13.5 (7)	%29.4 (17)	
Diğer	%0 (0)	%0 (0)	%0 (0)	
Medeni durum				
Evli	%71.2 (37)	%61.5 (32)	%69.2 (36)	
Bekar	%21.2 (11)	%32.7 (17)	%28.8 (15)	$\chi^2=5.267$
Diğer	%7.7 (4)	%5.8 (3)	1.9% (1)	

* $p<.05$

3.1.1 Ağrı Gruplarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Ağrı gruplarını, ağrı sıklığı bakımından kıyasladığımızda, klinik ağrı grubunun %11.5'i senede birkaç defa ağrı bildirirken, %17.3'ü ayda 1-2 defa, %21.2'si haftada 1-2 defa, %17.3'ü her gün günde 1 defa, %15.4'ü her gün birkaç kez, %17.3'ü devamlı ağrı rapor etmiştir. Klinik dışı ağrı grubunda ise katılımcıların %11.5'i senede birkaç kez, %44.2'si ayda 1-2 kez, %26.9'u haftada 1-2 kez, %3.8'i her gün, günde 1 kez, %7.7'si her gün günde birkaç kez, %5.8'i devamlı ağrı bildirmiştir. Ağrı grupları ağrı sıklığı bakımından anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır. ($\chi^2=15.27, p<.01$). (Tablo 2)

Gruplar arasında aylık tüketilen ağrı kesici miktarlarını karşılaştırmak için ise parametrik olmayan Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Bulgulara göre klinik ağrı grubunun aylık ilaç tüketimi klinik dışı ağrı grubuna göre anlamlı ölçüde yüksektir. ($Z = -4.547$, $p < .001$) Ağrı süresi bakımından ise iki grubun benzer bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. ($t(102) = 1.242$, $p > .05$)

Tablo 2 Ağrılı gruplarında ağrı değişkenlerine ilişkin bulgular

Değişkenler	Klinik ağrı grubu (N=52)	Klinik dışı ağrı grubu (N=52)	İstatistiksel test
Ağrı sıklığı			
Senede birkaç defa	6 (%11.5)	6 (%11.5)	$\chi^2 = 15.27^{**}$
Ayda 1-2	9 (%17.3)	23 (%44.2)	
Haftada 1-2	11 (%21.2)	14 (%26.9)	
Her gün, günde 1	9 (%17.3)	2 (%3.8)	
Her gün, birkaç kez	8 (%15.4)	4 (%7.7)	
Devamlı	9 (%17.3)	3 (%5.8)	
Ağrı süresi (yıl)			
X	8.76	7.29	$t = 1.242$
SS	.89	.77	
İlaç miktarı (aylık)			
X	20.50	5.2	$Z = -4.547^{***}$
SS	23.27	7.69	

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

Ağrılı grupların ağrı şiddetinin ortalamalarını karşılaştırdığımızda ise ağrı şiddeti bakımından iki grubun farklılaştığı göze çarpmaktadır. ($t(102) = 2.177$, $p < .05$) Bulgulara göre klinik ağrı grubunun bildirdiği ağrı şiddeti klinik dışı ağrı grubundan anlamlı ölçüde yüksektir. (sırasıyla; $X = 5.84$, $ss = 2.01$; $X = 5.03$, $ss = 1.77$)

Tablo 3 Ağrı gruplarının ağrı şiddeti ortalaması (VAS-ort.) bakımından karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
VAS-ort.	KAG	52	5.84	2,01	.28	2.177	102	.03
	KDAG	52	5.03	1,77	.25			

Not: KAG: Klinik ağrı grubu
KDAG: Klinik dışı ağrı grubu

Klinik ağrı grubu ile klinik dışı ağrı grubunun McGill duygulanım alt ölçeği bakımından karşılaştırdığımızda ise iki grubun farklılaşmadığı gözlenmiştir. ($t(102) = .371, p > .05$) (Tablo 4)

Tablo 4 Ağrı gruplarının McGill_afekt alt ölçeği bakımından karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
McGill-afekt	KAG	52	8.77	2,95	.41	.372	102	>.05
	KDAG	52	8.54	3,35	.46			

Not: KAG: Klinik ağrı grubu
KDAG: Klinik dışı ağrı grubu

Ağrı gruplarının karşılaştırıldığı bir diğer alan ise ağrı şikayeti ile farklı doktora gitme sıklıkları olmuştur. Sosyodemografik formda yer alan “Ağrınız başladığından bu yana ağrınız nedeniyle kaç kez “farklı” doktora gittiniz” sorusuna verilen cevapların dağılımı bakımından grupların farklılaştığı görülmüştür. ($\chi^2=48.405, sd=8, p<.001$). Klinik ağrı grubunun %3.8’i her ay, %48.1’i yılda 1-4 kez, %15.4’ü yılda 5-10 kez, %32.7’si yılda 1’den az, %0’ı da hiç yanıtını vermiştir. Öte yandan klinik dışı ağrı grubunun %0’ı her ay, %19.4’ü yılda 1-4 kez, %0’ı yılda 5-10 kez, %53.8’i yılda 1’den az, %48.1’i ise hiç şeklinde yanıtlanmıştır. Klinik ağrı grubunda “farklı” doktora gitme sıklığı “yılda 1-4 kez” kategorisinde yoğunlaşırken, klinik dışı ağrı grubunda en fazla görülen yanıtlar “yılda 1’den az” ve “hiç” olmuştur. (Tablo 5)

Tablo 5 Ağrı gruplarının farklı doktora gitme sıklığı

	Klinik ağrı grubu (N=52)	Klinik dışı ağrı grubu (N=52)	İstatistiksel test
Farklı Doktora gitme sıklığı			
Her ay	%3.8 (2)	%0 (0)	
Yılda 1-4 kez	%48.1 (25)	%11.5 (6)	
Yılda 5-10 kez	%15.4 (8)	%0 (0)	$\chi^2=48.405^{***}$
Yılda 1'den az	%32.7 (17)	%40.4 (21)	
Hiç	%0 (0)	%48.1 (25)	

*** $p < .001$

Ağrı gruplarını ağrı tipi bakımından karşılaştırdığımızda ise klinik ağrı grubunun %54.9'u (n=28) kas iskelet sistemi ağrısı, %7.8'i (n=4) baş ağrısı % 37.3'ü (n=19) ise bunlar dışında ağrı belirtmiştir. Klinik dışı ağrı grubunda ise kişilerin % 51.9'u (n=27) kas iskelet sistemi ağrısı belirtirken, %19.2'sinin (n=10) baş ağrısı, %28.8'inin (n=15) bunlar dışında ağrı bildirdiği görülmüştür. Ağrı türü bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=3.113$, $sd=2$, $p > .05$)

Özetle, klinik ağrı grubu ilaç tüketim miktarı, ağrı sıklığı, ağrı şiddeti ve farklı doktora gitme sıklığı bakımından klinik dışı ağrı grubundan farklılık gösterirken, ağrının duygulanımsal değerlendirilmesi, ağrı süresi, ağrı türü bakımından benzerlik göstermektedir.

3.2 Hipotezlerin Test Edilmesine Yönelik Bulgular

Çocukluk çağı travma ilişkisi ve kronik ağrının ilişkisine yönelik üç temel varsayım incelenecektir.

1. Kronik ağrısı olan iki grup (klinik ağrı grubu ile klinik dışı ağrı grubu) sağlıklı kontrol grubundan daha sık istismar ve ihmal yaşantısı bildirmiştir.

2. Kronik ağrısı olan gruplarda çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanın kesme noktası baz alındığında “şiddetli travma” bildirenler ile “düşük şiddette” bildirenler ağrı yaşantısına ilişkin değişkenlerde (ağrının duyuşal şiddeti, ağrının

afektif şiddeti, bedensel duyuların abartılması, ağrı süresi) anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır.

3. Çocukluk çağı travma yaşantısının şiddeti ile kronik ağrıya bağlı sonuçlar pozitif yönde korelasyon göstermektedir. Algılanan sosyal destek bu ilişkide düzenleyici (moderator) rol oynamaktadır.

3.2.1 Gruplar Arası Karşılaştırmalar

3.2.1.1 Grupların İhmal ve İstismar Yaşantısı Sıklığı Bakımından Karşılaştırması

Bu bölümde araştırma grupları ve kontrol grubunun farklılaşmasına yönelik temel varsayımlar test edilecektir.

Gruplar arasında çocukluk çağı travmalarının yaygınlığını ölçmek için Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeğinin (ÇÇTÖ) toplam puan ve alt boyutları için önerilen kesme noktaları baz alınmıştır. Buna göre cinsel istismar yaşantısı için 5, fiziksel istismar için 5, fiziksel ihmal için 7, duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12 puanın aşıldığı durumlarda istismar ve ihmal yaşantısı “var” olarak kabul edilmiştir.

Ağrılı ve ağrısız gruplardaki istismar ve ihmal yaşantısının sıklığını incelemek ve gruplar arası farklılıkları tespit etmek üzere ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan analizlere göre, cinsel istismar yaşantısının dağılımına bakıldığında, klinik ağrı grubunun %19.2’si (n=10), klinik dışı ağrı grubunun %23.1’i (n=12), sağlıklı kontrol grubunun ise % 7.7’si (n=4) cinsel istismar deneyimi bildirmiştir. Ki kare testine göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 4.800$, $sd=2$, $p>05$) (Tablo 6) En sık cinsel istismar yaşantısı bildiren grup klinik dışı ağrı grubu iken klinik ağrı grubu daha düşük düzeyde cinsel istismar bildirmiştir. Sağlıklı kontrol grubu ise iki gruptan da daha az cinsel istismar öyküsü bildirmiştir.

Fiziksel istismar yaşantısı bakımından grupların dağılımı incelendiğinde, klinik ağrı grubunun %25’i (n=13), klinik dışı ağrı grubunun %23.1’i (n=12), sağlıklı kontrol grubunun ise %11.5’i (n=6) fiziksel istismar yaşantısı belirtmiştir. En sık fiziksel ihmal yaşantısı belirten grup klinik ağrı grubu iken, klinik dışı ağrı grubu da yakın bir dağılım göstermiştir. İki grup da sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık fiziksel istismar yaşantısı belirtmiştir. Yapılan ki kare analizinde grupların

dağılımının fiziksel istismar boyutu bakımından farklılaşmadığı görülmüştür. ($\chi^2 = 3.462$, $sd=2$, $p>.05$) (Tablo 6)

Gruplar duygusal istismar alt boyutuna ilişkin karşılaştırıldığında ise klinik ağrı grubunun %23.1 (n=12)'i, klinik dışı ağrı grubunun %36.5'i (n=19), sağlıklı kontrol grubunun ise %15.4'ü (n=8) duygusal istismar yaşantısı bildirdiği saptanmıştır. En sık duygusal istismar bildiren grup klinik dışı ağrı grubu olurken, en az duygusal istismar yaşantısı bildiren grup sağlıklı kontrol grubu olmuştur. Duygusal istismar yaşantısı bakımından grup dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 6,359$, $sd=2$, $p = .04$). Bu farkın klinik dışı ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında olduğu görülmüştür. (Tablo 6)

Gruplar duygusal ihmal bildirimine ilişkin karşılaştırıldığında ise klinik ağrı grubunun %30.8'i (n=16), klinik dışı ağrı grubunun %25'i (n=13), sağlıklı kontrol grubunun ise %19.2'i (n=10) duygusal ihmal yaşantısı belirtmiştir. Geçmişe dönük duygusal ihmal bildirimlerinin en sık bildirildiği grup klinik ağrı grubu iken, ardından sırasıyla klinik dışı ağrı grubu ve sağlıklı kontrol grubu gelmiştir. Gruplar duygusal ihmal bildirim sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($\chi^2 = 1.846$, $sd=2$, $p >.05$) (Tablo 6).

Fiziksel ihmal yaşantısı bakımından grupların dağılımı incelendiğinde, klinik ağrı grubunun %42.3'ü (n=22) klinik dışı ağrı grubunun %21.2'si (n=11), sağlıklı kontrol grubunun ise %28.8'i (n=15) fiziksel ihmal yaşantısı bildirmiştir. Fiziksel ihmal bildirimlerinin en fazla olduğu grup klinik ağrı grubu olurken, en az fiziksel ihmal bildiren grup klinik dışı ağrı grubu olmuştur. Fiziksel ihmal bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2 = 5,597$, $sd=2$, $p>.05$) (Tablo 6)

Gruplar çocukluk çağı travmalarının herhangi bir alt tipinde istismar ve ihmal bildirim bakımından değerlendirildiğinde ise klinik ağrı grubunun %63.5'i (n=33), klinik dışı ağrı grubunun %67.3'ü (n= 35), sağlıklı kontrol grubunun ise %44.2'si (n=23) en az bir alt tipte travma yaşantısı bildirmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($\chi^2 = 6.541$, $sd=2$, $p = .038$) (Tablo 6). Yapılan ki kare analizine göre gruplar arasındaki farklılığın klinik dışı ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında olduğu tespit edilmiştir.

Grupların çoklu travma (en az iki alt tipte travma öyküsü) bildirimlerindeki yüzdeler dağılımları incelendiğinde ise klinik ağrı grubunun % 42.3'ü (n=22), klinik

dışı ağrı grubunun %32.5'i (n=17), sağlıklı kontrol grubunun ise %25'i (n=13) birden fazla alt tipte travma geçmişi bildirmiştir. Ki kare testine göre gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2 = 3.519$, $sd = 2$, $p > .05$)

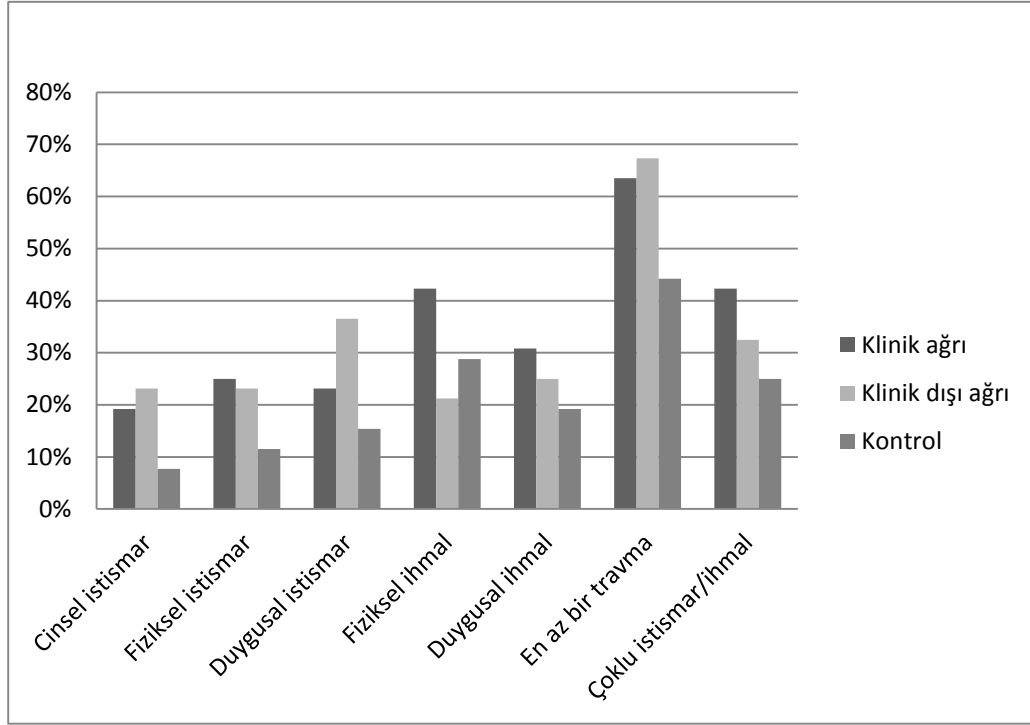
Özetle, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çoklu travma geçmişinin en yaygın rapor edildiği grup klinik ağrı grubu iken, cinsel istismar ve duygusal istismar yaşantılarının en sık bildirildiği grup klinik dışı ağrı grubu olmuştur. Sağlıklı kontrol grubu ise (fiziksel ihmal dışında) en az istismar ve ihmal öyküsü bildiren gruptur. Genel eğilime istisnai olarak fiziksel ihmalin sağlıklı kontrol grubunda klinik dışı ağrı grubundan daha sık bildirildiği görülmüştür. Bulgular Tablo 6'dan, ve Grafik 1'den izlenebilir.

