

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDEKİ SOMATİZASYON BELİRTİLERİ
İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLİŞKİSİNDE BİLİNÇLİ
FARKINDALIĞIN DÜZENLEYİCİ ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fulya BÜYÜKBAŞOĞLU

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

KASIM, 2022

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDEKİ SOMATİZASYON BELİRTİLERİ
İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLİŞKİSİNDE BİLİNÇLİ
FARKINDALIĞIN DÜZENLEYİCİ ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FULYA BÜYÜKBAŞOĞLU
(Y2012.4800057)

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mesut YAVUZ

KASIM, 2022

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinde Somatizasyon Belirtileri ile Çocukluk Çağı Travmaları ilişkisinde Bilinçli Farkındalığın Düzenleyici Rolünün incelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../2022)

Fulya BÜYÜKBAŞOĞLU

ÖNSÖZ

Bu çalışmada üniversite öğrencilerindeki somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ilişkisinde bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır.

Lisans ve lisansüstü eğitimime başladığım günden beri yoluma ışık tutan, tez sürecimin en başından itibaren destekleriyle ve özverisiyle bana güç veren, çalışmamın noktasından virgülüne kadar emeği bulunan, akademik gelişimime tanıdığım ilk günden beri büyük bir katkı sağlayan hem akademisyen hem de terapist olarak rol modelim olan kıymetli hocam Doç. Dr. Mesut YAVUZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mesleki gelişimime büyük bir katkı sağlayan, desteği ve özverisiyle yol gösteren, cesaret veren, değerli bilgileri ve öğrettikleriyle hayatıma ışık tutan sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Kahraman GÜLER'e teşekkürlerimi sunarım.

Projemi hazırladığım tüm süreçte desteklerini yanı başımda hissettiğim canım arkadaşlarım ve meslektaşlarım Yağmur DEMİRCAN'A, Büşra AKARPA'ya, Oğuzhan DURAN'a, Tuğçenur KIZILCAN'a, Buse DURAN'a, ve Tuba OLCAY'a teşekkür ederim. Bu süreçte destekleriniz, önerileriniz ve yanımda olmanız benim için çok değerliydi.

Her zaman varlığını yanımda hissettiğim, evladı olmaktan gurur duyduğum canım babam Adnan BÜYÜKBAŞOĞLU'NA, sevgisiyle, şefkatiyle ve varlığıyla bana güç veren canım annem Funda BÜYÜKBAŞOĞLU'na, varlığıyla hayatıma hediye olan canım kız kardeşim Sude BÜYÜKBAŞOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Kasım, 2022

Fulya BÜYÜKBAŞOĞLU

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDEKİ SOMATİZASYON BELİRTİLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLİŞKİSİNDE BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN DÜZENLEYİCİ ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmada üniversite öğrencilerindeki somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ilişkisinde bilinçli farkındalığın düzenleyici rolü incelenmektedir. Araştırma, 18-35 yaş aralığında İstanbul ilinde üniversitede öğrenim gören 500 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 250 kadın (%50), 250 erkek (%50) katılmıştır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) uygulanmıştır. ÇÇTÖ- Duygusal Taciz, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden alınan puanlar kadın katılımcılarda, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocukluk Çağı Travmaları ile Bedensel Belirtiler ile arasında pozitif korelasyon, Bilinçli Farkındalık ile negatif korelasyon, Bilinçli Farkındalık ile Bedensel Belirtiler arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Yapılan düzenleyici rol analizi sonucunda, Çocukluk Çağı Travmalarının Bedensel Belirtileri yordamasında Bilinçli Farkındalığın düzenleyici rolü olmadığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travmatik olayları ile bedensel belirtiler arasındaki ilişkiye bilinçli farkındalığın düzenleyici bir role sahip olduğu varsayılarak yapılan analizlerin sonucu istatistiksel olarak anlamlı olmamaktadır. Bilinçli farkındalığın, somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinde düzenleyici rolünün istatistiksel olarak anlamlı olmamasının çeşitli nedenlerinden biri kullanılan ölçekler ile ilişki olabilir. Çocukluk çağındaki travmatik olayların bedensel belirtiler ve bilinçli farkındalık ile ilişkiye sahip olması, yapılan klinik çalışmalarda bireylerin psikolojik sağlığını güçlendirecek çalışmalar yapılmasını sağlayabilir. Çocukluk çağında travmatik olaya maruz kalan bireyler için bilinçli farkındalık terapilerini de içeren iyileştirici müdahaleler travmatik olayların psikosomatik etkileri konusunda olumlu sonuçlar ortaya çıkarabilir.

Anahtar Kelimeler: Somatizasyon, Travma, Bilinçli Farkındalık

ANALYSIS OF THE MODERATOR ROLE OF MINDFUL AWARENESS IN THE RELATIONSHIP OF SOMATIZATION SYMPTOMS AND CHILDHOOD TRAUMA IN UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

In this study, the moderator role of mindfulness in the relationship between somatization symptoms and childhood traumas in university students is examined. The research was carried out on 500 university students between the ages of 18-35 at a university in Istanbul. 250 female (50%) and 250 male (50%) students participated in the study. DSM-5 Level 2 Somatic Symptom Scale, Childhood Trauma Scale (CTS-33) and Conscious Awareness Scale (CIPI) were applied. The scores obtained from the CTQ- Emotional Harassment, DSM-5 Level 2 Somatic Symptom Scale were found to be significantly higher in female participants than in males. A positive correlation between Childhood Traumas and Somatic Symptoms, a negative correlation between Conscious Awareness and Somatic Symptoms, and a negative correlation between Conscious Awareness and Somatic Symptoms were found. As a result of the regulatory role analysis, it was found that Conscious Awareness did not have a moderator role in predicting the Bodily Symptoms of Childhood Traumas. The results of the analyzes made on the assumption that conscious awareness has a regulatory role on the relationship between childhood traumatic events and somatic symptoms are not statistically significant. One of the various reasons why the moderator role of mindfulness in the relationship between somatization symptoms and childhood traumas is not statistically significant may be the relationship with the scales used. The fact that childhood traumatic events have a relationship with somatic symptoms and conscious awareness may lead to clinical studies that will strengthen the psychological health of individuals. For individuals who were exposed to a traumatic event in childhood, remedial interventions and mindfulness therapies, may produce positive results on the psychosomatic effects of traumatic events.

Keywords: Somatization, Trauma, Mindful Awareness.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
I. GİRİŞ	1
A. Çalışmanın Konusu.....	1
B. Çalışmanın Amacı	3
C. Çalışmanın Hipotezleri	4
1. Temel Hipotez.....	4
2. Alt Hipotezler.....	4
D. Çalışmanın Önemi	4
E. Çalışmanın Varsayımları	5
F. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
G. Araştırmanın Tanımları	5
II. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI	7
A. Somatizasyon.....	7
1. Somatizasyonun Tanımı ve Belirtileri	7
2. Somatizasyonun Tarihçesi	8

3. DSM-5 Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklarının Tanı Ölçütleri.....	10
4. Somatizasyonun Epidemiyolojisi.....	10
5. Somatizasyon Bozukluğunun Etyolojisi	12
a. Somatizasyon Bozukluğu ve Genetik Faktörler	13
b. Somatizasyon Bozukluğu ve Psikodinamik Kuram	14
c. Somatizasyon Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Kuram	14
d. Somatizasyon Bozukluğu ve Nörobiyolojik Faktörler	15
6. Somatizasyon Bozukluğu ve Bilinçli Farkındalık İlişkisi.....	16
B. Travma.....	18
1. Travma Tanımı ve Etkileri.....	18
2. Kompleks Travma.....	19
3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	21
4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi	22
5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etyolojisi	23
a. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikodinamik Kuram	24
b. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Kuram	24
c. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Nörobiyolojik Faktörler	25
6. Çocukluk Çağı Travmaları.....	26
a. Fiziksel İstismar.....	27
b. Duygusal İstismar	28
c. Cinsel İstismar	29
d. İhmal.....	30
7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon İlişkisi.....	31
C. Bilinçli Farkındalık	32
1. Tanım	32

2. Bilinçli Farkındalık Tarihçesi	36
3. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar.....	37
4. Bilinçli Farkındalık ve Psikopatoloji İlişkisi	39
III. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ.....	43
A. Evren ve Örneklem	43
B. Veri Toplama Araçları.....	43
1. Demografik bilgi formu	43
2. DSM V Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	44
3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTQ-33).....	44
4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ).....	45
5. Verilen Toplanması.....	45
6. Verilerin Analizi ve Yorumlanması.....	46
IV. ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN BULGULAR	47
V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	61
A. Tartışma	61
B. Sonuç ve Öneriler	72
VI. KAYNAKÇA	75
EKLER.....	109
ÖZGEÇMİŞ.....	125

KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
BİFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
DSM-III	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ÇTQ-33	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1.	DSM'lere göre Travma Kavramının Tanı Kriterleri.....	19
Çizelge 2.	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri.	47
Çizelge 3.	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin Cronbach Alfa Değerleri	47
Çizelge 4.	Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	48
Çizelge 5.	Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	50
Çizelge 6.	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinin Tanımlayıcı Değerleri	50
Çizelge 7.	Çocukluk Çağı Travmaları, Bilinçli Farkındalık, Somatizasyon Arasındaki İlişki.....	51
Çizelge 8.	Çocukluk Çağ Travmaları Somatizasyonu Yordamasında Bilinçli Farkındalığın Düzenleyici Rolüne İlişkin Sonuçlar.....	52
Çizelge 9.	Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	52
Çizelge 10.	Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Çizelge 11.	Medeni Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	54

Çizelge 12. Anne Eğitim Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Çizelge 13. Baba Eğitim Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Çizelge 14. Anne-Baba Sağ ve Birlikte mi Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	57
Çizelge 15. Kaldığı Yere Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Çizelge 16. Kiminle Birlikte Yaşadığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	59

I. GİRİŞ

A. Çalışmanın Konusu

Somatizasyon, patolojik bulgular ile açıklanamayan bedensel sıkıntı ve semptomları deneyimleme eğilimidir. Somatizasyon yaşayan bireylerin yaşadığı fiziksel belirtiler tıbbi olarak açıklanamaz ve bireylerin sahip olduğu belirtilerden dolayı çevrelerinden destek görmek istedikleri gözlemlenmektedir (Silber, 2011: 56). Bu anlamda somatizasyon, kişinin tıbbi açıdan açıklaması olmayan bedensel belirtilerinin bir hastalıkla bağlantılı olduğu inancıyla karakterize olan ve bu inanç doğrultusunda medikal çözüm ihtiyacı hissetme durumuyla açıklanmaktadır (Lipowski,1988). Somatik belirtiler ve ilişkili bozukluklar, yoğun bir şekilde zihinde olan düşüncelerin, davranışların ve duyguların eşlik ettiği bir ya da daha fazla bedensel belirti ile tanımlanmaktadır (İnci, 2020:2) Somatizasyon, zihinsel fenomenlerin, belirgin bir sıkıntı ve/veya işlevsellikte problemlerle sonuçlanan “fizyosomatik” semptomlarla karakterize edilen fiziksel (somatik) semptomlar olarak ifadesidir (Fu vd., 2019). Somatizasyon, psişik ya da psikososyal problemlerin sembolize edilerek beden üzerinden ortaya çıkmasıdır. Kişinin yaşadığı kişisel, toplumsal ya da sosyal sorunların ağrıyla birlikte beden üzerinden yansıtılmasıdır (Kellerman, 2009). Somatik belirtilerin neler olduğu ele alındığında; baş, karın, sırt, cinsel ilişki ağrıları, baş dönmesi, taşikardi, halsizlik hali, yorgunluk, hazımsızlık, bayılma, nefes almakta güçlük, eklem ağrıları ve gastrointestinal sorunlar gibi durumların varlığı bildirilmektedir (Balak, 2016:21). Somatizasyon, depresyon, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarda çok yaygındır (Barsky vd., 2005). Ek olarak işlevsel bozulmalar ve yüksek sağlık bakım maliyeti ile ilişkilidir (Anderson vd., 2014; Rief vd., 2005) Somatizasyon bozukluğu olgularının %90'ı 25 yaştan önce başlamakla birlikte ilk belirtiler genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Hollifield, 2007). Organik bir sebebe bağlı olmayan somatik belirtilerle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurma oranının toplumun %25 kadarını oluşturduğu bildirilmiştir (Gureje ve Simon, 1999; akt., Güler, 2018). Yapılan araştırmalarda somatizasyon bozukluklarının toplumda sık görülen bir olgu

olduğu belirtilmiştir. Bozukluğun etiolojisinde kalıtsal, psikosozal, psikodinamik etkenler ve başa çıkma stratejilerinin önemli olduğu düşünülmektedir (Hollifield, 2007; akt., Özenli vd., 2009: 131-132).

Çocuklukta gelişim sürecini olumsuz etkileyen travmatik yaşantılar ve beden aracılığıyla hissedilen doyum ve doyumsuzluk duyguları somatizasyona neden olabilmektedir (Koptagel-İlal, 1999). Yaşamın erken dönemlerinde deneyimlenen travmatik yaşantıların sözlü olarak ifade edilmesi kişi için zorlayıcı bir durum olabilmektedir. Bu bağlamda ifade edilemeyen duygular bedenselleştirerek ortaya çıkabilmektedir (Kesebir, 2004). Yapılan araştırmalarda çocuklukta yaşanan travmatik yaşam olaylarının yetişkinlikte görülen somatik belirtiler ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kroske vd., 2018). Özellikle erken dönemde yaşanan travmatik olaylar, yaşamın ilerleyen döneminde somatizasyona neden olabilecek nöral bağlantı oluşumuna yol açabilir. (Victor ve Van, 2017). Bireyler travmatik olayların yarattığı stres ile baş etmekte zorluk yaşadıklarında, olayların etkisi bedensel belirtiler olarak ortaya çıkabilmektedir (Ortiz ve Sibinga, 2017).

Literatürde somatizasyonla ilişkili olduğu düşünülen değişkenlerden biri de çocukluk çağı travmatik yaşantılarıdır. Travma, kişinin yaşamına ruhsal ve algısal olarak etki eden, beden bütünlüğüne dair tehdit hissetmesine neden olan ve kişinin yaşamında olumsuz duygu ve düşünceleri ortaya çıkaran olaylardır (Herman, 2019). Travma sonrası gelişen bozukluklar ise akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, bağlanma problemleri, psikotik bozukluk, yas, seperasyon anksiyetesi, majör depresyon ve somatoform bozukluklar olarak bildirilmektedir (Karakaya, 2018). Kişiler yaşamları boyunca olumsuz yaşam olayları ve travmatik yaşantılar deneyimleyebilirler. Yaşanılan olumsuz ve travmatik olaylara farklı tepkiler gösterirler ve farklı başa çıkma yöntemlerine başvururlar (Sungur, 1999). Kişinin deneyimlediği olumsuz yaşantılarda kullandığı başa çıkma yöntemleri, sosyal destek mekanizmaları ve travma sonrası verdikleri tepkiler iyileşme sürecini etkileyen etkenlerdendir (Alkan, 2019).

Kişilerin deneyimledikleri travmatik yaşam olayları psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesinde en önemli faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir. (Kokurcan ve Özsan, 2012). Travmatik yaşantılar, kişinin ailesinden, eşinden, sevdiği birinden ayrılması, doğduğu ve yaşadığı bir yerden taşınması veya taşınması için zorlanması,

çok sevilen insanların kaybedilmesi, fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlığa yakalanması, savaş-işkenceye maruz kalması, cinsel taciz ve tecavüz gibi şiddet içeren olayları yaşaması, doğal afetlerin olması, ekonomik, mesleki ve akademik başarısızlıkları içeren olayları deneyimlemesidir (Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006). Travmatik bir olay yaşandıktan sonra yaşanan ortamın destekleyici olup olmaması, kişinin yardım isteği, destek mekanizmaları ve bireyin destek mekanizmalarına ulaşılabilirliği, travmanın etkilerini belirleyen önemli faktörlerdir (Başoğlu, 1992; Foa ve Kozak, 1989; Horowitz, 1986).

Travmatik deneyimlere dair bilinçli farkındalık, başa çıkma sürecinde bağlamsal ve sosyal destek öğeleriyle birlikte iyileşme sürecinde etkili bir modalite olarak düşünülmektedir. Bilinçli farkındalık kavramı içsel süreçlerin ve çevredeki olan olayların yargısız ve kabullenici bir tutumla farkında olabilmekle karakterizedir. Bilinçli farkındalık becerilerinin kişinin psikolojik iyi oluşuna olumlu yönde etkisi olduğu, yaşam kalitesini artırdığı (Şahin, 2001) ve psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde işlevsel bir rolü olduğu bildirilmiştir (Baer vd., 2006; Kristeller ve Wolever, 2011; LePera, 2001). Yaşamda gerçekleşen olaylar ile ilgili bilinçli bir şekilde farkında olma hali, dikkatin geçmiş veya geleceğe odaklanması yerine tam da şu anda olanları değiştirmek istemeden ve yargılamadan kabullenmekle karakterizedir (Germer vd., 2005). Bilinçli farkındalığın temel olarak kullanıldığı müdahalelerin kaygı bozukluğu, kronik ağrı, depresyon, madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu ve kronik ağrı gibi ruhsal ve bedensel durumlara faydalı olduğu gözlemlenmiştir. (Fulwiler ve De Torrijos, 2011). Bilinçli farkındalık aracılığı ile dikkatin bedene verilmesi, bireyin yaşamış olduğu deneyimlerden kaçınmadan bedeni ile yeniden bağ kurmasını desteklemektedir (Tantia, 2013). Bilinçli farkındalık ile bedensel belirtilerin farkında olunması, travmatik yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkan psikolojik belirtilerin işlevsel şekilde ifade edilmesini sağlar (Tantia, 2013). Bu bağlamda bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olmasının travmatik yaşam olayları ile ilişkili somatizasyon belirtileri açısından koruyucu bir etkiye sahip olduğu söylenebilir (Harker vd., 2016).

B. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada üniversite öğrencilerindeki somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ilişkisinde bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünün

incelenmesi amaçlanmıştır. Çocukluk çağı travmaları, yetişkinlik döneminde psikiyatrik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Literatür incelendiğinde somatik belirtileri olan kişilerin çocukluk çağında travmatik yaşantılar deneyimlediği saptanmıştır. Alanyazında bilinçli farkındalık düzeyinin psikiyatrik rahatsızlıklar üzerinde etkili olabildiği görülmektedir. Bilinçli farkındalık, bireylerin duygu ve düşüncelerinin, bedensel belirtilerinin farkında olmasını destekleyebilmektedir. Yapılan araştırmalarda bilinçli farkındalık temelli müdahale yöntemlerinin kişilerin ifade ettikleri somatik belirtiler üzerinde iyileştirici bir rolü olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının somatik belirtilerin ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu ve bilinçli farkındalık düzeyinin değişkenler arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğu düşünülmüştür. Araştırmada üç değişkenin birbiriyle ilişkili olabileceği düşünülerek hareket edilmiştir.

C. Çalışmanın Hipotezleri

1. Temel Hipotez

H1: Üniversite öğrencisi yaş grubunda somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın düzenleyici rolü vardır.

2. Alt Hipotezler

H2: Üniversite öğrencisi yaş grubunda çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon belirtileri arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır.

H3: Üniversite öğrencisi yaş grubunda somatizasyon belirtileri ile bilinçli farkındalık arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.

H3: Üniversite öğrencisi yaş grubunda çocukluk çağı travmaları ile bilinçli farkındalık arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.

D. Çalışmanın Önemi

Yapılan literatür taraması sonuçlarına göre somatizasyon bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve bilinçli farkındalığın ruh sağlığı alanında önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Somatik belirtiler, toplumlarda sıklıkla görülmektedir ve incelenmektedir. Bu nedenle somatizasyon belirtilerine neden

olabilecek değişkenlerin incelenmesi bu alanda yapılacak çalışmalara ve müdahalelere yönelik veri kaynağı olabileceği dşnlmektedir. Yapılan incelemeye göre birbirleri ile ilişkili olduğu düşünülen somatizasyon belirtileri ve çocukluk ağı travmaları ilişkisinde bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünü inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda araştırma sonuçlarından elde edilecek bilginin konu ile ilgili eksikliğe katkı sağlayacağı, ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlara bilimsel veri kaynağı olabileceği ve araştırmadaki değişkenlerle yapılacak olan diğer araştırmalara yol gösterici nitelikte olacağı dşnlmektedir.

E. Çalışmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan niversite ğrencilerinin veri toplama araçları olan sosyodemografik bilgi formu, DSM-5 Düzey 2 bedensel belirti leği, ocukluk ağı travmaları leği ve bilinçli farkındalık leğine yansız ve dürüst olarak yanıt verdikleri varsayılmıştır. Kesitsel nitelikli bu araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının araştırmada istenen nitelikleri doğru olarak ölçtüğü varsayılmıştır.

F. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evreni İstanbul ilinde öğrenim gören niversite öğrencileriyle sınırlıdır. Araştırmanın rneklemi ise İstanbul niversitesi ve İstanbul Aydın niversitesinde ğrenim gören 500 ğrenci ile sınırlıdır. Örnekleme, kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmanın rnekleme grubu dışında diğer üniversitelerde öğrenim gören niversite öğrencileri araştırmaya dahil edilmemiştir.

G. Araştırmanın Tanımları

Somatizasyon: Ruhsal rahatsızlıkların fizyolojik semptomlarla yaşanarak ifade edilmesi ve bu belirtilerle tıbbi destek aranması olarak tanımlanmaktadır (Lipowsky, 1987).

Çocukluk Çağı Travmaları: Yaşamın erken dönemlerinde cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile ihmal yaşantılarını deneyimlenmesi, ebeveynlerden bir süre ayrı kalma, ebeveyn kaybı, ebeveynlerin ayrılması, şiddete şahit olma, doğal afete maruz kalma, kaza geçirme gibi olay ve durumlar çocukluk çağı travmaları ile karakterizedir (Herman, 2011).

Bilinçli Farkındalık: Şimdiki zamanda yaşanan olaylara dikkati yönlendirme ve farkında olma, bilinçli farkındalık olarak tanımlanmaktadır (Brown ve Ryan, 2003).

II. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

A. Somatizasyon

1. Somatizasyonun Tanımı ve Belirtileri

“Somatizasyon” kavramı vücut anlamında olan “soma” kelimesinden ortaya çıkmıştır. Soma sözcüğü, somatik, psikosomatik ve somatoform kavramlarında kullanılmaktadır (Karvonen, 1966; akt., İnci, 2020). Lipowski (1987), ruhsal ve sosyal problemlerin beden fonksiyonları üzerinden yansıtılmasını ve yaşanmasını “somatizasyon” kavramı ile açıklamıştır. Somatizasyon, kişinin tıbbi açıdan açıklaması olmayan bedensel belirtiler yaşaması ve ifade etmesi, bedensel belirtilerin bir hastalıkla bağlantılı olduğu inancı ve bu belirtilerle tıbbi açıdan destek görmek istemesi ile karakterizedir (Lipowski,1988).

Kişilerin hissettikleri bedensel ağrılar, bireysel ve toplumsal problemlerden dolayı fiziksel belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Obuz, 2019). Herhangi tıbbi bir rahatsızlıkla ile açıklanamayan somatik semptomlar, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sıklıkla gözlemlenmektedir. Yapılan çalışmalarda en sık görülen somatik semptomlar yorgunluk, baş ağrısı ve karın ağrısı olarak belirtilmiştir (Katon vd., 2001; akt., Aral, 2018). Bedensel ağrılarının dışında sıklıkla görülen somatik semptomlar; nefes daralması, baş dönmesi, mide bulantısı, halsizlik hissi ve yorgunluk olarak bildirilmiştir (Pehlivantürk, 2008). Ek olarak fibromiyalji, alerjiler, kronik yorgunluk sendromu, huzursuz bağırsak sendromu daha geniş bir klinik tabloyu oluşturan somatik semptomlarda görülebilmektedir (Hennigsen vd., 2007).

Bir veya birden çok bedensel yakınma belirten bedensel semptom belirten kişilerde detaylı tetkik ve muayeneler sonucunda fizyolojik yakınmalara dair herhangi bir anomali ya da fizyolojik bir rahatsızlık bulunamamakta, eğer herhangi bir durum tespit edildiyse de şikayetler ve neden oldukları yeti yitimi, tespit edilen bulgulara göre abartılı olarak ifade edilmektedir (Kellner, 1990; akt.,

Özen vd., 2010). Somatizasyon bozukluğu olan kişiler ruhsal, toplumsal ve sosyal sorunlarını istemsiz bir şekilde bedenlerinde somutlaştırarak bir iletişim aracı olarak kullanmaktadır ve somatik belirtilerin fizyolojik olarak açıklaması olmaması sonucunda hastalar psikiyatri bölümüne yönlendirilmektedir (Yıldız ve Akyol, 1995). Kişi, fizyolojik yakınmaları vücudunun belirli bölgelerinde hissettiği için yaşadığı rahatsızlık hissini tıbbi bir rahatsızlıkla tanımlamaktadır ve fizyolojik yakınmaları için tıbbi destek arayışına girmektedir. Bu bağlamda en sık başvuru alan tıbbi birimler fizik tedavi, rehabilitasyon ve dahiliye polinikleri olduğu bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016:40).

Tıbbi rahatsızlıklar ile somatizasyon bozukluğunun ayırt edilebilmesi için üç temel etmen vardır. Tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtiler süregelen şekilde olmalı, günlük hayattaki önemli alanlarda işlev kaybına neden olmalıdır. Kişi, bedensel belirtilerine yönelik aşırı bir hassasiyet içerisinde olmalı ve yaşamındaki duygusal sorunlarıyla ilgili çözüm arayışına girmeyerek sürekli olarak tıbbi yardım arayışına başvurmalıdır (Suen ve Tusaie, 2004). Tıbbi nedeni bulunamayan fizyolojik belirtiler için yapılan muayene ve tetkikler maddi yönde kişilere zarar verebilmektedir (Güler, 2018). Somatik belirtileri olan hasta gruplarının somatizasyonu olmayan kontrol gruplarına göre sağlık kuruluşlarına iki kat daha fazla başvurduğu, dahiliye servislerine üç kat, psikiyatri bölümüne yatışın dört kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Andersen vd, 2013; akt., Güler, 2018). Somatizasyon bozukluğu olan kişilerde ikincil kazançların diğer ruhsal bozukluklardan daha yaygın olduğunu belirtilmektedir. Bu bozukluğa sahip kişilerin çoğunun çocukluk dönemlerinde ihmal edildiği ve yalnızca fizyolojik bir rahatsızlık geçirdiklerinde çevresindekiler tarafından ilgi gördüğü düşünülmektedir (Craig vd., 1994).

2. Somatizasyonun Tarihçesi

Somatizasyon kavramı geçmiş zamanlarda histeri olarak tanımlanmıştır. Histeri, ‘‘hysteron’’ (uterus) sözcüğünden ortaya çıkmıştır (Ünal, 1999). Hipokrat, histeriyi kadınların yaşadığı bir bozukluk olarak değerlendirmiş, 17. Yüzyıla kadar histeri, uterusun dürtü ve isteklerinin bastırılmaması nedeniyle ortaya çıkan ve bedende gezinen bir hastalık olarak tanımlanmıştır. (Hollfied, 2005; akt., Çetin ve Varma, 2021). Jean-Martin Charcot, histeri tanısı koyarken

ve tedavi aşamasında hipnozu kullanmıştır. Histerinin tanı ve tedavisinde Charcot ve öğrencileri önemli katkılar sağlamışlardır (Ünal,2002).

Freud histeriyi tedavi ederken ilk olarak hipnoz daha sonra serbest çağrışım yöntemine başvurmuştur ve bu yöntemler psikanalitik kuramın ortaya çıkmasına temel oluşturmuştur. 1895 yılında Breuer ile birlikte “Histeri Üzerine Çalışmalar” adlı inceleme yazısı yayınlamışlardır (Breuer ve Freud, 1895; akt., Lothane, 1998). 1925 ve 1935 yıllarında “somatizasyon” kelimesi ilk kez Wilhelm Stekel tarafından kullanılmıştır (Doğan Yatar, 2020:12). Somatizasyon bozukluğunu klinik bir tablo olarak sunan ilk kişi ise Paul Briquettir. Bu nedenle somatizasyon bozukluğu literatürde uzun süre “Briquet Sendromu” olarak da yer almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Amerikan Psikiyatri Birliği) tanısal el kitabında Somatizasyon bozukluğu tanı kriterleri zaman içerisinde değişikliklere uğramıştır. Somatizasyon bozukluğu, ilk olarak DSM-3’te tanı kategorisinde yer almıştır (APA, 1980). DSM-4’te Somatoform Bozukluklar tanı kategorisinde sınıflandırılmıştır (APA, 2000). DSM-5 ile birlikte bu psikopatoloji grubu “Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” olarak tanı kategorisinde yer almıştır (APA, 2013).

DSM-5’te Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar tanı grubunda yer alan bozukluklar aşağıdaki gibidir;

1. Bedensel Belirti Bozukluğu
2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu
3. Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)
4. Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
5. Yapay Bozukluk
6. Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
7. Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

3. DSM-5 Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklarının Tanı Ölçütleri

Aşağıda DSM-V (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)' e göre bedensel belirti bozukluğunun (somatizasyon) tanı ölçütlerine yer verilmiştir;

DSM- 5' e Göre Bedensel Belirti Bozuklukları (Somatizasyon) ve İlişkili Bozukluklarının Tanı Ölçütleri

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli derecede etkileyen 1 veya daha çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler

2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilişkili sürekli yüksek düzeyde kaygı

3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcama (davranışsal olarak sürekli vücudunu kontrol etme, tekrarlayan tıbbi yardım arama, fiziksel aktiviteden kaçınma...)

C. Herhangi bir bedensel belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (6 aydan uzun)

Ağrının baskın olduğu tip (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

Ağır olmayan/orta/ağır

4. Somatizasyonun Epidemiyolojisi

Organik açıklaması olmayan somatik belirtilerle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurma oranının toplumun %25 kadarını oluşturduğu bildirilmiştir (Gureje ve Simon, 1999; Güler, 2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hastalarda ise prevalansın %17 olduğu görülmektedir. Özellikle huzursuz bağırsak sendromu ve kronik yorgunluk sendromu gibi fonksiyonel bozuklukları olan bireylerde daha fazla görüldüğü gözlemlenmektedir. Kişilerin ifade ettiği

fiziksel semptomların varlığı, somatizasyon belirtileri ile ilişkili olabilmektedir (Creed ve Barsky, 2004: 392).

