



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE AĞRI YAKINMASI OLAN
KİŞİLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ VARLIĞI**

DR. GJERGJİ SİNANI
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. KAAN KORA

İSTANBUL 2012

ÖNSÖZ

Öncelikle, bilgisi, desteği ve sıcaklığı ile yanında hep rahat hissettiğim, kendisiyle çalışabilmiş olduğum için kendimi şanslı gördüğüm rahmetli hocam Prof. Dr. Esat Oğuz GÖKTEPE'ye;

Tezimin konusunu belirlemeye çalıştığım ilk günden tezimin sonuçlanmasına kadar her aşamada bilgisi, emeği ve desteğiyle yanımda olduğunu bana her zaman hissettiren, asistanlık eğitimim boyunca da bilgisi ve anlayışıyla hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Kaan KORA'ya;

Eğitim süresince psikiyatri nosyonumun oluşmasında büyük katkıları olan, bilgi ve tecrübelerinden pek çok defalar faydalandığım değerli hocalarım; Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR'a, Prof. Dr. Yıldız AKVARDAR'a, Doç. Dr. Volkan TOPÇUOĞLU'ya, Doç. Dr. Kemal KUŞÇU'ya, Dr. Axel WÜRZ'e ve Uzm. Dr. Ömer YACI'ya;

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli bölüm hocalarıma;

Geçmişte beraber çalışma fırsatı yakaladığım Prof. Dr. Hakan YÖNEY'e, Uzm. Dr. Gül Bahar CÖMERT'e ve Uzm. Dr. Aylan Gımzal GÖNENTÜR'e;

Her zaman uyum içerisinde çalışarak asistanlık günlerimin verimli ve keyifli geçmesine katkıda bulunmuş olan psikiyatri ve çocuk psikiyatrisindeki şimdi ve geçmiş dönemden tüm asistan arkadaşlarıma;

Sonsuz sevgilerinden aldığım güç ve güvenle bugünlere gelirken benim için hiçbir imkanımı kullanmaktan kaçınmayan sevgili Annem ve Babama, ve kendisiyle her zaman gurur duyduğum sevgili kardeşim Jorgji SİNANI'ye;

Hayatını benimle paylaşarak bana en büyük mutluluğu yaşatan ve her daim destekçim olan sevgili eşim Ledjana KLLOGJERİ'ye, ve hayatımı daha da güzelleştiren biricik, tatlı ve sevimli kızım Jeta SİNANI'ye;

Teşekkürü borç bilirim.

Gjergji SİNANI

Şubat 2012

İçindekiler Tablosu

Özet	I
Abstract (İngilizce Özet)	III
Kısaltmalar dizini	V
Tablolar dizini	VI
I.	GİRİŞ 1
II.	GENEL BİLGİLER 3
A.	Çocuk istismarı ve ihmali 3
1.	Genel bakış 3
2.	Çocuk istismarı tipleri 7
3.	Müdahale ve Tedavi 13
4.	Çocuk istismarının yetişkinlikte etkileri 15
B.	Ağrı 18
1.	Ağrının bileşenleri 19
2.	Ağrı tipleri 21
3.	Ağrının psikolojik nedenleri 23
4.	Kronik ağrıda psikiyatrik eş tanılar 24
C.	Çocuk istismarının kronik ağrı ile ilişkisi 26
Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) aksı.....	27
III.	ÇALIŞMANIN AMACI VE HİPOTEZİ 29
IV.	YÖNTEM 29
A.	Çalışmaya alınma ölçütleri 30
B.	Çalışmadan dışlanma ölçütleri 30
C.	Ölçekler 30
1.	Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1) 30
2.	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği_28 (CTQ_28) (Ek 2) 31
3.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek 3) 31
4.	Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ_20) (Ek 4) 32
5.	Vizüel Analog Skalası (VAS) (Ek 5) 32
D.	Verilerin istatistiksel değerlendirmesi 32
V.	Bulgular 34
VI.	Tartışma 48
VII.	Çalışmanın Kısıtlılıkları 54
VIII.	Sonuçlar ve Öneriler 55
Kaynaklar.....	56
Ekler.....	70

Özet

Giriş: Tıbbi olarak açıklanabilen ya da açıklanamayan fiziksel belirtilerin bir kısmının çocukluk çağı kötü muamele-bakım ile ilişkilendirilmesi son yıllarda daha çok üzerinde durulan konulardan olmuştur. Pelvik ağrı, bel ağrısı, yüzde ağrı ve baş ağrısı gibi kronik ağrıların çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı istismarı olanlarda, olmayanlara göre ağrı yakınması dışında gastrointestinal, solunum yolu belirtileri, jinekolojik problemler, nörolojik belirtiler ve genel fiziksel belirtilerin daha fazla olduğuna dikkat çekilmektedir. Buna ek olarak, çocukluk çağı istismarı yaşayanların daha ağır belirtileri olduğu, tıbbi kaynakları daha fazla tükettikleri ve cerrahi işlemlerden daha fazla geçtikleri bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran ve ağrı yakınması ön planda olan kişilerde çocukluk çağı travmasının varlığını araştırmak idi.

Yöntem ve Gereç: Ağrı yakınması ön planda olarak (olgu grubu, n=89) ya da ağrı yakınması olmaksızın (kontrol grubu, n=81), Ekim 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük toplam 170 gönüllü hasta çalışmaya alınmıştır. Yüz yüze yapılan bir görüşmede yarı yapılandırılmış bir görüşme formu ve geçmiş hasta kayıtları kullanılarak hastaların sosyodemografik bilgileri, tedavi ve alışkanlık bilgileri, ağrı yakınmaları varsa ağrının özellikleri ve çocukluk çağında taciz öyküsü varsa taciz özellikleri ve tanıları tespit edilmiştir. Görüşme sonrasında hastalar VAS, HAD, SDQ_20 ve CTQ_28 ölçekleri doldurmuştur.

Bulgular: Toplam hastaların %13,5'i (n=23) çocukluk çağı taciz öyküsü bildirdi. Olgu grubundaki taciz öykülü hastalar (n=16); daha erken yaşta, daha uzun süre ve daha çok aile bireyleri tarafından tacize uğradıklarını bildirdiler. Aynı zamanda olgu

grubundaki hastalar kontrol grubundaki hastalara göre tüm ölçeklerden daha yüksek puan aldılar. Ancak CTQ_28 cinsel taciz alt ölçeği hariç HAD ve alt ölçekler, SDQ_20 ve CTQ_28 ve alt ölçekler açısından bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Sonuçlar: Kronik ağrı yakınması olan hastaların geçmişlerinde daha fazla çocukluk çağı travmaları bulunmaktadır. Bir bireyin, çocukluk çağında çok küçük yaşlardan itibaren, uzun süreli ve özellikle de güvendikleri aile bireylerinden ya da tanıdıklarından tacize ve/veya ihmale uğraması, yetişkinliğinde daha fazla kronik ağrı yakınmalarının olmasına neden olur. Bu sonucumuz literatürde bildirilen sonuçlarla uyumludur.

Anahtar kelimeler: kronik ağrı, çocukluk çağı travması, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal taciz, duygusal ihmal, cinsel taciz, CTQ_28, SDQ_20, VAS, HAD.

Abstract (İngilizce özet)

Background: The association between childhood trauma and explainable or not explainable physical symptoms has been an issue of great interest in the recent years. Chronic pains like pelvic, back and facial pain and headache have been observed in association with adverse childhood events. Attention is called to the fact that people with adverse childhood events, beside chronic pain, suffer more gastrointestinal, respiratory and neural system symptoms and gynaecologic problems than people who have no adverse childhood event. Beside this, has been reported that people with adverse childhood events have more severe symptoms, consume more medical resources and go thru more surgical procedures. The objective of this study was to research the incidence of childhood trauma in out clinic psychiatric patients with chronic pain symptoms.

Methods: A total of 170 consecutive volunteer patients who applied to Marmara University Training and Research Hospital Department of Psychiatry between October 2011 and December 2011, older than 18 years, either with chronic pain symptoms (case group, n=89) or without any chronic pain symptom (control group, n=81) are included to the study. With the help of a semi-structured interview and past clinic records have been gained data about patient's sociodemographic attributes, medical treatment and addiction, characteristics of pain if any is present, characteristics of abuse if any has been in childhood and psychiatric diagnosis. After the interview patients have filled VAS, HAD, SDQ_20 and CTQ_28.

Results: 13,5% (n=23) of all patients reported childhood abuse. Among the case group, abuse victims (n=16) reported that have been abused at earlier age, in a more prolonged period and mostly by family members. At the same time the patients in the case group gained higher scores from all questionnaires; but except for the CTQ_28

sexual abuse subscale the difference was statistically significant for HAD and subscales, SDQ_20 and CTQ_28 and subscales.

Conclusion: There are more adverse childhood experiences in histories of patients who complaint of chronic pain. To a person, the abuse and/or neglect in earlier ages, for a long period of time and especially by persons who they trust like family members or relatives, cause to more complaints about chronic pain in adulthood. This result is match with results reported in literature.

Keywords: chronic pain, childhood trauma, physical abuse, physical neglect, emotional abuse, emotional neglect, sexual abuse, CTQ_28, SDQ_20, VAS, HAD.

Kısaltmalar dizini:

CTQ_28 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

HAD Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

SDQ_20 Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği

VAS Vizüel Analog Skalası

Tablolar dizini:

Tablo 1	Kronik ağrısı olan bir kişinin özellikleri
Tablo 2	Kronik ağrı ile birlikte görülen psikiyatrik hastalıklar
Tablo 3	Sosyodemografik Değişkenler
Tablo 4	Grupların ilaç kullanımına göre karşılaştırılması
Tablo 5	Grupların kullandığı ilaç türü göre karşılaştırılması
Tablo 6	Grupların alkol-madde kullanımı yönünden karşılaştırılması
Tablo 7	Grupların sigara kullanımı yönünden karşılaştırılması
Tablo 8	Grupların kullandıkları sigara miktarı yönünden karşılaştırılması
Tablo 9	Hastaların tanılara göre dağılımı
Tablo 10	Ağrı başlangıç yaşının dağılımı
Tablo 11	Ağrılı hastaların ağrı kesicilere yanıtı
Tablo 12	Hastaların ağrılarının kaynağı ile ilgili kanıları
Tablo 13	Ağrılı hastalarda ağrı tutulum bölgesi
Tablo 14	Ağrılı hastalarda ağrı sıklığı
Tablo 15	Ağrılı hastalarda diğer bölümlere başvuru sıklığı
Tablo 16	Ağrılı hastalarda ağrı tutulum bölgeleri
Tablo 17	Grupların çocukluk çağında taciz varlığı açısından karşılaştırılması
Tablo 18	Gruplar arasında taciz ile ilk karşılaşma yaşının karşılaştırılması
Tablo 19	Gruplar arasında taciz süresinin karşılaştırılması
Tablo 20	Gruplar arasında taciz eden kişinin özelliklerinin karşılaştırılması
Tablo 21	Gruplar arasında taciz şeklinin karşılaştırılması
Tablo 22	Gruplar arasında tacizi paylaşma özelliklerinin karşılaştırılması
Tablo 23	Gruplar arasında taciz öyküsünü paylaştığı kişi açısından karşılaştırılması
Tablo 24	Ağrılı ve ağrısız hastaların VAS, HAD toplam ve alt ölçekler, SDQ-20, CTQ-28 toplam ve alt ölçekler açısından karşılaştırılması
Tablo 25	Tacize uğradığını belirten ağrısı olan hastalar ile tacize uğradığını belirten ağrısı olmayan hastaların HAD ve alt ölçekler, SDQ_20 ve CTQ_28 ve alt ölçekler puanları yönünden karşılaştırılması
Tablo 26 ...	Klinik ölçeklerin dört grup arasında ANOVA testi ile karşılaştırılması

I. GİRİŞ

Biyopsikososyal model bütün hastalıkların etiyoloji ve tedavisine biyolojik, psikolojik ve çevresel katkıların önemini vurgulamaktadır. Tıbbi olarak açıklanabilen ya da açıklanamayan fiziksel belirtilerin bir kısmı çocukluk çağı kötü muamele-bakım ile ilişkilendirilmiştir (1). Pelvik ağrı, bel ağrısı, yüzde ağrı ve baş ağrısı gibi kronik ağrıların çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarla ilişkili olduğu gözlenmiştir (2). Çocukluk çağı istismarı olanlarda, olmayanlara göre ağrı yakınması dışında gastrointestinal, solunum yolu belirtileri, jinekolojik problemler, nörolojik belirtiler ve genel fiziksel belirtilerin daha fazla olduğuna dikkat çekilmiştir (3). Buna ek olarak, çocukluk çağı istismarı yaşayanların daha ağır belirtileri olduğu, tıbbi kaynakları daha fazla tükettikleri ve cerrahi işlemlerden daha fazla geçtikleri bildirilmiştir (3). Cinsel ve fiziksel istismar duygusal istismara göre daha kolay tanınmaktadır. Duygusal istismar ve ihmal, çocukların iyilik hallerinin devamı ile ilgilenen sağlık profesyonelleri için yeni bir mücadele alanıdır (1). Travma sonrası stres bozukluğunun (4) ve depresyonun, sıklıkla çocukluk çağı travması ve ağrı arasında bir mediatör olduğu, ancak tek başına cinsel istismarın erişkin dönemdeki kronik ağrılarla da ilişkili olduğu öne sürülmüştür (1). Benzer ilişki fiziksel istismar ve ağrı arasında da bulunmuştur (1).

