

**ASTIM TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI İLE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE
ZİHİNSELLEŞTİRMENİN ARACI ROLÜ: KONTROLLÜ BİR
ÇALIŞMA**

HÜLYA FİDANTEK

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ
HAZİRAN, 2023**

ASTIM TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI
İLE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE
ZİHİNSELLEŞTİRMENİN ARACI ROLÜ: KONTROLLÜ BİR
ÇALIŞMA

HÜLYA FİDANTEK

Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı,
2023

Bu tez, Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA)
derecesi için sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
HAZİRAN, 2023

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HÜLYA FİDANTEK

ONAYLAYANLAR:

Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel FMV Işık Üniversitesi
(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Hanife Özlem Sertel İstanbul Üniversitesi
Berk

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci FMV Işık Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 15/06/2023

**THE MEDIATING ROLE OF MENTALIZATION IN THE
RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND
SOMATIZATION AMONG ASTHMA DIAGNOSED PATIENTS:
A CONTROLLED STUDY**

ABSTRACT

Objective: This study aims to compare a group of asthma patients with a group of healthy individuals with respect to childhood traumas, mentalization and somatization levels and to examine the possible mediating role of mentalization in the relationship between childhood traumas and somatization among asthma patients.

Method: The sample consists of 149 patients between 18-76 years of age (41.94 ± 14.19) in the asthma group and 167 participants between 18-72 years of age (41.67 ± 13.95) in the control group. The majority of the asthma group comprise females (74.5%), married (61.1%), high school/university graduates (51.7%), with no job (61.7%), and a moderate income (52.3%), while the majority of the control group include females (73.1%), married (65.3%), high school/university graduates (58.7%), with no job (50.9%), and a moderate income (56.9%). A Sociodemographic Characteristics and Other Information Form, the Childhood Trauma Questionnaire, the Mentalization Scale and the Somatization Scale are applied to all participants. The study data are analyzed with chi-square analysis, the independent samples t-test, Mann Whitney U test, one-way analysis of variance, Pearson correlation analysis, hierarchical regression analysis and PROCESS mediation effect analysis.

Results: The findings of the study reveal that the total scores of childhood trauma and somatization of the asthma group are significantly higher whereas the total scores on mentalization are significantly lower than the control group. Somatization in asthma patients is predicted positively by childhood traumas and negatively by mentalization. Besides, a partial mediating role of mentalization is observed in the relationship between childhood traumas and somatization in asthma patients.

Conclusion: Asthma patients are observed to have higher levels of childhood trauma and somatization and lower levels of mentalization. Besides, childhood traumas and mentalization have a predictive effect on somatization symptoms in asthma patients. As a result of the mediation effect analysis, in asthma patients it is observed that mentalization has a partial mediating role in the relationship between childhood traumas and somatization, and an increase in childhood traumas is associated with a decrease in mentalization skills and this decrease is associated with an increase in somatization symptoms.

Keywords: Somatization, Asthma, Childhood Trauma, Mentalization, Mediating Role.

ASTIM TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE ZİHİNSELLEŞTİRMENİN ARACI ROLÜ: KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, astım tanılı hastaların ve astım tanısı olmayan kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı travmaları, zihinselleştirme ve somatizasyon düzeyleri açısından karşılaştırılması ve astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin olası aracı rolünün incelenmesidir.

Yöntem: Çalışma örneklemi, astım grubunda yaşları 18-76 arasında değişen (41.94±14.19) 149 hasta ve kontrol grubunda yaşları 18-72 arasında değişen (41.67±13.95) 167 katılımcıdan oluşmaktadır. Astım grubunun çoğunluğunu kadın (%74.5), evli (%61.1), lise/üniversite mezunu (%51.7), çalışmayan (%61.7), orta gelir düzeyinde (%52.3) katılımcılar oluştururken kontrol grubunun çoğunluğunu kadın (%73.1), evli olan (%65.3), lise/üniversite mezunu (%58.7), çalışmayan (%50.9), orta gelir düzeyinde (%56.9) katılımcılar oluşturmaktadır. Çalışmada tüm katılımcılara Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Bilgiler Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ) ve Somatizasyon Ölçeği (SÖ) uygulanmıştır. Çalışma verileri ki-kare analizi, bağımsız örneklemler t-testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi, hiyerarşik regresyon analizi ve PROCESS aracı etki analizi ile test edilmiştir.

Bulgular: Araştırma bulguları, astım grubunun ÇÇTÖ ve SÖ toplam puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha yüksek; ZÖ puanlarının ise anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Astım tanılı hastalarda somatizasyonu, çocukluk çağı travmalarının pozitif ve zihinselleştirmenin negatif yönde anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Ek olarak, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin kısmı aracı rolü olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ve somatizasyon düzeylerinin daha yüksek, zihinselleştirme düzeylerinin ise daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bunu yanı sıra, çocukluk çağı travmaları ve zihinselleştirmenin somatizasyon belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Aracı etki analizine göre astım tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında zihinselleştirmenin kısmı aracı rolü olup çocukluk çağı travmalarındaki artış, zihinselleştirme becerilerindeki düşüş ile ve bu düşüş de somatizasyon belirtilerindeki artış ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Somatizasyon, Astım, Çocukluk Çağı Travmaları, Zihinselleştirme, Aracı Rol.

TEŞEKKÜR

Öncelikle tüm yüksek lisans eğitimim süresince kendisinden öğrenebilme fırsatı bulduğum için kendimi her zaman şanslı hissettiğim, tez dönemimde de her zaman yanımda olan ve desteğini hissettiren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel'e sonsuz teşekkür ederim.

Lisans eğitimim süresince kendisinden çeşitli dersler aldığım, birlikte çalışma fırsatı bulduğum, yüksek lisans eğitimime başlamamda, bu tezi yazmamda ve yaptığım her güzel işte emeklerinin büyük payı olduğunu her zaman hissettiğim sevgili hocam Doç. Dr. Ezgi Tuna Kaykusuz'a tüm emekleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sınavı jürimde yer almayı kabul eden ve çalışmama katkı sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk'e ve Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci'ye teşekkür ederim.

Çalışmama katılan tüm katılımcılara ve veri toplama aşamasında destek sağlayan Prof. Dr. Serhat Çelikel'e, Doç. Dr. Derya Deniz'e, Uzm. Dr. Vehbi Ayhan'a ve Psikolog Bediha Erdoğan'a teşekkür ederim, desteğiniz benim için çok kıymetliydi.

Oldukça kaygılı olduğum bu süreçte hep yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım dostum Meryem Karakaya'ya sonsuz teşekkür ederim, dostluğuna sahip olduğum için her zaman çok şanslı hissediyorum. Zorlandığım her anda yardımına koşan, bana İstanbul'da aile olan ve yüksek lisans eğitimimizi birlikte tamamladığımız arkadaşlarım İlayda Çelik ve Günsu Kurukütük'e teşekkür ederim. Bu süreçte beni çok iyi anlayan, her zaman yükümü hafifletmeye çalışan ve birçok fedakarlıkta bulunan Arş. Gör. Suat Merve Mavral'a teşekkür ederim. Hepiniz iyi ki varsınız. Sizlerle meslektaş olmaktan gurur ve mutluluk duyuyorum.

Her zaman olduğu gibi bu süreçte de her an desteklerini hissettiğim canım annem Zehra Fidantek'e, canım babam Ali İhsan Fidantek'e ve canım kardeşim Derya Fidantek'e tüm destekleri ve emekleri için teşekkür ederim. Özellikle veri toplama aşamasında benim kadar emeği olan annem ve kardeşime tüm yardımları için sonsuz

teşekkür ederim, kilometrelerce uzakta olsanız da her zor anımda hep yanımda olduğunuzu hissettirdiğiniz için minnettarım.

Hülya FİDANTEK

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ABSTRACT	ii
ÖZET	iv
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
BÖLÜM 1	1
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	3
1.2 Araştırma Hipotezleri.....	3
1.3 Araştırma Soruları	4
1.4 Araştırmanın Önemi.....	4
1.5 Araştırmanın Sayıtları	5
BÖLÜM 2	6
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Astım	6
2.1.1 Astım ile İlişkili Risk Faktörleri	7
2.2 Travma Kavramı	9
2.3 Çocukluk Çağı Travmaları	11
2.3.1 Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri.....	13
2.3.1.1 Fiziksel İstismar	13
2.3.1.2 Duygusal İstismar.....	13
2.3.1.3 Cinsel İstismar.....	14
2.3.1.4 İhmal	14
2.3.1.5 Aşırı Koruma-Aşırı Kontrol.....	15

2.3.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı.....	15
2.3.3 Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkili Risk Faktörleri	18
2.3.3.1 Çocuğa Dair Bireysel Risk Faktörleri	19
2.3.3.2 Ebeveyn ya da Bakım Verenlere Dair Bireysel Risk Faktörleri	19
2.3.3.3 Genel Olarak Aileye Dair Risk Faktörleri	20
2.3.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma	20
2.3.5 Çocukluk Çağı Travmaları ve Astım	21
2.4 Zihinselleştirme Kavramı.....	22
2.4.1 Zihinselleştirme ve Bağlanma.....	24
2.4.2 Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihinselleştirme	25
2.5 Somatizasyon Kavramı	27
2.5.1 Somatizasyonun Yaygınlığı	29
2.5.2 Somatizasyonla İlişkili Risk Faktörleri.....	30
2.5.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon.....	31
2.5.4 Zihinselleştirme ve Somatizasyon.....	32
BÖLÜM 3.....	34
3. YÖNTEM.....	34
3.1 Araştırmanın Örnekleme.....	34
3.2 Veri Toplama Araçları	35
3.2.1 Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Bilgiler Formu (Ek-B ve Ek-C) ...	35
3.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek-D)	35
3.2.3 Zihinselleştirme Ölçeği (Ek-E)	37
3.2.4 Somatizasyon Ölçeği (SÖ) (Ek-F)	37
3.3 İşlem Yolu.....	38
3.4 Veri Analizi.....	39
BÖLÜM 4.....	40
4. BULGULAR	40
4.1 Örneklemin İncelenmesi	40
4.1.1 Sosyodemografik Özellikler	40
4.1.2 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özellikleri	42
4.2 Ölçeklerin İncelenmesi	43
4.2.1 Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları	43
4.2.2 Ölçeklerin Normallik Analizleri	45
4.2.3 Örneklemin Ölçek Puanlarının İncelenmesi	46
4.2.4 Ölçeklerin Farklı Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	49

4.2.5 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması	51
4.3 Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	53
4.3.1 Astım Grubunun Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları.....	53
4.4 Astım Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travma Düzeyi ve Zihinselleştirmenin Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Rolü.....	58
4.5 Astım Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ile Somatizasyon Arasındaki İlişkide Zihinselleştirmenin Aracı Rolü	60
BÖLÜM 5.....	62
5. TARTIŞMA	62
BÖLÜM 6.....	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKÇA	77
EKLER.....	100
EK-A BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	100
EK-B SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE DİĞER BİLGİLER FORMU (ASTİM GRUBU).....	102
EK-C SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE DİĞER BİLGİLER FORMU (KONTROL GRUBU).....	104
EK-D ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	106
EK-E ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ	109
EK-F SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	114

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1 Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	42
Tablo 4.2 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özellikleri (n=149)	43
Tablo 4.3 Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri	43
Tablo 4.4 Ölçekler ve Alt Ölçeklerin Normallik Testi Analizleri	46
Tablo 4.5 Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması (Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları)	47
Tablo 4.6 Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi Sonuçları)	48
Tablo 4.7 Astım Grubunun Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (n=149)	49
Tablo 4.8 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması (n=149)	51
Tablo 4.9 Astım Grubu Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizleri (n=149)	57
Tablo 4.10 Astım Grubunda Çocukluk Çağı Travma Düzeyi ve Zihinselleştirmenin Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Rolü	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Astım grubunda ÇÇTÖ toplam puanı ile SÖ toplam puanı arasındaki ilişkide ZÖ toplam puanının rolüne ilişkin aracılık modeli 61

KISALTMALAR LİSTESİ

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Derneği)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ATS: American Thoracic Society

GBD: Global Burden of Disease Study

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği

SÖ: Somatizasyon Ölçeği

MMPI: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

Çocukluk çağı travmatik yaşam olayları bireylerin tüm yaşamını etkileyerek uzantısını yetişkinlik döneminde de sürdüren deneyimlerdir. Söz konusu travmatik yaşantılar fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, ihmal yaşantıları ve aşırı koruma-aşırı kontrol olarak sıralanabilir (Şar, Necef, Mutluer, Parmis ve Türk Kutça, 2020). Kişileri yaşam boyunca birçok farklı alandan önemli bir şekilde etkileyen çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının yetişkinlik döneminde birçok ruhsal ve fiziksel hastalıkla ilişkili olduğu bilinmektedir (Kessler, Davis, Kendler, 1997; Green ve ark., 2010). Çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yetişkinlikteki etkisine bakıldığında anksiyete bozukluğu (Huh ve ark., 2014), duygudurum bozuklukları (Huh ve ark., 2014; Green ve ark., 2010; Kessler ve ark., 2010), alkol/madde kötüye kullanımı (Mersky, Topitzes ve Reynolds, 2013), somatizasyon (Brown, Schrag ve Trimble, 2005; Güleç, Altıntaş, İnanç, Bezgin, Koca ve Güleç, 2013), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Rucklidge, Brown, Crawford ve Kaplan, 2006), dissosiyatif bozukluk (Nijenhuis ve ark., 1998), psikotik bozukluk (Isvoranu, Borkulo, Boyette, Wigman, Vivkers ve Borsboom, 2016), yeme bozuklukları (Kong ve Bernstein, 2009; Tasca ve ark., 2013) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ruhsal bozuklukların yanı sıra kalp hastalıklarıyla, kanserle ve obeziteyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Felitti ve ark., 1998). Psikiyatrik ve fizyolojik problemlere ek olarak bireylerin yetişkinlikteki psikolojik stres düzeylerini (Glaser, van Os, Portegijs ve Myin-Germeys, 2006), kendine zarar verme davranışlarını (Howard, Karatzias, Power ve Mahoney, 2016; Low, Jones, MacLeod, Power ve Duggan, 2000), intihar davranışlarını (Akyüz, Şar, Kugu ve Doğan, 2005; Zatti ve ark., 2017) etkilediği bilinmektedir.

Bireyleri yaşamları boyunca çeşitli yönlerden etkileyen travmatik yaşam deneyimlerinin oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde çocukların %36'sının duygusal istismara, %23'ünün fiziksel istismara, %16'sının ihmal yaşantılarına maruz kaldığını ortaya koymaktadır (DSÖ, 2014).

Çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu bulunan sorunlardan biri somatizasyondur (Brown ve ark., 2005; Güleç ve ark., 2013; Kroska, Roche ve O'Hara, 2018; Samelius, Wijma, Wingren ve Wijma, 2007; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006). Somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan bedensel belirtiler deneyimleme, bu belirtileri fiziksel hastalığa bağlama ve bu belirtiler için tıbbi yardım arama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Lipowski, 1988). Söz konusu bedensel belirtilerin, stres yaratan yaşam olayları sonucunda strese tepki olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır (Lipowski, 1988). Somatik belirtiler yaşayan bireyler, bu belirtileri fiziksel bir hastalığın göstergesi olarak algılama eğilimleri sebebiyle tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyarlar, sağlık sistemlerine daha çok başvuruda bulunurlar ve bu alanda maliyetin artmasına katkıda bulunurlar (Zink, Klesges, Stevens ve Decker, 2008). Yürütülen bir çalışmada, somatik belirtileri yüksek olanların son 12 ay içerisindeki hastane başvurularının üç kat fazla olduğu belirlenmiştir (Preis ve ark., 2017).

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki bağlantı iyi kurulmuş olsa da bu ilişkinin ortaya çıkmasına katkıda bulunan mekanizmaların tümü hakkında net bir anlayışa sahip değiliz. Bu sebeple, bu çalışma astım hastalarında somatizasyona katkıda bulunabilecek potansiyel bir faktör olan zihinselleştirmenin aracı rolünü araştırmak için tasarlanmıştır.

Zihinselleştirme, bireyin kendisinin ve diğerlerinin davranışlarını, duygusal ve bilişsel zihinsel durumların bir ürünü olarak algılaması ve duygusal tepkilerimizin, bu tepkilerin inançlarımızla olan ilişkisinin ve zihinsel durumlarımızın başkaları üzerindeki etkisinin farkında olması olarak tanımlanabilir (Gergely, Fonagy, Jurist ve Target, 2002). Zihinselleştirme, bakım verenle erken dönem bağlanma ilişkileri bağlamında gelişen bir süreçtir. Araştırmalar, çocukluk çağı travmaları arttıkça zihinselleştirme sorunlarının da arttığını göstermektedir (Chiesa ve Fonagy, 2014; Ensink, Duval, Normandin ve Fonagy, 2018; Paetzold ve Rholes, 2021). Zihinselleştirme ile somatizasyon arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, yapılan çalışmalar bireylerin zihinselleştirme eğilimi azaldıkça yaşadıkları somatik belirtilerin

arttığını belirtmektedir (Preis ve ark., 2017; Riem ev ark., 2018; Stonnington, Locke, Hsu, Ritenbaugh ve Lane, 2013).

Sonuç olarak bu araştırmada, çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının, astım tanılı hastalarda yetişkinlikteki zihinselleştirme ve somatizasyon düzeyi ile ilişkili olabileceği dūřünölmüř ve araştırılmıştır.

1.1 Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, astım tanılı hastaların ve kontrol grubu katılımcılarının çocukluk çağı travmaları, zihinselleştirme ve somatizasyon düzeyleri açısından karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın bir diğer amacı amacı, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisindeki olası mekanizmaların belirlenmesidir. Bu amaçla, zihinselleştirme düzeyinin bu ilişkideki olası aracı rolü astım tanılı hasta grubunda incelenmiştir.

1.2 Araştırma Hipotezleri

H1: Astım grubunun, ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olması beklenmektedir.

H2: Astım grubunun, ZÖ toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olması beklenmektedir.

H3: Astım grubunun, SÖ toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olması beklenmektedir.

H4: Astım grubunda ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanları ile SÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler beklenmektedir.

H5: Astım grubunda ÇÇTÖ toplam puanları ile ZÖ toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler beklenmektedir.

H6: Astım grubunda ZÖ toplam puanları ile SÖ toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler beklenmektedir.

H7: Astım grubunda TÖ'nün SÖ'yü pozitif yönde, ZÖ'nün SÖ'yü negatif yönde anlamlı düzeyde yordayacağı beklenmektedir.

H8: Astım grubunda zihinselleştirmenin (ZÖ'nün) çocukluk çağı travmaları (TÖ) ile somatizasyon (SÖ) arasındaki ilişkide aracı rolü olması beklenmektedir.

1.3 Araştırma Soruları

Araştırmanın alt amaçlarına yönelik aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Astım tanılı hastalarda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve maddi durum ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki var mıdır?
2. Astım tanılı hastalarda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve maddi durum ile zihinselleştirme arasında bir ilişki var mıdır?
3. Astım tanılı hastalarda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve maddi durum ile somatizasyon arasında bir ilişki var mıdır?
4. Astım tanılı hastaların ilaç kullanım düzeni, astım şiddeti ve ailelerinde astım hastası olma durumu ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki var mıdır?
5. Astım tanılı hastaların ilaç kullanım düzeni, astım şiddeti ve ailelerinde astım hastası olma durumu ile zihinselleştirme arasında bir ilişki var mıdır?
6. Astım tanılı hastaların ilaç kullanım düzeni, astım şiddeti ve ailelerinde astım hastası olma durumu ile somatizasyon arasında bir ilişki var mıdır?

1.4 Araştırmanın Önemi

Çocukluk çağı travmalarının ve somatizasyonun yaygınlığı ve olası olumsuz sonuçları sebebiyle koruyucu faktörlerin anlaşılabilmesi ve müdahale çalışmalarının yapılabilmesi için bu konuda araştırmalar yapılması oldukça önemlidir. Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişki farklı araştırmacılar tarafından çalışılsa da hangi değişkenlerin bu ilişkide rol oynadığı tam olarak bilinmemektedir. Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin aracı rolü Türk yetişkin örnekleminde araştırılmayı bekleyen bir konudur. Mevcut çalışmanın diğer bir önemi ise Şar ve arkadaşları tarafından 2020 yılında revize edilmiş ve aşırı koruma-aşırı kontrol adında yeni bir alt boyut eklenmiş ÇÇTÖ ölçeğinin kullanılmış olmasıdır. Bu sayede, genellikle literatürde travmatik yaşantılar arasında söz edilmeyen aşırı koruma-aşırı kontrolün de somatizasyon ve zihinselleştirme ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmanın literatüre diğer bir katkısı, çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin aracı rolünü astım tanılı hasta örnekleminde incelemesidir. Bildiğimiz kadarıyla, bu konuda söz konusu örnekleme gerçekleştirilen başka bir çalışma bulunmamaktadır.

1.5 Araştırmanın Sayıtları

Araştırmanın 6rneklemini oluşturan astım tanılı hastaların ve karşılaştırma grubu katılımcılarının, çalışmaya g6n6ll6 olarak katıldıkları ve ilgili değişkenleri 6lmek amacıyla kullanılan 6leklerin tamamını içtenlikle ve doğru bir şekilde cevaplandırđıkları varsayılmaktadır. Çalışmanın bir diğer varsayımı, araştırmanın 6rnekleminin astım tanılı hastaları ve astım tanısı olmayanlar evrenini temsil ettiğidir.

Araştırma verilerinin tek bir zamanda toplanması (alışmanın kesitsel olması), çalışmanın sınırlılıklarındandır. Çalışmanın diğer bir sınırlılığı, çalışma kapsamında kullanılan 6leklerin t6m6n6n bireylerin 6z bildirimine dayalı olmasıdır.

BÖLÜM 2

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Astım

Astım, alevlenmeler ile seyreden solunum yolu tıkanıklığı ve aşırı duyarlılığı ile karakterize kronik bir solunum yolu hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Maslan ve Mims, 2014). Hava yollarındaki şişme, artan enflamasyon ve hava yollarının etrafındaki kasların sıkışması sonucunda astım hastalarının nefes almakta zorlandıkları bilinmektedir (Sockrider ve Fussner, 2020).

Astımın en yaygın belirtileri; özellikle gece veya sabahın erken saatlerinde görülen genellikle kuru ve şiddetli olan öksürükler, göğüste sıkışma, hava yollarındaki daralma sonucu nefes alırken ortaya çıkan hırıltı sesi ve nefes darlığıdır (Maslan ve Mims, 2014; Sockrider ve Fussner, 2020; Asher, Garcia-Marcos, Pearce ve Strachan, 2020). Nefes darlığının, birey fiziksel olarak hareket halindeyken görülebildiği gibi dinlenme halindeyken de görülebildiği bilinmektedir (American Thoracic Society (ATS), 2020).

Astım tanısı, hava yolu tıkanıklığı veya hava yolu aşırı duyarlılığının aralıklı belirtileri görüldüğünde, bu tıkanıklık kendiliğinden ya da tedaviyle kısmen tersine çevrilebilir olduğunda ve alternatif teşhisler dışlandığında düşünülmektedir (Busse, 2007). Tanı öncesinde hastadan belirtileri, bu belirtilerin hangi zamanlarda ve ne sıklıkta ortaya çıktığı konusunda detaylı bir öykü alınması gerekmektedir. Astım tanısının koyulabilmesi için hastaya uzman doktorlar tarafından çeşitli testler yapılmaktadır. En yaygın solunum testleri; solunumda nitrik oksit düzeyi ölçümü (FeNO) ve solunum fonksiyonu testi yani spirometridir (ATS, 2020). Akciğerlerde üretilen nitrik oksit, nefes verme yolu ile dışarı atılmaktadır ve astım gibi kronik

hastalıklarda, akciğerde nitrik oksit düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir. FeNO testinde, hastanın nitrik oksit düzeyini ölçen bir makineyle nefes alması yoluyla akciğerlerdeki enflamasyon belirlenmektedir. Astım teşhisinin koyulmasına yardımcı olan bir diğer test spirometridir. Spirometri ile hastanın ne kadar ve ne hızda nefes alabildiği, akciğerlerinde ne kadar hava tutabildiği ve bu nefesin ne kadarını verebildiği ölçülmekte ve bu sayede hava yollarındaki tıkanma tespit edilmektedir.

Dünya genelinde en yaygın kronik hastalıklardan biri olarak bilinen astımın, 300 milyondan fazla bireyi etkilediği bilinmektedir (GBD, 2015; Stern, Pier ve Litonjua, 2020). Çalışmalar astım yaygınlığının giderek arttığını ortaya koymaktadır (Borna ve ark., 2019; Jarvis ve ark., 2018). Alevlenmelerle seyreden bir hastalık olarak nitelendirilen astımda, hastalığın ve atakların kadınlarda daha yaygın görüldüğü vurgulanmıştır (Stern ve ark., 2020; Tarraf ve ark., 2018). Astım yaygınlığının gelişmiş ülkelerde daha yüksek olduğu bilinirken (Enilari ve Sinha, 2019), bu durumun endüstrileşme ve/veya hava kirliliğiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Astımın bireylerin yaşam kalitesinde, üretkenliğinde düşüşle; iş ve okul devamsızlığında, sağlık hizmetlerinin kullanımında artışla ilişkili olduğu bilinmektedir (Maslan ve Mims, 2014; Mukherjee ve ark., 2016). Yanı sıra, dünya genelinde yıllık 495 bin ölümün kaynağı olarak vurgulanmaktadır (GBD, 2017).

2.1.1 Astım ile İlişkili Risk Faktörleri

Astım hastalığının ortaya çıkışı ile ilişkili çeşitli faktörlerin varlığından söz edilmektedir. Bu faktörler; genetik, alerjene maruz kalma, yaşamın erken dönemlerinde mikrobiyomlara maruz kalma, çevresel sigara dumanına maruz kalma ya da sigara kullanma, hava kirliliği, mesleki maruziyetler ve stresli yaşam olayları olarak sıralanmaktadır.

Aynı aile içerisinde farklı astım hastalarının bulunmasının, astımın genetik yönüne işaret ettiği ve paylaşılan genlerle astımın ilişkili olduğu düşünülmektedir (Arruda, Sole, Baena-Cagnani ve Naspitz, 2005). Yapılan çalışmalar monozigotik ikizlerde astımın dizigotik ikizlere göre daha yaygın görüldüğüne işaret etmektedir (Kuruvilla, Vanijcharoenkarn, Shih ve Lee, 2019). Annede astım öyküsünün bulunmasının da çocuğun astım riskinde artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Arruda ve ark., 2005).

Alerjene duyarlı bireylerde çeşitli alerjenlere maruz kalmanın hem astım başlangıcı hem de alevlenmeler yönünden bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Kuruvilla ve ark., 2019; Stern ve ark., 2020). Bu alerjenler, ev içi alerjenler ve dışarıda bulunan alerjenler olarak ikiye ayrılabilir. Ev alerjenleri; ev tozu akarı, fareler, hamamböceği, hayvan tüyü ve mantarlar/küflerdir. Dışarıda bulunan alerjenler ise ağaçlar, çimenler, çeşitli otlar, küf, polenler olarak sıralanabilmektedir.

Yaşamın erken dönemlerinde çeşitli çevresel mikroorganizmalara maruz kalmanın, bağışıklık sisteminin gelişiminde ve aktivasyonunun artmasında rol oynayarak astıma karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (Ege ve ark., 2011). Şehir yerine çiftlikte büyüyen çocukların erken dönemlerde mikrobiyom maruziyetinin daha fazla olduğu ve ilişkili olarak koruyucu bağışıklık tepkilerinin tetiklendiği, bağışıklık sisteminin güçlendiği düşünülmektedir. Bu çocukların daha düşük astım oranlarına sahip olduğu saptanmıştır (Heederik ve von Mutius, 2012).

Çevresel sigara dumanına maruz kalmanın, özellikle erken yaşam dönemlerinde astım başlangıcı ve astım hastalarında alevlenmeler ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Arruda ve ark., 2005; Kuruvilla ve ark., 2019). Astım hastalarının sigara kullanımının ise alevlenmelerde, hastalık ve ölüm oranlarında artışla ilişki olduğu belirtilmektedir (Kuruvilla ve ark., 2019). Çevresel sigara dumanına maruz kalmak ve/veya sigara kullanımı astımın şiddeti üzerinde de önemli bir role sahiptir.

Sürekli olarak hava kirliliğine maruz kalmanın astım başlangıcıyla, akut maruziyetlerin ise alevlenmelerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Kuruvilla ve ark., 2019; Stern ve ark., 2020).