Tablo 6 Grupların Çocukluk Çağı Travmaları alt ölçeklerine ilişkin yüzdelik dağılımı

Çocukluk çağı travmaları		KAG (N=52)	KDAG (N=52)	SKG (N=52)	İstatistiksel test
Cinsel istismar	var	%19.2	%23.1	%7.7	$\chi^2 = 4.800$
	yok	%80.8	%76.9	%92.3	
Fiziksel istismar	var	%25.0	%23.1	%11.5	$\chi^2 = 3.462$
	yok	%75.0	%76.9	%88.5	
Duygusal istismar	var	%23.1	%36.5	%15.4	$\chi^2 = 6.359^*$
	yok	%76.9	%63.5	%84.6	
Fiziksel ihmal	var	%42.3	%21.2	%28.8	$\chi^2 = 5.597$
	yok	%57.7	%78.8	%71.1	
Duygusal ihmal	var	%30.8	%25.0	%20.8	$\chi^2 = 1.310$
	yok	%69.2	%75.0	%79.2	
En az bir tipte travma	var	%63.5	%67.3	%44.2	$\chi^2 = 6.541^*$
	yok	%36.5	%32.7	%55.8	
Çoklu travma	var	%42.3	%32.7	%25	$\chi^2 = 3.519$
	yok	%57.7	%67.3	%75	

Not: KAG: Klinik ağrı grubu KDAG: Klinik dışı ağrı grubu
SKG: Sağlıklı kontrol grubu

Grafik 1 Grupların Çocukluk Çağı Travma Boyutları Bakımından Yüzdelerik Dağılımı



3.2.1.2 Klinik Ağrı Grubu ile Klinik dışı Ağrı Grubunun ÇÇTÖ Ortalamaları Bakımından Karşılaştırılması

Klinik ağrı grubu ile klinik dışı ağrı grubu çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları şiddeti bakımından karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre gruplar çocukluk çağı travma (toplam skor) şiddeti bakımından anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir. ($t(102) = .404, p > .05$)

Yapılan t testi sonucunda klinik ağrı grubu ile klinik dışı ağrı grubu ÇÇTÖ alt ölçeklerinin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sırayla; duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ($t(102) = .989, p > .05$); $t(102) = 1.543, p > .05$; $t(102) = -.382, p > .05$; $t(102) = -.430, p > .05$); $t(102) = -.793, p > .05$)

3.2.1.3 Grupların Algılanan Sosyal Destek Boyutu Bakımından Karşılaştırılması

Algılanan sosyal destek boyutunu değerlendirmeye yönelik klinik ağrı grubunu, klinik dışı ağrı grubu ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bulgulara göre algılanan aile sosyal desteği bakımından (SDÖ aile) 3 grup arasında farklılaşma bulunmuştur. (F [2, 153]= 4,313, $p = .015$). Uygulanan post-hoc (Tukey-HSD) testine göre klinik ağrı grubunun SDÖ aile ortalaması ($X = 21.52$, $SS= 6.86$) ve klinik dışı ağrı grubunun SDÖ-aile ortalaması ($X = 22.01$, $SS = 6.37$) sağlıklı kontrol grubundan ($X = 24.78$ $SS = 4.10$) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Algılanan arkadaş sosyal desteği (SDÖ-ark) bakımından gruplar karşılaştırıldığında SDÖ-ailede olduğu gibi, SDÖ-arkadaş bakımından da gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. (F[2,153] = 8,822, $p < .001$). Gruplar arasında anlamlı fark klinik ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu ($X=23,54$, $SS=6$) arasında görülmüştür. Klinik ağrı grubunun ortalaması ($X=18,84$, $SS=6.78$) her iki gruptan da anlamlı düzeyde düşük iken, SDÖ arkadaş puanı en yüksek olan grup sağlıklı kontrol grubu ($X=23,54$, $SS=4,62$) olmuştur. Klinik dışı ağrı grubunun ortalaması da ($X=21,34$, $SS=5.10$) klinik ağrı grubundan yüksektir

Aile ve arkadaş dışında özel birinden algılanan sosyal destek boyutu (SDÖ özel) bakımından üç grup karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F[2,153]=2.678, $p > .05$).

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları bakımından gruplar karşılaştırıldığında üç grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F[2,153] =7,386, $p=.001$). Yürütülen post-hoc testi ile farklılığın kaynağı incelendiğinde, klinik ağrı grubunun algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ($X=56,56$, $SS=16,71$) ve klinik dışı ağrı grubunun algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ($X=61,692$, $SS=14,803$) sağlıklı kontrol grubunun ortalamasından ($X=68,09$, $SS=13,14$) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. (Tablo 7)

Tablo7 Algılanan Sosyal Desteğin Gruplara Göre Ortalamaları

	Grup	N	X	Ss	F	P	Fark
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Klinik Ağrı	52	21,519	6,864			
	Sağlıklı Kontrol	52	24,781	4,103	4,313	0,015	2 > 1
	Klinik dışı Ağrı	52	22,014	6,372			2 > 3
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Klinik Ağrı	52	18,840	6,782			
	Sağlıklı Kontrol	52	23,542	4,617	8,823	0,000	2 > 1
	Klinik dışı Ağrı	52	21,350	5,106			3 > 1
Özel Birisinden Algılanan Sosyal Destek	Klinik Ağrı	52	16,205	7,668			
	Sağlıklı Kontrol	52	19,772	7,767	2,678	0,072	
	Klinik dışı Ağrı	52	18,328	7,868			
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Klinik Ağrı	52	56,565	16,707			
	Sağlıklı Kontrol	52	68,094	13,138	7,386	0,001	2 > 1
	Klinik dışı Ağrı	52	61,692	14,803			2 > 3

3.2.1.4 Grupların Psikolojik Belirtiler Bakımından Karşılaştırılması

Grupların psikolojik belirtiler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt boyutlarına varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Sonuçlara göre, anksiyete alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur($F[2,153] = 3,31, p < .05$) farkın kaynağına bakıldığında Klinik dışı ağrı grubu ortalaması ($X = 8.55, SS = 6,59$) sağlıklı kontrol grubundan ($X = 5.28, SS = 5.65$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur Depresyon alt ölçeğine baktığımızda gruplar arasındaki fark anlamlıdır. ($F[2,153] = 6.71, p = .002$) Klinik ağrı grubunun ortalaması ($X = 12.69, SS = 10.88$) ve Klinik dışı ağrı grubunun ortalaması ($X = 13.82, SS = 10,11$) sağlıklı kontrol grubundan ($X = 7.50, SS = 6.57$) anlamlı düzeyde yüksektir. Somatizasyon değişkeni incelendiğinde yine 3 grup arasında farklılaşma görülmektedir. ($F[2,153] = 8.31, p < .001$) Farkın kaynağına bakıldığında klinik ağrı grubunun ortalaması ($X = 7,30, SS = 6,42$) ve Klinik dışı ağrı grubunun ortalaması ($X = 6.10, SS = 5,11$) sağlıklı kontrol grubundan ($X = 3.23, SS = 3.84$) anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında varyans eşleşliğinin sağlandığı durumlarda Post-Hoc test olarak Tukey HSD, sağlanmadığı durumlarda Games Howell seçilmiştir.

Tablo 8 Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyon (Kısa Semptom Envanteri) puan ortalamaları bakımından grupların karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Anksiyete	Klinik Ağrı	52	7,01	7,18	3,31	.04	3 > 2
	Sağlıklı kontrol	52	5,28	5,65			
	Klinik dışı ağrı	52	8,55	6,59			
Depresyon	Klinik Ağrı	52	12,69	10,88	6,71	.002	1 > 2 3 > 2
	Sağlıklı Kontrol	52	7,50	6,57			
	Klinik dışı Ağrı	52	13,82	10,11			
Somatizasyon	Klinik Ağrı	52	7,30	6,42	8,31	.000	1 > 2 3 > 2
	Sağlıklı Kontrol	52	3,23	3,84			
	Klinik dışı Ağrı	52	6,10	5,11			

3.2.1.5 Grupların Bedensel Duyumları Abartma Bakımından Karşılaştırılması

Üç grup bedensel duyumların abartılması puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında grupların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. ($F(2,153) = 14,036, p < .001$). klinik ağrı grubunun BDAÖ ortalaması ($X = 28,02, SS = 6,99$) ve klinik dışı ağrı grubunun BDAÖ ortalaması ($X = 26,17, SS = 6,35$) sağlıklı kontrol grubunun BDAÖ ortalamasından ($X = 21,44, SS = 5,66$) anlamlı düzeyde yüksektir. (Tablo 9)

Tablo 9 Bedensel Duyumları Abartmanın Gruplara Göre Ortalamaları

Değişken	Grup	N	X	Ss	F	p	Fark
Bedensel Duyumları Abartma	Klinik Ağrı	52	28,019	6,992	14,036	0,000	1 > 2 3 > 2
	Sağlıklı Kontrol	52	21,438	5,657			
	Klinik Dışı Ağrı	52	26,173	6,348			

Klinik ağrı grubu ile Klinik dışı ağrı grubu araştırmanın psikosoyal değişkenleri olan çocukluk çağı travma yaşantıları, aileden algılanan sosyal destek ve psikolojik belirtiler bakımından farklılaşmamaktadır, ölçümlenen psikosoyal özellikleri bakımından benzer özellikte olmaları göz önünde bulundurularak değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde iki grup birlikte değerlendirilecektir.

3.2.2 Değişkenlerin Grup İçi Araştırılması

3.2.2.1 İki Ağrı Grubunun (Klinik Ağrı Grubu ve Klinik Dışı Ağrı Grubu)

Ortak Demografik Özellikleri

104 katılımcıdan oluşan Kronik ağrı grubunun yaş ortalaması 38.26, standart sapma değeri ise 10.62'dir. Yaş ranjı (18-65) aralığındadır.

Grubun medeni durumu incelendiğinde %66.3'ü (n=69) evli, %26.9'u (n=28) bekar, %6.7'si (n=7) diğer statüsündedir (boşanmış, ayrı vb.).

Grubun %80.8'i (84) kadın, %19.2'si (n=20) erkektir. Eğitim düzeyi incelendiğinde grubun %8.7'si (n=9) ilkokul, %6.7'si (n=7) ortaokul, %27.9'u (n=29) lise, %9.6'sı (n=10) üniversite öğrencisi, %34.6'sı (n=36) üniversite, %12.5'i (n=13) lisansüstü düzeyinde eğitim almıştır.

Grubun algılanan gelir düzeyi incelendiğinde %11,5'i (n=12) düşük, %57.7'si (n=60) orta, %30.8'i iyi düzeyde gelir bildirmiştir.

3.2.2.2 Ağrı Tipleri

Katılımcıların %53.8'i (n = 56) kas iskelet sistemi ağrısı (bel, omuz, boyun, bacak vb) belirtirken, % 13.5'i (n = 14) baş ağrısı, %32.7'i (n = 34) diğer türde ağrı bildirmiştir.

Tablo 10 İki ağrı grubunun ağrı tiplerine göre dağılımı

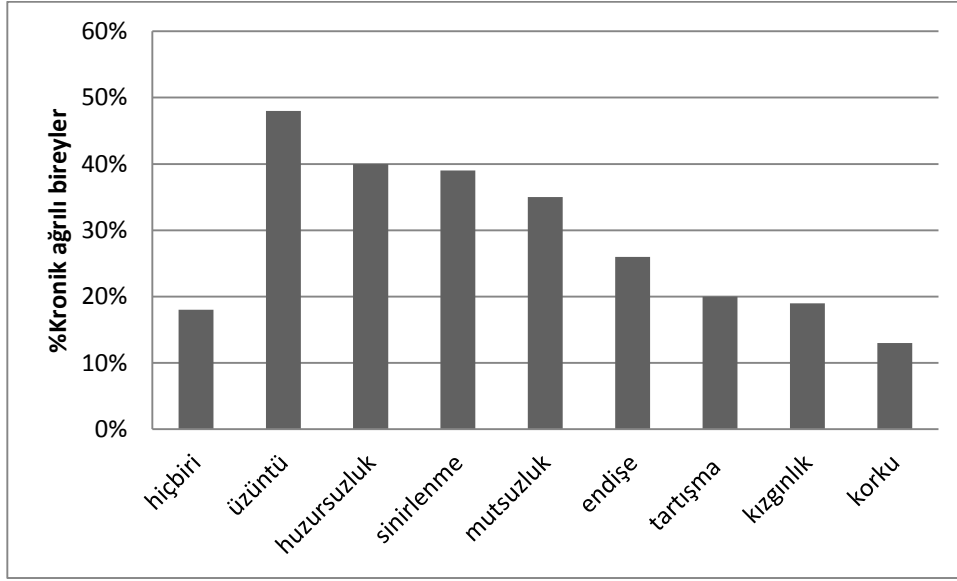
	N=104 (%)
Kas iskelet sistemi	56 (%53.8)
Baş	14 (%13.5)
Diğer	34 (%32.7)

3.2.2.3 Ağrıyı Tetikleyen Duygu ve Durumların İncelenmesi

Sosyodemografik formda yer alan ağrıyı etkileyen duygu ve durumları tespit etmeye yönelik soruda kişilerden "ağrının etkilendiği faktörleri" işaretlemeleri istenmiştir. Bu unsurlar içerisinde "huzursuzluk", "endişe", "sinirlenme", "üzüntü", "mutsuzluk", "kızgınlık", "korku", ve "tartışma" yer almıştır. Katılımcıların %18.3'ü

(n=19) ağrının bunlardan etkilenmediğini belirtirken, %48'i (n=50) üzüntü, %40'ı (n=42) huzursuzluk, %39'u (n=41) sinirlenme, %35'i (n=36) mutsuzluk, %26'sı (n=27) endişe, %20'si (n=21) tartışma, %19'u (n=20) kızgınlık, %12'si (n=13) korku yanıtını vermiştir. Grafik 1'de de görüldüğü gibi en çok yük alan etmen “üzüntü” olurken, en az bildirilen yanıt “korku” olmuştur. Katılımcıların % .06'sı (n=6) bu etmenlerden hepsini işaretlemiştir.

Grafik 2 Ağrıyı etkileyen faktörlerin sıklık dağılımı



3.2.2.4 Ağrının Başlamasına Eşlik Eden Yaşam Olayının İncelenmesi

Ağrılı bireylere sosyodemografik formda yer alan “Ağrılarınızın ilk başladığı dönemden önce önemli bir yaşam olayı/değişikliği deneyimlediniz mi?” sorusu sorulmuş, yanıt “evet” ise belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların %27.9'u (N=29) bu soruya “evet” yanıtı vermiştir. Cevaplar arasında en sık bildirilen yaşam olayları “sevilen kişinin kaybı”, “boşanma”, “iş kaybı”, “ölümlü bir kaza” olurken, bir katılımcı “evlenmek” yanıtını vermiştir. Yanıtların ortak temasının “kayıp yaşantıları” olduğu söylenebilir.

3.2.2.5 Ağrısı Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Yaygınlığı

Kronik ağrısı olan grubun %29.8'si duygusal istismar, %24.0'ü fiziksel istismar, %31.7'si fiziksel ihmal, %27.9'u duygusal ihmal, %21.2'si cinsel istismar yaşantısı belirtmiştir. Çocukluk çağı travmaları toplam skor bazında değerlendirildiğinde ise grubun %36.5'i kesme değerinin üstünde travma geçmişi bildirmiştir.

Hipotez 2 Çocukluk çağı travma yaşantısını toplam puan bazında “şiddetli” olarak bildiren bireyler ile “düşük düzeyde” bildirenler arasında ağrının duygusal şiddeti, bedensel duyuların abartılması, ağrının afektif şiddeti, ağrı süresi değişkenleri arasında farklılaşma bulunmaktadır.

Bu varsayımı sınamak için öncelikle kronik ağrı grubu çocukluk çağı travma toplam skorunun kesme noktasına göre “şiddetli” travma bildirenler ile “düşük düzeyde” travma bildirenler olarak ikiye ayrılmış iki grup ağrı sonuçları bakımından karşılaştırılmıştır.

3.2.2.6 Çocukluk Çağı Travma Geçmişini “Şiddetli” Olarak Bildirenler ile “Düşük Şiddette” Bildirenlerin Ağrıya Bağlı Sonuçlara göre Karşılaştırılması

Travma toplam skorda belirtilen eşik değerinin üstünde puan alan bireyler ile (N=38) (yaşları ortalaması: 38.53), travma toplam puanı kesme değerinin altında kalan (N=66) kronik ağrılı bireyleri (yaş ortalaması: 37.82), karşılaştırmak için bağımsız gruplar *t* testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre ağrı şiddeti (VAS_ort) bakımından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. $t(102) = -2.599, p = .011$, Toplam puanda travma geçmişini “şiddetli” olarak bildirenlerin ağrı yoğunluğu ortalaması ($X = 6.04, SS = 1.93$), ÇÇT yaşantısı belirtmeyen grubun ağrı yoğunluğu ortalamasından ($X = 5.10, SS = 1.81$) anlamlı düzeyde yüksektir.