Somatizasyon bozukluğunun görülme sıklığı farklı kültürlerde değişebilmektedir. Avrupa'nın genel nüfusunda somatizasyon bozukluğunun 12 aylık prevalansının yaklaşık %6 olduğu tahmin edilmektedir. İran'da yapılan çalışmada somatizasyon bozukluğunun görülme oranının %20'nin üzerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Garrusi vd., 2019: 2). Hollanda'da yapılan bir çalışmada, somatik belirtilerin %20'sinin tıbbi olarak açıklanamadığı bildirilmiştir (Huygen vd., 1984). Hindistan'da birinci basamak sağlık hizmetindeki hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, tüm hastaların yaklaşık %65'inin bedensel şikayetlerinin olduğu bulunmuştur (Davar, 1999). Ryder ve diğerlerinin (2008), Çinli bir grup psikiyatrik hasta ile Avrupa-Kanadalı grup arasındaki yaptığı çalışmada Çinli hastaların Avrupa-Kanadalı hastalardan daha fazla somatik semptom bildirdiği sonucuna ulaşılmıştır. İsviçre'de yapılan bir çalışmada sağlık kuruluşuna en az bir fizyolojik yakınma ile başvuran hastalarda depresyon %20, anksiyete bozuklukları %15.5 ve somatik bozukluklar %15,1 oranında bildirilmiştir (Haftgoli vd., 2010).

Somatizasyon bozukluğu 30 yaşından önce başlayan ve genellikle genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Kadınlarda somatizasyon bozukluğunun erkeklere göre 5-20 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Sayar ve Işık, 2008). Yapılan araştırmalar, kadınlarda somatizasyon bozukluğu görülme oranının %2 ile %20 arasında değiştiğini, somatizasyonun erkeklerde %0.2'nin altında olduğunu göstermektedir (Koroğlu vd., 2007). Ek olarak somatizasyonun 40 yaş üstü kadınlarda genç yaşlara göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Escobar vd., 1987).

Somatizasyon bozukluğu çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilmektedir. Ancak genellikle çocukluk döneminde başladığı görülmektedir. Çocukluk döneminde başlayan somatizasyon bozukluğu semptomları, ergenlik döneminde de devam etmektedir (Creed vd., 2012: 316). Buna ek olarak, kentte yaşayan bireyler, yaşlı bireyler ve bekar bireyler bozukluk açısından risk altında bulunabilir (Garrusi vd., 2019: 2). Somatizasyon bozuklukları yaşamın ileriki yıllarında görülse de, 65 yaştan sonraki sıklığı azalmaktadır (Hilderink vd., 2012: 152). Toplum içerisinde görülen vakalarda

bireyler somatizasyon bozukluğu tanısı alsalar da, somatizasyon belirtileri gösterip tanı almayan bireylerin varlığı prevalans hakkındaki rakamların doğruluğunu etkileyebilmektedir (Duruk ve Sertel, 2019: 121).

Ülkemizde 804 üniversite öğrencisi ile yapılmış bir araştırmada öğrencilerin %7.7'sinin somatizasyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Çalışmada kadın cinsiyet, aile içi sözlü şiddet, annenin eğitim seviyesinin düşük olması ve kronik rahatsızlık geçmişi ile somatizasyon bozukluğunun anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Özenli vd., 2009: 134). Lisede öğrenim gören 500 öğrenci (%39.4, erkek ve %60.6, kız) ile yapılan bir araştırmada, agresif davranışlarda bulunan, duygusal destekten yoksun bırakan ve müdahaleci tutum ve davranışlara sahip ailelerin çocuklarında somatik semptomların daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ek olarak kızların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde somatik semptomlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal destek yokluğu arttıkça kişilerdeki somatik semptomların da arttığı bulunmuştur. Araştırmada, kişinin kronik rahatsızlık öyküsü, cinsiyet ve psikiyatrik rahatsızlığın olması somatik semptomlarla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Eray, Vural ve Çetinkaya, 2015:108).

Koptagel İlal'in (1999), yaptığı bir çalışmada erken çocukluk dönemindeki yaşantıların, somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkmasında ve davranışlara etki etmesinde büyük bir etken olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı ile kronik ağrı, epileptik nöbet, kronik pelvik ağrı ve gastrointestinal yakınmalar arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu bildirilmiştir (Paras vd., 2009). Taycan ve diğerlerinin (2014), yaptığı bir araştırmada somatizasyon bozukluğu olan 40 kadın hasta kontrol grubuna göre yaşamın erken dönemlerinde daha fazla travmatik yaşantı (fiziksel istismar, duygusal ihmal ve istismar) deneyimlediği saptanmıştır.

5. Somatizasyon Bozukluğunun Etiyolojisi

Somatizasyon bozukluğu, bedensel duyumlara karşı artan farkındalık ile ilgilidir ve birey bedensel duyumları tıbbi bir hastalığın göstergesi olarak yorumlanmaktadır. Somatizasyon bozukluğunun etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber pek çok faktörün birleşiminden kaynaklanan çok etmenli sebepleri olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler; genetik, çevresel, sosyokültürel,

biyolojik ve kişisel ve algısal nedenler olarak düşünölmektedir (Khan vd., 2003). Bu alanda yapılan araştırmalarda çocukluk dönemi ihmali, cinsel istismar, kaotik yaşam tarzı, alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsü gibi durumlar incelenmiştir ve somatizasyon bozukluğu ile ilişkiler keşfedilmiştir. Buna ek olarak, paranoid kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk ile somatizasyon semptomları arasında ilişkiler bulunmaktadır. Bireylerin hayatlarının farklı alanlarındaki işlevselliklerini olumsuz etkileyen işsizlik gibi psikososyal faktörler, somatizasyon bozukluklarının ortaya çıkmasında risk faktörü olmaktadır (Creed vd., 2012: 312).

a. Somatizasyon Bozukluğu ve Genetik Faktörler

Çocukluk döneminde yaşanan zorlu yaşam olaylarının, genetik faktörlerin etkisi ile birlikte bozukluğun oluşmasını etkilediği araştırmalarda görölmüştür (Khan vd., 2003: 474). Yaşamın erken dönemlerinde aile üyelerinden birinin hasta olması, ebeveynlerde antisosyal kişilik özelliklerinin olması, ebeveynlerin madde kullanım öyküsü, kadın cinsiyet gibi durumlar somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olan risk faktörlerindedir (Mai, 2004). Bu konuda yapılan araştırmalar sınırlı olsa da literatüre bakıldığında somatizasyon bozukluğunun temelinde kalıtsal faktörlerin rol oynadığı düşünölmektedir. Genetik faktörler ile ilişkili çalışmalarda, COMT, HTR2A, SLC6A2, DRD4 ve TPH1 monoaminerjik genlerinin somatizasyon ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Klengel vd., 2011: 318). Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin eş zamanlı olarak bedensel rahatsızlık yaşama oranının çift yumurta ikizlerine daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (Torgersan, 1986). Somatizasyon bozukluğu tanısı olan kadınların babalarında da antisosyal kişilik bozukluğu olma ihtimali yüksek olarak saptanmıştır (Cloninger, Reich ve Guze, 1975).

Yapılan bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu tanısı almış kadın hastaların 1. derece kadın akrabalarının %10-20'sinde somatizasyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Dimsdale, 2017). Biyolojik ebeveynlerin ve evlat edinen ebeveynlerin çocuklarında somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkma ihtimali artmaktadır. Bu bağlamda genetik etmenlerle çevresel etmenlerin kombinasyonunun etkili olduğu düşünölmektedir (Martin vd., 2007).

b. Somatizasyon Bozukluğu ve Psikodinamik Kuram

Somatizasyon bozukluğunu açıklamaya çalışan teorilerden biri de psikodinamik yaklaşımdır. Bu bakış açısına göre, bu bozukluğa sahip olan kişiler yer değiştirme, yadsıma ve mantıksallaştırma gibi savunma düzenekleri sayesinde yaşadıkları duygusal problemlerin yerini bedensel semptomların almasını ve kaygı uyandıran duyular yerine bedensel duyularına odaklanmaktadır (Yücel ve Polat, 2007). Somatik belirtiler, kabullenilmeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma mekanizmalarıdır. Kişinin benliğini rahatsız eden duyguların ve düşüncelerin inkarı, bastırılması ya da rasyonalize edilmesi somatizasyonla ortaya çıkmaktadır (Kellner,1990).

Psikodinamik teoriye göre, somatik semptomlar duygusal çatışmalara karşı oluşan bilinçdışı yanıtlar olabilmektedir (Taylor, 2003). Somatik belirtiler birincil ve ikincil kazanç aracılığı ile ortaya çıkabilmektedir. Birincil kazanımlar içsel, ikincil kazanımlar ise dışsal motivasyon kaynağı olduğu düşünülmektedir (Işık ve Işık, 2010). Somatik belirtiler açısından incelendiğinde, birincil kazanç kaygıdan ve duygusal çatışmalardan koruyucu bir etki sağlayabilmektedir (Kaplan, 2014). Birincil kazançlardaki bu etki, ağrı gibi fiziksel semptomlar aracılığı ile ifade edilmektedir. İkincil kazanç ise bu fiziksel semptomları sürdüren dış deneyimler olabilmektedir (De Greck vd., 2011). Birincil kazancın bireylerin duygusal çatışmadan kaçınmasını sağlama işlevi, ikincil kazanç ile dış dünyadan alınan yardım, destek ve dikkat aracılığı ile semptomların kronikleşmesine sebep olabilmektedir (De Greck vd., 2011). Bundan dolayı bireyin yaşamış olduğu duygusal çatışmaların çözümlenmesi bireyin yaşadığı zorluklar ile işlevsel olarak baş etmesini destekleyerek somatik belirtilerin ortaya çıkışını engelleyebilir (Charis, 2018).

c. Somatizasyon Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Kuram

Marty (2012), somatizasyonun psikolojik problemlerin bedensel yakınmalar ile ifade edilmesi olarak tanımlayarak, biyolojik bir sebebi olmayan bedensel belirtilerin psikosomatik olarak ortaya çıktığını ve bu durumun genellikle insanların zihinsel tasarımlarındaki sorunlardan oluştuğunu belirtmiştir (akt., Cebbar, 2021:16). Bilişsel-davranışçı kuram, somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkmasında bilişler emosyonlar, davranışlar, çevre ve biyolojik değişimler

arasındaki etkileşimin önemini vurgulamaktadır. Bu yüzden somatizasyon bozukluğu olan kişilerin üç düzeyde bilişsel çarpıtmaya sahip olduğu belirtilmiştir. Bunlar; bilişler (kişinin dikkatinin bedensel işlevlere odaklanması), davranışlar (sürekli olarak tıbbi müdahaleye başvurma ya da fiziksel eylemlerde işlevsizlik) ve duygular (depresyon ve kaygı) olarak ifade edilmiştir. Bunlara ek olarak fizyolojik belirtiler, bedensel duyuların daha fazla hissedilerek abartılmasına ve hastalık davranışına sebep olmaktadır (Magallon vd., 2008).

d. Somatizasyon Bozukluğu ve Nörobiyolojik Faktörler

Somatizasyon etyolojisi incelendiğinde nörobiyolojik faktörlerin bozukluğun oluşumuna yol açabildiği düşünülmektedir. Yapılan nörobiyolojik çalışmalarda somatizasyona sahip bireylerde kan akışı ve endokrin sistemde, acı eşiğinde, cerebral kortekste, hemisferik asimetride ve serotoninde anormallikler olduğu da görülmektedir (Koh, 2018: 95). Uyarılma durumunda kan akışının fazla olması, acı eşiğinin az olması, sağ oksipital lobta hiperaktivite ve posterior parietal lobta hipoaktivite, serotinerjik aminoasitlerin azalması somatizasyon bozukluklarının oluşması ile ilişkili değişkenler olmaktadır (Koh, 2018: 98). Somatizasyona sahip olan bireylerde limbik sistemin aşırı duyarlılığı ve hipokampal hacimde azalma meydana geldiği görülmektedir. Bu durum bireyin verdiği tepkilerin aşırı duygusal tepkiler olması ile sonuçlanabilir (Çetin & Varma, 2021).

Atmaca (2011) ve arkadaşları somatizasyon bozukluğu olan ve olmayan kişiler üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiş ve tüm beyin, toplam gri ve beyaz cevher veya hipokampus hacimleri bağlamında fark gözlemlenmemişken somatizasyon bozukluğu olan hastaların sol ve sağ amigdala ortalama hacimlerinin anlamlı düzeyde daha küçük olduğu bulgulanmıştır. Boecklie ve arkadaşları (2016) yapmış oldukları çalışmada, somatizasyon bozukluklarının meydana gelmesinde posterior singulat korteks, dikkat ve duygulanımla bağlantılı bulunan anterior singulat korteks ve insula gibi bazı bölgelerin etkisinin önemli olduğunu bulgulanmıştır. Kişilerin klinik ağrı yakınmalarında birtakım spesifik olmayan beyin fonksiyonları ağrının aktive olduğu görülmüştür. Bu ağlar nöromatriks olarak isimlendirilmiştir ve bilinçli bir süreç dahilinde aktive olduğu için ağrının kendisine özgü sayılmamıştır (Melzack, 2001). Nörotransmikler 3 bölgeye ayrılmaktadır. Bunlar; lateral (duyusal ve ayırt edici), medial (duygusal

ve motivasyonel) ve ön (bilişsel ve değerlendirici) bölgedir. Somatizasyon bozukluğu deneyimleyen hastaların genellikle medial ve frontal bölgelerinde değişim gözlenmiştir. Aynı zamanda anterior singulat korteks'in prefrontal bölgeler ile olan etkileşimi ağrı anındaki felaketleştirme ile de bağlantısı bulgulanmıştır. (Apkarian vd., 2005; Melzack, 2001). Somatizasyon etiyojisinde glutamat nörotransmitterinin de rol aldığı düşünülmektedir. Fayed ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada somatizasyon bozukluğu bulunan hastalarda farmakolojik tedavi yoluyla glutamaterjik aktivitenin azaltılmasının iyileşmeye yol açacağını öne sürmektedir. Bozukluğa yol açan tek bir neden bulunmamakla birlikte, bireyin hayatındaki farklı değişkenlerin birbiri ile etkileşimi, somatizasyon belirtileri gösterilmesine yol açabilmektedir.

6. Somatizasyon Bozukluğu ve Bilinçli Farkındalık İlişkisi

Somatizasyon bozukluğu olan kişiler dile getiremedikleri duygularını beden yoluyla sembolize ederek ifade ederler (Lipowski, 1987). Duygusal farkındalık düzeyinin düşük olması, somatizasyon bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynayan faktörlerden biridir (Vine ve Aldao, 2014). Bu bağlamda bilinçli farkındalık düzeyinin artmasının somatizasyon bozukluğu üzerinde iyileştirici bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Aydın (2019) yaptığı bir çalışmada düşük düzeydeki bilinçli farkındalık seviyesinin somatizasyon bozukluklarının ve algılanan stresin artmasına etken bir faktör olabileceğini bildirmiştir. Somatizasyon bozukluğu toplumda sık görülen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Bu yüzden somatizasyon bozukluklarının tedavisi, hem birey hem de toplum açısından önemlidir (Karakaya, 2018). Bu bağlamda somatizasyon bozukluğunun tedavisinde etkili olan müdahalelerin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Somatizasyon bozukluğunun belirtilerinin giderilmesinde etkili olan tedavi yaklaşımlarından biri bilinçli farkındalık temelli terapi yaklaşımlarıdır. Çeşitli araştırmalarda, bilinçli farkındalık yöntemlerinin belirtilerin giderilmesini ve işlevselliğin kazanılmasını sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Fjorback vd., 2013: 31).

Bilinçli farkındalık yöntemleri, somatizasyon bozukluğuna sahip bireyin belirti şiddetinin ve ağrılarının azaltılması, depresyon ve anksiyete belirtilerinin giderilmesini sağladığı düşünülmektedir (Lakhan ve Schofield, 2013: 12).

Somatizasyon bozukluğuna sahip 119 birey ile yapılan bir çalışmada, bireyler geleneksel tedavi alan kontrol grubu ile karşılaştırılmışlardır. Araştırma 15 aylık bir takip çalışmasıdır. Çalışmada işsizliğin ve hastalıktan sağlanan yararın risk faktörleri olabileceği düşünölmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, iki grupta da sağlık hizmeti kullanımını azalmıştır. Bilinçli farkındalık temelli terapinin, somatizasyon bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu, ancak diğer tedavi yaklaşımlarının etkililiğinden istatistiksel olarak farklı olmadığı sonucuna ulaşılabilir (Fjorback ve diğerleri, 2013: 44). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi, bireylere herhangi bir yargıda bulunmadan bilinçli bir şekilde duygu ve düşünöcelerine dikkat etmelerini öğretmek amacı ile farkındalık müdahalelerini içeren ve bilişsel terapi ilkelerini esas alan bir terapi yaklaşımıdır. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin, somatizasyon bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu, ancak diğer tedavi yaklaşımlarının etkililiğinden istatistiksel olarak farklı olmadığı sonucuna ulaşılabilir (Fjorback ve diğerleri, 2013: 44).

Somatizasyon bozukluğuna sahip bireylerin duygu düzenleme becerileri, belirtilerin ortaya çıkması konusunda etkili olabilir. Mazaheri (2015) tarafından yapılan araştırmada, olumsuz duyguların ve duygu düzenlemenin somatik semptomları olan bireylerin psikolojik sağlığını etkileyeceği düşünöülerek, bilinçli farkındalık temelli terapinin gastrointestinal bozukluğu olan bireylerde etkisi araştırılmıştır. Kesitsel çalışmada, duygu düzenleme becerisinin ve bilinçli farkındalığın, psikolojik ve somatik semptomlar ile ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygu düzenleme konusunda yaşanan zorluklar, somatizasyon semptomlarının oluşması ile ilişkilidir. Bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi, somatizasyon semptomlarının giderilmesini sağlayabilir. Özellikle olumsuz duyguların düzenlenmesi ve kontrol edilmesi somatik belirtilerin ortaya çıkmasına engel olabilir (Mazaheri, 2015: 1).

Sonuç olarak, somatizasyon bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli terapinin etkili şekilde kullanıldığı ve bireyin hayat kalitesinin artırılmasında etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir (Fjorback ve diğerleri, 2013: 40).

B. Travma

1. Travma Tanımı ve Etkileri

Travma, korku, kaygı, dehşete kapılma, çaresizlik gibi duyguları yaratan ve genellikle günlük hayat akışının dışında aniden ortaya çıkan, uyum bozucu, kişinin fizyolojik ve ruhsal sağlığını önemli ölçüde etkileyen olay ve durumlardır (Bayraktar, 2012). Bazı travmalar kaza, doğal afet, cinayet, ani ve beklenmedik gerçekleşen olayların bireyler üzerindeki etkisini tanımlarken bir diğer travma çeşidi çocukların yaşamın erken dönemlerindeki ihmal ve istismar gibi zedeleyici olumsuz yaşam olaylarını tanımlamaktadır (Pferfferbaum ve Allen, 1998; akt., Yıldırım, 2020). DSM-5'te travma, tehdit eden ve korku yaratan bir şekilde ölümle karşılaşma, yara alma ya da cinsel bir saldırıya maruz kalma, travmatik olan olaya tanık olmak ya da yakın ilişkide olan birinin böyle bir olay yaşadığını öğrenmek olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013: 271).

Olumsuz yaşam olaylarını travma olarak değerlendirmek için bazı kriterler vardır. Bu kriterlerden ilki travmatik deneyimler günlük hayattaki yaşantılardan farklı ve örseleyicidir. Bu olumsuz yaşantılar, kişinin sahip olduğu bilişsel şemaların içerisine yerleştirilemez ve olumsuz yaşantının anlaşılabilmesi zorlaşır. Diğerleri ise travmatik yaşantı sonucu ortaya çıkan fizyolojik reaksiyonlarda algılanan bilginin doğru işlenmemesini sağlar ve olayı anlamlandırma sürecini bozar (FishMurray vd., 1987; akt., Sungur, 1999: 106). Travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişilerin kendileriyle ve çevresindeki olan kişilerle ilgili biliş ve inançlarında önemli düzeyde bozulmalar ortaya çıkar. Travmatik olay gerçekleştikten sonra bazı duygu ve düşünceler ortaya çıkar. Bunlar; her an kötü bir şey olacağına dair beklenti, güvensizlik, aşırı uyarılmışlık, düş kırıklığı, çaresizlik hissi, sersemlik, uyuşuk hissetme, tükenmişlik, depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) ve derealizasyon (çevreye yabancılaşma) gibi olumsuz fizyolojik ve ruhsal semptomlardır (Litz ve Roemer, 1996).

Travma, kişinin hayatında kalıcı etkiler bırakarak olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Travmayı deneyimi kişilerde kendilik tasarımında sorunlar, yetersizlik duyguları ve bağ kurma ihtiyacının zedelenmesine neden olabilmektedir (Herman, 2016). Travma, kişinin diğerleriyle bağ kurma, olayları anlamlandırma, denetleme ve olağan davranış kalıpları üzerinde olumsuz etkiler

gösterir. Kişi kendisini yalnız, çevresinden kopmuş ve destek sistemlerinden yoksun kalmış hisseder. Bu bağlamda bu yalnızlık hissi ve kopuş hali, kişinin ailesiyle ilişkisine, manevi ve toplumsal değerlerine etki eder. Travmatik olay deneyimlendikten sonra travmanın uyanlarından kaçınılır ve bu durumda sosyal çevreden de uzaklaşma gerçekleşir. Fakat bazı zamanlarda bu hisler kişinin diğerlerine bağlanma isteğini de güçlendirir. Bu nedenle kişi bazen yalnız kalma ve çevresindekilerle daha bağımlı ve kaygılı ilişkiler kurma arasında, tutarsız ilişkiler içerisinde kendisini bulur (Herman, 2016).

Travmatik olayı yaşayan kişinin travma sonrası stres bozukluğu geliştirme ihtimali önemli düzeyde artar. Çünkü bu olumsuz deneyim, kişinin kendisine dair kendilik algısını, anlamlandırma süreçlerini, başa çıkma tepkilerini, inanç ve değerlerini, sosyal çevresini, yakın ilişkilerini ve zihinsel süreçlerini olumsuz şekilde etkileyerek, daha önceki kişisel kimliğinden farklı bir kendilik imgesi oluşturmaya neden olur (Alkan, 2019).

Travma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu kavramı ilk olarak DSM-III'ün Anksiyete Bozuklukları kısmında içerisinde yer alarak bir tanı olarak ifade edilmiştir (APA, 1980: 236-239).

Çizelge 1. DSM'lere göre Travma Kavramının Tanı Kriterleri

DSM 1- "Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olay"
DSM-2- "Ezici-kahredici çevresel bir olay"
DSM-3- "Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay"
DSM-4 "Bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı"
DSM-5 "Gerçek ya da korkutucu bir şekilde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma"

Kaynak: Şimşek, 2018

2. Kompleks Travma

Kompleks travma, bireyin çoklu travmatik olaylara maruz kalmasını ve bu maruz kalmanın geniş kapsamlı ve uzun vadeli etkileri ile karakterizedir (Cohen vd., 2012). Yaşanan olaylar genellikle yaşamın erken döneminde yaşanan istismar ve ihmal gibi olumsuz yaşam olaylarıdır (Polat, 2016). Kompleks travmalar, kişinin ruhsal gelişimini ve benlik duygusunun oluşumunun birçok yönünü etkileyebilmektedir (Pearlman ve Courtois, 2005). Buna ek olarak, maruz kalınan

olayın çocuğa yakın olan bir bakımvereni tarafından uygulanması yaygın olarak görülmektedir (Polat, 2016). Yaşamın erken dönemlerde yaşanan travmatik olaylar çocuğun güvenli bir bağ kurma becerisini ve sağlıklı ruhsal gelişimi olumsuz olarak etkileyebilmektedir. (Cook vd., 2005).

Kompleks travma kavramı araştırmacılar tarafından incelenmekte ve tanımlanmaktadır. Tanımlamalardan birine göre, travmatik olaylar tip I ve tip II olarak ayrılmaktadır. Bu modele göre, tip I travmalar travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu semptomlar ile sonuçlanan tekil olaylardır (Briere ve Scott, 2015). Tip II travmatik olayları ise tekrarlanma eğilimine sahip öfke, kendine zarar verme, sürekli üzüntü ve inkar içeren olaylardır. Kompleks travmatik deneyimler, kronik olma eğiliminde olan ve bir çocuğun kişilik gelişimine ve ilişkilere olan güvenine zarar veren olaylar olarak tanımlanmıştır (Kezelman ve Stavropoulos, 2012). Kompleks travmatik olaylar, tekrarlayan ve uzun süre boyunca süren, birincil bakım verenle kurulan ilişkilere ve beyin gelişimine zarar veren olaylardır (Cohen vd., 2012). Fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, ihmal ve aile içi şiddet kompleks travmatik olaylar olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olayların sayısı, türleri, meydana çıktıkları gelişim dönemi ve sonuçlarında ortaya çıkan belirtiler kompleks travma tanımını etkilemektedir (Kliethermes vd., 2014).

Kompleks travma kavramı, yaşanan deneyimler ile ilişkili semptom örüntüsünü ifade etmek için de kullanılmaktadır. Kompleks travmatik olayların etkisi, akut travmatik olaylara kıyasla farklılaşabilmektedir (Williams, 2006). Kompleks travmatik olaylara maruz kalmak, ilişki ve bağlanma problemleri, duygusal ve davranışsal düzensizlikler, bilişsel eksiklikler ve fiziksel sağlığın bozulması ile ilişkili olmaktadır. Buna ek olarak, çözülme, kendilik algısında değişiklikler ve dünya hakkındaki inançlar ile değişim gibi semptomlar kompleks travmatik olaylardan sonra görülebilmektedir (Kliethermes vd., 2014). Kompleks travmatik olayların uzun süreli ve tekrarlanan farklı türlerdeki travmatik olaylar olduğu ve bireyin bu olaylara maruz kaldıktan sonra komplike ve daha büyük olumsuz etkiler yaşayabildikleri düşünülmektedir (Cook vd., 2005).

3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, çaresizlik duygusu hissettiren ve dehşet yaratan, kişinin başa çıkabileceği düzeyin üzerinde olan, olağan ya da olağan dışı olarak gerçekleşen bir travma sonucu gelişen ve kronikleşebilme eğilimi gösteren psikiyatrik bir rahatsızlıktır (Akçay, 2013). Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan kişilerde sıklıkla somatizasyon ya da somatik belirtilerin görüldüğü bildirilmektedir. (Bromet, 1995; Sharan, 1996). TSSB'si olan kişilerin %80'inin somatizasyon, kaygı bozukluğu, majör depresyon ve madde kötüye kullanımı gibi bozukluklardan en az birini yaşadığı gözlemlenmiştir (Asmundson vd., 2002). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun DSM-5'teki tanı sınıflandırmasında yer alan belirtiler; travmatik olay sonrasında bir aydan daha uzun süren, istem dışı ve tekrarlayan anımsatıcılar, travmatik olayın tekrarlı bir şekilde zihinde yeniden yaşantılanması, travmatik olayla bağlantılı rüyalar görme, aşırı uyarılmışlık, günlük işlevsellikte bozulmalar, olumsuz olayla ilgili hatırlatıcılardan kaçınma davranışları, duygusal küntlük, biliş ve duygularda olumsuz değişikliklerin ortaya çıkmasıdır (APA, 2014). TSBB'nin ortaya çıkmasına neden olan olay ve durumlar arasında savaş, şiddet içeren kişisel saldırı (cinsel saldırı, fiziksel saldırı), rehin alınma veya kaçırılma, hapsedilme, sevilen birinin ölmesi, çocukluk çağında ciddi yaralanma ve istismara maruz kalma terörizm ya da şiddetli araba kazaları vardır (Russell, 2011; Javidi ve Yadollahie, 2012).

Örseleyici yaşam olaylarını deneyimleyen kişi, bir süre yaşanan olay dair akut stres tepkileri ve belirtileri gösterir ve bu durum zaman içerisinde hafifler. Fakat bazı kişilerde bu tepkiler daha da yoğunlaşarak kronik hale gelir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu, travmanın etkilerinin daha güçlü bir şekilde yaşandığı bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2016). Travmatik olay gerçekleştikten sonra kişi bu olayı tekrarlayan şekilde günlük hayatında ve uyku halindeyken deneyimleyebilir. Bu durum zaman içerisinde süreğen hale gelerek ruh sağlığını ve işlevselliği bozar. Travmatik yaşantı, yaşamın erken dönemlerinde yaşansa bile erişkin yaşamda da etkileri tekrarlayıcı şekilde görülebilmektedir (Herman, 2011)

Öztan ve diğerleri (2001), travma yaşayan kişilerin travma sonrasında gelişen stres tepkileri 3 farklı başlıkta ifade etmiştir.

- Kaçınma tepkisi: Travmatize olan bireylerde istemsiz şekilde birçok olumsuz anı, emosyon ve düşünce ortaya çıkar. Bu olumsuz yaşantılar zihinde sürekli olarak var olduğunda günlük işlevsellikte bozulmalara, yalnızlık hissine, hayatının devamlılığıyla ilgili düşüncelerde karamsarlığa neden olur. Bu yüzden kişi travmatik yaşantısına ait olan uyarıcılardan ve hatırlatıcılardan kaçınarak acı veren duygu ve düşüncelerinin hafiflemesini sağlar.
- Travmaya yönelik düşünce ve görüntüler: Travma yaşanırken ya da daha sonrasında kişilerin zihinlerinde istem dışı travmaya dair düşünceler ve görüntüler oluşur. Bu düşünceler ve görüntüler kişiye ıstırap verir ve tekrarlayıcı şekilde zihinde yer almaya devam eder. Bunların sürekli kişinin zihninde ortaya çıkması olayın tekrarlayan şekilde travmanın yeniden yaşanmasını sağlar. Travmayı anımsatan bu uyarıcılar düşünceler ve görüntüler dışında bir ses ya da koku da olabilmektedir.
- Aşırı uyarılmışlık: Travmatik olayın anımsatıcılarına karşı kişinin yüksek düzeyde hassasiyet göstermesi aşırı uyarılmışlık ile karakterizedir. Kişi travmayla ilgili bir uyarana karşılaştığında bedeni istemsiz şekilde fizyolojik olarak tepki gösterebilir. Bazı zamanlarda kişilerde taşikardi, uyku bozuklukları, aşırı terleme gibi de tepkiler ortaya çıkabilmektedir.

