ROMANTİK İLİŞKİ YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE BEDENSEL YAKINMALARIN, ÇOCUKLUK TRAVMALARI VE ALGILANAN PARTNER DUYARLILIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Kübra Albayrak
181180209

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2021

ROMANTİK İLİŞKİ YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE BEDENSEL YAKINMALARIN, ÇOCUKLUK TRAVMALARI VE ALGILANAN PARTNER DUYARLILIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Kübra Albayrak
181180209
Orcid:0000-0002-5536-7251

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

İlk olarak, bu zorlu ve bol emek gerektiren yolda bilgi birikimiyle ve sabrıyla yanımda olup yol gösteren çok değerli tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bana her zaman doğru bilgiye ulaşmak ve prensip sahibi olmak konusunda rol model oldu. Kendisine minnetlerimi sunarken, meslek hayatım boyunca bana verdiği emeği unutmayacağım.

Ayrıca, savunma jürimde yer almayı kabul ederek savunma boyunca ilgilerini benden esirgemeyen ve çok değerli fikirleriyle çalışmama katkı sunan Dr. Öğr. Üyesi Meral Bozdemir ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a teşekkür ederim.

Her zaman yapacağıma olan inancını kaybetmeyen annem ve çalışkanlığıyla bana örnek olan babam, yüksek lisans eğitimimim boyunca maddi manevi yanımda olup desteklerini benden hiçbir zaman esirgemediniz, iyi ki varsınız. En zorlandığım ve umutsuzluğa kapıldığım anda, beni cesaretlendiren ve bana iyi gelen kızkardeşlerim Büşra ve Tuğba her zaman yanımda olduğunuz için teşekkürler.

Özellikle, araştırmamdaki katılımcılara ulaşmak ve tezimi tamamlamak konusunda en büyük destekçilerim olan hayatın bana sonradan armağan ettiği İpek anneme ve İhsan babama verdikleri emek için teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, yüksek lisansa başlamamdan bitimine kadar olan her süreçte sayısız emeği olan, benden hiçbir zaman ilgisini, sonsuz desteğini ve anlayışını esirgemeyen, kendime olan inancımı kaybettiğimde bile benden vazgeçmeyen yol arkadaşım, biricik eşim Ömer Albayrak'a minnettarım. Koşulsuz sevgisiyle bu hayattaki en büyük şansım, sen olmasaydın olmazdı…

Kübra Albayrak

Şubat, 2021

ÖZ

ROMANTİK İLİŞKİ YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE BEDENSEL YAKINMALARIN, ÇOCUKLUK TRAVMALARI VE ALGILANAN PARTNER DUYARLILIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Kübra Albayrak
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Çocukluk döneminde maruz kalınan örseleyici yaşantıların olumsuz etkileri yetişkinlikte de devam edebilmektedir. Bu etkilerden biri bedensel yakınmalar olarak bilinen somatik belirtilerdir (Sansone, Wiederman ve Sansone, 2001). Bununla birlikte, erken dönem istismar ve ihmal yaşantılarının yetişkinlikteki bedensel yakınmalarla ilişkisine dair açıklayıcı bilgi ihtiyacı devam etmektedir. Bu bağlamda, mevcut çalışmada romantik ilişki yaşan bireylerde çocukluk çağı örselenme yaşantıları, algılanan partner duyarlılığı ve bedensel yakınmalar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya farklı şehirlerden 19-60 yaş aralığında (Ort. = 31.62, SS = 9.21) 330'u kadın ve 245 erkek olmak üzere 545 gönüllü yetişkin katılmıştır. Araştırmanın verileri, Demografi Bilgi Formu, Belirti Tarama Listesi- Somatizasyon Alt Ölçeği (SCL-90-R), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ), Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, somatizasyon ile sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma düzeyi arasında pozitif yönde ilişkilidir. Ayrıca, algılanan partner duyarlılığı bu yaşantılarla negatif yönde; çocukluk çağı travmaları ile pozitif yönde ilişkiye sahiptir. Bedendel yakınmaların yordayıcılarında özelikle duygusal ve cinsel istismar öne çıkmaktadır. Çalışmanın önemli bir diğer sonucu ise algılanan partner duyarlılığının çocukluk travması ve somatizasyon arasındaki ilişkide kısmi, çocukluk travması ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide tam aracı rol oynadığı görülmüştür. Bu sonuçlar, çocukluk travmaları ile yetişkinlikteki somatik belirtiler arasındaki ilişkiyi, travma türü özelinde ortaya koymakta; algılanan partner duyarlılığının açıklayıcı etkisini ortaya çıkarmaktadır. Mevcut bulgular ilgili literatür ile birlikte değerlendirilmiş; araştırmanın sınırlılıkları, güçlü yanları ele alınmış ve gelecek çalışmalara katkı sağlayacak önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk Travması, Somatizasyon, Sağlık Kaygısı, Algılanan Partner Duyarlılığı.

ABSTRACT

THE EXAMINATION OF THE ASSOCIATIONS AMONG SOMATIC COMPLAINTS, CHILDHOOD TRAUMAS AND PERCEIVED PARTNER RESPONSIVENESS AMONG ADULTS HAVING A ROMANTIC RELATIONSHIP

Kübra Albayrak
Master Thesis
Department of Psychology
Clinic Psychology Programme
Advisor: Asst. Prof. Başak Bahtiyar
Maltepe University Graduate School, 2021

The negative influences of childhood traumatic life events tend to persist during adulthood. The somatization which includes body related complaints is one these adverse consequences (Sansone, Wiederman ve Sansone, 2001). However, there is a need of knowledge regarding to the explanatory mechanisms in this associations. Hence, the current study aimed to association between childhood traumas, perceived partner responsiveness and somatic complaints among adults having a romantic relationship. For this purpose, 545 volunteered adults having an enduring romantic relationship (330 females and 245 males) whose age were between 19 and 60 (*Ort.* = 31.62, *SS* = 9.21) participated in the study from different cities in Turkey. Demographic information Form, Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), Somatosensory Amplification Scales (SSAS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Perceived Partner Responsiveness Scale (PPRS) and Health Anxiety Inventory (HAI) were administered for data collection. The results revealed a positive relationship between somatization, health anxiety and somatosensory body amplification. In addition, perceived partner responsiveness had a negative; but childhood traumas had a positive association with these body related symptoms. Among adverse childhood experiences, emotional and sexual abuse were particularly found to be significant predictors of somatic complaints. Finally, perceived partner responsiveness had a partial mediator role in the link between childhood trauma and somatization and also full mediator role in the link between childhood trauma and health anxiety. These results highlight the role of types of trauma on particular bodily complaints among adults, as well as the mediating role of partner responsiveness in this associations. The findings were discussed in the light of relevant literature, the limitations and strengths of the research and also future directions were also provided.

Keywords: Childhood Trauma, Somatization, Health Anxiety, Perceived Partner Responsiveness.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1.Çocukluk Çağı Travmaları 2
1.1.1. Fiziksel İhmal ve İstismar 6
1.1.2 Duygusal İhmal ve İstismar 7
1.1.3 Cinsel İstismar 8
1.2.Somatizasyon 10
1.2.1.Bedensel duyumlar 12
1.2.2.Sağlık Kaygısı 13
1.2.3.Somatizasyon ve Çocukluk Çağı Travmaları 14
1.3.Algılanan Partner Duyarlılığı 15
1.3.1 Algılanan Partner Duyarlılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları 17
1.3.2. Algılanan Partner Duyarlılığı ve Somatizasyon 17
1.4 Araştırmanın Amacı 18
BÖLÜM 2. YÖNTEM 20
2.1 Örneklem 20
2.2 Veri Toplama Araçları 22
2.2.1 Demografik Bilgi Formu 22
2.2.2 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) - Somatizasyon Alt Ölçeği 22
2.2.3. Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği 23
2.2.4 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) 24
2.2.5. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği 24
2.2.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Health Anxiety Inventory) 25
2.3. İşlem 26
2.4 Verilerin Analizi 26
BÖLÜM 3. BULGULAR 27
3.1.Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları 27
3.2. Araştırma Değişkenlerindeki Farklılıkların Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi 28
3.2.1 Araştırma Değişkenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 29
3.2.2 Araştırma Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması 32
3.3 Bedensel Yakınmaları Yordayan Faktörler 36
3.3.1 Somatizasyon Düzeyini Yordayan Faktörler 36
3.3.2 Sağlık Kaygısı Düzeyinin Yordayıcıları 37
3.3.3 Bedensel Duyumları Abartma Düzeyinin Yordayıcıları 38
3.4 Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolünün İncelenmesi 39

BÖLÜM 4. TARTIŞMA 42
4.1. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması .. 42
4.2 Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 45
4.3 Bedensel Yakınmaları Yordayan Faktörlere Yönelik Bulguların Tartışılması 51
4.4 Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolünün Tartışılması 53
4.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri 54
4.6 Sonuç ve Öneriler 56
EK'LER 58
Gönüllü Katılım Formu (EK A) 58
Demografik Bilgi Formu (EK B) 59
SCL-90-R– Somatizasyon Alt Ölçeği (EK C) 60
Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği (EK D) 61
Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği (EK E) 62
Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (EK F) 63
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (EK G) 67
KAYNAKÇA 71

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1a. Katılımcıların Demografik Özellikleri 21

Tablo 1b. Katılımcıların Demografik özellikleri (devam) 22

Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri 25

Tablo 3. Değişkinler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları 28

Tablo 4. Demografik Özelliklere Ait Gruplar 29

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 32

Tablo 6. Araştırma Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması 35

Tablo 7. Somatizasyon Düzeyinin Yordayıcıları 37

Tablo 8. Sağlık Kaygısının Yordayıcıları 38

Tablo 9. Bedensel Duyumları Abartma Düzeyinin Yordayıcıları 39

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Cinsiyete Göre Cinsel Kötüye Kullanım Ortalamaları..... 30

Şekil 2. Cinsiyete Göre Somatizasyon Ortalamaları 30

Şekil 3. Cinsiyete Göre Bedensel Duyumları Abartma Ortalamaları..... 31

Şekil 4. Cinsiyete Göre Sağlık Anksiyetesi Ortalamaları..... 31

Şekil 5. Medeni Duruma Göre Cinsel Kötüye Kullanım Ortalamaları 33

Şekil 6. Medeni Duruma Göre Bedensel Duyumları Abartma Ortalamaları 34

Şekil 7. Medeni Duruma Göre Algılanan Partner Duyarlılığı Ortalamaları..... 34

Şekil 8. Medeni Duruma Göre Sağlık Anksiyetesi Ortalamaları 35

Şekil 9. Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Somatizasyon Arasındaki İlişkide Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolü..... 40

Şekil 10. Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolü..... 41

KISALTMALAR

APD	: Algılanan Partner Duyarlılığı
BDAÖ	: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
ÇÖYÖ	: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği
ÇÖYÖ-CKK	: Cinsel Kötüye Kullanım
ÇÖYÖ-DKK-Dİ	: Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PPR	: Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği
SAÖ	: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
SCL-90-R-SOM	: Belirti Tarama Listesi SCL-90-R Somatizasyon alt Ölçeği

ÖZGEÇMİŞ

Kübra Albayrak

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Y.Ls.	2018-2020	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji
Pedagojik Formasyon	2018-2019	Marmara Üniversitesi, Eğitim Fakültesi
Ls.	2009-2014	Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kuzey Kıbrıs Kampüsü, Psikoloji
Lise	2005-2009	Bornova Yunus Emre Anadolu Lisesi

İş

2019-D.E	Kuruluş Müdürü. Özel Çocuğun 100 Dili Gündüz Bakım Evi
2020	Klinik Psikoloji Stajyeri. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2016-2018	Psikolog ve Müdür (Son 4 Ay). Özel Dragos Küçük Şeyler Anaokulu
2015-2016	Limon Anaokulu, Psikolog.
2013	Psikolog Stajyer, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh ve Sinir Hastalıkları

Alınan Burs ve Ödüller

2009	ÖSYM Eğitim Bursu (%100)

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı	İzmir, 1991 Cinsiyet:K
Yabancı Diller	İngilizce(Çok İyi), Almanca(Orta)
E-posta	[redacted]

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Yaşayan varlık üzerinde beden ve ruh açısından ciddi ve önemsenecek yaralanma belirtileri bırakan yaşam deneyimleri psikolojik travma olarak tanımlanır (Bayraktar, 2012). Özellikle çocukluk döneminde deneyimlenen olumsuz yaşantıların varlığı hem dünya gündeminde hem de psikoloji literatüründe birçok çalışmanın konusu olmuş ve olmaya devam etmektedir. Çocuklukta travmaya yol açan kötü muamale dünyada yüz milyonlarca çocuk ve ergeni etkileyen büyük bir küresel sorun olarak görülmektedir (World Health Organization, 2019). Çocukluk döneminde maruz kalınan travmalar içerisinde yer alan istismar ve ihmal yetişkinlikte bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığına, gelişimine zarar veren önemli bir risk faktörüdür (Fairbank ve Fairbank, 2009). Literatüre bakıldığında, çocuklukta maruz kalınan olumsuz yaşantıların psikopatolojik hastalıkların ortaya çıktığı ve yaygın olduğu vakalarda önemli rol oynadığı göze çarpmaktadır (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber ve Juruena, 2013; Copeland ve ark., 2018). Çocukluk ve ergenlik döneminde maruz kalınan istismar ve ihmal yaşantılarının yetişkinlik döneminde travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, kaygı bozukluğu, intihar ve kendine zarar verme davranışları, madde kullanımı, yeme bozuklukları ve somatizasyon gibi çeşitli rahatsızlıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Afifi, Boman, Fleisher ve Sareen, 2009 ; Becker ve Grillo, 2011; Fairbank ve Fairbank, 2009; Hill, 2003; Hovens ve ark., 2010; Widom, 1999). Bunlara ek olarak, çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ile bedensel yakınmalar arasındaki ilişkiye dair güncel çalışmalar da gittikçe artmaktadır (Stein ve ark., 2004). Kişiler çocuklukta maruz kaldığı kötü muameler sonucunda yetişkinlik döneminde psikolojik kökenli istem dışı bedensel reaksiyonlar da gösterebilir. Psikolojik sıkıntının bedene yansıması olarak tanımlanan somatizasyonun (Sayar ve Ak, 2001) çocukluk çağı istismar ve ihmalle ilişkisini ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur (Brown, Schrag ve Trimble, 2005; Güleç ve ark., 2013; Kroska, Roche ve O'Hara, 2018; Spitzer, Barnow, Gau, Freyberger ve Grabe, 2008 ; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006). Buradan hareketle, somatik yakınmaları tetikleyen sağlıkla ilgili kaygı, bedensel belirtilere odaklanma, seçici davranma ve bedenden gelen duyumları abartma gibi örüntülerin de

çocukluk çağı travmatik yaşantılarla ilişkili olabileceği düşünülmekte; bu çalışmada bu ilişkilere dair açıklık getirilmesi hedeflenmektedir.

Geçmişinde çocukluk travmasına sahip bireylerde, bağlanma stillerinin somatizasyonun önemli bir yordayıcısı olduğu sonucuna varılmıştır (Waldinger ve ark., 2006). Yetişkinlik döneminde ise kişilerin romantik ilişki içerisindeki partnerlerinin temsili olarak bağlanma figürünü devam ettirdiği düşünüldüğünde (Taşfiliz ve ark., 2018), partnerlerin davranış, tutum ve ilgisinin somatik yakınmalar üzerinde etkili olabileceği akla gelmektedir. Bununla beraber, bedensel yakınmalara sahip olan bireylerin, sosyal destek sayesinde somatik şikayetleriyle daha kolay baş edebileceği belirtilmiştir (Ali ve ve ark., 2010). Romantik ilişki içerisinde olan bireylerde partnerinin anlayışlı, onaylayıcı ve ilgili olması ile tanımlanan partner duyarlılığının (Taşfiliz ve ark., 2018), en önemli sosyal destek kaynaklarından biri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, çocukluk çağı travmalarının tetiklediği somatik yakınmalarda bu desteğin açıklayıcı rolünün açıklanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Özetle, güncel çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılar ile somatizasyon arasında ilişki ortaya konmakla birlikte, bu ilişkinin yetişkinlik dönemindeki seyrine yönelik bilgi ihtiyacı devam etmektedir. Bu nedenle, mevcut çalışmada travmatik yaşantıların fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanım boyutlarının bedensel yakınmalarla ilişkine; ayrıca bu ilişkide romantik partner duyarlılığının rolüne açıklık getirilmesi amaçlanmıştır.

1.1.Çocukluk Çağı Travmaları

Bedensel, zihinsel ve ruhsal sağlığında zararlara neden olan sarsıcı deneyimler akla travma kavramını getirmektedir. Bireylerin karşılaştıkları fiziksel bütünlüğe zarar veren, ölüm veya ölüm tehdidi içeren durumlar, olaylar ve ciddi yaralanmalar travma olarak adlandırılır (American Psychology Association, 2000). Doğal afetler, ciddi kazalar, savaş, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet içeren olaylar, sevilen kişinin ani kaybı gibi durumlar travmatik olay olarak örneklendirilebilir. Draijer ve Langelang (1999), travma terimini korku ve savunmasızlığa yol açan psikolojik deneyimler

olarak tanımlamıştır. İnsanın korkuya ve çaresizliğe en yatkın, fiziksel ve ruhsal bakıma ihtiyaç duyduğu en savunmasız gelişim çağı çocukluk olarak bilinmektedir.

Çocukluk çağı travması, bireyin çocukluk veya ergenlik döneminde (18 yaş öncesi) ebeveynleri veya çevresi tarafından maruz kaldığı cinsel, duygusal, fiziksel istismar ve fiziksel, duygusal ihmal ile birlikte ayrıca şiddete tanık olma, doğal afet yaşama, kaza geçirme, ebeveyn kaybı, ebeveynden ayrı kalma ve ebeveynlerin boşanması gibi durumlardır (Herman, 2011). Çocukluk travmasına maruz kalma dünya genelinde yaygın olmasına rağmen yakın zamanda dünya çapında bir tahmin bulunamamıştır (Buchanan, Gewirtz, Lucke ve Wambach, 2020). Genel popülasyonda travmaya maruz kalma oranı; yapılan çalışmanın ülkesine, örneklemin kentte veya kırsalda yaşamasına, cinsiyet ve yaş gibi faktörlere bağlı olarak %20 ve % 80 arasında değişmektedir (Fairbank ve Fairbank, 2009). Ülkemizde ise Doğu'da yaşayan kadınların temsil ettiği bir çalışmada çocukluk travmalarının oranları ; % 24.5 fiziksel ihmal, % 21.5 duygusal ihmal, % 8.9, fiziksel istismar, % 8.9 duygusal istismar iken, cinsel istismar oranı ise % 2.5'dur (Akyuz, Sar, Kugu ve Doğan, 2005). Saunders ve Adams (2014) çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın yaygınlığı ve travmatik olayın türüne dair, cinsiyet, etnik köken ve kültürel özellikler gibi belirlemeler yapmanın zorluğunu vurgulamaktadır. Bu zorlukta, etiketlenme kaygısıyla erkeklerde cinsel istismar vakalarının kadınlara oranla daha az belirtilmesi, kültürel açıdan bakireliğe önem veren toplumlarda cinsel istismarın dile getirilme olasılığının düşük olması, ya da ağır fiziksel cezaların sıklıkla verildiği coğrafi bölgelerde çocukların fiziksel istismarı bildirmeleri gereken olağandışı bir deneyim olarak algılamamaları gibi nedenler etkili olmaktadır (Saunders ve Adam, 2014). Öte yandan, kültürel faktörlerin bu yaşantıların sıklığı ve dile getirilmesinde bir etkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Stoltenborgh, Bakermans- Kranenburg, van Ijzendoorn ve Alink, 2013; Kenny ve Lennings, 2007). Örneğin, Stoltenborgh ve arkadaşları (2013) meta analiz çalışmasında, çocukluk travmasının bir çeşidi olan fiziksel istismarın yaygınlık oranını kültürel ve coğrafi özelliklere göre farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, Kenny ve Lennings (2007) kültürlerarası farklılığı inceledikleri çalışmada, Avustralya'da yaşayan üç farklı etnik grup arasında çocukluk travma yaşantısı açısından anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çocukluk çağı ihmal ve istismar dağılımının cinsiyete göre farklılaşıp

farklılaşmadığına bakıldığında ise, kadınların erkeklere oranla çocuklukta daha çok istismara maruz kaldığını görülmektedir (Finkelhor, Turner, Shattuck ve Hamby, 2013; Pereda, Guilera, Forns ve Gómez-Benito, 2009).

Çocukluk çağı travması gibi hassas ve ciddi bir konunun anlaşılabilmesi ve açıklanabilmesi için ihmal ve istismar kavramlarının tanımlanması önemlidir. Dünya Sağlık Örgütüne (World Health Organization, 1999) göre çocuk istismarı, çocuğun yaşamını, bedensel, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyecek, bir yetişkin tarafından bilinçli ya da bilinçsiz olarak yapılan davranışların tümüdür. Çocuk istismarının tekrarlanabilir olması ve genelde çocuğun yakın çevresinden biri tarafından maruz bırakılması nedeniyle tespit ve tedavisi en zor olan travmalardan biri olarak kabul edilmektedir (Yılmaz, İşiten, Ertan ve Öner, 2003). İhmal ise, çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyecek ve gözetim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (Berk, 2010). Yurtdışında yapılan araştırmalar her yıl 905.000 Amerikalı çocuğun kötü muamelenin kurbanı olduğunu göstermektedir (U.S Department of Health and Human Services, 2008). Ülkemizde ise, çocuk istismar ve ihmalinin ne kadar yaygın olduğunun araştırıldığı yeterli veri yoktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Yöyen'e (2017) göre, kişinin yaşamında çok önemli etkiye sahip olmasına rağmen ülkemizde çocukluk çağı travmaları ile ilgili araştırmaların nicelik olarak az olmasının nedenlerinden biri de travmaya maruz kalan çocukların ve onların ailelerinin söz konusu durum hakkında bilgi vermekten kaçınmalarıdır. Öte yandan, Yılmaz-Irmak (2008), İzmir'deki ortaokul ve lise öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada fiziksel istismar % 48, duygusal istismar % 60, cinsel istismar % 8, ihmal % 17 ve aile içi şiddete tanıklık oranını % 55 olarak bulmuştur.

İnsanın psikolojik ve sosyal gelişim dönemlerini şiddetle sarsan çocukluk çağı travması kişinin ruhsal sağlığına yapılan en büyük saldırı olarak görülebilir (Yöyen, 2017). Özellikle kişinin psikolojik bütünlüğü yanı sıra fiziksel bütünlüğünü ve insanın temel içgüdüsü olan hayatta kalma dürtüsünü de derinden zedeleyebilir. Yargıç, Ersoy ve Oflaz (2012), çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisini inceledikleri araştırmada, duygusal istismarın intihar girişimini etkileyen anahtar travması; fiziksel istismarın ise kendine zarar verme davranışının anahtar travması olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bununla tutarlı olarak, klinik ortamda

bir ihmal ve istismar öyküsüne sahip vakalarda intihar girişiminin ve kendine zarar verme oranın, böyle bir öyküye sahip olmayanlara göre çok daha fazla olduğu kaydedilmiştir (Akyuz ve arkadaşları, 2005). Çocukluk dönemindeki kötü muamele, bireyi farklı alanlarda da etkileyebilmektedir. Örneğin, cinsel ve fiziksel istismar içeren çocukluk dönemi kötü muameleye maruz kalma oranı arttıkça üniversiteye giriş, not ortalaması gibi akademik başarının düştüğü bulunmuştur (Boden, Horwood ve Fergusson, 2007). Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının iş yaşamında başarısızlık, eğitim ve sağlık alanlarında işlevsizlik, sosyal izolasyon gibi durumlarla da ilişkili olduğu düşünülmektedir (Copeland ve ark., 2018). Çocukken kötü muameleye maruz kalmak, başkalarının duygularını anlama ve empati kurma becerilerinde zorluk yaşamaya neden olabilmektedir (Camilo, Garrido ve Calheiros, 2016; De Paul ve Guibert, 2008; Van der Kolk ve Fisler, 1994). Bununla beraber, çocuklukta istismara maruz kalmak öz-düzenleme kapasitesini olumsuz etkileyerek, kişinin çevresine karşı agresif davranışlarda bulunmasına yol açabilmektedir (Van der Kolk ve Fisler (1994).