BDAÖ bakımından grupları karşılaştırdığımızda ise iki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur $t(102) = -2.454, p = .016$. Toplam puanda travma geçmişini “şiddetli” olarak bildiren bireylerin bedensel duyularını abartma düzeyi ($X = 29.29, SS = 6.48$), “düşük” düzeyde ÇÇT bildirenlere göre ($X = 25.83, SS = 6.56$) göre yüksektir.

ÇÇT şiddetini “yüksek” bildiren ve “düşük” düzeyde bildiren ağırlı bireyler ağırlı süresine ilişkin karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t(102) = -1.614, p > .05$).

Gruplar McGill-afekt alt ölçeği bakımından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. ($t(102) = -1.641, p > .05$). Bulgular Tablo 11’den incelenebilir.

Tablo 11 Ağırlı bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları (toplam puan) bildirimlerine göre ağırlı değişkenleri bakımından karşılaştırılması

	ÇÇT				t test
	“yüksek”(N=38)		“düşük”(N=66)		
	X	SS	X	SS	
Ağırlı şiddeti (VAS)	6.04	1.93	5.10	1.81	-2.599*
BDAÖ	29.29	6.48	25.83	6.56	-2.454*
McGill-afekt	8.27	2.86	9.31	3.53	n.s
Ağırlı süre	9.26	6.48	7.30	5.61	n.s
Yaş (X) = 38.53			Yaş (X) = 37.82		

* $p < .05$

Hipotez 3. Çocukluk çağı travma yaşantılarının şiddeti ağırlıya bağlı değişkenler (ağırlının duyusal şiddeti [VAS-ort], ağırlının afektif şiddeti [McGill-Affect], bedensel duyuların abartılması [BDAÖ] ve ağırlı başlangıç yaşı) ile ilişkilidir. Algılanan sosyal destek ilişkide düzenleyici (moderator) rol oynamaktadır.

Bu hipotezi test etmek için öncelikle bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon/beta katsayıları incelenmiştir. Çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyinin alt boyutlarının sayısının fazla olması nedeniyle literatür ışığında bağımsız değişken olarak çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve moderatör değişken olarak da aileden algılanan sosyal destek seçilmiştir. Bu bağlamda, sadece anlamlı bulunan moderasyonlara yer verilmiştir.

3.2.2.7 Bedensel Duyularını Abartma ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

İki değişken arasındaki ilişkiyi test etmek üzere basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. ÇÇT alt ölçekleri arasındaki çoklu bağıntılar nedeniyle (multicollinarity) her bir alt ölçekle BDAÖ ilişkisine ayrı ayrı bakılmıştır.

Bulgulara göre fiziksel istismar alt ölçeği bedensel duyuların abartılma düzeyini yordamaktadır ($F[1,102] = 22.378, p < .001$). Kronik ağırlı bireylerin bildirdikleri fiziksel istismarın şiddeti bedensel duyularını abartma puanındaki varyansın %18'ini açıklamaktadır. ($r^2 = .18, p < .001$).

Duygusal istismar geçmişi ile bedensel duyularını abartma ilişkisi incelendiğinde ise bildirilen duygusal istismar şiddetinin bedensel duyularını abartılma düzeyini yordadığı tespit edilmiştir. ($F[1,102] = 19.637, p < .001$) Bedensel duyularını abartılması toplam puanında duygusal istismarın şiddeti varyansın %16.1'ini açıklamaktadır. ($r^2 = .161, p < .001$)

Beden duyularını abartma ile çocukluk çağındaki fiziksel ihmal ilişkisi incelendiğinde fiziksel ihmal boyutunun bedensel yordadığı görülmüştür. ($F[1,102] = 9.178, p = .003$) Fiziksel ihmalin şiddeti BDA puanındaki varyansın %0.08'ini açıklamaktadır. ($r^2 = .083, p < .001$)

Çocukluk çağı travma yaşantıları toplam puanı ile beden duyularını abartma ilişkisine bakıldığında, ÇÇT toplam puanının BDA düzeyini yordadığı bulunmuştur. ($F[1,102] = 16.15, p < .001$). Çocukluk çağı travmaları toplam puanı bedensel duyularını abartma puanındaki varyansın %14'ünü açıklamaktadır. ($r^2 = .14, p < .01$)

Cinsel istismar ve duygusal ihmal boyutlarının bedensel duyularını abartılmasını tek başına yordamadıkları bulunmuştur. ($p > .05$)

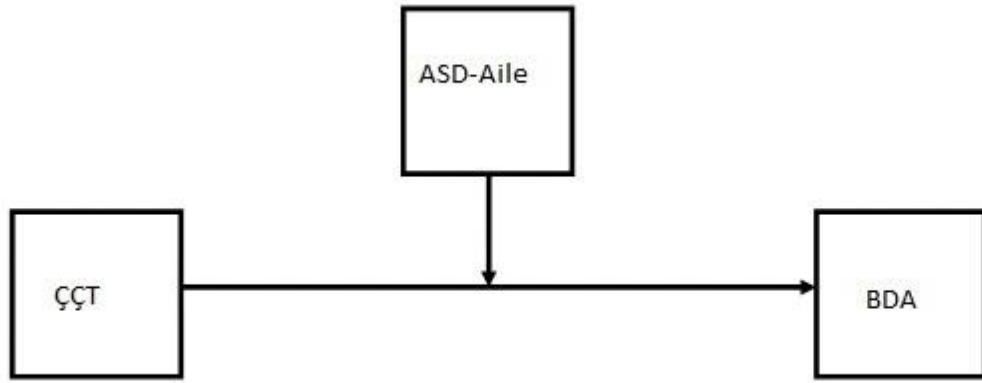
Tablo 12 BDAÖ ve ÇÇTÖ boyutları arasında basit doğrusal regresyon analizi

	β	t	Sd	F	R^2
Bağımsız değişkenler					
Fiziksel istismar	.42	4.731	102	22.37**	.18
Duygusal istismar	.40	4.431	102	19.64**	.16
ÇÇTÖ-top	.37	4.068	102	16.55**	.14
Fiziksel İhmal	.29	3.029	102	9.178*	.08

** $p < .001$ * $p < .01$

3.2.2.8 Çocukluk Çağı Travma Toplam Puanı ile Bedensel Duyumların Abartılması Boyutlarında Algılanan Sosyal Desteğin Varsayılan Düzenleyici (Moderatör) Rolünün İncelenmesi

Çocukluk Çağı Travmaları ile Bedensel Duyumların Abartılması arasındaki ilişkide Aileden Algılanan Sosyal Desteğin varsayılan düzenleyici rolünü incelemek için PROCESS Macro (Hayes, 2013) model (1) kullanılarak regresyon analizi yürütülmüştür. Analizden önce bağımsız değişkenler Aiken ve West (1991) tarafından önerildiği gibi ortalanmıştır (mean centered). Tablo 13'te görülebileceği gibi çocukluk çağı travmalarının şiddeti (toplam puanı) beden duyumlarının Abartılması ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuş, aileden algılanan sosyal desteğin bu ilişkide düzenleyici rol oynadığı tespit edilmiştir ($F[1,100] = 9.90, p = .002, \Delta R^2 = .07$) Aileden algılanan sosyal desteğin beden duyumlarını abartma düzeyini tek başına yordamadığı görülmüştür. Etkileşim eğrileri Grafik 2'de gösterilmiştir. Etkileşim, çocukluk çağı travmalarının (toplam puan) aileden algılanan sosyal desteğin üç düzeyindeki (ortalamanın 1 standard sapma altı, ortalama, ortalamanın 1 standard sapma üstü) koşullu etkileri test edilerek incelenmiştir. Sonuçlara göre ÇÇT-toplam ile BDA ilişkisi algılanan sosyal desteğin düzeylerine göre anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır (bkz. Tablo 14). Diğer bir ifadeyle, aileden algılanan sosyal desteğin düşük olduğu düzeyde ÇÇT şiddeti ile BDA düzeyi arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki varken ($\beta = .44, p < .001$), aileden algılanan sosyal desteğin ortalama olduğu durumda daha zayıf ancak anlamlı bir ilişki ($\beta = .23, p = .006$) aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu düzeyde ise ÇÇT şiddeti ile BDA düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\beta = .03, p > .05$)



Şekil 5 Moderasyon Modeli : Aileden Algılanan Sosyal Desteğin (ASD-aile) Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT) ile Beden Duyumlarını Abartma (BDA) ilişkisindeki düzenleyici rolü

Tablo 13 Bedensel duyumların abartılmasının yordayıcıları

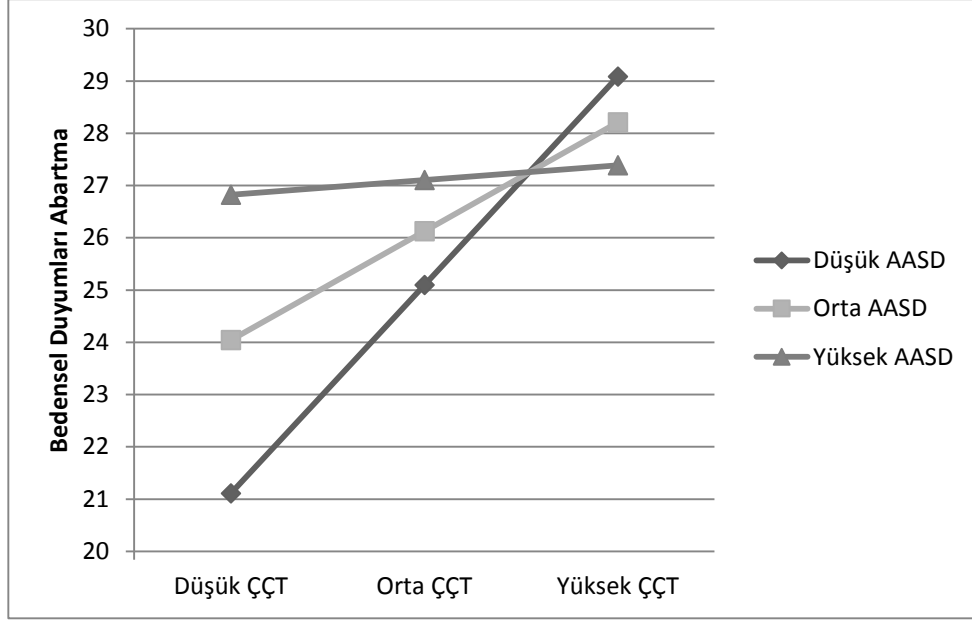
	B	SE B	T	P
Sabit	26.13 [24,92,27.34]	0.61	42.59	$p < .001$
Algılanan sosyal destek (aile)	0.16 [-0.02,0.33]	0.09	1.80	$p > .05$
Travma (total)*	0.23 [0.07,0.39]	0.08	2.81	$p = .006$
Travma x sosyal destek*	-0.03 [-0.05,-0.01]	0.01	-3.15	$p = .002$

Tablo 14 Çocukluk Çağı Travmaları (toplam puan) ile Bedensel Duyumların Abartılması ilişkisinde koşullu (conditional) etkiler

Sosyal Destek (aile)	β	P	95% CI	
Ortalama - 1 ss	.44	$< .001$.30	.56
Ortalama	.23	$= .006$.07	.39
Ortalama+ 1 ss	.03	.81	-.23,	.29

* $p \leq .05$

Ortalama- 1 ss: Ortalamadan 1 standart sapma değeri çıkarılması
Ortalama+ 1 ss: Ortalamaya 1 standart sapma değeri eklenmesi



Grafik 3 Aileden Algılanan Sosyal Desteğin farklı düzeylerinde, Çocukluk Çağı Travmaları ile Beden Duyumlarının Abartılması ilişkisi

Not: AASD: Aileden algılanan sosyal destek
 ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları

3.2.2.9 McGill-Afektif Değerlendirme Alt Ölçeği ile İlişkili Boyutlar

Burada da çocukluk çağı travmaları alt boyutları arasındaki çoklu bağıntılar nedeniyle değişkenler arasındaki ilişkiler ayrı ayrı incelenmiştir. Analizler sonucunda, çocukluk çağındaki fiziksel istismarın şiddetinin ağrının afektif şiddetini anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır ($F[1,102] = 11.83, p < .01$). Kronik ağrılı bireylerin geçmişe dönük bildirdikleri fiziksel istismarın şiddeti ağrının afektif şiddetindeki varyansın %10'unu açıklamaktadır (Tablo 15).

Çocukluk çağındaki duygusal istismarın şiddetinin ağrının afektif şiddetini anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur ($F[1,102] = 4.48, p < .05$). Kronik ağrılı bireylerin bildirdikleri duygusal istismarın şiddeti ağrının afektif boyutundaki varyansın %4'ünü açıklamaktadır (Tablo 15).

Çocukluk çağı travmaları (toplam puan) şiddetinin ağrının afektif şiddetini yordadığı saptanmıştır ($F[1,102] = 5.28, p < .05$). Ağrının afektif düzeyine ilişkin toplam varyansın %5'i çocukluk çağındaki travmaların (toplam puan) şiddeti ile açıklanmaktadır (Tablo 15).

Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutları ile McGill-afekt alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 15).

Cinsel istismar alt boyutu ile McGill_afekt ilişkisine bakmak için Spearman korelasyon katsayısı incelenmiştir. Buna göre McGill-afekt ile cinsel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($r = .24, p = .013$)

Algılanan sosyal desteğin hiçbir boyutu ile ağrının afektif değerlendirilmesi ile anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. ($p > .05$)

Tablo 15 Ağrının Afektif Değerlendirilmesi ile ÇÇTÖ alt boyutlarının basit doğrusal regresyon analizi

Değişkenler	β	t	Sd	F	R ²
Fiziksel istismar	.32	3.440	102	11.83**	.10
Duygusal istismar	.21	2.117	102	4.48*	.04
ÇÇTÖ-Toplam	.22	2.298	102	5.28*	.05

Bağımlı değişken: McGill_afekt

** $p < .01$, * $p < .05$

Tablo 16'dan izlenebileceği gibi McGill-afekt alt boyutu ile depresyon, anksiyete ve somatizasyonun ilişkilerine bakıldığında her bir boyutun McGill-Afekt ile korelasyonu pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur. (sırasıyla; $r = .34, p < .001$; $r = .40, p < .001$; $r = .27, p = .006$)

Tablo 16 Ağrının Afektif Şiddeti (McGill -Afekt) ile Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	(N=104)
Kısa Semptom Envanteri	Ağrı afekt (McGill)
Anksiyete	.40**
Depresyon	.34**
Somatizasyon	.27*

$p < .05$ *, $p < .01$ **

3.2.2.10 Ağrı Şiddeti Ortalaması (VAS-ort) ile İlişkili Boyutlar

Kişilerin ölçekleri doldurduğu andaki bildirdikleri ağrı şiddetini kontrol etmek değişkenler arasındaki kısmi korelasyonlar incelenmiştir. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile ağrı şiddeti ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .22, p < .05$). Fiziksel istismar şiddeti ile ağrı şiddeti ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .20, p < .05$). Duygusal ihmalin şiddeti ile ağrı şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .20, p < .05$). Cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal boyutları ile ağrı şiddeti ortalamasının doğrusal bir korelasyon göstermediği görülmüştür.

Algılanan sosyal desteğin hiçbir boyutu ile ağrı şiddeti ortalamasının doğrusal bir korelasyon göstermediği görülmüştür ($p > .05$).

Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyonun boyutlarının ağrı şiddeti ortalaması ile ilişkisi incelendiğinde, Tablo 17'den izlenebileceği gibi değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. (sırayla; $r = .27, p = .006$; $r = .31, p = .001$; $r = .24, p = .015$)

Tablo 17 Ağrı Şiddeti Ortalaması (VAS-ort) ile Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları

N=104	
Kısa Semptom Envanteri	Ağrı Şiddeti (VAS-ort)
Anksiyete	.27**
Depresyon	.31**
Somatizasyon	.24*

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$

3.2.2.11 Ağrı Başlangıç Yaşı ile İlişkili Boyutlar

Yürütülen Pearson korelasyon analizinde ağrı başlangıç yaşının duygusal istismar ($r = -.34, p = .003$), fiziksel istismar ($r = -.26, p = .008$) ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ($r = -.24, p = .012$) ile negatif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Ağrı başlangıç yaşının bunun dışındaki ÇÇTÖ alt boyutları ile korelasyon göstermediği görülmüştür.