Çocukluk çağı istismarı ile erişkinlikteki kronik ağrı yaşantıları arasındaki bağlantıları açıklamak için çok sayıda yollar önerilmiştir. Çocuklukta istismar yaşantıları kötü sağlık davranışları ve olumsuz psikososyal özelliklerle ilişkilendirilmiştir. Bunların her ikisinin de fiziksel hastalıklar için artmış risk taşıdığı belirtilmiştir (3). Çocukluk çağı istismarı, tehlike algısının uygunsuz algılanması ve “*savaş ya da kaç*” yanıtının abartılı olmasıyla sonuçlanacak biçimde duyguların

kendilik ayarının etkili yapılmasında yetersizliklerle ilişkili bulunmuştur. Erken dönem istismarı, yetişkinlikte kurulan ilişkilerde şiddete ve yaşam stresine maruziyette önemli bir risk faktörüdür (3). Çocukluk çağı istismarına uğrayanlarda daha fazla erişkin dönemi travması ve artmış nöroendokrin stres yanıtı olduğu gözlenmiştir. Yazarlar istismarın strese fizyolojik duyarlılaşmaya ve stresle ilişkili hastalıklara artmış yatkınlığa neden olduğunu düşünmüşlerdir (5). Özetle kötü çocukluk çağı yaşantılarından kaynaklanan duygusal, davranışsal, fizyolojik ve/veya sosyal işlevsellikteki rahatsızlıklar erişkin dönemde kronik ağrı yaşantısına katkıda bulunan faktörler ve düzelmenin önündeki önemli engeller olabilirler (3).

Artan araştırma sayısına karşın, erişkin dönemde ağrının gelişmesinde çocukluk çağı istismarı ve ihmalin rolü hala tartışmalıdır. Bazı derlemelerde aradaki ilişki güçlü desteklenmişken, başkalarında aradaki ilişkinin en iyi olasılıkla orta düzeyde olduğu öne sürülmüştür (4).

II. GENEL BİLGİLER

A. *Çocuk istismarı ve ihmali*

1. Genel bakış

Çocuktan sorumlu yetişkin ya da kurumlar tarafından çocuğun fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel alanda gelişimine zarar verebilecek davranışların gerçekleştirilmesi çocuk istismarıdır. Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1999'daki Çocuk İstismarını Önleme Toplantısı Raporu'nda, bir yetişkin tarafından, bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışların bütünü çocuk istismarı ve ihmali olarak tanımlanmaktadır (6-8). Her yıl 1,6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismarın ya da ihmalin kurbanı olduğu, 1000'den fazla çocuğunun bu nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (9).

a) Tarihçe

Çocukluk çağı istismarına yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir (10,11). 1860 yılında Tardieu tarafından tıbbi bilimsel yazındaki ilk tanımlama yapılmadan önce, Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değinildiği görülmektedir (12). Uzun bir süre sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir. Kempe 1962'de ilk kez hırpalanmış çocuk ("battered child") terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini çocuk istismarı ("child abuse") terimine bırakmıştır (10,12). Günümüze uzanan süreçteki en önemli

gelişme ise kuşkusuz 1989'da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (13)

b) Epidemiyoloji

A.B.D'de 2004'te yapılan bir çalışmaya göre çocuk istismarı ve ihmali prevalansının erkeklerde binde 11,2 ve kadınlarda binde 12,6 olduğunu gösterilmiş ve bu oranların gerçek olguların çok az bir kısmını temsil ettiğinin düşünüldüğü belirtilmiştir (14). Gerçek olgu oranlarının bu tahminlerden daha yüksek olması olasıdır çünkü kötü muameleye maruz kalan çoğu çocuk fark edilememekte ve birçoğu da istismarı bildirme konusunda isteksiz davranmaktadır (15). Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar olasılığı o kadar fazladır. Olguların üçte biri altı ayın altındaki, üçte biri 6 ay-3 yaş arasında, üçte biri üç yaşından büyük çocuklardır (16). Çocuklarda istismara uğrama olasılığı 12 yaşından sonra önemli derecede azalmaktadır (10). Son yıllarda istismar ve ihmal olgularında giderek bir artış olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeninin istismar ve ihmale uğrayan çocuk sayısındaki ve/veya bildirilen olgu oranındaki artış olduğu düşünülmektedir (10). Cinsel istismar kadınlarda üç kat fazla görülmektedir (7). Fiziksel istismara uğrayan çocuklardan %32'si 5 yaşından küçük, %27'si 5-9 yaş, %27'si 10-14 yaş, %14'ü ise 15-18 yaş arasındadır (15).

Cinsel istismar dışındaki çocuk istismarlarında saldırganın %77 aile üyeleri, %11 diğer akrabalar, %5 bakımla ilgisi olmayan kişiler, %2 ise çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişiler arasından olduğu saptanmıştır (10). Cinsel istismar olgularında da istismarcının yüksek oranda aile bireyleri veya akrabalar olduğu kabul

edilmektedir. Faillerin çoğu 20-40 yaşları arasında olup, daha sıklıkla kadındır, ancak duruma cinsel istismar açısından bakıldığında erkeklerin daha ön plana geçtiği belirtilmiştir (10). İstismara bağlı ölüm nedenleri sıklık sırasıyla süt çocuklarında “*shaked baby* -sallanmış bebek sendromu”, künt travma ve boğulma, 1-4 yaş arasında künt travma, sallanmış bebek sendromu, boğulma ve ihmal, dört yaş üzerindeki çocuklarda ise künt travma, sallanmış bebek sendromu, boğulma ve zehirlenmelerdir (17)

c) Etiyoloji

Çocuk istismarının gerçekleşebilmesi için üç faktörün bir arada olması gerektiği belirtilmiştir. Bunlar: anne-baba faktörü, çocuk faktörü ve zaman faktörüdür (kriz dönemi)” (16,18). Dördüncü bir faktör olarak ağır fiziksel cezalara kültürel toleransın eklenmesi önerilmiştir (18).

Çocuk istismarı %95 olasılıkla çocuğun anne-babası tarafından yapılmaktadır. İstismar eden anne-babalar sıklıkla kendileri de saldırganlığın güçlü tetikleyicileri olan fiziksel ve cinsel istismarın, acı ve şiddet dolu ev yaşamlarının kurbanlarıdır (15). İstismarcı anne-babalar tüm etnik, coğrafi, dini, eğitimsel, mesleki ve sosyo-ekonomik gruplardan çıkabilseler de, sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olması istismara başvurma olasılığını artırmaktadır (19). Dul olarak aileyi yönetenler, son 5 yılda işsiz olanlar ve düşük sosyoekonomik düzeyde olan anne-babaların çocuklarına daha fazla şiddet uygulama eğiliminde oldukları saptanmıştır (20). Anneler genellikle çocukların bakımından birinci derecede sorumlu olduğundan, erkeklere göre istismardan daha fazla sorumludur. Ancak baba evdeyse, özellikle de işsizse bu istatistik tersine dönmektedir. Bir ebeveyn aktif olarak döven kişidir, diğeri ise pasif olarak dayağı kabul etmektedir (15). Anne-babalarda ilaç veya alkol bağımlılığı ile

psikotik sorunların varlığı istismar riskini artırmaktadır. İstismarcı anne-babalar genellikle kendi kişisel hazzını çocuğunkinden üstün tutan, çocuğu kendi gereksinimlerini karşılayacak bir nesne yerine koyan, çocukla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı, duygularını kontrol edemeyen kişilik yapısındadır (19). Cinsel istismar suçunu çoğunlukla erkekler işlemekte ancak kadınlar da erkeklerle işbirliği içinde veya tek başlarına rol almaktadırlar. Kız çocuklarının %95'inde, erkek çocuklarının %80'inde erkekler suçludurlar. Cinsel istismar suçlusu çoğunlukla çocuk tarafından bilinen bir kişidir ve sıklıkla kendisi de fiziksel veya cinsel istismar kurbanıdır. Bazı durumlarda cinsel istismar ve fiziksel istismar bir aradadır (15).

İstismara uğrayan çocukların bazı ortak özellikleri bulunmaktadır. Erken doğum, zekâ geriliği veya bedensel yeti yitimi olan çocuklar ve zor çocuk diye bilinen çok ağlayan veya aşırı talepkar çocuklar istismar ve ihmal açısından risk altında bulunmaktadır (15). Çoğunlukla istenmeyen gebeliklerden doğan, gayri meşru, anne-babanın istediği cinsten olmayan, kriz dönemlerinde doğan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklar istismara açıktır. Bu çocuklarda sıklıkla kötü beslenme, huysuzluk, uyku düzensizlikleri, aşırı ağlama, hiperaktivite, davranış bozuklukları, mental veya fiziksel sorunlar, kronik hastalıklar gibi başka sorunlar da eşlik eder (12). Konjenital anomali, erken doğum, ikiz eşi olmak veya erken dönemde anne-bebek ayrılığı öyküsünün olması, dolayısıyla da anne-bebek bağlanmasının iyi kurulamamasına da sık rastlanır (21).

İstismarın sık yaşandığı dönemler sıklıkla anne-babanın başa çıkma mekanizmalarının tükendiği kriz yaratan durumlar tarafından tetiklenir. Bunlar arasında ilk akla gelenler maddi sorunlar, işsizlik, ailevi tartışmalar, hastalıklar ve anne-babadan birinin olmayışıdır (12).

Toplumun en küçük birimini oluşturan bir ikili ilişki içinde, eşlerden birinin diğerine zarar verecek davranışlarda bulunması ile oluşan ev içi şiddet; fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olmak üzere üç biçimde ortaya çıkabilir. Eşleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların kendi çocuklarına daha ağır cezalar verdikleri ve kötü muamelede buldukları saptanmıştır (22). Evde aile içi şiddetle karşılaşan çocuklarda davranış bozuklukları ve büyüme-gelişmesinde gecikme sık görülmektedir ve bu çocukların geleceğin istismarcıları olma olasılığı daha fazladır (23).