İş yerlerinde bulunabilecek kimyasal, toz, alerjenler, sigara dumanı gibi maddelerin hem astım başlangıcı hem de astım hastalarının alevlenmeleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Henneberger ve ark., 2011). Yetişkin başlangıçlı astımın önemli bir bölümünün söz konusu mesleki maruziyetlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Smith, 2011; Vernon, Wiklund, Bell, Dale ve Chapman, 2012). Bu şekilde gelişen astım, mesleki maruziyetlerden kaçınılmasını gerektirir.

Stresin, özellikle erken yaşam dönemi streslerinin, astım riskini arttırdığı vurgulanmaktadır (Rosa, Lee ve Wright, 2018). Çalışmalar, astım yaygınlığının sosyoekonomik statüsü düşük olanlarda ve etnik azınlık gruplarında daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Kuruvilla ve ark., 2019). Başlangıçta astım hastası olmayan ergenlerle yürütülen boylamsal bir çalışmanın bulguları, stresli yaşam

olaylarının astım başlangıcıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Oren, Gerald, Stern, Martinez ve Wright, 2017).

2.2 Travma Kavramı

Ruhsal travma; bireyin tutumlarını, davranışlarını ve işlevselliğini uzun süre olumsuz bir şekilde etkileyebilecek ve bireyde korku, çaresizlik, şaşkınlık veya diğer rahatsız edici duyguların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilecek herhangi bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (APA (American Psychiatric Association), 2013). Bir başka tanımda, bireyin mevcut baş etme becerileri ve savunma mekanizmaları ile üstesinden gelinemeyen ve bireyin ruhsal yapısı üzerinde olumsuz etkileri olan ruhsal yaşantılar olarak tanımlanmıştır (Şar, 1998). Benzer bir şekilde bir başka tanımda travma, bireyin sahip olduğu başa çıkma becerileri ile travmatik durumun tehdit edici yönleri arasındaki yaşamsal bir uyumsuzluk hali olarak da ifade edilmiştir (Fischer ve Riedessel, 1999'dan akt. Şar ve Öztürk, 2006). Sungur (1999), bir yaşantının travma olarak tanımlanabilmesi için bireyin alışılan günlük deneyimlerine benzememesi, günlük deneyimlerinin ötesinde bir durum olması gerektiğini ifade etmiştir.

Travmatik yaşantılar süresince ortaya çıkabilecek travma tepkilerinin beş temel özelliği şu şekilde tanımlanmıştır: 1) Bireyde irkilme tepkisinin ortaya çıkması ve iritabilite hali, 2) Aniden ortaya çıkan saldırgan davranışlara eğilimin artması, 3) Travma takıntısı (fiksasyonu), 4) Genel kişilik işlevsellik düzeyinde azalma, 5) Alışılmamış rüya yaşantılarının varlığı. Özellikle şiddetli travmatik yaşantılarda, bu belirtilerden bir kısmının ya da tamamının uzun süre devam edebildiği ve sonrasında stres dönemlerinde tekrarlayabildiği bilinmektedir (Kardiner, 1941'den akt. Van der Kolk, 2003).

Travma yaşantısına bağlı olarak meydana gelen aşırı fizyolojik uyarılmanın, bireyin bilişsel süreçlerinde bozulmalara sebep olduğu, bununla ilişkili olarak bireyin travmatik olaya anlam vermekte zorlandığı belirtilmektedir (Fish-Murray, Koby ve Van der Kolk, 1987).

Van der Kolk (2003), travma tepkisinin süresini ve şiddetini etkileyen altı önemli faktörden söz etmektedir. Bu faktörlerden ilki, travmatik olayın şiddetidir. Travmatik olayların şiddeti, bireylerde travmaya bağlı gelişen psikolojik, bilişsel ve duygusal sorunlarla ilişkilidir. Bu faktörlerden ikincisi genetik yatkınlıktır. Bireyler genetik olarak strese karşı daha dayanıklı ya da daha savunmasız olabilmektedirler ve genetik

yatkınlıklar, kronik stres tepkilerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Üçüncü faktör, travmatik yaşantı meydana geldiğinde bireyin içinde bulunduğu gelişim aşamasıdır. Bir çocuk, travmaya karşı kimlik duygusu gelişmiş ve destek kaynaklarına sahip bir yetişkinden daha savunmasız durumdadır. Çocukların, kontrol edilemeyen travmatik olayların uzun süreli etkilerine karşı daha hassas oldukları bilinmektedir. Dördüncü faktör, kişinin sahip olduğu sosyal destek sistemidir. Sosyal destek, travmatik yaşantı sonrasında güven duygusunun yeniden kurulmasında ve travmanın etkileriyle başa çıkmada önemlidir. Travma tepkisinin süresini ve şiddetini etkileyen beşinci faktör, bireyin maruz kaldığı geçmiş travmatik deneyimlerdir. Tekrarlayan travmatik yaşantılar, uzun süreli belirtilerin ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Altıncı faktör, travmatik yaşantı öncesinde var olan kişiliktir. Çeşitli kişilik problemleri, travmayla ilişkili belirtilerin süresini ve şiddetini arttırabilmektedir.

Benzer şekilde, travmaya maruz kalan bireyin geçmiş deneyimlerinin, baş etme becerilerinin, travmatik yaşantı öncesi kişiliğinin ve travma sonrası destek kaynaklarının, travmatik belirtilerin süresi üzerinde etkili olduğu vurgulanmıştır (Foa ve Kozak, 1986).

Ruhsal travmalar, doğal afetler, kazalar, yangınlar gibi yaşantılardan dolayı oluşabilmesinin yanı sıra ‘‘kişilerarası travma’’ olarak adlandırılan ve insan eliyle yaratılmış olan tecavüz, fiziksel saldırı, şiddete maruz kalma ya da tanık olma gibi yaşantılardan dolayı da oluşabilmektedirler (Fink, Bernstein, Handelsman, Foote ve Lovejoy, 1995; Şar, 1998). Kişilerarası travmalarla baş etmenin, kazalar ya da doğal afetler nedeniyle oluşan travmalarla baş etmekten daha zorlayıcı olduğu belirtilmektedir (Şar, 1998).

Bireylerin, genellikle kişilerarası travmalar olmak üzere birden fazla travmatik yaşantıya tekrarlayıcı ve uzun süreli olarak maruz kalmaları ve bu yaşantıların çeşitli alanlardaki uzun süreli etkileri ‘‘kompleks travma’’ olarak adlandırılmaktadır (Şar, 2011). Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, geçmişte birden fazla travmatik yaşantıya maruz kalmanın, mevcut bir travmatik yaşantı sonucunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişmesi ihtimalini arttırdığı saptanmıştır (Breslau, Chilcoat, Kessler ve Davis, 1999). Bir başka çalışmanın bulguları incelendiğinde, geçmişte dört ya da daha fazla travmatik yaşantıya maruz kalmış bireylerde TSSB’nin işlevsellikte daha fazla bozulmalarla ilişkili olduğu, semptomların daha kronik ve daha erken başlangıçlı olduğu görülmüştür (Briere ve Scott, 2015).

Çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantıları, maruziyetin tekrarlayıcı ve uzun süreli olabilmesi ve birey üzerinde uzun süreli olumsuz etkileri sebebiyle kompleks travmaya örnektir.

2.3 Çocukluk Çağı Travmaları

Ebeveyn ya da bir başka bakım veren tarafından, kasıtlı ya da kasıtsız olarak çocuğa zarar veren ya da zarar verme ihtimali olan herhangi bir eylemin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Gilbert ve ark., 2009). Çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantıları, kompleks travmanın önemli bir örneğidir (Şar, 2011) ve bu dönemde maruz kalınan travmatik yaşantıların olumsuz etkileri, yaşamın ilerleyen dönemlerinde maruz kalınan travmatik yaşantılardan daha fazladır (De Bellis, Hooper ve Sapia, 2005). Genellikle çocukluk çağı travmatik yaşantılarının en erken türünün duygusal ihmal yaşantıları olduğu, çocuğun ergenliğe doğru ilerlemesiyle ise fiziksel, duygusal, cinsel istismar yaşantılarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Şar, 2018).

Bir çocuğun ruhsal travma maruziyetinin derecesini belirlemede, çocuğun maruz kaldığı travmatik olay ya da olayların doğası, olayın ya da olayların süresi ve şiddeti, çocuğun uyum sağlamasına katkıda bulunabilecek içsel ve dışsal faktörler ve çocuğun içinde bulunduğu gelişim aşaması önemli yer tutmaktadır (Falasca ve Caulfield, 1999).

Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve şiddete tanık olma gibi travmatik yaşantıların genellikle erken çocukluk döneminde başladığı bilinmektedir (Fink ve ark., 1995). Bir araştırma kapsamında travmatik yaşantılarını bildiren katılımcılara dair bulgular incelendiğinde, önemli ayrılıklar ve kayıplar gibi travmatik yaşantıların başlangıcının ortalama beş yaşında; fiziksel istismar, duygusal istismar, şiddete tanık olma gibi travmatik yaşantıların başlangıcının ortalama yedi yaşında ve fiziksel ihmal, cinsel istismar gibi travmatik yaşantıların başlangıcının ortalama dokuz yaşında olduğu anlaşılmaktadır (Fink ve ark., 1995).

Çocuğun maruz kaldığı travmatik yaşantılar, aile içi ya da aile dışı kaynaklı olabilmektedir. Travmatik yaşantıya sebep olan kişilerin araştırıldığı bir çalışmada, cinsel istismar dışındaki travmatik yaşantılarda faillerin %58'inin ebeveynler olduğu bulunmuştur. Çocuğa cinsel istismarda ise faillerin %74'ünün yakın çevreden ya da yabancı kişiler olduğu bulunmuştur (Fink ve ark., 1995). Bir başka çalışmanın bulguları, aile dışı faillerin, katılımcıların maruz kaldıkları fiziksel istismar, duygusal

istismar ve fiziksel ihmal yaşantılarının %6 - %15'inden, cinsel istismar yaşantılarının %74'ünden sorumlu olduklarını göstermektedir (Finkelhor, Hotaling, Lewis ve Smith, 1990). Bu durum, cinsel istismar dışında çocuğun maruz kaldığı travmatik yaşantıların oldukça büyük bir bölümünün, aile bireylerinden kaynaklı olduğunu göstermektedir. Çocuk büyüdükçe, travmatik yaşantıların aile dışından yabancı kişilerce kaynaklanma ihtimali artmaktadır (Pynoos ve Steinberg, 1995). Çocukluk çağında meydana gelen ihmal ve istismar yaşantıları tekrarlayıcı olduğunda ve bu yaşantılar aile bireylerinden kaynaklandığında, çocukta birçok alanda daha çok sorunla ve yetişkinlikte daha çok psikopatoloji ile ilişkili olabildiği (Şar, 1998) ve olumsuz etkilerinin arttığı (Şar, 2018) belirtilmektedir. Travmatik yaşantıların, bireylerin sosyal uyum, başa çıkma becerileri, savunma mekanizmalarının gelişimi gibi alanlarda aksaklıklara sebep olabildiği bilinmektedir. Özellikle çocukluk çağında meydana gelen travmatik yaşantıların, bireyler üzerinde daha şiddetli aksaklıklara sebep olabildiği bilinmektedir (Şar ve Öztürk, 2006).

Terr (2003), çocukluk çağı travmatik yaşantılarını Tip 1 ve Tip 2 çocukluk travmaları olarak ikiye ayırmaktadır. Tip 1 travmaya maruz kalmış olan çocukların, ani bir şekilde ortaya çıkan tek bir travmatik olay yaşadıklarını, Tip 2 travmaya maruz kalmış çocuklarınsa uzun süreli ve tekrarlayıcı travmatik olaylar yaşadıklarını belirtmektedir. Terr (2003) tarafından Tip 2 travma olarak adlandırılan durum, kompleks travma olarak da adlandırılmaktadır (Şar, 2011). Tip 1 çocukluk travmasına maruz kalan çocukların, travmatik yaşantıya dair detayları ayrıntılı biçimde hatırlayabildikleri ve anlatabildikleri görülürken, uzun süreli ve tekrarlayıcı biçimde Tip 2 çocukluk travmasına maruz kalan çocukların, travmatik yaşantıyı bir bütün olarak hatırlayamadıkları ve genellikle travmatik yaşantıların mevcut olduğu zaman dilimini unuttukları görülmektedir (Terr, 2003).

Çocuklarda istismar, ihmal gibi travmatik yaşantıların uzun süreli etkilerinin belirlenmesinde, çocuğun travmatik yaşantıya verdiği anlamın önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Çocuğun bakımından sorumlu kişi ya da kişiler aynı zamanda travmanın kaynağı olduğunda, ihmal ve istismar gibi travmatik yaşantıların uzun süreli etkilerinin daha yıkıcı olabileceği ifade edilmektedir (Van der Kolk ve Fisler, 1994). Çocuğun ilk kez travmaya maruz kaldığı yaşın, travmatik yaşantıların sıklığının ve bakım verenlerin söz konusu travmatik yaşantılardaki rollerinin, çocukta meydana gelebilecek ruhsal hasarların kapsamında önemli olduğu vurgulanmaktadır (Van der Kolk, 2003).

2.3.1 Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Çocukluk çağı travmaları, genellikle çocuğun fiziksel, duygusal ya da cinsel istismara maruz kalması ve ihmal edilmesi olarak belirtilmektedir. Bir çocuğun birden fazla travma türüne maruz kaldığı sıklıkla görülmektedir. Her bir travma türünün diğeri ile etkileşimde olduğu ve diğerrinin olumsuz etkilerini arttırabileceği bildirilmiştir (Şar, 1998). İhmal ve istismar yaşantılarına ek olarak çocuğun aşırı korunmasının, aşırı kontrol edilmesinin de travmatik bir yaşantı olduğu belirtilmektedir (Şar ve ark., 2020).

2.3.1.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, bir çocuğun bakım vereni tarafından huzurunu ya da sağlığını bozacak ya da tehlikeye atacak ölçüde fiziksel olarak cezalandırılması şeklinde tanımlanmaktadır (Şar, 1998). Fiziksel istismar, çocuğun 18 yaşından önce kendisinden en az iki yaş büyük bir kişi tarafından fiziksel saldırıya maruz kalması ve bu saldırının çocuk tarafından kardeş rekabeti gibi bir çatışma olarak algılanmamış olması olarak da tanımlanmaktadır (Şar, 1998; Zoroğlu ve ark., 2001).

Fiziksel istismar bakım veren tarafından çocuğa kasıtlı olarak uygulanan tekmeleme, yumruklama, boğma, vurma (elle, kayışla, sopayla ya da başka bir nesneyle), bir silahla ya da bıçakla tehdit etme veya zarar verme gibi davranışları içerir ve çocukta bedensel yaralanmalara yol açabilir (APA, 2017; Şar, 1998).

2.3.1.2 Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocukta ruhsal bir zarara sebep olabilecek sözel/simgesel davranışların bakım veren tarafından sergilenmesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2017). Bireyin ruhsal sağlığında tehlike oluşturabilecek düzeyde sözlü tehditlerde bulunulması, aşağılanması, alay edilmesi ya da küçük düşürücü söylemlerde bulunulması, eleştirilmesi olarak da tanımlanmaktadır (Şar, 1998). Çocuğun, ihtiyaçlarından ve çocuk için değerli nesnelere kasıtlı olarak mahrum bırakılmasını da kapsamaktadır (Infirno ve ark., 2016).

Duygusal istismar örnekleri; çocuğun tehdit edilmesi, korkutulması, aşağılanması, sürekli olarak suçlanması, küçük düşürülmesi, düşmanca ve reddedici davranışlar sergilenmesi, sevdiklerine zarar verileceğinin söylenmesi, davranışlarının

kısıtlanması, bir yere hapsedilmesi, çocuğa değersiz, yetersiz, sevilmez olduğunun aktarılması olarak sıralanmaktadır (Danese ve McCrory, 2015; APA, 2017; Şar, 1998).

2.3.1.3 Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun bakım vereni ya da sorumluluğunu taşıyan başka biri tarafından cinsel doyum sağlamak amacıyla çocuğun herhangi bir cinsel eyleme dahil edilmesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2017). Çocuğun 18 yaşından önce, kendisinden en az iki yaş büyük bir aile üyesi ya da en az beş yaş büyük aile dışından bir kişi ile cinsel yakınlığa girmesi olarak da tanımlanmaktadır (Şar, 1998).

Çocuğun cinsel organlarına dokunulması, cinsel organların çocuğa gösterilmesi, çocuğun soyunmaya, belirli cinsel davranışlar sergilemeye ya da pornografik içerikler izlemeye zorlanması, çocukla zor kullanarak cinsel ilişki kurulması, çocuğun cinsel doyum amacıyla kandırılması gibi durumlar cinsel istismar örnekleri olarak sıralanmaktadır (APA, 2017; Şar, 1998).

2.3.1.4 İhmal

İhmal, çocuğun ihtiyaç duyduğu ilginin sağlanmaması, gereksinimlerinin karşılanmaması nedeniyle çocuğun bedensel ya da ruhsal bir zarara karşı savunmasız hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2017). Bakım verenlerin çocuğun bakımı ile ilgili görev ve sorumluluklarını yerine getirmede eksik kalmaları ve bunun çocuğu çeşitli alanlardan etkilemesi olarak da tanımlanmaktadır (Şar, 1998). Ebeveynlerin; yiyecek, giyecek, barınma, korunma, çocuğun okuluna ve arkadaşlarına, mutluluğuna, sağlığına ve iyilik haline ilgi gösterme gibi çocuğun maddi ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamada eksiklik göstermeleridir (İnfirna, 2016). Çocuğun ihmali çocuğun fiziksel ya da cinsel istismarı ile bağlantılıdır ve çocuğu diğer travmatik yaşantılara karşı savunmasız kılmaktadır (Şar, 1998).

İhmal, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılmaktadır. Fiziksel ihmal; çocuğun sağlık durumuna önem verilmemesi ya da sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının geciktirilmesi, ebeveynlerin çocuğu uzun süreler boyunca başkalarının bakımına bırakması ya da yalnız bırakması, çocuğun terkedilmesi, gerekli beslenmenin sağlanamaması, bakım ve temizliğine özen gösterilmemesi, güvenliğine önem verilmemesi ve tehlikelere karşı korunmasız bırakılması gibi durumları kapsamaktadır (APA, 2017; Şar, 1998).

Duygusal ihmal; çocuğa ebeveynleri tarafından ihtiyaç duyduğu ilgi ve sevginin verilmemesi, ruhsal bakımının sağlanmaması ve çocuğun kendisine olmasa bile aile içi şiddete tanık olmasını içermektedir (APA, 2017; Şar, 1998). İstismar yaşantıları ve fiziksel ihmal gibi travmalar açıkça fark edilebilirken duygusal ihmal yaşantılarını fark etmek daha zordur ve özellikle erken dönem çocukluk travmaları genellikle duygusal ihmal şeklindedir (Şar, 2018). İhmalin çocuğun gelişiminde istismardan daha yıkıcı etkileri olabileceği bilinmektedir (Van der Kolk, 2003).

2.3.1.5 Aşırı Koruma-Aşırı Kontrol

Aşırı koruma-aşırı kontrol, aşırı koruyucu ve kontrolcü ebeveynler tarafından çocuğun sınırlarının zorlanması ya da ihlal edilmesi ve kendiliğinden girişim alanının daraltılması olarak tanımlanmaktadır (Şar, 2018).

Çocuğun bakım veren tarafından takip edilmesi, arkadaşlıklarının kısıtlanması, kişisel eşyalarının karıştırılması, yalnız başına bir şey yapmasına izin verilmemesi gibi müdahaleci ve kısıtlayıcı davranışları içermektedir (Şar ve ark., 2020).

2.3.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı

Bireyleri yaşamları boyunca çeşitli yönlerden etkileyen çocukluk çağı travmatik yaşam deneyimlerinin oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı bir araştırmanın bulguları, dünya genelinde çocukların %36'sının duygusal istismara, %23'ünün fiziksel istismara, %16'sının ihmal yaşantılarına maruz kaldığını göstermektedir (DSÖ, 2014). DSÖ, kadınların %18'inin, erkeklerin ise %8'inin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmektedir (DSÖ, 2014).

Sağlıklı kontrol grubu katılımcıları ile depresyon, bipolar ve şizofreni tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmanın bulguları, depresyon tanılı hastaların %55.5'inin, bipolar tanılı hastaların %61.8'inin, şizofreni tanılı hastaların %47.2'sinin ve herhangi bir tanısı bulunmayan kontrol grubu katılımcılarının %20.5'inin en az bir tür çocukluk çağı travması bildirdiklerini göstermektedir. Bu kişiler arasında depresyon tanılı hastaların %37.1'i, bipolar tanılı hastaların %38.2'si, şizofreni tanılı hastaların %30.6'sı ve kontrol grubu katılımcılarının %2.3'ü birden fazla çocukluk çağı travması türü bildirmişlerdir. Çalışmanın bulguları ruhsal bozukluğa sahip bireylerde çocukluk çağı travmatik

yaşantılarının daha şiddetli ve sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (Xie ve ark., 2018). Ruhsal bozukluğa sahip hasta grubunda fiziksel ihmal ve duygusal ihmal en çok bildirilen travma türleriyken, kontrol grubunda fiziksel istismarın daha çok bildirildiği saptanmıştır. Vilarino ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen bir çalışmanın bulguları da çocukluk çağı travmasına maruz kalmış bireylerin maruz kalmamış bireylerle karşılaştırıldıklarında daha çok depresif, kaygı ve öfke belirtilerine sahip olduklarını göstermektedir.

Almanya'da 2510 katılımcı ile yürütülen bir çalışmanın bulguları, katılımcıların %31'inin en az bir tür çocukluk çağı travmasına sahip olduklarını ortaya koymaktadır. En sık görülen travma türü fiziksel ihmalken, bunu sırasıyla cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve duygusal istismar takip etmektedir. Cinsiyetin, duygusal ve cinsel istismar üzerinde yordayıcı olduğu, kadınların daha çok duygusal ve cinsel istismar bildirdikleri görülürken çalışmayan, daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip katılımcıların daha çok duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal yaşantıları bildirdikleri görülmüştür. Çalışma bulguları, cinsel istismarın en çok çalışmayan katılımcılar tarafından bildirildiğini de ortaya koymaktadır (Witt, Brown, Plener, Brahler ve Fegert, 2017). Yaşları 12 ile 17 arasında değişen ve Vietnam'da yaşayan 1851 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları, öğrencilerin yarısının son bir sene içerisinde en az bir çocukluk çağı travmasına maruz kaldığını göstermektedir. Öğrencilerin %83'ünün yaşamları süresince herhangi bir travmaya maruz kaldığı öğrenilirken en sık görülen çocukluk çağı travmalarının sırasıyla duygusal istismar, fiziksel istismar, ihmal, ebeveyn çatışmasına tanık olma ve cinsel istismar olduğu anlaşılmıştır. Öğrencilerin %5.7'si aile dışı kaynaklı cinsel istismara maruz kaldığını bildirirken, %3.2'si bir aile üyesi tarafından cinsel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha fazla fiziksel ve cinsel istismar yaşantıları bildirirken kız öğrenciler erkek öğrencilere oranla anlamlı düzeyde daha fazla ihmal ve duygusal istismar yaşantıları bildirmişlerdir (Tran, Alink, Van Berkel ve Van Ijzendoorn, 2016).

Çocukluk çağı travmalarını araştıran ve 28 farklı ülkeden 59.692 bireyin katıldığı 288 çalışmanın incelenmesiyle gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasının bulguları, duygusal ihmalin en yaygın görülen çocukluk çağı travması türü olduğunu ve bunu sırasıyla duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismarın takip ettiğini ortaya koymaktadır (Viola, Salum, Kluwe-Schiavon, Sanvicente-Vieira, Levandowski ve Grassi-Oliveira, 2016). Çocukluk çağı travmalarının Güney Amerika

lkelerinde Avrupa, Asya, Amerika ve Afrika ülkelerinden daha yaygın bir şekilde görüldüğü saptanmıştır. Çalışma bulguları, gelir düzeyinin fiziksel ihmal üzerinde belirleyici olduğunu, gelir düzeyi düşük ülkelerde fiziksel ihmal yaşantılarının gelir düzeyi orta ve yüksek ülkelere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Kadınlarda ocukluk ağı cinsel istismarını araştıran ve 16 farklı ülkeden 22.224 kadının katılmış olduğu 48 çalışmanın incelenmesiyle gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasının bulguları, çocukluk ağı cinsel istismar oranının %24 olduğunu ve çocukluk ağı cinsel istismarına maruz kalanlarda ruhsal bozuklukların daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (Pan ve ark., 2020). Ruhsal bozukluğa sahip klinik örneklerin %32'si çocukluk ağı cinsel istismarına maruz kalırken, genel örneklerin %17'sinin cinsel istismara maruz kaldığı anlaşılmıştır. Çalışma bulguları, çocukluk ağı cinsel istismar oranlarının coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiğini, en düşük oranın Afrika lkelerinde (%8) ve en yüksek oranın Kuzey Amerika (%32) lkelerinde görüldüğünü ortaya koymaktadır. Çocukluk ağı duygusal istismarını, toplamda 7.082.279 bireyin katılımı ile gerçekleştirilen 29 farklı çalışmanın bulgularına göre inceleyen bir araştırmada, katılımcıların %36.3'ünün çocukluk ağı duygusal istismarına maruz kaldıkları belirtilmiştir (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink ve van Ijzendoorn, 2012).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Yılmaz-Irmak tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmanın bulguları; 12-17 yaş arasındaki 477 çocuğun %60'ının duygusal istismar, %48'inin fiziksel istismar, %18'inin cinsel istismar ve %17'sinin ihmal yaşadığını ortaya koymaktadır. Çocuklarla yapılan başka bir çalışmanın bulguları; çocukların %51'inin duygusal istismara, %43'ünün fiziksel istismara, %25'inin ihmal yaşantılarına ve %3'ünün cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir (SHÇEK, 2010). Farklı niversite ğrencilerinin oluşturduğu 2257 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, öğrencilerin %50'si yaşamları boyunca en az bir çocukluk ağı travması yaşadıklarını bildirmişlerdir (Ulukol, Sethi ve Kahilogullari, 2014). İstanbul'da 530 niversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları, öğrencilerin %31.1'inde çocukluk ağı travmalarının ve öğrencilerin %30.4'nde fiziksel ihmal yaşantılarının, %26.4'nde duygusal istismar yaşantılarının, %18.1'inde cinsel istismar yaşantılarının, %15.7'sinde duygusal ihmal yaşantılarının, %12.5'inde fiziksel istismar yaşantılarının saptandığını bildirmektedir (Güneri-Yöyen, 2016). Aynı çalışmada çocukluk ağı travmaları toplam puanlarının, fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanlarının cinsiyete

göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve her birinin erkek katılımcılarda kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Altı yüz yirmi altı üniversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları, öğrencilerin %43.5'inin çocukluk döneminde travmatik yaşantılara maruz kaldığını ortaya koymaktadır (Üstüner-Top ve Cam, 2021). Öğrencilerin %44.7'sinin çocukluk döneminde fiziksel ihmale, %40.3'ünün duygusal istismara, %31.8'inin fiziksel istismara, %30.4'ünün cinsel istismara ve %30'unun duygusal ihmale uğradığı görülmektedir. Çalışma bulguları, duygusal ihmal dışındaki tüm travma türlerinde erkeklerin kadın katılımcılara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek travmatik yaşantı bildirdiklerini göstermektedir. Bir başka çalışmada ise kadın öğrencilerin erkek öğrencilerden daha fazla duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel istismar bildirdikleri ve duygusal istismar düzeylerinin erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Pasha-Zaidi, Arari, Urgancı, Sevi ve Durham, 2020). İstanbul'da yaşayan, evli ve çocuk sahibi 565 bireyin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, erkeklerin fiziksel ihmal puanlarının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunurken, kadınların cinsel istismar ve aşırı koruma-aşırı kontrol puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Üstündağ-Köksal, 2022). Çalışma sonuçları aynı zamanda kronik hastalığı olanlarda, genel çocukluk çağı travmalarının, duygusal ihmalin ve aşırı koruma-kontrolün kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Edirne'de 422 üniversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları, en sık görülen travmatik yaşantının aşırı koruma-aşırı kontrol, sonrasında ise duygusal ihmal olduğunu göstermektedir. Çalışma bulguları bu örnekte kadınların, erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek cinsel istismar yaşantısına maruz kaldıklarını da göstermektedir (Şar ve Türk-Kurtça, 2021).