Ağrı başlangıç yaşı ile anksiyete ($r = -.35, p = .003$) ve depresyon ($r = -.36, p = .002$) negatif yönde korelasyon gösterdiği görülmüştür.

Ağrı başlangıç yaşı ile algılanan sosyal destek ilişkisi incelendiğinde arkadaştan algılanan sosyal destek ile negatif yönde ilişki gösterdiği görülmüştür. ($r = -.19, p < .05$)

3.2.2.12 Ağrılı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek, Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Belirtilerin Birbirleriyle İlişkisinin İncelenmesi

Bu bölümde yan amaçlar doğrultusunda ağrılı gruplarda Algılanan Sosyal Destek, Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik belirtilerin boyutları arasındaki ilişkilere yer verilecektir.

3.2.2.12.1 Ağrılı bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Algılanan Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi

Ağrılı bireylerde çocukluk çağı travma bildirimini ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Bulgular Tablo 18'de özetlenmiştir.

Tablo 18 Ağrılı bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek (ASD) puanları arasındaki korelasyon katsayıları

Değişkenler	N=104			
	ASD (aile)	ASD (arkadaş)	ASD (özel biri)	ASD (toplam)
Fiziksel İstismar	-.23*	-.13	.14	-.07
Duygusal istismar	-.39**	-.19*	-.02	-.22*
Cinsel istismar	-.18	-.07	-.02	-.05
Fiziksel ihmal	-.47**	-.27**	-.06	-.33**
Duygusal ihmal	-.58**	-.23*	-.08	-.39**
ÇÇTÖ_toplam	-.55**	-.26**	-.02	-.33**

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.2.2.13 Ağrılı Bireylerde Çocukluk Çağı Travma Yaşantısı ile Psikolojik Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi

Ağrısı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları alt boyutları ile Kısa Semptom envanteri alt boyutları olan Depresyon, Somatizasyon ve Anksiyete ilişkilerini incelemek için Pearson ve Spearman analizleri uygulanmıştır. Bağlıntılar Tablo 19’da özetlenmiştir.

Tablo 19 Ağrılı bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	N=104		
	Anksiyete	Depresyon	Somatizasyon
Fiziksel istismar	.53**	.48**	.48**
Duygusal istismar	.64**	.61**	.54**
Cinsel istismar	.27*	.20*	.21*
Fiziksel ihmal	.24*	.13	.24*
Duygusal ihmal	.23*	.28**	.13
ÇÇTÖ-toplam	.49**	.45**	.39**

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.2.2.14. Ağrılı bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Psikolojik Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi

Algılanan sosyal desteğin alt boyutları ile kısa semptom envanterinin anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlara göre aileden algılanan sosyal destekle depresyon ve somatizasyon değişkenleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken (sırasıyla; $r = -.27, p < .01$; $r = -.26, p < .05$), anksiyete ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($r = -.17, p > .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile somatizasyon değişkeni arasında negatif yönde bir korelasyon bulunmuş ($r = -.24, p < .05$), depresyon ve anksiyete ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (sırasıyla; $r = .18, p > .05$;), özel birinden algılanan sosyal destek ile kse'nin hiçbir boyutu arasında doğrusal bir ilişki bulunmamıştır. ($p > .05$).

Algılanan sosyal destek toplam puanı ile depresyon ve somatizasyon ölçümleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken (sırasıyla; $r = -.23, p$

<.05; $r = -.24$, $p < .05$), anksiyete ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($r = -.17$, $p > .05$) . Bulgular Tablo 20'den izlenebilir.

Tablo 20 Ağrılı bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon, Anksiyete ve Somatizasyon puanları arasındaki korelasyon katsayıları

N=104				
Değişkenler	ASD (aile)	ASD (arkadaş)	ASD (özel biri)	ASD (toplam)
Depresyon	-.27**	-.18	-.09	-.23*
Somatizasyon	-.26*	-.24*	-.08	-.24*
Anksiyete	-.17	-.18	-.01	-.13

* $p < .05$, ** $p < .01$

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu bölümde sonuçların literatür ışığında yorumlanmasına yer verilecektir; ancak öncelikle araştırmanın kapsamını ve temsil etme yeterliliğini değerlendirebilmek için örneklemin demografik özellikleri bakımından incelenmesi faydalı olacaktır.

4.1 Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcılar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde, klinik ağrı grubunun %75'i kadındır ağrı şikayeti ile sağlık merkezine başvuran bireylerden oluşmaktadır. Alanda bununla ilgili yapılan çalışmalar ağrı kliniklerine başvuran kadın oranının erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. (Sertel Berk, 2006). Bu bakımdan klinik ağrı grubundaki kadınların oranı Türkiye'de yapılmış çalışmalar ile uyumludur (Erdine, 2005). Sağlıklı kontrol grubundaki cinsiyet dağılımına bakıldığında (%67.3'ü kadın) ise klinik ağrı grubuna uyumlu olduğu söylenebilir. Klinik dışı ağrı grubunda ise kadınların oranı %86.5'tir, bu grup klinik dışından gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır, araştırma koşullarından dolayı diğer gruplarla eşleştirilememiştir. Buradaki fark özellikle sağlıklı kontrol grubu ile klinik dışı ağrı grubu arasında belirgindir. Üç grubun karşılaştırıldığı bazı analizlerde klinik dışı ağrı grubundaki cinsiyet dağılımının olası sonuçlarına yer verilecektir.

Ağrılı bireylerde cinsiyet dağılımı literatür ışığında incelendiğinde Berkley (1997) kadınların erkeklere oranla daha sık ağrı bildirdiklerini belirtmiştir. Burada birçok potansiyel neden söz konusudur. Kadınlarda tıbbi yardım arama davranışının daha yaygın oluşu (Bury, 2005), hormonal farklılıklar, ağrının "öğrenilmesi" ve uyarıcıların yorumlanması ile ilgili kültürel öğeler, kadınlarda vajinal kanalın iç travma ve patolojik ajanlar için ekstra bir yol oluşturduğu için vücudun birçok

bölgesinde hiperaljezi¹⁴ gelişiminde risk teşkil etmesi bu nedenlerden bazılarıdır (Berkley, 1997).

Yaş değişkeni bakımından sonuçlar değerlendirdiğinde, klinik ağrı grubunun yaş ortalaması 40.8, Klinik dışı ağrı grubunda ise 35.6'dır. Sağlıklı kontrol grubunun ise yaş ortalaması ise 38.7'dir. Türkiye'de kronik ağrı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında yaş ranjınının 35-45 arasında olduğunu görmekteyiz. (Sertel-Berk 2006; Duruk, 2013, Yücel ve ark. 2002). Burada da fark klinik grup ile klinik dışı ağrı grubu arasında daha belirgindir. Ancak iki grubun da yaş ortalaması literatürdeki diğer ağrı çalışmaları ile uyum göstermektedir.

Öte yandan bu araştırmanın temel odağı olmamasına rağmen kronik ağrı örnekleminin eğitim durumu bakımından temsil ettiği kitleyi ele almak gerekir. Türkiye'de yapılmış ağrı çalışmaları incelendiğinde, klinik ağrı grubunun genelde eğitim ve araştırma hastanelerine başvuran bireylerden oluştuğu görülmektedir. Konu ile ilgili çalışmalarda (Sertel-Berk 2006; Duruk, 2013, Ayvat, 2008), klinik ağrı gruplarında en fazla görülen eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olurken, bu araştırmanın örnekleminde en sık görülen eğitim derecesi lise ve üniversite olmuştur. Belirtildiği gibi klinik ağrı grubunu Ankara'nın Eryaman ilçesindeki Aile Sağlık Merkezi'ne ardı sıra başvuran ağrılı hastalar oluşturmuştur. Burada, örneklemin diğer çalışmalardan farklı bir eğitim profili göstermesinin nedeni bölgede yaşayan topluluğun kültürel özellikleri ile açıklanabilir. Klinik dışı ağrı grubunun da eğitim düzeyinin klinik ağrı grubuna benzer şekilde, yurt içinde yürütülen diğer çalışmaların örnekleminde farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçlarının daha ziyade eğitim düzeyi lise ve üstü bir popülasyona genellenebilir olduğunu belirtmek gerekir. Literatürde ağrı ve eğitim düzeyi ilişkisinin incelendiği çalışmalara sık rastlanmasa da Chaturverdi (1987a) nedeni belirlenemeyen kronik ağrılarla eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde daha sık karşılaşıldığını belirtmektedir. (akt. Sertel-Berk, 2006) Bununla birlikte Sertel Berk (2006) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe ağrı yaşantısında psikolojik faktörlerin etkili olduğu inancının da arttığını belirtmiştir.

Grupların algılanan gelirinin ise "orta" düzeyde yoğunlaştığı, bu bakımından literatürdeki çalışmalara benzer özellikte oldukları söylenebilir. Erdine (2005) ağrılı ve ağrısız gruplar arasında gelir düzeyi bakımından farklılık olmadığı belirtmiştir.

¹⁴ Hiper-aljezi: Hasar verici bir uyarana artmış ağrı yanıtı (Erer ve Gül 2005)

4.2 Üç Grubun Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.2.1 Çocukluk Çağı Travmaları Sıklığı

Belirtildiği gibi araştırmanın amaçlarından biri literatür ışığında kronik ağrılı bireylerde istismar ve ihmal yaşantısının daha sık bildirildiği varsayımını test etmektir. Bu amaçla yapılan analizde fiziksel ihmal dışındaki travma alt boyutlarının ağrılı bireylerde daha sık bildirilme eğilimi görülmüş ancak duygusal istismar ve en az bir tipte istismar/ihmal bildirim oranı dışındaki boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Burada sonuçları değerlendirirken birkaç noktaya işaret etmek gerekir: Klinik dışı ağrı grubundaki cinsiyet dağılımı diğer gruplardan farklıdır. Klinik dışı ağrı grubunun %86.6'sı kadın olduğu için sağlıklı kontrol grubuyla arasında cinsiyet bakımından dağılım uyumsuzluğu olduğunu belirtmek gerekir. Özellikle cinsel istismar bildirimlerinin klinik dışı ağrı grubunda daha sık bildirilme eğiliminde gruptaki cinsiyet dağılımının da payı olabileceği düşünülmüş, bu nedenle kadınların cinsel istismar geçmişi bildirme oranı ayrıca incelenmiştir. Konuya ilişkin, 2009'da Türkiye'de kadına yönelik şiddeti araştıran kapsamlı bir saha çalışmasının (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, 2009) sonuçlarına göre İstanbul'da yaşayan kadınların %9.3'ü 15 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmiştir. Pek çok değişken kontrol edilemediğinden elbette burada geçerli bir karşılaştırma yapmak mümkün görünmemektedir ancak Türkiye'de ağrı gruplarında cinsel istismar sıklığını inceleyen araştırmalara rastlamanın son derece zor olduğunu belirtmek gerekir. Bu araştırmaya katılan kadınlar arasındaki cinsel istismar geçmişi bildirim sıklığına bakıldığında ise klinik ağrı grubundaki kadınlarda bu oran %20 iken, klinik dışı ağrı grubundaki kadınlarda %26.7, sağlıklı kontrol grubundaki kadınlarda ise %8.3 olduğu görülmüştür. Sağlıklı kontrol grubunun İstanbul'daki genel dağılımdan daha az oranda cinsel istismar belirtmesi beklenebilir bir sonuçtur. Ağrı gruplarının ise bu oranın üstünde olduğu görülmektedir. Ağrılı iki grup arasındaki farkın ise yaş değişkeni ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Belirtildiği gibi klinik ağrı grubunun yaş ortalaması 40.8 iken klinik dışı ağrı grubunun yaş ortalaması 35.6'dır. Yine aynı çalışmada (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, 2009) yaşın artmasıyla cinsel istismar bildiriminde düşüş olduğu görülmektedir. Tüm bu veriler değerlendirildiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ağrı gruplarının her

ikisinin de beklendiği gibi sağlıklı kontrol grubundan daha sık cinsel istismar yaşantısı bildirme eğilimi gözlemlendiği söylenebilir (klinik ağrı grubu: % 19.2, klinik dışı ağrı grubu: %23.1, sağlıklı kontrol grubu: % 7.7)

Grupların geçmişe dönük duygusal istismar bildirimlerinin yaygınlığı incelendiğinde (klinik ağrı grubu: % 23.1, klinik dışı ağrı grubu: %36.5, sağlıklı kontrol grubu: % 15.4) klinik dışı ağrı grubunun sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık duygusal istismar bildirdiği görülmüştür. Farkın cinsiyet dağılımı ile ilişkisini incelemek için gruplarda cinsiyete göre duygusal istismar sıklıklarına bakılmış, kadın ve erkeklerin gruplardaki dağılımının anlamlı bir farklılaşmaya işaret etmediği sonucuna varılmıştır. Dahası, klinik dışı ağrı grubunda kadınların %36.5'i duygusal istismar bildirirken erkeklerde bu oranın %42 olduğu görülmüştür.

Konuyla ilgili yapılan bazı çalışmalar duygusal istismar yaşantısının kronik ağrı için risk unsuru olabileceğini belirtmektedir. Tietjen ve arkadaşları 2009'da yaptıkları çalışmada özellikle duygusal istismarın baş ağrısının kronikleşmesinde önemli bir risk faktörü teşkil ettiğini belirtmiş, araştırmada migrenli hastaların %38'inin duygusal istismar geçmişi bildirdiğini ortaya konmuştur. Bu araştırmada herhangi bir alt tip belirlenmese de bildirilen duygusal istismar sıklığı bakımından Tietjen ve arkadaşlarının (2009) bulgularına paralel sonuçlar elde edilmiştir. Burada sorulabilecek sorulardan birisi, klinik ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında duygusal istismar sıklığı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmazken farkın niçin klinik dışı ağrı grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında bulunduğu olabilir. Buradaki etkenin klinik dışı ağrı grubunun, klinik ağrı grubuna kıyasla anlamlı düzeyde olmasa da daha sık baş ağrısı bildirmesinin olabileceği düşünülmüştür (sırasıyla; %19.2; %7.7) Literatürde baş ağrısının duygusal istismar ile ilişkisinin özellikle altının çizildiği düşünüldüğünde buradaki farkın kaynağı klinik dışı ağrı grubunda baş ağrısının daha yaygın olması ile açıklanabilir.

Gruplar arasında ihmal yaşantılarının sıklık dağılımı değerlendirildiğinde ise ağrı gruplarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık duygusal ihmal bildirme eğilimi görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kronik ağrıda çocukluk çağı travma geçmişi araştıran çalışmaların özellikle fiziksel ve cinsel istismar boyutlarına odaklandığı göze çarpmakta, ihmal değerlendirilen çalışmalara nadiren rastlanmaktadır. Yücel ve arkadaşlarının (2002) yürüttüğü çalışmada kronik ağrılı (bel ve baş ağrısı) bireylerde ihmal bildirim oranı %35.62 olarak bulunmuştur,

ancak burada ihmal duygusal/fiziksel olarak ayrılmamıştır. Bu çalışmada ise ağrılı gruplar birlikte ele alındığında duygusal ihmal bildirim oranı %31.7, fiziksel ihmal bildirim oranı ise %27.9 olarak bulunmuştur. Bu değerler Yücel (2002) ve arkadaşlarının çalışmalarına yakın görünmektedir. Bununla birlikte fiziksel ihmal, araştırmadaki beklentinin aksine, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da sağlıklı kontrol grubunda klinik dışı ağrı grubuna göre daha sık bildirilmiştir. Bunun olası nedenlerini araştırmak için gruplardaki kadın ve erkeklerin fiziksel ihmal dağılımına bakılmıştır. Sonuçlara göre ağrı gruplarındaki erkekler kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık fiziksel ihmal yaşantısı bildirmiş, sağlıklı grupta ise kadın ve erkeklerin fiziksel ihmal bildirim oranları birbirine çok yakın bulunmuştur. Klinik dışı ağrı grubundaki erkek katılımcıların sayısının daha az olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu sonucun grup içindeki cinsiyet dağılımına bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Alandaki çalışmaların büyük bölümüne kadın katılımcılar dahil edildiğinden kronik ağrı deneyimleyen erkekler için psikososyal risk unsurlarını inceleyen çalışmalarla pek az karşılaşmıştır. Bu çalışmadaki sonuç kronik ağrı yaşantısında fiziksel ihmal faktörünün özellikle erkekler için risk unsuru olabileceğini akla getirmektedir.