2. Çocuk istismarı tipleri

Çocuk istismarı ihmal, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır (12). Çocukların yaşamları boyunca en az bir kez olmak üzere en sıklıkla duygusal istismar (%60), aile içi şiddete tanıklık (%55), fiziksel istismar (%48), ihmal (%17) ve son olarak da cinsel istismar (%8) davranışlarına maruz kaldıkları saptanmıştır (24). Cinsel ve fiziksel istismar duygusal istismara göre daha kolay tanınmaktadır. Duygusal istismar ve ihmal, çocukların iyilik hallerinin devamı ile ilgilenen sağlık profesyonelleri için yeni bir mücadele alanıdır (1). Erkek çocuklar daha çok şiddetli fiziksel istismar, psikolojik istismar ve ihmale maruz kalırken, kız çocukların daha fazla cinsel istismar kurbanı oldukları düşünülmektedir (25).

a) Fiziksel istismar

On sekiz yaşından küçük bir çocuğun, anne-baba ya da onun yerine geçen bir kişi tarafından gerçekleştirilen el veya bir nesne ile yaralayıcı, ya da yaralama riski taşıyan davranışlara maruz bırakılmasıdır. Üçüncü Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali

Olgu Oranı (NIS-3) toplantısında çocukların fiziksel istismarı, 18 yaşından küçük bir çocuğun, ebeveyn ya da ebeveyn yerine geçen bir kişi tarafından gerçekleştirilen el ya da bir nesne ile vurma, tekmeleme, sarsma, yakma, bıçak ve benzeri sivri bir alet ile yaralama ya da boğma davranışları sonucu yaralanması ya da yaralanma riski yaşaması biçiminde tanımlanmıştır (24).

Kaza dışı travmalar genellikle çocuk anne-babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde veya anne-baba kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkar. En sık dövme şeklinde görülmektedir. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Daha seyrek olarak ise yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma görülebilir (26). Büyük çocuklar tokatla, yumrukla veya bir alet kullanılarak dövülmüş olabilir. Lezyonlar çoğu kez baş, ense, sırt ve kalçalarda bulunmaktadır. Morarma gözlenen bölgelerin altındaki kemik dokularında kırık sık görülür. Subdural hematom, kafatası kırıkları, göz ve karın bölgesinde travma belirtileri saptanabilir.

Yanıklar belirgin istismar sonucu olabileceği gibi, çocukla yeterince ilgilenilmemesi yani ihmal sonucu da olabilmektedir. Çocuk istismarının %10'unu oluşturmaktadır ve sıklıkla sıcak su yanıkları veya sıcak nesnelere temas edilmesi şeklinde görülmektedir (26).

Sarsılmış bebek sendromu çocuk istismarının ağır bir formudur. En sık iki yaşın altında görülür, ancak beş yaşına kadar olabileceği bildirilmektedir. Genellikle 15 ayın, özellikle de altı ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları tarafından şiddetlice sarsıldıklarında, kafatasının içinde beynin ileri geri hareket etmesi sonucunda kontüzyon, köprü venlerin yırtılması, subdural hematom ve beyin kanamaları gelişebilir (27).

Çocuklarda kasıtlı zehirlenmelerde herhangi bir ilaç veya kimyasal madde kullanılmış olabilir. Bu durumda en sık saptanan ajanlar asetaminofen, asetil salisilik asit, sedatifler, alkol, laksatifler, kostik ajanlar ve hidrokarbonlardır. Zorla tuz verilmesi ve susuz bırakılması hipernatremik dehidratasyona ya da aşırı su verilmesi su intoksikasyonuna ve hiponatremik dilusyona neden olabilir. Küçük bir çocuğun aşırı dozda ilaç alımına bağlı zehirlenmesi istismar açısından akılda soru işareti uyandırmalıdır; çünkü kaza sonucu alımlarda küçük çocuklar genellikle büyük miktarlarda ilaç alamazlar. Zehirlenmelerin tüm istismarlar içindeki oranı fazla olmasa da, mortalitesi %17 gibi yüksek bir orandadır (16,28).

Çocuklara zorla su içirilmesi (su intoksikasyonu) sonucunda idrar ve gaita kaçırması, kusma, davranış bozuklukları, konvülsiyonlar, solunum durması ve koma gelişebilir. Hemen hemen tüm olgularda yanık izi, morarmalar gibi istismara ait diğer bulgulara rastlanabilmektedir (28).

Bir anne-babanın, çocuğunda gerçekte olmadığı halde, bir hastalık üretmesi Munchausen by Proxy sendromu (Polle sendromu, Bakım verenin Yapay Bozukluğu) olarak isimlendirilmektedir. Bu durumda çocuk doğrudan anne-babanın ürettiği hastalık sonucu veya tanı ve tedavi uygulamaları sonucu zarar görebilmektedir. Çocukta fizyolojik olarak kolaylıkla açıklanamayacak sıra dışı bulguların varlığında ve/veya bu bulgular sadece anne-baba varken oluyorsa ayırıcı tanıda Munchausen by Proxy sendromu akla gelmelidir. Bu sendroma bağlı olarak diyabet, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, nörolojik sorunlar, nöbetler ve ani bebek ölümü sendromu tanımlanmıştır. Munchausen by Proxy sendromunda anne-baba, çocuğun hastalığını çocuğa zarar vermek veya cezalandırmak için değil, kendilerine kazanç sağlamak üzere kurgularlar (10,16,29).

b) Duygusal istismar

Çocuk ve gençlerin, kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılmaları duygusal istismar olarak kabul edilmektedir. Genellikle çocuk üzerinde baskın olan, çocuğun yakın çevresinde bulunan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik özellikleri, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlar sıkça gözlenen bulgulardandır. Tek başına görülebildiği gibi fiziksel ve cinsel istismar veya ihmale eşlik edebileceği de düşünülmektedir. Duygusal istismara bağlı hasarlar fiziksel istismar kadar zedeleyicidir, buna karşın bulguları daha siliktir (6,16,30).

c) Cinsel istismar

Psikososyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum için kullanılması medikososyal, hukuki ve ahlaki yönleri olan bir sorundur.

On sekiz yaşına kadar kız çocukların %12-25'inin, erkek çocukların ise %8-10'unun istismara uğradığı bulunmuştur (31). Ancak, cinsel istismar ile cinsel oyunlar birbirinden ayrılmalıdır. Aynı gelişimsel düzeydeki çocukların birbirlerinin genital organlarına bakması veya ellemesi, zor kullanarak ilişki olmadıkça normal olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, altı yaşında bir çocuğun üç yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunması normal dışı bir davranış olarak kabul edilmelidir. Bu olay kanunen istismar kabul edilme bile ayrıca değerlendirilmesini gerektirir (12). Cinsel istismar oral, genital veya her iki şekilde birden temas ile olabileceği gibi, teşhircilik, röntgencilik ve çocuğu pornografide kullanmak şeklinde

de olabilir (31). Böyle bir çocuğun ilk başvurusu gizli davranış bozukluklarından (uyku sorunları, karın ağrısı, idrar ve/veya gaita kaçırması, değişik fobiler) belirgin genital hasara kadar değişebilir. Cinsel istismarın en özgün bulguları genital kanama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve beklenmedik cinsel davranışlardır (31,32).

Eğer ocuk kendi yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar gösteriyorsa istismar açısından şüphelenilmesi ve araştırılması gerekir. Ergen yaşlarda cinsel yolla geçen hastalık veya gebelik, değişen yaşam şeklinin getirdiği bir durum olabilmekle beraber istismarı da düşündürmelidir (31-33).

Cinsel istismar tanısı koymak için çocuktan yüklü ve yanlı sorularla alınan öyküler genellikle yanılıcı olabilir. yk ve özgün laboratuvar bulguları olmadan sadece fizik muayene genellikle tanı koydurucu değildir; mukoza zedelenmeleri, genital penetrasyon olsa bile, çok hızlı iyileştiğinden fizik muayene bulgusuna genellikle rastlanmamaktadır (32). Cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal tepkileri tanımlayan çalışmalardan yapılan derlemelere göre, bu çocuklarda korku tepkisi, anksiyete, depresyon, kızgınlık, irritabilite, düşmanlık, travma sonrası stres bozukluğu, uygunsuz cinsel davranışlar (herkesin ortasında mastürbasyon, cinsel ilişki taklidi, anüs veya vajinaya yabancı cisim sokmak, insanlara srtnmek, sürekli cinsel organlarıyla oynamak vb.) sık görülmektedir (34,35,36,37).

d) Çocuk ihmali

Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından, daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında bulunduran devlet tarafından karşılanmaması anlamına gelir. Çocuk ihmali, fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi ihmal olarak karşımıza çıkabilmektedir. Çocuk ihmali en sık rastlanan kötüye davranma tipidir ve çok ciddi uzun süreli sonuçlara neden olur (29).

Büyüme-gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla fiziksel ihmal söz konusudur. Fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme olasılığı fazladır, çünkü fiziksel ve cinsel istismara göre tanısı çok daha soyuttur. Fiziksel ihmal, fiziksel istismara göre daha az dramatik olmakla birlikte çocukta yarattığı hasar benzerdir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır (12,38, 39). İhmalin türleri: i) çocuğun üst düzeyde duygusal gelişimini sağlayacak duygusal paylaşımın olmaması durumunda duygusal ihmal; ii) çocuğun sağlığını ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyecek şekilde tıbbi bakım yaptırmama, geciktirme ya da önerilere uymama durumunda tıbbi ihmal; iii) çocuğun yetenek ve becerilerine uygun eğitim olanaklarından yararlanamaması ya da desteklenmemesi durumunda eğitim ihmali; iv) kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları sonucu oluşan durumlar sosyal ihmal olarak adlandırılmaktadır (40). İhmal, özellikle büyüme-gelişme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (41).

3. Müdahale ve Tedavi

a) Çocuk

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve psikolojik danışmanlardan oluşan ekipler oluşturulması; konuyla ilgili olan kurumlar arasında gerekli koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması; kreş, çocuk bakımevi ve sosyal hizmet kurumlarının geliştirilmesi, kitle iletişim araçlarında konuya daha fazla yer verilerek anne, baba ve çocukların bilgilendirilmesi ve konunun gündemde tutulması gereklidir (40). Çocuk istismarı ve ihmalinin ilk aşaması çocuğun güvenliğinin ve sağlığının güvence altına alınmasıdır. Çocukların, koruma amacı ile istismar eden ailelerden alınması gerekebilir, ancak çocuk duygusal olarak, tanımadığı bir ortamda daha kırılgan hissedebilir. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar psikiyatrik belirtiler açısından yüksek risk taşıdığından kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme gereklidir (15).

b) Anne-baba

İdeal olarak, istismara ve ihmale uğramış her çocuk için ebeveynlerin psikopatolojilerinden sorumlu etkenlerin değerlendirilmesine dayalı bir müdahale planı olmalıdır. Ebeveynlerin işlevselliğini arttırabilmek için sosyal veya çevresel stresleri azaltmak veya ortadan kaldırmak; annenin bakım yapabilmesini kolaylaştırmak için duygusal destek, cesaretlendirme, sempati, teşvik, öneriler ve çocuğunun gereksinimlerini planlayabilmeyi ve karşılayabilmeyi öğrenmesi için yardım sağlamak; ebeveynlerin psişik iç çatışmalarını çözmek veya azaltmak (15) gerekmektedir.

c) İstismarı / ihmali bildirme

Çocuk istismarı ve ihmalden şüphelenilen olgularda kötü davranışa tanıklanmalı, çocuk hastaneye sevk edilerek veya ev dışında bir yerleşim yeri ayarlanarak güvenlik altına alınmalı; uygun sosyal hizmet bölümüne bildirmelidir. Ayrıca, ayrıntılı öykü, fizik muayene, iskelet taraması ve fotoğrafların yardımıyla değerlendirme yapılmalı ve kayıt tutulmalıdır. Sosyal hizmet görevlisinin raporu ve uygun tıbbi konsültasyonu istenmeli ve 72 saat içinde çocuk istismarı üyeleriyle temasa geçilmelidir. Çocuğun ve ebeveynlerinin bakımı için plan/program yapılmalı ve sosyal hizmet bölümünün izlem yapması sağlanmalıdır. Çocuk istismarının bildirilmesi zorunlu kişiler arasında doktorlar, psikologlar, okul görevlileri, polis memurları, hastaların tedavisiyle ilgilenen hastane personeli, bölge savcılar ve çocuk kreş ve bakımevlerinde çalışanlar yer almaktadır (9,15,40).

d) Önleme

Çocuk istismar ve ihmali önlemek için yüksek risk taşıyan aileler belirlenmeli ve çocuk kurban haline gelmeden müdahale edilmelidir. Yüksek risk taşıyan aileler tespit edildikten sonra, yüksek riskte olduğu belirlenen çocuk da dahil olmak üzere ailelerin psikiyatrik izlemini içeren kapsamlı bir program yapılmalıdır. Bu program mümkünse anne-baba ve çocukların ayrılmasını, çocukların kurumlara yerleştirilmesini önlemeli; anne-babanın kendilerine bakabilecek ve kendilerine yetebilecek becerileri elde etmesini cesaretlendirmelidir. Aileler ihmal ve istismar ettikleri durumları tanıyabilmeleri için eğitilebilir ve kendilerine alternatif baş etme stratejileri önerilebilir. Son seçenek olarak ve daha fazla istismar ve ihmali önlemek için tedavi programından yararlanmaya isteksiz veya yararlanamayan ailelerden

çocukların alınması gerekebilir. Sıkıntılı ailelere destek hizmetleri sunmak, sorunu en başta önlemeyi sağlamaktadır (15,40).