Çocukluk çağı travmatik deneyimler, yetişkinlik dönemi psikolojik problemler için de bir yatkınlık faktörü oluşturabilmektedir. Yetişkinlerdeki depresyon ve travma belirtilerinin, çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismara bağlı olarak ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Alpay, Aydın ve Bellur, 2017). Pavlova ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada bipolar ve anksiyete bozukluğunun eşzamanlı görüldüğü vakalarda, özellikle çocukluk travmasının intihar girişimi ile önemli bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Çocuklukta kötü muameleye maruz kalan vakalarda travma sonrası stres bozukluğu (Alpay, ve ark., 2017; Fairbank ve Fairbank, 2009; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999; Pelcovitz ve ark, 1994; Tackett, 2002), agresyon (Fairbank ve Fairbank, 2009; Finkelhor ve ark., 2013), somatizasyon (Fairbank ve Fairbank, 2009; Güleç ve ark., 2013; Waldinger ve ark., 2006), yeme bozukluğu (Fairbank ve Fairbank, 2009; Gilbert ve diğerleri, 2009; Johnson, Cohen, Kasen ve Brook, 2002), sosyal kaygı bozukluğu (Kuo, Goldin, Werner, Heimberg ve Gross, 2011) gibi sorunların yaygın olduğu görülmüştür. Bunlara ek olarak, Çocukluk travması, sınır durum kişilik bozukluğu ve diğer kişilik bozuklukları için risk faktör olarak görülmektedir (Laporte ve Guttmann, 1996; Van der Kolk, Hostetler, Herron ve Fisler, 1994). Madde kötüye kullanımı, tehlikeli cinsel deneyimler, davranış bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite de ilişkili bulunan diğer psikolojik

problemlerdendir (Gökler, 2002; Fairbank ve Fairbank, 2009; Lewis, 1992; Kathryn ve David, 2002; Pizarro ve Billick, 1999; Tackett, 2002). Ayrıca, yetişkinlerde görülen depresyon ve kaygı bozukluğunun eş zamanlı görüldüğü vakalarda çocukluk çağı travmalarını önemli bir risk faktör olduğu görülmüştür (Hovens ve ark., 2010). Bu bağlamda çocuklukta maruz kalınan kötü muamelenin psikolojik rahatsızlıklarda kritik bir rol oynadığı görülmektedir.

Çocuk istismarı duygusal, fiziksel ve cinsel olmak üzere 3 başlıkta değerlendirilirken, çocuk ihmali de fiziksel ve duygusal ihmal olarak 2 başlıkta değerlendirilmektedir. Çocukluk olumsuz yaşantılarının kişinin yaşamında oluşturabilecek etkilerini ve risklerini daha iyi anlayabilmek ve anlamlandırabilmek için çocuklukta maruz kalınan ihmal ve istismar çeşitlerinin dikkatle gözden geçirilmesi önemlidir.

1.1.1. Fiziksel İhmal ve İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun kazadan kaynaklanmayan bir nedenle yaralanmasıdır (Hancı, 2002; Polat, 2004). UNICEF (2010) fiziksel istismarı, kaza dışı bir nedenle çocuğa acı veren ve uygulanmaması gereken şiddet içeren davranışlar sonucunda çocuğun gelişim ve iş görme yetisi bakımından zarar görmesi olarak betimlemektedir. Dünya Sağlık Örgütüne (1999) göre, çocuğa yönelik kasıtlı bir şekilde yapılan fiziksel güç kullanımı ile çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi şeklinde tanımlanır. Berk (2010), çocukların fiziksel yaralanmalara neden olan saldırıları tekme, ısırma, sallayarak sarsma, delme veya bıçaklama gibi örneklendirmektedir. Öte yandan, çocuk veya ergenin (18 yaşından küçük) bakım veren kişi tarafından beslenme, gözetim, giyim, tıbbi bakım, hijyen gibi ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi ve karşılanmaması ise fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Dünya genelinde yetişkinlerin cinsiyet fark etmeksizin, yaklaşık %22.6'sının çocukluk döneminde fiziksel istismara ve % 16.3'ünün ise fiziksel ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir (World Health Organization, 2019). Ülkemizde yapılan Çocuk istismarı ve Aile içi şiddet araştırmasında, 7-18 yaş arası çocukların % 56'sının fiziksel istismara tanık olurken, % 45'i fiziksel istismara maruz kaldığı rapor bulguları arasındadır (UNİCEF, 2010).

Yalın ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada da fiziksel istismar oranı Adana'da % 61.5 bulunurken, Ankara % 46,4 olarak bulunmuştur.

Stoltenborgh ve arkadaşları (2013) fiziksel istismarın tüm dünyada milyonlarca çocuğun gelişiminde uzun veya kısa süreli istenmeyen etkileri olduğunu, ayrıca bunun yaygın ve küresel bir olgu olduğunu belirtmiştir. Fiziksel kötü muamelenin sebeplerine bakıldığında, ebeveynlerin depresif olması fiziksel istismar için, ebeveynlerin madde bağımlısı olması ise hem fiziksel istismar hem de fiziksel ihmal için risk faktör oluşturmaktadır (Chaffin, Kelleher ve Hollenberg, 1996). Etkilerine bakıldığınse ise, fiziksel istismarın kişide agresif ve düşmanca davranışlara neden olurken, fiziksel ihmalin ise içe dönme ve boyun eğme davranışlarına yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (Prino ve Peyrot, 1994). Çocukluk çağı kötü muamelenin psikolojik rahatsızlıklarla ilişkisini araştıran bir diğer çalışmada, fiziksel ihmal ile depresyon ve davranış problemleri arasında anlamlı ilişki bulunurken, fiziksel istismara maruz kalmış kişilerin oluşturduğu grupta ise narsistlik, sınır durum ve histrionik kişilik bozukluğunun yüksek olduğu bulunmuştur (Cohen, Brown ve Smailes, 2001). Bununla beraber, Cohen ve arkadaşları (2001) çocuklukta fiziksel istismar öyküsü bildiren kişilerde gittikçe artan ve pekiştirilmiş antisosyal ve dürtüsel davranışların varlığını gözlemlemişlerdir. Son olarak, Spertus ve arkadaşları (2003) fiziksel istismarı fiziksel semptomların yordayıcısı olduğunu ifade etmişlerdir.

1.1.2 Duygusal İhmal ve İstismar

Duygusal istismar, çocuğun ihtiyacı olan ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun bırakılması ve psikolojik zarara uğratılması durumudur. Çocuğa bağırma, değersizleştirme, aşırı baskıcı olma ve otoriter davranma, lakap takma, küfretme, korkutma, yalnız bırakma, tehdit etme, küçük düşürme, önemsememe, aşağılama, çocuğun duygusal ihtiyaçlarına karşı duyarsız kalma, yaşının üstü sorumluluklar yükleme, kardeşler arasında ayırım yapma gibi davranışlar duygusal istismar olarak nitelendirilebilir (Lynch ve ark., 2008). UNICEF'e göre (2010), duygusal istismar ve ihmal çocuğun kapasite, nitelik ve arzularının kötülenmesi, sosyal ilişkiden ve kaynaklarından yoksun bırakılması, sosyal açıdan zarar vererek terk edilme ile tehdit edilmesi, yaşına uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı olan bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak örneklendirilmektedir. Kız veya erkek

farkı olmaksızın dünya genelinde çocukların yaklaşık %36.3 duygusal ihmal ve istismar deneyimi yaşadığı belirtilmektedir (DSÖ, 2019). UNİCEF'in (2010) ülkemizde yaptığı çalışmada ise, 7-18 yaş arasındaki çocukların % 51'inin son bir yıl içinde evde, okulda veya sokakta duygusal istismara maruz kaldıkları bulgusuna ulaşılmıştır.

Duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda görülebilen birçok duygusal, gelişimsel, sosyal ve davranışsal bozukluktan söz edilebilir (Glaser, 2002). Dışavurum ve içe atım problemleri, sosyal ilişkilerde bozulma, özgüvende azalma, intihar düşüncesi ve eylemi, çocukluk çağı mastürbasyonu, kişilik bozuklukları bu sorunlardan bazılarıdır (Mullen, Martin, Anderson, Romans ve Herbison, 1996; Pizarro ve Billick, 1999; Unal, 2000). Ayrıca, duygusal ihmal ve istismarın depresyonla anlamlı olarak ilişkili bulunduğu çalışmada, duygusal ihmal ve istismarın çocukta güçsüzlük duygusu yaratarak ve öz saygısının azaltarak depresyonu tetiklediği düşünülmektedir. (Infurna ve ark., 2016). Son olarak, çocuklukta duygusal ihmal ve istismar öyküsünün varlığının ileriki yetişkinlik döneminde somatizasyon ve alekstiminin ortaya çıkışında da rol oynadığı bilinmektedir (Güleç ve ark., 2013).

1.1.3 Cinsel İstismar

İnsan hakları ihlali olarak kabul edilen çocuklara ve ergenlere yönelik cinsel istismar; kısa veya uzun süreli fiziksel, cinsel sağlık ve üreme ve ruh sağlığı üzerinde sarsıcı etkileri olan küresel bir sorundur (World Health Organization, 2017). Cinsel istismar, cinsel gelişimini tamamlamayan bir çocuk veya ergenin yetişkin bir birey tarafından cinsel istek ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ederek ya da kandırırarak kullanılması olarak tanımlanabilir (Aktepe, 2009). UNICEF'e göre (2010), cinsel istismar yetişkinin kendi cinsel ihtiyacını karşılamak amacıyla bir çocukla rızası dışında ilişki kurması, maddi güç sağlamak için çocuğun fuhuş ve pornografiye yönlenmesine yol açması olarak tanımlanır. Sözel olarak cinsel tacizde bulunmak, cinsel içerikli yayınları seyrettirmek, başka bireylerin cinsel aktivitelerini izlemeye maruz bırakmak gibi davranışlar da cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir (Kanbur ve Akgül, 2010). 1980-2008 yılları arasında yapılan 217 çalışmanın gözden geçirildiği makalede, dünya çapında cinsiyete göre cinsel istismar oranının kızlarda %18, erkeklerde ise %7.6 olduğu belirlenmiştir

(Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser ve Bakermans- Kranenburg, 2011). Bir başka çalışmada ise, Barth ve arkadaşlarının (2012), 24 ülkeden 55 farklı çalışmayı içeren makalede cinsel istismar yaygınlığının kız çocuklarda % 8-31, erkek çocuklarda ise % 3-17 arasında olduğu ortaya koymuştur. Ülkemize ait UNİCEF (2010) raporuna göre, 7-18 yaşları arasındaki bireylerin %10'nun cinsel istismara tanık olduğunu, %3'ünün ise son bir yıl içerisinde cinsel istismar kurbanı olduğu belirtilmiştir. Ancak, cinsel istismar gibi hassas bir konunun doğası gereği, bildirilmesi ve kendini açmanın kolay olmayacağı göz ardı edilmemelidir. Bu yüzden ortaya çıkan oranların gerçeği yansıtmama ihtimali bulunabilmektedir (UNİCEF, 2010).

Cinsel istismara maruz kalan yetişkin bireylerde uyku bozuklukları, fobiler, bedensel yakınmalar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, enüresiz ve enkoprezis, disasiasyon, majör depresyon gibi psikolojik sorunlar sıklıkla görülmektedir (Elliot ve Peterson, 1993; Green, 1996; Pelcovitz ve ark., 1994; Weiss, Longhurst, Mature, 1999) . Ayrıca cinsel istismara uğramış çocuklarda da öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü, kişilerarası ve sosyal problemler ve yüksek riskli cinsel eylemler kaydedilmiştir (Gorey ve Leslie,1997; Pelcovitz ve Kaplan, 1994; Tackett, 2002). Buna ek olarak, çocukluk öyküsünde cinsel istismar öyküsü bulunan yetişkinlerin daha fazla cinsel saldırıda bulunabildiğini de belirtilmektedir (Pizarro ve Billick, 1999; Walrath, Ykarra ve Holden, 2003). Cinsel istismarın 1 yıldan fazla sürdüğü ve şiddetli olduğu vakalarda ise dissosiyatif semptomların belirgin olduğu kaydedilmiştir (Draijer ve Langeland, 1999). Çocuklukta cinsel istismar mağduru kişilerde kişilik bozuklukları ve patolojik rahatsızlıkların ilişkisini araştıran başka bir çalışmada, paranoyak, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukların görülme olasılığın yüksek olduğu bulgusu ile birlikte anksiyete ve özellikle alkol olmak üzere madde kötüye kullanımın fazla olduğu sonucuna varılmıştır. (Cohen ve ark., 2001). Cinsel istismarın romantik ilişkilerde etkisine bakıldığında ise, evliliklerde bozulmalara ya da kadınlarda cinsel tatminsizliğe yol açabilmektedir (Finkelhor, Hotaling, Lewis ve Smith, 1989). Ayrıca, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün, evli veya boşanmış kadınlarda yeniden cinsel istismar mağduriyetini (sexual revictimization) yordadığı görülmüştür (Arata ve Lindman, 2002).

İlgili çalışmalar, fiziksel ihmal ve istismar, duygusal ihmal ve istismar, cinsel istismarı kapsayan çocukluk çağı travmalarının psikolojik rahatsızlıklarla ilişkisinde önemli bir rolü olduğunu ortaya koymaktadır. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, kişileri strese somatik olarak cevap vermeye yatkın hale de getirebilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999). Bununla birlikte, çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantıların, yetişkinlikte ortaya çıkan ve fiziksel nedeni olmayan bedensel yakınmalardaki rolüne dair bilgi ihtiyacı devam etmektedir.

1.2.Somatizasyon

Çocukluktaki örseleyici yaşantıların yetişkinlik döneminde somatik kaygıların habercisi olabileceği belirtilmiştir (Sansone, Wiederman ve Sansone, 2001). Rosen ve arkadaşları (1982) somatizasyonu çevresel nedenlerden kaynaklanan stresli yaşam olayları ve ruhsal sıkıntıların bedensel olarak dile getirilmesi olarak tanımlamıştır. North (2004) bu kavramını açıklarken, soma kelime kökünün fiziksel bedeni ilgilendiren sağlıkla ilgili şikayetleri ifade ettiğini ve çoğunlukla isim hali somatizasyon ve sıfat hali somatik sözcüklerinin semptom kelimesiyle bir bütün olduğunu belirtmiştir. Bu yakınmalar somatofom bozukluklar olarak isimlendirilen bir patoloji grubunu oluşturma ve ortak olarak "*genel tıbbi bir durumu ve genel tıbbi bir durumla, bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da başka bir mental bozuklukla tam olarak açıklanamayan fizik semptomlar"* olarak nitelendirilmektedir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007, sf. 705). Günümüzde DSM IV'te (Diagnostic and Manual of Mental Disorders/ Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı IV) yer alan somatoform bozukluk ismi DSM 5'te Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozuklukları olarak değişmiştir. İsim değişikliğinin yanı sıra, somatik belirtilerin ciddiyetiyle ilgili aşırı ve ısrarcı düşüncelerin varlığı, bu belirtilere ve ilgili düşüncelere harcanan aşırı zaman ve enerji, bunlar sonucunda da deneyimlenen yüksek kaygı düzeyi tanı ölçütleri arasında yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Ruhsal hastalıkların ortaya çıkışında kültürel öğelerin etki sahibi olduğu, özellikle bedenselleştirmenin, Doğu kültürünün yaygın olduğu toplumlarda ruhsal sıkıntıların ifade etmenin bir yolu olduğu düşünülmektedir (Çam ve Uğuryol, 2019). Bununla ilgili olarak, somatizasyona sahip bireylerin duygusal tepkileri doğrudan dile

getirmek yerine fiziksel yakınmalardan ve acılardan bahsettikleri gözlemlenmiştir (Stuart ve Noyes, 1999). Erken dönemde maruz kalınan travmaların kişinin duygu düzenleme kapasitesini olumsuz etkilediği ve bunun sonucu olarak depresif hastalarda çocukluk çağı travmalarının ve alekstiminin bedensel yakınmaların devamlılığında rol oynadığı görülmüştür (Güleç ve ark., 2013). Bu çalışmalar bedenselleştirmenin, bireyin duygusal istek ve ihtiyaçlarını ifade etme biçimi olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca, bedenselleştirme aile içi çatışmalarda çocukluk döneminde geliştirilmiş stratejiler olarak karşımıza çıkmakta ve sosyal çevrenin tutumuna göre somatize edici davranışların yetişkinlik döneminde de pekişerek kullanımının devam edebildiği gözlenmektedir (Stuart ve Noyes, 1999). Özellikle, erken dönem deneyimlerinde, ailede hastalık davranışının beslenmesi ve sosyal çevreden sevgi ve ilgi görmenin fiziksel yakınmalarla ilişkilendirilmesi ve bu gibi ikincil kazançların kendini göstermesi somatik davranışları destekler niteliktedir (Kesebir, 2004). Bu yönüyle, bakım ve ilgi ihtiyacının bedensel yakınmlar aracılığıyla karşılandığını gören hastaların yakın çevresinden ve tıbbi uzmanlardan bakım sağlamaya yönelik girişimler içerisinde olmaları (Stuart ve Noyes, 1999) somatizasyonun bir iletişim ve davranış biçimi olarak kullanıldığının da gözler önüne sermektedir (Kesebir, 2004).

Yoğun bedensel yakınmalar, klinik açıdan belirgin bir rahatsızlığa ya da günlük yaşamda toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açabilmektedir (Köroğlu, 2007). North ve Guze (1998) somatik bozuklukların başlangıç yaşının ergenlikten sonraki on yıl içerisinde ya da 30'lu yaşlardan önce ortaya çıktığını ifade etmişlerdir (aktaran North, 2004). Somatizasyonla ilgili sorunların hayat boyu görülme oranı değişiklik göstermekle birlikte, kadınlarda % 0.2'yle %2 arasında, erkeklerde ise % 0.2'den daha az olarak kaydedilmiştir (Köroğlu, 2007). Batı ülkelerine bakıldığında ise genel toplamda görülme oranı %1 olarak bildirilmektedir (Black ve Andreasen, 2011). Ülkemizde ise Türkiye Ruh Sağlığı Profilinde somatizasyon bozukluklarının toplumdaki 12 ay boyunca yaygınlığı %0.2 olarak karşımıza çıkmaktadır (Kılıç,1998). Bununla birlikte, bedesel yakınmalara sahip bireylerin, psikiyatri ya da psikoloji dışında tıbbi yardım aramaya eğiliminde olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır (Lipowski, 1988).

Somatizasyon, sadece bireyi değil, kişinin ailesini, işini, tanı ve tedavi aradığı doktorları da etkilemesi özelliği de bir "sistem problemi" olarak nitelendirilebilir (Ford, 1986). Somatik şikayetler sadece sağlık alanında toplum için ekonomik yük oluşturmakla kalmaz; aynı zamanda yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olur (Rief, Hessel ve Braehler, 2001). Bedensel yakınmaları olan hastalar zamanlarını, paralarını, umutlarını, sabırlarını şikayetlerine cevap bulmak adına harcamakta, bu süreçte kaygı düzeyi de artmaktadır (Ford, 1986). Bu kaygı somatize olmaya yatkın bireylerde bedene odaklanmaya ve bedenden gelen uyaranları normalden farklı algılamaya neden olabilir. Bu nedenle, bedensel yakınmaların şiddetlenmesinde ve devamlılığında bedensel duyumların ve sağlığa yönelik kaygının rolü önemli görünmektedir.

1.2.1.Bedensel duyumlar

Somatik yakınmalara sahip bireylerde öne çıkan bir özellik olan bedendel duyumları abartma eğilimi, dikkatin sürekli olarak bedenden gelen duyumlara odaklanması, olası duyumlara karşı tetikte olması ve bu duyumları olumsuz ve tehlike olarak algalayıp tepki vermesi olaran betimlenmektedir (Barsky, Goodson, Lane ve Cleary,1988). Bedene ait en ufak bir deneyimin seçilerek dikkate alındığı ve olumsuz şekilde yorumlandığı bu eğilimde, birey yoğun kaygı ve rahatsızlık yaşayabilmektedir (Spinhoven ve Van der Does, 1997).

Bedensel duyumları abartma düzeyinin demografik özelliklere göre nasıl farklılık gösterdiğine bakıldığında net bir sonuca ulaşılamamaktadır. Kosturek, Gregory, Sousou ve Trief (1998) bedensel duyumları abartma düzeyinin cinsiyet, yaş ve medeni duruma göre farklılık göstermediğini bulurken, Versteeg ve arkadaşları (2010) kadınların erkeklere oranla bedensel duyumları daha yanlış yorumladıklarını gözlemlemiştir. Sayar, Kirmayer ve Taillefer (2003) yaptıkları çalışma da bunu destekler şekilde, kadınların bedensel duyumları abartma puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Öte yandan, Barsky ve Wyshak (1990) abartma ve cinsiyet arasında herhangi bir ilişki bulamamış. Nakao, Barsky, Kumano ve Kuboki (2002) yaş ve cinsiyetin bedensel duyumları abartma üzerinde etkisini anlamak için bedensel duyum farkındalığı, biyolojik duyarlılık, hasta rolü davranışı ve sosyal destek gibi faktörlerin yardımcı olabileceği önerisini getirmiştir.

Bedensel duyumları abartmanın ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde birçok faktör rol oynamaktadır. Barsky (1979) stresli yaşam olayları, olumsuz çocukluk yaşantıları, ailede bireylerine ait somatik yakınmalar, ya da mazoşist, suçlu ve düşmancıl kişilik özelliklerin bedensel duyumları abartma eğilimini arttırdığı öne sürmektedir. Ayrıca, genel kaygı seviyesindeki yükselme de bedendel duyumları abartma eğilimindeki artışla ilişkili bulunmuştur (Versteeg ve ark., 2010). Kişilerin bedenlerinden gelen uyaranları abartma eğilimi arrtıkça somatik belirtilerinin çoğaldığı (Duddu, Isaac ve Chaturverdi, 2006; Sayar ve ark., 2003) ve sağlıkla ilgili endişelerinin de arttığı (Korkmaz, Korkmaz, Yildiz, Gündoğan ve Atmaca, 2017) gözlenmiştir.

1.2.2.Sağlık Kaygısı

Sağlık kaygısı, kişinin gerçekte bir rahatsızlığa sahip olmadığı halde ciddi bir hastalığın olduğuna ve olumsuz sonuçlara yol açtığına inanmasıyla tetiklenen bir kaygı olarak tanımlanabilir (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007). Sağlık kaygısının sürekli ve şiddetli bir örüntüsü ise hipokondri olarak nitelendirilmektedir (Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark, 2002). Hipokonri, DSM-IV'te somatoform hastalıklar kategorisi altında yer almış, bireyin fiziksel belirtileri yanlış yorumlamasına bağlı olarak hasta olma veya hasta olma düşüncesinin yarattığı korku tepkileri olarak betimlenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). DSM-5'te ise Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar adı altında Hastalık Kaygısı Bozukluğu ismiyle ve aynı özelliklerle yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Sağlık kaygısı düzeyinin yüksek olduğu demografik özellikler kadın olmak, düşük eğitim seviyesi ve ilerleyen yaşı olarak öne çıkmaktadır (Bleichhardt ve Hiller, 2007). Ayrıca, düşük gelir seviyesi, evli olmak, içe dönüklük ve fiziksel bir hastalığa sahip olmak da sağlık kaygısının yordayıcılarındandır (Chen ve ark., 2019). Buna ek olarak, çocukluk fobileri ve çocukluk döneminde hastalık öyküsü, alekstimi ve nevrotik mizaç yüksek sağlık kaygısına sahip bireylerde sıklıklar rapor edilmektedir (Noyes, Happel ve Yagla, 1999). Bununla birlikte, hipokondri hastalarının geçmiş yaşantıları incelendiğinde travmatik cinsel temas, fiziksel şiddet ve ebeveyn çatışmalarının (major parental upheaval) varlığı da dikkat çekmektedir (Barsky, Wool, Barnett ve Cleary, 1994).