2.3.3 Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkili Risk Faktörleri

Çocuğun travmatik yaşantılara maruz kalması ve travmatik yaşantıların tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkması ile ilişkili çeşitli risk faktörlerinin varlığından söz edilmektedir. Dört ya da daha fazla risk faktörünün mevcut olması durumunda çocukların travmatik yaşantılara maruz kalma olasılığının, risk faktörü bulunmayan durumlara göre sekiz kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Brown, Cohen, Johnson ve Salzinger, 1998). Çocuğun travmatik yaşantılara maruz kalma riskindeki artış ile

ilişkili olabilecek risk faktörleri; çocuk ile ilişkili, ebeveynler/bakım verenler ile ilişkili ve aile ile ilişkili olmak üzere üç grupta yer almaktadır.

2.3.3.1 Çocuğa Dair Bireysel Risk Faktörleri

Çocuk ile ilişkili çeşitli bireysel faktörler, çocukluk çağı travmatik yaşantılara maruz kalma riskindeki artış ile ilişkili bulunmuştur. Çocuk ile ilişkili faktörler, travma maruziyetinde çocuğun sorumluluğu olduğu anlamına gelmez, bu faktörlerin varlığı çocuğu ebeveyn ve aile ile ilişkili risk faktörlerine karşı daha savunmasız bırakmaktadır (Danese ve McCrory, 2015). Çocuğun yaşının, travmatik yaşantılara karşı savunmasızlığını arttıran risk faktörlerinden biri olduğu görülmektedir (White, Hindley ve Jones, 2014). Beş yaş ve altı küçük çocuklar, fiziksel hassasiyetleri ve bakım veren ile bağımlı ilişkileri sebebiyle çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olumsuz sonuçlarına karşı daha savunmasızlardır.

Hamilelik veya doğumda meydana gelen komplikasyonlar, çocuğun düşük doğum kilosu, çocuğun bilişsel gelişiminin düşük olması, çocuğun engelli olması ya da çeşitli gelişimsel problemlere sahip olması, çocuğun sözel zekasının ve sosyal yeterliliğinin düşük olması gibi değişkenlerin, çocuğun çocukluk çağı travmatik yaşantılara maruz kalma riskini arttırdığı bildirilmiştir (Brown ve ark., 1998; Dubowitz, Kim, Black, Weisbart, Semiatin ve Magder, 2011; Sidebotham ve Heron, 2006; Stith ve ark., 2009; White ve ark., 2014).

2.3.3.2 Ebeveyn ya da Bakım Verenlere Dair Bireysel Risk Faktörleri

Ebeveynlere ilişkin çeşitli demografik, duygusal ve davranışsal faktörlerin, çocuğun travmaya maruz kalma riskini arttırdığı belirtilmektedir. Ebeveynlerin yaşının genç olması, özellikle 20 yaşından genç olmalarının çocuğun travmatik yaşantılarındaki artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Brown ve ark., 1998; Sidebotham ve Heron, 2006; Stith ve ark., 2009; Thornberry ve ark., 2014). Ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olması, öfke ve stres düzeylerinin yüksek, özgüvenlerinin düşük olması, ruh sağlığı sorunlarına sahip olmaları, depresif belirtilerinin yüksek olması, ebeveynlerin çocukluk dönemlerinde travmatik yaşantılara maruz kalmaları, ebeveynin alkol/madde kötüye kullanımının olması gibi ebeveynlere ve bakım verenlere özgü değişkenlerin, çocuğun çocukluk çağı travmatik yaşantılara maruz kalma riskini arttırdığı belirtilmektedir (Brown ve ark., 1998; Dubowitz ve ark., 2011;

Sidebotham ve Heron, 2006; Stith ve ark., 2009; Thornberry ve ark., 2014; White ve ark., 2014).

2.3.3.3 Genel Olarak Aileye Dair Risk Faktörleri

Aile ile ilişkili çeşitli faktörlerin, ailedeki gerilimi arttırarak çocukların travmaya maruz kalma riskindeki artış ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bu faktörler, ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin de işsiz olması, ailenin gelir düzeyinin düşük olması, aile büyüklüğünün/çocuk sayısının yüksek olması, aile içi çatışmanın yüksek olması, ebeveynler arası evlilik kalitesinin düşük olması, aile içi şiddetin var olması, aile bütünlüğünün/uyumunun düşük olması, ebeveyn katılımının ve sıcaklığının düşük olması, tek bir ebeveyn bulunması ve ailenin sosyal ağlarının zayıf olması olarak belirtilmektedir (Brown ve ark., 1998; Dubowitz ve ark., 2011; Sidebotham ve Heron, 2006; Stith ve ark., 2009; Thornberry ve ark., 2014; White ve ark., 2014).

2.3.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma

Çocuklarda travmatik yaşantıların yıkıcı etkilerini belirleyen faktörlerden biri ebeveyn ile çocuk arasındaki bağlanma ilişkisidir (Van der Kolk, 2003). Çocuk ile bakım verenler arasında güvenli bağlanma ilişkisinin kurulması, çocuktaki fizyolojik uyarılmanın hafifletilebilmesi açısından önemlidir. Bebekler ve çocuklar, duygusal durumlarının düzenlenmesinde ve tek başlarına karşılayamayacakları ihtiyaçlarının karşılanmasında bakım verenlerine bağıdırlar. İçsel duygusal durumların ve dış stresörlere karşı davranışsal tepkilerin düzenlenebilmesinde bakım veren ile güvenli bağlanma ilişkilerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Van der Kolk ve Fisler, 1994). Bakım verenlerin, özellikle annelerin çocukta fizyolojik uyarılma halini hafifletebilme becerisi, anne ve çocuk arasındaki bağlanmanın önemli bir bileşenidir. Çocuk büyüdükçe bakım verenine fiziksel yakınlık ihtiyacı azalmakla birlikte stresli durumlarda bakım verenle yakınlık ve bakım veren tarafından yatırılma ihtiyacı devam etmektedir (Field, 1985'ten akt. Van der Kolk ve Fisler, 1994).

Çocuğun ihtiyaçlarına karşı hassas, besleyici bir bakımın güvenli bağın temeli olduğu düşünülmektedir (Carlson, 1989). İstismara uğramış bebeklerde ve çocuklarda, bakım veren fizyolojik uyarılma halini hafifletici bir kaynak olmak yerine fizyolojik uyarılma kaynağı olabilmektedir. Bakım veren ile güvenli bağlanma ilişkileri geliştirememiş bebekler, bakım verenin varlığının ya da tepkilerinin onları

rahatlatmayacağını bilirler. Bakım veren, bebeğin ihtiyaçlarına ve duygusal ipuçlarına tepkisizdir (Van der Kolk ve Fisler, 1994).

Ebeveyn-çocuk ilişkisinde güvenli bağlanmanın varlığı, travmatik yaşantıların uzun süreli yıkıcı etkilerinin hafifletilmesinde de önemlidir (Van der Kolk, Herron ve Hostetler, 1994). Travmanın kaynağı, çocuğun sevgi ve korunma beklediği bakım vereni olduğunda travmanın olumsuz etkilerinin arttığı bildirilmiştir (Van der Kolk, 2003). İstismar ve ihmal gibi travmatik çocukluk yaşantıları, özellikle travmatik yaşantının kaynağı bakım veren olduğunda bağlanma ilişkilerini olumsuz biçimde etkilemektedir. Bu tür travmatik yaşantılar çocuğun benliği ve dünyaya ilişkin algısını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve başkalarına olan güvenine zarar verebilmektedir (Dye, 2018). Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış çocukların %82'sinin bakım veren ile düzensiz bağlanma ilişkileri geliştirdikleri belirlenmiştir (Carlson, 1989).

2.3.5 Çocukluk Çağı Travmaları ve Astım

Yapılan çalışmalar, çocukluk döneminde travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak ile astımın ilişkili olduğunu göstermektedir (Abajobir0, Kisely, Williams, Strathearn, Suresh ve Najman, 2017; Bhan, Glymour, Kawachi ve Subramanian, 2014; Hyland, Alkhalaf ve Whalley, 2012; Korkeila ve ark., 2012; Panisch, Baiden, Findley, Jahan ve LaBrenz, 2022; Samaha, Elsaid ve Sabri, 2015; Scott ve ark., 2008; Sheikh, 2018).

Panisch ve arkadaşları (2022), üç veya daha fazla çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olan çocukların astımı olma olasılığının, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olmayan çocuklara göre 2.57 kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bhan ve arkadaşları (2014) yürüttükleri çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarındaki yükselişle astım yaygınlığının ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Aynı çalışmada, çocukluk çağı travmalarının her alt boyutunun astım olma ile pozitif ilişkili olduğu, sözlü ya da fiziksel istismar bildiren katılımcıların astım oranının %38 daha yüksek olduğu ve cinsel istismar bildiren katılımcıların astım oranının %67 daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmalar, iki ya da daha fazla çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte astım başlangıcını anlamlı şekilde yordadığını işaret etmektedir (Korkeila ve ark., 2012; Scott ve ark., 2008). Astım hastaları ve sağlıklı kontrol grubu ile yürütülen bir çalışmada, çocukluğunda fiziksel veya duygusal istismara maruz kalan

bireylerin astıma sahip olma olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hyland ve ark., 2012).

2.4 Zihinselleştirme Kavramı

Zihinselleştirme, bireyin kendisinin ve diğerlerinin davranışlarını, duygusal ve bilişsel zihinsel durumların bir ürünü olarak algılaması ve duygusal tepkilerimizin, bu tepkilerin inançlarımızla olan ilişkisinin ve zihinsel durumlarımızın başkaları üzerindeki etkisinin farkında olması olarak tanımlanabilir (Asen ve Fonagy, 2016; Fonagy, Gergely, Jurist ve Target, 2002). Bir başka tanımda zihinselleştirme, davranışı kasıtlı zihinsel durumlar açısından algılama ve yorumlama, başkalarının ne düşündüğünü ve hissettiğini hayal edebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Busch, 2011). Zihinselleştirme kavramı, bir bireyin başkalarının eylemlerini düşünceler, arzular, inançlar, niyetler gibi kasıtlı zihinsel durumların anlamına dayanarak yorumlamasıyla meydana gelen zihinsel süreçleri ifade etmektedir (Allen, 2006; Mikic ve Terradas, 2014). İnsan davranışını ihtiyaçlar, arzular, duygular, inançlar, hedefler, amaçlar ve nedenler gibi kasıtlı zihinsel durumlar açısından algılayan ve yorumlayan bilinç öncesi hayali zihinsel faaliyetler olarak da tanımlanmaktadır. Başkalarının ne düşündüğünün veya hissettiğinin net bir şekilde bilinmesi mümkün olmadığından zihinselleştirmenin hayali bir süreç olduğu, bununla ilişkili olarak yüksek zihinselleştirme kapasitesinin önemli bir göstergesinin de bireyin başkalarının zihinsel süreçlerini kesin olarak bilmenin mümkün olmadığına dair farkındalığıdır (Fonagy, 2006). Bireyin kendisindeki veya diğerlerindeki zihinsel durumların, duyguların farkında olmasının, o anlarda aktif bir şekilde zihinselleştirme yaptığının göstergesi olduğu düşünülmektedir (Allen, Fonagy ve Bateman, 2008).

Diğerlerinin niyetlerini ve duygularını zihinselleştirmek, birey tarafından kullanılan başa çıkma stratejilerinin genişlemesini sağlamaktadır. Zihinselleştirme sayesinde birey, diğerlerinin duygusal tepkileri ile ilişkili içsel ipuçlarını tespit etmeyi de öğrenebilmektedir. (Busch, 2011). Zihinselleştirme düzeyi yüksek bireylerin kişilerarası ilişkileri daha iyi yönetebildiği, bu ilişkilerde daha az çatışma yaşandığı ve yaşanan kaçınılmaz çatışmaları çözmeye daha etkili olabildikleri bilinmektedir (Fonagy, 2006).

Zihinselleştirme kapasitesi, bebeklikten çocuklağa kadarki süreçte gelişim gösterir ve gelişimi yeterince şefkatli ve yansıtıcı daha olgun zihinlerle etkileşimlere

bağlıdır. Zihinsel temsillerin gelişmesi, erken yaşam dönemlerinde birey açısından önemli olan başkalarının aynalaması yolu ile gerçekleşmektedir (Busch, 2011). Bireyin kendini yansıtması ve diğerini anlaması gibi kişilerarası bir bileşeni içeren zihinselleştirme duygusal durumların anlaşılması, çeşitli durumların anlaşılması ve bu durumlarla ilişkili yargılarda bulunulması, tüm bu süreçlerle ilgili dikkat ve düşünme kapasitesi gibi bilişsel becerilerle desteklenmektedir. (Fonagy, 2006; Fonagy, Gergely, Jurist ve Target, 2018). Duygu düzenleme ve dikkat ile ilişkili mekanizmaların katkıda bulunduğu zihinselleştirme kapasitesi, erken dönem bağlanma ilişkileri içerisinde kazanılmaktadır ve bağlanma ilişkilerindeki sorunlar bu şekilde önemli sosyal ve bilişsel becerilerin normal gelişiminde aksaklıklara sebep olmaktadır (Fonagy, 2006).

Zihinselleştirme, açık bir şekilde ya da örtülü olarak gerçekleşebilmektedir. Açık zihinselleştirme semboliktir ve bireyin, kendisinin ya da diğerinin duygu ve düşüncelerini konuşma, resimler, şarkılar gibi yollarla bilinçli bir şekilde ifade etmesini içermektedir. Açık zihinselleştirme genellikle konuşma ve duygu ve düşüncelerin sözcükler yoluyla ifade edilmesi ile gerçekleştirilmektedir (Allen ve ark., 2008). Zihinselleştirmenin büyük bir bölümü ise örtülü biçimde gerçekleşmektedir ve bireyler, kişilerarası etkileşimlerde genellikle otomatik ve kendiliğinden bir şekilde zihinselleştirme gerçekleştirmektedirler. Çeşitli jestler, yüz ifadeleri ve duruşlarla kasıtsız bir şekilde duygu ve düşüncelerin yansıtılmasını içermektedir (Allen ve ark., 2008).

Zihinselleştirme ile ilişkili sorunlardan biri bireyin zihinselleştirmede başarısız olmasıdır ve bu durum genellikle yetersiz zihinselleştirme olarak adlandırılmaktadır. Bu başarısızlık bireyin kendisinin ve diğerlerinin ne düşündüğünü ve ne hissettiğini hayal edebilmede yaşadığı sorunlara ek olarak bunu gerçekleştirmek konusunda isteksiz ya da yetersiz olmasıyla da ilişkilidir (Allen ve ark., 2008). Yetersiz zihinselleştirme, bireyin çok somut zihinsel durumlar hakkında düşünmesi, karmaşık zihinsel modeller kurma konusunda güçlükler yaşaması, gözlemlenebilir, somut kanıtlar olmasına karşın zihinsel çıkarımlar yapmakta sorunlar yaşamasıdır (Fonagy ve ark., 2016). Zihinselleştirme ile ilişkili bir diğer sorun, aşırı zihinselleştirme olarak adlandırılmaktadır. Aşırı zihinselleştirme, zihnin gerçeklikle ilişkili olmayan ya da çok az ilişkili olan karmaşık, aşırı ayrıntılı modeller kurması ve bireyin zihinsel çıkarımlarının gözlemlenebilir kanıtların ötesinde olması durumudur (Fonagy ve ark., 2016).

2.4.1 Zihinselleştirme ve Bağlanma

Zihinselleştirmenin, bakım verenle erken dönem bağlanma ilişkileri kapsamında gelişen bir süreç olduğu vurgulanmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde bebeğin, hem zihinsel hem de fiziksel olarak bakım verene bağımlı durumda olduğu bilinmektedir. Bu sebeple, bakımverenin, bebeğin bunaltıcı duygularını kontrol altına alma, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarını öngörme ve karşılama, bakış açısına uyum sağlama ve dış dünyayı ona uyacak şekilde düzenleme kapasitesine sahip olması gerekmektedir (Fonagy, Steele, Steele, Moran ve Higgitt, 1991).

Zihinselleştirme becerilerinin, bakım veren ile güvenli bağlanma ilişkilerinde kazanıldığı, güvensiz bağlanmanın zihinselleştirmenin gelişiminde sorunlar yaratabildiği belirtilmiştir (Dykas ve Cassidy, 2011; Fonagy, 2006). Araştırmalar, güvensiz bağlanan bireylerin başkalarının zihinsel durumlarına karşı aşırı zihinselleştirme ya da yetersiz zihinselleştirme gösterdiklerini ortaya koymaktadır (Hunefeldt, Laghi ve Ortu, 2013; Hunefeldt, Laghi, Ortu ve Belardinelli, 2013). Çocuğun zihinsel durumlar açısından düşünebilme kapasitesinin, bakım verenin zihinselleştirme kapasitesi ile ilişkili olarak gelişim gösterdiği bilinmektedir (Mikic ve Terradas, 2014). Bakım verenin zihinselleştirme becerisi, bakım veren ile çocuk arasında güvenli bağlanmanın gelişmesinde ve çocuğun zihinselleştirme kapasitesi üzerinde etkilidir (Busch, 2011).

Beyin görüntüleme çalışmalarının bulguları, beyinde bağlanma ile ilişkili alanların aktivasyonunun, zihinselleştirme ile ilişkili alanlarda beyin aktivitesini bastırıldığını ortaya koymaktadır (Bartels ve Zeki, 2004). Bu alanların; dikkatle, uzun süreli bellekle, pozitif ve negatif duygulanımla özelleşmiş alanlar oldukları, duygu ve bilişlerin entegrasyonundan sorumlu oldukları bilinmektedir. Bağlanma sisteminin aktivasyonu ile deaktivasyon yaşayan diğer alanların aynı zamanda bireyin kendisinin ve diğerlerinin duygu ve düşüncelerini belirleyebilmesi gibi zihinsel durumlarla ilişkili alanlar oldukları bilinmektedir (Bartels ve Zeki, 2004).

Bağlanma sisteminin yaşamın erken dönemlerinde kaygı yoluyla aktive olduğu belirtilmektedir. Bakım veren ile çocuk arasında güvenli bağlanma ilişkisinin kurulduğu durumlarda, bağlanma figürünün ulaşılabilir durumda olması sebebiyle kaygı genel olarak daha az ortaya çıkmaktadır. Kaygının daha az yaşanması ile ilişkili olarak, bağlanma sisteminin daha az aktive olduğu ve zihinselleştirme ile ilgili becerilerin kazanımının kolaylaştığı belirtilmektedir (Fonagy, 2006). Güvenli

bağlanma ve bağlanma travmasının, zihinselleştirme ve bağlanma arasındaki ilişkinin iki uç noktasını oluşturduğu belirtilmektedir (Busch, 2011). Güvenli bağlanma ilişkilerinde zihinselleştirme kapasitesinin gelişimi, bağlanma sisteminin daha az aktive olmasıyla ve bu sayede bakım verenin zihninin güvenli bir şekilde keşfedilmesiyle desteklenmektedir. Bakım veren ile güvenli bağlanma ilişkilerinin zihinselleştirme kapasitesinin gelişimini desteklemesine karşın güvensiz ya da düzensiz bağlanma ilişkilerinin zihinselleştirmeyi baskıladığı bilinmektedir (Bartels ve Zeki, 2004). Bu tür bağlanma ilişkilerinde kaygının sıklıkla açığa çıkması ve kaygı yoluyla bağlanma sisteminin sürekli aktivasyonu, çocukların bakım verenin zihinsel dünyasını keşfetmeye dair korku duymalarıyla ve zihinselleştirmenin gelişiminde aksaklıklar yaşanmasıyla ilişkilidir (Fonagy, 2006).

2.4.2 Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihinselleştirme

Çocuğun bakım ve korumasına muhtaç olduğu kişinin aynı zamanda çocukta kaygı ve korku uyandıran kişi olması, bağlanma sisteminin yüksek düzeyde aktivasyonu ile ilişkilidir. Bağlanma sisteminin travmatik yaşantılar yoluyla aşırı aktivasyonu, zihinselleştirmeyi baskılayarak bebeği ya da çocuğu travmatik yaşantıların kaynağı olan bakım verenin zihinsel durumlarını keşfetmekten korumaktadır (Fonagy, 2006). Çocuk, istismar ve ihmal yaşantıları sonucunda bir savunma olarak, diğerlerinin zihinsel durumlarına karşı yetersiz ya da aşırı zihinselleştirme, diğerlerinin zihinsel durumlarının keşfine karşı isteksizlik gösterebilir ve kendi zihinsel durumlarına odaklanmayı ihmal edebilir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve bağlanma travmasının oluşumunun, zihinselleştirme kapasitesini zayıflattığı ve çocukluğunda travmaya maruz kalmış bireylerin yetişkinlikte başkalarının düşünce ve duygularını anlamada sorunlar yaşadıkları, yetersiz zihinselleştirme gösterdikleri bilinmektedir (Busch, 2011). Çocukluk döneminde travmatik yaşantılara maruz kalmış bireylerde, kendi zihinsel durumlarına dair içgörü eksikliği ve diğerlerinin zihinsel durumlarına, duygu ve düşüncelerine dair hayal gücü eksikliği ve yetersizlikler gözlemlenmektedir (Fonagy, 2006).

Araştırmalar, çocukluk çağı travmaları arttıkça zihinselleştirme sorunlarının da arttığını göstermektedir (Chiesa ve Fonagy, 2014; Ensink ve ark., 2018; Paetzold ve Rholes, 2021). Çocukluk dönemlerinde kötü muameleye maruz kalmış yetişkinlerin kötü muameleye maruz kalmamış yetişkinlere göre daha fazla zihinselleştirme sorunu

yaşadıkları bulunmuştur (Fonagy ve ark., 2006). Bu konuda yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının aşırı zihinselleştirme ile anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu, duygusal istismar ve ihmal yaşantılarının ise yetersiz zihinselleştirme ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Ensink ve ark., 2018). Aynı çalışma, çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmal yaşantıları arttıkça başkalarının zihinsel durumlarına karşı ilginin azaldığını ortaya koymaktadır. Paetzold ve Rholes (2021) de 18 yaş ve üzeri 624 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, çocukluk çağı istismarı arttıkça zihinselleştirme sorunları olan aşırı zihinselleştirme ve yetersiz zihinselleştirme durumlarının da arttığını bulmuşlardır.

Kişilik bozukluğu olan ve psikiyatrik bozukluğu bulunmayan kontrol grubu ile yürütülen bir çalışmada; çocukluk çağı travmalarının zihinselleştirmeyi düşürdüğü, zihinselleştirme kapasitesindeki düşüşün de yaşamın ilerleyen bölümlerinde kişilik bozukluklarının ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Chiesa ve Fonagy, 2013). Söz konusu çalışma, ihmal ve istismar yaşantılarının birleşiminin, zihinselleştirme kapasitesindeki düşüşü yordamada daha güçlü olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada; cinsel istismarın, fiziksel istismarın ve ihmalin zihinselleştirmeyi negatif yönde yordadığı bulunmuştur.

Germine ve arkadaşları (2015), 5559 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, ebeveynlerin kötü muamelesinin zihinselleştirme yeteneğini güçlü ve negatif bir şekilde yordadığını ortaya koymuşlardır. Aynı çalışmada, zihinselleştirme yeteneğindeki düşüşle en güçlü ilişkiye sahip olan çocukluk çağı travmaları alt boyutunun fiziksel istismar, sonrasında da ihmal olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile zihinselleştirme arasındaki ilişkiye odaklanan bir başka çalışmada, çocuklukta daha fazla travmatik yaşantıya maruz kalanların daha düşük düzeyde kendileri ile ilgili zihinselleştirme bildirdikleri anlaşılmıştır (Francoeur, 2019). Konuyla ilgili bir başka çalışmada, yetersiz zihinselleştirmenin çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla pozitif ve anlamlı ilişkili olduğu bulunurken, aşırı zihinselleştirmenin çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla negatif ve anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur (Stagaki ve ark., 2022). Aynı çalışmada, yetersiz zihinselleştirmenin kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

2.5 Somatizasyon Kavramı

Somatizasyon kavramını ilk kez kullanmış olan Stekel, somatizasyonu, derinlere oturmuş bir nevrozun ifadesi olarak ortaya çıkan bedensel bir bozukluk olarak tanımlamıştır (Stekel, 1943'den akt. De Gucht ve Fischler, 2002). Yaygın olarak kabul görmüş ve sık kullanılan bir başka tanımda somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan bedensel belirtiler deneyimleme, bu belirtileri fiziksel hastalığa atfetme ve bu belirtiler için tıbbi yardım arama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Lipowski, 1988). Söz konusu bedensel belirtilerin, stres yaratan yaşam olayları sonucunda, psikososyal strese tepki olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Somatik belirtiler gösteren bireyler; strese ve strese bağlı duygusal uyarılma haline bilişsel bir yanıt vermek yerine genellikle bedensel bir yanıt vermekte, söz konusu psikososyal stresi bedensel belirtiler şeklinde deneyimlemekte ve bu belirtileri bir hastalığın göstergesi olarak değerlendirmeleri sebebiyle sıklıkla tıbbi yardım aramaktadırlar (Lipowski, 1988).

Somatizasyon kavramı; deneyimsel/yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (Lipowski, 1986). Somatizasyonun deneyimsel/yaşantısal yönü, bireylerin bedensel olarak algıladıkları acı, alışılmamış bedensel duyular, işlev bozuklukları, görünümdeki değişiklikler gibi genellikle yalnızca bireyin kendisi tarafından doğrudan bilinen durumları içermektedir. Somatizasyonun bilişsel yönü, bireylerin bedensel duyularını nasıl yorumladıkları ve neye atfettikleri, bu duyuların kendileri için öznel olarak ne anlama geldiği ve söz konusu bedensel duyularla ilgili karar verme sürecinden oluşmaktadır. Somatizasyon tanımında da vurgulandığı gibi, bedensel duyuların değerlendirilmesi ve bu duyulara verilen anlam sonucunda, bu duyuların birey tarafından fiziksel bir hastalık ya da sorundan dolayı ortaya çıktığı şeklinde açıklanıyor olması ve patolojik bulguların bu açıklama ile örtüşmemesi gerekmektedir. Son olarak somatizasyonun davranışsal yönü, bireylerin bedensel duyularına yönelik algı ve atıflarından kaynaklı ortaya çıkan, sözlü veya sözsüz olan eylem ve iletişimlerden oluşmaktadır. Bireylerin doktorlardan ya da iyileştirme gücüne inandıkları şifacılarından tedavi almak istemeleri, kendi bildikleri yöntemlerle kendilerini tedavi etmeye çalışmaları, aile ya da arkadaşlarından tedavi tavsiyesi almaya yönelik girişimleri ve çevrelerindeki kişilere sözlü ya da sözsüz olarak şikayetlerde bulunmaları somatizasyonun davranışsal yönüne örnek olarak verilebilmektedir.

Somatik belirtiler, kişilerarası çatışmalara bağlı duygusal sıkıntı ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmekte ve bu durumda bireyin psikososyal sorunlarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilmektedir (Kirmayer ve Young 1998). Somatik belirtiler başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olarak da ortaya çıkabilmektedir (De Gucht ve Fiscler, 2002; Lipowski 1988). Bireyler, duygusal sıkıntılarını psikolojik durumları yerine fiziksel bir rahatsızlığa atfettiklerinde daha güçlü ve kontrolde hissediyor olabilmekte ve bununla ilişkili olarak sorunla başa çıkmada psikolojik yardım yerine tıbbi yardım arıyor olabilmektedirler (Thoits, 1985). Somatik belirtiler sonucunda yaşanan süreçlerin, aile ve yakın çevre ile ilişkilerin ve sosyal rollerin yeniden yapılandırılmasını sağladığı, bireyin bu şekilde çeşitli ikincil kazançlar elde edebildiği ve somatik belirtilerin bununla ilişkili olarak ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Kirmayer ve Young, 1998). Somatik belirtilerin deneyimlenmesi ve sosyal çevre ile paylaşılması, kasıtlı ya da kasıtsız olarak, bireyin çeşitli sorumluluklarını yerine getirmemesi, içsel veya kişilerarası çatışmaların çözülmesi, yakın çevreden destek sağlanması gibi hedeflere ulaşılmasını kolaylaştırabilmekte ve bu sayede hastalık davranışının sürmesini, hasta rolünün benimsenmesini sağlayabilmektedir (Mechanic, 1986). Somatik belirtiler, travmatik anılarla ve bu anılarla ilişkili duyguları bastırma ile ilişkili olarak da ortaya çıkabilmektedir. Travmatik yaşantının anlatılması, bireyin psikolojik sıkıntı düzeyinde kısa süreli bir artışla ilişkili olmakla birlikte somatik belirtilerde uzun süreli azalmalarla ilişkilidir (Pennebaker, 1995'den akt. Kirmayer ve Young, 1998)

Yaygın görülen somatik belirtiler; baş ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, bel ağrısı, sırt ağrısı, mide ağrısı, mide bulantısı, kas ve eklem ağrıları, uyuşukluk ya da karıncalanma hissi, bedenin çeşitli bölgelerinde güçsüzlük hissi olarak sıralanabilmektedir (Ballering, Bonvanie, Olde Hartman, Monden ve Rosmalen, 2020; Kocalevent, Hinz ve Braehler, 2013). Somatik belirtilerin yaygınlığına dair yapılan bir çalışmanın bulguları, bulantı ve sindirim güçlüğünün en yaygın görülen somatik belirtiler olduklarını ve bunları sırasıyla baş ağrıları, baş dönmesi, kabızlık/ishal, kalp çarpıntısı, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, kollarda, bacaklarda, eklemlerde, dizlerde ve kalçada ağrı, mide ağrısı, nefes darlığı, cinsel birleşmede ağrı ve bayılma gibi somatik belirtilerin takip ettiklerini ortaya koymaktadır (Glise, Ahlberg ve Jonsdottir, 2014). Çalışma bulguları, göğüs ağrıları ve cinsel birleşme esnasında yaşanan ağrıların erkeklerde anlamlı düzeyde daha yaygın görülmesi dışında diğer somatik belirtilerin cinsiyetler arası yaygınlığında bir fark bulunmadığını belirtmektedir. Somatik

belirtilerin yaygınlığına dair gerçekleştirilen bir başka çalışmanın bulguları, en sık bildirilen somatik belirtilerin sırasıyla baş ağrıları ve kollarda, bacaklarda ve eklemlerde ağrılar olduğunu ortaya koymaktadır (Wu ve ark., 2022).