4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

TSSB yaygınlığında birçok faktör rol oynamaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu her yaşta görülebilmesine rağmen genç yetişkin döneminde daha yaygındır. Çünkü bu dönemde tetikleyici yaşam olaylarına maruz kalma olasılığı daha yüksektir (Javidi ve Yadollahie, 2012). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda erkeklerden önemli düzeyde daha yüksektir ve TSBB'nin gelişimi kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazladır (Breslau vd., 1999). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada erkeklerin %60,7'sinin kadınların %51'inin hayatlarında bir kere travmatik bir olaya maruz kaldığı rapor edilmiştir (Breslau vd., 1998; Kessler vd., 1995).

TSSB'nin yaygınlığı farklı toplumlar arasında da çeşitlilik göstermektedir. Yeni Zelanda'da TSBB prevalansı %0.3 olarak bulunurken, Çin'de bu oran %6.1 olarak (Gabbay vd.,2004; Javidi ve Yadollahie, 2012) Amerika popülasyonunda

yaşam boyu yaygınlık oranı %6.8 olarak bildirilmiştir (Kessler vd., 2005). Ülkemizde Karancı ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun yaygınlığını genel popülasyonda %9.9 ve 10.8 olarak bildirilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu birçok psikiyatrik rahatsızlıkla birlikte eş zamanlı olarak görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada TSBB'ye sahip kişilerde komorbidite olarak görülen bozukluklar değerlendirilmiştir. Bireylerde sosyal fobi %28, panik bozukluk %9.5, maddeyi kötüye kullanım ve bağımlılığı %31, majör depresif bozukluk %48, davranış bozukluğu %29, alkol kullanımı ve bağımlılığı %40 ve mani %9 olarak bildirilmiştir (Kessler vd., 1995). Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan kişilerin başka bir psikiyatrik rahatsızlık tanısı alma olasılıkları, daha önce bu tanıyı almayan kişilerden %80 oranında daha fazla olduğu bildirilmektedir (APA, 2013: 280). Monozigot ve dizigot ikizlerle yapılan bir çalışmada TSBB'nin ortaya çıkmasında genetik yükün rolü olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonuçları genetik yatkınlığın anlamlı düzeyde olduğunu ve genetik yükün %21-%37 aralığında değişim gösterdiğini belirtmiştir (Dikkatli, 2000).

5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi

Travma yaşayan kişilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ortaya çıkmasında birçok bileşenin rol oynadığı düşünülmektedir. TSSB'nin etiyojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda bozukluğun ortaya çıkmasında bazı risk faktörleri belirtilmektedir. Bunlar; yaş, travmanın şiddeti, yineleyen travma deneyimleri yaşamak, travmanın özellikleri, başka bir psikiyatrik rahatsızlığın var olması sosyal destek mekanizmaları, kız cinsiyette olma, ebeveynlerin çocuklarının yaşadıkları travmaya yönelik tutumu, ebeveynlerde yaşanan travmadan dolayı ruhsal sorunların ortaya çıkması gibi faktörlerdir (Pfefferbaum, 1997; Sack vd., 1995; akt., Karakaya, 2018).

Travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili düşünceler iki ana görüş üzerinden yorumlanmaktadır. İlk olarak gerçekleşen travmanın ortaya çıkan farklılıkların TSBB'nin ana nedeni olduğu, bir diğer görüş ise kişinin travmatik olayı deneyimlemeden önce kişisel yatkınlığın temel belirleyici olmasıdır (Bolu vd., 2014). Kişisel yatkınlığı ortaya çıkaran bazı nedenler bulunmaktadır. Bunlar;

düşük sosyoekonomik gelir, eğitim seviyesi, medeni hal (boşanma öyküsü, dul ya da bekar olma), kişilik örgütlenmeleri (paranoid, antisosyal, borderline, bağımlı kişilik), içe veya dışa dönük kişilik özellikleri, sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği, kadın cinsiyet rolü, yaşamın erken dönemlerinde olumsuz yaşantılar deneyimleme (cinsel istismar, ihmal gibi) gibi faktörlerdir. Bununla birlikte genetik ve fizyolojik yatkınlık, travmaya yönelik anlamlandırma süreçleri, kişinin yaşamında aktif olan stresörler işlevsiz başa çıkma tepkileri, suçluluk ve öfke duyguları, kişinin kendisinde ya da aile bireylerinde olan psikiyatrik rahatsızlık geçmiş, alkol veya madde kullanım bozukluğunun var olması da yatkınlığın oluşmasını sağlamaktadır (Geyran, 2000).

a. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kuram, travma sonrası stres bozukluğunun temelinde anksiyete bozukluklarında olduğu gibi kişinin iç dünyasındaki psişik olayların ve bilinçdışı süreçlerin etkisi olduğunu belirtmektedir. Bu görüşe göre kişi, aşırı stres veren bir olayla karşılaştığında id-ego-superego katmanlarında bir gerilim ortaya çıkar. (Yılmaz, 1999). Yaşamın ilk dönemlerinde psikoseksüel döneme ait bir fiksasyon varsa travma regresyona yol açarak, çocukluk çağındaki nevrozları ortaya çıkarmaktadır. Freud'a göre travmatik yaşantılar, bastırma ve inkar gibi savunma mekanizmalarının kullanılmasını engeller ve egonun bu yaşantılara karşı kendisini koruyamamasına sebep olur (Bolu vd., 2014).

b. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel davranışçı kurama göre travma yaşayan kişinin olumsuz stresörler karşısında bilgi işleme süreci bozularak, yaşantının çözülmesi engellenmektedir. Yaşanan olay zihinde bütünleşmediği için kişi uyarıcılar karşısında daha savunmasız kalmaktadır (Geyran, 1995). Bu nedenle olumsuz deneyim bastırılmayarak ya da dışlanmayarak, kişinin yaşamındaki birçok alana entegre olmaktadır. Kaygı ve korkuyla birleşen bu olumsuz deneyim, duygu ve düşünce sistemini sürekli olarak uyarmaktadır. Bu uyarılma ve travmatik yaşantıya dair kayıt, TSSB'daki bellek bozuklukları, aşırı uyarılmışlık, kaçınma davranışı, dürtüsellik gibi belirtileri ortaya çıkarmaktadır (Geyran, 1995). Travmatik olan her olay kişi için TSBB'ye neden olmayabilir ancak olay ve durumun kişide öznel

bir anlamlandırma süreci varsa, çoğu kişi için olağan dışı ve yaralayıcı bir olay olarak tanımlanmasa bile kişide TSBB ortaya çıkabilir (Özgen ve Aydın, 1999).

Travmatik olaylarda bilişsel kaçınma stratejilerinin, kişinin zihninde olayın tekrar yaşanmamasına dair bir savunma mekanizması olabileceği düşünülmektedir (Kalk Ba ve Hart O, 1989; akt., Hacıoğlu vd., 2002). Travma sonrası stres bozukluğunda ortaya çıkan travmatik uyarandan kaçınma davranışının ortaya çıkmasında edimsel koşullanmanın etkisinin olduğu düşünülmektedir. Mowrer'e (1960) göre korkunun edinilmesinde klasik koşullanma devam ettirilmesinde ise edimsel koşullanma etkili olmaktadır. Kişi travmatik olayı hatırlatıcı uyarlardan kaçınma davranışını kısa vadede stresini azalttığı gerekçesiyle sürdürür ve kaçınılan durum ile yüzleşilmedikçe durum devam eder ve bu kaçınma davranışı negatif bir pekiştirici haline gelir.

Bilişsel davranışçı terapi TSBB'nin tedavisinde en sık kullanılan psikoterapi yaklaşımıdır. Travmatik olayı yaşayan kişinin çeşitli tekniklerle yaşanan olaya maruz kalması sağlanarak, işlevsel baş etme becerileri belirlenir ve kaçınma davranışlarının yok edilmesi amaçlanır. Bu bağlamda kişinin kontrolü ele alması hızlandırılırsa, travmatik olaydan sonra travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkma riski azaltılabilir (Shapiro vd., 1989; Sinici vd., 2009). Travmatik yaşantıya verilen tepkilerde kişinin içerisinde bulunduğu topluma ait etnik ve kültürel etmenlerde travmanın ifade ediliş biçimini, TSBB'nin gelişme ihtimalini ve tedavinin etkinliğini etkilemektedir (Marselle ve Kameoka, 1989; Marsella vd., 1993; akt., Özgen ve Aydın, 1999).

c. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Nörobiyolojik Faktörler

Alanyazında TSBB'nin ortaya çıkmasında nörobiyolojik faktörlerin etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Travmatik olayın yarattığı stres yanıtlarında medial prefrontal kortekste dopaminerjik aktivitenin arttığı gözlemlenmiştir. Bu aktivite artışı diğer nörobiyolojik sistemlerdeki alanlara göre daha fazla dikkati çekmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunda gelişen bellek bozukluklarının dopaminerjik aktivitenin artışıyla ilişkili bulunmaktadır. Dopamin hiperaktivasyonunu sağlayan durumlar vijilans belirtilerine ve paranoid düşüncelerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Southwick vd., 1995). Kişide stres yanıtlarının oluşmasını sağlayan ve düzenleyen birçok nörotransmitter

bellek işlevlerini de etkilemektedir. Travma sonrası stres bozukluğuna sahip kişilerdeki bellek ve konsantrasyon sorunlarının, mezokortikal yolaktaki doparminerjik aktivitenin artışıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Barret vd., 1996; Bremner vd., 1993; Yehuda vd., 1995; akt., Özgen ve Aydın, 1999).

TSBB'de beyin yapıları ve fonksiyonlarındaki değişimler çeşitli nörogörüntüleme çalışmalarıyla gözlemlenmektedir. TSSB'de gözlemlenen en önemli bulgulardan biri hipokampal hacmin azalmasıdır (Stein vd., 1997). Uzun süreli stres düzeyi ve yüksek glukokortikoid düzeyleri hipokampusa zarar vererek, dentritik dallanmaları ve nörogenezi tahrip ettiği bildirilmiştir (Fuchs ve Gould,2000). Savaş gazileriyle yapılan yapılan bir çalışmada TSBB kriterlerini karşılayan ve karşılamayan kişilere savaşla ilgili travmatik sesler ve görseller gösterildiğinde, TSBB belirtileri olan kişilerde medial prefrontal aktivasyonda azalmanın olduğu bildirilmiştir (Rauch vd., 2006; Bremner, 2007).

Travma sonrası stres bozukluğunun etiolojisinde etkisi olduğu düşünülen amigdala, kişinin duygusal hafızasını yöneten beyin alanlarından biridir. Duyguların yaşanmasında, anlamlandırılmasında ve duygusal işlevlerin bütün olarak değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ek olarak korkuya verilen tepkide, agresyon ve cinsellik içeren davranışların kontrolünde etkisi önemlidir. Beynin farklı bölümlerinde önemli işlevleri olan amigdala; nöroendokrin sistem, merkezi sinir sistemi ve otonom sinir sistemi ile bağlantılıdır (Davis, 1992). Kaygı bozukluklarında korku uyandıran bir uyarıcı karşısında amigdala da aşırı duyarlılık geliştiği belirtilmektedir. Amigdala, tehdit ve tehlikeleri anlamlandırma sürecinde önemli bir rol oynarken, deneyimlenen travmatik olayı hatırlatan bir uyarıcıyla karşılaşıldığında travmatik olayın zihinde tekrar yaşantılanmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda amigdala'nın TSSB'nin etiolojisini etkileyen bir alan olduğu düşünülmektedir (Painter vd., 2013).

6. Çocukluk Çağı Travmaları

Yaşamın erken dönemlerinde cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile ihmal yaşantılarını deneyimlenmesi, ebeveynlerden bir süre ayrı kalma, ebeveyn kaybı, ebeveynlerin ayrılması, şiddete şahit olma, doğal afete maruz kalma, kaza geçirme gibi olay ve durumlar çocukluk çağı travmalarını oluşturur (Herman, 2011).

Travmatik olay ve durumlar kişinin baş etme mekanizmalarına zarar verebilmektedir. Çocukluk çağında gerçekleşen travmatik yaşantılar ise kişinin baş etme mekanizmalarının en yetersiz hissedildiği ve işlevselliğini yitirdiği yaşantılardır (Şar ve Tutkun, 1997). Yapılan araştırma sonuçları, çocukların dörtte birinin yetişkinlik dönemine ulaşmadan önce travmatik bir olayı deneyimlediğini göstermektedir (Karakaya, 2018). Dünya Sağlık Örgütü, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak tanımlamaktadır (WHO, 2002). Çocuğun duygusal, fizyolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyecek davranışların tümü istismar olarak değerlendirilmektedir (Güneş, 2017). Kötü bakım da denen ihmal, çocuğun temel ihtiyacı olan bakım ve korumanın sağlanmamasıdır (Polat 2007).

Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan çocukluk çağı cinsel istismarı ve psikiyatrik rahatsızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar, çocukluk çağındaki cinsel istismar yaşantısı ile erişkin dönemde anksiyete bozukluğu, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu gibi ruhsal bozukluklarla arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Fergusson vd., 2008; Mullen vd., 1993; Mullen ve Fleming, 1998). Aydın ve İşmen (2003) yaptıkları bir araştırmada erişkin yaşamda fizyolojik rahatsızlığı olan erkek bireylerin diğer kişilere oranla daha fazla fiziksel istismar yaşantısının olduğunu belirtmektedir. Ek olarak duygusal ihmal ve duygusal istismar yaşantılarının köyde ikamet eden kişilerde daha yüksek olduğu ve askerliğe adaptasyon sürecinde zorluk yaşandığı bildirilmiştir. Yapılan bir araştırmanın bulgularına göre çocuklara yapılan istismar ve ihmal oranlarının sırasıyla %1 ve %1.5 olduğu belirtilmiştir (Dubowitz, 2002; Tercier; 1998). Bulunan bu düşük oranın gerçeğin sadece bir kısmını gösterdiği düşünülmektedir.

a. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ebeveynleri ya da bakımverenleri tarafından bedensel bütünlüğüne zarar verecek şekilde fiziksel hasara uğratılması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır (Bulut, 2009). Fiziksel istismar, dünyada milyonlarca çocuğun yaşamını olumsuz yönde etkileyen, yaygın ve küresel bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Stoltenborg vd., 2013). Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre çocukların %45'nin ihmal ve

istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. En fazla görülen istismar türünün ise fiziksel istismar olduğunu belirtilmektedir (Bulut, 1996). Yapılan başka bir araştırmada çocukların %65,72'sinin fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. (Çocuk ve Gençlik Merkezi, 2006). Araştırma bulguları, çocukların en çok fiziksel ve duygusal istismar yaşantıları olduğunu belirtmektedir (Bakır ve Kapucu, 2017).

Fiziksel istismar türleri içerisinde; dövme, yanıklar, sallanmış bebek sendromu, zehirlenme, vücuduna nesneyi batırma, zorla su içirilmesi (su intoksikasyonu), Munchausen by Proxy Sendromu gibi durumlar yer almaktadır (Kara vd., 2004). Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda bedene ait bulgular ile birlikte ruhsal sorunlar da görülmektedir. Bu travmatik deneyimi yaşayan çocuklar duygularını bastırır ve yaralanmaya karşı duyarsızlaşırlar. Bununla birlikte öz-kıyım düşüncesi, madde kötüye kullanımı ve ileriki yaşlarda tehlikeli cinsel aktivitelere yönelme, kişilik bozuklukları, biyolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklar da fiziksel istismar sonucu görülmektedir (Bayraktar, 2015). Aile içerisinde fiziksel şiddete maruz kalan çocuklarda davranım bozukluğu görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu istismar türüne maruz kalan çocukların yaşamın ilerleyen dönemlerinde kendilerinin de istismarcı rolüne girebilme ihtimali fazladır (Parkinson vd., 2001; akt., Polat, 2002).

b. Duygusal İstismar

Çocuk ve gençlerin duygusal yaşantısını olumsuz yönde etkileyen davranış ve tutumlara maruz kalması ya da sevgi, ilgi ve bakım ihtiyaçlarının karşılanmamasıyla birlikte psikolojik sorunların ortaya çıkması duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır. Bu olumsuz tutum ve davranışlar, çocuk ve gencin üzerinde etki sağlayan ve yaş, konum, bilgi düzeyi gibi nitelikler bakımından daha üstün kişiler tarafından gösterilmektedir (Polat, 2001). Çocuk ve ergenlerde duygusal istismara neden olan ebeveyn davranışları; çocuğa gelişim dönemi ait olmayan sorumluluklar verme, duygusal tepki vermeme, yalnız bırakma, aşağılama (sözlü saldırı), kendi çıkarları için kullanma, çocuğu uygun olmayan davranışa teşvik etme (ör: hırsızlık gibi), suça yönlendirme, sağlık ve eğitim alanlarında çocuğu ihmal etme gibi durumlardır (Brassard vd., 2019; akt., Kağnıcı, 2020).

Çocuk ve ergenlerde duygusal istismar tek başına görebileceği gibi fiziksel ya da cinsel istismar yaşantılarıyla birlikte de görülebilmektedir (Bulut, 2016). Korkmazlar-Oral ve arkadaşlarının (2010), yaptığı bir çalışmada iki çocuktan birinin duygusal istismar yaşadığı bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada kızların erkeklere göre daha çok duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir (Zoroğlu vd., 2001). Somatik semptomları olan 230 erişkin bireyle yapılan bir diğer araştırmada da çocukluk çağındaki duygusal istismarla somatik semptomların anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (Carpenter vd., 2009).

c. Cinsel İstismar

Cinsel istismar kavramı, “henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması” olarak tanımlanmaktadır (Aktepe, 2009). Cinsel istismar farklı türlerde görülebilmektedir. Bunlar; cinsel dokunma, interfemoral ilişki (genital sürtünme) ve cinsel penetrasyon (cinsel birleşme) ve temas etmeden gerçekleşen cinsel istismarlardır (Polat, 2001). Cinsel istismar vakalarında kız çocuklarının erkek çocuklara oranla daha küçük yaşta cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. (Fisher ve McDonald 1998; Wallace, 1999; akt., İbiloğlu vd., 2018).

Cinsel istismar mağduru olan çocuklarda davranışsal ve duygusal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda travmatik deneyimi yaşayan çocuklarda kaygı, öfke, düşmanlık duyguları, uygun olmayan cinsel aktiviteler (kalabalık içerisinde mastürbasyon, cinsel ilişki taklidi, anüs veya vajinaya yabancı bir cismin temas etmesi, genital organlarla sürekli ilgilenmek), travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi durumların sıklıkla görüldüğü ifade edilmektedir (Browne, 1986; Kendall Tackett vd., 1993). Cinsel istismara sürekli olarak maruz kalan kalan çocuklarda en fazla görülen psikiyatrik bozukluk travma sonrası stres bozukluğu olarak tespit edilmiştir bununla birlikte disosiyatif kimlik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde de çocukluk çağında yaşanmış olan bir istismar öyküsü bulunabilmektedir (Görker vd., 2000; Testa vd., 2005).

d. İhmal

İhmal, çocukluk çağında beslenme, barınma, güvenlik ve bakım gibi yaşamsal ihtiyaçların yeterli düzeyde karşılanmamasıdır. İstismar ve ihmali ayıran en temel nokta; ihmalin dolaylı olarak istismarın doğrudan gerçekleşen bir durum olmasıdır (Kara vd., 2004). İhmal, ebeveynin çocuğa ilgi göstermemesi, anne çocuk bağlanmasındaki sorunlar, ebeveynlere duygusal olarak ulaşamazlık veya ebeveynlerin terk etmesi gibi durumlarla karakterizedir (Wilson vd., 2008; Jones-Harden vd., 2014; Sturge-Apple vd., 2012; Doom vd., 2020). İhmal, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olarak ikiye ayrılmaktadır. Ebeveynlerin çocuğun fizyolojik ve ruhsal sağlığıyla ilgili gerekli tıbbi yardımı almamaları ya da geciktirmeleri, beslenme, eğitim, bakım, giyim, güvenlik gibi temel ihtiyaçların karşılanmaması ve gerekli özenin gösterilmemesi fiziksel ihmaldir (Bahçecik vd., 1994; Şahin, 2001; Şenol, 2000).

Duygusal ihmal kavramı, çocukların yetişkinliğe uzanan süreçlerinde ihtiyaçları olan bilişsel, fiziksel ve psikolojik gelişimlerine izin verip katkı sağlayan duygusal bir çevrenin oluşturulamaması olarak tanımlanabilir. Aynı şekilde çocuğun olgunlaşmak için gerek duyduğu araçların, motivasyonun ve güvenliğin sağlanamaması da duygusal ihmali oluşturan etmenlerdendir. (Rees, 2008) Bakımvereninin çocuğun sevgi, ilgi, yakınlık, şefkat gibi duygusal ihtiyaçlarını yeterince karşılamaması ve destekleyici tutumlarda bulunmaması duygusal ihmalin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Aust vd., 2013). Yapılan bir çalışmada ihmalin en sık bildirilen (16.5) çocuk çağı travması olduğu, bunu takiben duygusal (%15,9), fiziksel (%13.5), cinsel (%10.7) istismarın geldiği bildirilmiştir (Zoroğlu vd., 2001).

İhmal ve istismarın yıkıcı rolünü John Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramına kısa bir bakışla da saptayabilmek mümkündür. Bowlby diğer kuramcılarının aksine bebeklerin davranışlarında gözlemlenen birincil motivasyonun beslenmeden ziyade bakımverenler ile sağladığı güvenlik ve yakınlık ilişkisi olduğunu iddia etmektedir. (Allen, 2011) Bu kuram çocuğun ebeveynleri ile ilişkisi aracılığıyla geliştirdiği benlik kavramını ve dünyaya bakışını anlamakta aracı rol üstlenmektedir (Finzi vd., 2001). Bakımverenlerin bebeğin güvenlik, yakınlık arama ve ilişki kurma davranışlarına verdiği geribildirimler çocuğun gelecek yaşamındaki davranış biçimlerini

oluşturmaktadır. (Allen, 2011) Ainsworth, Bowlby'nin kuramı ışığında bağlanma stillerini üç ana başlıkta incelemiştir. Bunlar; güvenli, kaçınmacı ve kaygılı bağlanma olarak sıralanmaktadır. (Levy vd., 1998). Geçmiş yaşantılarında ihmal ve istismar deneyimi olan bireylerin olumsuz bağlanma stilleri geliştirmesi olası görülmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmalardan birinde, erken dönemde ihmal edilen bireylerin kaygılı, fiziksel istismara uğrayanlarınsa kaçınmacı bağlanma stilleri geliştirdiği bulgulanmıştır (Finzi vd., 2001)

7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon İlişkisi

Alan yazın incelendiğinde yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan olumsuz yaşantıların, erişkin dönemdeki psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Herman, 2019). Erişkin dönemde yaşanan fizyolojik olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal gibi olumsuz yaşam olaylarıyla bağlantılı olduğu saptanmıştır (Waldinger vd., 2006).

Ebeveynlerin boşanması (Zoccolilo ve Cloninger, 1985), çocuğun cinsel istismarı (Kinzl vd., 1995), ebeveynin hastalığı ebeveynin fizyolojik bir rahatsızlığı olması (Hotopf, 2002) gibi durumlar somatik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilecek risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Somatizasyon, çocuğun bu olumsuz yaşam olaylarıyla baş etmek için seçtiği bir başa çıkma strateji olabilmektedir (Güler, 2018). Somatik semptomlar, çoğunlukla çevresel stres faktörlerinin etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Günlük hayatta stresli yaşam olaylarına maruz kalan çocuklar, yaşamayanlara oranla daha fazla somatik semptom bildirmektedir (Campo ve Fritsch, 1994; akt., Güler, 2018). Granot ve arkadaşları (2018), erişkin dönemde artmış kronik ağrı ile yaşamın erken dönemlerindeki fiziksel veya cinsel istismar yaşantısının ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Yapılan bir çalışmada benzer yaş grubunda ve cinsel istismar öyküsü bulunan duygu durum bozukluğu tanısı olan 31 kadın hasta ile somatizasyon bozukluğu tanısı olan 60 kadın hasta karşılaştırılmıştır ve somatizasyon bozukluğu olan hastaların duygu durum bozukluğu olan hastalara oranla daha fazla çocukluk çağı travması olduğu saptanmıştır (Morrison, 1989; akt., Baylan, 2019). Yapılan başka bir çalışmada somatizasyon bozukluğu tanısı alan kişilerin majör depresyon tanısı alan kişilere göre çocukluk döneminde daha fazla cinsel

ve fiziksel istismar yaşantısına maruz kaldığı bildirilmiştir (Spitzer vd., 2008:335-341).

Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmanın uyku bozuklukları, fobiler, kaygı bozuklukları, korku tepkileri ve bedensel yakınmalara neden olduğu gözlemlenmiştir (Green, 1996; akt., Taner ve Gökler, 2004:85). İstismar yaşantısı olan kişilerde depresyon, kaygı, düşük benlik saygısı, alkol kötüye kullanımı, öz kıyım girişimi ve somatizasyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Yurdakök ve İnce, 2010).

C. Bilinçli Farkındalık

1. Tanım

Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini şu anda gerçekleşen olaylara odaklayarak, yargısız ve kabullenici bir tutum sergilemesidir (Kabat-Zinn, 1994). Kişinin dikkatini bilinçli olarak o anda gerçekleşen yaşantılara odaklaması ve içsel deneyimlerinin gözlemlemesi zihin ve beden pratiğidir (Kabat-Zinn, 2009). Bilinçli farkındalık içinde bulunduğumuz ana karşı yönlendirilen dikkat ve onu yargılamadan kabullenmek ile karakterizedir. Bir başka deyişle, bilinçli farkındalık zihinden geçenlere karşı dikkatli olarak, duyguları duygular olarak, düşünceleri de düşünceler olarak değerlendirmeyi ve deneyimlere karşı daha işlevsel bakış açısıyla yaklaşmayı sağladığı belirtilmektedir. (Albayrak,2015).

Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini iç dünyasındaki ve çevresindeki olan olaylara yönlendirmesidir. Yaşamda gerçekleşen olaylar ile ilgili bilinçli bir şekilde farkında olunursa kişinin dikkati geçmiş veya geleceğe odaklanmak yerine tam da şu anda olanları değiştirmek istemeden ve yargılamadan kabullenir (Germer, 2004). Farkındalık, Budist meditasyonun tekniklerinden biridir. Budizmi, samatha (dikkat ve sessizlik) ve vipassana (içgörü) aşamaları oluşturmaktadır. Vipassana'nın geçmişi çok eski zamanlara dayanmaktadır ve en eski meditasyon pratiğidir. Yaşananların o anda olduğu gibi fark edilmesiyle karakterizedir. Samatha ise zihnin odağını belirli bir şeye yönlendirmekle ve odağın başka bir şeye yönelmesine izin vermemekle ilgilidir (Ögel, 2012). Bilinçli farkındalık, yaşadığımız ana karşı daha az tepkisiz kalmamızı, olumlu ve olumsuz yaşantılarımıza nötr bir bakış açısıyla yaklaşabilmemizi, acı çekme

düzelelerinin azalmasını ve iyi olma halimizi arttırmaktadır (Özyeşil vd., 2011). Bilinçli farkındalığın nasıl ve ne olduğuna yönelik birbirinden farklı tanımlardaki genel görüş kişinin dikkatinin o an da deneyimlenen yaşantıya kabullenici, şeffaf, yargısız, meraklı, nazik ve şefkat içeren bir tutumla odaklanmasıdır (Baer, 2015). Bu nedenle farkındalığın temelini, deneyimin iyi ya da kötü olarak değerlendirmeden kabullenici, nezaketli ve meraklı bir tutumla gözlemlemek olduğu ifade edilmektedir (Bishop vd., 2004).

Bilinçli farkındalıkla ilgili yapılan tanımlarda o anda yaşanan anı deneyimleme, kabullenici tutum, içsel süreçleri gözleme, yargıları fark etme gibi ortak söylemler olduğu gözlemlenmektedir (Çatak ve Ögel, 2010a). Baer ve diğerleri (2006), bilinçli farkındalık kavramının tanımlamak, gözlemlemek, hareket etmek, tepkisiz olmak ve yargılamamak gibi beş temel özelliği olduğunu belirtmişlerdir. Gözlemlemek; içsel ve dışsal duyuların farkında olmaktır. Tanımlamak; dikkat edilen içsel ve dışsal duyuları tanımlamaktır. Yargılamamak; içerisinde bulunulan anda zihne gelen duygu ve düşünceleri yargılamamaktır. Dikkat ile hareket etmek; kişinin o an içerisinde bulunduğu ana dikkatini vermesi ve başka bir zaman dilimine odaklanmamasıdır. İçsel deneyimlere tepki vermemek; kişinin içerisinde bulunduğu anda hissedilen duygu ve düşünceleri nötr bir tutumla karşılaşması ve zihninden gitmesine izin vermesidir. Bilinçli farkındalıkla ilgili ifade edilen tanımlar genellikle üç temel özelliği ifade etmektedir; niyet, dikkat ve tutum. Niyet dikkati istemli olarak bir yere yönlendirmeyi, dikkat yaşanan ana odaklanıp farkında olmayı ve tutum ise dikkati yönlendirirken olması gereken merak, ilgi, kabul, şefkat ve yargısız olma gibi nitelikleri içerisinde bulundurmalıdır (Shapiro vd., 2006).

Farkındalık anlarında yargısız olma, kişisel deneyimleri önceden var olan bilgilerle anlamlandırmamayı, yaşantıları kategorize etmeden ve eleştirel bakış açısıyla değerlendirmeden gözlemlemeyi içermektedir. Budist fenomenolojisindeki "geçicilik ilkesi" tüm olayların geçici olduğunu ve her şeyin değişim içerisinde olduğunu belirtmektedir. Bu ilke farkındalığı anlamlandırmakta önemlidir. Olayları yargısız bir şekilde değerlendirmek onların geçici olduklarının görülebilmesini sağlar (Kumar, 2002; akt., Çatak ve Ögel, 2010b:70).