Sağlık kaygısının, yaşam kalitesinin düşmesinde ve psikiyatrik tedavi öyküsü olasılığının artmasında rol oynadığı belirlenmiştir (Chen ve ark., 2019). İlgili çalışmalarda, sağlık kaygısı ve somatik belirtilerin ilişkili olduğu bulunmuştur (Craner, Sigmon, Martinson ve McGillicuddy, 2013; Lee, Creed, Ma ve Leung, 2015). Her iki örüntüde, tıbbi olarak açıklanamayan şikâyetler, hastalık davranışları ve sağlıkla ilgili yoğun ve aşırı zihin meşguliyeti gibi benzer özellikler de dikkat çekmektedir (Creed ve Barsky, 2004). Ayrıca, somatizasyon hastalarında şikayetlerin ve belirtilerin tıbbi ve fiziksel bir karşılığının olmaması, sağlık kaygısını da tetikleyebilmektedir (Oyama, Paltoo ve Greengold, 2007). Sonuç olarak, bedensel duyumları abartma eğilimi ve sağlık kaygısı olan bireylerde bedensel yakınmalara daha sık rastlanabileceği ve incelenebileceği akla gelmektedir.

1.2.3.Somatizasyon ve Çocukluk Çağı Travmaları

Somatik yakınmaları olan yetişkinlerin çocukluk döneminde duygusal ihmal, cinsel ve duygusal istismar gibi travmatik yaşantıların varlığı dikkat çekmektedir (Kealy, Rice, Ogrodniczuk, ve Spidel, 2018). Bedensel yakınmalara sahip bireylerin yetiştikleri aile ortamı incelendiğinde duygusal ve fiziksel istismarın olduğu; duygusal olarak soğuk, mesafeli ve desteksiz aile yapısı öne çıkmaktadır (Brown ve ark., 2005). Bununla beraber, Waldinger ve arkadaşları (2006) çocukluk travmasının güvensiz bağlanma için bir risk faktörü olduğunu, güvensiz bağlanmanın da bireyi somatizasyona yatkın hale getirebileceğini belirtmiştir. Çocukluk döneminde örseleyici yaşantılara maruz kalmak, stres karşısında bedensel tepkiler gösterme eğilimini tetikleyebilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999). Örneğin, somatizasyon bozukluğu tanısı alan kadın hastaların çocukluk yaşantısına bakıldığında cinsel kötü muamele öyküsü sıklıkla görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Çocukluk cinsel istismarın, somatizasyon üzerindeki etkisinin 1.680 ergenin katılımı ile incelendiği çalışmada, çocuklukta yaşanan cinsel istismarın ergenlik döneminde yaşanan gastrointestinal (sindirim sistemine bağlı) şikayetlerin seviyesinde önemli ölçüde yordayıcı güce sahip olduğu bulunmuştur (Bonvanie, Gils, Janssens ve Rossmalen, 2015). Ayrıca, cinsel istismar ve somatizasyonun ilişkisini araştıran 1980-2008 yılları arasında yayınlanmış çalışmaları değerlendiren makalede, cinsel istismar ile spesifik olmayan kronik ağrı, psikojenik kasılma nöbetleri, kronik pelvik ağrısı, sindirim

sistemine bağlı ağrılar gibi yaşam boyu devam eden çoklu somatik hastalıkların ilişkili olduğu saptanmıştır (Paras ve ark., 2009). Afari ve arkadaşlarının (2014) meta analiz çalışmasının sonucu; çocukluk duygusal, fiziksel ve cinsel istismarı da içeren travmatik olayların fonksiyonel somatik sendromların artan prevalansı ile ilişkili olduğu önermesi ile tutarlıdır. Yapılan diğer bir çalışmada ise, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalan kadınların somatizasyon ve alekstimi düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Anuk ve Bahadır, 2017).

Daha önce de bahsedildiği gibi olumsuz çocukluk yaşantıları ilerleyen dönemde öfke problemi olarak da kendini gösterebilmektedir (Gorey ve Leslie, 1997). Yaşanan bu öfke problemleri de zamanla kendini somatik belirtiler olarak ortaya koyabilmektedir. Özen ve arkadaşları (2010) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, erkeklerde somatoform ve dürtü kontrol bozukluğunun yüksek düzeyde olduğunu belirtmiştir. Öfke ve bedenselleştirme arasındaki ilişkiyi öfke ifade tarzları ve diğer psikolojik sorunlar da açıklayabilmektedir (Koh, 2003). Buna göre, depresif bozukluğa sahip bireylerde bedenselleştirmenin öfkeyi dışavurma; anksiyete tanısı almış bireylerde ise bedenselleştirmenin öfkenin bastırılması şeklinde ilerleyebileceği ileri sürülmüştür (Koh, 2003).

Çocuklukta maruz kalınan travma yaşantılarının yetişkinlikte etkili olabileceği bir diğer alan da kişilerarası ilişki kalitesidir. Bu yaşantıların ilişki ve cinsel doyum üzerinde uzun süreli olumsuz etkileri bilinmektedir (Vaillancourt-Morel, Rellini, Godbout, Sabourin ve Bergeron, 2018). Ayrıca, çocukluk dönemi kötü muamele ile ilişki ve cinsel doyum arasındaki ilişkiyi partner duyarlılığının aracılık ettiği ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının kişilerde partner duyarlılığını daha az algılamaya neden olduğu da gözlenmiştir (Vaillancourt-Morel ve ark., 2018). Bu bağlamda, çocukluk örselenme yaşantıları ve bedensel yakınmalar arasındaki ilişkide, romantik partnerden algılanan ilgi ve anlayışın azalmasının aracılık etkisinin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3.Algılanan Partner Duyarlılığı

Kişinin partnerinin ilgisini, anlayışını ve onaylayıcılığını algılayış biçimi, algılanan partner duyarlılığı olarak tanımlanmaktadır (Elliot ve Reis, 2003). Algılanan

partner duyarlılığı romantik ilişki içerisinde kişinin partnerinin iyi olmasına özen gösterdiğine dair inancı temsil eder (Ruan, Reis, Clark, Hirsch ve Blink, 2019). İlgi, partnerlerin birbirlerinin ihtiyaçlarına karşı sorumlu hissettiklerini ve gerektiğinde ihtiyaçlarına destek sağlayacakları inancını içermektedir (Clark ve Aragon, 2013). Anlayış ise, kişinin partnerinin kendi benliği için tanımladığı ihtiyaçlarıyla ve tercihleriyle uyumlu destek sağlayacak kadar bilgili olduğu güvenini verir (Reis, Lemay ve Finkenauer, 2017). Son olarak, onaylayıcılık (validation) öğesi ise, kişinin partnerinin hislerini ve endişesini kabul ettiğini dair güven inancını gösterir (Ruan ve ark., 2019). Kısaca, kişinin benliğini tanımlayan ihtiyaçlarına, hislerine ve değerlerine partnerinin destekleyici ve kabul edici tutum ve davranışlarla karşılık vermesi olarak düşünülebilir.

Kişinin partnerinin bu üç bileşeni kapsayan duyarlılığa sahip olduğunu algılaması, bireyin kendini açmasına ve partnerinin de aynı şekilde kendini açtığında duyarlı bir şekilde karşılık vermesini sağlamakta (Tasfiliz, Selcuk, Slatcher, Corriero, Günaydın ve Ong, 2018); bu da ilişkide yakınlık kurulmasına yardımcı olmaktadır (Forest, Kille, Wood ve Holmes, 2014). Bağlanma kuramında yer verildiği gibi, bakım veren kişinin bebeklik ve çocukluk evresinde duyarlılığa (responsiveness) sahip olması, süreklilik kazanan güven duygusunun gelişmesinde rol oynamaktadır (Bowlby, 1988). Bununla beraber, Tasfiliz ve arkadaşları (2018), bireyin çocukluktan sonraki hayatında birincil bağlanma figürünün, evlilikte eşin veya romantik ilişki içerisinde partnerin olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, kişinin partnerini duyarlı olarak algılaması, kendini daha özel, partnerini ise daha değerli hissetmesine yol açmaktadır (Birnbaum ve ark., 2016). Ancak, bu kavram kişinin partnerinden aldığı destek miktarını temsil etse de kavramsal olarak partnerden alınan destekten farklıdır; çünkü partnerin duygusal destek sağlıyor olması yüksek partner duyarlılığı olarak algılanmaya yol açtığı gibi düşük olarak da algılanabilir (Selcuk ve Ong, 2013).

Yapılan birçok çalışmada algılanan partner duyarlılığının olumlu etkisi açıkça ortaya koyulmuştur. Örneğin, Gadassi ve arkadaşlarının (2016) cinsel doyum ve evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada, algılanan partner duyarlılığının bu ilişkiye kısmi aracılık ettiğini bulmuştur. Başka bir çalışmada ise, algılanan partner desteğinin yeni doğum yapmış annelerde anne bebek ilişki doyumu

ve annenin kişilerarası güveni arasında aracılık ettiği; anne ve bebeğin iyi oluşunu güçlendirdiği görülmüştür (Stapleton ve ark., 2012). Alanyazında, algılanan partner duyarlılığının rolünü farklı kültürlerde inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Taşfiliz ve arkadaşları (2018) algılanan partner duyarlılığının Japonya'da ve Amerika'da, iyi oluşu yordadığını belirtmiştir. Başka bir çalışma ise, algılanan partner duyarlılığı ile algılanan desteğin ölüm riskinin azalmasını yordadığını bulmuştur (Selcuk ve Ong, 2013). Algılanan partner duyarlılığının sağlık üzerindeki olumlu etkisini gösteren 10 yıllık boylamsal çalışmada, algılanan partner duyarlılığı etkisiyle negatif duygulanımının zaman içerisinde düşüş göstererek çiftlerin kortisol değerlerinin artış gösterdiği görülmüştür (Slatcher, Selcuk ve Ong, 2015).

1.3.1 Algılanan Partner Duyarlılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları

Her ne kadar algılanan partner duyarlılığı ve iyi oluş, evlilik doyumu, fiziksel sağlık gibi değişkenlerin incelenmesi ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen, algılanan partner duyarlılığı ve çocukluk çağı örselenmiş yaşantıları arasındaki ilişkiye dair bilgi oldukça sınırlıdır. Ancak, romantik ilişkiler ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişkiye dair bazı çalışmalar mevcuttur. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinde, ilişkisel depresyon (ilişki yeterliliklerini olumsuz değerlendirme) düzeyi ile çocukluk örselenme yaşantılarının fiziksel, duygusal ve cinsel istismar boyutları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (Durmuşoğlu ve Doğru, 2006). Sytron ve Bulman (1997) da çocuklukta istismara maruz kalmış kişilerin, erişkin dönemde romantik ilişkilerde güvenli bir bağ kuramadıklarını ve bunun sonucunda depresyona eğilimli ve ilişkilerde daha yıkıcı davranabildiklerini belirtmiştir. Ayrıca, üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmasına sahip olmanın çiftler arası şiddet düzeyini etkilediği sonucuna varılmıştır (Türk ve Tekin, 2008). Algılanan partner duyarlılığına yakın bir kavram olan algılanan sosyal desteğin de çocukluk dönemi istismar yaşantısının olması durumunda azaldığı kaydedilmiştir (Çağlarırmak, 2006).

1.3.2. Algılanan Partner Duyarlılığı ve Somatizasyon

Algılanan partner duyarlılığı ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya denk gelinmese de, bu iki kavram arasında bir ilişki olabileceğini düşündüren birkaç araştırmadan söz edilebilir. Ali ve diğer. (2010) algılanan sosyal desteğin az olması ve yaşam doyumunun düşük olmasının stresi tetikleyebileceğini,

bu stresin de bedensel yakınmaları şiddetlendirebileceğini belirtmiştir. Evlilik statüsü ile somatizasyon arasında ilişki olduğunu ileri süren bir araştırmada ise, evli olmayan kadınların evli kadınlara göre daha fazla somatik yakınma belirttiği sonucuna ulaşılmıştır (Nakao ve ark., 2001). Başka bir çalışmada, kocalarının ilgi ve bakım veren davranışlarının, hamile kadınlarda somatik semptomların azalmasında etkili olduğu gözlenmiştir (Zimmermann, Bertagni, Siani ve Micciolo,1994). Bu bilgiler dikkate alındığında çocukluk çağı travmaları ve somatizasyon arasında olan ilişkide algılanan partner duyarlılığının aracı rolü olabileceği düşünülmektedir.

1.4 Araştırmanın Amacı

Literatürde varolan çalışmalar çocuklukta maruz kalınan istismar ve ihmal yaşantılarının somatik yakınmalarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Davis, Luecken ve Zautra, 2005; Kealy ve ark., 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Örseleyici yaşantı türünün, bedensel yakınma çeşitliliğindeki rolüne dair bilgi ise oldukça sınırlıdır. Ayrıca, romantik ilişki yaşayan bireylerde kişinin birlikte olduğu romantik partnerinden bağımsız olarak çocukluk olumsuz yaşantıları ve yetişkinlikte şikayet ettiği bedensel belirtileri incelemek yerine, romantik ilişki içerisinde ilişkinin ve partnerin rolünü de ele almanın etkili olacağı düşünülmektedir. Çocukluk travmalarının, ilişki kalitesindeki olumsuz etkisi dikkate alındığında, bu yaşantıların partner duyarlılığı algısındaki rolünün anlaşılması da önemli görünmektedir. Ayrıca partnerden algılanan duyarlılığın fiziksel sağlık ve iyi-oluş üzerine olumlu etkileri düşünüldüğünde (Selcuk ve Ong, 2013; Slatcher, Selcuk ve Ong, 2015; Taşfiliz ve ark., 2018); örseleyici yaşantılarla somatizasyon arasındaki ilişkiyi açıklayıcı bir rolünün de olabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamlı ilişkiler, ulusal ve uluslararası literatüre yeni bir model sunma potansiyeli taşımaktadır. Sonuç olarak bu araştırmanın amacı, romantik ilişki yaşayan bireylerde çocukluk travması ve somatizasyon arasındaki ilişki de algılanan partner duyarlılığının aracılık etkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda, araştırmada cevap aranacak sorular şu şekildedir:

i. Algılanan partner duyarlılığı, somatik belirtiler ve çocukluk örselenme yaşantıları katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu gibi demografik özelliklere göre farklılaşmakta mıdır?

ii. Algılanan partner duyarlılığı ve somatik belirti düzeyi ile çocukluk travmaları arasında ilişki var mıdır?

iii. Çocukluk travmaları ve somatik yakınmalar arasında, algılanan partner duyarlılığının aracı rolü var mıdır?

Yukarıdaki araştırma soruları ışığında çalışmanın hipotezleri (H) şu şekilde sıralanmaktadır :

H1: Çocukluk örselenme yaşantıları, algılanan partner duyarlılığı ve somatik belirti düzeyinin demografik özelliklere göre farklılık göstermesi beklenmektedir.

H2: Sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma ile somatik belirti düzeyleri arasında anlamlı pozitif bir ilişki olması beklenmektedir.

H3: Algılanan partner duyarlılığının, sağlık kaygısı, bedensel duyumları abartma eğilimini ve somatik belirti düzeyini negatif yönde yordaması beklenmektedir.

H4: Çocukluk travmalarının sağlık kaygısı, bedensel duyumları abartma eğilimini ve somatik belirti düzeyini pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

H5: Çocukluk travmaları ve somatik yakınmalar arasında, algılanan partner duyarlılığının aracı bir role sahip olması beklenmektedir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1 Örneklem

Bu araştırma, yaş aralığı 19 - 60 (*Ort* = 31.62, *SS* = 9.21) arasında değişen, 330'u kadın (% 57.4), 245 'i erkek (% 42.6) toplam 575 katılımcıdan oluşmaktadır. Farklı şehirlerde yaşayan ve romantik bir ilişkisi olan gönüllü katılımcılara, uygun örneklem yöntemi ve kartopu tekniği kullanılarak ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine bakıldığında 5 kişi (% 0.9) ilkokul mezunu, 3 kişi (% 0.5) ortaokul mezunu, 57 kişi (% 9.9) lise mezunu, 352 kişi (% 61.2) üniversite öğrencisi veya mezunu, 158 kişi (%27.5) lisansüstü öğrencisi veya mezunudur. Sosyoekonomik düzeylerine bakıldığında ise, 49 kişi (%8.5) kendisini düşük, 480 kişi (%83.5) orta, 46 kişi (%8) yüksek düzey olarak tanımlamıştır. Katılımcıların 20'si (% 3.5) emekli, 127'si (% 22.1) öğrenci, 347'si (% 60.3) çalışmakta, 81'i (%14.1) çalışmamaktadır.

Çalışmaya katılanların 271'inin (% 47.1) medeni durumu bekarken, 304'ü (% 52.9) evlidir. Araştırmada katılımcıların ilişki süresi 3-480 ay (*Ort* = 79.81, *SS* = 93.92) arasında değişmektedir. Evli katılımcıların evlilik süresi ise 1-480 ay (*Ort* = 113.26, *SS* = 11.21) arasında değişmektedir. Katılımcıların 221'i (%38.4) çocuk sahibi, 354'ü (%61.6) ise çocuk sahibi değildir. Romantik partner/ eş eğitim durumu bakımından katılımcıların partnerlerinin/eşlerinin %1.9'nun (*n* =11) ilkokul mezunu, %1.9'nun (*n* =11) ortaokul mezunu, %13.9'nun (*n* =80) lise mezunu, %66.1'nin (*n* =380) üniversite öğrencisi veya mezunu, %16.2'sinin (*n* =93) lisansüstü öğrencisi veya mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların psikolojik/ psikiyatrik yardım geçmişine bakıldığında ise, 163 katılımcı (%28.3) yardım aldığını ve 412 katılımcı (71.7) herhangi bir yardım almadığını belirtmiştir. Yardım alan katılımcıların şikâyetlerine bakıldığında en çok kaygı bozukluğu ve depresif bozukluk belirttikleri görülmüştür. Bunun dışında panik

atak, ilişki sorunu ve stres gibi şikâyetler de belirtilmiştir. Katılımcıların yardım geçmişlerine/aldıkları tedavi türlerine bakıldığında ise, 36 kişi (%20.6) psikoterapi, 59 kişi (%33.7) ilaç, 59 kişi (%33.7) ilaç ve psikoterapi, 21 kişi (%12) ise diğer yardım türlerine başvurduklarını belirtmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1' de detaylı olarak görülmektedir.

Tablo 1a. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Kadın (*n* = 330)		**Erkek (*n* = 245)**	
Değişkenler	***N***	***%***	***N***	***%***
Eğitim Durumu				
İlkokul Mezunu	1	0.3	4	1.6
Ortaokul Mezunu	1	0.3	2	0.8
Lise Mezunu	20	6.1	37	15.1
Lisans	201	60.9	151	61.6
Lisansüstü	107	32.4	51	20.8
SED				
Düşük	26	7.9	23	9.4
Orta	279	84.5	201	82
Yüksek	25	7.6	21	8.6
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	168	50.9	179	73.1
Çalışmıyor	66	20	15	6.1
Emekli	5	1.5	15	6.1
Öğrenci	91	27.6	36	14.7
Medeni Durum				
Bekar	171	51.8	100	40.8
Evli	159	48.2	145	59.2
Romantik Partner/Eş				
İlkokul Mezunu	2	0.6	9	3.7
Ortaokul Mezunu	2	0.6	9	3.7
Lise Mezunu	46	13.9	34	13.9
Lisans	215	65.2	165	67.3
Lisansüstü	65	19.7	28	11.4
Çocuk				
Var	103	31.2	118	48.2
Yok	227	68.8	127	51.8
Yardım Geçmişi				

Var	123	37.3	40	16.3
Yok	207	62.7	205	83.7

Tablo 1b. Katılımcıların Demografik özellikleri (devam)

	Kadın (*n* = 330)		**Erkek (*n* = 245)**	
Değişkenler	***n***	***%***	***N***	***%***
Yardım Türü				
Psikoterapi	27	21.3	9	18.8
İlaç	41	32.3	18	37.5
Psikoterapi ve İlaç	49	38.6	10	20.8
Diğer	10	7.9	11	22.9
Yaş	*Ort.* = 29.21 *SS* = 7.05		*Ort.* = 34.86 *SS = 10.70*	

2.2 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verilerini toplamak amacıyla Demografik Bilgi Formu (Ek B), SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği (Ek C), Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği (Ek D), Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği (Ek E), Çocukluk Örselenmiş Yaşantıları Ölçeği (Ek F) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Ek G) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin betimleyici istatistik bilgileri Tablo 2'de sunulmuştur.

2.2.1 Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan Demografik Bilgi Formunda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, medeni durum, romantik ilişki süresi, evlilik süresi, romantik partner/eş eğitim durumu, geçmiş veya güncel psikolojik/psikiyatrik problemlerin varlığı ve bu problemlerin tedavisi hakkında sorular bulunmaktadır.

2.2.2 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) - Somatizasyon Alt Ölçeği

Derogatis (1977) tarafından geliştirilen ölçek, klinik olmayan örneklemde psikiyatrik belirti ve yakınmaları değerlendiren 90 madde ve 9 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı,

düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikozdur Maddeler, 0 – hiç ve 4- ileri derecede arasında değişen 5'Li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Derogatis (1977), psikiyatrik bir örneklem ile yaptığı çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığının çeşitli alt ölçekler için .77 ile .90 arasında değiştiğini bulmuştur. Test tekrar test güvenirliği ise .78 ile . 90 arasında değişmektedir (Derogatis,1977). Ölçek puanlamasında genel belirti düzeyi (GSI), pozitif belirti toplamı (PST) ve pozitif belirti düzeyi (PSDI) olmak üzere üç tür puan elde edilir. GSI'de ki artış kişide psikiyatrik belirtilerden dolayı hissedilen sıkıntıları göstermektedir. PTS'deki artış ise kişinin kendinden bulunduğunu düşündüğü psikiyatrik belirti düzeylerinin algı düzeyini yansıtmaktadır. PSDI'deki artış da kişinin kendisinde bulunduğunu düşündüğü psikiyatrik belirtilerken dolayı hissedilen sıkıntının ağırlıklı ortalamasını vermektedir(Dağ, 1991; Kılıç, 1991; Köroğlu ve Aydemir, 2014).

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, orijinali ile aynı şekilde 9 boyuttan ve 90 maddeden oluşmaktadır. Güvenirlik katsayısı .63 (Paranoid Düşünce) ve .84 (Obsesif-Kompulsif) arasında değişmektedir (Kılıç,1991). SCL-90-R'nin geçerliliği için ölçüt olarak Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri alınmış ve iki ölçek arasında Pearson korelasyon kat sayısının .50 ile .59 arasında değer gösterdiği bulunmuştur (Kılıç,1991). Mevcut araştırma için, bu ölçeğin somatizasyon alt boyutuna ait 12 madde kullanılmıştır. Bu çalışmada ise bu boyutun güvenirlilik değeri .79 olarak bulunmuştur.

2.2.3. Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği

Reis ve Carmichael (2006) tarafından geliştirilen ölçek, bireyin romantik partnerinden algıladığı anlayış, kabul ve özeni değerlendirmektedir. Orijinal ölçek 18 maddeden oluşmakta ve 9'lu Likert tipinde (1-tamamen katılmıyorum ve 9-tamamen katılıyorum) derecelendirilmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı .91 ve .98 arasında değişen yüksek güvenirlik değerine sahiptir (Reis ve Carmichael, 2006).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Selçuk (2018) tarafından yapılmış; aynı orijinalinde olduğu gibi 18 madde elde edilmiştir. Ölçekten yüksek alınan puan algılanan partner duyarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Farklı bir örneklemde de ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenirlik özellikleri

desteklenmiştir (Taşfiliz, Sağel Çetiner ve Selçuk, (baskıda). Ölçeğin bu çalışmada Cronbach alfa değeri .96 olarak bulunmuştur.

2.2.4 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Ölçeği, Barsky, Wyshak ve Klearman (1990) tarafından kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları büyütmeyi/abartmayı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 10 maddeden oluşan ölçekteki maddelerin çoğu aslında herhangi bir hastalığa işaret etmeyen ancak rahatsız edici bir takım bedensel duyumu içermektedir. Ölçeğin her maddesi için 1 (tamamen bana uymaz) ile 5 (tamamen bana uyar) arasında derecelendirilmektedir. Ölçeğin test-tekrar güvenirlik katsayısını .79, iç tutarlılık değerini ise .82 olarak belirlenmiştir (Barsky ve ark., 1990).

Ölçeğin, Güleç ve Sayar (2007) tarafından yapılan Türkçe uyarlamasında madde sayısı orijinal form da olduğu gibidir. Bu uyarlamanın test-tekrar test güvenirliği .73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı ise .62-.76 olarak bulunmuştur (Güleç ve Sayar, 2007). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri .68 olarak bulunmuştur.