4. Çocuk istismarının yetişkinlikte etkileri

Yıllarca psikoanalitik, psikoterapötik ve genel psikiyatrik bakış açısından yapılan deneysel gözlemler, çocuklukta kötü muamelenin yetişkinlikte uzun süreli sonuçları olduğunu belirtmişlerdir (42). Olumsuz yaşantılarla yetişen çocukların gelecekte daha düşük akademik performans, ergenlikte gebelik, madde kötüye kullanımı, tekrar kurban durumuna düşme ve daha yüksek sağlık harcamalarına neden olma gibi durumlar yaşadığı saptanmıştır (43). Yakın zamanda yapılan birçok klinik ve epidemiyolojik çalışma bu bulguları desteklemekte ve aynı zamanda temel ve klinik nörobilimdeki gelişmeler patogenezin olası mekanizmalarına daha yakından bakmaya olanak sağlamaktadır (44). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, olumsuz çevre şartlarının hayat boyu etkilerini açıklayabilmek için, daha gelişmiş teorik modeller formüle etmeye başlamıştır. Repetti R. ve arkadaşları (2002) yüksek çatışma derecesi, saldırganlık ve ihmalkâr ilişkilerle karakterize riskli ailelerin çeşitli davranışsal, kişilerarası, duygusal ve biyolojik sonuçları olan kırılganlıklar oluşturarak çocuklarını riske attıklarını belirtmişlerdir. Yazarlar, böylece ortaya çıkan kırılganlıkların hayat boyu artmış ruhsal bozukluklar, kronik fiziksel hastalıklar ve erken ölümü tetiklediklerini bildirmişlerdir (45).

a) Psikolojik etkiler

Çok sayıda çalışma ile çocukluk çağı cinsel istismarının erişkinlikteki psikolojik sonuçları araştırılmıştır. Çocuk istismarı çocuğun ruh sağlığını bozabildiği hatta ölümüne neden olabildiği gibi, yetişkinlikte birçok psikolojik soruna da yol

açabilmektedir. Yaptıkları bir meta analitik derlemede Neumann D. ve arkadaşları (1996) çocuk istismarının anksiyete, sinirlilik, depresyon, intihar, *kendilik* kavramının bozulması gibi çeşitli psikolojik durumlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (46). Çocuk istismarının, çocuk ve ergenlerde içe dönme (anksiyete, depresyon) ve dışa vurma (agresyon, eyleme vurma-acting out) gibi davranış sorunlarının riskini arttırdığı bildirilmiştir (47,48).

İstismara uğramış çocukların önemli bir kısmı (1/4-1/3 arasında) yirmili yaşlarda depresyon ölçütlerini karşılamaktadır ve dolayısıyla önemli bir sağlık yükü oluşturmaktadır (49,50). Etkilenenlerin çoğunun depresyonu çocuklukta ortaya çıktığı için istismara uğramış çocuklarda depresyon belirtileri ortaya çıkmadan önce, erken müdahaleye odaklanmak önem kazanmaktadır. Depresyonun sıklıkla ihmal, fiziksel ve cinsel istismar ile birliktelik gösterdiği ve istismarın şiddetinin depresyonun oluşma olasılığını arttırdığı saptanmıştır (49,51). Olguların yirmili yaşlara kadar takip edildiği birçok çalışma fiziksel ve cinsel istismarın intihar girişimlerini iki katına çıkardığını göstermektedir (49,52).

Çocuk istismarının ilişkili olduğu diğer yetişkin psikiyatrik bozukluklar kişilik bozuklukları (53,54), alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı (55), yeme bozuklukları (56), anksiyete bozuklukları (57) ve travma sonrası stres bozukluğunu (55) içermektedir. Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan bireylerde hayat boyu %3.09 anksiyete bozukluğu, %2.66 depresyon, %2.72 yeme bozukluğu, %2.34 travma sonrası stres bozukluğu, %16.17 uyku bozuklukları ortaya çıktığı ve %4.14 sıklıkla da intihar girişimleri yaşadıkları bulunmuştur (31).

b) Fiziksel etkiler

İstismarın yüksek prevalansına rağmen, çocukluk boyunca neden olduğu fiziksel rahatsızlıklara etkisi, yapılan birçok araştırmaya karşın çok iyi anlaşılammıştır. Bu çalışmaların bir kısmı çocuk istismarı ile yetişkinlikteki fiziksel rahatsızlıklar arasında anlamlı ilişki bildirmişlerdir (58,59). Tıbbi olarak açıklanabilen ya da açıklanamayan fiziksel belirtiler, çocukluk çağı kötü muamele-bakım ile ilişkilendirilmiştir (1). Pelvik ağrı, bel ağrısı, yüzde ağrı ve baş ağrısı gibi kronik ağrıların çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarla ilişkili olduğu gözlenmiştir (2).

Felitti V. ve arkadaşları (1998) olumsuz çocukluk yaşantılarını (fiziksel, cinsel ve duygusal istismar) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölümlerin ana nedenlerinin öngörücüleri olarak belirlemişlerdir. Çalışmalarının sonuçları, olumsuz çocukluk yaşantılarının sayısı ile iskemik kalp hastalıkları, kanser, kronik akciğer hastalıkları, iskelet kırıkları ve karaciğer hastalıkları gibi yetişkinlik hastalıklarının gelişme riskinin anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermiştir (60).

Birçok meta analiz derlemesinde çocuk istismarının yetişkinlikteki tıbbi sonuçları araştırılmıştır. Wegman ve Stetler çocuk istismarının, nörolojik ve iskelet-kas sorunları ile daha güçlü olmak üzere, solunum, kalp-damar ve gastrointestinal sorunları ile güçlü ilişkili olduğunu ve kadınlarda daha fazla sağlık sorunlarına yol açtığını bildirmişlerdir (25). Davis ve arkadaşları çocukluk çağında istismara uğrayanlarda uğramayanlara göre gastrointestinal ve solunum sistemi sorunları, jinekolojik problemler, nörolojik belirtiler ve genel fiziksel yakınmaların daha fazla olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bunlara ek olarak, çocukluk çağı istismarı yaşayanların daha ağır belirtileri olduğu, daha fazla baş ağrısı ve diğer kronik ağrıları

yaşadıkları, tıbbi kaynakları daha fazla tükettikleri ve cerrahi işlemlerden daha fazla geçtikleri belirtilmiştir (3).

Travma sonrası stres bozukluğu (4) ve depresyonun sıklıkla çocukluk çağı travması ve ağrı arasında bir mediatör olduğu, ancak tek başına cinsel istismarın erişkin dönemdeki kronik ağrılarla da ilişkili olduğu öne sürülmüştür ve benzer ilişki fiziksel istismar ve ağrı arasında da bulunmuştur (1).

B. Ağrı

Ağrı sinir sistemi ile zihin arasındaki ilişkiden doğan, insanoğlunda rahatsızlık hissi uyandıran, olmuş veya yakında olacak bir doku hasarını gösteren, kişinin yalnızca kendisinin değerlendirebileceği, objektif olarak tanımlanabilmesi zor olan ve organizmanın bir takım duygusal, fizyolojik ve nörohumoral değişikliklerle tepki verdiği hoş olmayan bir duygu kompleksi ve davranış şeklidir (61). Yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle beraber hastayı en fazla yıpratın sorunların başında gelmektedir. Hem hasta hem de yakın çevresi için biyopsikososyal bir sorun oluşturmaktadır (62). Doku hasarının bir göstergesi olan ağrının, doku iyileşmesini takiben düzelmesi beklenir. Bununla birlikte, ağrının kalıcı olduğu durumlarda gerçek doku hasarıyla orantısız ilişkisi zayıflarken, ağrının algılanmasında psikolojik faktörler daha baskın hale gelmektedir. Ortaya çıkma sebebi ne olursa olsun, kronik ağrı kişi için acı verici olup, oluşturduğu rahatsızlıkla işlevselliğinin her alanında belirgin yeti kaybına neden olmaktadır. Süreğen olan ağrının hastanın kişiliğini ve aile dinamiklerini değiştirdiği, kişinin çevre ve/veya kişilerle kurduğu ilişkilerde değişikliklere yol açtığı, iç kontrol odağını değiştirdiği bilinmektedir (63)

Ağrı, kelime olarak birbirine yakın fakat farklı iki anlama gelir. Birincisi; vücudun herhangi bir yerindeki hasara veya hastalığa bağlı meydana gelen hoş olmayan bir histir, ikincisi ise duygusal acı duyulmasıdır (64).

Doku hasarı yapan veya yapma sınırına gelen iç veya dış bir uyaran, sempatik sinir sisteminin aracılık ettiği bir dizi fizyolojik değişikliklerin ortaya çıktığı, anksiyete ile karakterize, hoş olmayan özel bir his olan ağrı duyusuna yol açabilmektedir. Temelde fizyolojik bir olay olan ağrı duyusu, bir stres olarak organizmada kimyasal, nörohumoral, fizyolojik ve patolojik olaylar dizisine yol açmaktadır (64).

Klinik olarak da ölçülebilen ağrı eşiği ve ağrıya gösterilen tepki, kişisel farklılıklar göstermektedir. İnsanlar, yaşantılarını, kritik gelişimsel olaylara dayalı öğrenme, yaşamın erken dönemlerinde aile merkezli kültürün aktarımı ve duyguların dışavurumunu da içeren sosyal değerler bağlamında yaşamaktadırlar (65). Hem kişisel, hem de kişilerarası etkenler ağrının nasıl algılandığını etkilemektedir. Yaşamın ilk dönemlerinde bakım verenin ilgisini çekmek için kullanılan ağlama, yerini daha sonra kendini sözel olarak ifade etmeye bırakmaktadır. Bu, psikodinamik yönden ele alındığında, ilerideki dönemlerde de ağrı ve acının diğerlerinin ilgisini çekmek için kullanılabileceğini düşündürmektedir (66). Etnik ve kültürel etkenler de, ağrının algılanış biçimi ve ağrıya verilen tepkiyi belirleyebilmektedir (63).

1. Ağrının bileşenleri

Pek çok ağrı tipinin varlığı dört farklı basamağın bir araya gelmesi ile anlaşılabilir: a) ağrı reseptörleri (nozisepsiyon), b) ağrının algılanması, c) acı çekme ve d) ağrı davranışları (67). Bu klinik kategorilerin her birinin ardında anatomik, fizyolojik ve psikolojik etmenler bulunmaktadır.