2.5.1 Somatizasyonun Yaygınlığı

Somatizasyonun genel popülasyonda yaygınlığına dair Sırbistan'da yapılan bir çalışmanın sonuçları; katılımcıların %44.4'ünde düşük düzeyde somatizasyon, %18.6'sında orta düzeyde somatizasyon ve %7.1'inde yüksek düzeyde somatizasyon belirtilerinin bulunduğunu göstermektedir (Rokvić, 2018). Somatizasyonun yaygınlığını gösteren ve İran'da gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları, katılımcıların %66.3'ünde düşük düzeyde somatizasyon, %20.5'inde orta düzeyde somatizasyon ve %13.1'inde yüksek düzeyde somatizasyon belirtilerinin bulunduğunu göstermektedir (Garrusi, Danaei ve Aboosaeidi, 2019). Yetişkin 1210 kadın katılımcı ile yürütülen bir çalışmanın bulguları, katılımcıların %40.8'inin somatizasyon bozukluğuna sahip olduğunu göstermektedir (Babu, Sreedevi, John ve Krishnapillai, 2019). Yapılan diğer bir çalışmada, katılımcıların %5'inde somatizasyon bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Chander, Manjunatha, Binukumar, Kumar, Bada Math ve Janardhan Reddy, 2019). Almanya'da 5031 kişinin katılımıyla genel popülasyondaki somatizasyon düzeyini belirlemek üzere gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %9.3'ünün orta/yüksek düzey somatik belirti gösterdikleri saptanmıştır (Kocalevent ve ark., 2013). Çin'de hastanelerin çeşitli polikliniklerini ziyaret eden katılımcılarla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %33.8'inde somatizasyon bozukluğu olduğu, somatizasyon bozukluğuna sahip katılımcıların olmayanlara oranla daha yüksek depresyon ve kaygı belirtileri ve daha çok doktor muayenesi bildirdikleri belirlenmiştir (Cao ve ark., 2020). Çin'de yürütülen bir başka çalışmada ise katılımcıların %7.6'sında somatik belirtiler olduğu bulunmuştur (Huang ve ark., 2020).

Hollanda'da 152.728 kişinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek somatik belirtiler gösterdikleri bulunmuştur (Ballering ve ark., 2020). İstanbul'da 972 sağlıklı yetişkin ile yürütülen bir çalışmanın bulguları, kadınlarda somatik belirtilerin erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Kadioğlu, Ergün ve Yıldız, 2013). Yaşlı (60 yaş ve üzeri) ve yaşlı olmayan (18-59 yaş) katılımcıları

somatizasyon düzeyleri üzerinden karşılaştıran bir çalışmanın bulguları ise, yaşlı olmayan katılımcıların %33.3'ünün hafif, %12'sinin orta ya da şiddetli düzeyde somatik belirti gösterdiğini, yaşlı katılımcıların ise %42.8'inin hafif, %20.4'ünün orta ya da şiddetli düzeyde somatik belirti gösterdiğini ortaya koymaktadır (Wu ve ark., 2022). Çalışma bulguları aynı zamanda artan yaşın ve kadın olmanın somatizasyon bozukluğu ile ilişkili risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Yetişkin kadınlarla yürütülen bir çalışmada, kadınların %40.8'inin somatizasyon bozukluğuna sahip olduğu ve evli olmayan kadınların evli olanlara oranla anlamlı düzeyde daha fazla somatik belirti deneyimledikleri bulunmuştur (Babu ve ark., 2019). Kocalevent ve arkadaşları (2013) da kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, çalışmayanlarda ve gelir düzeyi düşük olanlarda diğerlerine oranla anlamlı düzeyde daha yüksek somatizasyon görüldüğünü ve yaş arttıkça somatik belirtilerin de anlamlı düzeyde arttığını saptamışlardır.

Amerika'daki ve Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin yer aldığı bir çalışmanın bulguları, Türk üniversite öğrencilerinin ortalama somatizasyon düzeyi 12.88 iken Amerikan üniversite öğrencilerinin ortalama somatizasyon düzeyinin 7.63 olduğunu göstermektedir (Çınarbaş, 2014).

2.5.2 Somatizasyonla İlişkili Risk Faktörleri

Somatik belirtilerin ortaya çıkması, süresi ve şiddeti ile ilişkili bireyleri savunmasız kılan çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Henningsen ve arkadaşları (2018), somatik belirtiler ile ilişkili risk faktörlerini yatkinlik yaratan faktörler, tetikleyici faktörler ve sürdürücü faktörler olmak üzere üç grupta tanımlamışlardır.

Yatkinlik yaratan faktörler; kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, erken dönem olumsuz yaşantılar, nevroitiklik ve olumsuz duygulanıma yatkin olmak gibi kişilik özellikleri ve geçmiş tıbbi hastalıklar bireylerde somatik belirtilerin ortaya çıkışı ile ilişkili bulunan risk faktörlerindedir (Henningsen ve ark., 2018).

Tetikleyici faktörler; akut enfeksiyonlar, yaralanmalar, mevcut stresli yaşam olayları ve tıbbi veya cerrahi prosedürler bireylerde kısa süreli somatik belirtilerin ortaya çıkışı ile ilişkili bulunan faktörlerindedir (Henningsen ve ark., 2018).

Sürdürücü faktörler; bedensel duyumlara karşı seçici dikkat ve bedensel duyumları güçlü bir şekilde algılama, bedensel duyumlara dair felaketleştirici bilişsel

yorumlamalar, işlevsel olmayan hastalık davranışları ve duygu tanıma ve düzenleme ile ilişkili sorunlar, somatik belirtilerin uzun süreli oluşu ile ilişkili bulunan faktörlerdendir (Henningsen ve ark., 2018). Somatik belirtiler, geçmiş öğrenme deneyimleri ve kaçınma davranışları ile şiddetlenebilmektedir (Vlaeyen, Crombez ve Linton, 2016). Bireylerin sağlık sistemleri ile yaşadıkları sorunlar, çalışma durumları, sağlık hizmetlerine erişimleri, sağlık okuryazarlıkları gibi faktörler de somatik belirtilerin süresini uzatabilmekte ve şiddetini etkileyebilmektedirler (Henningsen ve ark., 2018).

2.5.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon

Yapılan çalışmalar çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu, bireylerin çocukluk dönemi travmatik deneyimleri arttıkça yetişkinlikteki somatizasyon düzeylerinin de arttığını ortaya koymuştur (Waldinger ve ark., 2006).

Türk örnekleminde çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi yaşları 18-64 arasında değişen 100 majör depresyon bozukluğu ve 50 sağlıklı kontrol katılımcısı ile araştıran bir çalışmada; duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu fakat fiziksel ve duygusal ihmal ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Güleç ve ark., 2013). Aynı çalışmada majör depresyon bozukluğu olan hastaların fiziksel ihmal dışındaki her alt boyutta sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek skorlara sahip olduğu görülmüştür. Somatizasyon bozukluğuna sahip bireylerle sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu olanların kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek fiziksel ve duygusal istismar skorlarına sahip oldukları görülürken sağlıklı kontrol grubunun anlamlı derecede daha yüksek ihmal skorlarına sahip oldukları görülmüştür (Brown, Schrag ve Trimble, 2005). Somatizasyon bozukluğu olan ve olmayan kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, somatizasyon bozukluğuna sahip kadınların kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha fazla çocukluk çağı travması bildirdikleri görülmüştür. Somatizasyon bozukluğuna sahip grubun fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyutlarında kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek skorlara sahip oldukları görülürken, fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt

boyutları için gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Taycan, Şar, Çelik ve Erdoğan-Taycan, 2014).

Kroska ve arkadaşları, 2018 yılında 51 ergen ve 287 yetişkin ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yetişkinlikteki somatizasyonu anlamlı ve pozitif bir şekilde yordadığını bulmuşlardır. Çocuklukta cinsel saldırı öyküsü olan 53 kadın ve böyle bir öyküsü olmayan 30 kadının yer aldığı bir çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı arttıkça yetişkinlikteki kronik fiziksel belirtilerin de arttığı bulunmuştur (Farley ve Keaney, 1997). Yaşları 20 ile 80 arasında değişen 2305 katılımcının yer aldığı bir çalışmanın bulguları, katılımcıların %57.7'sinin en az bir tür çocukluk çağı travması yaşadığını ortaya koymaktadır (Piontek, Wiesmann, Apfelbacher, Völzke ve Grabe, 2021). Çalışmanın sonuçları; duygusal ve fiziksel ihmalin, duygusal ve fiziksel istismardan çok daha sık bildirildiğini, duygusal ve cinsel istismar yaşantılarının kadınlarda, fiziksel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal yaşantılarının ise erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada cinsel istismar yaşantıları ve deneyimlenen çocukluk çağı travmalarının alt tiplerinin sayısı arttıkça somatoform bozukluk tanı şansının ve somatik belirtilerin sayısının da anlamlı düzeyde arttığı, duygusal istismar ve fiziksel ihmalin somatik belirtilerin sayısı ile pozitif ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Yapılan çalışmalar, çocuklukta psikolojik (Samelius ve ark., 2007) ve cinsel istismara (Kinzl, Traweger ve Biebl, 1995; Samelius ve ark., 2007) uğramanın yetişkinlikteki somatizasyon düzeyi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

2.5.4 Zihinselleştirme ve Somatizasyon

Zihinselleştirme ile somatizasyon arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, yapılan çalışmalar bireylerin zihinselleştirme eğilimi azaldıkça yaşadıkları somatik belirtilerin arttığını belirtmektedir (Preis ve ark., 2017; Riem ev ark., 2018; Stonnington ve ark., 2013).

Riem ve arkadaşları (2018), somatik belirtilerin şiddetinin artmasının, kendi zihinsel durumlarını zihinselleştirmede düşüşle ve diğerlerinin zihinsel durumlarına karşı hassasiyetin artması ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca aynı çalışmada, somatik belirtilerin şiddeti, kendi duygularını tanımlamadaki zorlukla ilişkili bulunmuştur. Bir başka çalışmada, somatizasyon bozukluğu olanların, kendilerinin ve başkalarının duygularını fark etmede somatizasyon bozukluğu olmayanlara göre daha

düşük performans sergiledikleri görülmüştür (Stonnington ve ark., 2013). Yaşları 22 ile 64 arasında değişen, yüksek düzeyde ve düşük düzeyde somatik belirti bildiren 78 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, yüksek düzeyde somatik belirti bildirenlerin duygulara yönelik zihinselleştirmelerinin diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunurken düşüncelere yönelik zihinselleştirmeleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Preis ve ark., 2017). Yüksek düzeyde somatik belirti bildiren grubun diğer gruba oranla kendi duyguları açısından anlamlı düzeyde daha düşük duygusal farkındalık yaşadığı bulunurken, diğerlerinin duygularını tanıma açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Mattila ve arkadaşları (2008), 30 yaş ve üzeri 6770 kişinin katıldığı çalışmalarında; kadınlarda, yaşı daha büyük olanlarda, boşanmış olanlarda, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi daha düşük olanlarda aleksitimi ve somatizasyonun anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada, duyguları tanımada ve ayırt etmede yaşanan zorlukların somatik belirtilerle anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Somatik ağrı bozukluğu olanlar ve olmayanlarla gerçekleştirilen çalışmaların bulguları; somatik ağrı bozukluğu olanlarda zihinselleştirmenin anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu, bu kişilerin zihinselleştirme becerilerinin bozulmuş olduğunu ve somatik grubun kendileri ve/veya başkaları tarafından deneyimlenen duygusal durumları tanımlamakta ve ayırt etmekte kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdiklerini ortaya koymaktadır (Schönenberg, Mares, Smolka, Jusyte, Zipfel ve Hautzinger, 2014; Subic-Wrana, Beutel, Knebel ve Lane, 2010; Zunhammer, Halski, Eichhammer ve Busch, 2015).

BÖLÜM 3

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları, işlem yolu, veri analizi ve araştırma deseni ile ilişkili bilgiler verilecektir.

3.1 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, astım tanılı hasta (çalışma) grubunda 149 ve sağlıklı kontrol (karşılaştırma) grubunda 167 olmak üzere toplam 316 katılımcıdan oluşmaktadır. Astım grubunun yaş aralığı 18 ile 76 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41.94 ± 14.19 ; astım hastası olmayan kontrol grubu katılımcılarının yaş aralığı 18 ile 72 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41.67 ± 13.95 'dir. Astım grubunun 111'i (%74.5) kadın, 38'i (%25.5) erkek katılımcılardan oluşurken karşılaştırma grubunun 122'si (%73.1) kadın, 45'i (%26.9) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü; hata payı ve güvenilirlik düzeyi ile bağlantılı olarak değişmektedir. Alan yazında, araştırma çalışmalarında %5-10 hata payının kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (Sedlmeier ve Gigerenzer, 1989; Suresh ve Chandrashekara, 2012; Taherdoost, 2016). Ayrıca, %95 ve %99 güvenilirlik düzeyinin ideal olduğu ve araştırmalarda sıklıkla kullanıldığı ifade edilmektedir (Cashen ve Geiger, 2004; Suresh ve Chandrashekara, 2012). Bu nedenle, araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için bu gibi faktörleri kullanan bir örneklem sayısı hesaplayıcısı olan G*Power 3.1 kullanılmış (Faul et al., 2009) ve %5 hata payıyla, %95 güvenilirlik düzeyinde en az 132 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu bulunmuştur. Gruplar örneklem sayısı ve cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi değişkenler açısından denk tutulmaya çalışılmıştır. Sosyodemografik özellikler ve diğer bilgiler formu ve ölçekler,

uygun örnekleme yöntemi ile ulaşılan ve gönüllü olarak çalışmaya katılan katılımcılara, araştırmacı ve araştırmacı tarafından bilgilendirilen kişiler tarafından kapalı bir zarf içerisinde verilmiş ve çalışmanın verileri bu şekilde toplanmıştır.

Katılımcıların erişkin yaşta olmalarının yanı sıra çalışma grubu için astım tanısının uzman doktorlar tarafından konulmuş olması ve karşılaştırma grubu için astım tanısının olmaması çalışmaya dahil edilme kriteridir.

Güncel olarak, psikiyatrik bir rahatsızlık sebebiyle tedavi görüyor olmak çalışmanın dışlama kriteridir.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Bilgiler Formu (Ek-B ve Ek-C)

Katılımcıların sosyodemografik ve diğer bilgilerini öğrenebilmek amacıyla astım ve kontrol grubu için ayrı formlar hazırlanmıştır. Astım grubu için hazırlanan form; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, toplam eğitim süresi, medeni durum, maddi durum, çalışma durumu, sigara içme durumu, astım ilaç kullanımı, ilaç kullanım düzeni, diğer ilaç kullanımı, geçtiğimiz yıl atak sayısı, astım süresi, kronik rahatsızlık durumu, ailede astım öyküsü, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık nedeniyle tedavi durumu gibi değişkenleri içermektedir. Kontrol grubu için hazırlanan form ise cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, toplam eğitim süresi, medeni durum, maddi durum, çalışma durumu, sigara içme durumu, ilaç kullanımı, kronik rahatsızlık durumu, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık nedeniyle tedavi durumu gibi soruları içermektedir. Bazı maddeler çoktan seçmeli bazı maddeler ise açık uçlu soru şeklindedir. Çalışmaya katılımları esnasında psikiyatrik/psikolojik bir rahatsızlık sebebiyle şu anda tedavi gördüğünü belirten katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır.

3.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek-D)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantılarını ölçmek amacıyla ilk olarak Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin ilk formu; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere 70 maddeden ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Daha sonra Bernstein ve arkadaşları (2003) çocukluk

çağı ihmal ve istismar yaşantılarına yönelik daha hızlı bir tarama sağlayabilmek için 70 maddelik ölçeğin 28 maddelik kısa formunu geliştirmişlerdir. Kısa form her bir alt boyut için beş maddeden ve üç geçerlik maddesinden meydana gelmektedir. Ölçekte yer alan her bir madde söz konusu deneyimlerin sıklığına bağlı olarak 1 (hiçbir zaman) – 5 (çok sık) arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 25-125 arasında değişmekte olup yüksek puanlar bireylerin çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantılarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları farklı alt boyutlar için 0.81 (fiziksel istismar) ile 0.95 (cinsel istismar) arasında değişmektedir (Bernstein ve ark., 2003).

ÇÇTÖ kısa formunun Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmış olup bu çalışma sonucunda orijinal ölçekte olduğu gibi beş faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0.93 olup farklı alt boyutlar için 0.64 ile 0.87 arasında değişmektedir (Şar ve ark., 2012). İki hafta ara ile yapılan test-tekrar test uygulamaları sonucunda ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuş ve ölçeğin test-tekrar test güvenirliğine sahip olduğu görülmüştür. Şar ve arkadaşları, 2020 yılında ÇÇTÖ kısa formunun bazı maddelerini revize etmek ve aşırı koruma-aşırı kontrol alt boyutunu kapsayacak şekilde ölçeği genişletmek amacıyla 33 maddelik yeni bir formunu yaşları 18 ile 65 arasında değişen 568 katılımcının katılımıyla geliştirmişlerdir. Ölçeğin yeni formuna diğer beş alt boyuta ek olarak aşırı koruma-aşırı kontrol alt boyutu eklenmiş olup bu form altı alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçek orijinal formunda olduğu gibi 5'li Likert tipi derecelendirme üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan 12 maddenin ters kodlanmasıyla (1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28, 31) ölçekten alınabilecek toplam puan 25-150 arasında değişmektedir. Ölçekte bulunan üç madde (10, 16, 22) inkar (minimize etme) puanını hesaplamak için kullanılır ve toplam puana dahil edilmez. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87, test-tekrar test güvenirliği ise 0.96 olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada, bireylerin çocukluk çağı travmalarını belirlemek amacıyla ÇÇTÖ'nün aşırı koruma-aşırı kontrol alt boyutunun eklenmesiyle oluşturulan 33 maddelik kısa formu kullanılmış (Şar ve ark., 2020) ve genel iç tutarlılık katsayısı tüm örneklem için 0.87, çalışma grubu için 0.89, karşılaştırma grubu için 0.82 olarak belirlenmiştir.

3.2.3 Zihinselleştirme Ölçeği (Ek-E)

Dimitrijević, Hanak, Altaras-Dimitrijevic ve Jolić-Marjanović tarafından (2018) geliştirilen Zihinselleştirme Ölçeği (ZÖ), kişilerin, zihinsel süreçleri göz önünde bulundurarak kendilerinin ve diğerlerinin davranışlarını anlayabilme beceresini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin orijinal formu 28 madde ve üç alt boyuttan oluşup, 5'li Likert şeklinde puanlanmaktadır (1- tamamen yanlış, 5- tamamen doğru). Ölçeğin alt boyutları ise benliğe yönelik zihinselleştirme, diğerlerine yönelik zihinselleştirme ve zihinselleştirme motivasyonu olmakla birlikte sırasıyla her bir alt boyut için iç tutarlılık değerleri 0.76, 0.77 ve 0.77 olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı ise 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak puanlar toplam puan ile hesaplanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması; Törenli-Kaya, Alpay, Türkkal-Yenigüç ve Özçürümez-Bilgili (2023) tarafından, yaşları 18 ile 65 arasında değişen 615 katılımcı ile yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda ölçeğin üç alt boyutlu yapısı aynen korunmakla birlikte ölçeğin orijinal formundan üç madde atılarak (15, 17, 28) 25 maddeye düşürülmüştür. Söz konusu üç madde faktör yüklerinin 0.30'dan düşük olması sebebiyle Türkçe formdan çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda farklı alt boyutlar için iç tutarlılık katsayıları; benliğe yönelik zihinselleştirme alt boyutu için 0.78, diğerlerine yönelik zihinselleştirme alt boyutu için 0.80 ve zihinselleştirme motivasyonu alt boyutu için ise 0.79 olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı ise 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçekte 10 adet ters kodlanmış madde bulunmaktadır (8, 9, 11, 14, 16, 17, 19, 20, 24, 25). Gerekli ters kodlamaların yapılmasıyla ölçekten alınabilecek toplam puan 25-125 arasında değişmekte olup artan puanlar bireylerin zihinselleştirme kapasitesindeki artışa işaret etmektedir.

Mevcut çalışmada söz konusu ölçek kişilerin kendilerinin ve başkalarının davranışlarını anlayabilme beceresini ve buna yönelik motivasyonunu değerlendirmek amacıyla üç alt boyutun toplam puanı üzerinden kullanılmış ve genel iç tutarlılık katsayısı tüm örneklem için 0.81, çalışma grubu için 0.80, karşılaştırma grubu için 0.84 olarak bulunmuştur.

3.2.4 Somatizasyon Ölçeği (SÖ) (Ek-F)

Somatizasyon Ölçeği (SÖ) 33 maddeden oluşmakta ve Hathaway ve Kinley (1943) tarafından geliştirilen Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin (MMPI)

somatizasyon boyutuna ait maddeleri içermektedir. Aslen kişilik örüntülerini ölçmek için kullanılan ölçek doğru ya da yanlış şeklinde iki seçenektan birinin seçilmesiyle cevaplanır. Kişiler 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32, 33 numaralı maddelere doğru dediklerinde bu maddelerden 1, yanlış dediklerinde de 0 puan alırlarken; 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30, 31 numaralı maddeler için yanlış dediklerinde 1, doğru dediklerinde 0 puan almaktadırlar. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0 ile 33 arasında değişmekte ve yüksek puanlar, bireylerin yüksek somatizasyon düzeyine sahip oldukları anlamına gelmektedir.

Ölçek Türkçeye Dülgerler (2000) tarafından, yaşları 20 ile 54 arasında değişen 324 kişinin katılımıyla uyarlanmış ve madde sayıları ile değerlendirme yöntemi aynen korunmuştur. Söz konusu ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık değeri 0.83, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.99 olarak bulunmuştur ve somatizasyonu geçerli ve güvenli bir şekilde ölçen bir ölçüm aracı olarak saptanmıştır. Köksal (2017) tarafından yürütülen ve yaşları 18 ile 63 arasında değişen 402 kişinin yer aldığı bir çalışmada da ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada SÖ, katılımcıların somatizasyon düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır ve genel iç tutarlılık katsayısı tüm örneklem için 0.86, çalışma grubu için 0.80, karşılaştırma grubu için 0.84 olarak belirlenmiştir.

3.3 İşlem Yolu

16.05.2022 tarihinde, F.M.V. Işık Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan çalışma için onay alınmıştır. Çalışmanın verileri, Temmuz 2022 – Mart 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasında gerçekleşmiş ve öncesinde tüm katılımcılar çalışmanın amacı ve kendilerinden beklenenlere ilişkin sözel olarak bilgilendirilmiştir. Sonrasında katılımcılara araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasında gerçekleştiği, bilgilerinin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacağı, çalışmayı diledikleri zaman sonlandırabilecekleri ve çalışmanın yaklaşık 15 dakika süreceği ile ilgili bilgileri içeren bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamalarıyla sırasıyla Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Bilgiler Formu, ZÖ, SÖ ve ÇÇTÖ'yü içeren bir ölçek seti kapalı bir zarf içinde katılımcılara verilmiştir.

3.4 Veri Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS Statistics 26 programı aracılığı ile analiz edilmiş ve güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve astım özellikleri, frekans ve betimleyici analizlerle incelenmiş, grupların kategorik değişkenler açısından farklılaşma durumu ki-kare analizi ile test edilmiştir. Ölçek ve alt ölçeklere dair güvenilirlik analizleri yürütülmüştür. Bağımlı değişkenin normal dağılım gösterdiği durumlarda, astım grubu ve kontrol grubunu ya da çeşitli sosyodemografik özellikleri ölçek ve alt ölçek puanları bakımından karşılaştırmak için bağımsız örneklem t-testi analizleri uygulanmıştır. Bağımlı değişken normal dağılım göstermediğinde, astım ve kontrol grubunu ölçek ve alt ölçek puanları bakımından karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklı sosyodemografik özellikteki katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizleri uygulanmıştır. Tek yönlü varyans analizlerinde farklı sosyodemografik özellikteki katılımcıların karşılaştırılmasında Bonferroni testi kullanılmıştır. Astım grubunda çalışmada kullanılan ölçek ve alt ölçekler ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizleri yapılarak incelenmiştir. Astım grubunda çocukluk çağı travmaları ve zihinselleştirmenin somatizasyon üzerindeki yordayıcı etkisi hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin aracı etkisini değerlendirebilmek amacıyla tüm değişkenlerin toplam puanları üzerinden aracı etki analizi yapılmıştır. Bu analiz ile zihinselleştirmenin çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aracı rolü incelenmiştir.

BÖLÜM 4

4. BULGULAR

4.1 Örneklem İncelenmesi

4.1.1 Sosyodemografik Özellikler

Araştırmanın örneklemini, astım tanılı hasta grubunda 149 ve karşılaştırma grubunda 167 olmak üzere toplam 316 katılımcıdan oluşmaktadır. Astım tanılı hastaların yaş aralığı 18 ile 76 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41.94 ± 14.19 'dur. Astım hastası olmayan karşılaştırma grubu katılımcılarının yaş aralığı 18 ile 72 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41.67 ± 13.95 'dir. Astım ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması bakımından farklılaşma olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yürütülmüştür. Sonuçlar, gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir ($t=0.17$, $p>0.05$). Astım grubunun toplam eğitim süresi ortalaması 10.23 ± 5.20 yıl iken kontrol grubu katılımcılarının toplam eğitim süresi ortalaması 10.65 ± 4.76 yıldır. Bağımsız örneklem t-testi analizi sonucunda, gruplar arasında toplam eğitim süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-0.75$, $p>0.05$).

Örneklem sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur. Astım grubunun 111'i (%74.5) kadın, 38'i (%25.5) erkektir. Kontrol grubunun 122'si (%73.1) kadın, 45'i (%26.9) erkektir. Ki-kare analiz sonuçları, gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir ($\chi^2(1,316)=0.08$, $p>0.05$). Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, astım grubu katılımcılarının, 91'inin (%61.1) evli, 58'inin (%38.9) evli olmayan katılımcılardan oluştuğu, kontrol grubunun ise 109'unun (%65.3) evli, 58'inin (%34.7)

evli olmayan katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Ki-kare analizleri sonucunda, gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($\chi^2 (1,316)=0.60, p>0.05$). Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde, astım grubu katılımcılarının 72'sinin (%48.3) ilkokul/ortaokul mezunu, 77'sinin (%51.7) ise lise/üniversite mezunu oldukları belirlenirken kontrol grubu katılımcılarının 69'unun (%41.3) ilkokul/ortaokul mezunu, 98'inin (%58.7) ise lise/üniversite mezunu oldukları belirlenmiştir. Ki-kare analiz sonuçları, gruplar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir ($\chi^2 (1,316)=1.56, p>0.05$). Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde, astım tanılı hastaların 57'sinin (%38.3) çalıştığı, 92'sinin (%61.7) çalışmadığı, karşılaştırma grubu katılımcılarının 82'sinin (%49.1) çalıştığı, 85'inin (%50.9) çalışmadığı bulunmuştur. Ki-kare analizleri sonucunda, gruplar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak marjinal düzeyde anlamlı bir fark bulunduğu görülmüştür ($\chi^2 (1,316)=3.76, p=0.052$). Katılımcıların maddi durumları incelendiğinde, astım tanılı hastaların 50'sinin (%33.6) maddi durumlarını düşük, 78'inin (%52.3) orta, 21'inin (%14.1) yüksek olarak tanımladıkları ve karşılaştırma grubu katılımcılarının 36'sının (%21.6) maddi durumlarını düşük, 95'inin (%56.9) orta, 36'sının (21.6) yüksek olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Ki-kare analiz sonuçları, grupların maddi durum açısından istatistiksel olarak farklılaştığını göstermektedir ($\chi^2 (2,316)=6.89, p=0.03$). Katılımcıların sigara kullanım durumları incelendiğinde, astım grubu katılımcılarının 39'unun (%26.2) şu anda sigara kullandığı, 35'inin (%23.5) artık kullanmasa da geçmişte kullandığı, 75'inin (%50.3) ise hiç sigara kullanmadığı tespit edilirken karşılaştırma grubu katılımcılarının 49'unun (%29.3) şu anda sigara kullandığı, 34'ünün (%20.4) artık kullanmasa da geçmişte kullandığı, 84'ünün (%50.3) ise hiç sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Ki-kare analiz sonuçları, gruplar arasında sigara kullanım durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir ($\chi^2 (2,316)=0.64, p>0.05$).