2.2.5. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği

Ölçek, Bernstein, Fink, Handelsman ve Foote (1994) tarafından geliştirilmiş olup çocukluktaki ve ergenlikteki (18 yaş öncesi) örselenme yaşantılarını belirlemeye yöneliktir. Ölçek; duygusal kötüye kullanım, duygusal ihmal, cinsel kötüye kullanım ve fiziksel kötüye kullanım ve fiziksel ihmal olmak üzere beş faktörlü bir yapıya sahip 40 maddelik, 5'li Likert tipi bir ölçektir (Bernstein, Ahluvalia, Pogge ve Handelsman, 1997). Ölçekten alınan puanlardaki artış örselenme yaşantısının şiddetindeki sıklık ve şiddetindeki artışa işaret etmektedir. Bernstein ve arkadaşları (1994) yaptıkları geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, örneklem grubu alkol ve madde bağımlıları ile çalışılmış, testin Cronbach alpha katsayısı .79-.94 arasında değişiklik göstermektedir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasını, Aslan ve Alpaslan (1999) üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olup, 40 maddelik ölçekte duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal, fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım olmak üzere 3 faktör ortaya koymuşlardır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık değeri .96; alt ölçeklerinki de .71-.95 arasında hesaplanmıştır (Aslan ve Alpaslan, 1999). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutları

için Cronbach alfa değerleri; Fiziksel kötüye kullanım için .89, Duygusal kötüye kullanım ve ihmal için .92 ve Cinsel kötüye kullanım için .86' dır.

2.2.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Health Anxiety Inventory)

Salkovskis ve arkadaşları tarafından (2002) geliştiren ölçek hem somatoform bozuklukların hem de anksiyete bozuklukların bilişsel açıklaması içinde yer alan sağlık anksiyetesini ölçmek amacıyla 18 madde içermektedir. Ölçeğin 14 maddesi kişilerin ruhsal durumlarını sorgularken, kalan diğer 4 madde ise kişilerde ciddi bir hastalığa sahip olduklarını varsayarak ruhsal durumlarının nasıl olabileceğini değerlendiren sorulardır. 3'lü Likert tipinde derecelendiren ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Orijinal formun iç tutarlığı .95 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2013) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunda orijinal kısa formunda olduğu gibi 18 madde yer almakta ve iç tutarlılık kat sayısı .92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin güvenirlik değeri .86 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri

Ölçekler	*N*	*Ort.*	*SS*	En Düşük ve En Yüksek Değerler	Cronbach Alpha
SCL-90-R	575	7.51	6.04	0-36	.79
PPR	575	125.50	30.70	18-162	.96
BDAÖ	575	28.05	6.98	10-48	.68
ÇÖYÖ					
Fiziksel Kötüye kullanım	575	25.92	9.32	16-73	.89
Duygusal Kötüye kullanım	575	32.72	12.94	19-80.22	.92
Cinsel Kötüye kullanım	575	6.04	2.82	5-25	.86
SAÖ	575	14.26	7.24	0-52	.86

Not: PPR =Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği, BDAÖ = Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, ÇÖYÖ = Çocukluk Örselenmiş Yaşantıları Ölçeği, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği,

2.3. İşlem

Bu çalışma için ilk olarak araştırma önerisi Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'nun onayına gönderilmiştir. Etik Kurul Onayın ardından veri toplama süreci başlamıştır. Çalışmada kullanılan ölçme araçları, gönüllü katılımcılara elektronik kaynaklarla (googlesurvey, e-mail, sosyal medya grupları vb) kartopu tekniğiyle katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcılar, araştırma sorularını yanıtlamadan önce, çalışmanın amacı ve kapsamına gizliliğe dair gönüllü olarak katılmayı kabul ettiklerini beyan ettikleri detaylı bilginin yer aldığı onam formunu onaylamışlardır. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların araştırmada yer alan öz-bildirim ölçeklerini cevaplaması yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

2.4 Verilerin Analizi

Veri toplama araçlarından elde edilen veriler İstatiksel analiz için SPSS 22. (Statistical Package for Social Sciences for Windows) kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin toplam ve alt ölçeklere ait ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri ve Cronbach Alpha değerleri hesaplanmıştır. Ardından; araştırmada kullanılan ölçeklerin birbiri arasındaki ilişkiler Pearson's Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Daha sonra, demografik özelliklere göre grup karşılaştırması için bağımsız örneklem t-testi analizleri uygulanmıştır. Bedensel yakınmaların şiddetini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla da hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Son olarak, algılanan partner duyarlılığının aracı rolünü incelemek amacıyla aracı değişken analizi uygulanmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR

3.1.Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmada kullanılan Belirti Tarama Listesi SCL-90-R Somatizasyon alt ölçeği(SCL-90-R-SOM); Algılanan Partner Duyarlılığı ölçeği (PPR) ; Bedensel Duyumları Abartma ölçeği (BDAÖ); Çocukluk Örselenme Yaşantıları ölçeği (ÇÖYÖ) ve ölçeğinin alt boyutları; Fiziksel Kötüye Kullanım (FKK), Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal (DKK-Dİ), Cinsel Kötüye Kullanım (CKK) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ile arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayıları aracılığı ile hesaplanmıştır. Bu analize dair bulgular Tablo 3'te detaylı olarak belirtilmiş; çalışmanın örneklem sayısı dikkate alınarak, korelasyon katsayısı .20 ve üzeri olan değerler anlamlı olarak yorumlanmıştır.

Öncelikle Belirti Tarama Listesi SCL-90-R Somatizasyon alt ölçeği (SCL-90-R-SOM) ile diğer değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde bu ölçeğin, Algılanan Partner Duyarlılığı ölçeği (r = -.24, p < .001) ile negatif ilişkiliyken, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (r = .38, p < .001) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (r = . 35, p < .001) ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Bedenesel Duyumları Abartma Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi toplam (r = .38, p < .001) ile pozitif ilişki olduğu görülmüştür

Algılanan Partner Duyarlılığı ölçeğinin diğer değişkenlerle ilişkisine bakıldığında ise; Çocukluk Örselenme Yaşantıları ölçeği (ÇÖYÖ) toplam (r = -.25, p <.001), Fiziksel Kötüye Kullanım alt boyutu (ÇÖYÖ FKK) (r = -.22, p < .001) ve Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal alt boyutu (ÇÖYÖ DKK-Dİ) (r = -.25, p <.001) ile negatif yönde ilişkidir.

Tablo 3. Değişkinler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.SCL-90-R-SOM	1							
2. PPR	-.24**	1						
3. BDAÖ	.38**	-.03	1				.	
4. ÇÖYÖ Toplam	.15**	-.25**	.08	1	.			
5.ÇÖYÖ-FKK	.12*	-.22**	.07	.94**	1			
6.ÇÖYÖ-DKK-Dİ	.14*	-.25**	.06	.96**	.83**	1		
7.ÇÖYÖ-CKK	.12*	-.07	.12*	.45**	.35 **	.32**	1	
8.SAÖ	.35**	-.13*	.38**	.06	.04	.07	.05	1

Not : * $p < .01$, ** $p < .001$; SCL-90-R-SOM=Belirti Tarama Listesi-Somatizasyon Alt Ölçeği, PPR = Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği, BDAÖ = Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, ÇÖYÖ Toplam = Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Toplam, FKK = Fiziksel Kötüye Kullanım, DKK-Dİ = Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal, CKK = Cinsel Kötüye Kullanım, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

3.2. Araştırma Değişkenlerindeki Farklılıkların Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Çalışmada yer alan değişkenlerin (çocukluk örselenme yaşantıları, somatizasyon, algılanan partner duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve sağlık anksiyetesi) katılımcıların bazı demografik bilgilerine (cinsiyet, medeni durum) göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemek için bağımsız örneklem t-test analizleri uygulanmıştır. Demografik özelliklere ait gruplara yönelik detaylı bilgiye Tablo 4 ‘te yer verilmiştir.

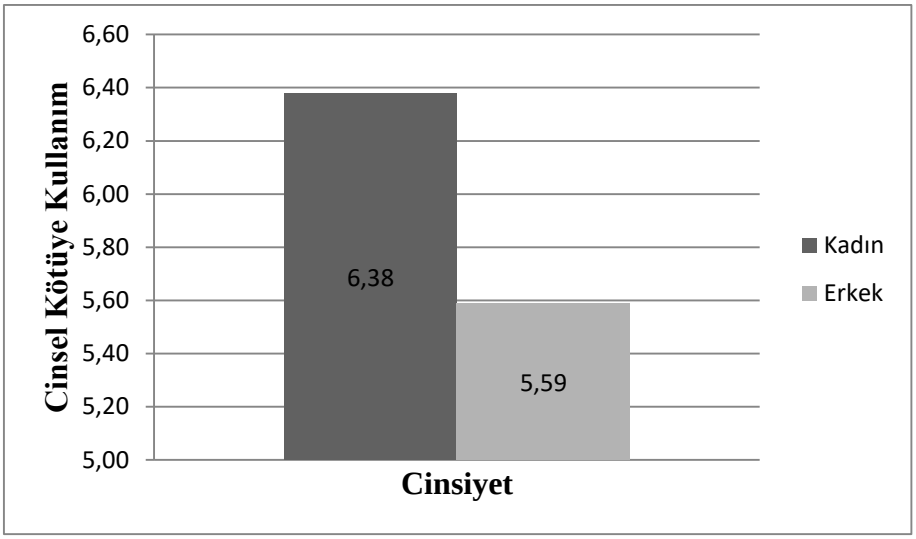
Tablo 4. Demografik Özelliklere Ait Gruplar

Değişkenler	***N***	**%**
Cinsiyet		
Kadın	330	57.4
Erkek	245	42.6
Medeni Durum		
Bekar	271	47.1
Evli	304	52.9

3.2.1 Araştırma Değişkenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

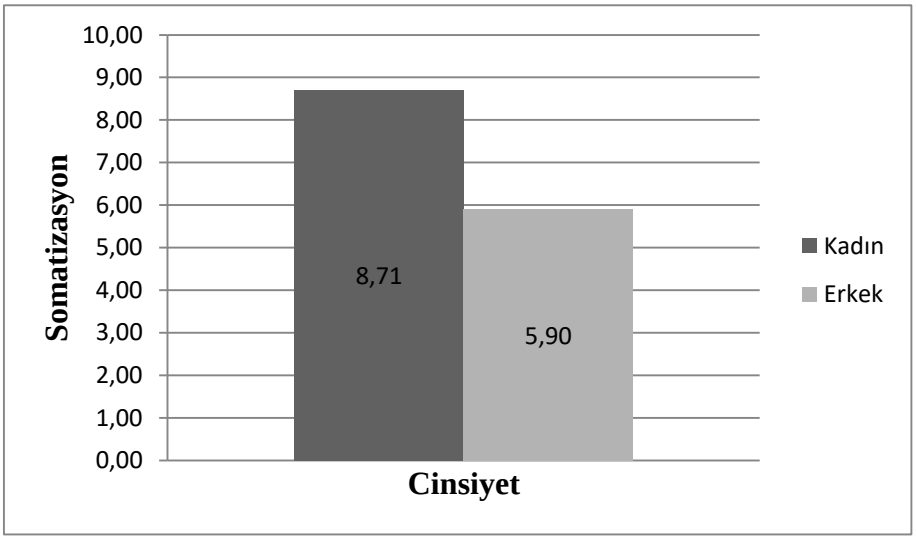
İlk olarak, çocukluk örselenme yaşantıları, somatizasyon, algılanan partner duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve sağlık kaygısının cinsiyete göre nasıl farklılaştığı bağımsız örneklem t-test analizleriyle incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

İlk olarak çocukluk dönemindeki örselenme yaşantılarına yönelik grup farklılıkları incelenmiştir. Sonuçlara göre, genel yaşantı düzeyi [t (573) = -0.14, p > .05], ile alt alanlardan duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal [t(573) = -0.28, p > .05] ve fiziksel kötüye kullanım [t(573)= -0.97, p > .05] cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Öte yandan, cinsel kötüye kullanım [t(535.59) = 3.62, p < .01] cinsiyete göre anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Kadınların cinsel kötüye kullanım düzeyi (*Ort*. = 6.38, *SS* = 3.33) erkeklere göre (*Ort.* = 5.59, *SS* = 1.86) daha yüksektir.



Şekil 1. Cinsiyete Göre Cinsel Kötüye Kullanım Ortalamaları

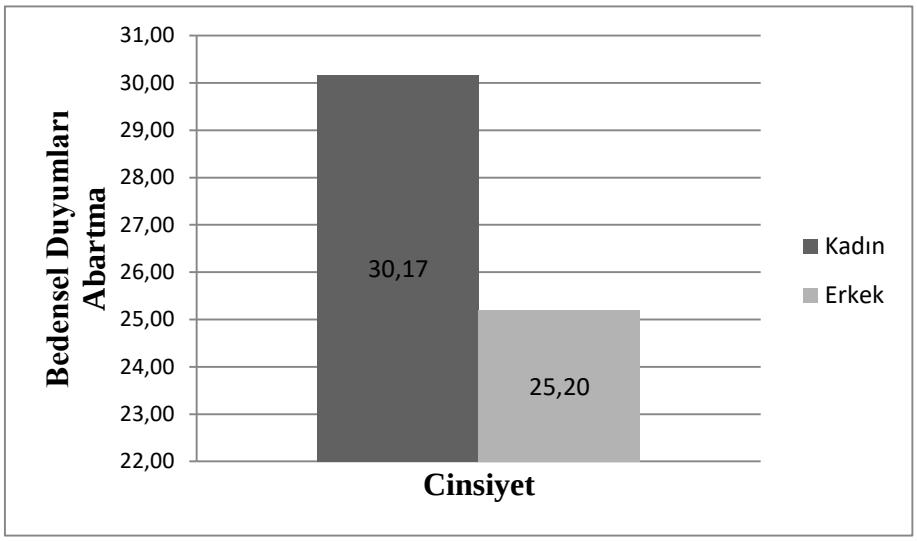
İkinci olarak, katılımcıların SCL-90-R Belirti Tarama Listesi ile elde edilen somatizasyon puanları cinsiyete göre anlamlı derecede farklılaşmaktadır [*t* (572.96) = 5.90, *p* < .001]. Buna göre kadınların (*Ort*. = 8.71, *SS* = 6.53) ortalamaları erkeklerden (*Ort*. = 5.90, *SS* = 4.89) daha yüksektir.



Şekil 2. Cinsiyete Göre Somatizasyon Ortalamaları

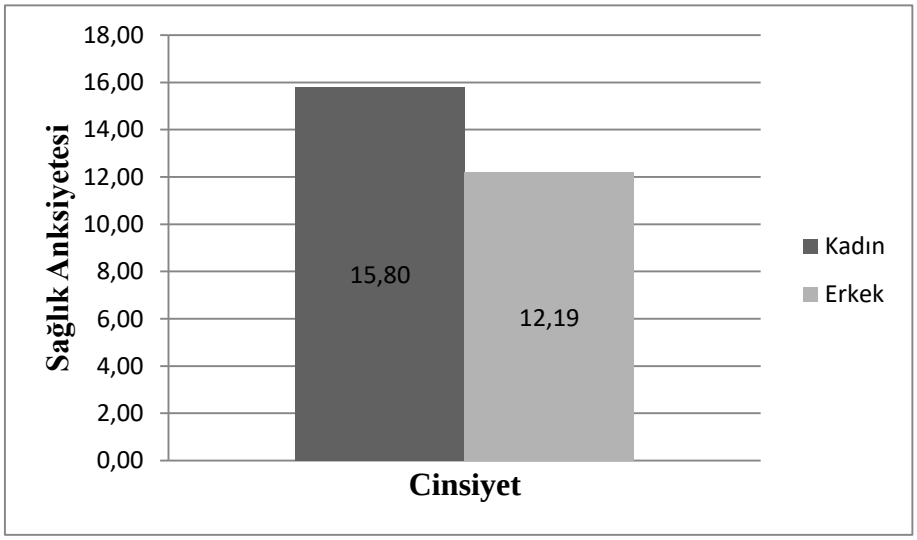
Analizler sonucunda, Algılanan Partner Duyarlılığı [*t* (573) = -0.87, *p*>.05] cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Öte yandan katılımcıların bedensel duyumları abartma düzeylerine bakıldığında ise, cinsiyete göre farklılık gösterdiği görülmektedir [*t* (573) = 9.01, *p*< .001]. Bu bağlamda kadınlarda (*Ort.*= 30.17, *SS* =

6.63) bedensel duyumları daha fazla deneyimleme eğiliminin erkeklerden (*Ort.* = 25.20, *SS* = 6.42) daha yüksektir.



Şekil 3. Cinsiyete Göre Bedensel Duyumları Abartma Ortalamaları

Son olarak sağlık kaygısına bakıldığında, cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir [t (549.86) = 6.19, p < .001]. Buna göre, kadınların (*Ort.* = 15.80, *SS* = 7.29) sağlık kaygısı erkeklerden (*Ort.* = 12.19, *SS* = 6.64) daha yüksektir.



Şekil 4. Cinsiyete Göre Sağlık Anksiyetesi Ortalamaları

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın (*n*=330)		**Erkek (*n* =245)**		
Değişkenler	***Ort.***	***SS***	***Ort.***	***SS***	***T***
SCL-90-R-SOM	8.71	6.53	5.90	4.89	5.90*
PPR	124.54	29.70	126.80	32.02	-0.87
BDAÖ	30.17	6.63	25.20	6.42	9.01*
ÇÖYÖ Toplam	64.57	22.39	64.85	22.59	-0.15
ÇÖYÖ FKK	25.60	8.79	26.36	10	-0.97
ÇÖYÖ DKK-Dİ	32.60	12.98	32.90	12.92	-0.28
ÇÖYÖ CKK	6.38	3.33	5.59	1.86	3.62*
SAÖ	15.80	7.29	12.19	6.64	6.19*

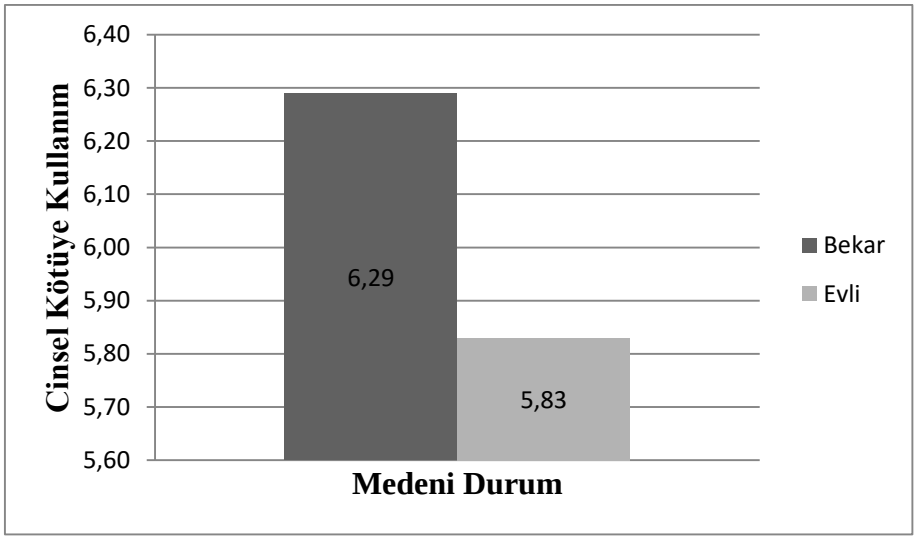
Not: SCL-90-R-SOM=Belirti Tarama Listesi SCL-90-R-Somatizasyon Alt Ölçeği PPR =Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği, BDAÖ = Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, ÇÖYÖ Toplam = Çocukluk Örselenmiş Yaşantıları Ölçeği, ÇÖYÖ FKK= Fiziksel Kötüye Kullanım, ÇÖYÖ DKK-Dİ= Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal, ÇÖYÖ CKK= Cinsel Kötüye Kullanım, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; * $p < .001$

3.2.2 Araştırma Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

İkinci olarak somatizasyon, bedensel duyumları abartma, algılanan partner duyarlılığı, çocukluk örselenme yaşantıları, fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal, cinsel kötüye kullanım ve sağlık kaygısının medeni duruma göre farklılaşması bağımsız örneklem t-test analizleri ile incelenmiş, tüm sonuçlar ayrıntılı olarak Tablo 6'da sunulmuştur.

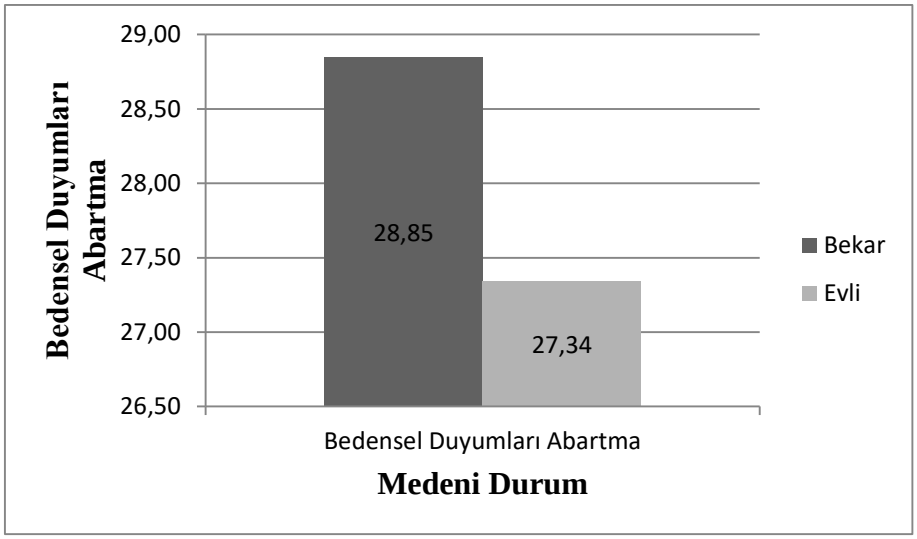
İlk olarak çocukluk dönemindeki örselenme yaşantılarına yönelik grup farklılıkları incelenmiştir. Sonuçlara göre, Çocukluk Örselenme Yaşantıları ölçeğinin alt boyutlarından olan Cinsel Kötüye Kullanımın medeni duruma göre farklılaştığını

göstermektedir [*t*(491.11) = -2.01, *p* = .05]. Bu sonuca göre, bekar olan kişilerin (*Ort.* = 6.30, *SS* = 3.24) Cinsel kötüye kullanım düzeyleri evli olan kişilere (*Ort.* = 5.82, *SS* = 2.38) göre daha yüksektir. Diğer yandan, Fiziksel Kötüye Kullanım [*t*(573) = 0.51, *p* > .05] ve Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal [t(573) = -0.04, p > .05] medeni duruma göre farklılık göstermemektedir. Ayrıca, genel örselenme düzeyi de (ÇÖYÖ Toplam) [*t*(573) = -0.07, *p* > .05] medeni duruma göre farklılık göstermemektedir.



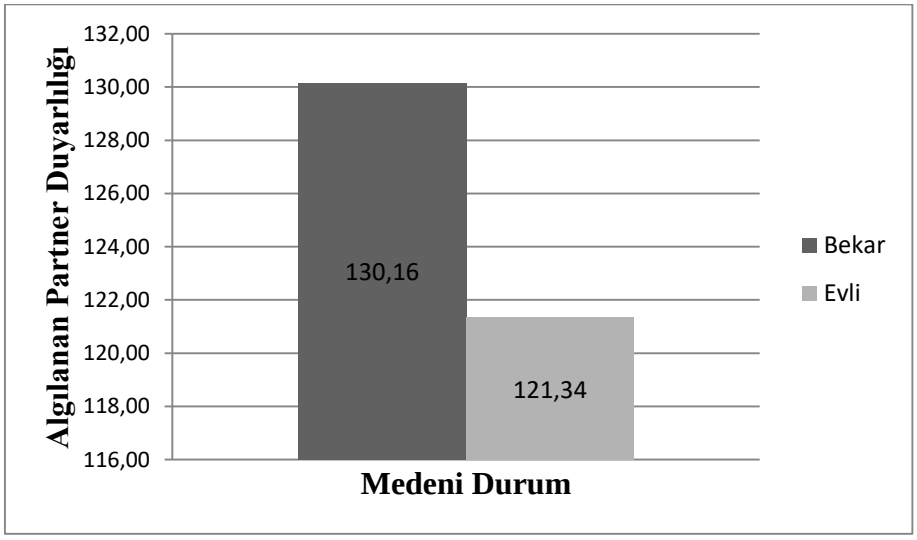
Şekil 5. Medeni Duruma Göre Cinsel Kötüye Kullanım Ortalamaları

İkinci olarak, katılımcıların somatizasyon düzeyini ölçen SCL-90-R puanlarının medeni duruma göre anlamlı derecede farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır [*t*(573) = -0.59, *p* > .05]. Diğer yandan, Bedensel Duyumları Abartma düzeylerine bakıldığında ise anlamlı şekilde farklılık göstermektedir [*t* (572.99)= -2.60, *p* < .01]. Sonuçlara göre bekar olan katılımcıların (*Ort.* =28.85, *SS* = 6.50) bedensel duyumları abartma düzeylerinin evli katılımcılara (*Ort.* = 27.34, *SS*= 7.33) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.