Bilinçli farkındalığın 7 temel tutumu Kabat-Zinn (2009) tarafından şu şekilde tanımlanmaktadır:

- **Yargılayıcı Olmama:** Bilinçli farkındalık, deneyimlenen yaşantılara yargılamadan eşlik eder. Bu durumda kişinin deneyimlediği yaşantılarını nasıl yargıladığını ve onları nasıl değerlendirdiğini fark etmesini sağlar. Kişiler deneyimledikleri her şeyi iyi, kötü veya nötr olarak algılamaktadır. İnsanlar zihninde kötü olan şeyleri kötü, iyi olan şeyleri iyi herhangi bir emosyon hissetmedikleri durumları da nötr olarak yargırlar ve yaşananları kategorize ederler. Bu kategorize ettikleri yaşantılar kişilerin zihninde sürekli var olur, stres düzeyini artırır ve farkında olmayı engeller. Kalıplaşmış bu yargıların görülmesi ve fark edilmesi zihni serbest bırakır.
- **Sabır:** Her şeyin bir zamanı olduğunu kabullenip anlama sürecidir. Zamanı gelmeden olgunlaşmaya yoğun çaba sarf etmek olumlu yönde değil olumsuz yönde etki göstermektedir. Bilinçli farkındalık uygulamalarında, kişinin bedenine ve zihnine karşı sabırlı bir tutum sergilemesi hatırlatılmaktadır. Olumlu ya da olumsuz her duygu hissedilir ve aceleci davranmak bu duyguların değişmesini sağlamaz. Hissedilen bir duygudan diğerine geçme isteği ve sabırsız olmak var olan veya hissedilecek duygunun değişmesine etki etmemektedir. Bu bağlamda deneyimlenen her duygu hissedilmektedir ve kişi sabırlı bir tutumla ona kendisinde yer vermelidir.
- **Başlangıç ruhu:** Kişinin deneyimlerinin, duygu, düşünce ve tutumlarına etki etmemesi için yaptığı herhangi bir şeyi başlangıç ruhuyla, ilk kez görüyor gibi deneyimlemesidir. Örneğin çevredeki kişiler ve nesnelere sanki ilk kez görüyormuş gibi önceki deneyimlerden bağımsız olarak değerlendirildiğinde, kişi deneyimlerine bağlı kalmamaktadır. Anların hiçbirinin bir diğeriyle aynı olmadığını fark ederek, geçmişteki deneyimlerin beklenti oluşturmalarına engel olarak yeni deneyimlere açık olabilmektir.
- **Şefkat:** İnsanın benliğine ve duygularına güven duyması meditasyon çalışmalarının en önemli unsurudur. Bu davranış, diğerlerini taklit

etmeden, kişinin kendi duygularına güvenmesini ve kendisi gibi davranmasını sağlamaktadır. Kişi diğerlerinin yol gösterici olduğunun farkında olarak, kendi gibi davranmasının sorumluluğu alır ve bu sayede kendisine güven duyar. Benliğine güven duyan kişinin diğer kişilere de güvendiği ve onlardaki iyiliği daha kolay gözlemlediği belirtilmektedir.

- **Şimdiki Anda Kalma:** İnsanlar her şeyi bir amaca ulaşmak için ve amacı doğrultusunda bir şeyleri elde etmek için yapmaktadır. Bilinçli farkındalık pratikleri kişinin kendisi olarak var olmasını ve o anda gerçekleşen her şeyin gözlemlenmesini amaçlar. Sonuç odaklı düşünmek süreç boyunca yaşanan deneyimlerin kişiye katkı sağlamasını engellemektedir. Bilinçli farkındalık egzersizleriyle amaca ulaşırken, sonuç odaklı düşünmek yerine her şeyin olduğu gibi kabul edilmesi önerilmektedir.
- **Kabul:** İnsanlar yaşadıkları olay ve durumlardan tatminiyet ve memnuniyet duyguları hissetmek zorunda değildir, hayatlarındaki bazı şeylerin daha farklı olmasını veya değiştirmeyi isteyebilirler fakat bunun gerçekleşmesi için ilk aşama yaşanan olumlu veya olumsuz olan olayları inkar etmek yerine kabullenmek gerekmektedir. Hissedilen olumsuz duygulara olumlu duygulardan daha fazla odaklanılmamalı ve direnç göstermemelidir. Deneyimlenen her şey olduğu gibi kabul edildiğinde olumsuz duygularında hissedilebilebileceği bilinmelidir. Fakat bu değişim için harekete geçmemek anlamında ifade edilmemektedir. Harekete geçmek için olması istenilenlere odaklanmak yerine olanı kabullenmek gerekmektedir.
- **Akışına Bırakmak:** İçsel deneyimler dikkatli gözlemlendiğinde zihnin odaklandığı belirli duygu, düşünce ve olayların olduğu görülmektedir. Olumlu yaşantılar ve duygular daha önemli görülürken, kaygı uyandıran, üzüntü veren ve rahatsızlık hissi hissettiren duygu ve yaşantılardan kaçınmak tercih edilmektedir. Bilinçli farkındalık pratikleri ile geçmiş ve gelecek ile ilgili yoğun hisler serbest bırakılır ve gözlemlenir. Ancak bu durum gerçekleşmiyorsa dikkatin bu

düşüncelere odaklanmasının nasıl bir his olduğu anlamlandırılmaya çalışılır. Bu şekilde düşünceler olduğu gibi serbest bırakılmıyorsa, kişi dikkatini o düşüncelerin ne anlam ifade ettiğine ve nasıl etki ettiğine yönlendirir. İnsanlar aslında uyuyacakları zaman karanlık ve sessiz bir ortamda bedenini ve zihnini rahat bırakarak, uykuya geçiş yaparken zihnini kontrol etmekten vazgeçerek serbest bırakmayı deneyimler (Kabatt-Zinn, 2009).

Farkındalık kavramıyla ilgili birçok tanım bulunmaktadır buna karşın bu kavram deneyimseldir. Günlük hayattaki zihin akışı, farkındalık kavramından uzak bir şekilde yani farkında olmama şeklinde işlemektedir. Genellikle zihin deneyimlenen anın akışında kalmayarak, geçmiş ve gelecek yaşantıları takip etmektedir. Bu durum alan yazında otomatik pilot olarak tanımlanmaktadır. Otomatik pilotta kişinin zihni bir şeylerle meşgulken bedeni başka bir yerde olmaktadır (Siegel vd., 2008).

2. Bilinçli Farkındalık Tarihçesi

Bilinçli farkındalık, ilk kez bir yöntem olarak John Kabat-Zinn tarafından Batı'daki klinik uygulamalarda kullanılmıştır (Kabat-Zinn, 1982). 2500 yıl öncesinde Budist psikoloji dili olan Pali dilindeki Sati sözcüğü bilinçli farkındalık kavramının kökenidir. Sati, farkında olma, anımsama ve dikkat anlamını taşımaktadır (Germer, 2004). 2500 yıllık Buda (Buddha) öğretisi ve Budist meditasyonu bilinçli farkındalık kavramının temelini oluşturmaktadır. Shakyamuni Buddha, Budizmin kurucusudur ve Budizm onun öğretilerine dayanmaktadır. Budizm'in temelinde deneyimlere odaklı öğretileri olmasının yanında, hayatı olduğu haliyle şeffaf bir bakış açısıyla deneyimlemeyi de içermektedir (Ögel, 2012) İlk olarak Jon Kabatt-Zinn tarafından tanımlanan bilinçli farkındalık, İngilizce zihin anlamında kullanılan "mind" ve dolu anlamında olan "full" sözcüklerinin birleşmesiyle "mind full" kavramı olarak ortaya çıkmıştır (Uzun ve Kral, 2021:17).

Farkındalık uygulamaları ilk kez kronik ağrıya neden olan hastalıkların belirtilerinin azaltılmasında ve kronik hastalıktan kaynaklı stresin azaltılmasında bir yöntem olarak öğretilmiştir. Farkındalığın ruhani yönünden bağımsız olarak değerlendirilmesiyle birlikte psikoterapi sürecinde öğretilen bir yöntem

olarak yaklaşılması sonucunda, psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde farkındalık temelli yöntemleri kullanmak mümkün olmuştur (Baer vd., 2006). Farkındalık ve bilinç kavramının birbiriyle bağlantılı olduğu varsayıldığında bilinçli farkındalık, psikoterapi sürecindeki değişimin temel araçlarından biridir (Fletcher, Schoendorff ve Hayes, 2010; akt., Unutmaz, 2021).

3. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness Based Cognitive Therapy-MBCT), Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness Based Stress Reduction), Diyalektik Davranış Terapisi, (DBT), Kabul ve Kararlık Terapisi (ACT), Öz Şefkatli Bilinçli Farkındalık Terapisi (Mindfull Compassion Therapy) gibi uygulamalar üçüncü dalga terapi ekolünde bulunan farkındalık temelli uygulamalardır (Uzun ve Kral, 2021:21). Farkındalık temelli uygulamaların kişinin yaşantılarına karşı mesafe kazanma becerisini geliştirdiği düşünülmektedir (Corcoran ve Segal, 2008). Bu bakış açısına göre, farkındalık temelli terapiler kişinin kendi duygu ve düşüncelerine karşı mesafe kazanmasını sağlayarak kişide olumlu etkiler gösterebilmektedir.

Alan yazında son 15 yılda en çok referans verilen iki program MBCT ve MBSR programıdır (Vago vd., 2018; akt., Turan Ağca, 2019:45). MBCT (Segal vd., 2002; 2013) ve MBSR (Kabat-Zinn,1982) sekiz hafta süreyle gruplarla gerçekleştirilen farkındalık becerilerini geliştirmeyi amaçlayan müdahale programlarıdır. Bu farkındalık uygulamaları, katılımcıların program sırasında ve günlük hayatta da duygu, düşünce, nefes farkındalığı ve bedensel duyumsamalar üzerine odaklanmayı içermektedir (Gu vd., 2015).

MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) programı Kabat Zinn ve meslektaşları tarafından Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezinde geliştirilen ve Doğu'daki farkındalık pratiklerine dayanan ve odaklanan bir uygulamadır (Shapiro vd., 2005:165). Doğu'da uygulanan meditasyon uygulamalarından temelini alan farkındalık egzersizlerinde dikkat, nefes alış verişe, bedende ortaya çıkan duyumsamalara, duygulara ve düşüncelere yönlendirilmektedir (Kabat Zinn, 2003). MBSR programı katılımcıların duygu, düşünce, bedende hissedilen duyumsamaların farkında olarak bunlarla ilişki kurabilmesini ve tüm uyarınları yargılamadan gözlemleyebilme yeteneğinin gelişmesini sağlar (Shapiro vd,

2005). Kaygı bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, 8 haftalık farkındalık temelli stres azaltma programının uygulanması sonucu hastaların kaygı semptomlarında anlamlı düzeyde azalma görülmüştür ve 3 yıl sonra yapılan kontrol görüşmeleri sonucunda da bu azalmada herhangi bir değişiklik görülmediği gözlemlenmiştir (Miller vd., 1995). Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının öz kontrolü, duygu ve düşüncelerdeki esnekliği artırmasıyla birlikte bireyin yaşamında strese neden olan etkenlerle başa çıkabilme yeteneğinin geliştiğini bildirmişlerdir (Shapiro vd., 2005).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı, ilk olarak kronik ve tekrarlayan depresyon ataklarının önlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Depresyon hastalarında nükslerin engellenmesi amacıyla oluşturulan bu program daha sonra psikolojik rahatsızlığı olmayan gruplara da uygulanmıştır (Teasdale vd.,1995; akt., Gündoğan, 2019:28). Demir ve Gündoğan (2017), yaptıkları bir çalışmada bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının, üniversite öğrencilerindeki duygu regülasyonu güçlüklerini azaltmadaki etkisini araştırmışlardır. Araştırma sonuçları, terapi programının, üniversite öğrencilerinde duygu regülasyonu güçlüklerini azaltmada anlamlı düzeyde bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Bilinçli farkındalık temelli uygulamalardan bir diğeri olan Kabul ve Kararlılık terapisi insancıl ve davranışçı yaklaşımları farkındalıkla birleştiren bir terapi yaklaşımıdır. Farkındalığı günlük yaşama entegre etmek amacıyla birçok alıştırma kullanılan ve farkındalığın içerdiği kabullenme kavramını temel alan bireysel bir terapidir (Hayes vd., 1999). Kabul kavramı, kişinin zihninden geçen işlevsiz düşünceleri ya da olumsuz duyguları kontrol etmeye çalışmaması, mücadele etmemesi, değiştirmeye dair çaba göstermemesi, onlara göre davranışlarda bulunmaması ve zihinden gitmelerine izin vermesidir (Zeetle, 2007). Kabul ve kararlılık terapisinin bir diğer aşaması ise kişinin sahip olduğu değerleri ve nasıl bir yaşam istediğini keşfedilme evresidir. KKT'nin üçüncü aşaması olan harekete geçme, kişinin kendisinin belirlediği değerleriyle uygun olan davranışları kararlılıkla gerçekleştirmeyi öğrendiği aşamadır (Pearson vd., 2010). Üçüncü dalga dav

Borderline kişilik bozukluğunun tedavisine yönelik geliştirilen Diyalektik davranış terapisinde bilişsel ve davranışçı tekniklerle birlikte kullanılan farkındalık temelli terapi yöntemleri önemli bir rol oynamaktadır. Psikoterapi sürecinde ne ve nasıl becerileri olarak ikiye ayrılan farkındalığın oluşması amacıyla kullanılan bir

program uygulanmaktadır. Meditasyon egzersizleriyle birlikte günlük hayatta da kolayca uygulanabilecek alıştırmalarla bu beceriler desteklenmektedir (Linehan, 1993). Borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık olumlu düzeyde etki göstermektedir. Bu kişilik patolojisinde özellikle ortaya çıkan boşluk duygusunu fark etmeyi sağlayarak yargısız bir tutumla kabullenme ve dikkatin yönlendirilebilmesi gibi durumlara etki sağlamaktadır. Boşluk duygusunun kabullenilmesi kişinin kendisine acı veren duygu ve düşüncelerine maruz kalmasına ve onlarla temas etmesine neden olur. Ek olarak boşluk duygusunun kabullenilmesiyle birlikte kişi bu duygusuna karşı daha açık ve anlamlandırma isteği içerisinde yaklaşır bu da duygunun bastırılmamasını ve inkar edilmemesini sağlayarak davranış kalıplarını değiştirir (Ögel, 2012).

Bilinçli farkındalığın psikiyatrik rahatsızlıklar üzerindeki olumlu etkilerini gösteren sonuçların artmasıyla, farkındalık temelli terapilere ve içerdiği değişim süreçlerine yönelik araştırmalar artış göstermektedir. Yapılan araştırmalarda psikolojik bozukluklara neden olan bilişsel ve duygusal süreçler üzerinde farkındalığın etki gösterdiği bildirilmektedir (Baer, 2007; Çatak ve Ögel, 2010:88).

4. Bilinçli Farkındalık ve Psikopatoloji İlişkisi

Bilinçli farkındalıkta hissedilenleri yargılamadan kabulleniş hali, bireyin içerisinde bulunduğu problemlerle başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Yapılan araştırmalar, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma müdahalelerinin, bireylerde stres düzeyini önemli ölçüde azalttığını belirtmiştir (Shapiro vd., 2007; akt., Arslan, 2018). Kronik ağrı, hastalığa bağlı stres, kişisel ve iş ile ilgili stres gibi sorunları olan kişiler 8 hafta süren Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma programına katılmıştır. Sonuç olarak katılımcıların psikolojik iyi oluş düzeyinde artış, ağrılarında ve stres düzeylerinde azalma saptanmıştır (Carmody ve Baer, 2008). Yapılan bir araştırmada, bilinçli farkındalığın kişisel mutluluk üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre mutluluk ve bilinçli farkındalık arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (Yükselbilgili, 2020). Öz anlayış üzüntü, acı ve stres veren olay ve durumları kişiselleştirmeden, deneyimlenenleri herkesin yaşayabileceğini ve yaşananları yargılamadan kabullenerek gelişir. Bu yüzden bilinçli farkındalık öz anlayışın temel bir noktası olarak değerlendirilmektedir (Özyeşil, 2011). Bir

çalışma, bilinçli farkındalık ve öz-anlayış arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Yıldırım, 2020).

Bilinçli farkındalığın temel olarak kullanıldığı müdahalelerin kaygı bozukluğu, kronik ağrı depresyon, madde bağımlılığı, kişilik patolojileri ve kronik ağrı gibi ruhsal ve bedensel durumlara faydalı olduğu gözlemlenmiştir. (Fulwiler ve de Torrijos, 2013; akt., Kınay,2013). Alan yazında, bilinçli farkındalık düzeyinin, anksiyete, depresyon ve stres düzeyinde olumlu yönde katkı sağladığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Dabanlı, Yüksel ve Yılmaz, 2020). Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına katılan katılımcıların kronik sağlık problemlerinin kaygı, depresyon ve stres düzeylerine etkisi gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, kronik sağlık problemi olan katılımcıların depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin azaldığı bulgulanmıştır (Bohlmeijer vd., 2010).

Depresyon, çaresizlik, üzünlük ve karamsarlığın eşlik ettiği üzgün bir ruh halidir. Kişi depresyondayken, kendine ve etrafa yönelik olumsuz bakış açısına sahip olmakla birlikte, odak ve dikkatte zayıflama, umutsuzluk, değersiz hissetme, her şeyin daha fazla kötüye gideceği inancına sahiptir (Batmaz, 2014). Yapılan çalışmalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin majör depresyondaki nöksleri engellediği bulgulanmıştır (Yüksel, 2014). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi daha önce depresyon tanısı almış kişilerin duygularını, düşüncelerini ve bedenlerindeki duyumlara yönelik yargısız gözleme becerisini öğretmekle depresyon semptomlarının ortaya çıkmasını önlemektedir (Piet ve Hougaard, 2011).

Bilinçli farkındalık ilgili yapılan bir diğer çalışmada, evli olan çiftlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile evlilik tatminiyetleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki gözlemlenmiştir. Araştırma sonucunda bilinçli farkındalık ile evlilik tatminiyeti ve problem çözme becerisi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Boylu, 2018). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, bilinçli farkındalık düzeyinin artmasının duygusal zekanın artmasına etki gösterdiği, psikolojik iyi olma halini destekleyerek ve katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Deniz, Erus ve Büyükcebeci, 2017). Deneysel araştırma sonuçları farkındalık temelli girişimlerin psikolojik iyi olma halini arttırdığını (Astin, 1997), psikiyatrik rahatsızlıkları azalttığını ve nöksleri engellediğini

(Duncan ve Bardacke, 2009), bağışıklık sisteminin daha güçlü olmasını sağladığını (Davidson vd., 2003), depresyon ve anksiyete düzeyini hafiflettiğini (Baer, 2003), çiftler arasındaki ilişkiyi güçlendirdiğini (Kabat-Zinn, 2003) ve ebeveynlerin hoşnutluk duygularını arttırdığını (Specia ve ark., 2000) bildirmiştir (akt., Körükcü ve Kukulü, 2013).

Yapılan araştırmalarda somatizasyon bozukluklarının toplumda sık görülen bir olgu olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda araştırmanın da bu alandaki yapılan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

III.ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

A. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, İstanbul ilinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. İstanbul Aydın Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesinde öğrenim gören 18-35 yaş arası 500 öğrenci (250 kadın, 250 erkek) öğrenci araştırmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Öncelikle İstanbul Aydın Üniversitesi'ne araştırmada kullanılacak ölçek ve ölçeklerin kullanım amaçlarının yazılı olduğu bir tez önerisi sunulmuştur. Etik kurul izni, İstanbul Aydın Üniversitesi'nden alınmıştır (Ek-6). Alınan izinler doğrultusunda araştırmada yer alan ölçekler ve formlar örnekleme oluşturan üniversite öğrencilerine uygulanmıştır. Araştırmaya yönelik form ve ölçekler gönüllülük esasına dayanarak kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir.

B. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanabilmesi amacıyla 18-35 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerine Sosyodemografik Bilgi Formu, DSM-V Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma kapsamında yararlanılan form ve ölçekler Ek 1,2,3 ve 4'te yer almaktadır. Pandemi dönemi sebebiyle ölçekler katılımcılara online platformda uygulanmıştır. "Google Anketler" aracılığı ile ölçekler katılımcılara online platformlardan gönderilmiştir. Uygulama öncesi yapılacak çalışmanın gönüllülük esasına göre yapılacağı katılımcılara bildirilmiştir.

1. Demografik bilgi formu

Sosyodemografik Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür tarandıktan sonra hazırlanmıştır. Bu form üniversite öğrencilerinin aile özellikleri (anne/baba,

eğitim durumu, sağ olup olmadığı, medeni durum vb.) ve kişisel bilgilere ilişkin soruları içermektedir. Form 23 sorudan oluşmaktadırdır.

2. DSM V Düzey 2 Bedensel Belirti leği

Dsm V Düzey 2 Bedensel Belirti leği'nin orijinal hali, Kroenke ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin güvenirlik ve geçerlilik alışması Sarıkavak ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Sarıkavak vd., 2017). DSM-5 bedensel belirti bozukluğu lekleri Bedensel Belirti leği ve Düzey 2 Bedensel Belirti leği olmak üzere iki tanedir. Bedensel Belirti leği klinisyen tarafından doldurulurken Düzey 2 Bedensel Belirti leği z bildirim leğidir. DSM V Düzey 2 Bedensel Belirti leği 15 maddeden oluşmaktadır. Somatik belirtileri tarayan ll likert tipi (0=hi rahatsız olmadım, 1= biraz rahatsız oldum, 2= çok rahatsız oldum) bir ölçektir. Düzey 2 Bedensel Belirti leğinin içsel tutarlılığı 0.83 ve madde-toplam puan korelasyon kat sayıları 0.26-0.62 arasında bulunmuştur. Bedensel Belirti leğinin içsel tutarlılığı 0.96, madde-toplam puan korelasyon kat sayıları 0.89-0.92 arasında bulunmuştur (Sarıkavak vd., 2017).

3. Çocukluk ağı Travmaları leği (TQ-33)

Çocukluk ağı travmaları leğinin Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) adındaki orijinal hali, Bernstein ve ark. (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik alışması Vedat şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (şar vd., 2012). Ölçeğe son olarak Vedat şar ve ark. (2020) tarafından aşırı korumacılık-aşırı kontrol alt boyutları eklenmiştir. 5'li likert tipte (1-hiçbir zaman, 5-çok sık) 33 maddeden ve minimizasyonu ölçen 3 sorudan oluşmaktadır. Duygusal taciz (Madde 8,14,18,25), fiziksel taciz (Madde 9,11,12, 15,17), cinsel taciz (Madde 20,21,23,24,27), duygusal ihmal (Madde 5,7,13,19,28), fiziksel ihmal (Madde 1,4,6,2,26) ve aşırı koruma-kontrol (Madde 29-33) olmak üzere altı alt boyuta sahiptir. Cronbach alfa sayısı .87, Gutmann yarım tekrar test kat sayısı .69 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değerleri fiziksel istismar .81, cinsel istismar .90, duygusal istismar .88, fiziksel ihmal .77, duygusal ihmal .89 aşırı koruma-kollama .84 olarak belirlenmiştir (şar vd., 2020).

4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Özyeşil ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yetişkinlere uygulanması amacıyla yapılmıştır. Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilen Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), günlük hayatta yaşadığımız deneyimlerin ne kadar farkında olduğumuzu ve yaşantılarımıza karşı dikkatli olma eğilimlerini ölçen 15 maddelik bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu belirtmektedir. Bilinçli Farkındalık Ölçeği 6 dereceli (Hemen hemen her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, oldukça seyrek, hemen hemen hiçbir zaman) likert tipi bir ölçektir (Özyeşil ve ark., 2011). Bilinçli Farkındalık Ölçeği, üniversite öğrencilerinden oluşan bir grup üzerinde uyarlanmıştır. Doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizlerinden elde edilen sonuçlara göre ölçek tek boyutlu bir yapı gösterir ve ölçeğin madde toplam korelasyonu her madde için 40'ın üzerinde ilişkili bulunmuştur. Ölçeğin içsel tutarlılık puanı 0.80'dir.

5. Verilen Toplanması

Araştırmada 18-35 yaş arasındaki üniversite öğrencilerinde somatizasyon bozuklukları ile travma ilişkisinde bilinçli farkındalığın aracı rolünün incelenmesi için Demografik Bilgi Formu (Ek-1), "Dsm-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği" (Ek-2), "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği" (Ek-3), "Bilinçli Farkındalık Ölçeği" (Ek-4) kullanılmıştır.

İlk olarak, araştırmada kullanılması planlanan ölçek ve envanterlerin kullanım izinleri, ölçek sahiplerinden e-posta yoluyla alınmıştır (Ek-5, Ek-6, Ek-7). İstanbul Aydın Üniversitesi'ne araştırmada kullanılacak ölçek ve ölçeklerin kullanım amaçlarının yazılı olduğu bir tez önerisi sunulmuştur. Etik kurul izni İstanbul Aydın Üniversitesinden alınmıştır (Ek-8). Gerekli izinler alındıktan sonra ölçekler İstanbul Aydın Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesindeki 18-35 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerine uygulanmıştır. Katılımcılar seçkisiz örnekleme yoluyla belirlenmiş, uygulama online platformda gerçekleştirilmiştir.

Çalışma sırasında katılımcılara bilgilendirici onam formu sunulmuştur (Ek-9). Bilgilendirici onam formu, çalışmanın amacı ve katılımcıların araştırmaya gönüllülük ve gizlilik esasına göre katılabileceklerini içeren bilgileri içermektedir. Bilgilendirici onam formunun ardından çalışmaya katılım sağlamak

isteyen katılımcılara; 'Dsm-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği', 'Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği' (ÇTQ), 'Bilinçli Farkındalık Ölçeği' (BİFÖ) sunulmuştur. Ölçekler için katılımcılara herhangi bir uygulama süresi verilmemiştir. Ölçeklerin uygulama yönergesi her ölçeğin sayfa başında yazılı bir şekilde sunulmuştur. Katılımcılara istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri bilgisi verilmiştir.

6. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Form ve ölçeklerin uygulanma süreci tamamlandıktan sonra 500 katılımcıdan veri elde edildiği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmada elde edilen veriler IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen analiz sonuçlarında normallik varsayımlarının karşılandığı sonucuna ulaşılmıştır. Analizler 500 katılımcı verisi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Analizlerin gerçekleştirilmesinin ardından bulgular elde edilmiştir. Somatik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla ölçekler ile Pearson katsayısı hesaplanarak korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Değerleri incelediğimizde, ölçek ve alt boyutlarına ait basıklık ve çarpıklık değerleri referans aralığındadır. Pearson Korelasyon analizi kullanılarak Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinin birbirleriyle ilişkisi incelenmiştir.

Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılarak Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

PROCESS 3.5 ile düzenleyici rol değişkenine bakılmıştır. Referans alınan p değeri 0.05 ve güven aralığı değeri %95'tir.

IV. ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN BULGULAR

Analize ilk olarak verilerin SPSS 25'e aktarılması ile başlanmıştır. Sonrasında analizleri uygulamadan önce normal dağılım varsayımı sınanmıştır. George ve Mallery (2010), çalışmasına göre basıklık ve çarpıklık katsayılarının -2 ve +2 değerleri arasında olması normal dağılımı sağlamaktadır. Bu durumu göre çalışmada kullanılan bütün değişkenlerin normal dağılım varsayımını sağladığı görülmektedir.

Çizelge 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

	Çarpıklık	Basıklık
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	0,805	-0,248
Duygusal Taciz	1,240	0,752
Fiziksel Taciz	1,550	1,407
Fiziksel İhmal	0,814	-0,083
Duygusal İhmal	0,498	-0,738
Cinsel Taciz	1,759	1,611
Aşırı Koruma/Kontrol	0,902	0,336
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	0,267	-0,444
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	0,509	-0,506

Çizelge 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin Cronbach Alfa Değerleri

	Madde Sayısı	Güvenilirlik (Cronbach's Alpha)
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	33	0.908
Duygusal Taciz	5	0.769
Fiziksel Taciz	5	0.777
Fiziksel İhmal	5	0.737
Duygusal İhmal	5	0.857
Cinsel Taciz	5	0.840
Aşırı Koruma/Kontrol	5	0.818
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	15	0.890
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	15	0.894

Güvenirlilik analizi referans değerleri; $0.8 < \alpha < 1.0$ yüksek derecede güvenilir, $0.6 < \alpha < 0.8$ orta derece güvenilir, $0.4 < \alpha < 0.6$ Zayıf, $0.0 < \alpha < 0.4$ Kabul Edilemez (Özdamar, 1999).

Çizelge 2 incelendiğinde, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin ($\alpha=0.908$) güvenirliliği yüksek derecede, Duygusal Taciz alt boyutunun ($\alpha=0.769$) güvenirliliği orta derecede, Fiziksel Taciz alt boyutunun ($\alpha=0.777$) orta derecede güvenilir, Fiziksel İhmal alt boyutunun ($\alpha=0.737$) orta derecede güvenilir, Duygusal İhmal alt boyutunun ($\alpha=0.857$) güvenirliliği yüksek derecede, Cinsel Taciz alt boyutunun ($\alpha=0.840$) yüksek derecede güvenilir, Aşırı Koruma/ Kontrol alt boyutunun ($\alpha=0.818$) yüksek derecede güvenilir, Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nin ($\alpha=0.890$) yüksek derecede güvenilir, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği'nin ($\alpha=0.894$) yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

Çizelge 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	250	50.0
	Erkek	250	50.0
	Toplam	500	100.0
Eğitim Durumu	Lise	85	17.0
	Yüksek Okul	59	11.8
	Üniversite	256	51.2
	Y. Lisans/Doktora	100	20.0
	Toplam	500	100.0
	Medeni Durumu	Evli	59
	Bekar	424	84.8
	Boşanmış	17	3.4
	Toplam	500	100.0
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	178	35.6
	Ortaokul	68	13.6
	Lise	155	31.0
	Üniversite	84	16.8
	Y. Lisans/Doktora	15	3.0
	Toplam	500	100.0
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	129	25.8
	Ortaokul	78	15.6
	Lise	156	31.2
	Üniversite	117	23.4
	Y. Lisans/Doktora	20	4.0
	Toplam	500	100.0
Anne Baba Durumu	Anne-Baba Birlikte	399	79.8
	Boşanmış	40	8.0
	Anne hayatta değil	27	5.4
	Baba hayatta değil	34	6.8
	Toplam	500	100.0

Çizelge 4. (devamı) Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk	24	4.8
	1	68	13.6
	2	106	21.2
	3	117	23.4
	4 ve üzeri	185	37.0
	Toplam	500	100.0
Kardeş Sırası	1	263	52.6
	2	112	22.4
	3	59	11.8
	4 ve üzeri	66	13.2
	Toplam	500	100.0
Yaşanılan Yer	Yurt	39	7.8
	Aile evi	369	73.8
	Kendisine ait ev	92	18.4
	Toplam	500	100.0
Yaşanılan Kişi/Kişiler	Tek başına	131	26.2
	Ailesiyle	310	62.0
	Eşiyle	39	7.8
	Eşi ve çocuklarıyla	20	4.0
	Toplam	500	100.0
Çocuk Sahibi Olma	Var	20	4.0
	Yok	480	96.0
	Toplam	500	100.0
Kronik Hastalık	Var	71	14.2
	Yok	429	85.8
	Toplam	500	100.0
Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	46	9.2
	Yok	454	90.8
	Toplam	500	100.0

Katılımcıların %50'si kadın, %50'si erkek, eğitim durumu %17 lise, %11.8 yüksekokul, %51.2 üniversite, %20 yüksek lisans mezunu, medeni durumu ise %11.8'i evli, %84.8'i bekaardır.