Öte yandan, iki ağrı grubunda da en az bir tipte (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ya da duygusal ihmal) travma bildirme oranının yüksek olduğu gözlenmektedir (klinik ağrı: %63.5, klinik dışı ağrı: %67.3, sağlıklı kontrol grubu: %44.2). Bununla birlikte klinik ağrı grubunda geçmişe dönük çoklu travma bildirme sıklığının (en az iki alt tipte travma bildirim oranı: %42.3) fiziksel ihmal dışındaki (fiziksel ihmal boyutu ile aynı; %42.3) alt boyutlara kıyasla daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Finkelhor ve arkadaşlarının (2007) belirttiği gibi geçmişe dönük travmaları incelerken gerçekçi bir tablo ortaya koymak için travmanın kompleks doğasını ve çoklu olumsuz yaşantıları dikkate almanın önemli olduğu sonucuna varılmaktadır.

4.2.2 Üç Grupta Algılanan Sosyal Destek Boyutunun Değerlendirilmesi

Üç grup algılanan sosyal destek boyutu bakımından karşılaştırıldığında beklendiği gibi aileden algılanan sosyal destek iki ağrı grubunda da sağlıklı kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Belirtildiği üzere her ne kadar stresli durumlarda algılanan sosyal desteğin sağaltıcı rolü olduğu ön görülse de (House,

1981) stres faktörünün süreğen hale gelmesi sosyal destek kaynaklarının/ işlevsel sosyal desteğin tükenmesine neden olabilmektedir (Stevens ve ark., 2013). Buradaki sonuç kronik ağrının tek başına süreğen bir stres faktörü olması ile açıklanabileceği gibi, kronik ağrılı bireylerdeki ailesel faktörler ile ilgili bazı ortak dinamiklere işaret ediyor olabilir.

4.2.3 Üç Grupta Bedensel Duyumların Abartılması Boyutunun Değerlendirilmesi

Araştırmanın yan amaçları doğrultusunda klinik ağrı grubu, klinik dışı ağrı grubu ve sağlıklı kontrol grubunun bedensel duyumları abartma düzeyi değerlendirilmiş, ağrı gruplarının bedensel duyumların abartma düzeyi beklendiği gibi sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Duruk'un (2013) yürütmüş olduğu çalışmada fibromiyalji ve başarısız bel cerrahisi sendromu olan bireylerde somatik duyumları abartma eğiliminin sağlıklı katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur. Buna paralel olarak Ak ve arkadaşlarının (2004) çalışması da bedensel duyumları abartma eğiliminin kronik ağrılı bireylerde daha yüksek düzeyde olduğunu vurgulamış, bu değişkenin kronik ağrıya yatkınlaştırıcı bir etken olabileceğini belirtmiştir.

4.3 Ağrı Gruplarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Belirtildiği gibi klinik ağrı grubu ve sağlıklı kontrol grubu demografik değişkenleri bakımından uyumlu olsa da klinik dışı ağrı grubu yaş ve cinsiyet dağılımı bakımından diğer gruplarla birebir eşleştirilmemiştir. Bu bilgi ışığında sonuçları değerlendirdiğimizde iki grup ağrı şiddeti ortalamaları, ağrı sıklığı, ilaç tüketim miktarı, farklı doktora görünme sıklığı bakımından farklılaşmaktadır. Ancak ağrının afektif değerlendirilmesi, bedensel duyumların abartılması ve ağrı süresi bakımından gruplar farklılaşmamıştır. Buradaki bulgular Barsky'nin (1988) belirttiği gibi halihazırda yardım arayışı içerisinde olan hastaların tıbbi yardım arayışını daha kabul edilebilir kılmak için daha fazla semptom bildirme eğiliminde olmalarıyla açıklanabilir. Öte yandan araştırmada ölçümlenen psikososyal unsurlar olan; kısa semptom envanterindeki anksiyete, depresyon ve somatizasyon boyutu, algılanan sosyal destek (arkadaştan algılanan sosyal destek dışında) ve çocukluk çağı

travmaları sıklığı/şiddeti bakımından da iki grup arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Klinik grubun bir aylık ağrı kesici tüketim miktarı ($X=20$) klinik dışı ağrı grubundan ($X=5$) yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte iki grup arasında ağrı nedeniyle “farklı” doktora gitme sıklığında da farklılıklar tespit edilmiştir. Buradaki bulgular klinik ağrı grubunda “ağrı davranışı”na işaret ediyor olabilir. Davranışçı yaklaşımın prensiplerine göre ağrı davranışı gösteren kronik ağrı hastalarında ilaç kötüye kullanımı görülebileceği, gözlenen doku hasarı ile uyumlu olmayan ağrı davranışları sergilenebileceği (yarım kalan tedaviler gibi) belirtilmiştir (akt. Sertel-Berk, 2006). Bu noktada iki grup arasındaki farklılığın belirleyicisinin yaş değişkeni olabileceği akla gelmektedir. Paulose-Ram ve arkadaşlarının (2003) çalışması ilerleyen yaşla birlikte ağrı kesici tüketiminin de arttığını göstermektedir.

Yeziarski (2012) deneysel çalışmasında yaşla birlikte ağrı uyaranına karşı duyarlılığın ve ağrı davranışının arttığını gözlemlemiş, bunun potansiyel nedenlerinin ise yaşla ilişkili biyokimyasal değişimler, vücudun dengeleme sistemindeki (homeostazi) telafi edici mekanizmalarda oluşan değişiklikler ve HPA eksenindeki disregulasyon ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir.

Klinik ve klinik dışı ağrı grubu çalışmanın ölçümlenen psikososyal özellikler bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği için çalışmanın ikinci bölümünde birlikte değerlendirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, psikososyal değişkenler bakımından benzer özelliklere sahip olmasına rağmen bildirilen ağrı şiddeti, ağrı sıklığı, kullanılan ilaç miktarı gibi boyutlarda gruplar farklılaştığı için iki grubun birlikte “kronik ağrı grubu” olarak ele alırken dikkat edilen bazı hususlar olmuştur. Tıbbi yardım arama davranışının karıştırıcı etkisini alt düzeye indirmek için klinik dışı ağrı grubunda işleme kriterlerinden biri “ağrı nedeniyle en az bir kez medikal bir müdahale başvurusunda bulunmak” olarak belirlenmiştir. Literatürde istismar geçmişi ile sağlık sistemlerinden yararlanma sıklığı arasında bir ilişkiden söz edilmektedir (Finestone ve ark., 2000). Bununla birlikte Davis ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü metaanaliz çalışmasında kronik düzeyde ağrısı olmasına rağmen hiçbir tıbbi yardım almayan bireyler ile tıbbi yardım arayan kronik ağrı hastaları karşılaştırılmış, yardım arayan hastaların daha sık travma geçmişi bildirdikleri sonucuna varılmıştır. Diğer nokta ise; iki grupta ayrı ayrı tüm değişkenlerin birbirleri ile olan korelasyonlarına bakılmış, değişkenler arasındaki ilişkilerin benzer olduğu görülmüştür. Yine de sonuçların genellenmesinde ağrı gruplarındaki farklılıklar gözden kaçırılmamalıdır.

4.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Ağrı Yaşantısına İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın rasyoneli ağırlı bireylerde çocukluk çağı travmaları ile ağrı yaşantısı ilişkisinde algılanan sosyal desteğin, ölçülen ağrı değişkenlerinde (ağrı şiddeti, ağrının afektif boyutu, ağrı başlangıç yaşı, bedensel duyumların abartılması) düzenleyici bir rolü olduğu varsayımı ile şekillenmiştir. Bu varsayımı test etmeye yönelik öncelikle ağrı ile ilişkili değişkenler ile çocukluk çağı travma yaşantısı ölçeğinin ilişkileri incelenmiştir. Beklendiği gibi çocukluk çağı travmaları şiddeti ile ağrının afektif boyutu, bedensel duyumların abartılması, ağrı başlangıç yaşı arasında farklı düzeylerde korelasyonlar bulunmuş, çocukluk çağındaki travmaların şiddeti ile ağrı şiddeti ortalaması arasında kısmi bir korelasyon (şimdiki ağrısı kontrol edildiğinde) bulgulanmıştır.

Bununla birlikte çocukluk çağı travmaları toplam skoru bazında ölçeğin kesme noktasına göre “şiddetli” travma bildirenler ve “düşük” düzeyde travma geçmişi bildirenler olarak ayırdığımızda, “şiddetli” travma bildiren grubun bedensel duyumları abartma puanı ve ağrı şiddeti ortalaması düşük düzeyde travma bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ancak burada çocukluk çağı travmaları toplam puanının kesme noktasından hareket ederek grubu ikiye ayırmanın yanıltıcı olabileceği gözden kaçmamalıdır çünkü ölçeğin kesme değerleri fiziksel ve cinsel istismar yaşantısında ayırıcı bir nitelikte iken, duygusal istismar, ihmal yaşantıları ve toplam skorda belirleyiciliğinin daha düşük olduğunu belirtmek gerekir. Bu nedenle de ilişkisel parametrelere bağlı sonuçlar ile dikotomus olarak belirlenen iki grup arasındaki farklılıkların olası olması beklenmektedir. Buradaki temel amaçlardan biri hem toplam skorda “yüksek şiddette” ve “düşük şiddette” travma bildiren grupların farklılaştığı hem de bildirilen travma şiddeti ile anlamlı ölçüde korelasyon gösteren ağrı değişkenini belirlemek olmuştur. Bu noktada en ayırıcı ağrı değişkeninin bedensel duyumları abartma olduğu söylenebilir zira; ağrı gruplarını sağlıklı kontrol grubundan ayırmış, travma toplam puanı eşik değerinin “üstünde” olanlar ile “altında” olanlar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmış, bununla birlikte çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve bazı alt boyutları (fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal) bedensel duyumların abartılmasını diğer ağrı boyutlarından daha güçlü düzeyde yordamıştır. Bununla birlikte beklediği gibi

algılanan sosyal desteğin de çocukluk çağı travmaları ile beden duyularını abartma ilişkisinde düzenleyici bir rol üstlendiği görülmüştür.

Algılanan sosyal desteğin rolüne geçmeden çocukluk çağı travmatik yaşantılar ile bedensel duyuların abartılması ilişkisi değerlendirilecek olursa, bu ilişki farklı yaklaşımlar ile ele alınabilir. Nörobiyolojik açıdan açıklayabilecek varsayımlardan biri erken dönem stresli yaşantıların kişinin bedensel duyularına karşı hassasiyetinin artmasına neden olabilecek biyolojik yolları aktif hale getirebilmesi olabilir (Heim ve ark, 1998). Belirtildiği gibi bedensel duyuların abartılması “zararsız” uyaranlara karşı duyarlılığın artması şeklinde açıklanmaktadır. Bu çalışmada bedensel duyuların abartılmasını en güçlü yordayan travma alt boyutlarının fiziksel ve duygusal istismar olduğu görülmektedir. Bu ilişkiyi açıklayabilmek için farklı yaklaşımlardan yararlanılabilir. İstismar boyutunu ele alacak olursak, psikolojik travma alanında önemli çalışmalar ortaya koyan Herman (2007) istismar geçmişinin rasyonalizasyon ya da bastırma yoluyla zihinde sönmesine rağmen bedende iz bırakmaya devam edeceğini belirtmiş, istismarcı bir çevrede büyüyen çocukların bedensel durumun normal düzenlenmesinin sürekli aşırı uyarılmayla kesintiye uğrayabileceğini vurgulamıştır. Bu noktada Herman (2007), özellikle kronikleşen istismar durumlarında bireylerde bedensel sakinliğin “sıfır” noktası olamayacağından söz etmektedir. İlişkiye bu açıdan bakıldığında istismar/ihmal geçmişi ile somatik duyularını daha rahatsız edici olarak algılama eğilimi arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek değişkenlerden birinin “sürekli kaygı” olabileceği düşünülmektedir. Zira istismar yaşantılarında “tehlike” beklentisinden doğan sürekli kaygıyla birlikte bedensel otonomik aşırı uyarılma, (hypervigilance) söz konusu olabilmektedir (Herman, 2007). Bu doğrultuda travmatik yaşantıyla gelişen “sürekli kaygı”nın bedensel uyarım eşliğinin düşmesinde rol oynayabileceği, dolayısıyla zararsız bir duyuların rahatsızlık verici olarak deneyimlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu varsayımına paralel olarak, Heim ve arkadaşlarının (1998) erken dönem stresli yaşantıların nörobiyolojik boyutunu incelediği çalışma, çocuklukta istismara maruz kalan bireylerin daha yüksek düzeyde nöroendokrin stres yanıtı oluşturduğunu göstermektedir. Bu durumun da stresöre karşı fizyolojik olarak duyarlılaşma ile birlikte strese bağlı hastalıklar riskini artırdığı ileri sürülmektedir.

Öte yandan, kronik ağrısı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ile bedensel duyuların abartılması ilişkisini açıklayabilecek bir başka değişkenin ise “aleksitimi” olabileceği düşünülebilir. Daha açık bir ifadeyle, “duygular için söz

yokluğu” (Dereboy, 1990) olarak tanımlanan aleksitiminin, çocukluk çağındaki travma şiddetinin artmasıyla bedensel duyuları rahatsızlık verici olarak deneyimleme eğiliminin artışında köprü işlevi görebileceği akla gelmektedir. Önceki bölümlerde de sıkça söz edildiği gibi bazı çalışmalar aleksitimik özelliklerin kronik ağrı hastalarında ağrısız kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Çelikel ve Saatçioğlu, 2006). Benzer şekilde, Raphael ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu araştırmada miyofasiyel ağrı öyküsü olan hastalarda somatik duyuları büyütme ile duygulanımın bastırılması düzeyi sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. Ayrıca somatik duyularının büyütülmesi ile aleksitimi ilişkisine vurgu yapan çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Nitekim araştırmacılar bedensel duyuları abartma ölçeğinin geçerliğini inceledikleri çalışmada Toronto Aleksitimi Ölçeğini kullanmıştır (Sayar ve Güleç, 2007). Bununla birlikte, travmatizasyon aleksitimi gelişiminde bilinen en önemli risk unsuru olarak görülmektedir (Eichhorn ve ark., 2014). Buradaki nedensellik erken dönemdeki travmaların afektif ve bilişsel işleme süreçlerinin gelişimini zedeleyebilecek, duygusal süreçleri anlama ve ifade etme kapasitesini zayıflatabilecek bir etkiye sahip olması ile açıklanmaktadır (Craparo ve ark. 2014). Bu bağlamda, teorik olarak şiddetli travma geçmişinin kişiyi aleksitimiye yatkınlaştırabileceği, böylece duygulanımın simgesel, sözel bir yolla temsil edilememesi sonucu fizyolojik düzeyde deneyimlenmesinin beden duyularını abartılmasına yol açabileceği düşünülebilir. Bir başka ifadeyle, çağdaş travma kuramcıları özellikle erken dönemde karşılaşılan travma yaşantısının beden ve zihin arasında bir çözülme meydana getirebileceğini, zihinsel düzeyde işlemlenemeyen bu yaşantıların “bedensel bellek”te kodlandığını bu nedenle “sözelleştirilemeyen” ancak bedenselleştirilen birtakım somatik duyular olarak ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir. (Herman 2007; van Der Kolk,1996)

Algılanan sosyal destek boyutu değerlendirilecek olursa, travmatik/stresli yaşantılarla ilişkili sonuçlarda algılanan sosyal destek kimi zaman düzenleyici bir rol oynarken kimi zaman aracı bir rol üstlenmektedir (Yap ve Devilly, 2004). Bu çalışmada algılanan sosyal destek ağrı ile ilişkili boyutlar (ağrının duygusal şiddeti, ağrının afektif değerlendirilmesi, bedensel duyuları abartma) arasında doğrusal bir ilişki bulunmadığı için aracı rolden söz edilememektedir. Ancak stres-tampon etkisi modelinde varsayıldığı gibi bildirilen çocukluk çağı travma şiddetinin (toplam puan) bedensel duyuların abartılma düzeyi ile ilişkisinde algılanan sosyal desteğin

düzenleyici rolü olduğu görülmüştür. Bu noktada, stres-tampon etkisi modelinin desteklendiği söylenebilir.