Şekil 6. Medeni Duruma Göre Bedensel Duyumları Abartma Ortalamaları

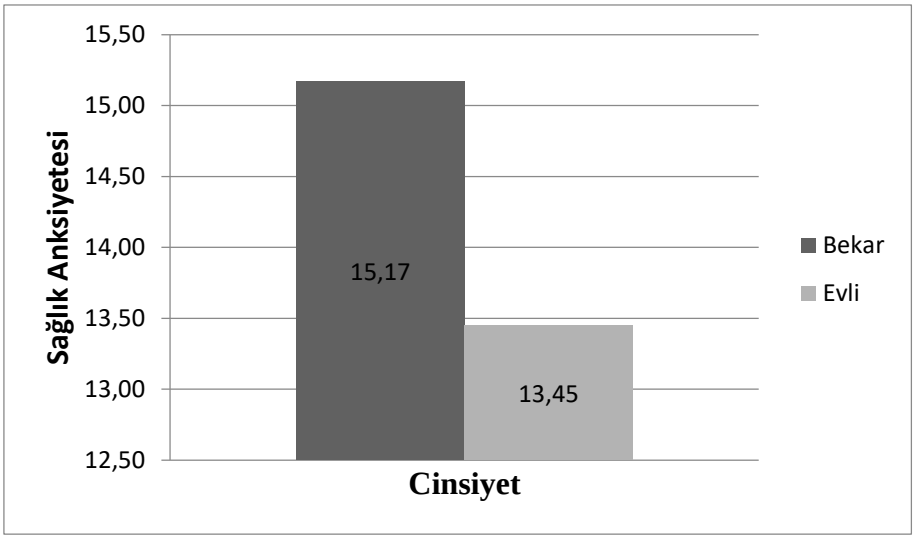
Diğer yandan, katılımcıların Algılanan Partner Duyarlılığı düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermektedir [$t(562{,}30) = -3.52$, $p < .001$]. Buna göre, bekar katılımcıların (Ort. = 130.16, SS = 26.15) evli katılımcılara (Ort. = 121.34, SS = 33.76) göre romantik ilişkideki partnerinden daha yüksek düzeyde ilgi ve anlayış algılamaktadır.



Şekil 7. Medeni Duruma Göre Algılanan Partner Duyarlılığı Ortalamaları

Son olarak, sağlık kaygısının medeni duruma göre farklılaştığı sonucu elde edilmiştir [$t(573) = -2.85$, $p < .01$]. Sonuçlarda, bekar olan kişilerin (*Ort.* = 15.17, *SS*

= 7.59) sağlık kaygısının evli olan kişilere (*Ort.* = 13.45, *SS* = 6.82) kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir.



Şekil 8. Medeni Duruma Göre Sağlık Anksiyetesi Ortalamaları

Tablo 6.Araştırma Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Evli (*n* = 304)		**Bekâr (*n* = 271)**		
Değişkenler	***Ort.***	***SS***	***Ort.***	***SS***	***T***
SCL-90-R-SOM	7.37	6.01	7.67	6.08	-0.59
PPR	121.34	33.76	130.16	26.15	-3.52***
BDAÖ	27.34	7.33	28.85	6.50	-2.60**
ÇÖYÖ TOPLAM	64.63	22.50	64.76	22.45	-0.07
ÇÖYÖ FKK	26.11	9.54	25.71	9.10	0.51
ÇÖYÖ DKK-Dİ	32.70	13.10	32.75	12.78	-0.04
ÇÖYÖ CKK	5.82	2.38	6.30	3.24	-2.01*
SAÖ	13.45	6.82	15.17	7.59	2.85**

Not: SCL-90-R-SOM=Belirti Tarama Listesi SCL-90-R-Somatizasyon Alt Ölçeği, PPR =Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği, BDAÖ = Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, ÇÖYÖ TOPLAM = Çocukluk Örselenmiş Yaşantıları Ölçeği Toplam, ÇÖYÖ FKK = Fiziksel Kötüye kullanım, ÇÖYÖ DKK-Dİ= Duygusal Kötüye kullanım ve Duygusal İhmal, ÇÖYÖ CKK= Cinsel Kötüye kullanım, SAÖ = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3 Bedensel Yakınmaları Yordayan Faktörler

Çalışmaya katılan bireylerde (*N* =575) bedensel yakınmalarla ilgili değişkenlerinin etkisini incelemek amacıyla 3 farklı hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analizlerde somatizasyon (SCL-90-R-SOM), sağlık kaygısı (SAÖ) ve bedensel duyumları abartmadır (BDAÖ) bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bağımsız değişkenler regresyon analizine 3 basamakta girilmiştir. Buna göre, demografik özelliklerden yaş, katılımcının eğitim düzeyi ve romantik partnerinin eğitim düzeyi kontrol değişkenleri olarak ilk basamakta, aşamalı yöntem kullanılarak analize alınmıştır. Ardından, demografik değişkenlerin olası etkileri kontrol edildikten sonra ikinci basamakta, Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği alt boyutları (fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal, cinsel kötüye kullanım) aşamalı yöntem kullanılarak regresyon analizine girilmiştir. Son basamakta da, Algılanan Partner Duyarlılığı analize dahil edilmiştir.

3.3.1 Somatizasyon Düzeyini Yordayan Faktörler

İlk regresyon analizinde, katılımcıların SCL-90-R-SOM ile elde edilen somatizasyon düzeyini yordayan faktörler incelenmiştir. Analiz sonucuna göre demografik değişkenlerden yaş [β = -.08, t (573) = -1.99, p < .05, pr = -.08 ,] regresyon denklemine girmiştir ve açıklanan varyans %1 içindedir, $F_{değişimi}$ (1,573) = 3,97, p < .05. Kontrol değişkenlerinden sonra çocukluk örselenme yaşantılarından duygusal kötüye kullanım ve ihmal somatizyon düzeyini anlamlı olarak yordamış [β = .15, t (572)= 3.59, p < .001, pr = .15] ; ve açıklanan varyansı aynı kalmıştır, $F_{değişimi}$ (1, 572) = 12.88, p < .001. Son olarak algılanan partner duyarlılığı [β = -.22, t (571) = -5.37, p < .001, pr = - .22] regresyon denklemine girmiş ve açıklanan varyans % 1 içinde kalmıştır, $F_{değişimi}$ (1, 571) = 28.79, p < .001.

Bu sonuçlara göre, ilk olarak yaşın azalmasının somatik yakınma düzeyindeki artışla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, çocukluk döneminde duygusal ihmal ve istismar deneyimi de somatik yakınmaların artmasıyla ilişkili iken; algılanan partner duyarlılığındaki artışın bu yakınmaların azalmasında etkili olduğu gözlenmiştir.

Tablo 7. Somatizasyon Düzeyinin Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	*sd*	*B*	*t (grup içi)*	*Pr*	*Adj.* R^2
I.Basamak: Demografik Değişkenler						
Yaş	3.97*	1,573	-.08	-1.99*	-.08	.00
II. Basamak: Çocukluk Örselenme Yaşantıları						
ÇÖYÖ DKK-Dİ	12.88**	1,572	.15	3.59*	.15	.03
III. Basamak: Algılanan Partner Duyarlılığı						
PPR_toplam	28.79**	1,571	-.22	-5.37**	-.22	.07

Not: * $p < .05$, ** $p < .001$; ÇÖYÖ DKK-Dİ = Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal, PPR = Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği.

3.3.2 Sağlık Kaygısı Düzeyinin Yordayıcıları

Sağlık kaygısının yordayıcılarına bakıldığında ise, demografik özelliklerden sadece yaş [β = -.18, t (573)= -4.37, $p < .001$, pr = -.18; regresyon denklemine girmiş ve varyansın %1ini açıklamıştır, $F_{değişimi}$ (1, 573) = 19.13, $p < .001$. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarından hiçbiri sağlık kaygısı ile anlamlı olarak ilişkili çıkmamıştır. Bununla birlikte, algılanan partner duyarlılığının da [β = -.14, t (572) = -3.50, $p < .001$, pr = -.15] sağlık kaygısını anlamlı olarak yordadığı gözlenmiş ve açıklanan varyans değişmemiştir, $F_{değişimi}$ (1,572) = 12.22, $p \leq .001$.

Bu bulgulara göre, yaşın azalmasının sağlık kaygısındaki artışla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, algılanan partner duyarlılığındaki azalmanın da sağlığa yönelik kaygıların artmasında etkili olduğu gözlenmiştir.

Tablo 8. Sağlık Kaygısının Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	sd	β	t (grup içi)	Pr	Adj. R^2
I.Basamak: Demografik Değişkenler						
Yaş	19.13 *	1,573	-.18	-4.37 *	-.18	.03
III. Basamak: Algılanan Partner Duyarlılığı						
PPR_toplam	12.22 *	1,572	-.14	-3.50 *	-.15	.05

Not: $^{*}p \leq 001$; PPR = Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği.

3.3.3 Bedensel Duyumları Abartma Düzeyinin Yordayıcıları

Bedensel duyumları abartma düzeyini yordayan faktörlere bakıldığında yine demografik değişkenlerden sadece yaş [β = -.15, t(573) = -3.57, $p < .001$, pr = -.15] regresyon denklemine alınmış ve varyansın % 1'ini açıklamıştır. $F_{değişimi}$ (1,573) = 12.77, $p < .001$. Daha sonra çocukluk örselenme yaşantılarından cinsel kötüye kullanım [β = .11, t (573) = 2.59, $p \leq .01$, pr = .11] regresyona girmiş ve açıklanan varyans değişmemiştir, $F_{değişimi}$ (1,572) = 6.70, $p \leq .01$.

Bu bulgulara göre, yaşın azalmasının bedensel duyumları abartma eğilimindeki artışla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanım deneyimi de bedensel duyumları abartma eğilimindeki artışla anlamlı olarak ilişkilidir.

Tablo 9. Bedensel Duyumları Abartma Düzeyinin Yordayıcıları

	$F_{değişimi}$	*Sd*	*B*	*t (grup içi)*	*Pr*	*Adj.* R^2
I. Basamak: Demografik Değişkenler						
Yaş	12.77**	9.21	-0.15	-3.57**	-0.15	0.02
II. Basamak: Çocukluk Örselenme Yaşantıları						
ÇÖYÖ CKK	6.70*	2.82	0.11	2.59*	0.11	0.03

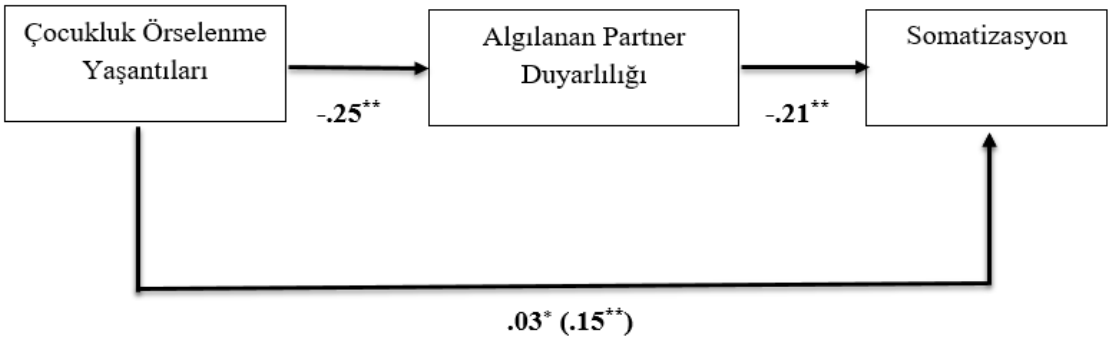
Not: $^{*}p \leq .01$, $^{**}p < .001$; ÇÖYÖ CKK = Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği Cinsel Kötüye Kullanım.

3.4 Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolünün İncelenmesi

Araştırmada son olarak çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ile bedensel yakınmalar arasındaki ilişkide algılanan partner duyarlılığının aracı rolü incelenmiştir. Bunun için Hayes (2013) tarafından geliştirilmiş SPSS uyumlu bir makro (PROCESS) kullanılarak yapılan 3 farklı regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizlerde yordayıcı değişken çocukluk örselenme yaşantıları (ÇÖYÖ toplam), yordanan değişkenler sırası ile somatizasyon (SCL-90-R-SOM), sağlık kaygısı (SKÖ) ve bedensel duyumları abartma eğilimidir (BDAÖ); aracı değişken de algılanan partner duyarlılığıdır (PPR). Analizlerde bootstrapping yöntemi ile orijinal veri setinden elde edilen 5000 bootstrap örneklem ve %95 güven aralığı (confidence interval; CI) kullanılmıştır. Bu yöntemde elde edilen güven aralığı içerisinde "0" bulunmaması, aracılık etkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir (Preacher ve Hayes, 2008).

İlk olarak, çocukluk örselenme yaşantıları ve somatizasyon arasındaki ilişkide algılanan partner duyarlılığı aracı rolü aracı değişken analizi ile incelenmiş ve sonuca yönelik bulgular Şekil 9'da görülmektedir. Analiz sonucunda göre, örselenme yaşantıları ile algılanan partner duyarlılığı arasında [β = -.25, $t(573)$ = -.6.13, $p < .001$] ve algılanan partner duyarlılığı ile somatizasyon arasında [β = -.21, $t(572)$ = -.5.12, $p < .001$] anlamlı ilişki gözlenmiştir. Ayrıca, çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının

somatizasyon üzerinde anlamlı doğrudan etkisi (β = .03, t(573) = 2.25, p < .05) bulunmuştur. Son olarak, algılanan partner duyarlılığın ise bu ilişkide kısmi aracı etkisinin olduğu gözlenmiştir, B= .05, SE= .02, %95 CI [.025, .086]. Analiz bulgularına bakıldığına ise modelin anlamlı olduğu F (1, 573) =12.63, p< .001 ve varyansın %2'sini açıkladığı görülmüştür.

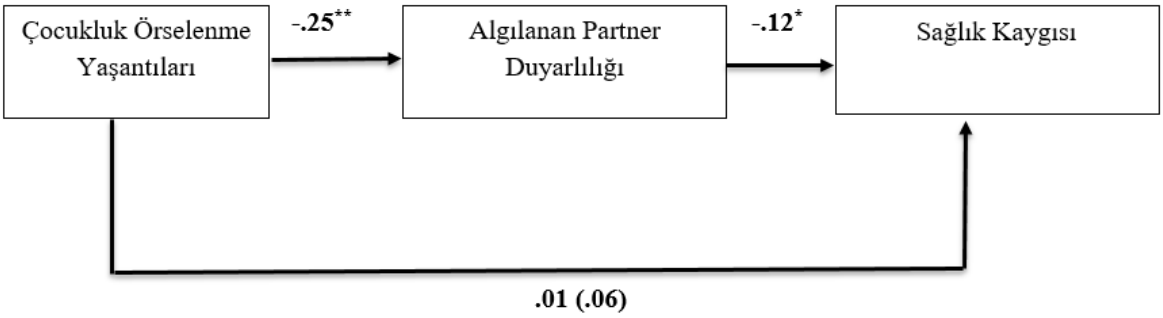


Şekil 9. Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Somatizasyon Arasındaki İlişkide Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolü

Not 1. Çocukluk örselenme yaşantılarının somatizasyon düzeyi üzerindeki doğrudan etkisi (c') = .03; Çocukluk örselenme yaşantılarının somatizasyon düzeyi üzerindeki üzerindeki toplam etkisi (c) = .15

Not 2. Şekilde standardize betalara yer verilmiştir, $^{*}p < .05$, $^{**}p < .001$.

İkinci olarak, çocukluk örselenme yaşantıları ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide algılanan partner duyarlılığı aracı rolü aracı değişken analizi ile incelenmiş ve sonuca yönelik bulgular Şekil 10'da gösterilmiştir. Analiz sonucunda göre, örselenme yaşantıları ile algılanan partner duyarlılığı arasında [β = -.25, t(573) = -.6.13, p < .001] ve algılanan partner duyarlılığı ile sağlık kaygısı arasında [β = -.12, t(572) = -.2.74, p < .01] anlamlı ilişki gözlenmiştir. Öte yandan, çocukluk dönemi örselenme yaşantılarının sağlık kaygısı üzerinde anlamlı doğrudan etkisi (β = .01, t(573) = 0.70, p > .05) bulunmadığı; algılanan partner duyarlılığın ise bu ilişkide tam aracı etkisinin olduğu gözlenmiştir, B= .03, SE= .01, %95 CI [.003, .057]. Analiz bulgularına bakıldığına ise modelin anlamlı olmadığı, [F (1, 573) = 2.00, p > .05] ve varyansın %1'ini açıkladığı görülmüştür.



Şekil 10. Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolü

Not 1. Çocukluk örselenme yaşantılarının sağlık kaygısı düzeyi üzerindeki doğrudan etkisi (c') = .01; Çocukluk örselenme yaşantılarının sağlık kaygısı düzeyi üzerindeki üzerindeki toplam etkisi (c) = .06

Not 2. Şekilde standardize betalara yer verilmiştir, $^{*}p < .01$, $^{**}p < .001$.

Son olarak, çocukluk örselenme yaşantıları ve bedensel duyumları abartma eğilimi arasındaki ilişkide algılanan partner duyarlılığı aracı rolü aracı değişken analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda göre, örselenme yaşantıları ile algılanan partner duyarlılığı arasında [β = -.25, t(573) = -.6.13, p < .001] anlamlı ilişki gözlenmiş. Bununla birlikte, algılanan partner duyarlılığı ile bedensel duyumlar abartma eğilimi arasında [β = -.01, t(572) = -0.14, p > .05] anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bununla tutarlı olarak, partner duyarlılığının aracı etkisi de anlamlı çıkmamıştır, B= .00, SE= .01, %95 CI [-.024, .024].

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve algılanan partner duyarlılığı arasındaki ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra, bu değişkenlerin demografik özelliklere (cinsiyet, medeni duruma) göre farklılıkları da incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular literatür ile birlikte değerlendirilmiş; ayrıca, çalışmanın katkısı, sınırlılıkları ve güçlü yanları da belirtilmiştir.

4.1. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

İlk olarak çalışmada, çocukluk çağı travmaları (fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım- duygusal ihmal ve cinsel kötüye kullanım), somatizasyon, sağlık kaygısı, bedensel duyumları abartma ve algılanan partner duyarlılığının arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Öncelikle somatizasyonun diğer değişkenlerle ilişkisine bakılmış; bedensel duyumları abartma ve sağlık kaygısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgularla tutarlı olarak, somatizasyon bozukluğuna ya da somatik yakınmalara sahip bireylerde yüksek düzeyde sağlık kaygısı belirlenmiştir (Gureje, Üstün ve Simon, 1997; Karapıçak, Aslan ve Utku, 2011; Lee ve diğer., 2015). Bazı araştırmaların sağlık kaygısını somatik kendine odaklanmanın bir çeşidi olarak (somatic self-focus) tanımlaması (Craner ve ark., 2013), tıbbi olarak açıklanamayan şikayetler, aşırı oranda sağlıkla meşgul olma, hastalık davranışları sergileme gibi somatizasyon ve sağlık kaygısının birçok ortak yöne sahip olması (Creed ve Barsky, 2004) ve somatizasyon ve sağlık kaygısının eş zamanlı görünümü de bu ilişkiyi destekler niteliktedir. Somatizasyon ile bedensel duyumları abartma arasındaki pozitif korelasyon da literatür ile uyumludur (Spinhoven ve Van der Does, 1997 ; Versteeg ve ark., 2010 ; Wise ve Mann, 1994). Bedensel duyumları abartma eğiliminin, somatik belirtilerin bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Sayar, Kirmayer ve Taillefer, 2003; Wise ve Mann, 1994). Bununla birlikte, somatizasyonun yordayıcısı olarak, bedensel duyumları abartma eğiliminden ziyade, kaygı, depresif ve olumsuz duyguların rolünün daha fazla olduğu görüşü de vardır (Aronson, Barrett ve Quigley, 2001; Duddu ve ark.,

2006). Bu bağlamda, bedensel yakınmaları abartma eğiliminin somatizasyon için bir yatkınlık faktörü mü, yoksa sadece birlikte görülen iki örüntü mü olduğu konusuna dair bilgi ihtiyacı devam etmektedir.

Mevcut çalışma sonucunda, somatizasyon ile algılanan partner duyarlılığı arasında negatif ilişkili bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, somatizasyon ve algılanan partner duyarlılığının ilişkisini inceleyen doğrudan bir çalışmanın varlığı söz konusu değildir. Fakat, algılanan partner duyarlılık düzeyi arttıkça kişilerin fiziksel sağlığında da olumlu artış sağladığı bilinmektedir (Selcuk ve Ong, 2013; Selcuk, Stanton, Slatcher ve Ong, 2016; Slatcher, Selcuk ve Ong, 2015). Örneğin, evli ve birlikte yaşayan çiftlerle birlikte yapılan 10 yıllık boylamsal bir çalışmada, algılanan partner duyarlılığının günlük kortisol seviyesinin ideal bir şekilde değişmesinde etkili olduğu gözlenmiş, bu etki de uzun bir yaşam süresi ile ilişkili şekilde yorumlanmıştır (Slatcher ve ark., 2015). Başka bir çalışmada ise, romantik partner desteği ile ölüm riski arasındaki anlamlı ilişkinin, yüksek partner duyarlılığında ortadan kalktığı gözlenmiştir (Selcuk ve Ong, 2013). Bununla birlikte, algılanan partner duyarlılığının insanın en önemli biyolojik mekanizmalarından biri olan uyku ile ilişkisini incelendiği bir çalışmada, algılanan partner duyarlılığının kaygı ve depresyon seviyesinin azalması yoluyla daha düşük uyku problemini yordadığı ortaya konmuştur (Selcuk ve ark., 2016). Algılanan partner duyarlılığının, bir sosyal destek unsuru olabileceği de düşünüldüğünde, bu desteğin somatik yakınmaların azalmasında ve yaşam doyumunun artmasındaki etkisi de dikkate değerdir. (Ali ve ark., 2010). Bunu destekler şekilde, cinsel saldırıya maruz kalmış kadınlar ile yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin somatik belirtileri azalttığı gözlenmiş; bu da cinsel saldırı yaşantısına maruz kalan kişinin çevresinde güvenebileceği kişilerin olmasının fiziksel ve ruhsal sağlık algısındaki olumlu rolü olarak yorumlanmıştır (Kimerling ve Calhoun, 1994).

İkinci olarak, çalışmada bedensel duyumları abartma eğilimindeki artışın, sağlık kaygısındaki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ülkemizde kalp damar hastaları ile yapılan bir çalışmada, benzer şekilde sağlık anksiyetesi ve bedensel duyumları abartma arasında pozitif korelasyon göstermiştir (Korkmaz ve ark., 2017). Ayrıca, araştırmalarda sağlık anksiyetesiyle ilişkili bulunan bedensel duyumları abartma puanlarının artıkça hipokondri puanlarının da artış gösterdiği gözlenmiştir (

Barsky ve Wyshak, 1990; Barsky, Cleary, Sarnie ve Klerman, 1993). Barsky ve Wyshak (1990) hipokondrik kaygıların bedensel duyumları abartmaya yol açtığını ve aynı şekilde bedensel duyumları abartma eğiliminin de kişilerde hipokondrik bilişlere ve davranışlara neden olduğunu öne sürmüştür. Bu bağlamda, sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma arasında karşılıklı bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca, çalışmada algılanan partner duyarlılığı, çocukluk örselenme yaşantıları toplamı, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal alt boyutları ile negatif yönde ilişkidir. Vaillancourt-Morel ve arkadaşları (2018) da çocukluk döneminde maruz kalınan kötü muamelenin, yetişkinlikteki romantik ilişkide partnerden alınan anlayış, ilgi, kabul ve onay algısında azalmayla ilişkisini belirtmiştir. Ayrıca, Reyome (2010) çocukluk döneminde duygusal kötü muamele öyküsüsün düşük ilişki kalitesi, artan yakınlığa karşı yüksek korku, kişilerarası ilişkilerde mesafe ihtiyacı ve güven eksikliği gibi romantik ilişkide bir takım zorluklarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte, çocuklukta duygusal istismara maruz kalmış kişilerin partnerlerini ilgisiz ve aşırı müdahaleci olarak nitelendirebildikleri bilinmektedir (Mullen ve ark., 1996). Son olarak, bu yaşantıya sahip bireylerin kötü muameleye maruz kalmamış kişilere göre, eşlerinden hissettikleri desteğin daha az olduğu, düşük ilişki doyumuna sahip oldukları ve eşleriyle daha çok çatışma yaşıdıkları belirtilmiştir (Varia ve Abidin, 1999). Kısaca, kişinin çocukluk döneminde maruz kaldığı travmatik yaşantının, ileride romantik ilişki kalitesinde ve partnere yönelik değerlendirmede etki sahibi olduğu görülmektedir.