Tablo 4.1 Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

		Astım Grubu (n=149)		Kontrol Grubu (n=167)		
		Ortalama±SS	Aralık	Ortalama±SS	Aralık	
Yaş		41.94±14.19	18-76	41.67±13.95	18-72	t=0.17 p=0.86
Eğitim Süresi (yıl)		10.23±5.20	1-24	10.65±4.76	1-21	t=-0.75 p=0.46
		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	111	74.5	122	73.1	$\chi^2=0.08$ p=0.77
	Erkek	38	25.5	45	26.9	
Medeni Durum	Evli olan	91	61.1	109	65.3	$\chi^2=0.60$ p=0.44
	Evli olmayan	58	38.9	58	34.7	
Eğitim Düzeyi	İlkokul/Ortaokul	72	48.3	69	41.3	$\chi^2=1.56$ p=0.21
	Lise/Üniversite	77	51.7	98	58.7	
Çalışma Durumu	Çalışan	57	38.3	82	49.1	$\chi^2=3.76$ p=0.052*
	Çalışmayan	92	61.7	85	50.9	
Maddi Durum	Düşük	50	33.6	36	21.6	$\chi^2=6.89$ p=0.03*
	Orta	78	52.3	95	56.9	
	Yüksek	21	14.1	36	21.6	

*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı

4.1.2 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özellikleri

Astım grubunun hastalığa dair özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Katılımcıların, astım tanısı aldıkları yaş 1 ile 66 arasında değişmekte olup ortalaması 26.66±13.91 yıldır. Katılımcıların astım hastalığının süresi 1 ile 55 yıl arasında değişmekte olup ortalaması 15.07±10.49’dur. Katılımcılara geçen yıl toplam kaç atak geçirdikleri sorulmuş ve atak sayılarının 0 ile 181 arasında değişmekte olup ve ortalamasının 7.27±19.32 olduğu gözlemlenmiştir. Astım grubu katılımcılarının 99’unun (%66.4) düzenli olarak astım ilacı kullandıkları, 50’sinin (%33.6) ise düzenli olarak astım ilacı kullanmadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların 26’sı (%17.4) astım ile ilgili şikayetlerinin şiddetini hafif, 81’i (%54.4) orta ve 42’si (%28.2) ağır olarak

değerlendirmiştir. Katılımcıların 76'sının (%51) ailesinde astım tanılı hasta bulunduğu, 73'ünün (%49) ailesinde ise astım tanılı hasta bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özellikleri (n=149)

		Ortalama±SS	Aralık
Astım Tanı Yaşı		26.66±13.91	1-66
Astım Süresi (yıl)		15.07±10.49	1-55
Geçen Yılda Toplam Atak Sayısı		7.27±19.32	0-181
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İlaç Kullanım Düzeni	Düzenli kullanan	99	66.4
	Düzenli kullanmayan	50	33.6
Astım Şiddeti	Hafif	26	17.4
	Orta	81	54.4
	Ağır	42	28.2
Ailede Astım Hastası	Olan	76	51
	Olmayan	73	49

4.2 Ölçeklerin İncelenmesi

4.2.1 Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları

Çalışma ve karşılaştırma gruplarına uygulanan ölçeklerde ve alt ölçeklerde yer alan maddelerin güvenilirlik analizi sonuçları tüm örneklem ve ayrı gruplar için Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3 Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Ölçekler	Madde Sayısı	Tüm	Astım	Kontrol
		Örneklem	Grubu	Grubu
		Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
ÇÇTÖ Toplam	33	0.87	0.89	0.82
ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	5	0.87	0.90	0.74
ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	5	0.84	0.84	0.79
ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	5	0.89	0.90	0.84

Tablo 4.3 (Devamı) Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Ölçekler	Madde Sayısı	Tüm	Astım	Kontrol
		Örneklem	Grubu	Grubu
		Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	5	0.85	0.86	0.84
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	5	0.85	0.85	0.85
ÇÇTÖ-Aşırı Koruma-Aşırı Kontrol	5	0.78	0.78	0.76
ZÖ Toplam	25	0.81	0.81	0.81
SÖ Toplam	33	0.86	0.80	0.84

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği

Katılımcıların çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek amacıyla kullanılan ÇÇTÖ'nün Cronbach Alfa değeri tüm katılımcılar için 0.87 olarak bulunurken astım ve kontrol grubu için ayrı olarak hesaplandığında astım grubu için 0.89, kontrol grubu için 0.82 olarak bulunmuştur. ÇÇTÖ'nün fiziksel istismar alt boyutunun Cronbach Alfa değeri tüm katılımcılar için 0.87 olarak bulunurken gruplara ayrılarak hesaplandığında astım grubu için 0.90, kontrol grubu için 0.74 olarak hesaplanmıştır. ÇÇTÖ'nün duygusal istismar alt boyutu için Cronbach Alfa değeri tüm örneklem için 0.84 olarak belirlenirken ayrı olarak hesaplandığında astım grubu için 0.84, kontrol grubu için 0.79 olarak belirlenmiştir. ÇÇTÖ'nün cinsel istismar alt boyutu için Cronbach Alfa değerinin tüm örneklem için 0.89 olduğu görülürken ayrı olarak hesaplandığında astım grubu için 0.90, kontrol grubu için 0.84 olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ'nün fiziksel ihmal alt boyutu için Cronbach Alfa değeri tüm örneklem için 0.85 olarak bulunurken, gruplar için ayrı bir şekilde hesaplandığında astım grubu için 0.86, kontrol grubu için 0.84 olduğu bulunmuştur. ÇÇTÖ'nün duygusal ihmal alt boyutu için Cronbach Alfa değeri tüm örneklem için 0.85 olarak belirlenirken ayrı olarak hesaplandığında astım grubu için 0.85, kontrol grubu için 0.85 olarak belirlenmiştir. ÇÇTÖ'nün aşırı koruma-aşırı kontrol alt boyutunun Cronbach Alfa değeri tüm katılımcılar için 0.78 olarak bulunurken gruplara ayrılarak hesaplandığında astım grubu için 0.78, kontrol grubu için 0.76 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların zihinselleştirme düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan ZÖ'nün Cronbach Alfa değeri tüm örneklem için 0.81 olarak bulunurken astım ve kontrol grubu için ayrı bir şekilde hesaplandığında astım grubu için 0.81, kontrol grubu için 0.81 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların somatizasyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan SÖ'nün Cronbach Alfa değeri tüm örneklem için 0.86 olarak belirlenmiş ve astım ve kontrol grubu için ayrı bir şekilde hesaplandığında astım grubu için 0.80, kontrol grubu için 0.84 olarak belirlenmiştir.

4.2.2 Ölçeklerin Normallik Analizleri

Araştırma kapsamında kullanılmış olan ölçeklerin ve alt boyutlarının astım tanımlı hastalar ve karşılaştırma grubu katılımcıları için normal dağılım gösterip göstermedikleri ayrı olarak incelenmiştir. Ölçeklerin ve kullanılan alt boyutların dağılımlarını kontrol etmek amacıyla çarpıklık (skewness) – basıklık (kurtosis) değerleri gruplar için ayrı olarak hesaplanmıştır. Ölçekler ve alt ölçeklerin normallik testi analizlerine ilişkin detaylar Tablo 4.4'te sunulmuştur.

George ve Mallery (2010), bir değişkenin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilebilmesi için çarpıklık-basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olması gerektiğini belirtmişlerdir. Buna göre normallik testi analiz sonuçları incelendiğinde, astım grubu için ÇÇTÖ, ZÖ ve SÖ toplam puanları ve ÇÇTÖ'nün duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol alt ölçeklerinin normal dağılım gösterdiği görülürken ÇÇTÖ'nün alt ölçeklerinden fiziksel istismar ve duygusal istismarın belirtilen aralıkta olmadığı ve normal dağılmadıkları anlaşılmıştır. Kontrol grubunun ölçek ve alt ölçeklere ilişkin normallik testi analiz sonuçları incelendiğinde, ÇÇTÖ, ZÖ ve SÖ toplam puanları ve ÇÇTÖ'nün fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma-aşırı kontrol alt ölçeklerinin çarpıklık-basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olduğu anlaşılmış ve normal dağılım gösterdikleri kabul edilmiştir. Kontrol grubu için ÇÇTÖ'nün alt ölçeklerinden fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismarın bu aralıkta olmamaları sebebiyle normal dağılmadıkları anlaşılmıştır.

Tablo 4.4 Ölçekler ve Alt Ölçeklerin Normallik Testi Analizleri

Değişkenler	Astım Grubu (n=149)				Kontrol Grubu (n=167)			
	Skewness		Kurtosis		Skewness		Kurtosis	
	<i>İstatistik</i>	<i>SS</i>	<i>İstatistik</i>	<i>SS</i>	<i>İstatistik</i>	<i>SS</i>	<i>İstatistik</i>	<i>SS</i>
ÇÇTÖ Toplam	0.98	0.20	0.72	0.39	1.05	0.19	1.17	0.37
ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	2.14	0.20	4.75	0.39	3.45	0.19	15.94	0.37
ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	0.89	0.20	0.09	0.39	2.24	0.19	6.97	0.37
ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	3.07	0.20	10.41	0.36	4.70	0.19	25.46	0.37
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	0.80	0.20	0.23	0.39	0.75	0.19	0.40	0.37
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	0.43	0.20	-0.43	0.39	0.67	.019	-0.03	0.37
ÇÇTÖ-Aşırı Koruma-Kontrol	0.40	0.20	-0.72	0.39	0.79	0.19	0.41	0.37
ZÖ Toplam	-0.07	0.20	-0.22	0.39	0.16	0.19	0.30	0.37
SÖ Toplam	0.09	0.20	-0.41	0.39	0.46	0.19	-0.63	0.37

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği

4.2.3 Örneklem Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Her iki grubun, ölçek ve alt ölçek puanları açısından anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için bağımsız örneklem t-testi analizi ve Mann Whitney U analizi yürütülmüştür. İki farklı grubun bir sürekli değişkene ait ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğinin anlaşılması için uygulanan bağımsız örneklem t-testi analizinin ön koşullarından biri, bağımlı değişkenin her iki grupta da normal dağılım göstermesidir. Çalışmamızda ÇÇTÖ'nün fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt boyutlarında normal dağılım şartı sağlanamadığından bu alt boyutların gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının anlaşılması için parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U analizi uygulanmıştır. Çalışma ve karşılaştırma gruplarının normal

dağılım gösterdiği ölçek ve alt ölçeklere dair puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve grupların ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına ilişkin bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5 Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması (Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları)

	Astım Grubu	Kontrol Grubu	
	(n=149)	(n=167)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
ÇÇTÖ Toplam	58.55±18.99	49.85±13.47	t=4.72 p<0.001***
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	10.36±4.38	9.63±3.83	t=1.59 p=0.11
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	12.69±4.69	11.46±4.49	t=2.38 p=0.02*
ÇÇTÖ-Aşırı Koruma-Aşırı Kontrol	11.85±4.41	10.02±3.64	t=4.02 p<0.001***
ZÖ Toplam	86.29±12.95	91.57±11.44	t=-3.84 p<0.001***
SÖ Toplam	17.56±5.73	11.71±6.12	t=8.74 p<0.001***

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği

*p<0.05, ***p<0.001: istatistiksel olarak anlamlı

Analiz sonuçları astım grubunun ÇÇTÖ toplam puanının (58.55±18.99) kontrol grubuna oranla (49.85±13.47) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır ($t(313)=4.72$, $p<0.001$). Astım grubu ile kontrol grubunun ÇÇTÖ'nün normal dağılım gösteren alt boyut değerleri arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi kullanılmıştır. Astım ve kontrol grubu fiziksel ihmal puanları üzerinden karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından olan fiziksel ihmal düzeyinin, katılımcıların astım olma durumuna göre farklılık göstermediğini belirtmektedir. Gruplar bir diğer ihmal türü olan duygusal

ihmal puanları üzerinden karşılaştırıldığında, sonuçlar astım grubunun duygusal ihmal puanlarının (12.69±4.69) kontrol grubuna oranla (11.46±4.49) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($t(314)=2.38, p=0.02$). Gruplar aşırı koruma-aşırı kontrol puanları üzerinden karşılaştırıldığında, astım grubunun aşırı koruma-aşırı kontrol puanlarının (11.85±4.41) kontrol grubuna oranla (10.02±3.64) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($t(314)=4.02, p<0.001$).

Grupları zihinselleştirme düzeyleri açısından karşılaştırmak amacıyla yürütülen bağımsız örneklem t-testi analiz sonuçları, astım grubunun zihinselleştirme düzeyinin (86.29±12.95) kontrol grubuna oranla (91.57±11.44) anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir ($t(314)=-3.84, p<0.001$).

Grupları somatizasyon düzeyleri açısından karşılaştırmak amacıyla yürütülen bağımsız örneklem t-testi analizi sonucunda, astım grubunun somatizasyon düzeyinin (17.56±5.73) kontrol grubuna oranla (11.71±6.12) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(314)=8.74, p<0.001$).

Astım ve kontrol gruplarının normal dağılım göstermediği fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçeklerine dair sıra ortalamaları, sıra toplamları ve grupların söz konusu alt ölçekler üzerinden karşılaştırılmasına ilişkin Mann Whitney U testi analiz sonuçları Tablo 4.6’da sunulmaktadır.

Tablo 4.6 Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi Sonuçları)

	Astım Grubu (n=149)			Kontrol Grubu (n=167)			
	Ort.±SS	S.O.	S.T.	Ort.±SS	S.O.	S.T.	
ÇÇTÖ- Fiziksel İstismar	7.73±4.21	174.37	25980.50	6.15±2.11	144.34	24105.50	U=10077.5 Z=-3.14 p=0.002**
ÇÇTÖ- Duygusal İstismar	9.82±4.54	188.04	28017.50	7.27±3.19	132.15	22068.50	U=8040.50 Z=-5.55 p<0.001***
ÇÇTÖ- Cinsel İstismar	6.09±2.66	169.09	25194.00	5.36±1.28	149.05	24892.00	U=10864.00 Z=-2.97 p=0.003**

p<0.01, *p<0.001: istatistiksel olarak anlamlı

Analiz sonuçları, astım grubunun fiziksel istismar sıra ortalamasının (174.37) kontrol grubuna (144.34) oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır ($U=10077.50$, $Z=-3.14$, $p=0.002$). Gruplar duygusal istismar düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, astım grubunun sıra ortalamasının (188.04) kontrol grubuna (132.15) oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($U=8040.50$, $Z=-5.55$, $p<0.001$). Gruplar cinsel istismar düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, astım grubunun sıra ortalamasının (169.09) kontrol grubuna (149.05) oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($U=10864.00$, $Z=-2.97$, $p=0.003$).

4.2.4 Ölçeklerin Farklı Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Farklı sosyodemografik özellikteki astım grubu katılımcılarının ölçek puanları; bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizleri (Bonferroni testi) kullanılarak incelenmiştir. Bulgular Tablo 7’de sunulmaktadır.

Tablo 4.7 Astım Grubunun Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (n=149)

	ÇÇTÖ		ZÖ		SÖ	
	Toplam		Toplam		Toplam	
Cinsiyet						
Kadın (n=111)	58.20±19.00	t=-0.39	86.93±12.29	t=1.01	17.83±5.42	t=0.96
Erkek (n=38)	59.58±19.17	p=0.70	84.45±14.71	p=0.31	16.79±6.58	p=0.34
Medeni Durum						
Evli olan (n=91)	58.36±20.08	t=-0.15	84.86±13.43	t=-1.71	18.24±5.74	t=1.82
Evli olmayan (n=58)	58.84±17.30	p=0.88	88.55±11.92	p=0.09	16.50±5.61	p=0.07
Eğitim Düzeyi						
İlkokul/Ortaokul (n=72)	57.99±17.80	t=-0.35	83.08±11.40	t=-3.01	18.57±5.37	t=2.09
Lise/Üniversite (n=77)	59.08±20.13	p=0.73	89.30±13.64	p=0.003**	16.62±5.93	p=0.04*

Tablo 4.7 (Devamı) Astım Grubunun Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (n=149)

	ÇÇTÖ Toplam		ZÖ Toplam		SÖ Toplam	
Çalışma Durumu						
Çalışan (n=57)	59.07±21.71	t=0.26 p=0.79	88.91±14.09	t=1.96 p=0.05*	17.30±5.74	t=-0.44 p=0.65
Çalışmayan (n=92)	58.23±17.21		84.67±11.98		17.73±5.75	
Maddi Durum						
Düşük (n=50)	59.98±18.01	F=1.70 p=0.19	83.06±12.43	F=2.96 p=0.05*	18.78±6.19	F=1.99 p=0.14
Orta (n=78)	56.13±18.08		88.63±13.14		16.73±5.28	
Yüksek (n=21)	64.14±23.53		85.33±12.19		17.76±5.97	

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.7’de sunulduğu üzere ÇÇTÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına ve maddi durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Astım grubu katılımcılarının ZÖ toplam puanı katılımcıların eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, ZÖ toplam puanlarının, katılımcıların eğitim düzeylerine göre farklılaştığı saptanmıştır ($t(147)=-3.01$, $p=0.003$). Astım grubunda yer alan ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların (83.08 ± 11.40) ZÖ toplam puanları, lise/üniversite mezunu katılımcılara (89.30 ± 13.64) oranla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Astım grubu katılımcılarının ZÖ toplam puanı katılımcıların çalışma durumuna göre incelendiğinde, astım grubu katılımcılarının ZÖ toplam puanlarının çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t(147)=1.96$, $p=0.052$). Astım grubunda yer alan çalışan katılımcıların (88.91 ± 14.09) ZÖ toplam puanları, çalışmayanlara (84.67 ± 11.98) oranla anlamlı düzeyde daha yüksektir. ZÖ toplam puanı katılımcıların maddi durumlarına göre incelendiğinde, sonuçlar astım grubu katılımcılarının ZÖ toplam puanlarının maddi durumlarına göre marjinal düzeyde anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır ($F(2,146)=2.96$,

$p=0.05$). Bonferroni testi sonuçları, astım grubunda yer alan maddi durumu düşük katılımcıların (83.06 ± 12.43) ZÖ toplam puanlarının, maddi durumu orta (88.63 ± 13.14) olanlara oranla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir. ZÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Astım grubu katılımcılarının SÖ toplam puanı katılımcıların eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, SÖ toplam puanlarının, katılımcıların eğitim düzeylerine göre farklılaştığı belirlenmiştir ($t(147)=2.09$, $p=0.04$). Astım grubunda yer alan ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların (18.57 ± 5.37) SÖ toplam puanlarının, lise/üniversite mezunu katılımcılara (16.62 ± 5.93) oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. SÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının cinsiyetlerine, medeni durumlarına, çalışma durumlarına ve maddi durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır.

4.2.5 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Astım grubunda yer alan ve farklı hastalık özelliklerine sahip katılımcıların ölçek puanları bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizleri (Bonferroni testi) ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.8’de sunulmaktadır.

Tablo 4.8 Astım Grubunun Hastalığa Dair Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması (n=149)

		ÇÇTÖ	ZÖ	SÖ
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlaç	Düzenli	56.37±17.41	86.02±12.62	17.58±5.57
Kullanım	kullanan			
Düzeni	(n=99)			
	Düzenli	62.86±21.31	86.84±13.68	17.54±6.09
	kullanmayan			
	(n=50)			

Tablo 4.8 (Devamı) Astım Grubunun Hastalığa Dair Özelliklerinin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması (n=149)

		ÇÇTÖ		ZÖ		SÖ	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Astım	Hafif	57.58±15.92		90.58±11.31		14.65±5.81	
Şiddeti	(n=26)						
	Orta	58.09±19.08	F=0.19	86.86±13.60	F=3.36	17.38±5.43	F=6.84
	(n=81)		p=0.830		p=0.037*		p=0.001**
	Ağır	60.05±20.81		82.55±11.81		19.71±5.52	
	(n=42)						
Ailede	Olan	61.10±20.19		86.34±13.05		18.41±5.83	
Astım	(n=76)		t=1.69		t=0.04		t=1.85
Hastası	Olmayan	55.89±17.39	p=0.094	86.25±12.93	p=0.964	16.68±5.53	p=0.066
	(n=73)						

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği
*p<0.05, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı

ÇÇTÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının ilaç kullanım düzenine göre değişip değişmediğini ölçmek için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Sonuçlar, ÇÇTÖ toplam puanlarının katılımcıların ilaç kullanım düzenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir ($t(147)=-1.99, p=0.049$). Düzenli ilaç kullanmayan astım hastalarının (62.86 ± 21.31) ÇÇTÖ toplam puanları, düzenli ilaç kullananlara göre (56.37 ± 17.41) anlamlı düzeyde daha yüksektir. ÇÇTÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının astım şikayetlerinin şiddetine göre değişip değişmediğini ölçmek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Sonuçlar, ÇÇTÖ toplam puanlarının katılımcıların astım şikayetlerinin şiddetine göre anlamlı bir fark göstermediğini belirtmektedir. ÇÇTÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının ailesinde başka astım hastası olma durumuna göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi uygulanmıştır. Sonuçlar, ÇÇTÖ toplam puanlarının katılımcıların ailesinde astım hastası olma durumuna göre anlamlı bir fark göstermediğini işaret etmektedir.

ZÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının ilaç kullanım düzenine göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi uygulanmıştır. Sonuçlar, ZÖ toplam puanlarının katılımcıların ilaç kullanım düzenine

göre anlamlı bir fark göstermediğini işaret etmektedir. ZÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının astım şikayetlerinin şiddetine göre değişip değişmediğini ölçmek için tek yönlü varyans analizi yürütülmüştür. Sonuçlar ZÖ toplam puanlarının katılımcıların astım şikayetlerinin şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir ($F(2, 146)=3.36, p=0.04$). Bonferroni testi sonuçları, astım şikayet şiddeti hafif olanların (90.58 ± 11.31) ZÖ toplam puanlarının, şikayet şiddeti ağır olanlara göre (82.55 ± 11.81) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. ZÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının ailesinde başka astım hastası olma durumuna göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi uygulanmıştır. Sonuçlar, ZÖ toplam puanlarının katılımcıların ailesinde astım hastası olma durumuna göre anlamlı bir fark göstermediğini işaret etmektedir.

SÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının ilaç kullanım düzenine göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi uygulanmıştır. Sonuçlar, SÖ toplam puanlarının katılımcıların ilaç kullanım düzenine göre anlamlı bir fark göstermediğini belirtmektedir. SÖ toplam puanlarının astım grubu katılımcılarının astım şikayetlerinin şiddetine göre değişip değişmediğini incelemek için tek yönlü varyans analizi yürütülmüştür. Sonuçlar SÖ toplam puanlarının katılımcıların astım şikayetlerinin şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir ($F(2, 146)=6.84, p<0.001$). Bonferroni testi sonuçları, astım şikayet şiddeti hafif olanların (14.65 ± 5.81) SÖ toplam puanlarının, şikayet şiddeti orta (17.38 ± 5.43) ve ağır olanlara göre (19.71 ± 5.52) anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

4.3 Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

4.3.1 Astım Grubunun Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon

Analizi Sonuçları

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt ölçeklerin birbirleri ve sürekli değişkenlerle olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve astım grubu katılımcılarına dair korelasyon analizi bulguları Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Katılımcıların yaşı ile eğitim süreleri ($r=-0.616, p<0.01$), cinsel istismar düzeyleri ($r=-0.165, p<0.01$) ve zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.186, p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunurken katılımcıların yaşı ile astım süreleri ($r=0.362, p<0.01$) ve fiziksel ihmal düzeyleri ($r=-0.164, p<0.05$) arasında pozitif

yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, astım tanılı hastaların yaşı arttıkça eğitim süreleri, cinsel istismar düzeyleri ve zihinselleştirme düzeyleri azalırken astım süreleri ve fiziksel ihmal düzeyleri artmaktadır. Astım tanılı hastaların yaşı ile son bir sene içerisinde geçirilen atak sayıları, çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ve somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların eğitim süreleri ile astım süreleri ($r=-0.351, p<0.01$), fiziksel ihmal düzeyleri ($r=-0.277, p<0.01$) ve somatizasyon düzeyleri ($r=-0.186, p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bulunurken eğitim süreleri ile cinsel istismar ($r=0.236, p<0.01$), duygusal ihmal ($r=0.177, p<0.05$) ve zihinselleştirme düzeyleri ($r=0.293, p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Astım tanılı hastaların eğitim süreleri ile son bir sene içerisinde geçirilen atak sayıları, çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ve arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların astım süreleri ile zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.221, p<0.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunurken astım süreleri ile fiziksel ihmal düzeyleri ($r=0.229, p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, astım tanılı hastaların hastalık süresi arttıkça zihinselleştirme düzeyleri azalırken fiziksel ihmal düzeyleri artmaktadır. Katılımcıların astım süresi ile son bir sene içerisinde geçirilen atak sayıları, çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ve somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların son bir sene içerisinde geçirilen atak sayıları ile çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri, zihinselleştirme ve somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları toplam puanlarının zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.405, p<0.01$) ile negatif; fiziksel istismar ($r=0.820, p<0.01$), duygusal istismar ($r=0.876, p<0.01$), cinsel istismar ($r=0.473, p<0.01$), fiziksel ihmal ($r=0.722, p<0.01$), duygusal ihmal ($r=0.851, p<0.01$), aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ($r=0.712, p<0.01$) ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.566, p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre astım tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları arttıkça zihinselleştirme düzeylerinin azaldığı ve fiziksel istismar, duygusal istismar,

cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeylerinin ve somatizasyon düzeylerinin arttığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların fiziksel istismar toplam puanlarının zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.338$, $p<0.01$) ile negatif; duygusal istismar ($r=0.692$, $p<0.01$), cinsel istismar ($r=0.352$, $p<0.01$), fiziksel ihmal ($r=0.520$, $p<0.01$), duygusal ihmal ($r=0.583$, $p<0.01$), aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ($r=0.512$, $p<0.01$) ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.478$, $p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre astım tanılı hastaların fiziksel istismar düzeyleri arttıkça zihinselleştirme düzeyleri azalırken duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeylerinin ve somatizasyon düzeylerinin arttığı görülmektedir.

Katılımcıların duygusal istismar toplam puanlarının, cinsel istismar ($r=0.392$, $p<0.01$), fiziksel ihmal ($r=0.474$, $p<0.01$), duygusal ihmal ($r=0.698$, $p<0.01$), aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ($r=0.633$, $p<0.01$) ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.495$, $p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre astım tanılı hastaların duygusal istismar düzeyleri arttıkça cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeylerinin ve somatizasyon düzeylerinin arttığı görülmektedir. Astım tanılı hastalarda, duygusal istismar düzeyi ile zihinselleştirme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların cinsel istismar toplam puanlarının, fiziksel ihmal ($r=0.222$, $p<0.01$), duygusal ihmal ($r=0.388$, $p<0.01$) ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.240$, $p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum, astım tanılı hastalarda cinsel istismar düzeyi arttıkça fiziksel ihmal, duygusal ihmal, ve somatizasyon düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir. Astım tanılı hastalarda cinsel istismar düzeyi ile aşırı koruma-aşırı kontrol ve zihinselleştirme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Astım grubu katılımcılarının fiziksel ihmal toplam puanlarının zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.339$, $p<0.01$) ile negatif; duygusal ihmal ($r=0.599$, $p<0.01$), aşırı koruma-kontrol düzeyleri ($r=0.361$, $p<0.01$) ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.456$, $p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre astım tanılı hastaların fiziksel ihmal düzeyleri arttıkça zihinselleştirme düzeylerinin azaldığı ve duygusal ihmal, aşırı koruma-aşırı kontrol düzeylerinin ve somatizasyon düzeylerinin arttığı anlaşılmaktadır.