Anne eğitim durumu %35.6'sı ilkokul, %13.6'sı ortaokul, %31'i lise, %16.8'i üniversiteden mezundur. Baba eğitim durumu %25.8'i ilkokul, %15.6'sı ortaokul, %31.2'si lise, %23.4'ü üniversite, %4'ü yüksek lisans mezundur.

Katılımcıların %79.8'inin anne babası birlikte, %8'i boşanmış, %5.4'ü anne hayatta değil, %6.8'i baba hayatta değildir. Katılımcıların kardeş sayısı %4.8'i tek çocuk, %13.6'sı 1, %21.2'si 2, %23.4'ü 3, %37'si 4 ve üzeridir. Kardeş sırasının %52.6'sı 1, %22.4'ü 2, %11.8'i 3, %13.2'si 4 ve üzeri kardeş sırasına sahiptir.

Katılımcıların %7.8'i yurttta, %73.8'i aile evinde, %18,4'ü kendisine ait evde kalıyor, %26.2'si tek başına, %62'si ailesiyle, %7.8'i eşiyle, %4'ü eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşıyor.

Katılımcıların %4'ünün çocuğu var, %96'sının çocuğu yok, %14.2'sinin herhangi bir kronik tıbbi rahatsızlığı var, %85.8'inin yok, %9.2'sinin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı var, %90.8'inin yoktur.

Çizelge 5. Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Yaş	500	18	35	27	5

Katılımcıların yaş ortalaması 27 ($\bar{X}=27$, $SS=5$) ve katılımcılara ait en küçük yaş 18 iken en büyük yaş 35'dir.

Çizelge 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinin Tanımlayıcı Değerleri

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	500	25	77	40.68	12.96
Duygusal Taciz	500	5	20	7.87	3.41
Fiziksel Taciz	500	5	15	6.48	2.36
Fiziksel İhmal	500	5	21	8.88	3.72
Duygusal İhmal	500	5	25	11.37	4.99
Cinsel Taciz	500	5	13	6.07	2.11
Aşırı Koruma/Kontrol	500	5	25	10.98	4.84
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	500	15	88	46.66	15.72
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	500	0	30	11.02	7.55

Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı ortalaması ($\bar{X}=40.68$, $SS=12.96$), duygusal taciz puanı ortalaması ($\bar{X}=7.87$, $SS=3.41$), fiziksel taciz puanı ortalaması ($\bar{X}=6.48$, $SS=2.36$), fiziksel ihmal puanı ortalaması ($\bar{X}=8.88$, $SS=3.72$), duygusal ihmal puanı ortalaması ($\bar{X}=11.37$, $SS=4.99$), cinsel taciz puanı ortalaması ($\bar{X}=6.07$, $SS=2.11$), aşırı koruma kontrol puanı ortalaması ($\bar{X}=10.98$, $SS=4.84$), bilinçli farkındalık ölçeği puanı ortalaması ($\bar{X}=46.66$, $SS=15.72$), DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği puanı ortalaması ($\bar{X}=11.02$, $SS=7.55$) olarak bulunmuştur.

- Korelasyon Analizi

Bu bölümde çocukluk çağı travmaları, bilinçli farkındalık, somatizasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Çizelge 7'de verilmiştir.

Çizelge 7. Çocukluk Çağı Travmaları, Bilinçli Farkındalık, Somatizasyon Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	1								
2-Duygusal Taciz	.775**	1							
3-Fiziksel Taciz	.741**	.593**	1						
4-Fiziksel İhmal	.776**	.349**	.468**	1					
5-Duygusal İhmal	.889**	.610**	.533**	.653**	1				
6-Cinsel Taciz	.592**	.423**	.392**	.372**	.365**	1			
7-Aşırı Koruma Kontrol	.655**	.611**	.455**	.423**	.609**	.342**	1		
8-Bilinçli Farkındalık Ölçeği	-.412**	-.262**	-.293**	-.347**	-.381**	-.271**	-.274**	1	
10-DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	.309**	.309**	.281**	.207**	.218**	.202**	.262**	-.210**	1

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$ Kullanılan test: Pearson Korelasyon Testi

0.00 – 0.30: Düşük, 0.31 – 0.70: Orta, 0.71 – 1.00: Yüksek (Büyüköztürk Ş., 2011).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r = -.412$, $p < 0.01$) arasında orta düzey ve negatif ilişki, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Duygusal Taciz ($r = -.262$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve negatif ilişki vardır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Fiziksel Taciz ($r = -.293$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve negatif ilişki vardır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Fiziksel İhmal ($r = -.347$, $p < 0.01$) arasında orta düzey ve negatif ilişki vardır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Duygusal İhmal ($r = -.381$, $p < 0.01$) arasında orta düzey ve negatif ilişki vardır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Cinsel Taciz ($r = -.271$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve negatif ilişki vardır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Aşırı Koruma Kontrol ($r = -.274$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve negatif ilişki vardır.

DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r = .309$, $p < 0.01$) arasında orta düzey ve pozitif ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Duygusal Taciz ($r = .309$, $p < 0.01$) arasında orta düzey ve pozitif ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Fiziksel Taciz ($r = .281$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve pozitif ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Fiziksel İhmal ($r = .207$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve pozitif ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Duygusal İhmal ($r = .218$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve pozitif ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Cinsel Taciz ($r = .202$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve pozitif ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Aşırı Koruma Kontrol ($r = .262$, $p < 0.01$) arasında zayıf düzey ve pozitif

ilişki vardır. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği ($r=-.210$, $p<0.01$) arasında zayıf düzey ve negatif ilişki vardır.

- Düzenleyici Rol Analizi

Bu bölümde çocukluk çağı travmalarının somatizasyonu yordamasında bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünün incelenmesi için A. Hayes'in (2018) geliştirdiği Process Makro uzantısı kullanılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Çizelge 8'de verilmiştir.

Çizelge 8. Çocukluk Çağ Travmaları Somatizasyonu Yordamasında Bilinçli Farkındalığın Düzenleyici Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	B	SH	T	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	11.07	0.35	31.97	<.001	10.39	11.75
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	0.42	0.36	5.67	<.001	1.35	2.77
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	-0.74	0.35	-2.08	0.039	-1.43	-0.04
(Ç. Çağ) * (B. Farkındalık)	0.14	0.32	0.43	0.661	-0.49	0.77
$R^2 = .32$ $F=19.16$ $p=0.000$						

* $p<0.05$ Kullanılan test: PROCESS Macro 3.5

Bulgular tablosu değerlendirildiğinde, etkileşim değişkeninin anlamlılığının $p=0.661$ ve alt ve üst sınırının (-0.49 - 0.77) aralığının sıfırı içermesinden dolayı, bilinçli farkındalığın düzenleyici etkiye sahip olmadığını söyleyebiliriz.

- Karşılaştırma Analizi

Bu bölümde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinin puanları demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA testi ile yapılmıştır. Bulgulara ilişkin sonuçlar Çizelge 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ve 16'da verilmiştir.

Çizelge 9. Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	T	Sd.	P	Cohen's D
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Kadın	250	41.26	13.26	1.00	498	0.319	
	Erkek	250	40.10	12.66				
	Erkek	250	10.91	4.79				
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Kadın	250	47.75	16.62	1.56	490.733	0.120	
	Erkek	250	45.56	14.71				
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	Kadın	250	12.13	8.02	3.33	486.714	0.001*	0.30
	Erkek	250	9.90	6.88				

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden ($t(486.714)=3.33$, $Sd.=486.714$, $p<0.05$) elde edilen puanları cinsiyet durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sonuçları değerlendirdiğimizde, kadınların, erkeklere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğine (*Cohen's d=0.30*) ilişkin etki güçlerinin zayıf düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden elde edilen puanları cinsiyet durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir($p>0.05$).

Çizelge 10. Eğitim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Lise	85	42.80	17.68	G.Arası	1016.17	3	338.72	2.03	0.109	
	Yüksek Okul	59	43.02	13.47	G.İçi	82846.27	496	167.03			
	Üniversite	256	39.61	11.42	Toplam	83862.44	499				
	Y. Lisans/Doktora Toplam	100 500	40.25 40.68	11.38 12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Lise	85	47.14	16.56	G.Arası	1096.06	3	365.35	1.48	0.218	
	Yüksek Okul	59	42.73	13.28	G.İçi	122200.45	496	246.37			
	Üniversite	256	47.46	15.42	Toplam	123296.52	499				
	Y. Lisans/Doktora Toplam	100 500	46.52 46.66	16.90 15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	Lise	85	9.56	7.02	G.Arası	638.66	3	212.89	3.80	0.010*	0.022
	Yüksek Okul	59	9.90	7.55	G.İçi	27785.21	496	56.02			
	Üniversite	256	10.99	7.16	Toplam	28423.87	499				
	Y. Lisans/Doktora Toplam	100 500	12.98 11.02	8.56 7.55							

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir($p>0.05$).

DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden ($F(3.496)=3.80$, $p<0.05$) elde edilen puanları eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Levene's testi yapılmış ve sonrasında varyanslarının homojen olmadığına karar verilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell testi bulgularını kontrol ettiğimizde Yüksek Lisans/Doktora mezunu (12.98 ± 8.56) olan grubun aldığı puanların lise mezunu (9.56 ± 7.02) olan gruptan daha yüksek

olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.022$).

Çizelge 11. Medeni Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Evli	59	40.12	12.36	G.İçi	1274.52	2	637.26	3.83	0.022*	0.015
	Bekar	424	40.42	12.88	G.Arası	82587.91	497	166.17			
	Boşanmış	17	49.18	14.92	Toplam	83862.44	499				
	Toplam	500	40.68	12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Evli	59	46.53	16.32	G.İçi	1386.73	2	693.37	2.83	0.060	
	Bekar	424	47.03	15.53	G.Arası	121909.78	497	245.29			
	Boşanmış	17	37.82	16.78	Toplam	123296.52	499				
	Toplam	500	46.66	15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	Evli	59	9.63	7.06	G.İçi	234.76	2	117.38	2.07	0.127	
	Bekar	424	11.10	7.52	G.Arası	28189.11	497	56.72			
	Boşanmış	17	13.65	9.22	Toplam	28423.87	499				
	Toplam	500	11.02	7.55							

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği, Fiziksel Taciz alt ölçeğinden elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden ($F(2,497)=3.83$, $p<0.05$) elde edilen puanları medeni duruma göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, boşanmış (49.18 ± 14.92) olan grubun, evli (40.12 ± 12.36) ve bekar (40.42 ± 12.88) olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.015$).

Çizelge 12. Anne Eğitim Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	İlkokul	178	43.43	13.42	G.	2633.10	4	658.27	4.01	0.003*	0.031
	Ortaokul	68	40.56	12.71	G. Arası	81229.34	495	164.10			
	Lise	155	39.77	12.83	G. İçi	83862.44	499				
	Üniversite	84	37.35	11.70	Toplam						
	Y.	15	36.80	11.40							
	Lisans/Doktora										
	Toplam	500	40.68	12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	İlkokul	178	46.02	15.19	G.	1204.99	4	301.25	1.22	0.301	
	Ortaokul	68	46.76	15.32	G. Arası	122091.53	495	246.65			
	Lise	155	46.92	16.02	G. İçi	123296.52	499				
	Üniversite	84	48.73	16.75	Toplam						
	Y.	15	39.53	13.84							
	Lisans/Doktora										
	Toplam	500	46.66	15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	İlkokul	178	11.69	7.24	G.	184.96	4	46.24	0.81	0.519	
	Ortaokul	68	11.24	7.57	G. Arası	28238.91	495	57.05			
	Lise	155	10.70	7.98	G. İçi	28423.87	499				
	Üniversite	84	10.01	7.11	Toplam						
	Y.	15	10.93	8.92							
	Lisans/Doktora										
	Toplam	500	11.02	7.55							

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden elde edilen puanları anne eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden ($F(4,495)=4.01$, $p < 0.05$) elde edilen puanları anne eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, ilkokul mezunu (43.43 ± 13.42) olanların üniversite mezunu (37.35 ± 11.70) olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.031$).

Çizelge 13. Baba Eğitim Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	İlkokul	129	44.05	13.95	G.İçi	2316.74	4	579.19	3.52	0.008*	0.028
	Ortaokul	78	40.81	13.34	G.Arası	81545.69	495	164.74			
	Lise	156	39.04	12.37	Toplam	83862.44	499				
	Üniversite	117	39.78	12.15							
	Y. Lisans/Doktora	20	36.55	10.54							
	Toplam	500	40.68	12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	İlkokul	129	44.84	15.96	G.İçi	759.55	4	189.89	0.77	0.547	
	Ortaokul	78	47.14	14.67	G.Arası	122536.97	495	247.55			
	Lise	156	47.98	16.10	Toplam	123296.52	499				
	Üniversite	117	46.37	14.92							
	Y. Lisans/Doktora	20	47.90	19.70							
	Toplam	500	46.66	15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	İlkokul	129	10.38	7.54	G.İçi	151.40	4	37.85	0.66	0.618	
	Ortaokul	78	10.56	7.00	G.Arası	28272.48	495	57.12			
	Lise	156	11.13	7.27	Toplam	28423.87	499				
	Üniversite	117	11.64	8.19							
	Y. Lisans/Doktora	20	12.35	8.08							
	Toplam	500	11.02	7.55							

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden elde edilen puanları baba eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden ($F(4,495)=3.52$, $p < 0.05$) elde edilen puanları baba eğitim durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, ilkokul mezunu (44.05 ± 13.95) olanların lise mezunu (39.04 ± 12.37) olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.028$).

Çizelge 14. Anne-Baba Sağ ve Birlikte mi Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Anne-Baba Birlikte	399	39.63	11.80	G.İçi	2380.23	3	793.41	4.83	0.003*	0.028
	Boşanma	40	43.80	15.54	G.Arası	81482.21	496	164.28			
	Anne hayatta değil	27	47.15	18.60	Toplam	83862.44	499				
	Baba hayatta değil	34	44.21	15.20							
	Toplam	500	40.68	12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Anne-Baba Birlikte	399	47.37	15.75	G.İçi	1590.32	3	530.11	2.16	0.092	
	Boşanma	40	44.78	17.75	G.Arası	121706.19	496	245.38			
	Anne hayatta değil	27	39.93	14.40	Toplam	123296.52	499				
	Baba hayatta değil	34	45.85	12.68							
	Toplam	500	46.66	15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	Anne-Baba Birlikte	399	10.75	7.41	G.İçi	536.36	3	178.79	3.18	0.024*	0.019
	Boşanma	40	11.28	7.51	G.Arası	27887.51	496	56.22			
	Anne hayatta değil	27	15.30	8.46	Toplam	28423.87	499				
	Baba hayatta değil	34	10.47	7.76							
	Toplam	500	11.02	7.55							

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden elde edilen puanları anne-baba sağ ve birliktelik durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden ($F(3.496)=4.83$, $p < 0.05$) elde edilen puanları anne-baba sağ ve birliktelik durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, annesi hayatta olmayanların (47.15 ± 18.60) Anne-babası birlikte olan (39.63 ± 11.80) gruba göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.028$).

DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden ($F(3.496)=3.18$, $p < 0.05$) elde edilen puanları anne-baba sağ ve birliktelik durumuna göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının

homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, annesi hayatta olmayanların (15.30 ± 8.46) Anne-babası birlikte olan (10.75 ± 7.41) gruba göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.019$).

Çizelge 15. Kaldığı Yere Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Yurt	39	45.62	16.36	G.İçi	1030.04	2	515.02	3.09	0.046*	0.012
	Aile evi	369	40.28	12.06	G.Arası	82832.40	497	166.66			
	Kendisine ait ev	92	40.20	14.49	Toplam	83862.44	499				
	Toplam	500	40.68	12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Yurt	39	44.97	14.50	G.İçi	391.26	2	195.63	0.79	0.454	
	Aile evi	369	46.42	15.33	G.Arası	122905.26	497	247.29			
	Kendisine ait ev	92	48.34	17.67	Toplam	123296.52	499				
	Toplam	500	46.66	15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	Yurt	39	15.03	8.58	G.İçi	739.68	2	369.84	6.64	0.001*	0.026
	Aile evi	369	10.86	7.43	G.Arası	27684.19	497	55.70			
	Kendisine ait ev	92	9.96	7.08	Toplam	28423.87	499				
	Toplam	500	11.02	7.55							

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden elde edilen puanları kaldığı yere göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden ($F(2.497)=4.01$, $p<0.05$) elde edilen puanları kaldığı yere göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Games-Howell testi bulguları incelediğinde, yurttan (45.62 ± 16.36) kalanların aile evinde (40.28 ± 12.06) kalanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.012$).

DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden ($F(2.497)=6.64$, $p<0.05$) elde edilen puanları kaldığı yere göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Tukey bulguları incelediğinde, yurttan (15.03 ± 8.58) kalanların aile evi (10.86 ± 7.43) ve kendisine ait evde (9.96 ± 7.08) kalanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki

büyükliğini değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.026$).

Çizelge 16. Kiminle Birlikte Yaşadığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		N	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p	η^2
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Tek başına	131	41.81	15.21	G.İçi	429.00	3	143.00	0.85	0.467	
	Ailesiyle	310	40.31	12.03	G.Arası	83433.44	496	168.21			
	Eşiyle	39	38.79	11.98	Toplam	83862.44	499				
	Eşi ve çocuklarıyla	20	42.70	12.99							
	Toplam	500	40.68	12.96							
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Tek başına	131	47.34	16.80	G.İçi	92.41	3	30.80	0.12	0.946	
	Ailesiyle	310	46.40	15.16	G.Arası	123204.11	496	248.40			
	Eşiyle	39	46.82	14.85	Toplam	123296.52	499				
	Eşi ve çocuklarıyla	20	45.95	19.27							
	Toplam	500	46.66	15.72							
DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği	Tek başına	131	11.47	7.88	G.İçi	802.68	3	267.56	4.80	0.003*	0.028
	Ailesiyle	310	11.09	7.49	G.Arası	27621.19	496	55.69			
	Eşiyle	39	7.23	5.27	Toplam	28423.87	499				
	Eşi ve çocuklarıyla	20	14.30	7.85							
	Toplam	500	11.02	7.55							

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden elde edilen puanları elde edilen puanları kaldığı yere göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

DSM-5 Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeğinden ($F(3.496)=4.80$, $p<0.05$) elde edilen puanları kiminle birlikte yaşadığına göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Games-Howell testi bulguları incelediğinde, eşi ve çocuklarıyla (14.30 ± 7.85) yaşayanların eşiyle (7.23 ± 5.27) yaşayanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Son olarak etki büyüklüğünü değerlendirdiğimizde, zayıf düzey bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($\eta^2=0.028$).

V.TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Tartışma

Bu araştırmada üniversite öğrencilerindeki somatizasyon belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda hipotezler oluşturulmuş ve katılımcılardan veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler analiz edilerek bulgulara ulaşılmıştır. Bu kısımda literatürde yer alan araştırmalar aracılığı ile araştırmada elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Araştırmada bilinçli farkındalık ile bedensel belirti arasında negatif ilişkiler olduğu görülmüştür. Elde edilen bulguların literatür ile tutarlı olduğu görülmektedir (Ortiz ve Sibinga, 2017). Literatüre bakıldığında, bilinçli farkındalık düzeyinin azalmasının psikiyatrik rahatsızlıkları yol açtığı bildirilmektedir. Bu bağlamda bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olması bedensel belirtilere yol açabilir. Ayrıca, bilinçli farkındalığın depresyon, anksiyete ve kronik ağrı gibi psikolojik ve fiziksel belirtilerin giderilmesinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olması, bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etme becerilerini kısıtlayarak duygu ve düşüncelerini işlevsel olmayan yollardan ifade etmelerine ve sahip oldukları bedensel belirtilerin artmasına yol açabilir (Ortiz ve Sibinga, 2017). Bu bağlamda kaygı ve depresyon belirtileri de artış gösterebilir.

- Çocukluk Çağı Travmaları, Bedensel Belirtiler ve Bilinçli Farkındalık

Araştırmanın sonucunda bedensel belirtiler ile çocukluk çağı travmaları ilişkisinin pozitif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulguların literatür ile tutarlı olduğu, yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmatik olayları ile bedensel belirtiler arasında pozitif ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Suzuki, 2014; Waldinger vd., 2006). Yaşamın erken dönemlerinde travmatik yaşam olaylarının deneyimlenmesi ile birlikte çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklar görülebilmektedir ya da sonraki dönemlerde güncel tetikleyiciler ile sosyal ve psikolojik problemlere

yol açabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Erken dönemdeki travmatik yaşam olayları kişilerde anksiyete, depresyon, organik bir sebebe bağlı olmayan somatik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ortiz ve Sibinga (2017) tarafından yapılan araştırmada, çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların stres tepkilerine, anksiyete, depresyon ve somatik belirtilere yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır. Suzuki (2014) tarafından ulaşılan sonuca göre, çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşam olayları bireyin yetişkinlik dönemindeki psikolojik sağlığı üzerinde negatif etkiye sahiptir. Waldinger ve diğerleri (2006), bireylerin yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarının somatik belirtiler ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğunu, çocukluk çağında yaşanan olumsuz olaylara güvensiz bağlanma stilleri eşlik ettiğinde somatik belirtilerin oluşma riskinin arttığını bildirmiştir (Waldinger vd., 2006:133). Travmatik olaylar bireyler açısından zorlayıcı olaylar olduğu için bireyler bu duruma psikolojik tepkiler gösterebilirler. Somatizasyon belirtileri de zorlayıcı olayın etkisi ile oluşmuş problemlerden olabilir. Travmatik olaylara verilen stres tepkileri, bireyler tarafından somatik belirtiler aracılığı ile ifade ediliyor olabilir. Duygu ve düşüncelerin işlevsel olmayan yollar aracılığı ile ifade edilmesi, somatik belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir (Waldinger vd., 2006: 133).

Araştırmada ulaşılan sonuca göre, bedensel belirtiler ile bilinçli farkındalık arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Bu bulgunun literatürde yer alan araştırmalar ile benzer olduğu gözlemlenmektedir (Ortiz ve Sibinga, 2017; Lakhan ve Schofield, 2013). Ortiz ve Sibinga (2017) tarafından yapılan araştırmanın sonucuna göre, bilinçli farkındalık bireyin anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltarak, hayat kalitesini arttırmaktadır. Bilinçli farkındalık yöntemleri psikolojik belirtilerin giderilmesinde kullanılmaktadır (Lakhan ve Schofield, 2013). Lakhan ve Schofield (2013) tarafından yapılan çalışmada, bilinçli farkındalık yöntemlerinin somatizasyon belirtilerinin giderilmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilinçli farkındalık, bireyin kendisi ile duygusal bağ kurmasını sağlayarak, farkındalık düzeyini artırdığı için bireylerin bedensel belirtilerinin azalabileceği ön görülebilir (Ortiz ve Sibinga, 2017).

Araştırmada ulaşılan sonuca göre, çocukluk çağı travmaları ve bilinçli farkındalık arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Bu bulgunun literatürde yer alan araştırmalarla benzer olduğu görülmektedir (Bolduc vd., 2018).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların, dissosiyasyon gibi sonuçları olabilmektedir. Birey travmatik olayların baş etme alanındaki zorlayıcılığından dolayı dissosiyasyon belirtileri gösterebilirler (Bolduc vd., 2018). Birey yaşadığı durum ile baş etmek için gerçeklikten kopabilir. Birey kendi bedeninden ve kimliğinden ayrılmış gibi hissedebilir. Bu belirtiler, travmatik olayın zorlayıcılığından dolayı ortaya çıkar ve travmatik olay baş ederken akut dönemde işe işlevsel gibi gözükse de bireyin yaşamının ileriki dönemlerinde problemler oluşturabilir (Perona-Garcelan vd., 2014). Dissosiyasyon belirtileri gösteren bireyler kendileri ile bağlantı kuramayarak anda kalamayabilirler. Duygu ve düşüncelerinin farkında olamayabilirler. Bundan dolayı bilinçli farkındalık konusunda problem yaşayabilecekleri söylenebilir (Forner, 2019).

Literatürde yer alan araştırmalarda çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların bireyin derealizasyon ve depersonalizasyon belirtilerine yansımalar yaparak bilinçli farkındalık becerilerini olumsuz olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Perona-Garcelan vd., 2014). Bu bağlamda travmatik olayların varlığının, bilinçli farkındalığı engellediği söylenebilir. Dissosiyasyon, çocukluk çağı travmatik olayları ve travmatik tepkiler ilişkisinin altında yatan mekanizmadan dolayı oluşabilir (Kratzer vd., 2018). Klinik uygulamalarda bilinçli farkındalık temelli tekniklerinin kullanılması, bireylerin disosiyasyonu kontrol etmesini destekleyerek anda kalma becerilerini arttırabilir. Bilinçli farkındalık teknikleri bireyin kaçınmalarını engelleyerek kendisi ile yeniden bağ kurmalarını sağlar (Zerubavel ve Messman-Moore, 2015).

- Çocukluk Çağı Travmatik Olayları ve Bedensel Belirtiler Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalığın Düzenleyici Rolü

Bu araştırmada somatizasyon belirtileri ve çocukluk çağı travmaları ilişkisinde bilinçli farkındalık değişkeninin düzenleyici rolü olduğu varsayılmıştır. Çocukluk çağı travmalarının somatizasyonu yordamasında bilinçli farkındalığın rolünün incelenmesi için yapılan analizlerde bilinçli farkındalığın düzenleyici etkiye sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgunun literatür ile tutarlı olmadığı görülmektedir. Daigneault ve diğerleri (2016) tarafından yapılan araştırmada, bilinçli farkındalığın çocukluk çağı travmaları ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Martin-Cuellar ve diğeri (2018) tarafından yapılan araştırmada da bilinçli farkındalığın çocukluk çağı travmaları ile Őefkat memnuniyeti arasındaki ilişkide dűzenleyici rolű olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. McKeen ve diğeri (2021) tarafından yapılan araştırmada da bilinçli farkındalığın çocukluk çağı travmatik olayları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide hem aracı hem de dűzenleyici rolűnűn olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu arařtırmada bilinçli farkındalıđın çocukluk çađı travmaları ile iliřkili deđiřkenlerde dűzenleyici rolűnűn istatikselsel olarak anlamlı olmamasının çeřitli nedenleri olabilir. Literatűrde yer alan çalıřmalarda arařtırmaya ergelik dűneminde olan lise ođrencilerinin dahil edildiđi ve klinisyenler tarafından yapılandırılmıř ołçek kullanımı ile deđerlendirilmeler yapıldıđı gűrűlműřtűr. Őniversite ođrencileri ile yapılan arařtırmalar kısıtlıdır. Őniversite ođrencileri őrnekleminde bilinçli farkındalıđın, arařtırma kapsamında incelenen deđiřkenlerde dűzenleyici rol açasından istatikselsel olarak anlamlı bulgulara sahip olmadıđı sűylenebilir. Buna ek olarak, bilinçli farkındalık ve çocukluk çađı travmaları arasındaki iliřkiye eřlik eden farklı deđerkenlerin etkisi, iki deđerken arasındaki iliřkinin belirlenmesine yol açmıř olabilir. Yapılan arařtırmalarda anksiyete, depresyon, Őefkat tatmini gibi deđerkenler ile bilinçli farkındalık ve çocukluk çađı travmatik olayları arasındaki iliřkiler deđerlendirilmiřtir (Martin-Cuellar vd., 2018). Bu deđerkenlerin varlıđı bilinçli farkındalıđın dűzenleyici rolűnű etkiliyor olabilir. Bilinçli farkındalıđın, somatizasyon belirtileri ile çocukluk çađı travmaları ile iliřkisinde dűzenleyici rolűnű istatikselsel olarak anlamlı olmamasının çeřitli nedenlerinden biri kullanılan ołçekler ile iliřki olabilir. Bu arařtırmada çocukluk çađı travmatik olayları çocukluk çađı travmaları ołçeđi ile deđerlendirilmiřtir. Bu ołçeđe ek olarak yapılan ołçűmler travmatik olayların ołçűlmesinin gűvenirliđini artırabilir. Ek olarak bireyler yařadıkları travmatik olayları anımsamak ya da ifade etmek istemiyor olabilirler. Bu durum deđerkenler arasındaki iliřkileri belirleyebilir. Joshua ve diğeri (2014) tarafından yapılan bir çalıřmada, travmatik olay yařayan kiřilerin travma sonrasında emosyonlarının ifade edilmesinde inhibisyon olduđu bildirilmektedir.