Çalışmada ortaya çıkan önemli sonuçlardan biri de ağırlı bireylerde çocukluk çağındaki travma şiddeti ile yetişkinlik dönemindeki beden duyularını abartma ilişkisinde aileden algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolüdür. Araştırmanın bulgularına göre travmatik yaşantının şiddeti ile beden duyularının abartılması aileden algılanan sosyal desteğin düşük olduğu düzeyde anlamlı bir ilişkiye sahipken aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu düzeyde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu noktada, travma şiddetinin yüksek oluşu ile aileden algılanan sosyal desteğin düşük olduğu durumun beden duyularının artması üzerinde etkileşimsel bir etki gösterdiği söylenebilir. Bir başka deyişle, ortaya çıkan tabloda, bedensel duyuları en şiddetli olarak deneyimleyen bireylerin şiddetli travma bildiren aynı zamanda aileden algıladıkları sosyal desteği düşük olarak belirten grup olduğu görülmektedir. Bu bulgu, geçmişteki travmatik stresin şiddetli olduğu durumda, aileden algılanan sosyal desteğin düşük oluşunun beden duyularının abartılma düzeyinde alevlendirici bir rolü olduğunu vurgular niteliktedir. Konuyla ilgili yürütülmüş olan çalışmaların birçoğunun algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolünü travmatik/stresli yaşam olayları ve psikolojik belirtiler ilişkisi üzerinde inceledikleri görülmektedir (örn. Evans ve ark. 2013) Bu araştırmadaki değişkenleri inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yanıyla, ortaya çıkan bulgunun yeni olduğunu söylemek mümkündür.

Yine de buradaki bulguyu dikkatli değerlendirmek gerekebilir, zira alanda teorik ve metodolojik düzlemde stres faktörü ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlarda sosyal desteğin rolü tartışılan bir konu olmaktadır. Önceki bölümde belirtildiği gibi bazı çalışmalar (örn. Yap ve Devilly, 2003) özellikle kronik stres unsuru olan yaşantılara maruz kalındığında algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığını, bu durumda tampon işlevini sürdüremediğini belirtmektedir. Yöntemsel açıdan bakıldığında Yap ve Devilly (2003) algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolde olması için “nötr” bir değişken olması gerektiğini, “stresör” olarak değerlendirilen değişken ile korelasyon gösterdiğinde tampon etkisini yitirdiğini belirtmektedir. Bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ile aileden algılanan sosyal destek boyutları beklendiği gibi negatif yönde korelasyon göstermektedir. Bu noktada, bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar ile alternatif bir model önerilebilir.

Öte yandan araştırmanın travma alt boyutları ile ağrı değişkenlerinin ilişkisi spesifik olarak değerlendirilecek olursa, bu çalışmada ağrı değişkenleri ile en sık korelasyon gösteren boyutlardan biri duygusal istismar olmuştur. Duygusal istismarın tanımlaması zor, ancak sıkça rastlanan bir istismar türü olduğu bilinmektedir. Kısaca, duygusal istismar: aşağılama, suçlama, reddetme gibi çocuğun onurunu zedeleyecek, emosyonel gelişimini olumsuz etkileyecek tutum ve davranışlara maruz kalması olarak tanımlanmakta, diğer örselenme tiplerine de pek çok kez eşlik ettiği belirtilmektedir (Bayraktar, 2015).

Duygusal istismar öyküsü klinik dışı ağrı grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık bildirilmiş, bununla birlikte bedensel duyuların abartılmasını ve ağrının afektif değerlendirmesini yordadığı bulunmuştur, ancak ağrı şiddeti ile doğrusal bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte bildirilen duygusal istismar şiddeti, ağrının başlama yaşı ile negatif yönde korelasyon göstermiştir. Önceden de belirtildiği gibi duygusal istismarın, kronik ağrı alanında cinsel istismar ve fiziksel istismar boyutlarına göre daha az çalışıldığı dikkat çekmektedir. Ancak, Tietjen ve arkadaşları (2009) migrenli ağrı grubu ile yaptıkları kapsamlı çalışmada spesifik olarak çocukluk çağındaki duygusal istismarın kronik baş ağrısının gelişiminde ve ağrının daha erken yaşta başlamasında önemli bir risk unsuru olabileceğini belirtmiştir. Pieritz ve arkadaşları (2015) ise laboratuvar çalışmalarında duygusal istismar geçmişi ile ağrı toleransının düşük düzeyde olması arasında doğrusal bir ilişki olduğunu bulgulamış, ancak ağrı şiddeti ile korelasyon göstermediğini belirtmiştir. Çalışma duygusal istismar geçmişi ve ağrı toleransının düşük düzeyde olması ilişkisinin ortak bir duygulanımsal/afektif bileşen tarafından açıklanabileceğini öne sürmüştü, bu ilişkide duygusal istismar geçmişinin duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde ketleyici bir etkisi olabileceğini, bunun sonucu olarak da stresli uyaranlara karşı artmış bir yanıt (ağrı uyarımına verilen afektif yanıtta olduğu gibi) verilebileceğini belirtmiştir. Burada da görüldüğü gibi duygusal istismar geçmişi ile ağrı deneyiminin duygusal boyutundan ziyade afektif boyutu ilişkili olabilir, daha açık bir ifadeyle çocuklukta duygusal istismar gelecekte ağrının ne kadar şiddetli algılandığı ile değil uyarımın ne denli rahatsız edici olarak yorumlandığı ile ilişki gösterebilir. Bu çalışmada Pieritz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasından farklı olarak kişisel bildirim ölçeği kullanılsa da benzer şekilde çocukluk çağındaki duygusal istismarın şiddeti ile ağrının afektif değerlendirmesi ve bedensel duyuların abartılması ilişkili bulunmuş, ağrı şiddeti ile doğrusal bir ilişki

bulunmamıştır. Ayrıca bu çalışmada duygusal istismarın psikolojik belirtilerle (anksiyete, depresyon ve somatizasyon) en güçlü korelasyon (sırasıyla; $r = .64$, $r = .61$, $r = .54$) gösteren travma alt boyutu olduğu gözlenmektedir. Bu sonuç Pieritz ve arkadaşlarının (2015) belirttiği gibi duygusal istismarın duygu düzenleme becerisi üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak, kişinin stresörler karşısındaki kırılganlığını arttırabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda sonraki çalışmalar için ağrının afektif boyutu ve duygusal istismar yaşantısı ilişkisinde psikolojik belirtilerin rolünün incelenmesi önerilebilir.

Cinsel istismar boyutu incelendiğinde ise, bildirilen çocukluk çağı cinsel istismarının şiddeti ile ağrının afektif düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiş, cinsel istismar geçmişinin bunun dışındaki ağrı boyutları ile doğrusal bir korelasyon göstermediği görülmüştür. Öte yandan kronik ağrılı bireylerde bildirilen cinsel istismarın şiddeti ile psikolojik belirtilerin (anksiyete, depresyon, somatizasyon) düzeyi arasında zayıf ancak anlamlı, pozitif yönde korelasyonlar bulunmuştur. Konuya ilişkin literatürde, cinsel istismarın spesifik olarak pelvik ağrı ile ilişkilendirilen bir boyut olduğu görülmektedir (Walling ve ark., 1994). Burada ortaya çıkan sonuçlarda ağrı grubunun heterojen yapısının etken olabileceği düşünülebilir. Nitekim, Lampe ve arkadaşları da (2003) fiziksel istismar ve stresli yaşam olaylarının genel olarak kronik ağrının oluşumunda etken olabileceğini bildirirken, cinsel istismarla depresyonu ve pelvik ağrıyı ilişkilendirmiştir.

Çocukluk çağı duygusal ihmal boyutuna bakıldığında ise duygusal istismar boyutundan farklı olarak ağrı şiddeti ile pozitif yönde kısmi korelasyon (şimdiki ağrı kontrol edildiğinde) gösterdiği görülmüş, ağrı afektif ve bedensel duyumları abartma ile doğrusal bir ilişki bulunmamıştır. Kronik ağrı yaşantısında duygusal ihmali ayrı bir boyut olarak ele alan çalışmalara rastlamak oldukça zordur, bunun nedenlerinden birinin ihmalin çoğu zaman istismar ile birlikte görülmesi olabileceği belirtilmektedir (Roy, 1998). Bir başka şekilde yorumlanacak olursa ihmalin belki de istismar yaşantısı ile “görünür” olduğu söylenebilir. Duygusal ihmalin sevgi ve ilgi göstermeme, ödüllendirmeme, dışlama gibi farklı eylem/eylemsizlikleri kapsadığı bilinmektedir. Son yıllarda bağlanma kuramı ile ilişkili çalışmaların artması ile birlikte ihmal çalışmalarının da arttığı gözlenmektedir. Ağrı çalışmalarında da ihmalle ilgili araştırmaların artması beklenmektedir.

4.5 Algılanan Sosyal Destek, Ağrı Değişkenleri ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Sosyal desteğin ağrıya bağlı değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde ağrı değişkenleri (ağrı şiddeti, ağrı başlangıç yaşı, ağrının afektif boyutu, bedensel duyuların abartılması) ile doğrusal bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde kimi çalışmalar algılanan sosyal destek arttıkça ağrıya bağlı semptomların azaldığını gösterirken, kimi çalışmalar tam tersi yönde bir ilişkiye işaret etmektedir. Bu noktada çalışmaların “sosyal destek” tanımındaki farklılıkların altını çizmek gerekmektedir. Konuyla ilgili araştırmalar birbirinden farklı boyutları ele almakta ve farklı ölçüm yöntemleri kullanmaktadır. Bununla birlikte, bazı çalışmalar spesifik olarak ağrı yaşantısına ilişkin sosyal desteğe ve eş desteğine vurgu yapmaktadır (Cano, 2004) Bu çalışmadaki katılımcıların çoğunun evli olduğu düşünüldüğünde eşten algılanan sosyal destek boyutunun ağrı semptomları ile ilişkili olması beklenebilir; ancak bu kullandığımız ölçekte eşten alınan sosyal destek boyutu mevcut değildir. Bununla birlikte bu çalışmada ağrıya bağlı engellilik düzeyi ölçülmemiştir. Özellikle bireyin en yakın çevresinden algıladığı sosyal desteğin engellilik düzeyine göre farklılaşabileceği ön görülmektedir.

Öte yandan ağrılı bireylerde aileden algılanan sosyal destek psikolojik belirtiler ile ilişkili bulunmuştur. Bulgulara göre, aileden algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça kronik ağrılı bireylerin depresyon ve somatizasyon düzeyleri artmaktadır. Dırık ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada fibromiyalji hastalarında algılanan sosyal desteğin depresyonu ve genel psikolojik belirtileri yordadığı bulunmuştur. Bu çalışma heterojen bir ağrı grubunu dahil etse de bu yönüyle literatüre uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

4.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın kesitsel bir desende olması önemli sınırlılıklarından biridir. Buradaki sonuçlar, incelenen boyutlar arasında neden-sonuç ilişkisi kuramamaktadır.

Araştırmanın sınırlılıklarından diğeri araştırma süresinde karşılaşılan zorluklar nedeniyle klinik dışı ağrı grubunun yaş ve cinsiyet bakımından diğer iki gruba eşleştirilememiş olmasıdır. Sıklıkla değinildiği gibi klinik dışı ağrı grubunun yaş ortalaması (35.6) klinik ağrı grubundan (40.8) istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde daha düşüktür, cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında ise klinik dışı ağrı grubundaki kadınların oranı sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksektir, araştırmanın sonuçları değerlendirilirken bu unsurlar dikkate alınmalıdır. Öte yandan, klinik dışı ağrı grubunun yaş ortalamasının klinik ağrı grubuna göre düşük olması yaş ve ağrı yaşantısı ile ilgili bazı ön görülerde bulunmamızı olanaklı hale getirmiştir.

Bir diğer sınırlılık ise çalışmanın örnekleminin büyüklüğüdür. Belirtildiği gibi, bu araştırmaya her biri 52 bireyden oluşan üç farklı çalışma grubu dahil edilmiştir. Gruplar geçmişe dönük travma bildirimlerinin sıklığı bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve çoklu travmanın ağrı gruplarında daha çok rapor edildiği görülmektedir. Bu bakımdan, daha geniş örneklerle ve birebir eşleştirilmiş gruplarla yapılacak çalışmaların travma geçmişi bakımından daha geçerli ve literatüre uyumlu bulgulara ulaşabileceği öngörülmektedir. Literatürde belirtildiği gibi istismar ve ihmal öyküsü genellikle çok boyutlu yaşantılar olmakta, herhangi bir istismar öyküsü genelde diğer olumsuz yaşam olaylarını/istismar mağduriyetini de beraberinde getirmektedir (Felliti ve ark., 1998). Bu noktada daha geniş kapsamlı çalışmaların yürütülmesi önemlidir.

Bu çalışmada ağrı grubu için spesifik bir tanı grubu seçilmemiştir. Literatüre bakıldığında çocukluk çağı travma yaşantısı ile ilişkili olduğu varsayılan tanı grupları; sıklıkla fibromiyalji, kronik pelvik ağrı, kronik bel ağrısı, kronik baş ağrısı sendromları olmaktadır. Burada ağrılı bireylerin tanılarına bağlı olarak sınıflandırılmaması kronik ağrı yaşantısında çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek ve psikolojik belirtilerin ağrı tipi ya da kaynağı fark etmeksizin “ortak” olabilecek psikososyal faktörlerin altını çizmesi bakımından önemli iken, öte yandan kronik ağrılı katılımcıların görece sınırlı sayıda (N=104) olduğu düşünüldüğünde çalışma sonuçlarının genellenebilirliğinin düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu bağlamda, çalışmanın dayanağı biyopsikososyal anlayış çerçevesinde güncel ağrı literatürüne bağlı olarak oluşturulmuştur. Biyopsikososyal model tıbbi olarak açıklanamayan kronik ağrı sendromlarında (örn. fonksiyonel somatik sendromlar) olduğu gibi tıbbi alt yapısı belirgin olan kronik ağrılarda da genel olarak ağrı yaşantısının seyrinde (başlangıcı, süresi, kronikleşmesi, şiddeti, özürülük vb.) psikososyal faktörlerin önemini ortaya koymaktadır (Edwards ve ark., 2016). Buna

ek olarak Fonksiyonel Somatik Sendromlar olarak sınıflandırılan gruptaki tanılarının organik alt yapısının “henüz” açıklığa kavuşmamış olması ihtimali ve bilimsel alanda hala tartışılmaya devam eden bir görünüşü olması da göz önünde bulundurulmuştur. Bu noktada, Melzack (1999) “fonksiyonel somatik sendrom” sınıflandırması içinde yer alan fibromiyaljinin de lupus ya da romatoid artrit gibi otoimmün bileşeni olma şüphesi taşıdığından söz etmektedir.

Bu çalışmanın çocukluk çağı travma yaşantısını ölçmek için öz bildirim ölçeği kullanması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Bunun yerine yapılandırılmış görüşme yönteminin kullanılmasının travma yaşantısını ortaya çıkarmada daha etkin olabileceği bazı araştırmalar tarafından ön görülmektedir (Davis ve ark, 2005). Travmaya verilen yanıtı etkileyen bazı önemli değişkenlerin (örn. istismarcı ile ilişki, mağdurun yaşı) bu çalışmada yer almaması ile birlikte, istismar ve ihmal dışında çocukluk çağında yaşanan; sevilen kişinin kaybı, çocukluk hastalığı, göç, ebeveyn boşanması gibi travmatik stres unsuru oluşturabilecek olumsuz yaşam olaylarının değerlendirilmemesi de bu çalışmanın kapsamını daraltmaktadır. Bu çalışmada “travma” olarak değerlendirilen durumlar çocukluk çağındaki istismar ve ihmal yaşantıları ile sınırlı kalmaktadır.