Nozisepsiyon:

A delta ve C liflerine bağlı özelleşmiş alıcılar tarafından dokulardaki hasarın saptanmasıdır. Bu alıcılar yakın çevrelerindeki enflamasyon ve sinirsel değişiklikler nedeniyle yanılığya düşebilirler. Asetil salisilik asit, asetaminofen ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar bu ‘enflamasyon kaskadını’ değiştirmek ve öncelikle ağrı reseptörünün duyarlılık eşiğini dinlenme potansiyeline getirmek üzere etki gösterirler (68).

Ağrının algılanması:

Sıklıkla yaralanma ya da hastalık gibi rahatsız edici bir uyararla tetiklenir. Diabetik nöropati, omurilik yaralanması ya da inmeli hastalarda görüldüğü gibi, periferik ya da merkezi sinir sistemindeki lezyonlar da ağrıya neden olabilir (69). Akut ağrı ortaya çıkınca başlangıçta spesifik otonom ve somatik reflekslerde artış olmaktadır, ancak kronik ağrılı hastalarda bunlar kaybolmaktadır ve böylece nozisepsiyon olmadan da ağrı meydana gelebilmektedir (66).

Acı çekme:

Ağrı ve ayrıca korku; anksiyete, stres, sevilen kişilerin kaybı ve başka psikolojik durumlardan kaynaklanan negatif bir yanıtıdır (69). Acı çekmeyi tarif etmek için, nedeni ne olursa olsun ‘ağrı dili’ kullanılır, bu nedenle hem doktor hem de hasta acının temeli konusunda yanlış yönlendirilebilir. Kişinin fiziksel ya da psikolojik bütünlüğü tehdit altına girince acı ortaya çıkmaktadır (70).

Ağrı davranışı:

Ağrı ve acıdan kaynaklanır. Kişinin doku hasarı varlığına bağlı olarak yaptığı ya da yapmadığı şeylerdir (69). Ağrı davranışına örnek olarak, ‘ayy, aah’ demek, yüzü buruşturmak, ekstremiteleri çekmek, topallamak, yatarak uzanmak, sağlık hizmeti almak için başvurmak ve işlevselliğin azalması verilebilir (66).

2. Ağrı tipleri

Geçici ağrı:

Vücutta herhangi bir doku hasarı olmadan deri ya da diğer dokularda ağrı reseptörlerinin aktivasyonu ile ortaya çıkar. Bu tip ağrının birey açısından işlevi, uyarı uygulandıktan sonra başlama hızıyla ve rahatsız edici fiziksel sorunun artık vücudu tehdit etmediğini gösteren bitiş hızıyla ilişkilidir. Geçici ağrının, insanı çevreden ya da vücut dokularının aşırı strese girmesiyle fiziksel hasardan korumak üzere geliştiği kabul edilmektedir (66).

Akut ağrı:

Vücut dokularındaki önemli zedelenmeden ve doku hasarı bölgesindeki ağrı reseptörleri alıcılarının aktivasyonundan kaynaklanır. Lokal hasar, ağrı reseptörlerinin yanıt özelliklerini, merkezi bağlantılarını ve bölgedeki otonom sinir sistemini etkiler (71). Bu ağrı tipi travmalar, cerrahi girişimler ve bazı hastalıklardan sonra görülür. İyileşme süreci genellikle birkaç gün ya da birkaç hafta sürdüğünden aylar ya da yıllar süren ağrı, “akut ağrı” olarak sınıflandırılmaz. Ancak kanser hastalıklarında vücut dokularının invazyonu sürekli akut ağrıya sebep olabilmektedir (66).

Kronik ağrı:

3-6 aydan daha uzun süren ve uzun süreli tedavi gerektiren, öznel ve çok boyutlu yaşantısı olan, duyuşsal, duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren ağrı olarak tanımlanmaktadır (72). Ağrının yalnızca geçici olarak hafifletilmesini sağlayan tedaviler altta yatan patolojik süreci gidermediğinden kronik ağrı akut ağrıdan farklıdır (73). Kronik ağrı, hastanın ruhsal sağlığını ve sosyal yaşamını çok kötü etkileyebilmektedir. Ağrı uzadıkça hastanın gerginliği ve depresyonu artar, sosyal yaşamdan uzaklaşarak çok fazla bedeni ile uğraşmaya başlayabilir (72).

Kronik ağrının yol açtığı değişiklikler yalnızca hastayı değil ailesini, işverenini, dostlarını ve konuyla ilgili sağlık elemanlarını etkilemektedir. Kişinin ağrı algısının nedeni tıbbi tedavilere bakılmaksızın sürebileceğinden, ağrının bireyin yaşamı üzerindeki etkisini değiştirmek için bilişsel-davranışçı psikoterapiler gibi tedavi yaklaşımlarının kullanılması önerilmektedir (66). Aşağıda kronik ağrısı olan bir kişinin genel özellikleri özetlenmiştir.

Tablo 1: Kronik ağrısı olan bir kişinin özellikleri (74)

Ağrı yakınması ve işlevsellikte azalma derecesi ile somatik bozukluk arasındaki ilişkinin orantılı olmaması
Ağrının fiziksel nedeninin olması gerektiği inancının olması
Belirti kontrolüne dönük tüm fiziksel ve cerrahi yöntemlere tekrar-tekrar ve ısrarla başvurması
Ağrı ile baş edebilme ya da birlikte yaşamaya dönük çaba yerine, tüm tedavi sorumluluğunu hekime yükleme eğilimi
Hasta rolünü sürdürmeye dönük dikkat çekici davranış ve reddedilmeye duyarlılık gösterme
Beceri yoksunluğu ve başarısızlık kaygısıyla sağlıklı rollerin takınılmasından kaçınma
15 yaşından önce ebeveyn yitimi, fiziksel istismar, ailede depresyon ve alkol bağımlılığı, eş tarafından kötü muamele, eşle çatışma öykülerinin olması
Yakınlarında özürlü kişilerin olması
Yakın çevrede kronik ağrılı birinin olması
Birincil kazanç (ağrıya verilen önem bilinçdışı çatışmadan sakınmaya dönüktür) ve ikincil kazanç (belli bir güçlükten bilinçli olarak sakınma davranışı ve hasta rolü) olması
Sıklıkla kullandığı savunma düzeneklerinin inkâr, akla uygunlaştırma, bastırma ve yansıtma olması

3. Ağrının psikolojik nedenleri

İnsanlar yetiştikleri çevrenin sosyoekonomik özelliklerine göre 'hasta olma' biçimini ve rolünü öğrenirler. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu yorumlama ve tepki verme şekli, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkilemektedir (75).

Duygularını sözel dille ifade etme becerisi sınırlı olan kişiler, hastalık davranışını, ilgi, destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrenirler. Bilişsel ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği durumlarda beden dili seçenek olarak gelişir ve sonuçta ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler somutlaştırılarak beden dili ile ifade edilir. Tüm bunlar ağrının algılanmasını, şiddetini ve sürekliliğini etkiler (66).

Ağrı aynı zamanda nesne ilişkilerinin düzenlenmesine yardımcı olur ve kişinin çevresi ile olan iletişiminde sembolik bir rol oynar. Canı yanan bir çocuğun annesinin dikkatini çektiğini öğrenmesi çok küçük yaşlarda olur. Böylece yalnızca annenin dikkati çekilmekle kalmaz, aynı zamanda okşaması ve ilgilenmesi de sağlanır. Bu ilgi arama davranışı ileri yaşlarda da değişerek devam eder. Bazı hastalarda ağrı cezalandırma olarak da yorumlanabilir. Ağrı bazen bilinçaltı suçluluk duygusu ile birlikte dir. Sevgi yatırımı yapılan kişinin ölümü bile ağrıyı başlatabilmektedir (76).

Psikanalitik görüşe göre, bilinçdışına bastırılan içerik, şekil değiştirerek çok farklı biçimlerde tekrar bilinçte temsil bulmaktadır. Bu konu ağrı bağlamında düşünülürse, kullanılan başlıca ego savunma düzenekleri arasında represyon (bilinçdışına bastırma) ve/veya supresyon (bilinçli olarak bilinçdışına bastırma), izolasyon (yalıtma), sembolizasyon, konversiyon ve somatizasyon sayılabilir (77).

4. Kronik ağrıda psikiyatrik eş tanılar

Yapılan epidemiyolojik bir araştırmada kronik ağrı ve psikiyatrik tanı birlikteliği %16.9 olarak saptanmıştır (78). Kronik ağrılar çalışma, ev hayatı ve sosyal hayatta bozulmalara, daha önce zevk alınan aktivitelerden uzak kalmaya, itibar ve iş kaybına, yaşam kalitesinde düşüklüğe neden olarak psikiyatrik belirti ve bulgulara yol açabilmektedir (79). Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili yapılmış bir çalışmada, konulan psikiyatrik tanı sıklığı şöyle sıralanmıştır: Ağrı Bozukluğu %30.4, Majör Depresif Bozukluk %28.9, Somatizasyon Bozukluğu %13.5, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %9.5, Distimik Bozukluk %4.7 (80). Major psikopatoloji varlığının kronik ağrı için kötü prognoz göstergesi olduğu unutulmamalıdır (81).

Depresyon: Kronik ağrı depresif bozukluklarla ilişkilidir (82). Depresyon ve kronik ağrının iki yönlü bir ilişkisi vardır, kronik ağrı depresyona yol açabilir ya da depresif hastalar ağrı yakınmasıyla karşımıza gelebilir (83). İnkâr, ruhsal hastalığın bedensel yakınmalarla örtülmesi, alkol, madde ve analjezik kötüye kullanımı gibi durumlarda depresyonun gizlenebileceği düşünülmelidir. Depresyona girmiş ağrılı hastalar, sıklıkla depresyonlarını ve depresif duygudurumlarını inkâr ederler. Kendilerinde depresyon olmadığını ve bütün şikayetlerinin ağrıdan kaynaklandığını düşünürler (66).

Anksiyete bozuklukları: Ağrısı olan hastaların % 30'unda panik bozukluğu ya da yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konabilmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı konanların ise yarısından fazlasına bir ruhsal bozukluk (depresyon, madde ve alkol kötüye kullanımı) eşlik etmektedir (66). Anksiyete ağrının yalnızca bir elemanı olarak değil, aynı zamanda nedeni, sonucu ve ağrı nedeninden bağımsız, eşzamanlı bir başka belirti olarak da ortaya çıkabilir. Ağrı ile birlikte görülen bozuklukların tedavisi, anksiyete ile birlikte ağrı yakınmasını da azaltabilmektedir. Anksiyete

bozukluğu olan hastalar anksiyetenin arttığının farkında olmayabilir, bunun yerine ağrılarında artış olduğunu bildirebilirler (72).

Somatoform Bozukluklar:

a) *Konversiyon bozukluğu:* Duygusal çatışmanın sembolik bir somatik belirtiyeye dönüştüğü, motor sinir sisteminde fiziksel işlev kaybının görüldüğü tablodur. Ek olarak ağrı olabilir. Histriyonik kişilik yapısı, birincil ve ikincil kazanç, belirtiyeye karşı güzel aldırılmazlık (la bella indifferance) görülür (66).

b) *Somatizasyon bozukluğu:* Kişinin duygulanımlarını, gereksinimlerini bedensel belirtiler ile algılaması, ortaya koymasısı ve beden dilini iletişim aracı olarak kullanmasıdır. Herhangi bir organik bozukluk belirlenmediği halde fiziksel belirtilerden yakınma ve bedensel bir hastalığı olduğu endişesi taşıma temel özellikleridir. Bedensel hastalık korkusu ve birçok doktora muayene olma bir yaşam tarzıdır (84). Zihinleri ve duyguları sürekli bedensel işlevlerine dönüktür. Hasta, yakınmasının kendisinden çok “ne kadar hasta olduğu” ve “hastalığının” anlamısı ve yaşantılarını ne kadar etkilediği ile ilgilenir. Sağlık sisteminde, bu tip hastaların ağrı yakınması sıktır. Genel tıpta, hekim fizyopatolojik yönden hastalığı düşünmenin yanında, hastanın hastalığı nasıl algıladığı ve hastalık davranışını da dikkate almalıdır (66).

c) *Ağrı Bozukluğu:* Uzun süreli, bazen şiddetli ve genellikle bir anatomik lokalizasyonla uyışmayan ağrı yakınması vardır. Başka bir ruhsal bozuklukla ilgisi yoktur. Ruhsal çatışma ve kaygı yaratan çevresel bir uyaran ile ağrının ortaya çıkışı arasında ilişki vardır. Ağrının ortaya çıkışı ile ruhsal açıdan ikincil kazanç karşılanmış olur (85).