Bu arařtırmada bilinçli farkındalıđın somatizasyon ile iliřkili deđerkenlerde dűzenleyici rolűnű istatikselsel olarak anlamlı olmamasının çeřitli nedenleri olabilir. Daigneault ve diğeri (2016) tarafından yapılan arařtırmada, bilinçli

farkındalığın depresyon ve anksiyete belirtileri üzerindeki düzenleyici rolü keşfedilmiştir. Ancak çocuklukta maruz kalınan duygusal kötü muamelenin psikolojik semptomlar üzerindeki olumsuz etkisi bilinçli farkındalık düzeyi düşük olduğunda anlamlı olabilmektedir. Bu araştırmada somatizasyon belirtileri ile çocukluk çağı travmatik olaylarının arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünün olmaması, bilinçli farkındalığın travmatik olaylara sahip bireylerin somatik belirtilerine daha az etki etmesi ile açıklanabilir. Bilinçli farkındalık farklı psikolojik semptomlara etki ederken, somatizasyon belirtileri ile ilişkiye sahip olmayabilir. Diagneault ve diğerleri (2016) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarında bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olması ile ilişki kurulmuştur. Ancak bu araştırmanın üniversite öğrencileri ile yapılmış olması sonuçların farklılaşmasına neden olmuş olabilir. Yüksek bilinçli farkındalık düzeyi ile bahsedilen değişkenler arasında ilişki bulunmuyor olabilir. Heshmati ve diğerleri (2021) tarafından yapılan araştırmada, çocuklukta yaşanan zorlayıcı olaylar ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık eden değişkenler keşfedilmiştir. Bilinçli farkındalığın bu ilişkiye aracılık edeceği düşünülmüştür. Bilinçli farkındalık ilişkide aracı bir rol oynarken, düzenleyici bir role sahip olmuyor olabilir. Buna ek olarak, somatizasyon belirtilerinin bedensel belirti ölçeği ile ölçülüyor olması ölçümün yetersiz kalmasına yol açmış olabilir. Bundan dolayı somatik belirtilerin klinik tanı ile belirlenmesi bireylerin somatizasyon belirtilerinin daha güvenilir şekilde ölçülmesini sağlayabilir.

- Somatik Belirtiler ve Cinsiyet

Bu araştırmada kadın katılımcıların bedensel belirti ölçeği toplam puanları da erkek katılımcılardan daha yüksektir. Literatürde yer alan araştırmalarda kadın cinsiyet ile somatizasyon belirtileri arasında ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgunun literatür ile tutarlı olduğu söylenebilir. Kadın olmak, sahip olunan psikolojik problemler açısından risk oluşturabilmektedir.

Yapılan araştırmalarda kadınların bedensel belirtilerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özenli vd., 2009: 134). Bu araştırmada da literatür ile benzer şekilde bedensel belirtilerin kadınlarda daha fazla olması farklı değişkenler aracılığı ile açıklanabilir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %7.7'sinde somatizasyon bozukluğu tespit edilmiştir. Araştırmada aile içinde sözlü

taciz, kadın cinsiyet ve kronik rahatsızlık öyküsü ile somatizasyon bozukluğu arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu bildirilmektedir (Özenli vd., 2009).

Kadınlar, çocukluk döneminde yaşadıkları travmatik yaşam olayları sonucunda somatik belirtiler gösteriyor olabilirler. Yaşanan travmatik olaylar bireyler açısından zorlayıcı olabileceği için bireyler hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemlerinde stres tepkileri gösterebilirler. Tıbbi bir nedene bağlı olmayan bedensel belirtiler, psödoepileptik nöbetler ve kronik ağrı şikayetinde bulunan kadın hastalarda disosiyatif belirtilerin ve cinsel istismar öyküsünün sık olduğu bildirilmektedir (El-Hage vd., 2022). Somatik belirtiler, kişilerin kendilerini ifade etme aracı olarak kullandıkları bir yol olabilir (Özenli vd., 2009). Ayrıca bedensel belirtiler kadınlar tarafından daha fazla bildiriliyor olabilir. Kültürel etkiler göz önüne alındığında, kadınların somatik belirtileri bildirmeleri kültür tarafından kabul edilebilir olduğu için kadınlar yaşamış oldukları somatik belirtileri daha fazla bildirme eğilimine sahip olabilirler (Piccinelli ve Simon, 1997). Bu durum erkeklerin yaşadığı olayların belirlenememesine yol açabilir.

Kadınlar ve erkekler arasındaki somatik belirtilerin görülme sıklığının farklılaşmasının nedenlerinden biri toplumsal cinsiyet rolleri aracılığı ile açıklanabilir. Toplumsal cinsiyet rolleri, kadın ve erkek cinsiyetin toplum tarafından her iki cinsiyete atfettiği özellikler ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Dökmen, 2012). Kültürel olarak kadına ve erkeğe atfedilen kişilik özellikleri ve davranışlar toplumsal cinsiyet yargıları olarak aktarılmaktadır (Zeyneloğlu, 2008). Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları değerlendirildiğinde kadınlar duygusal, hassas, sevgi dolu, bağımlı, boyun eğici, mütevazı pasif gibi özelliklerle tanımlanırken, erkekler korkusuz, akıllı, atılgan, güvenli, güçlü, bağımsız, saldırgan ve aktif gibi sıfatlarla tanımlanmaktadır (Delisi ve Soundranayagam, 1990; Dökmen, 2012; Eagly vd., 2010; Sunar, 1982). Kadınların şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü gibi olumsuz yaşantıları deneyimlemesi ve itaatkar, pasif olma ve fedakar olma gibi toplumsal öğretilere maruz kalmalarının psikolojik sorunlara açtığı bildirilmektedir (Koyun vd., 2011). Bu bağlamda somatik belirtilerin erkeklere göre kadınlarda daha fazla görülmesinin toplumsal cinsiyet rolleriyle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmaya göre, kadınlar erkeklerden %25 daha fazla sağlık sorunları yaşamakta ve akut durumlar sonucu erkeklerden %35 gün daha fazla yatakta kaldıkları bildirilmektedir (Akın, 2007; WHO, 2005).

Alanyazında kadın ve erkek arasında olan toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin bireylerin öznel iyi oluşlarını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Cowan vd., 1998). Kadınların erkeklere oranla ev işleriyle veya çocuk bakımıyla ilgili daha ağır bir sorumluluklarının olmasından dolayı öznel iyi oluş düzeylerinin düştüğü bildirilmektedir (Nolen-Hoeksema ve Rusting, 1999). Bu durum kadınlara atfedilen toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı erkeklere göre kadınların daha ağır sorumluluklarının olması, psikolojik iyi oluşlarını etkilediğini ve somatik belirtilerin ortaya çıktığını düşündürülebilir. Buna ek olarak, kadınların daha fazla şiddete maruz kaldıkları gözlemlenmektedir. Şiddete maruz kalmak, bireylerin duygusal çatışmalarını somatik belirtiler aracılığı ile ifade etmelerine yol açmaktadır. Bundan dolayı kadınların şiddete maruz kalma oranlarının fazlalaşması, somatik belirtilerin de artışı ile sonuçlanmaktadır (Eberhard-Gran vd., 2007).

Kadın ve erkeklerin ağrıya karşı tutumları biyolojik olarak farklıdır. Kadınlar erkeklere göre, fiziksel acıyı daha fazla deneyimleyebilirler. Burada önemli olan nokta, deneyimlenen ağrıya karşı toplumun gösterdiği tutumdur. Erkeklerin yaşadığı ağrılar fiziksel olarak değerlendirilirken, kadınların ağrıları psikiyatrik olarak değerlendirilmiştir (Goulden, 2019). Kadınların yaşadıkları duygusal çatışmalardan kaynaklanan ağrılar, uzun yıllardır incelenmektedir. Kadınların yaşamış olduğu fiziksel ağrılara toplumun daha yanlı bir şekilde yaklaştığı ve bu ağrıları somatik belirti olarak değerlendirdiği ifade edilebilir (Barsky vd., 2001). Cinsiyetler arasında fiziksel belirtilere karşı oluşan bu ön yargı, kadınların ağrılarının yanlı bir şekilde değerlendirilmesine yol açabilmektedir (Goulden, 2019).

Çocuk yetiştirme tutumundaki farklılıklar da somatizasyon belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşmasına yol açıyor olabilir. Çocukluk döneminde erkeklerin duygu ve düşüncelerini dışa vurmaları desteklenirken, kadınların içselleştirmesi destekleniyor olabilir. Bu durum ifade edilemeyen duygu ve düşüncelerin somatik belirtiler aracılığı ile ifade edilmesine yol açabilir (Wool ve Barsky, 1994). Ayrıca, kadınların bedensel belirtilerinin erkeklere göre yüksek olmasını etkileyen faktörlerden biri bilişsel çarpıtmalarla ilişkili olabilir. Kadınlar sahip oldukları bedensel belirtileri yanlış yorumlayarak stres ve kaygı yaşıyor olabilirler. Yapılan bir çalışmada, bilişsel çarpıtmalar ölçeğinden kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir (Ardanç, 2017). Vücut duyularının yanlış yorumlanması, kronik ağrılar ile sonuçlanabilir (Duckworth vd., 1997). Kadınların

bedensel belirti ile ilgili risklerini etkileyen değişkenlerin incelenmesi, kadınların psikolojik sağlıklarının korunması için yapılacak olan çalışmalara yardımcı olabilir.

- Somatik Belirtiler ve Eğitim Düzeyi

Eğitim durumuna göre bedensel belirti ölçeği puanları karşılaştırıldığında, yüksek lisans/doktora mezunu olan katılımcıların lise mezunu olan katılımcılardan bedensel belirti ölçeğinde daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bu araştırmada elde edilen bulgunun literatürde yer alan araştırmaların sonuçlarından farklı olduğu görülmektedir. Mai (2004) tarafından yapılan araştırmada, eğitim seviyesinin düşük olmasının somatik belirtiler ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Garrusi ve diğerleri (2019) tarafından yapılan araştırmada da eğitim seviyesinin düşük olmasının somatik belirtiler ve depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada üniversite mezunu katılımcıların bedensel belirtilerinin daha fazla olmasına yol açan farklı değişkenler mevcut olabilir. Üniversite mezunu katılımcıların yaşam koşulları, baş etme becerileri ve sahip oldukları stresörler araştırma sonuçlarına etki etmiş olabilir (Mai, 2004). Buna ek olarak, bu araştırmaya dahil edilen üniversite öğrencilerinin sayısı, lise öğrencilerinin sayısından daha fazla olmaktadır. Gruplar arasındaki dengesiz dağılım, araştırmanın bulgularına etki etmiş olabilir.

- Çocukluk ağı Travmatik Olayları ve Medeni Durum

Bu araştırmada medeni duruma göre çocukluk ağı travmaları ölçeği puanlarına göre, boşanmış olan katılımcıların evli ve bekar katılımcılara göre çocukluk ağı travma puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgunun literatürde yer alan araştırmalar ile benzer olduğu görülmektedir. Anderson (2017) tarafından yapılan araştırmada, çocukluk döneminde olumsuz deneyimlere maruz kalan bireylerin riskli cinsel davranışlarda bulunma oranlarının fazla olduğu ve bu bireylerin evlenmemiş veya boşanmış olmaya meyilli oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Hem kadınlarda hem de erkeklerde çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların yetişkinlikteki boşanma veya evlenmeme durumu ile ilişkili olduğu söylenebilir (Anderson, 2017: 8). Bireyin ocuklukta yaşadığı olumsuz olaylar yakın ilişkilerinde sergiledikleri davranışları etkiliyor olabilir. Bundan dolayı evlilik konusunda zorluklar yaşanıyor olabilir (Anderson, 2017: 9). Bu araştırmada yer alan boşanmış bireylerin çocukluk

çağında yaşamış oldukları travmatik olayların bireylerin hem psikolojik hem de sosyal açıdan etkilediği söylenebilir. Bireylerin evlendikleri birey ile yakın ilişkisi yaşadıkları olumsuz olaylardan etkilenebilir. Bireyin olumsuz olayları çocukluk döneminde yaşaması bazı işlevsel olmayan örüntüleri öğrenmesine ve işlevsel olmayan davranışlara yol açabilir. Bundan dolayı birey yakın ilişkilerinde problem yaşıyor olabilir. Bu durum boşanmanın nedenlerinden olabilir (Anderson, 2017).

- Çocukluk Çağı Travmatik Olayları ve Ebeveynlere İlişkin Değişkenler

Bu araştırmada ebeveynin eğitim durumunun araştırma kapsamında incelenen değişkenleri etkileyebileceği düşünülmüş ve ebeveyn eğitim durumu da analize dahil edilmiştir. Katılımcıların annelerinin ve babalarının eğitim düzeyine dair bilgiler elde edilmiştir. Bulgulara göre, annesi ilkökul mezunu olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeği puanları annesi üniversite mezunu olan katılımcılardan daha yüksektir. Katılımcının babasının eğitim durumunun incelendiği analizlerde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bulgulara göre, babası ilkökul mezunu olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeği puanları diğer katılımcılardan daha yüksektir. Bu bulgunun literatürde yer alan bulgular ile tutarlı olduğu görülmektedir. Liang ve diğerleri (2020) tarafından yapılan araştırmada, babanın eğitim durumunun ilkökul olması, çocuğun maruz kaldığı şiddet ile ilişkili olmuştur (Liang vd., 2020: 5). Eğitim düzeyi, bireyin sosyoekonomik durumu ile ilişkili olabilir. Bu durum yaşanan olumsuz olayları belirleyebilir. Sosyoekonomik durumu yüksek olmayan ailelerde yetişen çocuklar, çocukluk çağı travmalarına sahip olmak açısından risk altında olabilirler (Hovens vd., 2010: 70). Eğitim düzeyinin düşük olması, bireyin ebeveynlik tutumunu etkileyerek çocuğun yaşadığı olumsuz olaylar üzerinde etkiye sahip olabilir (Hovens vd., 2010: 70). Ebeveynlerin eğitim almasının sağlanması çocukların psikolojik sağlıkları üzerinde koruyucu etkiye sahip olabilir (Liang vd., 2020).

Araştırmada elde edilen bulgulara göre annesi hayatta olmayan bireylerin çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksektir. Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanlarına benzer şekilde, annesi hayatta olmayan katılımcıların bedensel belirti ölçeğinden aldığı puanlar daha yüksektir. Çocuğun

anneden veya babadan aldığı bakım konusunda problemler yaşaması, çocuğun psikolojik sağlığı açısından risk oluşturabilir. Çocuğun duygusal ve ekonomik desteği alabildiği takdirde, ebeveynleri ile birlikte yaşaması çocuğu olumlu olarak etkileyebilir (Jaffee vd., 2003: 121). Ebeveynlerden birinin ölüm ya da boşanma sebebi ile çocuk ile birlikte yaşayamaması, çocuğun yaşadığı travmatik olaylar ve somatik belirtiler ile ilişkili olabilir. Ebeveynlerden birinin aile ortamında bulunmaması çocuğun gerekli bakımı almasını engelleyebilir (Pham vd., 2021: 8). Bundan dolayı bu araştırmada annenin bulunmaması bireyin çocukluk çağı travmaları ve bedensel belirtileri ilişkili olabilir. Ebeveynlerden birine sahip olmamak, bedensel belirtiler ve çocukluk çağı travmaları açısından risk faktörü olabilir (Jaffee vd., 2003).

Araştırmada ulaşılan sonuca göre, eşi ve çocukları ile yaşayan bireylerin bedensel belirti ölçeği puanları eşiyle yaşayan bireylerden daha yüksek olmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Eş ve çocuklar ile yaşamak, çocukluk çağı travmaları ve bedensel belirtiler arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmalar kısıtlıdır. Bu araştırmada eş ve çocuk ile yaşamamanın bedensel belirtiler ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Park ve diğerleri (2012) tarafından yapılan araştırmanın sonucu ile benzer şekilde, bireylerin farklı bireyler ile birlikte yaşaması stres durumunu olumsuz olarak etkiliyor ve somatik belirtilere yol açıyor olabilir.

- Çocukluk Çağı Travmatik Olayları ve Yaşanılan Yere Yönelik Değişkenler

Bu araştırmada bireyin yaşam alanının araştırma kapsamında incelenen değişkenler ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Elde edilen bulgulara göre, yurttan kalan bireylerin çocukluk çağı travma ölçeği puanları aile evinde kalanlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde, yurttan kalan katılımcıların bedensel belirti ölçeğinden aldıkları puanlar aile evinde ve kendi evinde kalan katılımcılara göre daha yüksektir. Literatürde yurttan yaşayan katılımcıların stres belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Park vd., 2012: 193). Literatür ile tutarlı şekilde yurttan yaşıyor olmak sosyal destek alınmasına engel olabilir (Park vd., 2012: 193). Literatür incelendiğinde, aileden ayrı yaşamamanın psikopatolojik bozukluklar açısından risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lee ve Seo (2010) tarafından yapılan araştırmada, yalnız yaşamamanın ergen bireylerde somatizasyon açısından

risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Çocukluk çağı travmaları, bedensel belirti ve bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler arasında ilişkiler bulunabilir. Yapılan araştırmalarda yurttan yaşıyor olmak, obsesif kompulsif bozukluk açısından risk oluşturmaktadır (Yoldaşcan vd., 2009: 5). Buna ek olarak yurttan yaşıyor olmak stres tepkileri ve somatizasyon ile ilişkilidir (Park vd., 2012: 193). Aileden ayrı ve yalnız yaşamak somatizasyon belirtileri ile ilişkili olmaktadır (Lee ve Seo, 2010: 84). Yakın çevresinden uzakta yaşayan birey için zorlu olaylar ile baş etmek daha zorlayıcı olabilir ve bireyin psikolojik sağlığında olumsuz sonuçlara yol açabilir. Birey bedensel belirtilerden yakınabilir ve somatizasyon belirtileri gösterebilir (Yoldaşcan ve diğerleri, 2009: 5). Yalnız yaşayan birey yaşadığı olaylar ile baş ederken sosyal destek mekanizmasına sahip olmayabilir ve bu durum bireyin kendisini işlevsel olmayan bir tutum ile ifade etmesine yol açabilir (Lee ve Seo, 2010: 84). Bu bağlamda bireylere sosyal desteğin sağlanması önem taşımaktadır.

- **Çocukluk Çağı Travmatik Olayları ve Cinsiyet**

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, kadın ve erkek katılımcılar çocukluk çağı travma ölçeği puanlarına göre karşılaştırıldıklarında, kadın katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden erkek katılımcılara göre daha yüksek puanlar aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde elde edilen sonuçlar ile tutarlı şekilde, kadınların çocukluk çağı travmaları daha fazladır. Kadın olmak, çocukluk çağı travmaları açısından risk faktörü olabilir. Tucci ve diğerleri (2010) tarafından yapılan araştırmada, depresyon ve madde kullanım bozukluğu yaşayan bireylerde çocukluk çağında yaşadığı travmaları incelendiğinde, kadınların fiziksel, duygusal ve cinsel travmalara daha fazla maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tucci vd., 2010: 100). Kadınlar maruz kaldıkları olayları daha fazla bildiriyor olabilirler (Adams-Roy ve Barling, 1998). Çocukluk döneminde kadınların daha fazla travmatik olaya maruz kalması toplum sağlığını etkileyen bir durumdur ve hem bireylerin hem toplumun psikolojik sağlığını iyileştirmek adına bu alanda çalışmalar yapılmalıdır.

B. Sonuç ve Öneriler

Somatik belirtiler toplumlarda sık görülen ve incelenilen rahatsızlıklardan biridir. Bu nedenle somatik belirtilere neden olabilecek değişkenlerin incelenmesi bu alanda yapılacak çalışmalara ve müdahalelere yol gösterici nitelikte olabileceği düşünülmüştür. Çocukluk çağı travmatik olayları psikolojik belirtiler ile ilişkili olmaktadır. Bu çalışmadan yola çıkarak, çocukluk çağı travmatik olaylarının somatik belirtiler ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılabilir. Buna ek olarak travmatik olaylar ile bilinçli farkındalık arasında negatif bir ilişki bulunması, travmatik olayların bireyin farkındalık düzeyi üzerindeki olumsuz etkisini gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada çocukluk çağı travmatik olayları, somatik belirtiler ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve bu ilişkilere sosyodemografik değişkenlerin etkisinin de değerlendirilmesi, çalışmanın literatüre katkılarından. Travmatik olaylar farklı değişkenler aracılığı ile değerlendirilmiş ve sonuca ulaşılmıştır. Bu durum, travmatik olaylar ile ilişkili değişkenler arasındaki ilişkilerin görülmesini sağlamıştır.

Katılımcıların fiziksel belirtilerinin incelenmesi, sahip olunan diğer fiziksel belirtilerin değişkenler üzerine etkisinin görülmesini sağlayabilir. Çocukluk çağı travmatik olaylarının somatik belirtiler ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, katılımcıların bedensel belirtilerinin travmatik olaylar ile etkileşimi önem kazanmaktadır.

Çocukluk çağı travmatik olayları yaşayan bireylerde psikolojik sağlığın geliştirilmesi adına yapılacak olan çalışmalarda bu araştırmanın sonuçlarından yararlanılabilir. Çocukluk çağı travmatik olayları yaşayan bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerinin artırılması, bireylerin psikolojik sağlığının korunmasını destekleyebilir. Bilinçli farkındalık yöntemlerinin klinik çalışmalarda kullanılması, bireylerin duygu ve düşüncelerini işlevsel olan yollar ile ifade etmelerini destekleyerek somatik belirtilerin giderilmesini sağlayabilir.

- Öneriler

· Bu çalışmanın örneklemini üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Bu durum sonuçların popülasyona genellenebilirliğini etkileyebilmektedir.

Araştırmanın üniversite öğrencileri ile gerçekleştirildiği vurgulanmalıdır. Buna ek olarak, araştırma farklı katılımcı gruplarının yer aldığı araştırmalarda tekrarlanabilir.

· Araştırmada katılımcılar ölçekleri cevaplandırmıştır ve ölçeklere katılımcılar tarafından doğru cevaplar verildiği varsayılmıştır. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler aracılığı ile verilerin toplanması, bulguların güvenilirliğini artırabilir.

· Araştırma kapsamında değerlendirilen değişkenlerin farklı etnik kökenleri nasıl etkilediğinin incelenmesi için farklı etnik kökenlerden oluşan örneklem ile çalışmalar yapılabilir.

· Araştırmanın kesitsel bir araştırma olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Bu araştırmada çocukluk çağı travmatik olaylarının incelendiği göz önüne alındığında, takip çalışmasının yapılmasının değişkenler arasındaki zaman içerisindeki değişimin görülmesini sağlayacağı söylenebilir. Araştırma boyutsal bir çalışma olarak gerçekleştirilebilir.

- Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada çeşitli zayıf yönler ve kısıtlılıklar bulunmaktadır. Araştırmaya sadece üniversite öğrencilerinin dahil edilmesi bulguların tüm popülasyona genellenebilirliğini risk altına atmaktadır. Eğitim düzeyi gibi değişkenler incelenirken bulguların etkilenmesine yol açmaktadır. Bundan dolayı bu araştırma sonuçlarının üniversite öğrencilerinden oluşan popülasyona özgü olduğu vurgusu yapılmalıdır. Buna ek olarak katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklere kendilerine uygun cevaplar verdikleri varsayılmıştır. Katılımcılar ile görüşmelerin yapılması, araştırma sonuçlarını güçlendirebilir. Araştırmaya kontrol grubunun dahil edilmesi de araştırmada elde edilen bulguların güvenilirliğini artırabilir. Araştırma dizaynının güçlü olması, bulgular açısından da önem taşımaktadır. Araştırma kapsamında değerlendirilen değişkenlerin farklı etnik kökenleri nasıl etkilediğinin incelenmesi için farklı etnik kökenlerden oluşan örneklem ile çalışmalar yapılabilir. Araştırmanın kesitsel bir çalışma olması da sınırlılıklardandır. Takip çalışması ile daha güvenilir sonuçlara ulaşılabilir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AMERİCAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** 3rd edition (DSM-III). Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERİCAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

AMERİCAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** 5th edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, (2014). **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı**, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev. Ed: E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

BAER, A.R. ve KRİETEMEYER, J. (2006). **Overview Of Mindfulness and Acceptancebased Treatment Approaches**, Mindfulness-based treatment approaches, 1. Baskı, USA: Elsevier Science ve Technology Books; ss.3-27.

BAYRAKTAR, S. (2012). **Psikolojik Travma**, Ankara. Nobel Tıp.

BAYRAKTAR, S. (2015). **İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali**, Nobel Tıp Kitabevi.

BREUER, J. ve FREUD, S. (1895). **Studies on Hysteria**, New York, Hafner Publishing Co.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2011). **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum** (14. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

- DAVAR, B. V. (1999). **Mental health of Indian women: A feminist agenda**. Sage Publications India.
- DÖKMEN, Z. Y. (2012). **Toplumsal Cinsiyet: Sosyal Psikolojik Açıklamalar**. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- FİSH, MURRAY, C.C., KOBAYASHI, E.V. ve VAN DER KOLK, B.A (1987). **Evolving Ideas: The Effects Of Abuse On Children's Thought**, Psychological Trauma, BA van der Kolk (ed), American Psychiatric Press, Washington.
- FREUD, S. ve BREUER, J. (1893). **Histeri Üzerine Araştırmalar** (L. Yarbaş, Çev.). İzmir: İlyas.
- GABBAY, V., OATIS, M.D., SILVA, R.R, ve HIRSCH, G.S. (2004). **Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Handbook** Silva. US New York, NY, WW Norton ve Co.
- GERMER, C.K., SIEGEL, R. ve FULTON, P. (2005). **Mindfulness and Psychodynamic Therapy**, New York: Guilford Press.
- GREEN, A. (1996). **Child Sexual Abuse and Incest**, In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams ve Wilkins, ss. 1041-48.
- GEORGE, D., & MALLERY, M. (2010). **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference** (p. Pearson).
- GÜLER, A.S. (2018). "**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**", Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği Yayınları: Ankara.
- HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., & WILSON, K. G. (1999). "**Acceptance and commitment therapy**", New York: Guilford press.
- HENNINGSEN, P., ZIPFEL, S. ve HERZOG, W. (2007). **Management of Functional Somatic Syndromes**, Lancet, 369: ss. 946-955.
- HERMAN, J. (2016). **Travma ve İyileşme** (Çev. T. Tosun), İstanbul: Literatür.
- HERMAN J. (2011). **Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre**, 2. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları. ss. 67-125.

- HOLLFIELD, M.A. (2005). **Somatoform disorders. In KaplanveSadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**, 8th edition (Ed. BJ Sadock, VA Sadock):1800-1828. Philadelphia, PA, Lippincott Williams ve Wilkins.
- HOLLFIELD, M.A. (2007). **Somatoform Bozukluklar**. H Aydın, A Bozkurt (Çev. Ed.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, sekizinci baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, ss.1800-1829.
- HOROWITZ MJ. (1986). **Stress response syndromes**, 2. Baskı, New York, Jason Aranson Inc ss. 1200-1340.
- KABAT-ZINN, J. (1994). **Wherever You Go There You Are**. New York: Hyperion.
- KABAT-ZINN, J. (2005). **Coming to our Senses: Healing Ourselves and The World Through Mindfulness**, Hachette UK.
- KABAT-ZINN, J. (2009). **Full Catastrophe Living: Using The Wisdom of Your Mind and Body To Face Stress, Pain and İllness**. New York: Delacorte.
- KARAKAYA, I. (2018). **Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği Yayınları: Ankara.
- KARANCI, A.N., AKER, T., IŞIKLI, S., ERKAN, B., GÜL, E. ve YAVUZ, H. (2012). **Türkiye’de Travmatik Yaşam Olayları ve Ruhsal Etkileri**, Kocaeli: Matus Basımevi.
- KELLERMAN, H. (2009). **“Dictionary of Psychopathology”**, Columbia University Press.
- KEZELMAN, C., & STAVROPOULOS, P. (2012). **Practice Guidelines for Treatment of Complex Trauma and Trauma İnformed Care and Service Delivery**. Sydney: Adults Surviving Child Abuse.
- KOH, K. B. (2018). Biological Mechanisms of Somatization. **In Stress and Somatic Symptoms**, Springer, Cham, ss. 95-103.
- KÖROĞLU, E., GÜLEÇ, C. ve ŞENOL, S. (2007). **Psikiyatri Temel Kitabı**, Ankara: HYB Press; ss.273.

- KROENKE, K. ve SPITZER, R.L. (1998). **Gender Differences in The Reporting of Physical And Somatoform Symptoms**. *Psychosom Med*;60, ss. 5-150.
- LİNEHAN, M. M. (1993). “**Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder**”, Guilford press.
- RUSSELL, L. (2011). **Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)**. 2011. Available from (Accessed November 21, 2011), ss. 120-142.
- MARSELLA, A.J. ve KAMEOKA, V.A. (1989). **Ethnocultural issues in The Assessment Of Psychopathology, in Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment For Clinicians**, Washington DC, American Psychiatric Press, ss.229-256.
- MARTY, P. (2012). **Zihinselleştirme ve Psikosomatik**, A. E. Yavuz Sever (çev.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- MOWRER, O. (1960). **Learning Theory and Behavior**, New York: Wiley.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., & RUSTİNG, C. L. (1999). “**17 Gender Differences in Well-Being**”, *Well-being: Foundations of hedonic psychology*.
- ÖGEL, Ö. (2012). **Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Dalga: Farkındalık (Ayrımsama) ve Kabullenme Temelli Terapiler** (1. Baskı), Ankara: HYB Basım Yayın.
- ÖZTAN, N., & AYDIN, G., & YANANER EROĞLU. Ç. & STUVLAND, R. (2001). **Travma Sonrası Normal Tepkiler**, Psiko Eğitim El Kitabı. 2. Baskı.
- ÖZTÜRK, O. ve ULUŞAHİN, A. (2016). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 14.Baskı.
- ÖZYEŞİL, Z. (2011). **Öz-anlayış ve Bilinçli Farkındalık**, Ankara: Maya Akademi Yayıncılık.
- PARAS, M.L, MURAD, M.H, CHEN L.P, GORANSON, E.N, SATTLER, A.L, COLBENSON, K.M. (2009). **Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis**, *JAMA*, 302, ss.550–561.