Çalışmanın korelasyon bulguları incelendiğinde, çocukluk örselenme yaşantı düzeyi arttıkça, somatizasyon ve bedensel duyumları abartma eğiliminin de arttığı görülmektedir. Çocukluk çağında istismar ve ihmal öyküsü olan kişilerin somatik semptomlara sahip olduğu ve fiziksel şikayetleri abartma eğilimi gösterdiği birçok çalışmada da gözlenmiştir (Duddu ve ark., 2006; Kroska ve ark., 2018; Waldinger ve ark., 2006). Brown ve arkadaşları (2005) da çocuklukta istismar ve ihmal yaşantısına ortam hazırlayan aile yapısının gelecekte açıklanamayan bedensel şikayetlerle ilişkili olduğununun altını çizmiştir. Somatik yakınmaların şiddetinin artmasında bu yaşantılardan özellikle duygusal ihmal ve istismar (Güleç ve ark., 2013; Spertus ve ark., 2003) ve cinsel istismar (Kealy ve ark.,2018; Stein ve ark.,2003) öne çıkmaktadır.

Waldinger ve arkadaşları (2006), çocukluk döneminde istenmeyen fiziksel temasların ve karşılanmayan duygusal ihtiyaçların ileride bedenle ilgili endişeleri arttırdığını belirtmiştir. Buna ek olarak, bedensel yakınmaların, istismar geçmişine sahip bireylerde, strese yönelik tepki verme biçimi olduğu da düşünülmektedir (Stuart ve Noyes, 1999).

4.2 Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada ikinci olarak, çocukluk örselenme yaşantıları, somatizasyon, algılanan partner duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve sağlık kaygısının demografik özelliklere (cinsiyet, medeni durum) göre nasıl farklılaştığı incelenmiştir.

Cinsiyet karşılaştırmalarında ilk olarak, çocukluk örselenme yaşantılarından cinsel kötüye kullanımın kadınlarda daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre cinsel istismara daha çok maruz kaldığı birçok araştırmada da elde edilen bir sonuçtur (Finkelhor ve ark., 2013 ; Polusny ve Follette, 1995 ; Stoltenborgh ve ark., 2011; Ulman ve Filipas, 2005). Birçok toplumda baskın olan cinsiyetçi görüşün ortaya koyduğu ve sürdürdüğü erkeklerin kadınlardan daha güçlü olduğu düşüncesi kadınların daha çok cinsel olumsuz yaşantıya maruz kaldığına bir açıklama olarak ortaya atılmıştır (Ulman ve Filipas, 2005). Bununla birlikte, Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz ve Ross (1996) kadınların daha çok cinsel istismara maruz kaldığı görüşüne katılmalarına rağmen, erkeklerin geleneksel toplumda zayıf, mağdur, eşcinsel algılanma korkusuyla maruz kaldıkları cinsel istismarı bildirmek konusunda tereddüt ettiklerini düşünmektedir. Mevcut çalışmada da, fiziksel ve duygusal istismar yaşantılarında bir cinsiyet farkılılığı gözlenmezken, sadece cinsel istismarda farklılık olması, erkeklerin bu örseleyici yaşantıları ifade etmek ya da paylaşmakla ilgili isteksizliğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, uluslararası verilerin yer aldığı, ülkemiz de dahil olmak üzere 21 ülkenin cinsel istismar oranını gözden geçiren çalışmada kadınlarda cinsel istismar görülme oranı erkeklere kıyasla daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pereda, Guilera, Forns ve Gómez-Benito, 2009). Bunun sonucu olarak, dünya çapında hala çözülmemiş insan hakları problemi olan cinsel istismarın özellikle daha çok kadınların hayatında birçok sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlık probleminde etkin rol oynadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu istismarın engellenmesi için caydırıcı politikaların ihtiyacı öne çıkmaktadır.

Cinsiyet karşılaştırmalarında ikinci olarak, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek somatizasyon düzeyine sahip olduğu ortaya konmuştur. Literatürde de somatizasyon ve cinsiyete yönelik araştırmalarda mevcut çalışmanın bulgularıyla tutarlı sonuçlar bulunmaktadır (Aragona, Monteduro, Colosimo, Maisano ve Geraci, 2008; Hiller, Rief ve Brähler, 2006; Kroenke ve Spitzer, 1998; Ludwig, Marten-Mittag, Erazo ve Gündel, 2001). Bir çalışmada, sadece cinsiyet göz önünde bulundurulduğunda, kadınlarda somatizayson riskinin erkeklere oranla 1.6 kat daha fazla olduğu kaydedilirken; düşük sosyal koşullar ve yüksek duygusal stres de dikkate alındığında bu oranın 4 kata kadar çıktığı kaydedilmiştir (Ladwig, Marten-Mittag, Erazo ve Gündel, 2001). Öte yandan, erkeklerin rahatsızlıkları dile getirmede çekimser olmaları, tıbbi yardım arama konusunda isteksiz olmaları, somatizasyonun nedeni olarak düşünülen çocukluk travmasının kadınlarda daha çok görülmesi ve son olarak bedensel algıda doğuştan gelen farklılığın sonucu olarak kadınların bedeninden gelene karşı daha hassas olmaları gibi nedenler de somatik yakınmaların ifade edilmesinde rol oynayabilmektedir (Wool ve Barsky, 1994). Bu görüşü destekleyen bir araştırmada, kadınların erkeklere göre fiziksel rahatsızlıklarını daha çok bildirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Kroenke ve Spitzer, 1998). Öte yandan, Wool ve Barsky (1994) somatizasyondaki cinsiyet farkılığını gösteren çalışmaların sosyokültürel faktörlerin etkisini gözardı etmesi, cinsiyete göre semptom bildirimi ve değerlendirmesi ile ilgili net bir cevap bulamaması, bedensel algıda doğuştan gelen farklılığa odaklanılmaması ve etiyolojik faktörlerin incelenmemesi gibi sınırlılıklarının altını çizmektedir.

Mevcut çalışmada elde edilen bir diğer bulgu ise; kadınların erkeklere kıyasla bedensel duyumları abartma eğilimlerinin daha yüksek çıkmasıdır. Bu cinsiyet farklılığı literatür ile tutarlıdır (Nakao, Tamiya ve Yano, 2005; Kivrak, Kose-Ozluce, Ustundag ve Asoglu, 2016; Verbrugge, 1980; Wise ve Mann, 1994). Bu farkın bir açıklaması olarak, kadınların fiziksel semptomları algılarken erkeklere göre dikkatlerinin ve farkındalıklarının daha yüksek olması dikkate alınmıştır (Verbrugge, 1980). Kadınlarda menstruasyon, hamilelik ve menopoz gibi deneyimlerde yaşanan fizyolojik değişimlerin, bedensel duyumlara yönelik hassasiyet ve dikkati artırabildiği düşünülmektedir (Verbrugge, 1980). Ayrıca, Verbrugge (1980) kadınların erkeklere kıyasla, farklı bedensel uyaranları daha iyi algıladıklarını, yerini daha net ayırt edebildiklerini ve bunu daha çok dile getirdiklerini ortaya koymuştur. Kadınların

erkeklere oranla fiziksel şikayetlerini daha iyi tanımlamalarına ve detaylandırmalarına alternatif bir açıklama olarak, kadınların şikayetleri hakkında daha çok ve detaylı soru sormaları, bunun sonucu olarak da sağlık ve semptomlar hakkında daha çok bilgi ve sözcük dağarcığına sahip oldukları düşünülmektedir (Verbrugge, 1980). Ağrı özelinde bir karşılaştırma da, kadınlarda ağrı duyarlılığının buna bağlı olarak ağrının şiddetinin erkeklerden daha çok olduğu beyin görüntülemeleriyle tespit edilmiştir (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams ve Riley, 2009). Fillingim ve arkadaşları (2009) ağrı duyarlılığının, ağrıyla baş etme mekanizmalarının, ağrıya karşı tepkilerin ve ağrıyı bildirme isteğinin toplumdaki cinsiyet rolleri, bilişsel ve duygusal faktörler, biyolojik rol gibi nedenlerle cinsiyete göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymuşlardır. Sonuç olarak, çalışmanın bulguları alanyazındaki sonuçlarla örtüşmekte ve kadınların erkeklere göre bedenlerinden gelen uyaranlara karşı daha duyarlı oldukları düşünülmektedir. Kadınların bedensel duyumlara daha duyarlı olmasının altındaki sebebe bakıldığında ise birden çok etkenle karşılaşılmaktadır.

Cinsiyet karşılaştırmalarında son olarak, kadınların sağlık kaygısının erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Sağlık kaygısının cinsiyete göre incelendiği çalışmalara bakıldığında sonuçların farklılık gösterdiği görülmektedir. Literatürde var olan birçok çalışma sağlık kaygısının cinsiyete göre farklılık göstermediğini ileri sürmektedir (Bleichhardt ve Hiller, 2007; Gureje ve ark., 1997; Kirmayer ve Robin, 1991). Diğer yandan, kadınlarda hipokondriyak korkuların yüksek olduğu; fakat cinsiyet farkının güçlü olmadığı belirtilmektedir (Rief ve ark., 2001; Speckens, Van Hemert, Spinhoven ve Bolk, 1996). Bunun dışında, Creed ve Barsky (2004) kapsamlı gözden geçirmelerinde 11 çalışmadan sadece 1 tanesinde hipokondri ve kadınlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer yandan, Macswain ve arkadaşları (2009) sağlık kaygısında cinsiyet farkını araştırdıkları çalışmada, kadınların sağlıkları konusunda erkeklere göre daha çok endişelendiklerini ve endişelerini hafifletmek için daha çok güvence arama ve rahatlama çabasına girdiklerini tespit edilmiştir. Ayrıca, Craner ve arkadaşları (2013) biyopsikososyal perfpektiften, premenstrüel stresin kadınların sağlıklarıyla ilgili daha çok kaygı yaşamalarına yol açtığını öne sürmüştür. Yakın zamanda yapılmış ve söz konusu çalışmanın bulgularıyla tutarlılık göstermiş bir çalışmanın varlığından bahsetmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık anksiyetesi ölçeğini (Salkovskis ve ark., 2002) kullanması, Covid-19 pandemi

sürecinde veri toplanılması ve aynı örnekleme sahip olması açısından mevcut çalışmayla bir çok yönden benzerlik gösteren çalışmada, Özdin ve Bayrak Özdin (2020) sağlık anksiyetesinin kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek orana sahip olduğu ve kadın olmanın sağlık kaygısı için risk faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özetle, sağlık kaygısı ve cinsiyet arasındaki ilişkiye dair sonuçların farklılaştığı görülmektedir. Özellikle kadın ve erkek arasında sağlık kaygısı açısından bir fark olmadığını iddia eden çalışmaların son 10 yıldan daha önceki yıllara ait olduğu görülmektedir. Dolayısıyla günümüzdeki yaşam şartları ya da pandemi gibi belirli bir sağlık tehdidi olması gibi faktörlerin, cinsiyet farklılığında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda ilk olarak, bekâr katılımcılar evlilere göre daha fazla cinsel istismar geçmişi rapor etmiştir. İlgili çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, Texas'ta yapılan bir çalışmada, cinsel istismar geçmişi evli katılımcılarda daha fazla kaydedilmiş; ayrıca evli katılımcıların cinsel istismar konusuyla daha çok ilgilendiği ve soruları yanıtlarken daha çok zaman ayırdıkları gözlenmiştir (Kercher ve McShane, 1984). Bu sonucun, evli kadınların bekarlara kıyasla, istismar yaşantılarını paylaşmak konusunda kendilerini daha güvende hissetmiş olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Öte yandan, evli olmadan birlikte yaşayan kişilerde çocuklukta yaşanmış cinsel istismar öyküsünün evli bireylere göre daha çok olduğu da belirtilmiştir (Cherlin, Hurt, Burton ve Purvin, 2004). Bekar ve evli annelerin karşılaştırıldığı çalışmada, bekar annelerin çocukluk cinsel istismar oranı evli annelerin 2 katı olarak bildirilmiştir (Lipman, MacMillan ve Boyle, 2001). İlgili literatürde, özellikle cinsel istismarın, kadınlarda evliliğe cesaret etme ya da istikrarlı bir evlilik sürdürme olasılığını düşürebildiği belirtilmekte, bunun açıklaması olarak başkalarına güvenmede ve cinsel yakınlık kurmada yaşanan zorluk öne çıkmaktadır (Cherlin ve ark., 2004). Öte yandan, çocukluk dönemi cinsel istismar yaşantısının, romantik ilişki ya da medeni duruma göre bir farklılık göstermediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Vaillancourt-Morel ve ark., 2016; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen ve Harris, 1997). Cinsel istismar geçmişinin ilişki durumuna etkisine dair çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu konudaki çalışmaların çoğu çocukluk cinsel istismar öyküsünün romantik ilişkideki, evlilikteki ve partnerlerin cinsel yaşamlarındaki etkisini incelemektedir (Daigneault, Hebert ve McDuff, 2009; DiLilio

ve Long, 1999 ; Vaillancourt- Morel ve ark., 2016). Örneğin, Daigneault ve arkadaşları (2009) çocukluk cinsel istismar yaşantısının, yakın partner şiddeti için risk faktörü olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, çocuklukta maruz kalınan cinsel istismarın ilişki doyumunun azalmasına, zayıf iletişime ve partnere duyulan güvenin azalmasına yol açtığı bulunmuştur (DiLilio ve Long, 1999). Vaillancourt- Morel ve arkadaşları (2016) ise çocukluk dönemi cinsel istismarının, yetişkinlikte cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkilerini ilişki statüsüne göre incelemiştir. Bu incelemede, bekar bireylerin daha çok cinsel kompulsif, evli bireylerin ise daha çok cinsel kaçınma davranışları sergilediği gözlenmiş; romantik partneriyle birlikte yaşayan bireylerde hem cinsel kaçınmanın hem cinsel kompulsifinin olduğu kaydedilmiştir (Vaillancourt- Morel ve ark., 2016) görülmüştür.

Medeni durum karşılaştırmasında ikinci olarak, bekar katılımcıların evlilere kıyasla daha fazla bedensel duyumları abartma eğilimine sahip olduğu gözlenmiştir. Benzer sonuç, farklı çalışmalar da kaydedilmiştir (Nakao ve diğer., 2001; Nakao, Tamiya ve Yano, 2005). Bununla birlikte, ilişki statüsü ve bedensel duyumları abartma düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Araştırmaların birçoğu cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi demografik değişkenlere odaklanmıştır (Kivrak, Kose-Ozluce, Ustundag ve Asoglu, 2016; Korkmaz ve ark., 2017; Wise ve Mann, 1994). Mevcut çalışmanın bulgusu, romantik ilişkinin özellikle de evliliğin, kişinin fiziksel sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu (Burman ve Margolin, 1992; Slatcher, Selcuk ve Ong, 2015) bilgisiyle de tutarlı olarak değerlendirilebilir. Bu ilişkide mevcut çalışmada kontrol edilmeyen evlilik memnuniyeti, yakınlık ve paylaşım gibi faktörler de dikkate alınmalıdır. Öte yandan, evli ve çocuk sahibi katılımcıların, artan sorumlulukları nedeniyle bedenlerine odaklanabilecek zamana ve enerjiye bekâr katılıcımlar kadar sahip olamama ihtimali de söz konusudur.

Medeni durum karşılaştırmasında üçüncü olarak, romantik ilişkiye sahip bekar katılımcılar evli katılımcılara kıyasla partnerlerinden daha yüksek düzeyde ilgi ve anlayış algıladıkları kaydedilmiştir. Literatürde algılanan partner duyarlılığına dair fark cinsiyet, ırk, yaş ve eğitim gibi diğer demografik özelliklere göre incelenmiştir (Selcuk ve Ong, 2013; Selcuk, Stanton, Slatcher ve Ong, 2016). Bu nedenle, medeni durum ile duyarlılık arasındaki ilişkiye dair açıklayıcı bir bilgi bulunmamaktadır.

Ancak, partner duyarlılığı ile yakın ilişkili olan ilişki doyumunun medeni duruma göre incelendiği çalışmalar bakıldığında, araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Dört farklı ülkeden (Fransa, Almanya, Rusya ve Avustralya) katılım sağlanan çalışmada, ilişki durumuna göre ilişki doyumun en yüksek evli bireylerde, daha sonra birlikte yaşayan çiftlerde ve en düşük ise ayrı evlerde yaşayan (evliliğe ve birlikte yaşamaya niyeti olmayan) romantik ilişki içerisinde grupta olduğu gözlemlenmiştir (Tai, Baxter ve Hewitt, 2014). Tai ve arkadaşları (2014) bu sonucun kişilerin bağlanma stillerinden kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlamıştır. Bu yoruma destek olarak, başka bir çalışmada, ilk evliliği içerisinde olan ve ikinci evliliğini sürdüren ve yeni boşanmış kişilerin ilişki doyumu açısından aralarında bir fark olmadığı bulunmuş; ilişki doyumu için bireyin bağlanma stilinin içinde olduğu ilişki statüsünden daha belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Diamond, Brimhall ve Elliott, 2018). Ayrıca, araştırmanın önemli bir diğer bulgusu ise, hem erkeklerde hem kadınlarda, cinsiyet rollerine dair geleneksel bakış açısı azaldıkça, ilişki doyumunun artmasıdır (Tai ve ark., 2014). Bu kısıtlı bilgiler sonucunda, medeni durumun romantik ilişkiyi ve partneri nasıl algıladığı konusunda kesin bir yanıt vermemesi ile birlikte, kişilerin ilişkilerine ve partnerlerine bakış açılarında bağlanma stillerinin ve toplumsal cinsiyet rollerinin de rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Son olarak, bekar katılımcılarda sağlık kaygısı evlilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte literatürde sağlık kaygısı ve medeni durum arasında bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Barsky, Wydhak, Klerman ve Latham, 1990; Bleichhardt ve Hiller, 2007; Creed ve Barsky; 2004; Noyes ve ark., 1994 ; Kirmayer ve Robbins, 1991; Özdin ve Bayrak Özdin, 2020). Bleichhardt ve Hiller (2007) medeni durumun sağlık kaygısı üzerinde bir etkisi olmadığını; çünkü ilişki türünün sosyal desteğin kalitesini belirlemediğini öne sürmüştür. Öte yandan, mevcut bulgu ile tutarlı olarak bir fark belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Nakao, Shinozaki, Ahern ve Barsky (2011) hipokondrinin iyileşmesinde kullandıkları bilişsel davranışsal (cognitive-behavioral) terapi tedavi öncesinde, evli olmanın sağlık kaygısı puanlarının azalmasında önemli bir yordayıcı olduğunu kaydetmiştir. Bekar bireylerin, evlilere kıyasla sosyal, maddi ve günlük yaşamlarıyla ilgili daha çok stres yaşamaları sağlık kaygısı için bir risk oluşturabilmektedir (Nakao, ve ark., 2011). Evliliğin, sağlık üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu öne süren çalışmalar da

mevcuttur (Maselko, Bates, Avendano ve Glymour, 2009; Robles ve Kiecolt- Glaser, 2003). Örneğin, Maselko ve arkadaşları (2009) evliliğin daha düşük felç geçirme ihtimali ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Evlilikte sosyal desteğin varlığı sayesinde sağlıklı alışkanlıklar yoluyla eşler birbirlerinin sağlıklarını olumlu etkilemektedirler (Burman ve Margolin, 1992). Ancak, bununla beraber sorunlu evliliklerin söz konusu olduğu durumlarda, depresyon ve olumsuz sağlık alışkanlıklarıyla dolaylı şekilde bireyin bağışıklık sistemi ve fizyolojik sistemi üzerinde sağlığına zarar verdiği de bilinmektedir (Kiecolt-Glaser ve Newton, 2001). Benzer şekilde, evli kişilerde sağlık kaygısının bekarlardan daha çok görüldüğü ve evliliğin sağlık anksiyetesi için risk faktör olduğu da belirtilmiştir (Chen ve ark., 2019). Bu değerlendirmeler ışığında, evlilik durumunun kendisinden ziyade, ilişki kalitesine yönelik faktörlerin, sağlık kaygısında daha belirleyici olduğu düşünülebilir.

4.3 Bedensel Yakınmaları Yordayan Faktörlere Yönelik Bulguların Tartışılması

Bedensel yakınmaları yordayan faktörleri değerlendirmek amacıyla, somatizasyon, sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma değişkenlerinin yordayıcıları incelenmiştir. İlk olarak somatizasyonun yordayıcılarına dair bulgularda, artan yaş ve çocukluk dönemi duygusal ihmal ve istismar yaşantısının; bununla birlikte azalan partner duyarlılığının somatik yakınma düzeyindeki artışla ilişkili olduğu gözlenmiştir. İlgili çalışmalarda, mevcut bulgudan farklı şekilde, artan yaş ile somatizasyon arasında pozitif yönlü ilişki kaydedilmiştir (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe ve Golding, 1987; Kroenke, 1989; Swartz, Landerman, Blazer ve George, 1989). Escobar ve arkadaşları (1987) özellikle, 40 yaş ve üzerinde somatik semptomların artış gösterdiğini belirtmektedir. Başka bir araştırmada da, 45-64 yaş aralığındaki bireylerin genç bireylere kıyasla (18-24) daha çok somatize olduğu sonucuna varılmıştır (Swartz, ve ark., 1989). Tıbbi durumların ve fizyolojik etkenlerin yaşlanma ile ilgili olduğu düşünülürse yaş arttıkça fiziksel yakınmaların da artış göstermesi beklenen bir durumdur (Kroenke, 1989). Öte yandan, yukarıda bahsedilen çalışmalarda katılımcıların yaş sınırı 65'ken, mevcut çalışmada 60'tır. Dolayısıyla mevcut bulgudaki farklılığın, genç ağırlıklı örneklemden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Literatür de, duygusal istismar ve ihmal ile somatizasyon arasında pozitif yönlü ilişki göstermekte (Brown ve ark., 2005; Spertus, Yehuda, Wong,

Halligan ve Seremetis, 2003); bu travma türünün ileride somatizasyonun ortaya çıkmasında önemli bir yordayıcı olduğu düşünülmektedir (Güleç ve ark., 2013; Stuart ve Noyes, 1999). Çocuklukta maruz kalınan duygusal ihmal ve istismarın çocuğun öz-saygısını zedelemesiyle birlikte, kendisine ve çevresine karşı yeterliliği ile ilgili olumsuz inanç geliştirdiği (Spertus ve ark., 2003) de göz önünde bulundurularak; bu kişilerin yetişkinlikte çevresel stresle baş etmekte zorlanabildiği ve bu zorlanmanın somatik yakınmalarla ifade edildiği düşünülebilir. Ayrıca, kişinin bedenine odaklanarak somatize olması, çocuklukta şefkat ve desteğin eksik olduğu, duygusal sıcaklıktan ve yakınlıktan uzak, çatışmaların var olduğu aile ortamının yarattığı travmaların (Brown ve ark., 2005) ve çocuklukta duygusal ihtiyaçlara tepkisiz kalındığı yaşantıların yol açtığı yardım arayışı olarak da görülebilir (Spitzer, Barnow, Gau, Freyberger ve Grabe, 2008). Literatürde, partner duyarlılığının somatizasyon düzeyindeki azalmayı yordamasına dair başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, çocukluk dönemindeki eksik veya örseleyici duygusal ilişkilerin somatizasyonun tetiklenmesindeki rolü dikkate alındığında, yetişkinlikte duygusal olarak besleyici bir ilişkinin koruyucu rolü de anlaşılır görünmektedir.