Katılımcılarının duygusal ihmal toplam puanlarının zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.319$, $p<0.01$) ile negatif; aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri ($r=0.498$, $p<0.01$)

ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.410$, $p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre astım tanılı hastaların duygusal ihmal düzeyleri arttıkça zihinselleştirme düzeylerinin azaldığı ve aşırı koruma-aşırı kontrol düzeylerinin ve somatizasyon düzeylerinin arttığı anlaşılmaktadır.

Katılımcılarının aşırı koruma-aşırı kontrol toplam puanlarının zihinselleştirme düzeyleri ($r=-0.332$, $p<0.01$) ile negatif ve somatizasyon düzeyleri ($r=0.437$, $p<0.01$) ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre astım tanılı hastaların aşırı koruma-aşırı kontrol düzeyleri arttıkça zihinselleştirme düzeylerinin azaldığı ve somatizasyon düzeylerinin arttığı anlaşılmaktadır.

Son olarak, astım grubu katılımcılarının zihinselleştirme düzeylerinin somatizasyon düzeyleri ile negatif ilişkili olduğu görülmektedir ($r=-0.474$, $p<0.01$). Astım tanılı hastalarda zihinselleştirme düzeyi arttıkça somatizasyon düzeyinin azaldığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.9 Astım Grubu Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizleri (n=149)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Yaş	1												
2 Eğitim Süresi (yıl)	-0.616**	1											
3 Astım Süresi (yıl)	0.362**	-0.351**	1										
4 Yılda Atak Sayısı	-0.073	-0.015	-0.001	1									
5 ÇÇTÖ	-0.029	0.040	0.131	0.011	1								
6 Fiziksel İstismar	0.034	0.018	0.175	-0.012	0.820**	1							
7 Duygusal İstismar	-0.118	0.131	0.038	-0.005	0.876**	0.692**	1						
8 Cinsel İstismar	-0.165*	0.236**	-0.069	0.070	0.473**	0.352**	0.392**	1					
9 Fiziksel İhmal	0.164*	-0.277**	0.229**	0.059	0.722**	0.520**	0.474**	0.222**	1				
10 Duygusal İhmal	-0.125	0.177*	0.053	0.090	0.851**	0.583**	0.698**	0.388**	0.599**	1			
11 AK-AK	0.033	-0.033	0.114	-0.135	0.712**	0.512**	0.633**	0.059	0.361**	0.498**	1		
12 ZÖ toplam	-0.186*	0.293**	-0.221**	-0.044	-0.405**	-0.338**	-0.366	-0.062	-0.339**	-0.319**	-0.332**	1	
13 SÖ toplam	0.015	-0.186*	0.117	0.099	0.566**	0.478**	0.495**	0.240**	0.456**	0.410**	0.437**	-0.474**	1

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; AK-AK: Aşırı Koruma-Aşırı Kontrol; ZÖ: Zihinsel Zayıflama Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001: istatistiksel olarak anlamlı

4.4 Astım Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travma Düzeyi ve Zihinselleştirmenin Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Rolü

Astım grubunda ÇÇTÖ toplam puanının ve ZÖ toplam puanının, SÖ toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek için hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Modelin 1. basamağında, astım tanılı hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim süresi, astım şiddeti, atak sayısı ve astım süresi kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Cinsiyet değişkeni regresyon modellerine kukla (dummy) değişkeni olarak eklenmiştir. Bu değişkenler SÖ toplam puanındaki varyansın %12'sini açıklamaktadır, $F(6,142)=3.11$, $p<0.01$. Analiz sonuçları eğitim süresi ($\beta=-0.21$, $p<0.05$) ve astım şiddetinin ($\beta=-0.18$, $p<0.05$) somatik belirtileri negatif yönde anlamlı bir şekilde yordadığını ortaya koymaktadır. Astım tanılı hastaların cinsiyetinin, yaşının, atak sayısının ve astım süresinin SÖ toplam puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmektedir.

Modelin 2. basamağında, kontrol değişkenlerine ek olarak ÇÇTÖ toplam puanı değişkeni modele eklenmiştir ve modelin SÖ toplam puanı üzerindeki varyansın %43'ünü açıkladığı bulunmuştur, $F(7,141)=15.22$, $p<0.001$. Analiz sonuçları ÇÇTÖ toplam puanının modele eklenmesiyle eğitim süresi ($\beta=-0.25$, $p<0.01$) ve astım şiddetinin ($\beta=-0.17$, $p<0.05$) SÖ toplam puanı üzerindeki negatif yönde anlamlı etkilerinin devam ettiğini, ÇÇTÖ toplam puanının da SÖ toplam puanı üzerinde pozitif yönde anlamlı yordayıcı etkisinin bulunduğunu ($\beta=0.57$, $p<0.001$) açığa çıkarmıştır.

Modelin 3. basamağında, tüm bu değişkenlere ek olarak, ZÖ toplam puanı değişkeni modele eklenmiştir ve modelin SÖ toplam puanı üzerindeki varyansın %47'sini açıkladığı bulunmuştur, $F(8,140)=15.86$, $p<0.001$. Analiz sonuçları ZÖ toplam puanının modele eklenmesiyle eğitim süresi ($\beta=-0.18$, $p<0.05$) ve astım şiddetinin ($\beta=-0.15$, $p<0.05$) SÖ toplam puanı üzerindeki negatif yönde anlamlı etkilerinin, ÇÇTÖ toplam puanının ise SÖ toplam puanı üzerindeki pozitif yönde anlamlı etkisinin devam ettiğini ($\beta=0.47$, $p<0.001$) göstermektedir. Modele eklenen ZÖ toplam puanının da SÖ toplam puanı üzerinde negatif yönde yordayıcı etkisinin bulunduğunu göstermektedir ($\beta=-0.25$, $p<0.01$).

Tablo 4.10 Astım Grubunda Çocukluk Çağı Travma Düzeyi ve Zihinselleştirmenin Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Rolü

Değişkenler	B	%95 GA		SH	β	P	R ²	ΔR^2
		LLCI	ULCI					
1. Basamak							0.12	0.12*
Sabit	22.24	16.63	27.85	2.84		<0.001***		
Cinsiyet	0.69	-1.39	2.78	1.06	0.05	0.512		
Yaş	-0.07	-0.15	0.01	0.04	-0.18	0.09		
Eğitim Süresi	-0.23	-0.46	-0.003	0.12	-0.21	0.047*		
Astım Şiddeti	-2.70	-5.26	-0.13	1.30	-0.18	0.04*		
Atak Sayısı	0.02	-0.03	0.07	0.02	0.07	0.38		
Astım Süresi	0.03	-0.06	0.13	0.04	0.06	0.49		
2. Basamak							0.43	0.31***
Sabit	12.65	7.64	17.65	2.53		<0.000***		
Cinsiyet	0.99	-0.69	2.68	0.85	0.08	0.24		
Yaş	-0.06	-0.13	0.01	0.03	-0.15	0.08		
Eğitim Süresi	-0.28	-0.47	-0.09	0.09	-0.25	0.003**		
Astım Şiddeti	-2.49	-4.56	-0.43	1.04	-0.17	0.02*		
Atak Sayısı	0.02	-0.02	0.06	0.02	0.07	0.28		
Astım Süresi	-0.02	-0.10	0.06	0.04	-0.04	0.59		
ÇÇTÖ Toplam	0.17	0.13	0.21	0.02	0.57	0.000***		
3. Basamak							0.47	0.04**
Sabit	23.03	15.34	30.73	3.89		0.000***		
Cinsiyet	1.33	-0.30	2.96	0.83	0.10	0.11		
Yaş	-0.06	-0.12	0.005	0.03	-0.15	0.07		
Eğitim Süresi	-0.20	-0.39	-0.02	0.09	-0.18	0.03*		
Astım Şiddeti	-2.33	-4.33	-0.34	1.01	-0.15	0.02*		
Atak Sayısı	0.02	-0.02	0.05	0.02	0.06	0.32		
Astım Süresi	-0.03	-0.10	0.04	0.04	-0.06	0.42		
ÇÇTÖ Toplam	0.14	0.10	0.18	0.02	0.47	<0.001***		
ZÖ Toplam	-0.11	-0.17	-0.05	0.03	-0.25	0.001**		

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği
 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001: istatistiksel olarak anlamlı

4.5 Astım Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ile Somatizasyon Arasındaki İlişkide Zihinselleştirmenin Aracı Rolü

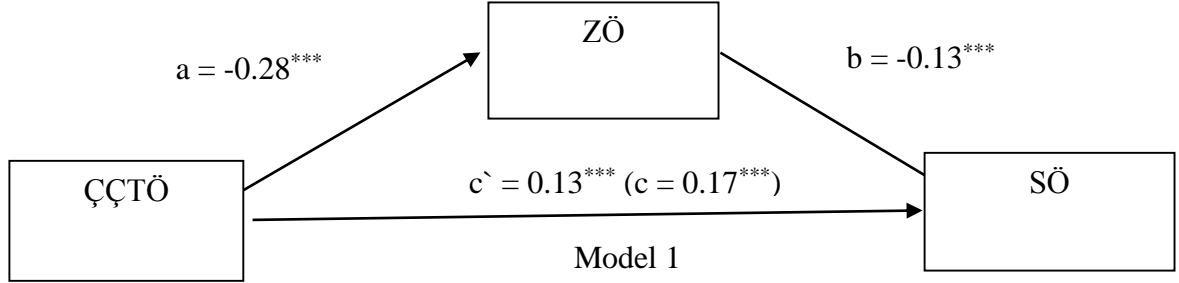
Aracı değişken analizinde, Baron ve Kenny (1986)'nin modeli esas alınmıştır. Bu model, bir değişkenin aracı değişken olabilmesi için sağlaması gereken dört koşul olduğunu belirtmektedir. Bu koşullar şu şekildedir:

1. Bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması,
2. Bağımsız değişken ile aracı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması,
3. Aracı değişken ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması,
4. Aracı değişkenin modele eklenmesiyle bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni artık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordayamaması ya da aracı değişkenin modele eklenmesiyle bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin azalmış olmasıdır.

Aracı değişkenin modele eklenmesiyle bağımsız değişken, bağımlı değişkeni artık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordayamıyorsa bu durum aracı değişkenin tam aracılık rolü olduğunu; aracı değişkenin modele eklenmesiyle bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi azalmışsa bu durum aracı değişkenin kısmi aracılık rolü olduğunu göstermektedir (Baron ve Kenny, 1986).

Astım tanılı hastalarda ÇÇTÖ toplam puanı ile SÖ toplam puanı arasındaki ilişkide ZÖ toplam puanının aracı rolünü araştırmak amacıyla aracı etki analizi yürütülmüştür (PROCESS, Model 4). Bu doğrultuda test edilen model Şekil 4.1'de gösterilmektedir. Sonuçlar, bu modelde ÇÇTÖ'nün ZÖ ile anlamlı bir ilişkisinin olduğunu [a yolu; $\beta=-0.28$, SH=0.05, $p<0.001$, güven aralığı (GA) (-0.38, -0.17)] ve ZÖ'nün SÖ'yü anlamlı bir şekilde yordadığını göstermektedir [b yolu; $\beta=-0.13$, SH=0.03, $p<0.001$, GA (-0.19, -0.07)]. ÇÇTÖ'nün SÖ üzerindeki doğrudan etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir [c' yolu; $\beta=0.13$, SH=0.02, $p<0.001$, GA (0.09, 0.18)]. ÇÇTÖ'nün SÖ üzerindeki toplam etkisi incelendiğinde bu etkinin de anlamlı olduğu bulunmuştur [c yolu; $\beta=0.17$, SH=0.02, $p<0.001$, GA (0.13, 0.21)]. ZÖ toplam puanının modele eklenmesiyle,

ÇÇTÖ toplam puanının SÖ toplam puanı üzerindeki anlamlı etkisi 0.17'den 0.13'e düşmüştür. Böylelikle sonuçlar, astım grubunda ÇÇTÖ toplam puanının SÖ toplam puanı üzerindeki etkisinde ZÖ toplam puanının kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir (Şekil 1). ÇÇTÖ toplam puanının tek başına SÖ toplam puanını açıklama varyansı %32 iken ($F(1,147)= 69.34, p<0.001$) ZÖ toplam puanı modele dahil edildiğinde SÖ toplam puanını açıklama varyansı %39 olarak değişmiştir ($F(2,146)=47.05, p<0.001$).



Şekil 4.1 Astım grubunda ÇÇTÖ toplam puanı ile SÖ toplam puanı arasındaki ilişkide ZÖ toplam puanının rolüne ilişkin aracılık modeli

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ZÖ: Zihinselleştirme Ölçeği; SÖ: Somatizasyon Ölçeği
*** $p<0.001$: istatistiksel olarak anlamlı

BÖLÜM 5

5. TARTIŞMA

Mevcut çalışmada, astım tanılı hastaların ve astım tanısı olmayan karşılaştırma grubu katılımcılarının çocukluk çağı travmalarının somatik belirtileriyle ilişkileri incelenmiştir. Bunun yanı sıra, çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin aracı etkisi araştırılmıştır. Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla uzman doktorlar tarafından astım tanısının konulduğu ve hastanelerin ilgili bölümlerine başvuruda bulunan 111'i kadın 38'i erkek 149 astım tanılı hastadan (yaş ortalaması: 41.94 ± 14.19) ve 122'si kadın 45'i erkek 167 astım tanısı bulunmayan katılımcıdan (yaş ortalaması: 41.67 ± 13.95) veri toplanmıştır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan çalışma ve karşılaştırma grupları sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında, grupların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, toplam eğitim senesi ve sigara kullanım durumu gibi özellikler açısından benzerlik gösterdikleri, gruplar arasında belirtilen değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Grupların belirtilen değişkenler açısından benzer olmalarının, grupların karşılaştırılabilir olması açısından önemli olduğu ve çalışmanın güçlü yönlerinden birini oluşturduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, çalışma ve karşılaştırma gruplarının çalışma durumu ve maddi durum değişkenleri açısından anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Bunun bir nedeninin, çeşitli çalışma koşullarının astım ataklarını tetikleyebilmesi sebebiyle astım tanılı hastaların işlerine devam edememesi ve bu sebeple maddi durumlarının daha düşük olabileceği düşünülmüştür. Bir başka nedenin, astım şiddeti ve buna bağlı olarak hastaların atak sayısı arttıkça iş devamsızlığının artması ve üretkenliğin azalması olabileceği, buna bağlı olarak işlerini kaybetmelerine ve maddi durumlarındaki düşüşe

sebepler olabileceği düşünülmektedir. Alanyazın incelendiğinde, astım tanılı hastaların iş devamsızlığının astım tanısı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve iş üretkenliklerinin azaldığı görülmektedir (Maslan ve Mims, 2014; Nurmagambetov, Khavjou, Murphy ve Orenstein, 2016; Song, Blake, Wilson, Winterstein ve Park, 2020).

Çalışmanın amaçlarından biri, astım ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılmasıdır. Alanyazın incelendiğinde, astım tanılı hastaların çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bhan ve ark., 2014; Hyland ve ark., 2012; Korkeila ve ark., 2012; Panisch ve ark., 2022; Scott ve ark., 2008). Panisch ve arkadaşları (2022), üç veya daha fazla çocukluk çağı travmatik yaşantısı olan çocukların astımı olma olasılığının, çocukluk çağı travmatik yaşantıları olmayan çocuklara oranla 2.57 kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmalar, iki ya da daha fazla çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte astım başlangıcını anlamlı şekilde yordadığını işaret etmektedir (Korkeila ve ark., 2012; Scott ve ark., 2008). Bhan ve arkadaşları (2014), çocukluk çağı travmalarının her alt boyutunun astım olma ile pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Mevcut çalışmanın bulguları da alanyazınla benzer olarak, ÇÇTÖ toplam puanı ve fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve aşırı koruma-aşırı kontrol alt ölçek puanlarının astım tanılı hastalarda astım tanısı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın bulguları, astım tanılı hastaların zihinselleştirme düzeyinin astım tanısı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Alanyazın incelendiğinde doğrudan astım ve zihinselleştirme arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Çocuğu astım olan ailelerle yürütülen bir çalışmanın bulguları, ailelerin sürekli olarak çocuğun güvenliğine ve sağlığına yönelik korku ve kaygı duyduklarını ortaya koymaktadır (Laster, Holsey, Shendell, Mccarty ve Celano, 2009). Zihinselleştirme kapasitesindeki gelişimin, erken yaşam dönemlerinde bakım verenlerin aynalanması yolu ile gerçekleştiği (Busch, 2011) ve kaygının bağlanma sistemini aktive ederek zihinselleştirmeyi baskıladığı (Fonagy, 2006) bilinmektedir. Alanyazınla ilişkili olarak çalışmamızda astım tanılı hastaların zihinselleştirme düzeylerinin astım tanısı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha düşük olmasının sebebinin, çocuğu astım hastası olan ebeveynlerin kaygı ve korkularının çocuk tarafından

aynalanması yoluyla bağlanma sisteminin aktivasyonu sonucu zihinselleştirmenin baskılanmasıyla ilişkili olabileceği ve söz konusu çocuklarda kritik dönemlerde zihinselleştirme becerisinin kazanımında sorunlar olabileceği düşünülmektedir. Bir başka çalışmada, astımlı çocuklarının annelerinin algılanan ebeveynlik streslerinin çocuğu sağlıklı olan annelere oranla daha yüksek olduğu ve anne ile çocuk arasındaki ilişki kalitesinin daha problemlili olduğu ortaya konmaktadır (Carson ve Schauer, 1992). Bu durumun da benzer bir şekilde bağlanma sisteminin aktivasyonu yoluyla çocukta zihinselleştirme gelişiminin baskılanmasıyla ve yetişkinlikte daha düşük zihinselleştirme düzeyiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda astım tanılı hastaların zihinselleştirme düzeylerinin astım tanısı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha düşük olmasına dair bir diğer açıklamanın, astım tanılı hastaların psikolojik sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olarak zihinselleştirme düzeylerindeki düşüş olabileceği düşünülmektedir. Alanyazın incelendiğinde, astım tanılı hastaların psikolojik sıkıntı düzeylerinin diğerlerine oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir (Adams ve ark., 2004; Dut ve ark., 2022; Samaha ve ark., 2015). Oraka, King ve Callahan (2010) da 186.738 bireyin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, astım tanılı hastalarda psikolojik sıkıntı düzeyinin diğerlerine oranla iki kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Psikolojik sıkıntı ve stresin bireylerin zihinselleştirme becerisini negatif yönde etkilediği bilinmektedir (Schwarzer, Nolte, Fonagy ve Gingelmaier, 2021).

Mevcut çalışmanın bulguları, astım tanılı hastaların, astım tanısı olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek somatik belirti bildirdiklerini ortaya koymaktadır. Alanyazın incelendiğinde, astım tanılı hastaların somatik belirtilerinin kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir (Dut ve ark., 2022; Rona, Smeeton, Amigo ve Vargas, 2007; Samaha ve ark., 2015). Mevcut çalışmanın bulguları da alanyazınla uyumlu olarak, astım tanılı hastaların somatizasyon düzeylerinin astım tanısı olmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Astım grubunda yer alan farklı sosyodemografik özelliklere sahip katılımcıların ölçek puanları ayrıntılı olarak incelenmiştir. Alanyazın incelendiğinde bazı çalışmalar erkeklerde çocukluk çağı travmalarının kadınlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu gösterirken (Güneri-Yöyen, 2016; Li, Wang, Hou, Wang, Liu ve Wang, 2014; Ulukol ve ark., 2014; Üstüner-Top ve Cam, 2021) bazı çalışmalarda kadınlarda çocukluk

çağı travmalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Pasha-Zaidi ve ark., 2020; Waldinger ve ark., 2006). Çocukluk çağı travmalarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırıldığı bir çalışmanın bulguları, kadın ve erkek katılımcıların çocukluk çağı travmalarını ölçen çeşitli alt ölçekler yönünden farklılaştığını gösterirken kadınların birden çok travma türüne maruz kalma oranlarının erkeklerden anlamlı oranda daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Scher, Forde, McQuaid ve Stein, 2004). Bazı çalışmalarda ise çocukluk çağı travmalarının cinsiyetler açısından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tran ve ark., 2016; Viola ve ark., 2016). Alanyazında yer alan çalışmalar incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının cinsiyetler arasındaki farkıyla ilişkili olarak bir görüş birliği bulunmadığı görülmektedir. Mevcut araştırmada da alanyazındaki bazı çalışmalarla benzer bir şekilde astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travma düzeyinin cinsiyetler açısından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir.

Çocukluk çağı travma düzeyi ve yaş arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde yapılan bazı çalışmalar yaş arttıkça çocukluk çağı travma düzeyinin arttığını göstermektedir (Korkeila ve ark., 2012; Witt ve ark., 2017). Witt ve arkadaşları (2017), 70 yaş ve üzeri katılımcıların en az bir tür çocukluk çağı travması bildirme oranı %50.4 iken 14-19 yaş aralığında bulunan katılımcıların en az bir tür çocukluk çağı travması bildirme oranının %13.4 olduğunu saptamışlardır. Viola ve arkadaşları (2016) ise orta yaş yetişkinlerin, genç yetişkinlere ve yaşlılara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmatik yaşantıları bildirdiklerini ortaya koymuşlardır. Mevcut çalışmada, alanyazından farklı olarak astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bahsedilen çalışmaların katılımcıları yaşlarına göre genç yetişkinler, orta yaşlılar ve yaşlılar olarak sınıflandırarak farklı yaş gruplarını çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırdığı görülmektedir. Mevcut çalışmada ise farklı yaş grupları oluşturulmamış ve yaş sürekli değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. Çalışma sonuçları arasındaki farklılığın, yaşın kategorik değişken olarak analizlere dahil edilmemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travma düzeyi ve medeni durum arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde bazı çalışmalar evli olan katılımcıların evli olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmatik yaşantısı bildirdiklerini ortaya koyarken

(Korkeila ve ark., 2012), bazı çalışmalarda evli olmayan katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantıları evli olanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Anderson,2017; Zlotnick, Johnson, Kohn, Vicente, Rioseco ve Saldivia, 2008). Alanyazında yer alan çalışmalar incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile medeni durum arasındaki ilişkiye dair bir görüş birliği bulunmadığı görülmektedir. Mevcut araştırmada astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travma düzeyinin medeni durum açısından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir.

Çocukluk çağı travma düzeyi ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmatik yaşantıları bildirdikleri gözlenmiştir (Currie ve Spatz-Widom, 2010; Korkeila ve ark., 2012; Metzler, Merrick, Klevens, Ports ve Ford, 2017; Scher ve ark., 2004; Witt ve ark., 2017). Currie ve Spatz-Widom (2010), çocukluk döneminde travmatik yaşantılara maruz kalmış katılımcıların ortalama eğitim süresinin travma maruziyeti olmayanların ortalama eğitim süresinden anlamlı düzeyde daha kısa olduğunu belirlemişlerdir. Mevcut araştırmada ise alanyazından farklı olarak astım tanılı katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Çocukluk çağı travma düzeyi ve çalışma durumu arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde çalışmayan katılımcıların anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmatik yaşantıları bildirdikleri gözlenmiştir (Currie ve Spatz-Widom, 2010, Metzler ve ark., 2017; Sansone, Dakroub, Pole ve Butler, 2005; Witt ve ark., 2017; Zielinski, 2009). Currie ve Spatz-Widom (2010), çocukluk döneminde travmatik yaşantılara maruz kalmamış olanların çalışma oranlarının çocukluk döneminde travmatik yaşantıya maruz kalanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Mevcut araştırmada alanyazından farklı olarak astım tanılı katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile çalışma durumları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Mevcut araştırmada, astım grubu ile kontrol grubunun çalışma durumları açısından anlamlı düzeyde farklılaştıkları, astım grubu katılımcılarının kontrol grubu katılımcılarına oranla çalışmama oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Astım hastası olmak halihazırda daha düşük çalışma oranlarıyla ilişkili bulunduğundan astım grubunun çocukluk çağı travma düzeylerinin kendi içerisinde çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmamış olabileceği

düşünülmüştür. Astım grubunun çalışma durumunun çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili bulunmamasının, bu grupta çalışma durumu üzerinde astım şiddetinin belirleyici olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travma düzeyi ve maddi durum arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde maddi durumu düşük olan katılımcıların çocukluk dönemlerine dair anlamlı düzeyde daha yüksek travmatik yaşantı bildirdikleri gözlenmiştir (Metzler ve ark., 2017; Witt ve ark., 2017; Zielinski, 2009). Zielinski (2009), çocukluk çağı travmalarına maruz kalanların yetişkinlikteki gelir düzeylerinin yoksulluk seviyesinin altında olma ihtimalinin çocukluk çağı travmalarına maruz kalmayanlara göre iki kat yüksek olduğunu ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yetişkinlikteki düşük maddi durum ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Mevcut araştırmada alanyazından farklı olarak astım tanılı katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile maddi durumları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Mevcut çalışmada, astım grubu ve kontrol grubunun maddi durum yönünden anlamlı düzeyde farklılaştıkları, astım grubunun maddi durumunun daha düşük olduğu gözlenmiştir. Astım hastası olmak halihazırda daha düşük maddi durum ile ilişkili bulunduğundan, bu grupta katılımcıların maddi durumunun daha çok astım tanısı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak, astım grubu katılımcılarının çalışmama oranı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu grupta katılımcıların çocukluk çağı travmalarından bağımsız olarak çalışma durumlarının maddi durumlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin zihinselleştirme düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde genel olarak birçok çalışmada kadınların zihinselleştirme düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu gözlenirken (Ballespi, Vives, Nonweiler, Perez-Domingo ve Barrantes-Vidal, 2021; Dimitrijević ve ark., 2018; Jańczak, 2021) kadın ve erkek katılımcıların zihinselleştirme düzeyleri arasında farklılık gözlenmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Pardini ve Michelli, 2009). Mevcut araştırmada alanyazındaki birçok çalışmadan farklı olarak astım tanılı katılımcıların zihinselleştirme düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği gözlenmiştir. Bunun bir sebebinin, Ballespi ve arkadaşları (2021) zihinselleştirme ölçeğinin alt boyutlarını cinsiyetler arasında karşılaştırırken mevcut araştırmada zihinselleştirme toplam puanlarının cinsiyetler arasında karşılaştırılması olabileceği düşünülmektedir. Dimitrijević ve

arkadaşlarının (2018) çalışması incelendiğinde ise mevcut araştırmadan farklı olarak çalışma örneklerinin çalışan ve üniversite öğrencisi katılımcılardan oluştuğu, çalışan grubun daha çok erkek katılımcılardan oluştuğu ve üniversite öğrencileri grubunun çalışmamızın astım grubundan çok daha genç bir grup olduğu görülmektedir. Çalışmalar arası sonuç farklılıklarının, çalışmamızda analize dahil edilen astım grubu katılımcılarının oldukça büyük bir bölümünün kadınlardan oluşması ve yaş ortalamasının çok daha yüksek olması gibi örneklem farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin zihinselleştirme düzeyleri ile yaşları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde bazı çalışmalar yaş arttıkça zihinselleştirme becerilerinin de arttığını ortaya koyarken (Fonagy ve ark., 2016; Safiye ve ark., 2023) bazı çalışmalar yaş arttıkça zihinselleştirme becerilerinin azaldığını ortaya koymaktadır (Jańczak, 2021; Pardini ve Nichelli, 2009). Bazı çalışmalarda ise zihinselleştirme ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptanmıştır (Dimitrijević ve ark., 2018; Schwarzer ve ark., 2021). Alanyazında zihinselleştirme ile yaş arasındaki ilişkiye dair bir görüş birliği bulunmadığı anlaşılmaktadır. Mevcut çalışmada, alanyazındaki bazı çalışmalarla benzer olarak astım tanılı hastaların yaşları arttıkça zihinselleştirme becerilerinin azaldığı gözlenmiştir. Çalışmalar arası sonuç farklılıklarının, çalışma örneklerinin yaş aralıklarının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çocuklarla, ergenlerle ya da gençlerle yürütülen çalışmalarda genellikle yaş arttıkça zihinselleştirmenin arttığı saptanırken (Fonagy ve ark., 2016), orta yaşlılarla ve yaşlılarla yürütülen çalışmalarda genellikle yaş arttıkça zihinselleştirmenin azaldığı saptanmaktadır (Pardini ve Nichelli, 2009).