- PEARSON, A. N., & HEFFNER, M. VE FOLLETTE, V. (2010). **Acceptance and Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction**. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- PEHLİVANTÜRK, B. (2008). **Somatoform Bozukluklar**, Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 423-37.
- POLAT, O. (2001). **Cinsel İstismar, Çocuk ve Şiddet**, İstanbul: Der Yayınları; ss.207-314.
- POLAT, O. (2002). **Çocuk ve Şiddet**, İstanbul: Der Yayınları, ss.85-97.
- SİEGEL, R.D., GERMER, C.K. ve OLENDZKİ, A. (2009). **Mindfulness: What is it? Where did it come from?** In Clinical handbook of mindfulness, Springer, New York, ss.17-35.
- SOUTHWICK, S.M, YEHUDA, R. ve GİLLER, E.L. (1995). **Psychological Dimensions of Depression in Borderline Personality Disorder**. Am J Psychiatry,152(5), ss.789-791.
- VİCTOR, T. L., & VAN DYK, K. M. (2017). **In Neuropsychological Evaluation of Somatoform and Other Functional Somatic Conditions**, The role of early life trauma in somatization: Implications for the clinical practice of neuropsychology, Routledge.
- ZETTLE, R. D. (2007). **Act for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance and Commitment Therapy in Treating Depression**. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

MAKALELER

- ADAMS- ROY, J., & BARLİNG, J. (1998). "Predicting The Decision To Confront Or Report Sexual Harassment", **Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior**, cilt 19, sayı 4, ss. 329-336.
- AKÇAY BD. (2013), "Travma sonrası stres bozukluğunda uyku", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt, 5, sayı 4, ss.441-460.

- AKIN, A. (2007). "Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık", **Toplum Hekimliği Bülteni**, cilt 26, sayı 2, ss.1-9.
- AKTEPE, E. (2009). "Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 1, sayı 2, ss.95.
- ALLEN, B. (2011). "The Use and Abuse of Attachment Theory in Clinical Practice With Maltreated Children, Part I: Diagnosis and Assessment. Trauma", **Violence, ve Abuse**, cilt 12, sayı 1, ss.3-12.
- ANDERSEN, N., EPLOV, L., ANDERSEN, J. ve ark. (2013). "Health Care Use By Patients With Somatoform Disorders: A Register-Based Follow-Up Study" **Psychosomatics**, cilt 54, ss.132-141.
- ANDERSON, G., BERK, M. ve MAES, M. (2014). "Biological phenotypes underpin the physio-somatic symptoms of somatization, depression, and chronic fatigue syndrome", **Acta Psychiatr Scand.**, cilt 129 ss. 83–97.
- ANDERSON, K. G. (2017). "Adverse childhood environment: Relationship with sexual risk behaviors and marital status in a large American sample", **Evolutionary Psychology**, cilt 15, sayı 2, ss. 1-11.
- APKARIAN A.V., BUSHNELL M.C., TREEDE R.D., ZUBIETA J.K. (2005). "Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease", **Eur. J. Pain**. 2005 cilt 9, ss. 463–484.
- ARSLAN, I. (2018). "Bilinçli Farkındalık, Depresyon Düzeyleri ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki", **Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 8, sayı 2, ss. 73-86.
- ASMUNDSON, G. J., COONS, M. J., TAYLOR, S., & KATZ, J. (2002). "PTSD and the Experience Of Pain: Research And Clinical İmplications Of Shared Vulnerability And Mutual Maintenance Models", **The Canadian Journal of Psychiatry**, cilt 47, sayı 10, ss. 930-937.
- ATMACA, M. (2012). "Somatoform Bozukluklarda Nörogörüntüleme: Bir Gözden Geçirme", **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 23, sayı 4, ss.274-280.

- ATMACA, M., SİRLİER, B., YİLDİRİM, H., & KAYALI, A. (2011). "Hippocampus And Amygdalar Volumes İn Patients With Somatization Disorder", **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, cilt 35, sayı 7, ss. 1699-1703.
- AUST, S., HÄRTWİG, E. A., HEUSER, I., ve BAJBOUJ, M. (2013). "The Role of Early Emotional Neglect in Alexithymia". **Psychological trauma: theory, research, practice, and policy**, cilt 5, sayı 3, ss.225.
- AYDIN, O. ve İŞMEN, E.A. (2003). "18-25 Yaş Grubu Erkeklerde Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantısının İncelenmesi", **Eğitim Bilimleri Dergisi**, cilt18, sayı 18, ss. 7-20.
- BAER, R. (2015). "Ethics, values, virtues, and character strengths in mindfulness-based interventions: A psychological science perspective", **Mindfulness**, cilt 6, sayı 4, 956-969.
- BAER, R. A., SMİTH, G. T., HOPKİNS, J., KRİETEMEYER, J., & TONEY, L. (2006). "Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness", **Assessment**, cilt 13, sayı 1, ss. 27-45.
- BAHÇECİK, N. ve KAVAKLI, A. (1994). "Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu", **Hemşirelik Bülteni**; cilt 8, sayı 32, ss.45-52.
- BAKIR, E. ve KAPUCU, S. (2017). "Çocuk İhmal ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansımaları: Bir Literatür İncelemesi", **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, cilt 4, sayı 2, ss.13-24.
- BARRET D.H., GREEN, M.L., MORRİS, R. ve ark. (1996) "Cognitive Functioning and Posttraumatic Stress Disorder", **Am J Psychiatry**, cilt 153, ss.1492-1494.
- BARSKY, A. J., PEEKNA, H. M., & BORUS, J. F. (2001). "Somatic Symptom Reporting İn Women And Men", **Journal Of General Internal Medicine**, cilt 16, sayı 4, ss. 266-275.

- BARSKY, A.J., ORAV, E.J. ve BATES, D.W. (2005). "Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity", **Arch Gen Psychiatry**, cilt 62, ss. 903–10.
- BAŞOĞLU, M. (1992). "Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı - Psikobiyolojik Kuramlar. Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular", **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 3, sayı 1, ss.9-21.
- BERNSTEİN, D. P., FİNK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K., SAPARETO, E. VE RUGGİERO, J. (1994). "Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect", **American Journal of Psychiatry**, cilt 151, 1132-1136.
- BİSHOP, S.R., LAU, M., SHAPİRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N.D., CARMODY, J., SEGAL, Z. V., ABBEY, S., SPECA, M., VELTING, D. ve DEVİNS, G. (2004). "Mindfulness: A proposed operational definition", **Clinical Psychology: Science and Practice**, cilt 11, sayı 3, ss.230-241.
- BOECKLE, M., SCHRİMPF, M., LİEGL, G., & PİEH, C. (2016). "Neural correlates of somatoform disorders from a meta-analytic perspective on neuroimaging studies", **NeuroImage Clinical**, cilt 11, 606–613.
- BOHLMERİJER, E., PRENGER, R., TAAL, E., & CUIJPERS, P. (2010). "The effects of mindfulnessbased stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis", **Journal of psychosomatic research**, cilt 68, sayı 6, ss. 539-544.
- BOLDUC, R., BİGRAS, N., DASPE, M. È., HÉBERT, M., & GODBOUT, N. (2018). "Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: The Role Of Mindfulness and Dissociation", **Mindfulness**, cilt 9, sayı 5, ss. 1594-1603.
- BOLU, A., ERDEM, M. ve ÖZNUR, T. (2014). "Travma Sonrası Stres Bozukluğu", **Anatolian Journal of Clinical Investigation**, cilt 8, sayı 2, ss.98-104.

- BRASSARD, M.R., HART, S.N., BAKER, A.A.L. ve CHIEL, Z. (2019). The APSAC Monograph on Psychological Maltreatment (PM). **The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)**.
- BREMNER JD. (2007) "Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders", **Neuroimaging Clin N Am**, cilt, 17, ss. 523-538.
- BREMNER, J.D., & SCOTT, T.M., & DELANEY, R.C. (1993). "Deficit in short-term memory in posttraumatic stress disorder", **Am J Psychiatry**, cilt 50, ss.1015-1019.
- BRESLAU, N., CHILCOAT, H.D., KESSLER, R.C., ve DAVIS, G.C. (1999). "Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma", **American Journal of Psychiatry**, cilt 156, sayı 6, ss.902-907.
- BRESLAU, N., KESSLER, R.C. ve CHILCOAT, H.D. (1998). "Trauma And Posttraumatic Stress Disorder in The Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma", **Arch Gen Psychiatry**, cilt 55, ss.626-32
- BRIERE, J., & SCOTT, C. (2015). "Complex Trauma in Adolescents and Adults: Effects And Treatment", **Psychiatric Clinics**, cilt 38, sayı 3, ss. 515-527.
- BROMET, E., & DEW, M. A. (1995). "Review Of Psychiatric Epidemiologic Research On Disasters", **Epidemiologic Reviews**, cilt 17, sayı 1, ss. 113-119.
- BROWN, K.W. ve RYAN, R.M. (2003). "The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being", **Journal of Personality and Social Psychology**, cilt 84, sayı 4, ss.848.
- BROWNE, A. ve FINKELHOR, D. (1986). "Impact Of Child Sexual Abuse", **Psychol Bull**; cilt 99, ss.66-77.
- BULUT, S. (2016). "Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme", **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, cilt 3, sayı 28, ss.139-156.
- CARMODY, J., & BAER, R. A. (2008). "Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological

symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program”, **Journal of behavioral medicine**, cilt 31, sayı 1, ss. 23-33.

CARPENTER, L.L., TYRKA, A.R., ROSS, N.S., KHOURY, L., ANDERSON G.M., ve PRİCE, L.H. (2009). “Effect of Childhood Emotional Abuse and Age on Cortisol Responsivity in Adulthood”, **Biological Psychiatry**, cilt 66, sayı 1, ss.69-75.

CLAPP, J. D., JONES, J. M., JACONİS, M., OLSEN, S. A., WOODWARD, M. J., & BECK, J. G. (2014). “Expressive İnhibition Following İnterpersonal Trauma: An analysis of reported function”, **Journal of anxiety disorders**, cilt 28, sayı 2, ss. 230-236.

CLONİNGER, C. R., REİCH, T., & GUZE, S. B. (1975). “The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome)”, **The British Journal of Psychiatry**, cilt 127, sayı 1, ss. 23-32.

COHEN, J. A., MANNARİNO, A. P., KLİETHERMES, M., & MURRAY, L. A. (2012). “Trauma-focused CBT for youth with complex trauma”, **Child Abuse & Neglect**, cilt 36, sayı 6, ss. 528-541.

COOK, A., SPİNAZZOLA, J., FORD, J., LANKTREE, C., BLAUSTEİN, M., CLOİTRE, M., & VAN DER KOLK, B. (2005). “Complex trauma”, **Psychiatric Annals**, cilt 35, sayı 5, ss. 390-398.

CRAİG, T.K, DRAKE, H, MİLLS, K. ve BOARDMAN, P. (1994). “The South London Somatisation Study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain”, **Br J Psychiatry**, cilt 165, ss.248–258.

CREED, F. H., DAVİES, I., JACKSON, J., LİTTLWOOD, A., CHEW-GRAHAM, C., TOMENSON, B. ve MCBETH, J. (2012). “The epidemiology of multiple somatic symptoms”, **Journal of psychosomatic research**, cilt 72, sayı 4, ss.311-317.

CREED, F. ve BARSKY, A. (2004). “A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis”, **Journal of psychosomatic research**, cilt 56, sayı 4, ss.391-408.

- ÇATAK, P.D. ve ÖGEL, K. (2010). “Bir Terapi Yöntemi Olarak Farkındalık”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, cilt 47, ss.69-73.
- ÇELİK, F.G.H. ve HOCAOĞLU, Ç. (2018). “Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme” **Sakarya Tıp Dergisi**, cilt 8, sayı 4, ss.695-711.
- ÇETİN, Ş., & VARMA, G. S. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 13, sayı 4, ss. 790-804.
- DAÏGNEAULT, I., DÏON, J., HÉBERT, M., & BOURGEOÏS, C. (2016). “Mindfulness as Mediator and Moderator Of Post-Traumatic Symptomatology in Adolescence Following Childhood Sexual Abuse Or Assault”, **Mindfulness**, cilt 7, sayı 6, ss. 1306-1315.
- DAVİS, M. (1992). “The Role of The Amygdale is Fear-Potentiated Startle: Implications For Animal Models of Anxiety”, **Trends Pharmacol Sci**, cilt 13, sayı 1, ss.35-41.
- DE GRECK, M., SCHEİDT, L., BÖLTER, A. F., FROMMER, J., ULRİCH, C., STOCKUM, E., & NORTHOFF, G. (2011). “Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder”, **The World Journal of Biological Psychiatry**, cilt 12, sayı 4, ss. 296-308.
- DE LİSİ, R. VE SOUNDNANAYAGAM, L. (1990). “The Conceptual Structure Of Sex Role Stereotypes in College Students”, **Sex Roles**, cilt 23, ss. 593-611.
- DELİSLE, V. C., BECK, A. T., DOBSON, K. S., DOZOİS, D. J., & THOMBS, B. D. (2012). “Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado About Nothing?”, **Plos One**, cilt 7, sayı 2, (2), e32490.
- DEMİR, V. (2015). “Bilinçli Farkındalık Temelli Kognitif Terapi Programının Bireylerin Depresif Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi”, **Psikoloji Çalışmaları**, cilt 35, sayı 1, ss.15-26.
- DENİZ, M., ERUS, S.M. ve BÜYÜKCEBECİ, A. (2017). “Bilinçli Farkındalık ile Psikolojik İyi Oluş İlişkisinde Duygusal Zekanın Aracılık Rolü”,

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. cilt 7, sayı 47, ss.17-31

DİMSDALE JE. (2017). “Research on Somatization and Somatic Symptom Disorders: Ars longa, vita brevis” **Psychosom Med.** cilt 79, sayı, 9, ss. 971.

DOOM, J.R., PECKİNS, M.K., HEİN, T.C., DOTTERER, H.L., MITCHELL, C., LOPEZ-DURAN, N.L., BROOKS-GUNN, J., MCLANAHAN, S., HYDE, L.W., ABELSON, J.L., ve MONK, C. S. (2020). “Differential associations of parental harshness and parental disengagement with overall cortisol output at 15 years: Implications for adolescent mental health”, **Development and Psychopathology**, cilt 19, 1–18.

DUBOWİTZ, H. (2002). “Preventing Child Neglect and Physical Abuse: A Role For Pediatricians”, **Pediatrics in Review**, cilt 23, sayı 6, ss.191-196.

DUCKWORTH, M. P., IEZZİ, A., ADAMS, H. E., & HALE, D. (1997). “Information processing in chronic pain disorder: a preliminary analysis”, **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, cilt 19, sayı 3, ss. 239-255.

DURUK, B. ve SERTEL B.H. (2019). “Fonksiyonel somatik sendromlar ve DSM-5: Zihin beden yaklaşımı açısından bir değerlendirme”, **Klinik Psikoloji Dergisi**, cilt 3, sayı 2, ss. 116-128.

EAGLY, A. H., WOOD, W., & DIEKMAN, A. B. (2000). “Social Role Theory of Sex Differences and Similarities: A Current Appraisal”, **The developmental social psychology of gender**, cilt 12, sayı 174, ss. 123-174.

EBERHARD-GRAN, M., SCHEİ, B., & ESKİLD, A. (2007). “Somatic Symptoms and Diseases Are More Common in Women Exposed to Violence”, **Journal of General Internal Medicine**, cilt 22, sayı 12, ss. 1668-1673.

EL-HAGE W, DARVES-BORNOZ JM, ALLİLÀİRE JF, GAİLLARD P. (2002). “Post-Traumatic Somatoform Dissociation in French Psychiatric Outpatients”, **J Trauma Dissociation**, cilt 3, ss. 59-74.

- ERAY, Ş., VURAL, P. ve ÇETİNKAYA, F. (2015). “Ergenlerde Algılanan Duygu Dışa Vurumu ile Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişki” **Güncel Pediatri**, cilt 13, sayı 2, ss.104-109.
- ESCOBAR, J.I., GOLDİNG, J.M., HOUGH, R.L., KARNÖ, M., BURNAM, M.A. ve WELLS, K.B. (1987). “Somatization in the community: Relationship to disability and use of services”, **Am J Public Health**, cilt 77, ss.837-40.
- ESKİN, M., AKOĞLU, A. ve UYGUR, B. (2006). “Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 17, sayı 4, ss.266-275.
- FARB, N., ANDERSON, A., RAVİNDRAN, A., HAWLEY, L., İRVİNG, J., MANCUSO, E., & SEGAL, Z. V. (2018). “Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depressive Disorder With Either Mindfulness-Based Cognitive Therapy or Cognitive Therapy”, **Journal of consulting and clinical psychology**, cilt 86, sayı 2 ss. 200.
- FAYED N, ANDRES E, ROJAS G, MORENO S, SERRANOBLANCO A, ROCA M, ET. AL. (2012). “Brain dysfunction in fibromyalgia and somatization disorder using proton magnetic resonance spectroscopy: a controlled study” **Acta Psychiatrica Scandinavica**, cilt 126, sayı 2, ss. 115-25.
- FERGUSON, D.M., BODEN, J.M. ve HORWOOD, L.J. (2008). “Exposure To Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood”, **Child Abuse ve Neglect**, cilt 32, sayı 6, ss.607-619.
- FİNZİ, R., RAM, A. ve HAR-EVEN, D. (2001). “Attachment Styles and Aggression in Physically Abused and Neglected Children”, **Journal of Youth and Adolescence**, cilt 30, ss.769–786.
- FJORBACK, L. O., ARENDT, M., ØRNBØL, E., WALACH, H., REHFELD, E., SCHRÖDER, A., ve FİNK, P. (2013). “Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes— Randomized trial with one-year follow-up”, **Journal of psychosomatic research**, cilt 74, sayı 1, ss.31-40.

- FJORBACK, L.O., CARSTENSEN, T., ARENDT, M., ØRNBØL, E., WALACH, H., REHFELD, E. ve FİNK, P. (2013). “Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: analysis of economic consequences alongside a randomized trial”, **Journal of Psychosomatic Research**, cilt 74, sayı 1, ss.41-48.
- FLETCHER, L.B., SCHOENDORFF, B. ve HAYES, S.C. (2010). “Searching for mindfulness in teh brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness”, **Mindfulness**, cilt 1, ss.41-63.
- FOA EB., & KOZAK MJ (1986) “Emotonal processing of fear: Exposure to corrective information”, **Psychol Bull**, cilt 99: ss.20-35.
- FORNER, C. (2019). “What Mindfulness Can Learn About Dissociation And What Dissociation Can Learn From Mindfulness”, **Journal of Trauma & Dissociation**, cilt 20, sayı 1, ss. 1-15.
- FU, X., ZHANG, F., LİU, F., YAN, C. ve GUO, W. (2019). “Editorial: Brain and Somatization Symptoms in Psychiatric Disorders”, **Frontier Psychiatry**, cilt 10, ss. 146.
- FUCHS E., & GOULD E., (2000). “In vivo neurogenesis in the adult brain: regulation and functional implications” **European Journal of Neuroscience**, cilt 12, sayı, 7 ss. 2211-2214.
- FULWİLER, C.E. ve DE TORRİJOS, F. (2011). “Mindfulness and Health”, **Psychiatry Information in Brief**, cilt 8, sayı 2, 1.
- GARRUSİ, B., DANAEİ, M., & ABOOSAEİDİ, R. (2019). “The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population”, **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, cilt 60, sayı 4, ss. E400.
- GERMER, C. (2004). “What is Mindfulness,” **Insight Journal**, cilt 22, sayı 3, ss.24-29.
- GEYRAN, P.Ç. (1995). “Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile İlişkili Nörobiyolojik Kanıtlar” **Düşünen adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, cilt 8, ss.9-18.

- GOULDEN, E. (2019). "Sex Differences and Gender Bias in Somatic Symptom Disorders", **Compos Mentis**, cilt 7, sayı 2, ss. 53-76.
- GÖRKER, I., AYGÖLÜ, F. ve DEMİR, N. (2000). "Çocuğa Zarar Verici Davranışta Bulunma 3 Olgu Sunumu", **Çocuk Forumu Dergisi**, cilt 3, ss.32-35
- GRANOT, M., YOVELL, Y., SOMER, E., BENY, A., SADGER, R., ULIEL-MİRKİN, R. ve ZİSMAN-ILANİ, Y. (2018). "Trauma, Attachment Style and Somatization: A Study of Women With Dyspareunia And Women Survivors of Sexual Abuse", **BMC Womens Health**, cilt 18, sayı 1, ss.29.
- GUBB, K. (2010). "The Sense Of Bodily Symptoms" **Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa**, cilt 18, sayı 2, ss.32-56.
- GUREJE, O. ve SİMON, G.E. (1999). "The Natural History of Somatization in Primary Care". **Psychol Med**, cilt 29, ss.669-676.
- GÜNEŞ, T. (2017). "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde 0-6 Yaş Çocuğun İhmal Ve İstismarında Erken Tanı Ve Yönlendirme", **Toplum ve Sosyal Hizmet**, cilt 28, sayı 1, ss.247-262.
- HACIOĞLU, M., AKER, T., KUTLAR, T., ve YAMAN, M. (2002). "Deprem Tipi Travma Sonrasında Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Alt Tipleri", **Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, cilt 15, ss.4-15.
- HAFTGOLİ N, FAVRAT B, VERDON F, VAUCHER P, BİSCHOFF T, BURNAND B, HERZİG L. (2010). "Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors", **BMC Family Practice**, cilt 11, sayı 1, ss. 1-8.
- HARKER, R., PIDGEON, A. M., KLAASSEN, F., & KING, S. (2016)." Exploring Resilience And Mindfulness As Preventative Factors For Psychological Distress Burnout And Secondary Traumatic Stress Among Human Service Professionals", **Work**, cilt 54, sayı 3, ss. 631-637.

HELLER, W., ETIENNE, M. A., & MİLLER, G. A. (1995). "Patterns Of Perceptual Asymmetry İn Depression And Anxiety: İmlications For Neuropsychological Models Of Emotion And Psychopathology", **Journal Of Abnormal Psychology**, cilt 104, sayı 2, ss. 327.

HESHMATİ, R., AZMOODEH, S., & CALTABİANO, M. L. (2021). "Pathway linking different types of childhood trauma to somatic symptoms in a subclinical sample of female college students: the mediating role of experiential avoidance" **The Journal of Nervous and Mental Disease**, cilt 209, sayı 7, ss. 497-504.

HİLDERİNK, P. H., COLLARD, R., ROSMALEN, J. G. M., & VOSHAAR, R. O. (2013). "Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review", **Ageing research reviews**, cilt 12, sayı 1, ss. 151-156.

HOTOPF, M., CHİDGEY, J., ADDİNGTON-HALL, J., & LY, K. L. (2002). "Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding", **Palliative medicine**, cilt 16, sayı 2, ss.81-97.

HOVENS, J. G., WIERSMA, J. E., GİLTAY, E. J., VAN OPPEN, P., SPİNHOVEN, P., PENNİNX, B. W., & ZİTMAN, F. G. (2010). "Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls", **Acta Psychiatrica Scandinavica**, cilt 122, sayı 1, ss. 66-74.

İSİK, F. (2010). "An Entropy-Based Approach For Measuring Complexity İn Supply chains", **International journal of production research**, cilt 48, sayı 12, ss. 3681-3696.

İBİLOĞLU, A.O., ATLI, A., OTO, R., ve ÖZKAN, M. (2018). "Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bakış", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt 10, sayı 1, ss.84-98.

JAFFEE, S. R., MOFFİTT, T. E., CASPİ, A., & TAYLOR, A. (2003). "Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior", **Child development**, cilt 74, sayı 1, ss. 109-126.

- JAVİDİ, H. ve YADOLLAHİE, M. (2012). "Post-traumatic stress disorder", **The International Journal of Occupational and Environmental Medicine**, cilt 3, ss.2-9.
- JAVİDİ, H., & M. YADOLLAHİE, M. (2012). "Post-traumatic stress disorder", **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, cilt 3, sayı 1, ss. 2-9.
- JONES HARDEN, B., DENMARK, N., HOLMES, A., ve DUCHENE, M. (2014). "Detached parenting and toddler problem behavior in Early Head Start families", **Infant Mental Health Journal**, cilt 35, sayı 6, ss. 529–543.
- KABAT-ZİNN, J. (1982). "An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results", **General Hospital Psychiatry**, cilt 4, sayı 1, ss.33–47.
- KALK, B.A. VE HART, O. (1989). "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma", **AM J Psychiatry** cilt 146, ss.1530- 1540.
- KAPLAN, M. J. (2014). "A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders", **Psychodynamic Psychiatry**, cilt 42, sayı 4, ss. 593–616.
- KARA, B., BİÇER, Ü. ve GÖKALP, A.S. (2004). "Çocuk İstismarı", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, cilt 47, sayı 2, ss.51-140.
- KARVONEN, J.T. (1966). "Somatization In Young Adults", **Department Of Public Health Science and General Practice**, cilt 33, sayı 4, ss. 150-158.
- KATON. W., SULLIVAN. M. ve WALKER. E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. **Annals Of Internal Medicine**, cilt 134, sayı 9, ss. 917-25
- KELLNER, R. (1990). "Somatisation: Theories and Research", **J Nerv Men Dis**, cilt 178, ss.150-160.

- KENDALL-TACKETT, K.A, WILLIAMS, L.M. & FINKELHOR, D. (1993). “Impact of sexual abuse on children”, **Psychol Bull**, cilt 113, ss.164-180.
- KESEBİR, S. (2004). “Depresyon ve Somatizasyon”, **Klinik Psikiyatri**, cilt 1, ss.14-19.
- KESSLER, R.C, & CHIU, W.T., & DEMLER, O. (2005). “Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in The National Comorbidity Survey Replication”, **Arch Gen Psychiatry**, cilt 62, ss.617-27.
- KESSLER, R.C, SONNEGA, A, BROMET, E, HUGHES, M. ve NELSON, C.B. (1995). “Posttraumatic Stress Disorder in The National Comorbidity Survey”, **Arch Gen Psychiatry**, cilt 52, ss.1048-1060.
- KHAN, A.A., KHAN, A., HAREZLAK, J., TU, W., ve KROENKE, K. (2003). “Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology And Outcome”, **Psychosomatics**, cilt 44, sayı 6, ss.471-478.
- KINZL, J. F., TRAWEGER, C., & BIEBL, W. (1995). “Sexual Dysfunctions: Relationship to Childhood Sexual Abuse And Early Family Experiences in A Nonclinical Sample”, **Child Abuse & Neglect**, cilt 19, sayı 7, ss. 785-792.
- KLENGEL, T., HECK, A., PFISTER, H., BRÜCKL, T., HENNINGS, J. M., MENKE, A., ve ISING, M. (2011). “Somatization in Major Depression-Clinical Features And Genetic Associations”, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, cilt 124, sayı 4, ss. 317-328
- KLIETHERMES, M., SCHACHT, M., & DREWRY, K. (2014). “Complex trauma”, **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, cilt 23, sayı 2, ss. 339-361.
- KLONOFF, E.A., LANDRINE, H., ve CAMPBELL, R. (2000). “Sexist discrimination may account for well-known gender differences in psychiatric symptoms”, **Psychology of Women Quarterly**, cilt 24, sayı 1, ss.93-99.
- KOKURCAN, A. ve HÜSEYİN, H.Ö. (2012). “Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri”, **Kriz Dergisi**, cilt 20, sayı 1, ss.19-24.

KOPTAGEL-İLAL, G. (1999). “Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız? Psikodinamik Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi**, cilt 1 sayı 1, ss.27-33.

Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). “Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı Ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, Cilt 3, Sayı 1, Ss. 67-99.

KÖRÜKCÜ, Ö., & KUKULU, K. (2015). “Beden-Zihin-Ruh Bütünlüğünü Korumaya Yönelik Bir Program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, cilt , sayı 1, ss. 68-80.

KRATZER, L., HEINZ, P., PFITZER, F., PADBERG, F., JOBST, A., & SCHENNACH, R. (2018). “Mindfulness And Pathological Dissociation Fully Mediate The Association Of Childhood Abuse And PTSD Symptomatology”, **European Journal of Trauma & Dissociation**, cilt 2, sayı 1, ss. 5-10.

KROENKE, K. (2003). “Patients Presenting With Somatic Complaints: Epidemiology, Psychiatric Comorbidity And Management”, **International Journal Of Methods In Psychiatric Research**, cilt 12 sayı 1, ss.34-43.

KROSKE, E. B., ROCHE, A. I., & O’HARA, M. W. (2018). “Childhood Trauma and Somatization: Identifying Mechanisms For Targeted Intervention”, **Mindfulness**, cilt 9, sayı 6, ss. 1845-1856.

KUMAR, S.M. (2002). “An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist”, **Cognitive and Behavioral Practice**, cilt 9, sayı 1, ss.40-43.

LAKHAN, S. E., & SCHOFIELD, K. L. (2013). “Mindfulness-Based Therapies In The Treatment Of Somatization Disorders: A Systematic Review And Meta-Analysis”, **Plos One**, cilt 8, sayı 8, e71834.

LEE, H. J., & SEO, M. (2010). “Factors Influencing Somatization In Adolescents”, **J Korean Soc Sch Health**, cilt 23, sayı 1, ss. 79-87.

- LEVY, K.N., BLATT, S.J., ve SHAVER, P. R. (1998). "Attachment styles and parental representations", **Journal of Personality and Social Psychology**, cilt 74, sayı 2, ss.407–419.
- LIANG, Y., ZHOU, Y., RUZEK, J. I., & LIU, Z. (2020). "Patterns of childhood trauma and psychopathology among Chinese rural-to-urban migrant children", **Child Abuse & Neglect**, cilt 108, ss.104691.
- LİPOWSKI, Z. (1988). "Somatization: The Concept and its Clinical Applications", **American Journal of Psychiatry**, cilt 145: ss.1358-1368.
- LİPOWSKI, Z.J. (1987). "Somatization: Medicine's Unsolved Problem", **Psychosomatics**, cilt 28, ss.294-297.
- LİTZ, B.T. ve ROEMER, L. (1996). "Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview", **Clinical Psychology ve Psychotherapy**, cilt 3, sayı 3, ss.153-168.
- LOTHANE, Z. (1998). "Freud's 1895 Project: From mind to brain and back again", **Annals of the New York Academy of Sciences**, cilt 843, sayı 1, ss.43-65.
- MAGALLÓN, R., GİLİ, M. ve MORENO, S. (2008). "Cognitive Behaviour Therapy For Patients With Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) In Primary Care: A Randomized, Controlled Study", **BMC Psychiatry**, cilt 8, sayı 1, ss. 1-7.
- MAİ, F. (2004). "Somatization Disorder: A Practical Review", **Can J Psychiatry**, cilt 49, sayı 10, ss.652-62.
- MARSELLA, A.J., FRIEDMAN, M.J. ve SPAIN, E.H. (1993). "Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 12, JM, Riba MB, Taskman A, Washington DC", **American Psychiatric Press**, ss.157–181.
- MARTİN A, & CHALDER T., & RİEF W., BRAEHLER E. (2007). "The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome: A general population survey", **J Psychosom Res**, 2007; cilt 63, sayı 2, ss. 147–56.