Çalışmanın retrospektif (geçmişe dönük) yapıda olmasının bir sınırlılık olduğu düşünülebilir. Alanda geçmişe dönük kişisel bildirimlerin “doğruluğu” tartışma konusu olmasına rağmen Brewin ve arkadaşları (1993) halihazırda psikopatolojik semptomları olan kişiler için bile geçmişe dönük kişisel bildirimlerin doğru olmadığına dair çok az kanıt olduğunu öne sürmektedir. Buna rağmen özellikle istismar gibi duygusal yükü olan yaşantıların hatırlanmasında bastırma ya da çarpıtma gibi bilişsel savunmaların söz konusu olabileceği, diğer taraftan gerçek olmayan anıların yaratılabildiği belirtilmektedir (Davis ve ark.,2005). Bu noktada, geçmişe dönük çalışmaların sonuçlarını yorumlarken travmatik olayın nesnellüğünden/gerçekliğinden ziyade kişinin öznel algısının travma ile ilişkili sonuçları yordayıp yordamadığını değerlendirmenin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri de araştırma koşulları nedeniyle kontrol grubundaki sağlıklı katılımcıların ve klinik dışı ağrı grubunun çalışmaya dahil olma koşulunun kişisel bildirimle ilgili olması herhangi bir medikal değerlendirmeye tabii tutulmamasıdır. Bununla birlikte bu gruplar ulaşma yolunun (sampling) ideal

olmadığını belirtmek gerekir. Ancak araştırmanın kısıtlı olanakları örnekleme seçkisizleştirme mümkün olamamıştır.

Öte yandan, en başta belirtildiği gibi literatüre dayanarak aktif olarak tıbbi yardım arayışında olan, hastanelere başvuran klinik ağrı grubunun halihazırda daha stresli olacağı varsayımına (Lumley ve ark., 2011) dayanarak klinik dışı ağrı grubunun gruplar arası karşılaştırmalarda “kontrol” görevi üstlenmesi beklenmiştir. Bu bakımdan çalışmadaki tıbbi yardım arayışına bağlı stres faktörünün kısmi olarak kontrol altında tutulduğu söylenebilir. Ancak kısa semptom envanterindeki bulgular incelendiğinde klinik ağrı grubunun klinik dışı ağrı grubuna göre daha şiddetli semptom bildirmediği görülmüştür. Bunun olası nedenleri tartışmaya açıktır.

4.7 Araştırmanın Sonuçları ve Öneriler

Bu çalışmanın temel amacı çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal desteğin kronik ağrı ile ilişkisinin incelenmesi, bunun yanı sıra kronik ağrıda risk unsurları olarak görülen bazı psikosozal faktörlerin ağrı deneyiminin çeşitli boyutları ile ilişkilerinin araştırılmasıdır. Burada ortaya çıkan sonuçlar ağrının kaynağı/tipi fark etmeksizin kronik ağrı yaşantısında çocukluk çağındaki travmatik deneyimlerin ve algılanan sosyal desteğin önemini ortaya koymakla birlikte, ağrının çok boyutlu doğasını vurgulamakta, tedavide multidisipliner yaklaşımın önemini altını çizmektedir.

İlerdeki araştırmalar için, çocukluk çağı travma geçmişi ve ağrı yaşantısı ilişkisinde psikolojik belirtiler, stresli yaşam olayları, algılanan sosyal destek, baş etme becerileri gibi dinamikleri ve bunların birbiri ile etkileşimlerini neden sonuç ilişkisine işaret edecek şekilde geniş örneklemlerle, yapısal eşitlik modeli kullanarak test etmeleri önerilebilir. Bununla birlikte “travmatik” olabilecek olumsuz yaşantıları ve ağrı deneyimini daha iyi anlamak için niteliksel yapıda çalışmalara yönelmenin etkili olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak, ilerideki araştırmaların çocukluk çağındaki travma şiddeti ile bedensel duyumların abartılması ilişkisinde sürekli kaygı, kaygı duyarlılığı ve aleksitimik özelliklerin aracı rolünü özellikle fizyolojik ölçüm yöntemlerini de dahil ederek test etmeleri önerilebilir.

Klinik uygulamada ise kronik ağrıda etkili olduğu düşünülen psikososyal boyutların önemini vurgulamak, klinisyen olarak; ağrının kaynağı fark etmeksizin travmatik/stresli yaşantılar ve çevresel unsurların ağrı yaşantısındaki rolünü farkında

olmanın, ve bu konuda hastanın farkındalığını artıracak bir yaklaşım sergilenmesinin, önemli olduğu düşünülmektedir.

Çocukluktaki travmaların şiddetinin yetişkinlik döneminde bedensel duyuların abartılma düzeyi ile ilişkisi dikkate alındığında, zihinselleştirme (mentalization) becerisini geliştirmeye yönelik terapötik yaklaşımın kronik ağrı tedavisindeki süreci olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Belirtildiği gibi zararsız somatik duyuları rahatsız edici olarak deneyimleme eğiliminde aleksitimik özelliklerin rolü olabileceği varsayımından hareketle, şiddetli travmatik stresin etkisiyle güçlü duyguların zihinsel düzeyde sindirime girememesi sonucunda kimi zaman somatik düzeyde temsil edilebileceği vurgulanmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, zihin yoluyla işlemlenemeyen duygular somatik problemleri harekete geçirebilir, kişinin duygusal süreçleri bedensel semptomlar olarak yansıyabilir. Bu nedenle duyguları sözelleştirme becerisi kazandırmanın bedenselleştirme eğilimi olan kişilerin tedavisinde etkili olabileceği beklenmektedir.

Bununla birlikte, geçmişe dönük travma şiddetinin bedensel duyuları büyütme eğilimi ile ilişkisinde aileden algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolü ve genel olarak kronik ağrılı bireylerde aileden algılanan sosyal desteğin sağlıklı kontrol grubundan daha düşük düzeyde oluşunu dikkate alarak özellikle şiddetli travma öyküsü olan bireyler için sosyal destek kaynaklarını güçlendirecek, çevresel etkileşimin önemini vurgulayacak bütüncül bir yaklaşımın tedavi süreci için faydalı olabileceği ön görülmektedir.

Özetle, ağrı yaşantısında travmatik yaşantıların ve duygulanımsal bileşenlerin önemli rolü olduğunu dikkate alarak; klinisyenin tedavi sürecinde ele almasının önerildiği konular olarak; kronik ağrıdan yakınan bireylerin somatik semptomları ile duygusal süreçleri arasındaki bağı kurmak, duygusal farkındalığı arttırmak, en genel ifadeyle bedensel sıkıntıların (bodily distress) gelişiminde ve gidişatında biyopsikososyal faktörlerin rolünü tanımlamanın tedavi sürecini pozitif yönde etkileyeceği beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2.
- Ak, I., Sayar, K., & Yontem, T. (2004). Alexithymia, somatosensory amplification and counter-dependency in patients with chronic pain. *The Pain Clinic*, 16(1), 43-51.
- Altun M. (2010), *Yaşamın İçindeki Ağrı*, İstanbul, İ.E. Ulugay İlaç Sanayii Türk A.Ş.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri*. Çeviren: Ertuğrul Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American journal of preventive medicine*, 39(1), 93-98.
- Arendt-Nielsen, L., Nie, H., Laursen, M.B., Laursen, B.S., Madeleine, P., Simonsen, O.H., & Graven-Nielsen, T. (2010). Sensitization in patients with painful knee osteoarthritis. *Pain*, 149, 573-581.
- Aronson, K. R., Barrett, L. F., & Quigley, K. S. (2001). Feeling your body or feeling badly: evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity. *Journal of psychosomatic research*, 51(1), 387-394.
- Asmundson, G. J. (2001). Commentary: Anxiety, sensitivity and the pain experience. *European Journal of Pain*, 5(1), 23-25.
- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 930-937.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Ayvat, P. Ü. (2008). *Adnan Menderes Üniversitesi Algoloji Bilim Dalı poliklinik hastalarının sosyodemografik özellikleri ve klinik sonuçları* (Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi).

- Badura, A. S., Reiter, R. C., Altmaier, E. M., Rhomberg, A., & Elas, D. (1997). Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, *90*(3), 405-410.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., & Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *50*(5), 510-519.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C., & Cleary, P. D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 397-397.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of psychiatric research*, *24*(4), 323-334.
- Bass, C., Bond, A., Gill, D., & Sharpe, M. (1999). Frequent attenders without organic disease in a gastroenterology clinic: patient characteristics and health care use. *General hospital psychiatry*, *21*(1), 30-38.
- Bayraktar, S. (2015). *İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bayram, K., & Erol, A. (2014). Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Archives of Neuropsychiatry*, *51*, 344-349.
- Beecher, H. K. (1959). Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs.
- Bendixen M, Muus KM, Schei B. (1994), The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Neglect*;18:837– 47.
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain. *Behavioral and Brain Sciences*, *20*(03), 371-380.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, *51*(6), 843-857.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K. & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, *151*(8), 1132.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Overduin, L. Y., & Ward, L. C. (2004). Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain*, *109*(3), 500-506.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological bulletin*, *113*(1), 82.

- Briere N.J., Scott C., (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz*. Betül Dilan Genç (ing.çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological bulletin*, 99(1), 66.
- Bryant, R. A. (1993). Memory for pain and affect in chronic pain patients. *Pain*, 54(3), 347-351.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1979). Rape: Sexual disruption and recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 648.
- Bury, M. (2005). *Health and Illness*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.
- Cameron, O.G. (2009). The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, part II: Clinical applications and implications for research. *Psychosomatic Medicine*, 71, 135–151.
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, 110(3), 656-664.
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(4), 321-342.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482.
- Celikel, F. C., & Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of General Psychiatry*, 5(1), 13.
- Cervero, F. (2012). *Understanding pain: exploring the perception of pain*. Mit Press.
- Ciğeroğlu B. (2015) Vücut Tiyatrosu- Joyce McDougall. *Acıyan Beden-Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating the trauma of childhood abuse: Therapy for the interrupted life*. Guilford Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.

- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child abuse & neglect, 11*(2), 201-211.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., & Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry investigation, 11*(3), 330-335.
- Cunningham, J., Pearce, T., & Pearce, P. (1988). Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. *Journal of Interpersonal Violence, 3*(2), 131-144.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi, 18*(3), 19-25.
- Davis, D.A., Leucken L. J., & Zautra, A.J., (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clinical Journal of Pain, 21*(5), 398-405.
- Demirsoy A. C. (1999) “*The MOS SF-36 Health Survey: A Validation Study with a Turkish Sample*”, Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature neuroscience, 17*(2), 192-200.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory : an introductory report. *Psychological medicine, 13*(03), 595-60
- Dırık, G., Sertel, P., & Kartal, M. (2011). Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Duzce Medical Journal, 13*(1).
- Downey, R. G., & King, C. V. (1998). Missing data in Likert ratings: A comparison of replacement methods. *The Journal of general psychology, 125*(2), 175-191.
- Driscoll, M. A., Higgins, D. M., Seng, E. K., Buta, E., Goulet, J. L., Heapy, A. A., ... & Haskell, S. G. (2015). Trauma, social support, family conflict, and chronic pain in recent service veterans: Does gender matter?. *Pain Medicine, 16*(6), 1101-1111.
- Duruk B., (2013) Foksiyonel Somatik Sendromlar: Fibromiyalji ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromlarında Tıbbi Yardım Arama Davranışı ve Belirti Sayısının Psikolojik Yordayıcıları, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Duruk, B., Berk, H. Ö. S., & Ketenci, A. (2015). Are fibromyalgia and failed back surgery syndromes actually “functional somatic syndromes” in terms of their symptomatological, familial and psychological characteristics? A comparative study with chronic medical illness and healthy controls. *Agri*, 27, 123-131.
- Eichhorn, S., Brähler, E., Franz, M., Friedrich, M., & Glaesmer, H. (2014). Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 23870.
- Eker D, Arkar H. & Yıldız H., (2001) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12 (1), 17-25.
- Engel, G.L., (1959). Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient, *American Journal of Medicine*, June, 899-918.
- Engel GL., (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. Apr 8;196(4286):129-36.
- Erdine S. (2005), Ağrılar, S.Erdine, Asır Matbaası-İstanbul
- Erdine, S. (2007). Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. *Erdine S: Ağrı*, 3, 37-49.
- Erer, B., & Gül, A. (2005). Enflamatuar ağrı ve yeni tedavi hedefleri. *Ağrı Dergisi*, 17(4).
- Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child abuse & neglect*, 37(11), 934-943.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour research and therapy*, 41(11), 1295-1310.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Ferreira Valente, M. A., Pais Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: Impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicologia-Psychological Writings*, 2(3).

- Fırat S. & Baskak B., (2012). Gelişimsel Travmanın Uzun Dönem Etkileri ve Bunlara Aracılık Eden Nörobiyolojik Mekanizmalar, *Kriz Dergisi*, 20(1-3): 20-41
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fillingim, R. B., Bruehl, S., Dworkin, R. H., Dworkin, S. F., Loeser, J. D., Turk, D. C., ... & Freeman, R. (2014). The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *The Journal of Pain*, 15(3), 241-249.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R., & Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 24(4), 547-556.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse*. New York.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26.
- Flor H, Hermann C. (2004) Biopsychosocial models of pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. progress in pain research and management; vol. 27*. Seattle: IASP Press; p. 47–75.
- Flor H, Knost B, Birbaumer N. (2002), The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. *Pain*; 95:111–8.
- Flor, H. (2014). Psychological pain interventions and neurophysiology: implications for a mechanism-based approach. *American Psychologist*, 69(2), 188.
- Flor, H., Elbert, T., Knecht, S., Wienbruch, C., & Pantev, C. (1995). Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Nature*, 375(6531), 482.
- Fordyce WE. *Behavioural methods for chronic pain and illness*. Mosby: St. Louis, MO; 1976.
- Fordyce, W.P., (1986). Learning process in pain. In R.A. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain*. 49-56.
- Gagliese, L., & Katz, J. (2000). Medically unexplained pain is not caused by psychopathology. *Pain Research and Management*, 5(4), 251-257.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.

- Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Riley, J. L. (2000). Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain: let's focus more on the negative. In *Pain Forum* (Vol. 8, No. 4, pp. 161-168). Churchill Livingstone.
- Goldberg, R. T., Pachas, W. N., & Keith, D. (1999). Relationship Between Traumatic Events in Childhood and Chronic Pain. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 23-30.
- Golding, J. M., Wilsnack, S. C., & Cooper, M. L. (2002). Sexual assault history and social support: Six general population studies. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 187-197.
- Green, C. R., Flowe-Valencia, H., Rosenblum, L., & Tait, A. R. (2001). The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *The Clinical journal of pain*, 17(4), 359-364.
- Güleç, H., Sayar, K., & Güleç, M. Y. (2007). Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1), 16-24.
- Güleç, H., Sayar, K., Topbafl, M., & Karakucak, M. (2004). Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15, 191-8.
- Handwerker HO, Iggo A and Zimmerman M (1975), Segmental and supraspinal actions on dorsal horn neurons responding to noxious and non-noxious stimuli, *Pain*, 1(2), 147-165
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55(9), 10-36.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Heim, C., Ehler, U., Hanker, J. P., & Hellhammer, D. H. (1998). Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 309-318.
- Herman J. (2007). *Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları - Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre*, (Tamer Tosun, İng.Çev.). İstanbul. Literatür.
- Levine, H. B., (2014) Psychoanalysis and Trauma, *Psychoanalytic Inquiry*, 34:3, 214-224, DOI: 10.1080/07351690.2014.889475
- Innes, S. I., (2005). Psychosocial factors and their role in chronic pain: A brief review of development and current status. *Chiropractic & Manual Therapies*, 13(1), 6.

- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., & Herrmann, B. (2010). Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(13), 231.
- Jensen, T. S., Krebs, B., Nielsen, J., & Rasmussen, P. (1983). Phantom limb, phantom pain and stump pain in amputees during the first 6 months following limb amputation. *Pain*, 17(3), 243-256.
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364(9432), 462-470.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*, 15(5), 47-58.
- Karahoda, B., (2013) Psikanalizde Ruhsal Travmanın Kavramsallaştırılması: İlişkisel Psikanalitik Yaklaşım ve Ötesi, *Suret, Psikokültürel Analiz*, Sayı:3
- Karaman, H., & Kavak, G. Ö. (2010). Ağrı kliniğimizin bir yıllık olgu analizi. *Pam Tıp Derg*, 3, 17-22.
- Kaya, E., Erden, D., Kayar, A. H., & Kırıl, M. Z. (2010). Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 56(3), 105-110.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., & Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 100-105.
- Kleinke, C. L. (1992). How chronic pain patients cope with pain: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (6): 669-685.
- Koenen, K. C., Roberts, A. L., Stone, D. M., & Dunn, E. C. (2010). *The epidemiology of early childhood trauma. The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 1.
- Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ & Trief P (1998) : Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics* 39:399-404.
- Lampe, A., Doering, S., Rumpold G., Soelder, E., Krismer, M., Kantner-Rumplmair, W., Schubert, C., & Sollner, W. (2003). Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 361-367
- Lane, R.D., Waldstein, S.R., Critchley, H.D., Derbyshire, S.W.G., Drossman, D.A., Wager, T.D., y LESSE, S. (1983) The masked depression syndrome - results

of a seventeen year clinical study. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 456-475

Lewis Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. NY: Basic Books, 34-35.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.