İkinci olarak sağlık kaygısının yordayıcılarına dair bulgularda, hem yaşın hem de algılanan partner duyarlılığının azalmasının sağlık kaygısındaki artışla ilişkili olduğu gözlenmiştir. İlişkili çalışmalarda yaş ile sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (Chen ve ark., 2019; Nakao, Shinozaki, Ahern ve Barsky, 2011; Özdin ve Bayrak Özdin, 2020) gibi, pozitif yönlü bir ilişki olduğu (Gureje ve ark., 1997; Rief ve ark., 2001) şeklinde de sonuçlar mevcuttur. Artan yaşla birlikte aynı anda eşlik eden kronik hastalıkların varlığı (Özdin ve Bayrak Özdin, 2020) ve yaşlandıkça artan sağlıklı alışkanlıklar ve tıbbi yardım arayışı (Bleichhardt ve Hiller, 2007) sağlık kaygısını da beraberinde getirebilir. Bununla birlikte, mevcut çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken katılımcıların sağlık kaygılarıyla ilgili soruları yanıtlarken Covid-19 pandemi sürecinde oldukları göz önünde bulundurulduğunda, genç katılımcıların daha önce salgın hastalıklarla ilgili bir yaşantıları olmamaları ve Covid-19 virüsü yüzünden aniden sağlıklarına odaklanarak endişe duymaya başladıkları düşünülebilir. Sonuç olarak, yaş ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkide, farklı bireysel ve sosyal faktörlerin de rol oynadığı söylenebilir. Çalışmanın diğer bir sonucu olan kişilerin partnerlerinden algıladıkları duyarlılık azaldıkça sağlık kaygılarının artması ile ilgili literatürde

karşılığı olan bir çalışma bulunmasa da, algılanan partner duyarlılığının fiziksel sağlığı olumlu etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (Selcuk ve Ong, 2013; Selcuk ve ark., 2016; Slatcher ve ark., 2015).

Son olarak, bedensel duyumları abartma düzeyinin yordayıcıları incelendiğinde; yaşın azalması; çocukluk döneminde cinsel istismar yaşantılarının artması ile bedensel duyumları abartma düzeyinin artması ilişkili bulunmuştur. Literatürde yaşla ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Nakao, Barsky, Kumano ve Kuboki (2002) yaşın bedensel duyumları abartma eğilimini pozitif yönde yordadığını gözlemlemiştir. Öte yandan, yaş ve bedensel duyumları abartma düzeyi arasında ilişki olmadığı da belirtilmiştir (Kosturek, Gregory, Sousou ve Trief, 1998; Nakao, Tamiya ve Yano, 2005). Hem SCL-90-R Somatizasyon alt ölçeğinin hem de sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma düzeyinin yaş azaldıkça artış göstermesi mecvut çalışmada tutarlı bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Alanyazında, çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismar yaşantıları ile bedensel duyumları abartma eğilimini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öte yandan, bu yaşantıların somatizasyondaki yordayıcı rolü bilinmektedir (Sansone, Wiederman ve Sansone, 2001;Spertus ve ark., 2003; Spitzer ve ark., 2008 ; Waldinger ve ark., 2006). Somatiasyonla bedensel duyumları abartma eğilimi arasındaki pozitif ilişki (Nakao ve ark., 2002; Sayar, Kirmayer ve Taillefer, 2003) göz önünde bulundurulduğunda, mevcut bulgunun mantıklı olduğu söylenebilir. Buna ek olarak, çocukluk çağı cinsel istismarının özellikle duygu tanımlama ve ifade etme güçlüğü olarak bilinen alekstimi ile pozitif ilişkili olduğunu (Güleç ve ark., 2013; Scher ve Twaite, 1999) ve alekstiminin de bedensel duyumları abartma eğilimi ile pozitif ilişki de olduğu (Kosturek ve ark., 1998; Nakao ve ark., 2002; Wise ve Mann, 1994) bilinmektedir. Bu ilişkiler birlikte değerlendirildiğinde, çocukluk dönemi cinsel istismar deneyimi ile bedensel duyumları abartma eğilimi arasındaki ilişkide aleksitiminin aracılık etkisi de öngörülebilir.

4.4 Algılanan Partner Duyarlılığının Aracı Rolünün Tartışılması

Çalışmanın bu bölümünde, çocukluk örselenme yaşantıları ile bedensel yakınmalar arasındaki ilişkide algılanan partner duyarlılığının aracı rolüne dair bulgular değerlendirilmiştir. Araştırmada partner duyarlılığının, örselenme yaşantısı

ile somatizasyon arasında kısmı aracılık; örselenme yaşantısı ile sağlık kaygısı arasında ise tam aracılık etkisi gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre, çocukluk döneminde travmatik yaşantıların varlığı, yetişkinlikte bireyin partnerinden algıladığı duyarlılık düzeyinin azalmasına; bu da somatik yakınmaları ve sağlık kaygısını tetiklemektedir.

İstismara maruz kalan bireyler, aileden ve arkadaştan düşük düzeyde destek algılamakta hatta çevresinin kendisini umursamadığını düşünebilmektedir (Runtz ve Shallow, 1997). Bu bağlamda, algılanan destekle yakın ilişkili olan partner duyarlılığının da bu yaşantıya maruz kalmış kişiler tarafından daha az algılanması mantıklı görünmektedir. Benzer şekile, çocukluk olumsuz yaşantıları ile algılanan partner duyarlılığı arasında negatif (Vaillancourt-Morel ve ark., 2018), somatizasyon ve sağlık kaygısıyla ise pozitif ilişki (Barsky ve ark., 1994; Kroska ve ark., 2018; Stein ve ark., 2004) de mevcut sonuçları desteklemektedir. Bu ilişkilerin arasında algılanan partner duyarlılığı aracı etkisini anlayabilmek amacıyla literatür incelendiğinde, bu travmaların neden olabileceği birçok psikolojik sorun arasındaki ilişkiye sosyal desteğin aracılık ettiği görülmüştür (Carlson, McNutt, Choi ve Rose, 2002; Runtz ve Shallow, 1997). Friedrich (1990) ailenin ve çevrenin kişinin istismar yaşantılarıyla ilgili stresleri üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu ifade etmiştir. Bu görüşü destekler nitelikte olarak, Folger ve Wright (2013) çalışmalarında sosyal desteğin genel olarak çocukluk kötü muamele yaşantılarına sahip patolojilerde yararlı olduğu ve ayrıca bu olumsuz yaşantıların getirdiği olumsuz sonuçlar üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu ifade etmiştir. Bu bilgiler ışığında sosyal desteğin koruyucu faktör olduğu düşünüldüğünde, kişinin sosyal sistemindeki en yakını olan romantik partnerinin ilgisi, anlayışı, onayı ve kabulu olarak bilinen algılanan partner duyarlılığının bireyin hem geçmiş olumsuz yaşantılarında hem de sağlık kaygısı ve somatizasyon gibi patolojik problemlerinde etki sahibi olması mantıklı görünmektedir. Bununla birlikte, gelecek çalışmalarda bu açıklamaların incelendiği modellerin daha kapsamlı bilgi sunabileceği düşünülmektedir.

4.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Bu araştırma bahsedilmesi gereken bazı sınırlılıklara sahiptir. İlk olarak, çalışmanın örneklemi düşünüldüğünde demografik değişkenlerden olan hem cinsiyetin hem de medeni durumun eşit dağılım göstermediği, katılımcıların

çoğunluğunun bekar ya da kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Gelecekte dengeli dağılıma sahip örneklemlerle yapılacak çalışmalar, araştırma değişkenlerinde öne çıkan demografik özelliklere dair kapsamlı bilgi verebilir. İkinci olarak, çalışmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğu iş hayatına sahip olan çalışan, aktif yetişkinlerden oluşmaktadır. Bu durum, sonuçların genellenebilirliği açısından bir sınırlılık olarak düşünülebilir. Üçüncü olarak, mevcut çalışmadaki değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde kesitsel yöntemin uygulanması, araştırmada elde edilen sonuçlarla ilgili nedensellik ilkesine dayalı bir değerlendirme yapılmasına olanak vermemektedir. İleride yapılması planlanan araştırmalarda, boylamsal yöntemin kullanılması bu ilişkileri incelerken daha detaylı ve kapsamlı bilgiler ortaya koyabileceği düşünülmektedir. Dördüncü sınırlılık olarak, araştırmada kullanılan tüm ölçme araçlarının öz-bildirim ölçekleri olması nedeniyle katılımcıların yanıt verirken sosyal normlara uygun olarak taraflı cevap verme ihtimallerinin olduğu düşünülmektedir. Bu durum, araştırmanın ortaya koyduğu bulguların geçerliliği açısından bir sınırlılık oluşturabilir. Beşinci olarak, veri toplama sürecinin pandemi dönemine denk gelmesi, özellikle sağlık kaygısı ve somatik yaşantılar için bir hassasiyet oluşturmuş olabilir. Bununla tutarlı olarak, değişkenler arasında tutarlı ve beklenen ilişkiler elde edilmiş olmasına rağmen, açıklanan varyansın düşük olması; bedensel yakınmalarda bu çalışmada ele alınmayan başka faktörlerin önemine işaret etmektedir.

Araştırmanın bu sınırlılıkların yanında sahip olduğu güçlü yönleri ve hem klinik uygulamalara hem de literatüre sağladığı bazı katkılar mevcuttur. Birincisi, çalışmanın geniş bir örnekleme sahip olması, sonuçların temsil edilebilirliğini desteklemektedir. Çalışmaya katılım sağlayan kişilerin Türkiye'nin farklı şehirlerde yaşaması ve geniş bir yaş aralığına sahip olması da çalışmanın genellenebilirliği açısından diğer güçlü yönüdür. Ayrıca, çocukluk dönemi travmatik yaşantıların bedensel yakınmalarındaki rolüne dair çalışmalar günümüzde hala sınırlıdır. Bu çalışma da belirli travmaların, farklı bedensel yakınma ve kaygılarla ilişkisinin incelenmesi ise bu bağlamda alana bir katkı sağlamaktadır. Son olarak, algılanan partner duyarlılığı gibi güncel bir kavramın, travmatik yaşantı ve bedensel yakınmalarla birlikte incelenmesi hem ulusal hem de uluslarası literatüre bir katkı sağlamakta; ortaya konmuş ilişkilere dair önemli bir açıklayıcı rol sunmaktadır.

4.6 Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada çocukluk örselenme yaşantıları, bedensel yakınmalar ve algılanan partner duyarlılığı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışma bulguları erken dönem travma yaşantılarının yetişkinlik dönemindeki olumsuz etkilerine bir katkı sunmakta; ayrıca travma türü özelinde bedensel yakınmalara açıklık getirmektedir. İnsan hakları ihlaline giren bu yaşantıların, devletin ve sivil toplum örgütlerinin, okullarda rehberlik çalışmalarının çocuğun maruz kalabiliceği olumsuz yaşantıların önüne geçmek adına önleme, koruma ve müdahale çalışmalarına yer vermeleri gerekmektedir. Ailelerin bu konuda eğitim almaları ve ilgili kuruluşların istismar ve ihmal mücadele politikalarını arttırmaları gerekmektedir. Ayrıca, özellikle klinik alanda fiziksel nedeni olmayan bedensel belirtiler ve sağlık kaygısı gibi şikayetlerle gelen hastaların çocukluk dönemi yaşantılarını gözardı etmemenin büyük önem arz ettiği düşünülmektedir.

Klinik alanda bedensel yakınmalara yönelik çeşitli bireysel müdahale programlarının etkili olduğu bilinmektedir. Bununla beraber, çiftlerin karşılaştığı yakınlık kurma, güven, kendini açma gibi ilişki sorunlarının anlaşılmasında ve çözümünde de örseleyici yaşantıların değerlendirilmesi önemli görünmektedir. Diğer taraftan, algılanan partner duyarlılığının çocukluk travmaları ve somatizasyon arasındaki ilişkideki aracı rolü, bu örüntüye sahip ve romantik ilişki içerisinde olan bireylerin iyileşme süreçlerinde partnerlerinin ilgisinin, anlayışının ve onaylayıcılığın yararlı olabileceği akla gelmekte ve bireyin sosyal kaynaklarından biri olan partnerinin desteğinin sürece katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bireyin sadece partnerinden değil sosyal çevresini oluşturan arkadaşlarının, akrabalarının, iş arkadaşlarından aldığı duyarlılığının da olumlu etkileri olabileceği söylenebilir. Özellikle Türk toplum yapısı düşünüldüğünde, kişinin kendi ebeveynlerinin ve eşinin ailesinin sağladığı ilgi, anlayış ve desteğin kişinin somatik ve sağlıkla ilgili kaygılarında önleme ve iyileşme müdahalerinde faydalı olabilir.

İlgili literatür, çocuğunluk partner desteği ya da ilişki doyumuna odaklanmaktadır. Romantik partnerden algılanan anlayış, ilgi ve desteği temsil eden duyarlılık ise oldukça güncel bir kavramdır. Bu kavramın, bireysel ve kişilerarası dinamiklerdeki rolüne dair bilgi ihtiyacı devam etmektedir. Bu çalışma, sağlıkla ilgili

yakınmalar özelinde yaşanan bireysel sorunların, partner duyarlılığı bağlamında açıklanabilmesi için öncül nitelikte olabilir. Gelecekte klinik örneklemlerin dâhil edildiği çalışmaların yapılması, mevcut çalışma sonuçlarının geçerliğine katkı sunacaktır. Ayrıca, örseleyici yaşantılarla algılanan duyarlılık arasındaki ilişkinin daha kapsamlı anlaşılabilmesi için bağlanma stilleri gibi kişilik özelliklerinin de dahil edildiği modeller faydalı olabilir. İleride algılanan bu duyarlılığın aile ya da arkadaş gibi farklı kaynakları da içerecek şekilde geliştirilmesi önerilmektedir. Son olarak, gelecekteki çalışmalarda, boylamsal araştırma yöntemi kullanılarak algılanan partner duyarlılığınını arttırmaya yönelik stratejilerin etkisini ve bedensel yakınmalarda ortaya çıkan değişimleri gözlemlemek değişkenler arasında nedenselliğe yakın çıkarımlar yapılmasına olanak sağlayabileceği düşünülmektedir.

EK'LER

Gönüllü Katılım Formu (EK A)

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Dr. Öğretim Üyesi Başak Bahtiyar'ın danışmanlığında Kübra Albayrak tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı çocukluk dönemi yaşantıları ile Yetişkinlik dönemindeki romantik ilişki özelliğinin, bedensel yakınmalarla ilişkisinin incelenmesidir.

Araştırmanın amacı gereği, katılımcı olabilmek için en az 3 aylık bir romantik **ilişkinizin (sevgili/eş) olması gerekmektedir**. Size sunulan soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Sizi en doğru yansıtacak şekilde soruları yanıtlayınız. Vereceğiniz cevaplar, çalışma sonuçlarının güvenirliliği açısından önemli olduğu için soruları cevaplarken kimseden yardım almayınız. Çalışmada toplanan veriler **bireysel olarak değil, bütün olarak değerlendirilecektir.** Çalışmadaki sorularda, sizden kimliğinize yönelik kişisel bilgiler istenmemektedir. **Verileniz kesinlikle gizli tutulacak ve çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.** Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 25 dk sürmektedir. Çalışmanın güvenirliği için tüm soruların yanıtlanması oldukça önemlidir. Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadan istediğiniz zaman vazgeçme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmanın sonucu hakkında bilgi almak, çalışmayla ilgili herhangi bir görüş bildirmek ya da soru sormak isterseniz Kübra Albayrak ([redacted]) ile iletişime geçebilirsiniz. Çalışmaya yaptığınız değerli katkı için çok teşekkürler.

Çalışmayla ilgili verilen önemli bilgileri okudum ve gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih	**İmza**
……./……/.20….	

Demografik Bilgi Formu (EK B)

1-Cinsiyet: _____
2-Yaş:
3-Eğitim Derecesi:
( ) İlkokul Mezunu ( ) Lise Mezunu ( ) Ortaokul Mezunu
( ) Üniversite Öğrencisi / Mezunu ( ) Lisansüstü Öğrencisi / Mezunu
3-Kendinizi hangi sosyoekonomik düzeyde görüyorsunuz?
( ) Düşük ( ) Orta ( )Yüksek
4- Çalışma durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?
( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( ) Öğrenci
5- Medeni durumunuz:
_____
6- Evli iseniz, evliliğinizin ne kadar süredir devam ediyor (ay olarak belirtiniz) :
_____
7- Romantik ilişkiniz var ise, ne kadar süredir devam ediyor (ay olarak belirtiniz):
_____
8- Romantik partner ya da eşinizin eğitim durumu:
( ) İlkokul Mezunu ( ) Lise Mezunu ( ) Ortaokul Mezunu
( ) Üniversite Öğrencisi / Mezunu ( ) Lisansüstü Öğrencisi / Mezunu
9-Çocuğunuz var mı?
( ) Evet ( ) Hayır
10- Evet ise lütfen sayısını belirtiniz:
_____
11- Geçmişte ya da günümüzde herhangi bir psikolojik/ psikiyatrik bir yardım aldınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır
12- Evet ise, Şikayetiniz/ Tanı ne (idi) ?
_____
13- Aldığınız yardım / tedavi türü ne (idi) ?
( ) psikoterapi
( ) ilaç
( ) ilaç ve psikoterapi
( )Diğer (belirtiniz) _____

SCL-90-R– Somatizasyon Alt Ölçeği (EK C)

Aşağıda insanların bazen sahip olduğu yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyun. Okuduğunuz her bir durumun, bugün de dâhil olmak üzere SON 15 GÜN içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan sizin için uygun olan rakamı işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamayınız !

	HİÇ	ÇOK AZ	ORTA DERECEDE	OLDUKÇA FAZLA	İLERİ DERECEDE
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
1.Baş ağrısı					
2.Baygınlık ve baş dönmesi					
3.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
4.Belin alt kısmında ağrılar					
5.Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
6.Adale (kas) ağrıları					
7.Nefes almada güçlük					
8.Soğuk veya sıcak basması					
9.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
10.Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
11.Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
12.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					

Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği (EK D)

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz. **Tamamen bana uymaz (1)**……**Tamamen bana uyar (5)** olacak şekilde maddelere puan veriniz.

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

Algılanan Partner Duyarlılığı Ölçeği (EK E)

Lütfen şu anki romantik partnerinizle (yani sevgiliniz ya da eşinizle) ilgili aşağıdaki soruları cevaplayınız.

(1=Hiç Doğru Değil, 5=Ne Doğru Ne Yanlış, 9=Tamamen Doğru)

Partnerim (eşim, sevgilim) çoğu zaman:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Nasıl biri olduğumu çok iyi bilir									
2-"Gerçek ben" i görür									
3-İyi yönlerimi ve kusurlarımı, benim kendimde gördüğüm gibi görür									
4-Söz konusu bensem yanılmaz									
5-Zayıf yönlerimi de dahil her şeyimi takdir eder									
6-Beni iyi tanır									
7-Beni anlar									
8-Çoğu zaman en iyi yönlerimi görür									
9-İyisiyle kötüsüyle "gerçek ben" i oluşturan her şeye değer verir ve saygı gösterir									
10-Ne düşündüğümün ve hissettiğimin farkındadır									
11-Beni gerçekten dinler.									
12-Bana olan sevgisini gösterir ve beni yüreklendirir									
13-Ne düşündüğümü ve hissettiğimi duymak ister									
14-Benimle birlikte bir şeyler yapmaya heveslidir									
15-Yetenek ve fikirlerime değer verir									
16-Benimle aynı kafadadır									
17-Bana saygı duyar									
18-İhtiyaçlarıma duyarlıdır									

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (EK F)

Ölçekte 40 ifade vardır. Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Sizden, her ifadeyi dikkatle okuyup, ifadede belirtilen davranışı çocukluğunuzda gerçekten yaşayıp yaşamadığınızı doğru olarak işaretlemeniz beklenmektedir. Vereceğiniz karara göre ilgili ifade için 5 yanıt seçeneğinden birini işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiçbir Zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çok Sık**
1. Ben çocukken, ailemde birileri bana vurur ya da beni döverdi.					
2. Ben çocukken, hiç kimse benimle ilgilenmediği için, kendi bakımımı kendimin daha iyi yaptığını hissederdim.					
3. Ben çocukken, ailemdeki kişiler birbirleriyle tartışır, kavga ederdi.					
4. Ben çocukken, ailemde benimle ilgilenen ve beni koruyan birinin olduğunu bilirdim.					
5. Ben çocukken, ailemde bana bağırıp çağıran biri vardı.					
6. Ben çocukken, annemi ya da kız kardeşlerimi dövülürken ya da onlara vurulurken gördüm.					
7. Ben çocukken, gereksinimim olan sevgi ve ilgiyi gördüm.					
8. Ben çocukken, ailemde kendimi önemli ya da özel hissetmemi sağlayan biri vardı.					
9. Ben çocukken, ailemde kendimi, dövüşerek, ona vurarak ya da ondan kaçarak korumak zorunda kaldığım biri vardı.					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
10. Ben çocukken, ailemde, başarılı biri olmamı isteyen, bir kişinin varlığını hissederdim.					
11. Ben çocukken, sevildiğimi hissederdim.					
12. Ben çocukken, annem ve babam, bana ve kardeşlerime eşit davranmaya çalışırlardı.					
13. Ben çocukken, ailemdeki kişilerden, bir doktora ya da hastaneye gitmek zorunda kalacak denli dayak yediğim oldu.					
14. Ben çocukken, ailemdekiler, beni bir yerlerim çürüyecek ya da iz kalacak denli döverdi.					
15. Ben çocukken, bir erişkinle ya da benden en az beş yaş büyük birisiyle cinsel ilişkim oldu.					
16. Ben çocukken kemer, sopa, oklava ya da benzeri sert cisimlerle cezalandırıldım.					
17. Ben çocukken, ailemizin üyeleri birbirlerini korurlardı.					
18. Ben çocukken, annemle babam ayrı yaşardı ya da boşanmıştı.					
19. Ben çocukken, fiziksel olarak istismar edildiğime inanıyorum.					
20. Ben çocukken, evde bana bakan ve benim sorumluluğumu üstlenen bir kişi vardı.					
21. Ben çocukken, öğretmen, komşu ya da doktor gibi kişilerin dikkatini çekecek denli kötü dayak yerdim.					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
22. Ben çocukken, ailemde denetimsiz davranışları olan kişiler vardı.					
23. Ben çocukken, ailemdeki kişiler beni okula devam etmem ve eğitimimi sürdürmem için yüreklendirdi.					
24. Ben çocukken, bana verilen cezalar çok katıydı.					
25. Ben çocukken, ailemdeki kişiler birbirlerine yakındılar.					
26. Ben çocukken, birisi bana cinsel amaçla dokunmayı ya da kendisine dokundurtmayı denedi.					
27. Ben çocukken, birisi kendisi ile cinsel ilişkim olmazsa beni incitmekle ve hakkımda yalanlar söylemekle tehdit etti.					
28. Ben çocukken, ailemde incitilmekle korkutuldum.					
29. Ben çocukken, birisi benimle cinsel içerikli davranışlara girmeyi ya da bana cinsellikle ilgili şeyler izletmeyi denedi.					
30. Ben çocukken, ailemde bana güvenen biri vardı.					
31. Ben çocukken, duygusal olarak istismar edildiğime inanıyorum.					
32. Ben çocukken, ailemdeki kişiler ne yaptığımla ilgilenir gibi gözükmezler ya da ne yaptığımı bilmezlerdi.					
33. Ben çocukken, dünyadaki en iyi aileye sahiptim.					
34. Ben çocukken, cinsel olarak istismar edildiğime inanıyorum.					

	Hiçbir Zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çok Sık**
35. Ben çocukken, ailem güç ve destek kaynağımdı.					
36.Ben çocukken, çocukluğum mükemmeldi.					
37.Ben çocukken, ailemdeki kişiler beni itip-kaktı.					
38.Ben çocukken, değişik zamanlarda değişik kişilerin yanında yaşadım.(Değişik yakınlarımın ya da evlatlık verildiğim ailelerle)					
39.Ben çocukken, ailem beni kötü etkilerden korumaya çalıştılar.					
40.Ben çocukken, ailemde, beni başımın belaya girmesinden koruyan birileri vardı.					

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (EK G)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımla ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.

(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.

(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.

(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.

(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.

(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk a labilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J.S., Olatunji, B.O. ve Deacon, B.J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther., 38,* 86-94.

Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V. ve Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 76*(1), 2–11.

Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W. ve Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect, 33*(3), 139-147.