- MARTÍN-CUELLAR, A., ATENCIÓ, D. J., KELLY, R. J., & LARDIER JR, D. T. (2018). "Mindfulness As A Moderator Of Clinician History Of Trauma On Compassion Satisfaction", **The Family Journal**, cilt 26, sayı 3, ss. 358-368.
- MAZAHERİ, M. (2015). "Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders", **Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences**, cilt 9, sayı 4, ss. 140-158.
- MCCAULEY, J., KERN, D. E., KOLODNER, K., DILL, L., SCHROEDER, A. F., DE CHANT, H. K., RYDEN, J., DEROGATIS, L. R., BASS, E. B. (1997). "Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse", **JAMA**, cilt 277, ss. 1362–1368.
- MCKEEN, H., HOOK, M., PODDUTURİ, P., BEİTZELL, E., JONES, A., & LISS, M. (2021). "Mindfulness As A Mediator And Moderator İn The Relationship Between Adverse Childhood Experiences And Depression", **Current Psychology**, ss. 1-11.
- MEASELLE, J. R., ABLOW, J. C., COWAN, P. A., & COWAN, C. P. (1998). "Assessing Young Children's Views Of Their Academic, Social, And Emotional Lives: An Evaluation Of The Self- Perception Scales Of The Berkeley Puppet Interview", **Child Development**, Cilt 69, Sayı 6, ss. 1556-1576.
- MELZACK R. (2001). "Pain and the neuromatrix in the brain", **Journal Of Dental Education**, cilt 65, ss. 1378–1382.
- MORRISON, J. (1989). "Childhood Sexual Histories of Women With Somatization Disorder", **The American Journal Of Psychiatry**, cilt 146, sayı 2, ss.239.
- MULLEN, P.E. ve FLEMING, J. (1998). Long-term effects of child sexual abuse. **Australian Institute of Family Studies**, cilt 93, sayı 12, ss. 1787-1798.
- MULLEN, P.E., MARTİN, J.L., ANDERSON, J.C., ROMANS, S.E. ve HERBİSON, G.P. (1993). "Childhood Sexual Abuse And Mental

- Health in Adult Life”, **The British Journal of Psychiatry**, cilt 163, sayı 6, ss.721-732.
- NOVACK, D.H., CAMERON, O., EPEL E., ADER, R., WALDSTEİN, S.R., LEVENSTEİN, S., ANTONİ, M.H., WAİNER, A. R. (2007). Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. **Acad Psychiatry**, 31:388–401.
- ORTİZ, R., & SİBİNGA, E. M. (2017). “The Role Of Mindfulness İn Reducing The Adverse Effects Of Childhood Stress And Trauma”, **Children**, cilt 4, sayı 3, ss. 16.
- OZDAMAR, L. (1999). “A genetic algorithm approach to a general category project scheduling problem. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics, Part C*”, **Applications and Reviews**, cilt 29, sayı 1, 44-59.
- ÖZEN, E.M., SERHADLI, Z.N.A., TÜRKCAN, A.S., ve ÜLKER, G.E. (2010). “Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon”, **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, cilt 23, sayı 1, ss.60-65.
- ÖZENLİ, Y., YOLDAŞCAN, E., TOPAL, K., ve ÖZÇÜRÜMEZ, G. (2009). “Türkiye’de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 10, sayı 2, ss.131-136.
- ÖZGEN, F. ve AYDIN, H. (1999). “Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, **Klinik Psikiyatri** cilt 1, ss.34-41.
- PAİNTER, K. ve SCANNAPİECO, M. (2013). “Child Maltreatment: The Neurobiological Aspects of Posttraumatic Stress Disorder”, **J Evid Based Soc Work**, cilt 10, sayı 4, ss. 276-84.
- PARK, Y. S., KİM, J. L., & LEE, S. M. (2012). “High School Girl's Level of Stress, Somatization, Anger and Adjustment to School according to the Types of Housing”, **The Korean Journal of Health Service Management**, cilt 6, sayı 3, ss. 183-195.

- PARKINSON, G.W. ve ADAMS, R.C. (2001). "Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice", **Pediatrics** cilt 10, ss. 43.
- PEARLMAN, L. A., & COURTOIS, C. A. (2005). "Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma", **Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies**, cilt 18, sayı 5, ss. 449-459.
- PERONA-GARCELÁN, S., GARCÍA-MONTES, J. M., RODRÍGUEZ-TESTAL, J. F., LÓPEZ-JIMÉNEZ, A. M., RUIZ-VEGUILLA, M., DUCTOR-RECUERDA, M. J., ... & PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2014). "Relationship Between Childhood Trauma, Mindfulness, And Dissociation In Subjects With And Without Hallucination Proneness", **Journal of Trauma & Dissociation**, cilt 15, sayı 1, ss. 35-51.
- PFEFFERBAUM, B. ve ALLEN, J.R. (1998). "Stress in Children Exposed to Violence: Reenactment and Rage", **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, cilt 7, sayı 1, ss.121-135.
- PHAM, T. S., QI, H., CHEN, D., CHEN, H., & FAN, F. (2021). Prevalences of and correlations between childhood trauma and depressive symptoms, anxiety symptoms, and suicidal behavior among institutionalized adolescents in Vietnam. **Child Abuse & Neglect**, cilt 115, ss. 105022.
- PİCCINELLİ, M., & SİMON, G. (1997). "Gender and Cross-Cultural Differences in Somatic Symptoms Associated With Emotional Distress. An International Study In Primary Care", **Psychological Medicine**, cilt 27, sayı 2, ss. 433-444.
- PİET, J., & HOUGAARD, E. (2011). "The Effect Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Prevention Of Relapse In Recurrent Major Depressive Disorder: A Systematic Review And Meta-Analysis", **Clinical Psychology Review**, cilt 31 sayı 6, ss. 1032-1040.
- RAUCH SL., & SHİN LM., & PHELPS EA. (2006). "Neurocircuitry Models Of Posttraumatic Stress Disorder And Extinction: Human Neuroimaging Research-Past, Present, And Future", **Biological Psychiatry**, cilt, 60 ss. 376- 382.

- REES, C. (2008). "The Influence of Emotional Neglect On Development", **Paediatrics and Child Health**, cilt 18, sayı 12, ss.527-534.
- RİEF, W., MARTİN, A., KLAİBERG, A., BRAHLER, E. (2005). Specific Effects Of Depression, Panic, And Somatic Symptoms On İllness Behavior. **Psychosomatic Medicine**, cilt 67 sayı 4, ss. 596–601.
- ROMANS, S., COHEN, M. (2008). Unexplained And Underpowered The Relationship Between Psychosomatic Disorders And İnterpersonal Abuse. **Harvard Review Psychiatry**, cilt 16, sayı 1, ss. 35-44.
- RYDER AG., & YANG J., & ZHU X., & YAO S., & Yİ J., & HEİNE SJ., & BAGBY RM. (2008)." The Cultural Shaping Of Depression: Somatic Symptoms İn China, Psychological Symptoms İn North America?" **Journal Of Abnormal Psychology**, cilt 117, sayı 2, ss. 300–313.
- SAYAR, K. ve İŞİK, H. (2008). "Somatoform Disorders", **Golden Print**, cilt 85, ss.85-271.
- SCHMİDT, U., KALTWASSER, S.F. ve WOTJAK, C.T. (2013). "Biomarkers in Posttraumatic Stress Disorder: Overview and İmplications For Future Research", **Dis Markers**, cilt 35, sayı 1, ss.43-54.
- SHAPİRO, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, cilt 20, sayı 3, ss. 211-217.
- SHAPİRO, S. L., ASTİN, J. A., BİSHOP, S. R., & CORDOVA, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction For Health Care Professionals: Results From A Randomized Trial. **International Journal Of Stress Management**, cilt 12, sayı 2, ss.164.
- SHAPİRO, S.L., CARLSON, L.E., ASTİN, J.A. ve FREEDMAN, B. (2006). "Mechanisms of Mindfulness", **Journal of Clinical Psychology**, cilt 62, sayı 3, ss.373-386.
- SİLBER, T. J. (2011). "Somatization Disorders", **Pediatr Rev**, cilt 32, sayı 2 ss. 57.

- SİNİCİ, E., ERDEN, H. G., & YURTTAŞ, Y. (2009). “Akut Stres Bozukluğunda Bir Müdahale Tekniğinin Uygulanabilirliği: Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma Ve Yeniden İşleme (EMDR)”, **In Yeni Symposium**, cilt 47, sayı 4, ss. 178-186.
- SPİTZER, C., BARNOW, S., GAU, K., FREYBERGER, H.J. ve GRABE, H.J. (2008). “Childhood Maltreatment in Patients with Somatization Disorder”, **Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry**, cilt 42, sayı 4, ss.335-341.
- STEİN MB, & KOVEROLA C., & HANNA C., (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. **Psychol Med**, cilt 27, sayı, 4, ss. 951-959.
- STURGE-APPLE, M., DAVİES, P., CİCCHETTİ, D., ve MANNİNG, L. (2012). “Interparental Violence, Maternal Emotional Unavailability And Children’s Cortisol Functioning In Family Contexts”, **Developmental Psychology**, cilt 48, sayı 1, ss. 237–249.
- SUEN, L. ve TUSAİE, K. (2004). “Is Somatization a Significant Depressive Symptom in Older Taiwanese Americans?”, **Geriatry Nurs**, cilt 25, ss.157-63.
- SUNAR, D. (1982). “Female Stereotypes in United States and Turkey”, **Journal of Cross Cultural Psychology**, cilt 13, ss.445-460.
- SUNGUR, M.Z. (1999), “İkincil Travma ve Sosyal Destek”, **Klinik Psikiyatri**, cilt 2, ss.105-108.
- SURÉN, P., ROTH, C., BRESNAHAN, M., HAUGEN, M., HORNİG, M., HİRTZ, D., & STOLTENBERG, C. (2013). “Association Between Maternal Use Of Folic Acid Supplements And Risk Of Autism Spectrum Disorders in Children”, **JAMA**, cilt 309, sayı 6, ss. 570-577.
- SUZUKİ, A., POON, L., PAPADOPOULOS, A. S., KUMARİ, V., & CLEARE, A. J. (2014). “Long term effects of childhood trauma on cortisol stress reactivity in adulthood and relationship to the occurrence of depression” **Psychoneuroendocrinology**, cilt 50, ss. 289-299.

- ŞAHİN, F. (2001). “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde hekimin Rolü”, **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**, cilt 10, sayı 7, ss.246-249.
- ŞAR, V. ve TUTKUN, H. (1997). “Treatment of Dissociative Identity Disorder in Turkey: A Case Study”, **Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders**, cilt 10, sayı 3, ss. 148-156.
- ŞAR, V., NECEF, I., MUTLUER, T., PARMİS, F. & TÜRK KURTÇA, T. (2020). “A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor”, **Journal of Trauma & Dissociation**, cilt 22, sayı 1, ss. 35-51.
- ŞAR, V., ÖZTÜRK, E., & İKİKARDEŞ, E. (2012). “Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).”, **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences**, cilt 32, sayı 4, ss. 1054–1063.
- ŞENOL, Ş. (2000). “Aile İçi Şiddetin Farklı Görünümleri”, **Çocuk ve Aile Dergisi**, cilt 3, sayı 24,ss 2-30.
- TANER, Y. ve GÖKLER, B. (2004). “Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, cilt 35, ss.82-86.
- TANTİA, J. F. (2013). “Mindfulness And Dance/Movement Therapy For Treating Trauma”, **Mindfulness and the Art Therapies**, ss. 96-107.
- TAYCAN, O., SAR, V., ÇELİK, C. ve ERDOĞAN-TAYCAN, S. (2014). “Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey”, **Comprehensive Psychiatry**, cilt 55, sayı 8, ss.1837–1846.
- TAYLOR, G. J. (2003). “Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs?.” **Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, cilt 31, sayı 3, ss. 487-508.
- TERCIER, A. (1998). “Child abuse. In: Maer JA (ed)”, **Emergency Medicine**, cilt 110, sayı 2, ss.1108-1118.

- TESTA, M., VANZİLE-TAMSEN, C. ve LİVİNGSTON, J.A. (2005). “Childhood Sexual Abuse, Relationship Satisfaction, and Sexual Risk Taking in A Community Sample Of Women”, **Journal Of Consulting Clinical Psychology**, cilt 73, sayı 6, ss.1116–1124.
- TORGENSEN, S., (1986). “Genetics of Somatoform Disorders”, **Archives of General Psychiatry**, cilt 43, sayı 5, ss. 5-502.
- TUCCİ, A. M., KERR-CORRÊA, F., & SOUZA-FORMİGONİ, M. L. O. (2010). “Childhood Trauma İn Substance Use Disorder And Depression: An Analysis By Gender Among A Brazilian Clinical Sample”, **Child Abuse & Neglect**, cilt 34, sayı 2, ss. 95-104.
- UZUN, B. ve KRAL, T. (2021). “Fark Et, Anda Kal; Namıdiğer Mindfulness: Farkandalık Uygulamalarının Dünü, Bugünü ve Kùltürümüze Duyarlılığı”, **Uluslararası Bilim ve Eğitim Dergisi**, cilt 4, sayı 1, ss.15-27.
- ÜNAL, S. (1999). “Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe”, **Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi**, cilt 1, ss.1-6.
- ÜNAL, S. (2002). “Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 3, ss.52-55.
- VİNE, V., & ALDAO, A. (2014). “Impaired emotional clarity and psychopathology: a transdiagnostic deficit with symptom-specific pathways through emotion regulation”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, cilt, 33, sayı 4, ss. 319-342.
- WALDİNGER, R. J., SCHULZ, M. S., BARSKY, A. J., & AHERN, D. K. (2006). “Mapping The Road From Childhood Trauma To Adult Somatization: The Role Of Attachment”, **Psychosomatic Medicine**, cilt 68, sayı 1, ss. 129-135.
- WİLLİAMS, W. I. (2006). “Complex trauma: Approaches to theory and treatment”, **Journal of loss and trauma**, cilt 11, sayı 4, ss. 321-335.
- WİLSON, S.R., RACK, J.J., SHİ, X., ve NORRİS, A.M. (2008). “Comparing Physically Abusive, Neglectful, And Non-Maltreating Parents During

Interactions With Their Children: A Metaanalysis Of Observational Studies” **Child Abuse ve Neglect**, cilt 32, sayı 9, ss. 897-911.

WOOL, C. A., & BARSKY, A. J. (1994). “Do Women Somatize More Than Men?: Gender Differences In Somatization”, **Psychosomatics**, cilt 35, sayı 5, ss. 445-452.

WÜRTZEN, H., DALTON, S. O., CHRİSTENSEN, J., ANDERSEN, K. K., ELSASS, P., FLYGER, H. L., & JOHANSEN, C. (2015). “Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial”, **Acta Oncologica**, cilt 54, sayı 5, ss. 712-719.

YEHUDA, R., KEEFE, R.S.E. ve HARVEY, D. (1995). “Learning and Memory in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder”, **The American Journal Of Psychiatry**, cilt 152, ss.137-139.

YILDIZ, M. ve AKYOL, A. (1995). “Somatizasyon ve Konversiyon Bozuklukları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, **Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi**, cilt 2, sayı 4, ss. 344.

YILMAZ, B. (1999). “Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, **Türk Psikoloji Yazıları**, cilt 3, sayı 1, ss. 79-98.

YOLDASCAN, E., OZENLİ, Y., KUTLU, O., TOPAL, K., & BOZKURT, A. I. (2009). Prevalence Of Obsessive-Compulsive Disorder İn Turkish University Students And Assessment Of Associated Factors. **BMC Psychiatry**, cilt 9, sayı 1, ss. 1-8.

YURDAKÖK, K. ve İNCE, O. (2010). “Duygusal İstismar ve İhmal”, **Katkı Pediatri Dergisi**, cilt 32, ss.423-433.

YÜCEL, B. ve POLAT, A. (2007). Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, **Hekimler Yayın Birliği**, cilt 369, ss. 76.

YÜKSEKBİLGİLİ, N. Ş. (2020). “Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Bireysel Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, **Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi**, cilt 6, sayı 8, ss. 63-72.

YÜKSEL, A., DABANLI, Z., & YILMAZ, B. (2020). “Gebelerde Bilinçli Farkındalık İle Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, **JAREN**, cilt 6, sayı 2, ss. 95-202.

ZARA, A. (2011). “Krizler ve Travmalar”, **Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları**, ss.91-121.

ZOCCOLILLO, M., & CLONİNGER, C. R. (1985). “Parental Breakdown Associated with Somatisation Disorder (Hysteria)”, **The British Journal of Psychiatry**, cilt 147, sayı 4, ss. 443-446.

ZOROĞLU, S., TÜZÜN, Ü., ŞAR, V., ÖZTÜRK, M., ERÖCAL KORA, M. ve ALYANAK, B. (2001). “Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, cilt 2, sayı 2, ss.69-78.

TEZLER

AKGÜN BOYLU, Ş. (2018). “Evli Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Evlilik Doyumu ve Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi,” İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ALBAYRAK, B. (2015). “Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Biçimleri, Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ve Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkiler” Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ALKAN, C. (2019). “Travma Deneyimi Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Başa Çıkma Tutumları ve Travma Yaşantısı Sonrası Büyümeyle İlişkili Faktörler” Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ARAL, G. (2018). “Fibromiyaljili Hastalarda, Somatizasyon ve Anormal Hastalık Davranışlarının Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (Dsm-5) Ve Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri (Dcpr) İle Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi”. Karadeniz Teknik Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Trabzon.

ARDANIÇ, P. (2017). “Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, İstanbul Arel Üniversitesi ”, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

AYDİNLİ, S. (2019). “Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Algılanan Stres ve Somatizasyon Bozukluğu Semptomları ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

BALAK, Z.İ. (2016). “Ergenlerde Çevrimiçi Oyun Bağımlılığı ile Somatizasyon Bozukluğu ve Zihin Kuramı Arasındaki İlişki” Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

CEBBAR, E. (2021). ”Psikologlarda Psikolojik Dayanıklılığın; İkincil Travmatik Stres, Somatizasyon ve Tükenmişlik ile İlişkinin İncelenmesi”,

Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- DİKKATLİ, S. (2000). “TSSB’de Etiyolojik Faktör Olarak Ailenin Araştırılması”, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
- DOĞAN, Y.M. (2020). “Üniversite Öğrencilerinde Somatizasyon Eğiliminin Yordanmasında Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Genel Öz Yeterlik İnancı ve Bilişsel Esnekliğin Rolü” Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- GÜNDOĞAN, N. A. (2019). “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Bireylerin Obsesif Kompulsif Belirti Düzeylerine Etkisi”, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- GÜNEÇ, Ü. (2020). “Aleksitimi, Somatizasyon ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul.
- HUNCA, A.N. (2015). “Somatizasyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Kendilik Algısı Değerlendirmesi”, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- İNCİ, İ. (2020). “Çocukluk Çağı Travması ve Somatizasyon Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Aracı Rolü”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KAĞNICI, E. (2020). “Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ile Algılanan Duygusal İstismar ve İyi Oluş Arasındaki Yordayıcı İlişkiler”, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- KINAY, F. (2013). “Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği’ni Türkçe’ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- OBUZ, B. (2019). “Bel Ağrısı Olan Hastalarda Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Bedensel Duyumları Abartma ve Somatizasyon ile İlişkinin

İncelenmesi”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

RUNYUN, Ş.L. (2020). “Anksiyete Hastalarında Karar Verme ve Hata İzleme”, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ŞİMŞEK, İ. (2018). “Yaşanan Travmatik Olaya Bağlı Alkol/Madde Kullanımı Olan Tutuklu/Hükümlü Bireylerde Travma Sonrası Stres Belirtileri İle Travma Sonrası Bilişlerin İncelenmesi”, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

TURAN AĞCA, N. (2019). “Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Egzersiz Ve Spor Psikolojisi Yüksek Lisans Programı”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

UNUTMAZ, J. (2021). “Çalışanların Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Tükenmişlik ve Duygusal Zeka Arasındaki İlişkiler”, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

YILDIRIM, E.C. (2020). “Fibromiyalji Hastalarında Travmatik Olay Deneyimi, Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ile Aleksitimi ve Travmatik Stres Belirtileri Arasındaki İlişki”, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

YORULMAZ, A. (2021). “Duygu Düzenleme Güçlüğü, Bilinçli Farkındalık ve Aleksitiminin Somatizasyon Belirtilerini Yordayıcı Etkilerinin İncelenmesi”, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ZEYNELOĞLU, S. (2008). “Ankara’da Hemşirelik Öğrenimi Gören Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

DİĞER KAYNAKLAR

BRASSARD, M.R., HART, S.N., BAKER, A.A.L. ve CHIEL, Z. (2019). The APSAC Monograph on Psychological Maltreatment (PM). The American

Professional Society on the Abuse of Children (APSAC).

KORKMAZLAR-ORAL, Ü., ENGİN, P. ve BÜYÜKYAZICI, Z. (2010). “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması: Özet Raporu”, Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.

KORKMAZLAR-ORAL, Ü., ENGİN, P. ve BÜYÜKYAZICI, Z. (2010). “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması: Özet Raporu”, Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.

RUSSELL. L. (2011). “Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)”. Posttraumatic Stress Disorder DSM-IV™ Diagnosis & Criteria, Mental Health Today.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). World Report on Violence and Health. Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011). Human Rights and Gender Equality in Health-Sector Strategies How to Assess Policy. Geneva: Publications of the World Health Organization; 2011. ss.9-21.

EKLER

Ek 1: Demografik Bilgi Formu

Ek 2: DSM-V Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği

Ek 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Ek 4: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Ek 5: Bilgilendirici Onam Formu

Ek 6: Etik Kurul Kararı

Ek. 1 Demografik Bilgi Formu

1) Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

2) Doğum Tarihi: / /

3) Eğitim durumunuz nedir?

- () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksek Okul
() Üniversite () Y. Lisans/Doktora

4) Medeni Durumunuz nedir?

- () Evli () Bekar () Boşanmış () Eşi vefat etmiş

5) Annenizin yaşı:

6) Annenizin eğitim durumu:

- () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksek Okul
() Üniversite () Y. Lisans/Doktora

7) Annenizin mesleği:

8) Babanızın yaşı:

9) Babanızın eğitim durumu:

- () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksek Okul
() Üniversite () Y. Lisans/Doktora

10) Babanızın mesleği:

11) Anne ve baba sağ ve birlikte mi?

- () Evet () Hayır ise belirtiniz: () Boşanma () Ölüm () Diğer

(....)

12) Kaç kardeşsiniz:

13) Kaçınıcı çocuksunuz:

14) Ailenizin tahmini ekonomik geliri nedir?

15) Yaşadığımız yer:

- () Büyük şehir () Şehir () İlçe () Köy

16)Nerede kalıyorsunuz?

Yurt Aile evi Otel – Misafirhane Kendisine ait ev

17)Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Tek başına Ailesiyle Eşiyle Eşi ve çocuklarıyla Ev arkadaşıyla

18)Çocuğunuz var mı varsa kaç çocuğunuz var belirtiniz.

Evet (...) Hayır

19)Mesleğiniz nedir?

20)Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Çalışmıyor Çalışıyor iseniz belirtiniz (.....)

21)Tahmini ekonomik geliriniz nedir?

22)Herhangi bir kronik tıbbi rahatsızlığınız var mı?

Evet ise belirtiniz (.....) Hayır

23)Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

Evet ise belirtiniz (.....) Hayır

Ek 2: DSM-V Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeği

2. DÜZEY—Bedensel Belirti—Yetişkin Hasta

İsim: _____ **Yaş:** _____ **Cinsiyet:** Erkek Kadın **Tarih :**

Eğer ölçek bir bilgi(ya da bakım) veren kişi tarafından tamamlanıyorsa, bu kişinin bakım alan kişi ile yakınlığı nedir?

Sıradan bir hafta içerisinde, bakım alan kişiyle yaklaşık olarak ne kadar zaman geçiriyorsunuz? _____ saat/hafta

Acıklama: DSM-5 1. Düzeydeki kesitsel anketi tamamladınız, geçtiğimiz 2 hafta boyunca sizi (bakım alan kişiyi) az ya da çok şiddette “açıklanamayan ağrı ve acılarının” ve/veya “hastalığınızın yeterince ciddiye alınmadığını hissetme duygunuzun” rahatsız ettiğini belirttiniz. Aşağıda sizi (bakım alan kişiyi) rahatsız eden bu belirtilerin ve duyguların daha detaylı ve özellikle geçtiğimiz son 7 gün boyunca sizi ne kadar sıklıkta rahatsız ettiğine dair bir soru listesi bulunmaktadır. **Lütfen her bir madde için sadece 1 kutucuğu işaretleyerek (x) soruları yanıtlayınız.**

Klinisyen Kullanımı İçin

Geçtiğimiz son 7 gün boyunca aşağıdaki sorunlardan her hangi birinden ne kadar rahatsız oldunuz?

Bölüm Puanı
Hiç rahatsız oldum (0) Biraz oldum (1) Çok olmadım rahatsız oldum (2) rahatsız oldum (3)

1.	Mide ağrısı	q	q	q
2.	Bel ağrısı	q	q	q
3.	Kol, bacak ya da eklem ağrısı (diz, kalça, vs.)	q	q	q
4.	Adet sancısı veya adet dönemleriyle ilişkili diğer sorunlar (SADECE KADINLAR İÇİN)	q	q	q
5.	Baş ağrısı	q	q	q
6.	Göğüs ağrısı	q	q	q
7.	Baş dönmesi	q	q	q
8.	Baygınlık nöbeti	q	q	q
9.	Kalp atışını hissetme veya çarpıntı	q	q	q
10.	Nefes darlığı	q	q	q
11.	Cinsel ilişki sırasında ağrı veya sorun	q	q	q
12.	Kabızlık, barsaklarda bozulma veya ishal	q	q	q
13.	Mide bulantısı, gaz veya hazımsızlık	q	q	q
14.	Yorgunluk hissi veya enerji azlığı	q	q	q
15.	Uyku sorunları	q	q	q

Total/Parsiyel Ham Puan:

Eşitlenmiş Total Ham Puan: (Eğer 1-3 maddeler boş bırakılmışsa)

Ek 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Türkçe Versiyon

© Türkçe CTQ-28 :Vedat Şar, 1996

© Türkçe CTQ-33: Vedat Şar, Işıl Necef, Tuba Mutluer, Parmis

Fatih, 2019 Reliability and validity studies

CTQ-28: Şar, V., Öztürk, E. & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Turkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi (Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences)*, 32(4),1054-1063.

CTQ-33: Şar,V., Necef, I., Mutluer,T., Fatih,P., Türk-Kurtça, T. (2020). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): overprotection- overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma and Dissociation*.

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

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

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1) Yeterli yemeğim olurdu.

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

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

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

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

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

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

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

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

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

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

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

7) Sevildiğimi hissediyordum.

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

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

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

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

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

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

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

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

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

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

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

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

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

14) Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

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

16) Çocukluğum mükemmeldi.

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

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen,

komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

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

18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

5.Çok Sık 19)Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdiler.

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

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

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

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

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

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

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

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

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

25) Ailedekiler bana karşı suçlayıcıydı.

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

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

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

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

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

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

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

29) Ailedekiler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

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

30) Ailedekiler her şeyime karıştırdı.

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

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

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

5.Çok Sık 32)Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

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

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

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

Ek 4: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

BİFÖ

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyimizin **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

1	2	3	4	5	6
Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					1 2 3 4 5 6
Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.					1 2 3 4 5 6
Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					1 2 3 4 5 6
Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					1 2 3 4 5 6
Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					1 2 3 4 5 6
Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					1 2 3 4 5 6
Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.					1 2 3 4 5 6
Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					1 2 3 4 5 6
Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.					1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.					1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.					1 2 3 4 5 6

Ek 5: Bilgilendirici Onam Formu

Değerli Öğrenci,

Bu çalışma İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fulya Büyükbaşoğlu tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmada "Üniversite Öğrencilerindeki Somatizasyon Bozuklukları ile Travma İlişkisinde Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolünün İncelenmesi" amaçlanmıştır. Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular sorulmuştur. Bu sorulara doğru yanıt vermeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği ve doğruluğu açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırma boyunca sizin açık kimliğinizi belirlemeye yönelik soruların bulunmayacağını (TC kimlik numarası, ad-soyadı gibi) taahhüt ederiz. Sizden alınan bilgiler sadece yukarıda belirtilen araştırma için kullanılacak ve asla 3. kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışmayı dilediğiniz anda yarım bırakma hakkınız bulunmaktadır. Fakat çalışmayı eksiksiz olarak tamamlamanız araştırmamız için büyük önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre gerçekleşmektedir. Araştırma ile ilgili sorularınızı aşağıda belirtilen iletişim adresine yönlendirebilirsiniz.

Bilgilerinize saygılarımla sunarım.

Araştırmacı: Psikolog Fulya Büyükbaşoğlu

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Öğr. Üyesi Mesut Yavuz

Ek 6: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.06.2021-14248



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-88083623-020-14248
Konu :Etik Onayı Hk.

11.06.2021

Sayın Fulya BÜYÜKBAŞOĞLU

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 09.06.2021 tarihli ve 2021/07 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Alper FİDAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BS53MVT8E2 Pin Kodu : 95062

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Keş Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002



ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Fulya Büyükbaşoğlu

ÖĞRENİM BİLGİLERİ

2016 - 2019: İstanbul Aydın Üniversitesi – Psikoloji

2018-2019: İstanbul Aydın Üniversitesi- Pedagojik Formasyon Eğitimi

2019 – 2021: İstanbul Aydın Üniversitesi – Klinik Psikoloji

BİLDİRİLER-YAYINLAR

Büyükbaşoğlu, F. ve Yavuz, M. (2022). Üniversite Öğrencilerindeki Somatik Belirtiler ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkinde Bilinçli Farkındalığın Düzenleyici Rolünün İncelenmesi. *13. Bilimsel Araştırmalar Kongresi. Ankara*