Psikotik bozukluklar: şizofrenide ve demansta ağrı sanrılarla ilgili de olabilir. Organik bir hastalığa bağlı ağrı olabileceği gibi, birçok psikotik hasta gerçek

ağrılarını da ifade edemez. Bu nedenle şizofreni hastalarında miyokard enfarktüsü, apandisit gibi tıbbi durumların tanısı gecikebilmektedir (66).

Kişilik Bozuklukları: Antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu olan kişiler bağımlı oldukları ilaçları alabilmek için ağrı yakınması ileri sürebilirler (66).

Tablo 2. Kronik ağrı ile birlikte görülen psikiyatrik hastalıklar (66)

Duygudurum Bozuklukları <ul style="list-style-type: none">· Depresyon (Atipik özellikli depresyon)· Distimik Bozukluk
Anksiyete Bozuklukları <ul style="list-style-type: none">· Panik Bozukluğu· Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Somatoform Bozukluklar <ul style="list-style-type: none">· Somatizasyon Bozukluğu· Konversiyon Bozukluğu· Ağrı Bozukluğu· Hipokondriyazis· Vücut Dismorfik Bozukluğu
Kişilik Bozuklukları
Yapay Bozukluk
Psikotik Bozukluklar
Dissosiyatif Bozukluklar

C. Çocuk istismarının kronik ağrı ile ilişkisi

Çocukluk çağı istismarı ile erişkinlikteki kronik ağrı yaşantıları arasındaki bağlantıları açıklamak için çok sayıda açıklama geliştirilmiştir. Çocukluktaki istismar yaşantıları kötü sağlık davranışları ve olumsuz psikososyal özelliklerle ilişkilendirilmiştir. Bunların her ikisinin de fiziksel hastalıklar için artmış risk taşıdığı belirtilmiştir (3). Çocukluk çağı istismarı, tehlike algısının uygunsuz algılanması ve “savaş ya da kaç” yanıtının abartılı olmasıyla sonuçlanacak biçimde duyguların

kendilik ayarının etkili yapılmasında yetersizliklerle ilişkili bulunmuştur. Erken dönem istismarı, yetişkinlikte kurulan ilişkilerde şiddete ve yaşam stresine maruziyette önemli bir risk faktörüdür (3). Çocukluk çağı istismarına uğrayanlarda daha fazla yetişkin dönemi travması ve artmış nöroendokrin stres yanıtı olduğu gözlenmiştir. Yazarlar istismarın strese fizyolojik duyarlılaşmaya ve stresle ilişkili hastalıklara artmış yatkınlığa neden olduğunu düşünmüşlerdir (5).

Hipotalamo-Pituiter-Adrenal (HPA) aksı

Hipotalamusun paraventrikular nukleusunun (PVN) parvoselluler nöronları median eminense uzanırlar ve hipotalamo-hipofizer portal sisteme kortikotropin-releasing hormonunu (CRH) salarlar (86). Salgılanan CRH hipofizin ön lobuna taşınıp oradaki kortikotrof hücrelerdeki CRH1 reseptörlerini aktive eder ve sonucunda adrenokortikotrofik hormonun (AÇHT) salınımını artırır. Ön hipofizden sistemik dolaşıma salınan ACTH adrenal kortekste kortizolün üretim ve salınımını uyarır. Hipotalamus, PVN ve hipofizdeki mineralokortikoid ve glukokortikoid reseptörlerinin kortizol ile aktivasyonu ile meydana gelen feedback inhibisyon, HPA aksının stres-nedenli aktivasyonunu azaltır ve glukokortikoidlerin aşırı salınımını sınırlar, böylece stres cevabını etkin bir şekilde azaltır (87).

HPA aksının stres nedeniyle etkilenmesi, çocukluk çağı travması ile olumsuz sağlık sonuçları arasında ilişkiyi sağlayabilen nörobiyolojik yollardan biridir (88,89). Özellikle nöronal plastisitenin daha aktif olduğu hassas dönemlerde çocukluk travmasına maruz kalmak, stres-yanıt sisteminin ayar noktasını değiştirebilir. Bu değişiklik, erken gelişim sürecinde HPA aktivasyonu sonucu adrenal korteksin karşıt-düzenlenmesine, dolayısıyla erişkin hipokortizolizme neden olabilir (90,91).

Stres hormonları nöronların yapılanmasını değiştirerek beynin işlevlerini etkileyebilirler. Bilişsel işlevler için çok önemli bir role sahip olan hipokampus, aynı zamanda beynin en hassas ve en kolay manipüle edilebilir alanlarından biridir (92). Hipokampusta akut ve kronik strese tepki olarak birçok uyum değişiklikleri meydana gelir. Bu plastisitenin rolü kalıcı hasarlara karşı koruma sağlamak için olabilir (89).

Nicolson NA ve arkadaşlarının (2010) kronik ağrılı kadın hastalarda çocukluk çağı travmaları ile günlük kortizol düzeylerinin ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada; çocukluk çağında daha ağır istismara uğramış kadınların gün boyunca daha yüksek kortizol düzeylerinin olduğunu, duygusal ve cinsel istismarın kortizol düzeyleri ile daha yakın ilişkili olduğunu, hem fibromiyaljinin hem de osteoartritin benzer kortizol salınımı örüntüsü gösterdiklerini ve istismarın her iki gruptaki yüksek kortizol düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermişler (93). Otonomik ve HPA aksı stres sistemlerinin kronik stres ile fibromiyalji gibi kronik ağrıların gelişimi arasındaki ilişkiyi oluşturan mediatörler olarak sayılmalarına rağmen, yine de fizyolojik süreçler henüz anlaşılabilmiş değildir (94,95). Böylece fibromiyalji belirtilerinin, bozulmuş otonomik ve HPA aksı stres sistemleri ile bağlantılı olduğu ancak bu bozulmuş stres sistemlerinin tam olarak belirtilere neden olmadıkları düşünülebilir (96).

Artan araştırma sayısına karşın, erişkin dönemde ağrının gelişmesinde çocukluk çağı istismarı ve ihmalin rolü hala tartışmalıdır. Bazı derlemelerde aradaki ilişki güçlü desteklenmişken, başkalarında aradaki ilişkinin en iyi olasılıkla orta düzeyde olduğu öne sürülmüştür (4).

III.

A. Çalışmaya alınma ölçütleri

1. 18 yaşından büyük olması
2. Yukarıda adı geçen testleri okuyup, anlayabilecek ve yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olması
3. Ağrı yakınması ön planda olarak ya da ağrı yakınması olmaksızın psikiyatrik tedavi için başvurması
4. Katılımcının kendisinden bilgilendirilmiş onam alınmış olması

B. Çalışmadan dışlanma ölçütleri

1. İç görüşü ya da yargılamasını etkileyecek bir psikiyatrik bozukluk varlığı
2. Ağrı yakınmasını açıklayacak bir genel tıbbi durum varlığı
3. Testi doldurmayı etkileyebilecek ciddi bir nörolojik hastalığa (serebrovasküler olay, v.b.) ya da gelişimsel (mental retardasyon) bir bozukluğa sahip olması.

C. Ölçekler

1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik ve klinik özellikleri sorgulamaya yönelik yarı-yapılandırılmış bir formdur. Formun içinde, araştırmacılar tarafından geliştirilen, bir ucu “0 - Tamamen psikolojik” ve öbür ucu “10 - Tamamen organik” şeklinde isimlendirilen, uzunluğu boyunca 0’dan 10’a kadar eşit bölmeler işaretlenen ve hastaların ağrıları ile ilgili kanılarını bildirmeleri için yatay bir düz çizgi olan bir görsel analog çizelge de yer alıyor.

2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği_28 (CTQ_28) (Ek 2)

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 1995'te 54 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından 1996'da Türkçeye uyarlandı. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Kesme puanları: duygusal taciz için 13 ve üzeri, fiziksel taciz için 10 ve üzeri, cinsel taciz için 8 ve üzeri, duygusal ihmal için 15 ve üzeri ve fiziksel ihmal için 10 ve üzeri dir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir (97)

3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek 3)

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur (98).

4. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ_20) (Ek 4)

Somatoform disosiyasyonun şiddetini değerlendiren 20 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Nijenhuis ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının bir aylık test-retest korelasyonu 0,95 tir. Disosiyatif bozukluk tanısı almış Türk örnekleme kesim noktası olan 35 puanın duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,87 bulunmuştur (99,100).

5. Vizüel Analog Skalası (VAS) (Ek 5)

Bir ucunda “0: hiç yok”, diğer ucunda “10: çok şiddetli” kelimeleri yazılı 100 mm uzunluğunda yatay yerleşimli bir hattan oluşur. Hasta hat üzerinde o anki ağrının şiddetini bu iki dereceyi kriter alarak işaretler. Puanlama işaretli alanın mezura yardımıyla ölçülmesiyle yapılır (101,102)

D. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 16.0 sürümü kullanılarak yapılmıştır (SPSS Inc, Chicago, IL). Verilerin normal dağılıma uyuyup uyumadığını test etmek için Two-Sample Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırmasında ki-kare ve Kolmogorov-Smirnov testi, sayısal değerlerin karşılaştırmasında ise Student’s T testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiki anlamlılık derecesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Veriler en küçük ve en büyük değerler, ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Daha ileri analiz için örneklem, ağrısı ve çocukluk çağı taciz öyküsü olanlar, ağrısı olup çocukluk çağı taciz öyküsü olmayanlar, ağrısı ve çocukluk çağı taciz öyküsü olmayanlar ve ağrısı olmayıp çocukluk çağı taciz öyküsü

olanlar olarak dört gruba ayrıldı. One Way ANOVA testi ve post-hoc Tukey's HSD testi yapıldı ve Bonferroni düzeltmesi sonrası $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

V.

Tablo 3. Sosyodemografik Değişkenler*

	Olgu grubu (n=89)	Kontrol grubu (n=81)
Yaş (min-maks)¹	32 ± 9 (18 - 57)	34 ± 10 (20 - 61)
Cinsiyet²		
Kadın	76 (85,4)	67 (82,7)
Erkek	13 (14,6)	14 (17,3)
Medeni durum³		
Evli	80 (89)	53 (65,4)
Bekar	2 (2,3)	25 (30,9)
Dul	7 (7,9)	3 (3,7)
Çocuk sahibi olma⁴		
Evet	84 (94,4)	44 (54,3)
Hayır	5 (5,6)	37 (45,7)
Çocuk sayısı (min-maks)⁵	2 ± 1 (0 - 9)	1 ± 1 (0 - 4)
Eğitim düzeyi⁶		
Okuryazar değil	9 (10,1)	0
Okuryazar / İlkokul	60 (67,4)	27 (33,3)
Ortaokul / Lise	12 (13,5)	30 (37)
Yoksekokul	8 (9)	24 (29,7)
Meslek⁷		
Mesleği yok	5 (5,6)	5 (6,2)
Ev kadını	67 (75,3)	27 (33,3)
Serbest meslek	5 (5,6)	15 (18,5)
Eğitimli meslek	12 (13,5)	23 (28,4)
Öğrenci	0	11 (13,6)
Çalışma durumu⁸		
Çalışıyor	15 (16,9)	35 (43,2)
İşsiz	70 (78,6)	42 (51,9)
Emekli	4 (4,5)	4 (4,9)
Doğum yeri⁹		
Şehir	21 (23,6)	54 (66,7)
Köy / Kasaba	68 (76,4)	27 (33,3)

*: Yaş ve çocuk sayısı dışındaki diğer değişkenlere ait verilerde yüzdeler parantez içinde belirtilmiştir.