López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9(4), 373-379.

Lumley, M.A., Neely, L.C., & Burger, A.J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 230–246.

May, A. (2008). Chronic pain may change the structure of the brain. *PAIN®*, 137(1), 7-15.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation* (No. 21). Psychology Press.

Melzack R & Wall PD. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*. Nov 19;150(3699):971–979.

Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.

Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in neurosciences*, 13(3), 88-92.

Melzack, R. (1996, June). Gate control theory: On the evolution of pain concepts. In *Pain forum* (Vol. 5, No. 2, pp. 128-138). Churchill Livingstone.

Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 82, S121-S126.

Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of dental education*, 65(12), 1378-1382.

Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The skin senses*, 1.

Mercan, S. (2015), *Acıyan Beden, Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları Syf. 94

Merskey, H. E. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*.

- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75-92.
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of neurophysiology*, 109(1), 5-12.
- Müdürlüğü, T. B. K. S. G. (2009). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık*
- Nakao, M., & Barsky, A. J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial medicine*, 1(1), 17.
- Nesse, R.M., & Ellsworth, P.C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64, 129–139.
- Nilgün, A. R. A. Ç. (2010). Nöropatik-Nosiseptif Ağrı Tanımı ve Ayırımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 3(4), 30-33.
- Pieritz, K., Rief, W., & Euteneuer, F. (2015). Childhood adversities and laboratory pain perception. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2109.
- Polat, O., (1998). Çocuk istismarı nedir? *Çocuk Forumu* ,1(ek):1-31.
- Raphael, K. G., Marbach, J. J., & Gallagher, R. M. (2000). Somatosensory amplification and affective inhibition are elevated in myofascial face pain. *Pain Medicine*, 1(3), 247-253.
- Riley III, J. L. (1999). The role of emotion in pain. *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*, 74-88.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., O’Shea, M. L., & Mullen, P. E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine*, 25(01), 127-142.
- Roy, R. (1998). *Childhood abuse and chronic pain: a curious relationship?*. University of Toronto Press.
- Sachs-Ericsson, N., Cromer, K., Hernandez, A., & Kendall-Tackett, K. (2009). A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 170-188.
- Sarason, B. R., & Duck, S. E. (2001). *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*. John Wiley & Sons Ltd.
- Savaşır, I., & Şahin, N. H. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. *Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 9.

- Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS (2003): Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 25:108-114
- Scarinci, I. C., McDonald-Haile, J., Bradley, L. A., & Richter, J. E. (1994). Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. *The American journal of medicine*, 97(2), 108-118
- Selye, H. (1956). The stress of life.
- Sertel Berk, H. Ö. (2006). Kronik Ağrı Yaşantısı ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Basılmamış Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sharp T. J., (2001). Chronic Pain: A Reformulation of the Cognitive- Behavioral Model, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800.
- Smith, D. G., Ehde, D. M., Legro, M. W., Reiber, G. E., del Aguila, M., & Boone, D. A. (1999). Phantom limb, residual limb, and back pain after lower extremity amputations. *Clinical orthopaedics and related research*, 361, 29-38.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child abuse & neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A., & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 44(1), 152-161.
- Şahin, N., & Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması (Brief Symptom Inventory: Adaptation for the Turkish youth). *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054.
- Tabachnick, B. G. u. LS Fidell, 2013: Using Multivariate Statistics.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G. J. (2002). Mind– body– environment: George Engel's psychoanalytic approach to psychosomatic medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(4), 449-457.

- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., ... & Gureje, O. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The Journal of Pain*, 9(10), 883-891.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2013). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. Guilford publications.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*, 3-32.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 760.
- Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. *Research in Community & Mental Health*.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 83.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental. *Psychiatric annals*, 35(5), 401.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399.
- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. Praeger publishers.
- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child abuse & neglect*, 31(1), 71-84.
- Waelde L, Koopman C, Spiegel D (1999) Symptoms of Acute Stress Disorder and PTSD Following Traumatic Exposure to A Flood. *Manuscript submitted for publication*.

- Walling, M. K., Reiter, R. C., O'hara, M. W., Milburn, A. K., Lilly, G., & Vincent, S. D. (1994). Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics & Gynecology*, 84(2), 193-199.
- Walker, E., Katon, W., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Russo, J., & Hickok, L. R. (1988). Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 145(1), 75-80.
- Widom, C. S. (2000). Childhood Victimization: Early Adversity, Later Psychopathology. National Institute of Justice Journal, 2000. *National Institute of Justice Journal*, 242, 3-9.
- Wise TN, Mann LS: The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *J Psychosom Res* 38:515-521, 1994.
- Wyatt, G. E., & Newcomb, M. D. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 758.
- Yap, M. B., & Devilly, G. J. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 1-14
- Yeziarski, R. P. (2012). The effects of age on pain sensitivity: preclinical studies. *Pain Medicine*, 13(s2), S27-S36.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(13).
- Yunus, M. B. (2007). The role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain. *Best Practice Research in Clinical Rheumatology*, 21, 481-497.
- Yücel B. (2000)“Ağrılı Hastanın Psikiyatrik Değerlendirmesi”, **Ağrı**,Ed. S.Erdine, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 62-68.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.
- Zunhammer, M., Halski, A., Eichhammer, P., & Busch, V. (2015). Theory of Mind and Emotional Awareness in Chronic Somatoform Pain Patients. *PloS one*, 10(10), e0140016.

EKLER

EK A - SOSYODEMOGRAFİK VE KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıda istenilen bilgileri yazınız ve seçenekli sorularda size uygun olan seçeneğin yanındaki () ile gösterilen alana X işareti koyarak belirtiniz.

1.Doğum Tarihiniz/Yeriniz:

2.Yaşınız:

3.Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Diğer

4.Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek () Diğer

5.Eğitiminiz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite öğr.

() Üniversite () Lisansüstü

6.Gelir Düzeyiniz: ()Düşük ()Orta ()İyi ()Çok iyi

7. Şu an yaşadığınız yer: ()Aile ()Akraba ()Arkadaşlar ()Yurt ()Yalnız

8.Mesleğiniz:.....

9.Kardeş sayınız:

10.Doğum sıranız:

11.Çocuk sayınız:

12. Ağrınız dışında herhangi bir kronik (uzun süre devam eden) hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

() Var () Yok Var ise belirtiniz.....

13. Başka bir sağlık probleminiz var mı?

() Var () Yok Var ise belirtiniz.....

14.Ailenizde psikiyatrik rahatsızlık var mı?

() Var () Yok Var ise belirtiniz:

15.Ailenizde kronik hastalığı olan kişi(ler) var mı?

() Var () Yok Var ise belirtiniz:

16. Ailenizde başka ağrı şikayeti olan kişi(ler) var mı?

Var Yok Var ise belirtiniz:

17. Şu anda herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Var Yok Var ise belirtiniz:

Profesyonel bir yardım görüyor musunuz?

Evet Hayır

18. Daha önce bir psikolojik sorun yaşadınız mı?

Evet Hayır Evet ise belirtiniz:

Profesyonel bir yardım gördünüz mü?

Evet Hayır

19. Ağrınız nedeniyle başka bir tedavi gördünüz mü? İşaretleyiniz.

Psikolojik Psikiyatrik Diğer Hayır

20. Ağrınız nedeniyle ağrınız başladığından bu yana kaç kez farklı doktora başvurduunuz?

Her hafta Her ay Yılda 1-4 kez Yılda 5-10 kez Yılda 1'den az Hiç

21. Uykularınız düzenli midir?

Evet Hayır

22. Size göre ağrınızın başlamasına neden olabilecek bir etken var mı?

Var Yok Evet ise belirtiniz:.....

23. Ağrınız aşağıdaki faktörlerin bir ya da bir kaçından etkileniyor mu? İşaretleyiniz.

Kızgınlık Korku Tartışma

Huzursuzluk Sinirlenme Mutsuzluk

Endişe Üzüntü

24. Ağrılarınızın ilk başladığı dönemden önce önemli bir yaşam olayı/değişikliği yaşadınız mı? () Evet () Hayır Evet ise belirtiniz:.....

EK B - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ)

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

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	1.Hiçbir Zaman	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5.Cok Sık
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum	1	2	3	4	5
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5

EK B - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (Devamı)

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

EK C - KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatlice okuyun. Daha sonra o belirtilerin **SİZDE BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeye göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.					
8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					

EK C – KISA SEMPTOM ENVANTERİ (Devamı)

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme.					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK D - AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

En az 6 aydır belli aralıklarla devam eden-tekrarlayan ağrı şikayeti:

1. var 2. Yok

(Not: Yukarıdaki soruya “**2. yok**” cevabını vermişseniz aşağıdakileri cevaplamayın).

Ağrının türü (baş, bel, kol, omuz...):

Tanı:

Başlangıç yaşı:

Ağrının şiddeti: 1. Hafif 2. Orta 3. şiddetli 4. çok şiddetli 5. dayanılmaz

Ağrının sıklığı: 1. senede 1’den az 2. senede birkaç defa 3. ayda 1-2 4. haftada 1-2
5. her gün, günde 1 defa 6. her gün, günde birkaç defa 7. Devamlı

Ağrı olacak korkusuyla yapmaktan kaçtığım aktiviteler(okul, iş, sosyal aktiviteler gibi....):.....

Ağrı başlar başlamaz ne yapıyorum? (yatmak, eve dönmek, dolaşmak, ilaç almak vb. ...):.....

Ağrı varken yapamadıklarım (okul, sınav, ev işi, gezmek vb.):.....

Yakınlarımla ağrıyla ilgili tepkileri (kızmak, ilaç vermek, masaj, doktora/acile götürme, vb.):.....

Bu ağrı şikayeti ile ilgili tedaviler (yer/tarih/süre/yazılan ilaçlar):

Bu ağrı şikayeti ile ilgili şu an kullandığım ağrı kesiciler:

İsim:

Ayda kaç tane / kutu:

EK E - ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da yanıtlarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını** belirtmek için, o cümle altındaki rakamlardan **yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde **12 cümlenin her birine işaret koyarak** yanıtlarınızı veriniz. **Lütfen hiçbir cümleyi yanıtsız bırakmayınız.** Sizin için en uygun olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin; annem, babam, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; öğretmen, psikolojik danışman, rehber öğretmen, flört, komşu, akraba, doktor vb.) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; öğretmen, psikolojik danışman, rehber öğretmen, flört, komşu, akraba, doktor vb.) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularına önem veren bir insan (örneğin; öğretmen, psikolojik danışman, rehber öğretmen, flört, komşu, akraba, doktor vb.) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; öğretmen, psikolojik danışman, rehber öğretmen, flört, komşu, akraba, doktor vb.) var.

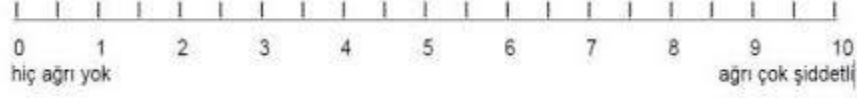
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

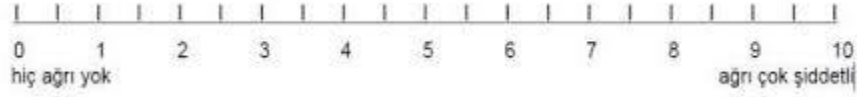
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

EK F- GÖRSEL ANALOG SKALA (VISUAL ANALOG SCALE-VAS)

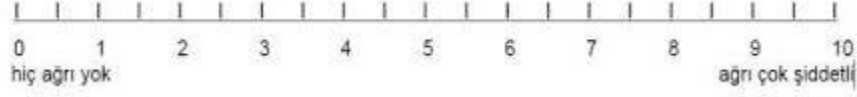
1) Aşağıdaki çizgi üzerinde ağrınızın **şu andaki** şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz.



2) Aşağıdaki çizgi üzerinde ağrınızın **son 1 aydaki** şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz.



1) Aşağıdaki çizgi üzerinde ağrınızın **son 6 aydaki** şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz.



EK G - MCGILL KISA FORM- AFEKT

Aşağıdaki kelimeler ağrınızı tanımlamaktadır. Lütfen her bir kelimenin karşılığına sizin için en uygun olan ağrı derecesini (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç yok	Hafif	Orta derecede	Şiddetli
Yoran, takatsiz bırakan	1	2	3	4
Hasta edici	1	2	3	4
Korkutucu	1	2	3	4
Cezalandırıcı, zalimce	1	2	3	4

EK H - GENEL SAĞLIK TARAMA FORMU

Tarih:

Eğitim:

Cinsiyet:

Meslek:

Yaş:

Medeni Durum:

Bir doktor tarafından, sizde HİÇ şu hastalıklardan biri olduğu söylendi mi?

-hipertansiyon

-yakın geçmişte miyokard enfarktüsü

-kalp yetmezliği

-şeker hastalığı

-angina (koroner kalp hastalığı)

-kanser (cilt kanseri hariç)

-yakın zamanda bir psikiyatrik hastalık (ör: son bir yıl içinde depresyon)

-ve başka (ör: multipl skleroz, guatr gibi)

ŞU SIRALARDA (son bir ay içinde), aşağıdaki sorunlardan biri sizde var mı?

(Bu sorunlardan herhangi biri bu son bir ay içinde bir doktora başvurmanıza yol açmış veya doktora başvurmayı düşündürecek kadar yoğun şikayet konusu ise işaretleyiniz)

-artrit (eklem hastalığı) veya romatizma

-siyatik veya sırt veya bel ağrısı gibi sorunlar

-sık tekrarlayan ve/veya şiddetli baş ağrıları

-kronik akciğer hastalığı

-sindirim sistemi rahatsızlığı (ör: gastrit, ülser, enterit, kolit)

-dermatit veya başka kronik deri döküntüleri

-psikolojik sorun (ör: bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurmayı düşündürecek kadar yoğun üzüntü, çöküntü, yoğun kaygı, endişe, sıkıntı,; aşırı alkol alma gibi)

-sık veya sürekli kullanılan ilaç (varsa ilaç adı)

-ve başka.

EK I - BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ (BDAÖ)

ÖLÇEK 2

Aşağıda bazı cümleler yer almaktadır. Her bir madde için sizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz açıklamayı Tamamen bana uymaz (1)....., Tamamen bana uyar (5) olacak şekilde işaretleyiniz. Durumların sizi ne ölçüde yansıttığına karar verirken aklinızdan geçen ilk maddeyi işaretlemeye özen gösteriniz. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.

		Tamamen bana uymaz	Nadiren bana uyar	Bazen bana uyar	Sık sık bana uyar	Tamamen bana uyar
1.	Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2.	Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3.	Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4.	Bir yerim morardığından uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5.	Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6.	Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7.	Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8.	Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9.	Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10.	Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK İ - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, Işık Üniversitesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Rukiye Hayran danışmanlığında Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi olan Psikolog Büşra Ertekin tarafından yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı çocukluk çağı yaşantılarının kronik ağrı ile ilişkisini incelemektir. Araştırmaya katılım **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Yanıtlarınız tamamen gizli tutulacak, çalışmanın bilimsel amaçları doğrultusunda sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Bireysel bir değerlendirme yapılmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler ve bu formdaki kimlik bilgileriniz tamamen ayrı tutulacaktır.

Sizden 6 adet soru formunu doldurmanız beklenmektedir. Bu formları doldurmanız yaklaşık 25 dakikanızı alacaktır. Soruları dikkatli bir şekilde okumanız, doğru ve eksiksiz yanıtlamanız son derece önemlidir.

Katılım sırasında, sorulardan ya da başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz araştırmadan çekilmekte özgürsünüz. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederim. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak veya araştırma tamamlandığında genel bulgulardan haberdar olmak için aşağıda verilen iletişim bilgilerinizi kullanabilirsiniz.

Katılımcı Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Koordinatörlüğü tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasındaki kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

İmza:

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

Araştırmacı: Büşra Ertekin

Adres: Işık Üniversitesi/ İstanbul

Tel: 0543 394 30 54

E-posta: bursa.ertekin.boun@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

Büşra Ertekin Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümünden 2014 yılında mezun olmuştur. Işık Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimini 2017'de tamamlamıştır. Lisans eğitimi boyunca Marmara Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ve Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gönüllü olarak staj yapmış, Yüksek Lisans programı kapsamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 2 dönem staj yaparak deneyim kazanmıştır. Halihazırda lise ve üniversite öğrencilerine yönelik eğitim danışmanlığı yapmaktadır.