Aktepe E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1*(2), 95-119.

Akyuz, G., Sar, V., Kugu, N. ve Doğan, O. (2015). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European Psychiatry, 20*(3), 268-273.

Ali A., Deuri S. P., Deuri, S. K., Jahan, M., Singh, A. R. ve Verma, A. N. (2010). Perceived Social Support and Life Satisaction in Persons with Somatization Disorder. *Industrial Psychiatry Journal, 19*(2), 115-118.

Alpay, E. H., Aydın, A. ve Bellur, Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile İlişkisinde Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri, 20,* 218-226.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV — Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* New York: American Psychiatric Publications Incorporated.

Anuk, D. ve Bahadır, G. (2017). The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: A sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. *Archives of Women's Mental Health, 21*(1), 93-103.

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 Journal of Psychiatry, 11*(2), 64–72.

Arata, C. M. ve Lindman, L. (2002). Marriage, child abuse, and sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(9), 953-971.

Aronson, K. R., Barrett, L. F. ve Quigley, K. S. (2001). Feeling your body or feeling badly evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research, 51,* 387–394.

Aslan, S.H. ve Alparslan, N. (1999). The validity, reliability and factor structure of the childhood trauma questionnaire among a group of university students. *Turkish Journal of Psychiatry, 10*(4), 275–285.

Aydemir, Ö., Kırkpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50*(4), 325-331.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. ve Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Public Health, 58,* 469-483.

Barsky, A. J., III. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine, 91*(1), 63-70.

Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S. ve Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med., 50*(5), 510-519.

Barsky, A. J. ve Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and Somatosensory Amplification. *British Journal of Psychiatry, 157*(3), 404–409.

Barsky, A.J., Wyshak, G. ve Klerman, G.L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res., 24*(4), 323–334.

Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K. ve Klerman, G. L. (1993). The course of transient hypochondriasis. *Am J Psychiatry, 150*(3), 484-488.

Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C. ve Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry, 151,* 397–401.

Bayraktar, S. (2012). *Psikolojik Travma.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Black, D. W. ve Andreasen, N. C. (2011). Introductory text Book of Psychiatry.

Becker, D. F. ve Grillo, C. M. (2011). Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eating and Weight Disorders: EWD, 16*(2), 113-120.

Berk, Laura E. (2010). *Exploring lifespan development.* Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L. ve Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry, 151*(8), 1132-6.

Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D. ve Handelsman, I. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 340-348.

Birnbaum, G.E., Reis, H.T., Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y., Sass, O. ve Granovski-Milner, C. (2016). Intimately connected: The importance of partner responsiveness for experiencing sexual desire. *Journal of Personality and Social Psychology, 111*(4), 530-46.

Bleichhardt, G. ve Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology, 12*(4), 511-523.

Boden, J.M., Horwood, L.J. ve Fergusson, D.M. (2007). Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse & Neglect, 31*(10), 1101-1114.

Bonvanie, I. J., Van Gils, A., Janssens, K. A. M. ve Rosmalen, J. G. M. (2015). Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 1-7.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory.* London, UK: Routledge

Buchanan G., Gewirtz A.H., Lucke C. ve Wambach M.R. (2020) *The Concept of Childhood Trauma in Psychopathology: Definitions and Historical Perspectives.* In: Spalletta G., Janiri D., Piras F., Sani G. (eds) Childhood Trauma in Mental Disorders. Springer, Cham.

Burman, B. ve Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin, 1120*, 39-63.

Brown, R. J., Schrag, A. ve Trimble, M. R. (2005). Dissociation, Childhood Interpersonal Traume and Family Functioning in Patients with Somatization Disorder. *Am J Psychiatry, 162*, 899 – 905.

Camilo, C., Garrido, M. V. ve Calheiros, M. M. (2016). Implicit measures of child abuse and neglect: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 29*, 43-54.

Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y. ve Rose, I. M. (2002). Intimate Partner Abuse and Mental Health. *Violence Against Women, 8*(6), 720–745.

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. ve Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(12), 1007–1020.

Chaffin, M., Kelleher, K. ve Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect, 20*(3), 191–203.

Chen, Q., Zhang, Y., Zhuang, D., Mao, X., Mi, G., Wang, D., Du, X., Yi, Z., Shen, X., Sui, Y., Li, H., Cao, Y., Zhu, Z., Hou, Z., Li, Q. ve Yuan, Y. (2019). Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *J Int Med Res. 47*(10), 4854-4861.

Cherlin, A. J., Hurt, T. R., Burton, L. M. ve Purvin, D. M. (2004). The Influence of Physical and Sexual Abuse on Marriage and Cohabitation. *American Sociological Review, 69*(6), 768–789.

Clark, M. S. ve Aragon, O. R. (2013). Communal (and other) relationships: History, theory development, recent findings, and future directions. In J. A. Simpson & L. Campbell (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of close relationships* (p. 255–280). Oxford University Press.

Cohen, P., Brown, J. ve Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology, 13*(4), 981–999.

Craner, J., Sigmon, S., Martinson, A. ve McGillicuddy, M. (2013). Perceptions of health and somatic sensations in women reporting premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Nerv Ment Dis, 201*(9), 780-785.

Creed, F. ve Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 56(4*), 391–408.

Çağlarırmak, A. (2006). *Yerleşik olan ve olmayan ailelerde çocuk istismarı yaygınlığının incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Çam, M. O. ve Uğuryol, M. (2019). Ruhsal hastalıktan iyileşmeye kültürel etki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11* (1), 55-64.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., … Costello, E. J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Network Open, 1*(7), e184493.

Dağ, Ğ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)‟nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 2*(1), 5 - 12.

Daigneault, I., Hébert, M. ve McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 638–647.

Davis, D. A., Luecken, L. J. ve Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clinical Journal of Pain, 21,* 398–405.

De Paul, J. ve Guibert, M. (2008). Empathy and child neglect: A theoretical model. *Child Abuse & Neglect, 32*(11), 1063–1071.

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. Baltimore: Johns Hopkins School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H. ve Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review, 16*(7), 619–639.

Diamond, R. M., Brimhall, A. S. ve Elliott, M. (2018). Attachment and relationship satisfaction among first married, remarried, and post-divorce relationship. *Journal of Family Therapy, 40,* 111-127.

DiLilio, D. ve Long, P. J. (1999). Perceptions of Couple Functioning Among Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 7*(4), 59–76.

Durmuşoğlu, N. S. ve Doğru, Y. S. (2006). Çocukluk Örseleyici Yaşantılarının Ergenlikteki Yakın İlişkilerde Bireye Etkisinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15*, 237- 246.

Draijer, N. ve Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry, 156,* 379-385.

Elliot, A. J. ve Peterson, L. W. (1993). Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgrad Med., 94*, 169-72.

Elliot, A. J. ve Reis, H. T. (2003). Attachment and exploration in adulthood. *Journal*

of Personality and Social Psychology, 85(2), 317-331.

Escobar, J. I., Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. ve Golding, J. M. (1987). Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry, 44*(8), 713-718.

Fairbank J. A. ve Fairbank D. W. (2009) Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports, 11,* 289–295.

Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B. ve Riley, J. L., 3rd (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, *10*(5), 447–485.

Finkelhor, D., Hotaling, G. T., Lewis, I. A. ve Smith, C. (1989). Sexual Abuse and Its Relationship to Later Sexual Satisfaction, Marital Status, Religion, and Attitudes. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(4), 379–399.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A. ve Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *Journal of the American Medical Association Pediatrics, 167,* 614 – 621.

Friedrich, W. N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton.

Folger, S. F. ve Wright, M. O. (2013). Altering risk following child maltreatment: Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence, 28*(4), 325–337.

Forest, A. L., Kille, D. R., Wood, J. V. ve Holmes, J. G. (2014). Discount and disengage: How chronic negative expressivity undermines partner responsiveness to negative disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology, 107*(6), 1013–1032.

Gadassi, R., Bar-Nahum, L. E., Newhouse, S., Anderson, R., Heiman, J. R., Rafaeli, E. ve Janssen, E. (2016). Perceived Partner Responsiveness Mediates the Association Between Sexual and Marital Satisfaction: A Daily Diary Study in Newlywed Couples. *Archives of Sexual Behaviour, 45*(1),109-120.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. ve Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet, 373,* 68-81.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment) : a conceptual framework. *Child Abuse Negl., 26,* 697-714.

Green, A. (1996). Child sexual abuse and incest. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook* (2) içinde (s. 1041-1048). Baltimore, MA: Williams & Wilkins.

Gorey, K. M. ve Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl., 21,* 391-8.

Gökler, I. (2002). Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9,*47-57.

Gureje, O., Ustün, T. B. ve Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine, 27*(5), 1001-1010.

Gülec, H. ve Sayar, K. (2007). Reliability and validity of the Turkish form of the somatosensory amplification scale. *Psychiatry Clinical Neuroscience. 61*(1), 25–30.

Güleç, M. Y., Altintaş, 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,* 137-141.

Yöyen, G. E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research, 3*(1), 267-282.

Hancı, İ. H. (2002). *Adli Tıp ve Ali Bilimler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; s:263-284.

Hayes, A. F. (2013). *Methodology in the social sciences. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach.* Guilford Press.

Herman J. L. ve Tosun, T. (Ed.). (2011). *Travma ve iyileşme*. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Hill, J. (2003). Childhood trauma and depression. *Current Opinion in Psychiatry, 16*(1), 3-6.

Hiller, W., Rief, W. ve Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 41*(9),704-712.

Hovens, J. G., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. ve Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand, 122*(1), 66-74.

Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A. ve Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 190*, 47-55.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. ve Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry, 159*, 394-400.

Jones, D. P. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. New Jersey: Blackwell Publishing Ltd.

Kanbur, N. ve Akgül, S. (2010). Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I, 32*, 491-502.

Kaplan, S.J., Pelcovitz, D. ve Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38*, 1214-1222.

Karapıçak, Ö. K., Aslan, S. ve Utku, Ç. (2011). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırma Dergisi*, 43-51.

Kathryn, L. H. ve David, A. W. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl., 26*, 679-95.

Katon, W., Kleinman, A. ve Rosen, G. (1982). Depression and Somatization: a Review Part II. *The American Journal of Medicine, 72(*2), 241-247.

Kealy, D., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S. ve Spidel, A. (2018). Childhood Trauma and Somatic Symptoms among Psychiatric Outpatients: Investigating the Role of Shame and Guilt. *Psychiatry Research, 268*, 169-174.

Kenny, D. T. ve Lennings, C. J. (2007) Cultural Group Differences in Social Disadvantage, Offence Characteristics, and Experience of Childhood Trauma and Psychopathology in Incarcerated Juvenile Offenders in NSW, Australia: Implications for Service Delivery. *Psychiatry, Psychology and Law, 14*(2), 294-305.

Kercher, G. A. ve McShane, M. (1984). The prevalence of child sexual abuse victimization in an adult sample of Texas residents. *Child Abuse & Neglect, 8*(4), 495–501.

Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri, 1,* 14-19.

Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90R)'nin gecerlik ve güvenirligi (The validity and reliability of the SCL-90-R). *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1(*2), 45-52.

Kılıç, C. (1998). *Türk Ruh Sağlığı Profili.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Kiecolt-Glaser, J. K. ve Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*(4), 472–503.

Kimerling, R. ve Calhoun, K. S. (1994). Somatic Symptoms, Social Support, and Treatment Seeking Among Sexual Assault Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(*2), 333-340.

Kirmayer, L. J. ve Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis., 179*(11), 647-655.

Kivrak, Y., Kose-Ozlece, H., Ustundag, M. F. ve Asoglu, M. (2016). Pain perception: predictive value of sex, depression, anxiety, somatosensory amplification, obesity, and age. *Neuropsychiatric disease and treatment, 12,* 1913–1918.

Koh, K.B. (2003). Anger and somatization. *J Psychosom Res, 55,*113.

Korkmaz, H., Korkmaz, S., Yildiz, S., Gündoğan, B. ve Atmaca, M. (2017). Determination of health anxiety, anxiety, and somatosensory amplification levels in individuals with normal coronary angiography. *Psychiatry Research, 252*, 114-117.

Korkmazlar-Oral, Ü., Engin, P. ve Büyükyazıcı, Z. (2010). *Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması.* T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF – Türkiye.

Kosturek, A., Gregory, R. J., Sousou, A. J. ve Trief, P. (1998). Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics. 39*(5), 399-404.

Köroğlu, E. (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. ve Aydemir, Ö. (2014). *Psikiyatride Kullanılan Ölçekler.* Ankara*:* Hyb Yayıncılık.

Kroenke, K. (1993). Symptoms in the Community. *Archives of Internal Medicine, 153*(21), 2474- 2480.

Kroenke, K. ve Spitzer, R. L. (1998). Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms. *Psychosomatic Medicine, 60*(2), 150-155.

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.

Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G. ve Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psyvhological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25,* 467-473.

Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Erazo, N. ve Gündel, H. (2001). Identifying Somatization Disorder in a Population-Based Health Examination Survey: Psychosocial Burden and Gender Differences. *Psychosomatics, 42*(6), 511–518.

Laporte, L. ve Gutman, H. (1996). Traumatic Childhood experiences as risk factors for Borderline and other Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*(3), 247-259.

Lee, S., Creed, F. H., Ma, Y. L. ve Leung, C. M. (2015). Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(1), 71-76.

Lewis, D. O. (1992). From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31,* 383-391.

Lipman, E. L., MacMillan, H. L. ve Boyle, M. H. (2001). Childhood Abuse and Psychiatric Disorders Among Single and Married Mothers. *American Journal of Psychiatry, 158*(1), 73–77.

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

Lynch, M.A., Saralidze, L., Goguadze, N. ve Zolotor, A. (2008). National study on violence against children in Georgia.

MacSwain, K. L. H., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D. ve Graham, A. R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences, 47*(8), 938–943.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. ve Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse & Neglect, 20*(1), 7-21.

Nakao, M., Fricchione, G., Myers, P., Zuttermeister, P. C., Baim, M., Mandle, C. L., Medich, C., Wells-Federman, C. L., Arcari, P. M., Ennis, M., Barsky, A. J. ve Benson, H. (2001). Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through a behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70,* 50-57.

Nakao, M., Fricchione, G., Zuttermeister, P. C., Myers, P., Barsky, A. J. ve Benson, H. (2001). Effects of Gender and Marital Status on Somatic Symptoms of

Patients Attending a Mind/Body Medicine Clinic. *Behavioral Medicine, 26*(4), 159-168.

Nakao, M., Barsky, A. J., Kumano, H. ve Kuboki, T. (2002). Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. P*sychosomatics, 43*(1), 55-60.

Nakao, M., Tamiya, N. ve Yano, E. (2005). Gender and Somatosensory Amplification in Relation to Perceived Work Stress and Social Support in Japanese Workers. *Women & Health, 42(1),* 41–54.

Nakao, M., Shinozaki, Y., Ahern, D. K. ve Barsky, A. J. (2011). Anxiety as a Predictor of Improvements in Somatic Symptoms and Health Anxiety Associated with Cognitive-Behavioral Intervention in Hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*(3), 151–158.

North, C. S. ve Guze, S. B. (1998). Somatoform disorders. S. B. Guze (Ed.), *Adult psychiatry* içinde (s. 269-283). St. Louis: Mosby.

North, C. S. (2004). Somatization and Terrorism, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 9(*1-2), 143-155.

Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. ve Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry, 16*(2), 78–87.

Noyes, R., Happel, R. L. ve Yagla, S. J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics, 40*(6), 461-469.

Oyama, O., Paltoo, C. ve Greengold, J. (2007). Somatoform disorders. *American Family Physician, 76*(9), 1333-1338.

Özdin, S. ve Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry, 66*(5), 504-511.

Özen, Ş., Bez, Y., Arı, M. ve Özkan, M. (2010). Öfke kontrolünde zorluk yaşayan bir grup üniversite öğrencisinde öfke tepkileri ve psikiyatrik tanıların cinsiyet açısından incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 21(*4), 30-319.

Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara: Bayt.

Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M.,…Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 302*(5), 550–561.

Pavlova, B., Perroud, N., Cordera, P., Uher, R., Alda, M., Dayer, A. ve Aubry, J. M. (2018). Anxiety Disorders and childhood maltreatment as predictors of outcome in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 225,* 337-341.

Pelcovitz, D., Kaplan, S. ve Goldenberg, B. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 33,* 305-312.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. ve Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect, 33*(6), 331–342.

Pizarro, R. A. ve Billick, S. B. (1999). Current issues in child abuse. *Current Opinion in Pediatrics. 12,* 665-8.

Polat, O. (2004). Klinik Adli Tıp. Ankara: Seçkin Yayıncılık; s: 85-131.

Polusny, M. A. ve Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*(3), 143–166.

Preacher, K.J. ve Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40,* 879–891.

Prino, C. T. ve Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse & Neglect, 18*(10), 871 -884.

Reis, H. T. ve Carmichael, C. L. (2006). *Perceived partner regard and interaction in close relationships.* Unpublished manuscript, University of Rochester.

Reis, H. T., Lemay, E. P. ve Finkenauer, C. (2017). Toward understanding understanding : The importance of feeling understood in relationships. *Social and Personality Psychology Compass, 11* (3), 1-22.

Reyome, N. D. (2010). Childhood Maltreatment and Later İntimate Relationships: Themes from the Empirical Literature. *Journal of Aggression & Trauma, 19(2), 224-242.*

Rief, W., Hessel, A. ve Braehler, E. (2001). Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Medicine, 63*(4), 595-602.

Robles, T. F. ve Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior, 79*(3), 409–416.

Ruan, Y., Reis, H. T., Clark, M. S., Hirsch, J. L. ve Bink, B. D. (2019). Can I tell you how I feel? Perceived partner responsiveness encourages emotional expression. *Emotion, 20*(3), 329–342.

Runtz, M. G. ve Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*(2), 211–226.

Salkovskis, P. M., Rimes, K.A., Warwick, H. M. ve Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med., 32,* 843-853.

Sansone, R. A., Wiederman, M.W. ve Sansone, L.A. (2001). Adult somatic preoccupation and its relationship to childhood trauma. *Violence Vict., 16*(1), 39-47.

Saunders, B. E. ve Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am, 23,* 167–184.

Sayar, K. ve Ak, İ. (2001). The Predictors of Somatization: A Review. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 11*(4), 266-271.

Sayar, K., Kirmayer, L. J. ve Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, *25*(2), 108–114.

Scher, D. ve Twaite, J. A. (1999). The relationship between child sexual abuse and alexithymic symptoms in a population of recovering adult substance abusers. *Journal of Child Sexual Abuse*, *8*(2), 25–40.

Selcuk, E. ve Ong, A. D. (2013). Perceived partner responsiveness moderates the association between received emotional support and all-cause mortality. *Health Psychology, 32,* 231-235.

Selcuk, E., Stanton, S. C. E., Slatcher, R. B. ve Ong, A. D. (2016). Perceived Partner Responsiveness Predicts Better Sleep Quality Through Lower Anxiety. *Social Psychological and Personality Science, 8*(1), 83–92.

Selcuk, E. (2018). *Perceived partner responsiveness scale adaptation.* Unpublished manuscript, Middle East Technical University.

Slatcher, R. B., Selcuk, E. ve Ong, A. D. (2015). Perceived Partner Responsiveness Predicts Diurnal Cortisol Profiles 10 Years Later. *Psychological Science, 26*(7), 972–982.

Speckens, A. E. M., Van Hemert, A. M., Spinhoven, P. ve Bolk, J. H. (1996). The diagnostic and prognostic significance of the Whitely Index, the Illness Attitudes Scales and the Somatosensory Amplification Scale. *Psychol Med, 26,* 1085–90.

Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S. ve Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Negligence, 27,* 1247–1258.

Spinhoven, P. ve Van der Does, A. W. (1997). Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: An explorative study. *Comprehensive Psychiatry, 38*(2), 93–97.

Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H. J. ve Grabe, H. J. (2008). Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry, 42*(4), 335-41.

Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J. ve Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology, 26*(3), 453–463.

Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. ve Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79–101.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H. ve Alink, L. R. A. (2013). Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology, 48*(2), 81-94.

Stuart, S. ve Noyes, R. (1999). Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics, 40*(1), 34–43.

Styron, T. ve Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood Attachment and Abuse: Long-Term Effects on Adult Attachment, Depression, and Conflict Resolution. *Child Abuse & Neglect, 21*(10), 1015-1023.

Swartz, M., Landerman, R., Blazer, D. ve George, L. (1989). Somatization Symptoms in the Community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics, 30*(1), 44 -53.

Tackett, K. K. (2002). The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect, 26,* 715-29.

Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Acta Medica, 35*(2).82-86.

Taşfiliz, D., Selcuk, E., Gunaydin, G., Slatcher, R. B., Corriero, E. F. ve Ong, A. D. (2018). Patterns of perceived partner responsiveness and well-being in Japan and the United States. *Journal of Family Psychology, 32,* 355-365.

Taşfiliz, Sağel Çetiner ve Selçuk (2020). Yakın İlişkilerde Algılanan Duyarlılığın Yaş Farklılıkları ve Psikolojik Esenlik ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*,*35*(86),19-39.

The World Health Report. (1999). *World Health Report 1999: Making a difference.* Geneva. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42167

Ullman, S. E. ve Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 29*(7), 767–782.

Tai, T., Baxter, J. ve Hewitt, B. (2014). Do co-residence and intentions make a difference? Relationship satisfaction in married, cohabiting, and living apart together couples in four countries. *Demographic Research, 31*(1), 71-104.

Türk, B. ve Tekin, A. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Flört Şiddeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turaz Akademi 2018,* 85-91.

Unal, F. (2000). "Predisposing Factors in Childhood Masturbation in Turkey" *European Journal of Pediatrics, 159,* 338–42.

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). Deaths by place of death, age, race and sex: United States, 1999-2004.

Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y. ve Runtz, M. (2016). Adult Sexual Outcomes of Child Sexual Abuse Vary According to Relationship Status. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*(2), 341–356.

Vaillancourt-Morel, M. P., Rellini, A. H., Godbout, N., Sabourin, S. ve Bergeron, S. (2018). Intimacy Mediates the Relation Between Maltreatment in Childhood and Sexual and Relationship Satisfaction in Adulthood: A Dyadic Longitudinal Analysis. *Arch Sex Behav., 48*(3), 803-814.

Van der Kolk, B. A. ve Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clinic, 58*(2), 145-68.

Van der Kolk, B. A., Hostetler, A., Herron, N. ve Fisler, R. E. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America., 17*(4), 715-730.

Varia, R. ve Abidin, R.R. (1999). The minimizing style: perceptions of psychological abuse and quality of past and current relationships. *Child Abuse & Neglect, 23*(11),1041-55.

Verbrugge, L. M. (1980). Sex differences in complaints and diagnoses. *Journal of Behavioral Medicine, 3,* 327-355.

Versteeg, H., Baumert, J., Kolb, C., Pedersen, S. S., Denollet, J., Ronel, J. ve Ladwig, K. H. (2010). Somatosensory amplification mediates sex differences in psychological distress among cardioverter-defibrillator patients. *Health Psychology*, *29*(5), 477–483.

Vizard, E. (1991). *The Historical and Cultural Context of Child Abuse.* Peter Maher (eds.) Child Abuse: The Educational Perspective. Oxford: Basil Blackwell Ltd.

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.

Walrath, C., Ybarra, M., Holden, E. W., Liao, O., Santiago, R. ve Leaf, P. (2003). Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse & Neglect, 27*(5), 509-24.

Weiss, E. L., Longhurst, J. G. ve Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 156,* 816-28.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry, 156*, 1223–1229.

Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D. ve Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(3), 264–271.

Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., Driessen, M. ve Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse Negl., 35*(8), 647-654.

Wise, T. N. ve Mann, L. S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(6), 515–521.

Wool, C. A. ve Barsky, A. J. (1994). Do Women Somatize More Than Men? *Psychosomatics, 35*(5), 445–452.

World Health Organization, (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines ISBN 978-92-4-155014-7.

World Health Organisation (WHO) (2019). Who guidelines for the health sector response to child maltreatment. WHO Guideline Review Committee: https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/Technical-Report WHO-Guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment-2.pdf

Yalın, A., Avcı, A., Kerimoğlu, E. ve Aslan, H. (1995). Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 3*(1), 39-43

Yargıç, İ., Ersoy, E. ve Oflaz, B. S. (2012). Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13,* 277-284.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü. ve Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46*, 295-298.

Yılmaz-Irmak, T. (2008). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir

Zimmermann-Tansella, C., Bertagni, P., Siani, R. ve Micciolo, R. (1994). Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social Science & Medicine, 38*(4), 559-564.