¹t=-1,4; p=1,158

²X²=0,2; df=1; p=0,663

³X²=26,8; df=3; p<0,001

⁴X²=36,6 df=1; p<0,001

⁵Z=-5,7; p<0,001

⁶X²=36,9; df=3; p<0,001

⁷X²=37,4; df=6; p<0,001

⁸X²=14,7; df=2; p=0,001

⁹X²=33,9; df=2; p=0,001

Olgu grubunun 30'u (%33,7) herhangi bir amaçla düzenli ve sürekli ilaç kullanıyordu ve sekizi (%26,7) daha sıklıkla kardiyovasküler ilaç ve yedisi (%23,3) psikiyatrik ilaç kullanırken, sadece üçü (%10,0) ağrı kesici ilaç kullanıyordu. Kontrol grubunun 40'ı (%49,4) herhangi bir amaçla düzenli ve sürekli ilaç kullanıyordu ve bunların 29'u (%72,5) psikiyatrik ilaç kullanıyordu (Tablo 4-5).

Tablo 4. Grupların ilaç kullanımına göre karşılaştırılması.

		Var	Yok
Olgu	Sayı	30	59
	%	33,7	66,3
Kontrol	Sayı	40	41
	%	49,4	50,6

İlaç kullanımı yönünden gruplar farklı dağılım göstermektedir.
İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
 $X^2=4,3$ $df=1$ $p<0,05$

Tablo 5. Grupların kullandığı ilaç türüne göre karşılaştırılması.

		Ağrı kesici	Psikotrop	Diğer
Olgu	Sayı	3	7	21
	%	10,0	23,3	66,7
Kontrol	Sayı	0	29	11
	%	0,0	72,5	27,5

İlaç türü kullanımı yönünden gruplar farklı dağılım göstermektedir.
İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
 $X^2=21,9$ $df=7$ $p=0,001$

Olgu grubunun üçü (%3,3) alkol veya madde, 14'ü (%15,7) sigara (ortalama 2 ± 6 tane/gün) kullanıyorken; kontrol grubunun dokuzu (%11,1) alkol, 26'sı (%32,1) sigara (ortalama 5 ± 9 tane/gün) kullanıyordu (Tablo 6-8).

Tablo 6. Grupların alkol-madde kullanımı yönünden karşılaştırılması.

		Yok	Düşük riskli alkol kullanımı	Alkol+madde kötüye kullanım
Olgu	Sayı	86	2	1
	%	96,7	2,2	1,1
Kontrol	Sayı	72	9	0
	%	88,9	11,1	0

Alkol-madde kullanımı yönünden gruplar farklı dağılım göstermektedir.
İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
 $X^2=6,3$ $df=2$ $p<0,05$

Tablo 7. Grupların sigara kullanımı yönünden karşılaştırılması.

		Var	Yok
Olgu	Sayı	14	75
	%	15,7	84,3
Kontrol	Sayı	26	55
	%	32,1	76,9

Sigara kullanımı yönünden gruplar farklı dağılım göstermektedir.
İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
 $X^2=6,3$ $df=2$ $p<0,05$

Tablo 8. Grupların kullandıkları sigara miktarı yönünden karşılaştırılması.

	Grup	En az	En çok	Ortalama	Standart Sapma
Sigara miktarı/gün	Hasta	0	30	2,04	5,91
	Kontrol	0	40	4,57	8,70

Kullandıkları sigara miktarı yönünden gruplar farklı dağılım göstermektedir.
İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
 $t=-2,2$ $p<0,05$

Hastaların poliklinik muayenelerinde aldıkları tanılar tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hastaların tanılara göre dağılımı

Tanı	Sayı	%
Duygudurum bozuklukları	119	70
Anksiyete bozuklukları	42	24,7
Psikotik bozukluklar	5	2,9
Somatoform bozukluklar	4	2,4
Total	170	100

Duygudurum bozuklukları grubunda 108 hasta major depresyon, altı hastaya iki uçlu duygudurum bozukluğu, beş hastaya da distimi tanısı konmuştu. Anksiyete bozuklukları grubunda 34 hastaya yaygın anksiyete bozukluğu, sekiz hastaya da obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuştu. Tanılara göre SDQ_20 ve CTQ_28 ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Gruplar arası tanı dağılımları anlamlı olarak farklı idi ($Z= 1,5; p=0,024$). Olgu grubunda duygudurum bozukluğu tanısı ön planda iken (72'ye 47) kontrol grubunda anksiyete bozukluğu ön planda idi (12'ye 30). Ayrıca olgu grubunda 4 kişide somatizasyon bozukluğu tanısı varken kontrol grubunda hiç yoktu. Olgu grubundaki tanı dağılımı ile VAS arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($X^2=5,5; df=3; p=0,140$).

Katılımcılardan 23 kişi çocukluk çağında tacize uğradığını belirtmişti. Olgu grubundan 13 kişiye duygudurum bozukluğu ve 3 kişiye anksiyete bozukluğu tanısı konmuşken bu sayılar kontrol grubunda sırasıyla 6 ve 1 idi ($X^2=0,068; df=1, p=0,795$).

Olgu grubunun 75'i (%84,3) görüşme esnasında ağrısının olduğunu, 87'si (%97,7) ağrılarının en azından altı aydan beri sürdüğünü, 65'i (%73,0) ağrılarının 18 ile 35 yaşlar arasında başladığını belirtti. Hastaların ağrılarının başlangıç yaşı ortalaması $26 \pm 8, 10$ ila 50 arasında değişmekte idi (Tablo 10).

Tablo 10. Ağrı başlangıç yaşının dağılımı

	Sayı	%
10-17	11	12,4
18-25	40	44,9
26-35	25	28,1
36-50	13	14,6
Toplam	89	100

Ağrılı hastaların 66'sı (%74,2) ağrı kesicilerle ağrılarını azaltabildiklerini belirtti ve 44'ü (%49,4) ağrılarının tamamen psikolojik kaynaklı olduğu kanısında idiler (Tablo 11-12).

Tablo 11. Ağrılı hastaların ağrı kesicilere yanıtı

Ağrı kesiciye yanıt		
	Sayı	%
Var	66	74,16
Yok	23	25,84
Denememiş	0	0,00
Toplam	89	100

Tablo 12. Hastaların ağrılarının kaynağı ile ilgili kanıları

Ağrının kaynağı ile ilgili kanısı		
	Sayı	%
1 (tamamen psikolojik)	44	49,4
2-4 (çoğunlukla psikolojik)	16	17,98
5 (yarı-yarıya)	18	20,22
6-9 (çoğunlukla organik)	6	6,74
10 (tamamen organik)	5	5,62
Toplam	89	100

Ağrılı hastaların 70'i (%78,7) birden fazla ağrı tutulum bölgesi olduğunu, 63'ü (%70,8) ağrılarının her gün olduğunu ve 86'sı (%96,6) ağrısı için başka bölümlere de başvurduğunu belirtti (Tablo 13-15).

Tablo 13. Ağrılı hastalarda ağrı tutulum bölgesi.

Ağrı tutulum bölgesi		Sayı	%
	1 bölge	19	21,35
	>1 bölge	70	78,65
	Total	89	100

Tablo 14. Ağrılı hastalarda ağrı sıklığı.

Ağrı sıklığı		
	Sayı	%
Her gün	63	70,79
Haftada 2-3	21	23,60
Haftada 1	3	3,37
2 haftada 1	1	1,12
Daha az	1	1,12
Toplam	89	100

Tablo 15. Ağrılı hastalarda diğer bölümlere başvuru sıklığı.

Diğer bölümlere başvuru		Sayı	%
	Var	86	96,63
	Yok	3	3,37
	Toplam	89	100

Olgu grubunda 14 hasta (%15,7) sadece baş ağrısından yakınmaktaydı. Ağrılı hastaların diğer ağrı bölgeleri ve dağılımı tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Ağrılı hastalarda ağrı tutulum bölgeleri

Ağrı bölgesi	Sayı	%
Baş ağrısı	66	74,2
Sırt ağrısı	55	61,8
Boyun ağrısı	45	50,6
Bel ağrısı	37	41,6
Kol-bacak ağrısı	52	58,4
Diğer ağrılar	11	12,4

Ağrılı hastaların 16’sı (%18) ve ağrısız hastaların yedisi (%8,6) çocukluk çağında taciz öykülerinin olduğunu belirtti. Çocukluk çağı taciz öyküsü yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ancak anlamlı olma eğilimindeydi ($p=0.07$) (Tablo 17). Toplamda da, çocukluk çağında taciz öyküsü olan 18 hasta kadın, beş hasta da erkekti.

Tablo 17. Grupların çocukluk çağında taciz varlığı açısından karşılaştırılması

	Ağrılı hasta n (%)	Kontrol n (%)
Çocukluk çağında taciz		
Var	16 (17,98)	7 (8,64)
Yok	73 (82,02)	74 (91,36)

$\chi^2=3,2$; $df=1$; $p=0,07$

Tacize uğrayan tüm hastaların ilk tacize uğrama yaşı en küçük üç, en büyük 15 (ortalama 8 ± 3) idi.

Tacize uğradığını ifade eden hastaların taciz yaşantıları ile ilgili bilgiler tablo 18-23'de sunulmaktadır.

Tablo 18. Gruplar arasında taciz ile ilk karşılaşma yaşının karşılaştırılması

		Taciz ile karşılaştığı yaş		
		<6 yaş	7-12 yaş	13-15 yaş
Taciz öykülü olgu	Sayı	8	6	2
	%	50,00	37,50	12,50
Taciz öykülü kontrol	Sayı	1	5	1
	%	14,29	71,43	14,29

Çocukluk çağı taciz ile karşılaştığı yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. $Z=0,8$ $p=0,564$

Tablo19. Gruplar arasında taciz süresinin karşılaştırılması

		Taciz süresi	
		1 kez	>1 yıl
Taciz öykülü olgu	Sayı	5	11
	%	31,25	68,75
Taciz öykülü kontrol	Sayı	5	2
	%	71,43	28,57

Çocukluk çağı taciz süresi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. $Z=0,9$ $p=0,411$

Tablo 20: Gruplar arasında taciz eden kişinin özelliklerinin karşılaştırılması

		Taciz eden kişinin yakınlığı			
		Anne-baba	Yakın akraba	Tanıdık	Tanımadık
Taciz öykülü olgu	Sayı	8	4	3	1
	%	50,00	25,00	18,75	6,25
Taciz öykülü kontrol	Sayı	2	0	1	4
	%	28,57	0,00	14,29	57,14

Çocukluk çağı taciz eden kişi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. $Z=1,1$ $p=0,160$

Tablo 21. Gruplar arasında taciz şeklinin karşılaştırılması

		Taciz Şekli		
		Fiziksel	Cinsel	Duygusal
Taciz öykülü olgu	Sayı	7	6	3
	%	43,75	37,5	18,75
Taciz öykülü kontrol	Sayı	2	5	0
	%	28,57	71,43	0,00

Çocukluk çağı taciz şekli yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. $Z=0,4$ $p=0,996$

Tablo 22. Gruplar arasında tacizi paylaşma özelliklerinin karşılaştırılması

		Tacizini paylaşma	
		Evet	Hayır
Taciz öykülü olgu	Sayı	4	12
	%	25,00	75,00
Taciz öykülü kontrol	Sayı	4	3
	%	57,14	42,86

Çocukluk çağı tacizi paylaşma davranışı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. $Z=0,7$ $p=0,696$

Tablo 23. Gruplar arasında taciz öyküsünü paylaştığı kişi açısından karşılaştırılması

		Tacizini paylaştığı kişi					
		Taciz yok / kişi yok	Anne-baba	Kardeş	Doktor	Yakın akraba	Arkadaş
Taciz öykülü olgu	Sayı	12	2	1	1	0	0
	%	75,0	12,5	6,3	6,3	0,0	0,0
Taciz öykülü kontrol	Sayı	3	0	0	0	1	3
	%	42,9	0,0	0,0	0,0	14,3	42,9

Alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. $Z=1,1$ $p=0,160$

Bütün hastaların VAS, HAD toplam ve alt ölçekler, SDQ-20, CTQ-28 toplam ve alt ölçekler puanları tablo 24’de belirtilmiştir.