Bireylerin zihinselleştirme düzeyleri ile medeni durumları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde iki değişken arasındaki ilişkinin incelendiği tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Safiye ve ark. (2023), bireylerin medeni durumlarının zihinselleştirme düzeyleriyle ilişkili olmadığını ortaya koymaktadır. Mevcut araştırmada da benzer bir şekilde, astım tanılı hastaların medeni durumlarının zihinselleştirme düzeyleriyle ilişkili olmadığı gözlenmiştir.

Bireylerin zihinselleştirme düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde eğitim düzeyi yüksek katılımcıların zihinselleştirme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Dimitrijević ve ark., 2018). Bazı çalışmalarda ise katılımcıların zihinselleştirme düzeylerinin eğitim düzeylerine göre

farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Jańczak, 2021). Mevcut araştırmada alanyazındaki bazı çalışmalarla paralel olarak astım tanılı hastaların zihinselleştirme düzeylerinin eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu, lise/üniversite mezunu katılımcıların zihinselleştirme düzeylerinin ilkokul/ortaokul mezunu katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Mevcut çalışma ile Jańczak (2021)'ın çalışması arasındaki farklılığın, Jańczak (2021)'ın örnekleminin üniversite öğrencilerinden ve çoğunluğu lisansüstü eğitim mezunu bireylerden oluşurken çalışmamızda astım tanılı hasta örnekleminin yaklaşık olarak yarısının ilkokul/ortaokul mezunu katılımcılardan oluşmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin zihinselleştirme düzeyleri ile çalışma durumları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde iki değişken arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada ise astım tanılı hastaların çalışma durumlarının zihinselleştirme düzeyleriyle ilişkili olduğu, çalışan katılımcıların zihinselleştirme düzeylerinin çalışmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunun bir sebebinin zihinselleştirme düzeyi yüksek bireylerin, kendisinin ve diğerlerinin duygu ve düşüncelerini anlayabilmede daha iyi olmaları sebebiyle kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri ve daha kolay iş bulmaları olabileceği düşünülmektedir. Zihinselleştirme düzeyindeki artış, iş arkadaşları ya da iş verenlerin duygu ve düşüncelerini anlayabilmekle ilişkili olacağından, bu bireylerin işlerinde daha uzun süre kalıyor olabileceği de düşünülmüştür.

Bireylerin zihinselleştirme düzeyleri ile maddi durumları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde iki değişken arasındaki ilişkinin incelendiği tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Safiye ve ark. (2023), bireylerin sosyoekonomik durumlarının zihinselleştirme düzeyleriyle ilişkili olduğunu, sosyoekonomik düzey arttıkça zihinselleştirme becerilerinin de arttığını ortaya koymaktadır. Mevcut araştırmada da benzer bir şekilde, astım tanılı hastaların maddi durumlarının zihinselleştirme düzeyleriyle ilişkili olduğu, maddi durumunu orta olarak belirten katılımcıların zihinselleştirme düzeylerinin maddi durumunu düşük olarak belirten katılımcılardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bireylerin somatizasyon düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde çalışmalar kadınların somatizasyon düzeyinin erkeklerden anlamlı

düzyeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Aragona, Monteduro, Colosimo, Maisano ve Geraci, 2008; Brambila-Tapia ve ark., 2023; Henningsen ve ark., 2018; Howard, Haskard-Zolnierek, Johnson, Roming, Price ve Cobos, 2017; Karvonen, Joukamaa, Herva, Jokelainen, Läksy ve Veijola, 2007; Mak ve Zane, 2004; Rief, Hessel ve Braehler, 2001; Rona ve ark., 2007). Mevcut çalışmada ise alanyazından farklı olarak astım tanılı hastaların somatizasyon düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Mevcut çalışmada, bireylerin somatizasyon düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişki kontrol grubunda ve tüm örneklemede incelendiğinde ise alanyazınla paralel olarak kadınların somatizasyon düzeylerinin erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer sonuçların astım grubunda tekrarlanmamasının, astım grubunun somatizasyon düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasıyla açıklanabileceği düşünölmüştür. Astım tanısı halihazırda hem kadınlarda hem de erkeklerde daha yüksek somatizasyon düzeyiyle ilişkili olduğundan bu grupta cinsiyetler arası bir farklılık gözlenmemiş olabileceği düşünölmüştür.

Bireylerin somatizasyon düzeyleri ile yaşları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde çalışmalar bireylerin yaşları arttıkça somatizasyon düzeylerinin de arttığını ortaya koymaktadır (Mak ve Zane, 2004; Rief ve ark., 2001; Waldinger ve ark., 2006). Bazı çalışmalarda ise yaş ile somatizasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ortaya konmaktadır (Brambila-Tapia ve ark., 2023). Mevcut araştırmada da astım tanılı hastalarda yaş ile somatizasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Yaş ile somatizasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar incelendiğinde, bazı çalışmaların gençler ve yaşlılar olmak üzere temel iki yaş grubu oluşturarak yaşı kategorik değişken olarak ele aldığı ve bu şekilde iki grup arasında somatizasyon düzeyleri açısından anlamlı fark tespit ettikleri görölmektedir. Mevcut çalışmada ise yaş sürekli değişken olarak analizlere dahil edilmiştir ve yaş grupları oluşturulmamıştır. Bulgular arasındaki farklılığın, yaşın kategorik ya da sürekli değişken olarak analizlere dahil edilmesinden kaynaklı olabileceği düşünölmektedir. Waldinger ve arkadaşları (2006) ise erkek katılımcılarda yaş arttıkça somatizasyon düzeyinin de arttığını, kadın katılımcılarda ise yaş ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada, yaş ile somatizasyon düzeyi arasındaki

ilişkinin astım tanılı kadın ve erkekler için birlikte analiz edilmiş olmasının bulgular arasındaki farklılıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin somatizasyon düzeyleri ile medeni durumları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde bazı çalışmalar evli bireylerin somatizasyon düzeylerinin evli olmayanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koyarken (Aragona ve ark., 2008) bazı çalışmalar iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Waldinger ve ark., 2006; Westermeyer, Bouafuely, Neider ve Callies, 1989). Alanyazındaki bazı çalışmalarla uyumlu olarak mevcut çalışmada da astım tanılı hastaların somatizasyon düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılık göstermediği gözlenmiştir. Aragona ve arkadaşları (2008), medeni durumun somatizasyon üzerindeki etkisini İtalya’da yaşayan göçmenler üzerinde incelemiş ve evli olanların somatizasyon düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Göçmenlerin yaşadıkları ülkeden ve kendilerinden kültürel olarak farklı kişilerle evlenmeleri daha olası görünmektedir. Kültürel farklılıklar, evlilikte yaşanabilecek çatışmaları (Cheng, 2010) ve dolayısıyla depresif belirtileri arttırabilmektedir (Goldfarb, Trudel, Boyer ve Préville, 2007). Artan depresif belirtilerin, somatizasyonla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Brambila-Tapia ve ark., 2020; Noyes ve ark., 2003). Mevcut çalışmadan farklı olarak Aragona ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, medeni durumun somatizasyon üzerindeki etkisinin bu şekilde açıklanabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin somatizasyon düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde eğitim düzeyi düşük bireylerin somatizasyon düzeylerinin eğitim düzeyi yüksek olanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Henningsen ve ark., 2018; Karvonen ve ark., 2007; Mak ve Zane, 2004; Westermeyer ve ark., 1989). Mevcut araştırmanın bulguları da alanyazınla paralel bir şekilde ilkokul/ortaokul mezunu astım tanılı hastaların somatizasyon düzeylerinin lise/üniversite mezunu olanlara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Bireylerin somatizasyon düzeyleri ile çalışma durumları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Westermeyer ve arkadaşları (1989), çalışan bireylerin somatizasyon düzeyinin çalışmayanlara oranla daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Brambila-Tapia ve arkadaşları ise (2023) bireylerin çalışma durumları ve somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya

koymuşlardır. Bu çalışmayla benzer bir şekilde mevcut çalışmada da astım tanılı hastaların çalışma durumları ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Bireylerin somatizasyon düzeyleri ile maddi durumları arasındaki ilişkiye dair alanyazın incelendiğinde, bazı çalışmalar bireylerin maddi düzeyleri arttıkça somatizasyon düzeylerinin düştüğünü ortaya koyarken (Henningsen ve ark., 2018; Waldinger ve ark., 2006) bazı çalışmalar maddi durum ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Brambila-Tapia ve ark., 2023; Mak ve Zane, 2004). Mevcut araştırmada da astım tanılı hastaların maddi durumları ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Mevcut araştırmada, astım tanılı hastalarda çeşitli sosyodemografik özelliklerin çalışma değişkenleri ile ilişkisinin incelenmesinin ardından, astım grubunda somatizasyonla ilişkili bulunan değişkenler incelenmiştir. Sonrasında ise astım grubu katılımcılarının somatik belirti deneyimleriyle ilişkili olduğu düşünülen çocukluk çağı travmaları ve zihinselleştirme değişkenlerinin somatizasyon üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiş ve aracı etki analizi gerçekleştirilmiştir.

Alanyazın incelendiğinde, farklı örneklemeler ile yürütülmüş birçok çalışmada genel olarak çocukluk çağı travmaları ve farklı çocukluk çağı travma türlerinin somatizasyon ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (Brown ve ark., 2005; Güleç ve ark., 2003; Kroska ve ark., 2018; Piontek ve ark., 2021; Samelius ve ark., 2007; Taycan ve ark., 2014; Waldinger ve ark., 2006). Mevcut çalışmada da alanyazınla uyumlu olarak farklı bir örneklem olan astım tanılı hastalarda da çocukluk çağı travmaları arttıkça somatizasyonun da arttığı saptanmıştır. Ek olarak, astım grubunda çocukluk çağı travmaları türleri olan fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma-aşırı kontrolün de somatizasyonla pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Alanyazın incelendiğinde, bireylerin zihinselleştirme düzeylerinin somatizasyon ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (Preis ve ark., 2017; Stonnington ve ark., 2013). Yürütülen çalışmalar, bireylerin zihinselleştirme becerileri azaldıkça somatik belirti deneyimlerinin arttığını ortaya koymaktadır. Riem ve arkadaşları (2018), bireylerin zihinselleştirme ve zihinselleştirmeye ilişkili olan duygu tanımlama becerilerindeki düşüşün somatik belirtilerin şiddetinin artması ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Mattila ve

arkadaşları da (2008) duyguları tanıma ve ayırt etme ile ilgili problemler yaşayan bireylerin somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Mevcut çalışmada da alanyazınla uyumlu olarak, astım grubunda zihinselleştirme ile somatizasyonun negatif ilişkili olduğu, katılımcıların zihinselleştirme düzeyleri azaldıkça somatizasyon düzeylerinin arttığı gözlenmiştir.

Mevcut araştırmada, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki somatizasyonu pozitif yönde yordadığı saptanmıştır. Astım grubunda cinsiyet, yaş, eğitim süresi, astım şiddeti, atak sayısı ve astım süresi değişkenleri kontrol edildikten sonra da çocukluk çağı travmaları somatizasyon üzerindeki anlamlı yordayıcı etkisini sürdürmüş ve bu fark anlamlı bulunmuştur. Alanyazında birçok çalışma, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yetişkinlik döneminde somatizasyonun da içinde bulunduğu çok sayıda psikopatolojinin ortaya çıkışını etkilediğini vurgulamaktadır (Huh ve ark., 2014; Green ve ark., 2010; Kessler ve ark., 2010; Mersky, Topitzes ve Reynolds, 2013; Nijenhuis ve ark., 1998; Rucklidge ve ark., 2006; Tasca ve ark., 2013). Alanyazın incelendiğinde mevcut çalışma ile benzer olarak çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki somatizasyon düzeyini yordadığı görülmektedir (Waldinger ve ark., 2006). Bunun bir sebebinin, çocukluk çağı travmalarının bireylerin yetişkinlikteki psikolojik stres düzeyini arttırmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin, yetişkinlikte günlük yaşamın ufak stresörleri sonucunda bile daha yüksek düzeyde psikolojik stres ve negatif duygulanım deneyimledikleri belirlenmiştir (Glaser ve ark., 2006). Psikolojik stres (Mak ve Zane, 2004) ve negatif duygulanımın (Bailey ve Henry, 2007) ise somatik belirtileri arttırdığı bilinmektedir. Benzer şekilde Lipowski (1988) de somatik belirtilerin strese tepki olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır.

Mevcut araştırmada, astım tanılı hastalarda zihinselleştirmenin somatizasyonu negatif yönde yordadığı gözlenmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim süresi, astım şiddeti, atak sayısı, astım süresi ve çocukluk çağı travmaları değişkenleri kontrol edildikten sonra da zihinselleştirmenin somatizasyon üzerindeki anlamlı yordayıcı etkisinin sürdüğü ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travma düzeyleri ve zihinselleştirmenin somatizasyon üzerindeki yordayıcı gücü karşılaştırıldığında ise çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki yordayıcı gücünün

zihinselleştirmeden çok daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Alanyazında yer alan çalışmalar, bireylerin zihinselleştirme düzeylerinin somatik belirtilerini negatif yönde yordadığını ortaya koymaktadır (Riem ve ark., 2018). Bu durumun, zihinselleştirme kapasitesi ile ilişkili olan kendi duygularını tanımlayabilme ve farkında olma ile ilgili sorunlardan kaynaklı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Subic-Wrana ve arkadaşları (2010) da benzer bir şekilde duygusal farkındalığı düşük olan bireylerin, duygusal sıkıntılarla ilişkili çeşitli durumlar karşısında duygusal uyarılma deneyimleyemediklerini, söz konusu duygusal sıkıntıları çeşitli somatik belirtiler şeklinde deneyimlediklerini ortaya koymuşlardır.

Hiyerarşik regresyon analizi bulguları sonucunda, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin aracı rolünü test etmek amacıyla aracı etki analizi gerçekleştirilmiştir. Mevcut çalışmada, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin kısmi aracı etkisi olduğu gözlenmiştir. Modelin sonuçları, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları arttıkça zihinselleştirmenin azaldığını, zihinselleştirme azaldıkça da somatizasyon düzeyinin arttığını ortaya koymaktadır. Alanyazın incelendiğinde, direkt olarak aynı modeli test eden bir çalışmaya rastlanmasa da yürütülen çalışmalar çocukluk çağı travmalarının zihinselleştirme becerilerindeki sorunlarla ilişkili olduğunu (Busch, 2011; Ensink ve ark., 2018; Paetzold ve Rholes, 2021), zihinselleştirme becerilerindeki sorunların da somatizasyonla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Preis ve ark., 2017; Riem ve ark., 2018; Stonnington ve ark., 2013). Mevcut çalışmada çocukluk çağı travmalarının zihinselleştirme aracılığıyla somatizasyon düzeyi üzerindeki etkisinde, bağlanmanın rolü olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bakım veren ve çocuk arasında güvensiz bağlanma ilişkilerinin gelişmesiyle ilişkili olduğu, güvensiz bağlanma ilişkilerinden dolayı çocuğun zihinselleştirme becerilerinin kazanımında sorunlar yaşadığı ve tüm bunların yetişkinlikteki somatizasyon düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Bartels ve Zeki (2004), çocukluk çağı travmalarının çocukta kaygı yoluyla bağlanma sistemini aktive ettiğini bildirmiştir. Bağlanma sisteminin aktivasyonunun ise beyinde zihinselleştirme ile ilişkili bölgelerde deaktivasyona sebep olduğu ve zihinselleştirmeyi baskıladığı bilinmektedir. Bununla ilişkili olarak çocukta zihinselleştirme becerilerinin gelişemeyebileceği ve

yetişkinlikte zihinselleştirmedeki yetersizliklerin somatik belirtilerin ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Özetle, mevcut çalışmada astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ve somatizasyon düzeylerinin kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, zihinselleştirme düzeylerinin ise anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlenmiştir. Astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ve zihinselleştirmenin somatizasyonu yordadığı saptanmıştır. Ek olarak, mevcut çalışmada zihinselleştirmenin çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikteki somatizasyon arasındaki ilişkide kısmi aracı rolü olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, araştırma deseninin kesitsel olmasıyla ilişkili olarak çalışma değişkenleri arasında neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları gibi geçmişe dönük yaşantılar sorgulandığından katılımcıların yanıtları geriye dönük belleklerine dayalıdır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin öz değerlendirme ölçekleri olması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Bu noktada, katılımcıların ilgili değişkenleri ölçmek amacıyla kullanılan ölçeklerin tamamını içtenlikle ve doğru bir şekilde cevaplandıkları varsayılmaktadır. Mevcut çalışmanın örneklemini oluşturan astım ve kontrol gruplarının kısıtlı sayıda katılımcıyı içerdiği akılda tutulmalıdır. Astım grubu çeşitli demografik özellikler yönünden ayrı olarak analiz edildiğinde halihazırda sınırlı sayıda katılımcıdan oluşan grubun daha da küçülmesi çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olarak görülebilir.

Mevcut çalışmanın, sözü edilen kısıtlılıklarına karşın kontrollü bir çalışma olması, verilerin yüz yüze toplanmış olması, çalışma örneklemini oluşturan astım ve kontrol grupları arasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum yönünden anlamlı fark bulunmaması, bir başka deyişle hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilir olması nedenleriyle alanyazına bu alanda bir katkı sağladığı düşünülmektedir. Alanyazında somatizasyon ve astım arasındaki ilişkiye odaklanan sınırlı sayıda çalışma bulunurken zihinselleştirme ve astım arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları, zihinselleştirme ve somatizasyon değişkenlerinin tek bir modelde incelenmesi nedeniyle çalışmamızın alanyazına katkı sunduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM 6

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut çalışma sonucunda astım grubunda cinsiyet, yaş, eğitim süresi, astım şiddeti, atak sayısı ve astım süresi değişkenleri kontrol edildiğinde çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerinde anlamlı yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda da cinsiyet yaş ve eğitim süresi değişkenleri kontrol edildiğinde, çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerinde anlamlı yordayıcı etkisi olduğu gözlenmiştir. Mevcut çalışmanın bir diğer sonucu, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin kısmi aracı etkisi olduğunun anlaşılmasıdır. Çalışma sonuçları, astım tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları arttıkça zihinselleştirmenin azaldığını, zihinselleştirme azaldıkça da somatizasyon düzeyinin arttığını ortaya koymuştur.

Mevcut çalışmada, astım tanılı hastalarda ve astım tanısı olmayan kontrol grubu katılımcılarında çocukluk çağı travmaları, zihinselleştirme ve somatizasyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini oluşturan astım ve kontrol grupları cinsiyet, medeni durum, maddi durum gibi sosyodemografik değişkenler açısından eşit dağılım göstermemektedir. Gelecek çalışmaların çocukluk çağı travmaları, zihinselleştirme ve somatizasyon ilişkisini incelerken kadın ve erkek katılımcı oranları, evli olan ve olmayan katılımcı oranları, maddi durumu düşük, orta ve yüksek olan katılımcı oranları yönünden eşit dağılımlı gruplarla ve daha büyük örneklerle yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., Suresh, S. ve Najman, J. M. (2017). The association between substantiated childhood maltreatment, asthma and lung function: A prospective investigation. *Journal of Psychosomatic Research, 101*, 58–65. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.08.
- Adams, R. J., Wilson, D. H., Taylor, A. W., Daly, A., Tursan d’Espaignet, E., Dal Grande, E., ve diğ er. (2004). Psychological factors and asthma quality of life: a population based study. *Thorax, 59*, 930-935.
- Akyüz, G., Ş ar, V., Kugu, N. ve Doğ an, O. (2005). Reported childhood trauma, attempted *European Psychiatry, 20*(3), 268–273. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.01.002
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. J. G. Allen ve P. Fonagy, (Ed.), *Handbook of mentalization-based treatment* içinde (3-30). England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J. G., Fonagy, P. ve Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric.
- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*.
- American Thoracic Society (2020). Patient Education Series: What Is Asthma? *Am J Respir Crit Care Med, 202*, 25-26.

- Anderson, K. G. (2017). Adverse childhood environment: Relationship with sexual risk behaviors and marital status in a large American sample. *Evolutionary Psychology, 15*(2), 1-11.
- Aragona, M., Monteduro, M. D., Colosimo, F., Maisano, B. ve Geraci, S. (2008). Effect of gender and marital status on somatization symptoms of immigrants from various ethnic groups attending a primary care service. *German J Psychiatry, 11*(2), 64-72.
- Arruda, L. K., Solé, D., Baena-Cagnani, C. E., ve Naspitz, C. K. (2005). Risk factors for asthma and atopy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, 5*(2), 153– 159. doi:10.1097/01.all.0000162308.898
- Asen, E. ve Fonagy, P. (2016). Mentalizing Family Violence Part 1: Conceptual Framework. *Family Process, 56*(1), 6–21. doi:10.1111/famp.12261
- Asher, M. I., García-Marcos, L., Pearce, N. E. ve Strachan, D. P. (2020). Trends in worldwide asthma prevalence. *European Respiratory Journal, 56*(6), 2002094. doi: 10.1183/13993003.02094-2020
- Babu, A. R., Sreedevi, A., John, A. ve Krishnapillai, V. (2019). Prevalence and Determinants of Somatization and Anxiety among Adult Women in an Urban Population in Kerala. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 44*(1), 66–69. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_55_19
- Bailey, P. E. ve Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research, 150*(1), 13-20. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.024
- Ballering, A. V., Bonvanie, I. J., Olde Hartman, T. C., Monden, R. ve Rosmalen, J. G. M. (2020). Gender and sex independently associate with common somatic symptoms and lifetime prevalence of chronic disease. *Social Science & Medicine, 253*, 112968. doi:10.1016/j.socscimed.2020.1129
- Ballesi, S., Vives, J., Nonweiler, J., Perez-Domingo, A. ve Barrantes-Vidal, N. (2021). Self-but not other-dimensions of mentalizing moderate the impairment

associated with social anxiety in adolescents from the general population. *Frontiers in Psychology*, *12*, 721584. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.721584>

Bartels, A. ve Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, *21*, 1155–1166.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ve diğer. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(8), 1132–1136.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ve diğer. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

Bhan, N., Glymour, M. M., Kawachi, I. ve Subramanian, S. V. (2014). Childhood adversity and asthma prevalence: evidence from 10 US states (2009–2011). *BMJ Open Respiratory Research*, *1*(1), e000016. doi:10.1136/bmjresp-2013-000016

Borna, E., Nwaru, B. I., Bjerg, A., Mincheva, R., Rådinger, M., Lundbäck, B., ve diğer (2019). Changes in the prevalence of asthma and respiratory symptoms in western Sweden between 2008 and 2016. *Allergy*, *74*, 1703-1715. doi:10.1111/all.13840

Brambila-Tapia, A. J. L., Meda-Lara, R. M., Palomera-Chávez, A., de-Santos-Ávila, F., Hernández-Rivas, M. I., Bórquez-Hernández, P., ve diğer. (2020). Association between personal, medical and positive psychological variables with somatization in university health sciences students. *Psychology, Health & Medicine*, *25*(7), 879-886. doi:10.1080/13548506.2019.1683869

Brambila-Tapia, A. J. L., Saldaña-Cruz, A. M., Meléndez-Monreal, K. C., Esparza-Guerrero, Y., Martínez-Hernández, A., Rosales-Torres, B. G., ve diğer. (2023). Association of personal, behavioral and positive psychological variables with

- somatization and number of diseases in Mexican general population: the influence of gender. *Psychology, Health & Medicine*, 28(4), 995-1003
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C. ve Davis, G. C. (1999). Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 902–907. doi:10.1176/ajp.156.6.902
- Briere, J. ve Scott, C. (2015). Complex Trauma in Adolescents and Adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 515–527. doi:10.1016/j.psc.2015.05.004
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. ve Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065–1078. doi:10.1016/s0145-2134(98)00087-8
- Brown, R. J., Schrag, A. ve Trimble, M. R. (2005). Dissociation, Childhood Interpersonal Trauma, and Family Functioning in Patients With Somatization Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 899–905. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.899
- Busch, F. N. (2011). *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (29. baskı). New York: Taylor & Francis Group.
- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., ve diğer. (2020). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63–71. doi:10.1016/j.genhosppsy.2019.11.010
- Carson, D. ve Schauer, R. (1992). Mothers of children with asthma: perceptions of parenting stress and the mother-child relationship. *Psychol Rep*, 71, 1139 – 1148.
- Cashen, L. H., ve Geiger, S. W. (2004). Statistical Power and the Testing of Null Hypotheses: A Review of Contemporary Management Research and Recommendations for Future Studies. *Organizational Research Methods*, 7(2), 151-167. doi:10.1177/1094428104263676

- Chander, K. R., Manjunatha, N., Binukumar, B., Kumar, C. N., Bada Math, S. ve Janardhan Reddy, Y. C. (2019). The prevalence and its correlates of somatization disorder at a quaternary mental health centre. *Asian Journal of Psychiatry*, 42, 24–27. doi:10.1016/j.ajp.2019.03.015
- Cheng, C. C. (2010). A study of inter-cultural marital conflict and satisfaction in Taiwan. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(4), 354–362. doi:10.1016/j.ijintrel.2010.04.005
- Chiesa, M. ve Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52–66. doi:10.1002/pmh.1245
- Chiesa, M. ve Fonagy, P., (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personal. Ment. Health*, 8, 52– 66. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>
- Currie, J. ve Spatz-Widom, C. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111–120. doi:10.1177/1077559509355316
- Çınarbaş, D. C. (2014). Cross-cultural metric equivalence of somatization, depression, and anxiety scales across Turkish and USA university students. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(2), 94-107. doi:10.5350/DAJPN2014270201
- Danese, A. ve McCrory, E. (2015). Child maltreatment. A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling ve E. Taylor, (Ed.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* içinde (364–375). John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/9781118381953.ch29
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R. ve Sapia, J. L. (2005). Early Trauma Exposure and the Brain. J. J. Vasterling ve C. R. Brewin, (Ed.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive, and clinical perspectives* içinde (153–177). New York: The Guilford.
- De Gucht, V. ve Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1–9. <https://doi.org/10.1176/>

- Dimitrijević A., Hanak N., Altaras-Dimitrijević A. ve Jolić Marjanović, Z. (2018) The mentalization scale (ments): a self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *J Pers Assess*, 100, 268-280.
- Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J. ve Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*, 35(2), 96–104. doi:10.1016/j.chiabu.2010.09.003
- Dut, R., Soyer, O., Sahiner, U. M., Esenboga, S., Gur Cetinkaya, P., Akgul, S., ve diğ er. (2022). Psychological burden of asthma in adolescents and their parents. *Journal of Asthma*, 59(6), 1116-1121. doi:10.1080/02770903.2021.1903916
- Dünya Sağlık Örgütü (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>. Erişim Tarihi:20.04.2022
- Dülgerler, Ş. (2000). *İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Dykas, M. J. ve Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychol. Bull.*, 137(1), 19-46.
- Ege, M. J. ve ark. (2011) Exposure to environmental microorganisms and childhood asthma. *N Engl J Med*, 364(8), 701–709.
- Enilari, O. ve Sinha, S. (2019). The global impact of asthma in adult populations. *Annals of global health*, 85(1), 2. doi: 10.5334/aogh.2412
- Ensink, K., Duval, J., Normandin, L. ve Fonagy, P. (2018). Mentalizing mediates the relationship between childhood maltreatment and adolescent borderline and narcissistic personality traits. *Adolescent Psychiatry*, 8(3), 156-173. doi:10.2174/221067660866618082909

- Falasca, T. ve Caulfield, T. J. (1999). Childhood Trauma. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 37(4), 212–223. doi:10.1002/j.2164-490x.1999.tb00150.x
- Farley, M. ve Keaney, J. C. (1997). Physical Symptoms, Somatization, and Dissociation in Women Survivors of Childhood Sexual Assault. *Women & Health*, 25(3), 33– 45. doi:10.1300/j013v25n03_03
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. ve Lang, A. G. (2009). Statistical Power Analysis Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analysis. *Behav Res Meth*, 41, 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ve diğer. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J. ve Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329–1335. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1329>
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. ve Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, 14(1), 19-28.
- Fish-Murray, C. C., Koby, E. V. ve van der Kolk B. A. (1987). Evolving ideas: the effects of abuse on children's thought. B. A. van der Kolk, (Ed.), *Psychological Trauma* içinde (s. 89-110). Washington: American Psychiatric.
- Foa, E. B. ve Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>

- Fonagy, P. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. J. G. Allen ve P. Fonagy, (Ed.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* içinde (s. 51–99). John Wiley & Sons Ltd. doi:10.1002/9780470712986.ch3
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. ve Target, M. (Ed.). (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self* (3. Baskı). New York: Routledge.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., ve diğer. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, *11*(7), e0158678. doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. ve Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, *12*(3), 201-218.
- Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E. ve Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *International Journal of Psychoanalysis*, *77*, 217-234.
- Francoeur, A., Lecomte, T., Daigneault, I., Brassard, A., Lecours, V. ve Hache-Labelle, C. (2019). Social Cognition as Mediator of Romantic Breakup Adjustment in Young Adults Who Experienced Childhood Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1–18. doi:10.1080/10926771.2019.1603177
- Garrusi, B., Danaei, M. ve Aboosaeidi, R. (2019). The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population. *Journal of preventive medicine and hygiene*, *60*(4), E400–E406. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.4.1006>
- GBD Causes of Death Collaborators (2018). Global, regional, and national agesex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159):1736-1788.

- GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. (2017). Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet Respiratory Medicine*, 5(9), 691.
- Germine, L., Dunn, E. C., McLaughlin, K. A. ve Smoller, J. W. (2015). Childhood Adversity Is Associated with Adult Theory of Mind and Social Affiliation, but Not Face Processing. *PLOS ONE*, 10(6), e0129612. doi:10.1371/journal.pone.0129612
- Glaser, J.-P., van Os, J., Portegijs, P. J. M. ve Myin-Germeys, I. (2006). Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 229–236. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.04.014
- Glise, K., Ahlborg, G. ve Jonsdottir, I. H. (2014). Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age matter. *BMC Psychiatry*, 14(1), 118.. doi:10.1186/1471-244x-14-118
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R. ve Prévile, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109–126. doi:10.1080/14681990600861040
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve diğer. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM- IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Güleç, M. Y., Altıntaş, M., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., Koca, E. K. ve Güleç, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 137-141. doi:10.1016/j.jad.2012.06.033
- Güneri-Yöyen, E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-282.

- Hathaway, S. R. ve McKinley, J. C. (1943). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Minneapolis: University of Minnesota.
- Heederik, D. ve von Mutius, E. (2012) Does diversity of environmental microbial exposure matter for the occurrence of allergy and asthma? *J Allergy Clin Immunol*, 130(1), 44–50.
- Henneberger, P. K., Redlich, C.A., Callahan, D. B., Harber, P., Lemiere, C., Martin, J., ve diğer. (2011). Ad Hoc Committee on Work Exacerbated Asthma. An official American Thoracic Society statement: work-exacerbated asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, 184, 368–378.
- Henningsen, P., Zipfel, S. ve Sattel, H.(2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychother Psychosom*, 87, 12–31.
- Howard, K., Haskard-Zolnierok, K., Johnson, A., Roming, S., Price, R. ve Cobos, B. (2017). Somatization disorder and stress in teachers: a comprehensive occupational health evaluation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 22(4), e12105. doi:10.1111/jabr.12105
- Howard, R., Karatzias, T., Power, K. ve Mahoney, A. (2016). From Childhood Trauma to Self-Harm: An Investigation of Theoretical Pathways among Female Prisoners. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 942–951. doi:10.1002/cpp.2058
- Huang, Y., Wang, Y., Zeng, L., Yang, J., Song, X., Rao, W., ve diğer. (2020). Prevalence and Correlation of Anxiety, Insomnia and Somatic Symptoms in a Chinese Population During the COVID-19 Epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 568329. doi:10.3389/fpsy.2020.568329
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J. ve Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Ann Gen Psychiatry*, 13, 26. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>

- Hunefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F. ve Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between 'theory of mind' and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *J. Adol.* 36(3), 613-621.
- Hunefeldt, T., Laghi, F. ve Ortu, F. (2013). Are anxiously attached women better mindreaders? *Cogn. Process.* 14(3), 317-321.
- Hyland, M. E., Alkhalaf, A. M. ve Whalley, B. (2012). Beating and insulting children as a risk for adult cancer, cardiac disease and asthma. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(6), 632–640. doi:10.1007/s10865-012-9457-6
- Isvoranu, A.-M., van Borkulo, C. D., Boyette, L.-L., Wigman, J. T. W., Vinkers, C. H. ve Borsboom, D. (2016). A Network Approach to Psychosis: Pathways Between Childhood Trauma and Psychotic Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 187–196. doi:10.1093/schbul/sbw055
- Jańczak, M. O. (2021). Polish adaptation and validation of the Mentalization Scale (MentS)-a self-report measure of mentalizing. *Psychiatria Polska*, 55(6), 1257-1274.
- Jarvis D, Newson R, Janson C, *et al* (2018). Prevalence of asthma-like symptoms with ageing. *Thorax*, 73, 37-48.
- Kadioğlu, H., Ergün, A. ve Yıldız, A. (2013). Screening of mental health problems with GHQ-28 in a sample of Turkish community dwelling adult people. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 3(3), 115-120.
- Karvonen, J. T., Joukamaa, M., Herva, A., Jokelainen, J., Läksy, K. ve Veijola, J. (2007). Somatization symptoms in young adult Finnish population—Associations with sex, educational level and mental health. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 219–224. doi:10.1080/08039480701352611
- Kessler, R. C., Davis, C. G., ve Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(5), 1101- 1119.

- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve diğer. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 378- 385.
- Kinzl, J. F., Traweger, C. ve Biebl, W. (1995). Family Background and Sexual Abuse Associated with Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *64*(2), 82–87. doi:10.1159/000288995
- Kirmayer, L. J. ve Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, *60*(4), 420-430.
- Kocalevent, R.-D., Hinz, A. ve Brähler, E. (2013). Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*, *13*(1). doi:10.1186/1471-244x-13-91
- Kong, S. ve Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), 1897–1907. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x
- Korkeila J, Lietzen R, Sillanmäki L. H., Rautava, P., Korkeila, K., Kivimäki, M., ve diğer. (2012). Childhood adversities and adult-onset asthma: a cohort study. *BMJ Open*, *2*, e001625. doi:10.1136/ bmjopen-2012-001625
- Kroska, E. B., Roche, A. I. ve O’Hara, M. W. (2018). Childhood Trauma and Somatization: Identifying Mechanisms for Targeted Intervention. *Mindfulness* *9*, 1845-1856. doi:10.1007/s12671-018-0927-y
- Kuruvilla, M. E., Vanijcharoenkarn, K., Shih, J. A. ve Lee, F. E. (2019). Epidemiology and risk factors for asthma. *Respiratory Medicine*, *149*, 16-22. doi:10.1016/j.rmed.2019.01.014
- Laster, N., Holsey, C. N., Shendell, D. G., Mccarty, F. A. ve Celano, M. (2009). Barriers to Asthma Management Among Urban Families: Caregiver and Child Perspectives. *Journal of Asthma*, *46*(7), 731–739. doi:10.1080/02770900903082571

- Li, X., Wang, Z., Hou, Y., Wang, Y., Liu, J. ve Wang, C. (2014). Effects of childhood trauma on personality in a sample of Chinese adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 788–796. doi:10.1016/j.chiabu.2013.09.002
- Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Can Med AssocJ*, 135, 609-614.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368. [https://doi.org/10.1176/](https://doi.org/10.1176/1988.145.11.1358)
- Low, G., Jones, D., MacCleod, A., Power, M. ve Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73(2), 269–278. doi:10.1348/000711200160363
- Mukherjee, M., Stoddart, A., Gupta, R. P., Nwaru, B. A., Farr, A., Heaven, M., ve diğer. (2016). The epidemiology, healthcare and societal burden and costs of asthma in the UK and its member nations: analyses of standalone and linked national databases. *BMC Med*, 14, 113. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0657-8>
- Mak, W. W. S. ve Zane, N. W. S. (2004). The phenomenon of somatization among community Chinese Americans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 967–974. doi:10.1007/s00127-004-0827-4
- Maslan, J. ve Mims, J. W. (2014). What is Asthma? Pathophysiology, Demographics, and Health Care Costs. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 47(1), 13–22. doi:10.1016/j.otc.2013.09.010
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L., ve diğer. (2008). Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716–722. doi:10.1097/psy.0b013e31816ffc39
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16(1), 1-7. doi:10.1017/S0033291700002476

- Mersky, J. P., Topitzes, J., ve Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child Abuse and Neglect*, 37(11), 917- 925.
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A. ve Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. doi:10.1016/j.chilyouth.2016.10.021
- Mikic, N. ve Terradas, M. M. (2014). Mentalization and attachment representations: A theoretical contribution to the understanding of reactive attachment disorder. *Bulletin of the Menninger clinic*, 78(1), 34-56.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., van Dyck, R. ve ark. (1998). Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder Is Correlated with Reported Trauma. *J Trauma Stress*, 11, 711–730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>
- Noyes, R. J., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A., ve diğer. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosom Med*, 65, 292–300.
- Nurmagambetov, T., Khavjou, O. A., Murphy, L. ve Orenstein, D. (2016). B22 Burden Of Pulmonary And Critical Care Medicine: Cost And Utilization: What Is The Cost Of Asthma In The States?. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 193, 1.
- Oraka, E., King, M. E. ve Callahan, D. B. (2010). Asthma and Serious Psychological Distress. *Chest*, 137(3), 609–616. doi:10.1378/chest.09-1777
- Oren, E., Gerald, L., Stern, D. A., Martinez, F. D. ve Wright, A. L. (2017). Self-Reported Stressful Life Events During Adolescence and Subsequent Asthma: A Longitudinal Study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 5(2), 427–434. doi:10.1016/j.jaip.2016.09.019

- Paetzold, R. L. ve Rholes, W. S. (2021). The Link from Child Abuse to Dissociation: The Roles of Adult Disorganized Attachment, Self-Concept Clarity, and Reflective Functioning. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–21. doi:10.1080/15299732.2020.1869654
- Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F. ve Wu, J. (2020). Prevalence of Childhood Sexual Abuse Among Women Using the Childhood Trauma Questionnaire: A Worldwide Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802091286. doi:10.1177/1524838020912867
- Panisch, L. S., Baiden, P., Findley, E., Jahan, N. ve LaBrenz, C. A. (2022). Adverse childhood experiences and risk factors associated with asthma among children in the United States: the intersection of sex and race/ethnicity, *Journal of Asthma*, 59(6), 1122-1130. doi:10.1080/02770903.2021.1910296
- Pardini, M. ve Nichelli, P. F. (2009). Age-Related Decline in Mentalizing Skills Across Adult Life Span. *Experimental Aging Research*, 35(1), 98–106. doi:10.1080/03610730802545259
- Pasha-Zaidi, N., Afari, E., Urganci, B., Sevi, B. ve Durham, J. (2020). Investigating the Relationship between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Resilience: A Study of Undergraduate Students in Turkey. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(26), 1–18. doi:10.1080/10926771.2020.1725212
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H. ve Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105226. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105226
- Preis, M. A., Golm, D., Kröner-Herwig, B. ve Barke, A. (2017). Examining differences in cognitive and affective theory of mind between persons with high and low extent of somatic symptoms: an experimental study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 200. doi:10.1186/s12888-017-1360-9

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. D. Cicchetti ve D. J. Cohen, (Eds.), *Developmental psychopathology* (2. Baskı) içinde (s. 72–95). Oxford: John Wiley & Sons.
- Rief, W., Hessel, A. ve Braehler, E. (2001). Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 595-602.
- Riem, M. M. E., Doedée, E. N. E. M., Broekhuizen-Dijksman, S. C. ve Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Research*, 268, 108–113. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.056
- Rokvić, N. (2018) Initial investigation of somatization in the general population of Serbia: Prevalence, manifestations and predictors. *Medicinski pregled*, 71, 360-367.
- Rona, R. J., Smeeton, N. C., Amigo, H. ve Vargas, C. (2007). Do psychological distress and somatization contribute to misattribution of asthma? A Chilean study. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 23–30. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.07.015
- Rosa, M. J., Lee, A. G. ve Wright, R. J. (2018) Evidence establishing a link between prenatal and early-life stress and asthma development. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 18(2), 148–158.
- Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S. ve Kaplan, B. J. (2006). Retrospective Reports of Childhood Trauma in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631– 641. doi:10.1177/1087054705283892
- Safiye, T., Gutić, M., Dubljanin, J., Stojanović, T. M., Dubljanin, D., Kovačević, A., ve diğeri. (2023). Mentalizing, Resilience, and Mental Health Status among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5594.

- Samaha, H. M. S., Elsaid, A. R. ve Sabri, Y. (2015). Depression, anxiety, distress and somatization in asthmatic patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 64(2), 307–311. doi:10.1016/j.ejcdt.2015.02.010
- Samelius, L., Wijma, B., Wingren, G. ve Wijma, K. (2007). Somatization in Abused Women. *Journal of Women's Health*, 16(6), 909–918. doi:10.1089/jwh.2006.0103
- Sansone, R. A., Dakroub, H., Pole, M. ve Butler, M. (2005). Childhood Trauma and Employment Disability. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(4), 395–404. doi:10.2190/3xur-1pwj-0dt3-bjff
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R. ve Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 167–180. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.012
- Schönenberg, M., Mares, L., Smolka, R., Jusyte, A., Zipfel, S. ve Hautzinger, M. (2014). Facial affect perception and mentalizing abilities in female patients with persistent somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 18(7), 949–956. doi:10.1002/j.1532-2149.2013.00440.x
- Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P. ve Giegelmaier, S. (2021). Self-Rated Mentalizing Mediates the Relationship Between Stress and Coping in a Non-Clinical Sample. *Psychological Reports*, 003329412199484. doi:10.1177/0033294121994846
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., ve diğer. (2008). Childhood Adversity, Early-Onset Depressive/Anxiety Disorders, and Adult-Onset Asthma. *Psychosomatic Medicine*, 70(9), 1035–1043. doi:10.1097/psy.0b013e318187a2fb
- Sedlmeier, P. ve Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies. *Psychological Bulletin*, 105, 309-316.

- Sheikh, M. A. (2018). Retrospectively reported childhood adversity is associated with asthma and chronic bronchitis, independent of mental health. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 50–57. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.09.
- Sidebotham, P. ve Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 497–522. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.005
- Smith, A. M. (2011). The Epidemiology of Work-Related Asthma. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(4), 663–675. doi:10.1016/j.iac.2011.07.009
- Sockrider, M. ve Fussner, L. (2020). What is asthma?. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 202(9), 25-26.
- Song, H. J., Blake, K. V., Wilson, D. L., Winterstein, A. G. ve Park, H. (2020). Medical costs and productivity loss due to mild, moderate, and severe asthma in the United States. *Journal of Asthma and Allergy*, 13, 545-555.
- Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P. ve Montague, P. R. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105576. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105576>
- Stern, J., Pier, J. ve Litonjua, A. A. (2020). Asthma epidemiology and risk factors. *Seminars in Immunopathology*, 42(1), 5-15. doi:10.1007/s00281-020-00785-1
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ve diğer. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. ve van IJzendoorn, M. H. (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890. doi:10.1080/10926771.2012.708014

- Stonnington, C. M., Locke, D. E. C., Hsu, C.-H., Ritenbaugh, C. ve Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective Theory of Mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6), 479–485. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.04.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A. ve Lane, R. D. (2010). Theory of Mind and Emotional Awareness Deficits in Patients With Somatoform Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 404–411. doi:10.1097/psy.0b013e3181d35e83
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Suresh, K. ve Chandrashekara, S. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 5(1), 7. doi:10.4103/0974-1208.97779
- Şar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5622. doi:10.3402/ejpt.v2i0.5622
- Şar V. (2018). Çocukluk ve Travma: Psikotarihsel Bir Bakış. B. Alyanak, (Ed.), *Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar* (1. Baskı) içinde (s. 12-17). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Parmis, F. ve Türk Kurtça, T. (2020). A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760171>
- Şar, V. ve Öztürk, E. (2006). What is trauma and dissociation?. *Journal of Trauma Practice*, 4(1-2), 7-20. doi:10.1300/j189v04n01_02
- Şar, V. ve Türk-Kurtça, T. (2021). The Vicious Cycle of Traumatic Narcissism and Dissociative Depression Among Young Adults: A Trans-Diagnostic Approach.

Journal of Trauma & Dissociation, 22(5), 502-521.
doi:10.1080/15299732.2020.1869644

Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054-1063.

Taherdoost, H. (2016). Sampling methods in research methodology; how to choose a sampling technique for research. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.3205035

Tarraf, H., Aydin, O., Mungan, D., Albader, M., Mahboub, B., Doble, A., ve diğer. (2018). Prevalence of asthma among the adult general population of five Middle Eastern countries: results of the SNAPSHOT program. *BMC Pulmonary Medicine*, 18(1), 68. doi:10.1186/s12890-018-0621-9

Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., ve diğer. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926–933. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.004

Taycan, O., Şar, V., Çelik, C. ve Erdogan-Taycan, S. (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1837–1846. doi:10.1016/j.comppsy.2014.08.0

T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF. (2010). *Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması*. Ankara: SHÇEK.

Terr, L. C. (2003). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *FOCUS*, 1(3), 322–334. doi:10.1176/foc.1.3.322

Thoits, P. A. (1985). Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American journal of Sociology*, 91(2), 221-249.

- Thornberry, T. P., Matsuda, M., Greenman, S. J., Augustyn, M. B., Henry, K. L., Smith, C. A., ve diğeri. (2014). Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 706–722. doi:10.1016/j.chiabu.2013.08.009
- Törenli-Kaya, Z., Alpay, E. H., Türkkal-Yenigüç, Ş. ve Özçürümez-Bilgili, G. (2023). Zihinselleştirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 34(2), 118-124. <https://doi.org/10.5080/u25692>
- Tran, N. K., Alink, L. R. A., Van Berkel, S. R. ve Van Ijzendoorn, M. H. (2016). Child Maltreatment in Vietnam: Prevalence and Cross-Cultural Comparison. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(3), 211–230. doi:10.1080/10926771.2016.1250851
- Ulukol, B., Sethi, D. ve Kahilogullari, A.K. (2014). *Adverse Childhood Experiences Survey among University Students in Turkey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Üstüner-Top, F. ve Cam, H. H. (2021). Childhood maltreatment among university students in Turkey: prevalence, demographic factors, and health-related quality of life consequences. *Psychology, Health & Medicine*, 26(5), 543–554. doi:10.1080/13548506.2020.1768274
- Üstündağ-Köksal, Z. (2022). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Cinsiyet ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Açısından İncelenmesi. *Academic Platform Journal of Education and Change*, 5(2), 182-198.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. Washington DC: American Psychiatric.
- Van der Kolk, B. A. ve Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145.
- Van der Kolk, B. A., Herron, N. ve Hostetler, A. (1994). The History of Trauma in Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 583–600. doi:10.1016/s0193-953x(18)30102-3

- Vernon, M. K., Wiklund, I., Bell, J. A., Dale, P. ve Chapman, K. R. (2012). What Do We Know about Asthma Triggers? A Review of the Literature. *Journal of Asthma*, 49(10), 991–998. doi:10.3109/02770903.2012.738268
- Vilariño, M., Amado, B. G., Seijo, D., Selaya, A. ve Arce, R. (2022). Consequences of child maltreatment victimisation in internalising and externalising mental health problems. *Legal and Criminological Psychology*, 27, 182-193. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12212>
- Viola, T. W., Salum, G. A., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., ve Grassi-Oliveira, R. (2016). The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse & Neglect*, 51, 1-11. doi:10.1016/j.chiabu.2015.11.019
- Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G. ve Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*, 157(8), 1588–1589. doi:10.1097/j.pain.0000000000000574
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. ve Ahern, D. K. (2006). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129–135. doi:10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4
- Westermeyer, J., Bouafuely, M., Neider, J. ve Callies, A. (1989). Somatization Among Refugees. *Psychosomatics*, 30(1), 34–43. doi:10.1016/s0033-3182(89)72315-x
- White, O. G., Hindley, N. ve Jones, D. P. (2014). Risk factors for child maltreatment recurrence: An updated systematic review. *Medicine, Science and the Law*, 55(4), 259–277. doi:10.1177/0025802414543855
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. ve Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 47. doi:10.1186/s13034-017-0185-0

- Wu, Y., Tao, Z., Qiao, Y., Chai, Y., Liu, Q., Lu, Q., ve diğer. (2022).. Prevalence and characteristics of somatic symptom disorder in the elderly in a community-based population: a large-scale cross-sectional study in China. *BMC Psychiatry*, 22(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03907-1>
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., ve diğer. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of Affective Disorders*, 228, 41–48. doi:10.1016/j.jad.2017.11.011
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., ve diğer. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, 256, 353–358. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082
- Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 666–678. doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.001
- Zink, T., Klesges, L., Stevens, S. ve Decker, P. (2008). The Development of a Sexual Abuse Severity Score. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 537–546. doi:10.1177/0886260508317198
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. ve Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 163–169. doi:10.1016/j.comppsy.2007.08.007
- Zunhammer, M., Halski, A., Eichhammer, P. ve Busch, V. (2015). Theory of Mind and Emotional Awareness in Chronic Somatoform Pain Patients. *PLoS One*, 10(10), e0140016. doi:10.1371/journal.pone.0140016

EKLER

EK-A BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Katılımcı için Bilgiler:

“Çocukluk Çağı Travmaları ile Somatizasyon Arasındaki İlişkide Zihinselleştirmenin Aracı Rolü:Kontrollü Bir Çalışma” başlıklı bu araştırma, Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel danışmanlığında FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Hülya Fidantek tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, astım hastası olan ve olmayan bireylerin çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının psikolojik durumlarıyla ilişkisinin ve bu ilişkiye katkı sağlayabileceği düşünülen bazı faktörlerin incelenmesidir. Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki bütün sorulara eksiksiz bir şekilde, size en uygun gelen yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, cevaplarınız tamamıyla **gizli tutulacak**, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Anketinizin geçerli sayılması için **tüm** sorulara **ıçtenlikle** cevap vermeniz gerekmektedir. Yarım bırakılan ya da rastgele doldurulan anketler geçersiz sayılacaktır.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hülya Fidantek tarafından yürütölen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı: Hülya Fidantek

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

**EK-B SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE DİĞER BİLGİLER
FORMU (ASTİM GRUBU)**

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Eğitim düzeyiniz (en son mezun olduğunuz okul):

- İlkokul Ortaokul Lise
 Üniversite Lisansüstü (yüksek lisans ve üzeri)

Bugüne kadar toplam kaç yıl eğitim aldınız?

Medeni durumunuz:

- Evli Bekar Dul Boşanmış

Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- (1) Çok düşük (2) (3) (4) (5) Çok yüksek

Çalışma durumunuz:

- Şu anda çalışıyorum. Şu anda çalışmıyorum, geçmişte çalıştım.
 Çalışmıyorum. Çalışmıyorum, öğrenciyim.

Sigara içme durumunuz:

- Şu anda sigara içiyorum. Şu anda içmiyorum, geçmişte içtim. Hiç sigara içmedim.

Astım nedeniyle ilaç kullanım düzeniniz nasıldır?

- Sadece atak oldukça kullanırım.
 Hem ataklarda hem de ataklar arasında ilaç kullanırım.
 Hiç ilaç kullanmam.

Astım ataklarını önlemek için ilaç kullanıyor iseniz hangi ilaç olduğunu belirtiniz.

.....

Düzenli kullandığınız başka ilaç(lar) var mı?

Evet () Hayır ()

Var ise;

a) Hangi hastalık nedeniyle?

b) Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

Astım ile ilgili şikayetlerinizin şiddeti nedir?

Hafif () Orta () Ağır ()

Geçtiğimiz yıl toplam kaç atak geçirdiniz?

Kaç yıldır astım hastasıınız?

İlk astım tanısı aldığınızda kaç yaşınızdaydınız?

Ailenizde (anne/baba/çocuk/kardeşler) başka astım hastası var mı?

Evet () Hayır ()

Şu anda bir psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık nedeniyle tedavi altında mısınız?

Evet () Hayır ()

Evet ise, tanınız nedir?

**EK-C SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE DİĞER BİLGİLER
FORMU (KONTROL GRUBU)**

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Eğitim düzeyiniz (en son mezun olduğunuz okul):

- İlkokul Ortaokul Lise
 Üniversite Lisansüstü (yüksek lisans ve üzeri)

Bugüne kadar toplam kaç yıl eğitim aldınız?

Medeni durumunuz:

- Evli Bekar Dul Boşanmış

Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- (1) Çok düşük (2) (3) (4) (5) Çok yüksek

Çalışma durumunuz:

- Şu anda çalışıyorum. Şu anda çalışmıyorum, geçmişte çalıştım.
 Çalışmıyorum. Çalışmıyorum, öğrenciyim.

Sigara içme durumunuz:

- Şu anda sigara içiyorum. Şu anda içmiyorum, geçmişte içtim. Hiç sigara içmedim.

Düzenli kullandığınız ilaç(lar) var mı?

- Evet () Hayır ()

Var ise;

a) Hangi hastalık nedeniyle?

b) Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

Œu anda psikiyatrik bir rahatsızlığınız-tedavi süreciniz var mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise, tanınız nedir?

EK-D ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

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

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

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

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

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

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

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

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

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

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

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

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

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

7) Sevildiğimi hissediyordum.

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

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

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

9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

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

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

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

11) Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

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

12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

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

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

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

14) Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

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

16) Çocukluğum mükemmeldi.

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

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

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

18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

19)Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

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

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.

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

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

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

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

25) Ailemdelikiler bana karşı suçlayıcıydı.

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

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.

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

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

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

28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

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

29) Ailemdelikiler yaşlıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

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

30) Ailemdelikiler her şeyime karışırdı.

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

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirdiler.

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

32)Ailemdelikiler rahat vermeyecek derecede peşimdediler.

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

33)Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.

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

EK-E ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği 1 ile 5 arasında işaretleyiniz.

1	2	3	4	5
Tamamen yanlış	Çoğunlukla yanlış	Hem doğru hem yanlış	Çoğunlukla doğru	Tamamen doğru

1.Davranışlarıma yol açan nedenleri anlamayı önemserim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.Başkalarının kişilik özellikleri hakkında karar verirken ne söyleyip ne yaptıklarını dikkatlice gözlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Başkalarının duygularını tanıyabilirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.Çoğunlukla başkaları ve onların davranışları üzerine düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.Genellikle insanları neyin rahatsız ettiğini ayırt edebilirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.Başkalarının duygularını paylaşabilirim (örn. acısını/sevincini paylaşmak gibi).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.Birisi beni sınırlendiğinde neden o şekilde tepki verdiğimi anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumdan emin olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

9.Başkalarının davranışlarını anlamaya çalışarak vaktimi harcamayı sevmem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.Başkalarının düşünce ve duygularını bildiğimde davranışları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.Çoğu kez kendime bile neden öyle bir şey yaptığımı izah edemem/ açıklayamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.Bazen bir başkasının duygularını o bana henüz bir şey söylemeden anlayabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.Yakın olduğum insanlarla ilişkilerimde ne olup bittiğini anlamayı önemserim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.Kendimle ilgili hoşuma gitmeyecek bir şeyi keşfetmek istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.Yakın olduğum insanlarla sık sık duygular hakkında konuşurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.Üzüldüğümü, incindiğimi ya da korktuğumu kendime itiraf etmeyi güç bulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.Sorunlarım hakkında düşünmekten hoşlanmam.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.Yakın olduğum insanların belirgin özelliklerini doğru ve ayrıntılı biçimde tarif edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.Tam olarak nasıl hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışıktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.Duygularımı ifade etmek konusunda uygun sözcükleri bulmak benim için zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.İnsanlar bana kendilerini anladığımı ve akıllıca tavsiyeler verdiğimi söyler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.İnsanların neden belirli şekillerde davrandıkları hep ilgimi çekmiştir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.Ne hissettiğimi kolayca tanımlayabilirim/ tarif edebilirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.İnsanlar kendi duyguları ve ihtiyaçları hakkında konuşurlarken aklım başka şeylere kayar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

25.Hepimiz hayat şartlarına tâbi/ bağılı olduğumuz için başkalarının niyetlerini veya isteklerini düşünmek anlamsızdır.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
--	-----	-----	-----	-----	-----

EK-F SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre Doğru ya da Yanlış olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tersi gibi gelebilir. Tüm soruları cevaplandırmaya çalışın.

Somatizasyon Ölçeği	Doğru	Yanlış
1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.		
2. İştahım iyidir.		
3. Başım pek az ağrır.		
4. Ayda 1-2 defa ishal olurum.		
5. Midemden oldukça rahatsızım.		
6. Çoğu zaman midem ekşir.		
7. Bazen utanınca çok terlerim.		
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.		
9. Hemen hemen hiçbir ağrım ve sızım yok.		
10. Bazen başımda sızı hissederim.		
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.		
12. Sağlığım pek çok arkadaşımınki kadar iyidir.		
13. Pek seyrek kabız olurum.		
14. Ensemde nadiren ağrı hissederim.		
15. Vücutumda pek az seyirme ve kasılma olur.		
16. Çabucak yorulmam.		
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.		
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.		

19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.		
20. Çoğu zaman yorgunluk hissedirim.		
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.		
22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar yaşarım.		
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.		
24. Son birkaç yıl içerisinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.		
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.		
26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.		
27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissedirim.		
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.		
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.		
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.		
31. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.		
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.		
33. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim.		

ÖZGEÇMİŞ