Tablo 24. Ağırlı ve ağırsız hastaların VAS, HAD toplam ve alt ölçekler, SDQ-20, CTQ-28 toplam ve alt ölçekler açısından karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	Ortalama	Standart Sapma
VAS	Olgu	46,30	30,25
HAD puanı***	Olgu	28,18	9,68
	Kontrol	19,54	9,14
HAD anksiyete p.***	Olgu	14,64	5,10
	Kontrol	11,17	5,32
HAD depresyon p.***	Olgu	13,44	5,14
	Kontrol	8,69	5,13
SDQ-20 puanı***	Olgu	39,63	12,25
	Kontrol	27,70	8,21
CTQ-28 puanı***	Olgu	54,38	14,54
	Kontrol	46,68	7,12
CTQ-28 duygusal taciz p.***	Olgu	8,93	4,61
	Kontrol	6,83	2,52
CTQ-28 fiziksel taciz p.***	Olgu	7,85	4,78
	Kontrol	5,64	1,49
CTQ-28 cinsel taciz p.*	Olgu	6,08	2,79
	Kontrol	5,47	1,61
CTQ-28 duygusal ihmal p.**	Olgu	12,51	5,75
	Kontrol	10,05	4,81
CTQ-28 fiziksel ihmal p.**	Olgu	8,78	3,57
	Kontrol	7,30	2,81
CTQ-28 minimizeasyon p.*	Olgu	0,90	1,17
	Kontrol	1,16	1,19

*İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. $p>0,05$

** İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. $p<0,05$

***İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. $p<0,001$

Taciz öyküsü bulunan ve ağrısı olan hastalar ile taciz öyküsü olup ağrısı olmayan hastaların HAD ve alt ölçekler, SDQ_20 ve CTQ_28 ve alt ölçekler puanları tablo 25’te belirtilmiştir.

Tablo 25. Tacize uğradığını belirten ağrısı olan hastalar ile tacize uğradığını belirten ağrısı olmayan hastaların HAD ve alt ölçekler, SDQ_20 ve CTQ_28 ve alt ölçekler puanları yönünden karşılaştırılması.

	Grup	Sayı	Ortalama	Standart sapma
HAD puanı	Taciz öykülü olgu	16	22,56	8,173
	Taciz öykülü kontrol	7	21,14	7,537
HAD anksiyete puanı	Taciz öykülü olgu	16	12,44	4,226
	Taciz öykülü kontrol	7	11	4,243
HAD depresyon puanı	Taciz öykülü olgu	16	10,12	4,674
	Taciz öykülü kontrol	7	10,14	4,1
SDQ_20 puanı	Taciz öykülü olgu	16	30,44	7,447
	Taciz öykülü kontrol	7	28,14	5,178
CTQ_28 puanı	Taciz öykülü olgu	16	67,69	19,852
	Taciz öykülü kontrol	7	55,43	6,079
CTQ_28 duygusal taciz puanı	Taciz öykülü olgu	16	11,94	5,639
	Taciz öykülü kontrol	7	9,57	2,573
CTQ_28 fiziksel taciz puanı	Taciz öykülü olgu	16	10,81	6,833
	Taciz öykülü kontrol	7	8,43	3,309
CTQ_28 cinsel taciz puanı	Taciz öykülü olgu	16	8,56	5,086
	Taciz öykülü kontrol	7	9,14	3,891
CTQ_28 duygusal ihmal puanı*	Taciz öykülü olgu	16	17,88	5,76
	Taciz öykülü kontrol	7	10,71	4,231
CTQ_28 fiziksel ihmal puanı	Taciz öykülü olgu	16	11	5,203
	Taciz öykülü kontrol	7	7,57	2,637
CTQ_28 minimizasyon puanı*	Taciz öykülü olgu	16	0,38	0,719
	Taciz öykülü kontrol	7	0,43	0,787

*istatistiksel olarak fark saptanmıştır. $p < 0,05$

Gruplar arasında yapılan korelasyon analizinde: ağrısı ön planda olan hastaların VAS skoru ile HAD total puanı ($r=0,3$; $p < 0,05$), depresyon alt ölçek puanı ($r=0,3$; $p < 0,05$), anksiyete alt ölçek puanı ($r=0,3$; $p < 0,05$), ve SDQ_20 puanı ($r=0,3$; $p < 0,05$), arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulundu. CTQ_28

duygusal ihmal puanı dışındaki diğer CTQ_28 toplam ve alt ölçek puanları VAS ile anlamlı bir korelasyon göstermedi. CTQ_28 duygusal ihmal puanı ile VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r=-0,2$; $p<0,05$).

Örnekleme, ağrısı ve çocukluk çağı taciz öyküsü olanlar (grup 2; $n=16$), ağrısı olup çocukluk çağı taciz öyküsü olmayanlar (grup 3; $n=73$), ağrısı ve çocukluk çağı taciz öyküsü olmayanlar (grup 4; $n=74$) ve ağrısı olmayıp çocukluk çağı taciz öyküsü olanlar (grup 5; $n=7$) olarak dört gruba ayrıldı. One Way ANOVA testi sonrasında dört grup arasında bütün klinik ölçekler açısından anlamlı farklılıklar vardı. Post-hoc Tukey's HSD testi ve Bonferroni düzeltmesi sonrası:

SDQ_20 toplam puanı en yüksek grup 3'te ve en düşük grup 4'te idi. Grup 3'te SDQ_20 toplam puanı diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek idi.

CTQ_28 total, duygusal ve fiziksel alt ölçek puanları en yüksek grup 2'de ve en düşük grup 4'te idi. Grup 2'de grup 3 ve 4'e göre CTQ_28 total, duygusal ve fiziksel alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek iken grup 5'ten daha yüksek olmasına rağmen aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu ölçeklerde grup 3 puanı anlamlı olarak grup 4'ten daha yüksekti. Cinsel taciz alt ölçek puanı en yüksek grup 5'te ve en düşük yine grup 4'te bulundu. Grup 2 ve 5 arasında CTQ_28 cinsel taciz alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken her iki grup grup 3 ve 4'ten anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. CTQ_28 duygusal ihmal alt ölçek puanı grup 2'de en yüksek ve grup 4'te en düşük idi. Grup 2'de diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek CTQ_28 duygusal ihmal alt ölçek puanı saptandı. CTQ_28 fiziksel ihmal alt ölçek puanı grup 2'de en yüksek ve grup 4'te en düşük idi. Grup 2'de grup 3 ve 4'ten anlamlı olarak daha yüksek CTQ_28 fiziksel ihmal alt ölçek puanı saptanmışken grup 5 ile arasında anlamlı bir fark bulunmadı. CTQ_28 minimizasyon puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

HAD toplam skoru en yüksek grup 3'te ve en düşük grup 4'te idi. Ve gruplar arasında yalnızca grup 3 ve 4 arasında anlamlı fark vardı. HAD anksiyete alt ölçek skoru en yüksek grup 3'te ve en düşük grup 5'te idi. Ve gruplar arasında yalnızca grup 3 ve 4 arasında anlamlı fark vardı. HAD depresyon alt ölçek skoru en yüksek grup 3'te ve en düşük grup 4'te idi. Ve grup 3 HAD depresyon alt ölçek skoru diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 26).

Tablo 26. Klinik ölçeklerin dört grup arasında ANOVA testi ile karşılaştırılması.

		N	Ort.	SS	F
HAD_skoru	2	16	22,6	8,2	14,701*
	3	73	29,4	9,6	
	4	74	19,4	9,3	
	5	7	21,1	7,5	
HAD_anksyt_sk	2	16	12,4	4,2	7,505*
	3	73	15,1	5,2	
	4	74	11,2	5,4	
	5	7	11,0	4,2	
HAD_depr_sk	2	16	10,1	4,7	15,619*
	3	73	14,2	5,0	
	4	74	8,6	5,2	
	5	7	10,1	4,1	
SDQ_20_skoru	2	16	30,4	7,4	25,079*
	3	73	41,6	12,2	
	4	74	27,7	8,5	
	5	7	28,1	5,2	
CTQ_28_tot_p	2	16	67,7	19,9	19,489*
	3	73	51,5	11,3	
	4	74	45,9	6,7	
	5	7	55,4	6,1	
CTQ_28_duyg_tcz	2	16	11,9	5,6	10,88*
	3	73	8,3	4,1	
	4	74	6,6	2,4	
	5	7	9,6	2,6	
CTQ_28_fiz_tcz	2	16	10,8	6,8	12,348*
	3	73	7,2	4,0	
	4	74	5,4	0,9	
	5	7	8,4	3,3	
CTQ_28_cinsel_tcz	2	16	8,6	5,1	19,814*
	3	73	5,5	1,6	
	4	74	5,1	0,4	
	5	7	9,1	3,9	
CTQ_28_duyg_ihml	2	16	17,9	5,8	10,839*
	3	73	11,3	5,1	
	4	74	10,0	4,9	
	5	7	10,7	4,2	
CTQ_28_fiz_ihml	2	16	11,0	5,2	6,332*
	3	73	8,3	2,9	
	4	74	7,3	2,8	
	5	7	7,6	2,6	
CTQ_28_min_p	2	16	0,4	0,7	3,06
	3	73	1,0	1,2	
	4	74	1,2	1,2	
	5	7	0,4	0,8	

*p<0,05

VI.

tanınmasının daha zor olduğu üzerinde durulmuştur (1). Bizim çalışmamızda fiziksel ve duygusal ihmal, psikiyatri polikliniğine ağrı yakınmasıyla başvuran hastalarda ağrı yakınması olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. 2010 yılında Almanya’da 368 fibromiyalji hastasının 293’ü CTQ_28 Almanca versiyonu ile analiz edilmiş. Komorbid depresyonu olan fibromiyalji hastalarında fiziksel, emosyonel taciz ve ihmalin komorbid depresyonu olmayan fibromiyalji hastalarından anlamlı olarak daha sık olduğu bildirilmiştir (110). Bizim çalışmamızda ağrısı ön planda olan grupta 72 depresyon tanısı konmuş hasta bulunmaktaydı. Bu sonuç depresyonun ağrıya neden olabileceğini düşündürmektedir. Ancak depresyon ya da diğerkonulan tanıların birbirleri arasında CTQ_28 toplam ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu nedenle ağrının CTQ_28 total ve alt ölçekleri ile ilişkisi tanıdan bağımsız gibi durmaktadır. Yine de bu yorumumuzun kesinliğı daha fazla katılımcının olduğu yeni çalışmalarla desteklenmelidir.

Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların 8-9’u 12 yaşından önce tacize uğradığını bildirmişti ve tacize uğrama sıklığı iki grupta da 12 yaşından sonra belirgin olarak azalmıştı. Literatürde de çocuklarda istismara uğrama olasılığı 12 yaşından sonra önemli derecede azalmakta olduğu bildirilmiştir (10). Ancak çalışmamızda en çok dikkati çeken, olgu grubundaki hastaların yarısı ilk tacizlerini 3-6 yaşları arasında yaşamış iken bu oran ağrısız grupta %14 idi.

Çocukluk çağında istismarın yetişkinlikte negatif psikolojik belirtilerle ve ağrı ile sonuçlanabileceğı literatürde yaygın kabul görmektedir. Erken çocukluk çağında istismarın çocuğun normal gelişim arkını değiştirebileceğı ve kurbanda uzun dönemde önemli sekellere neden olabileceğı bilinmektedir. Çocuğun yaşadığı çevreye en iyi uyumu sağlamak için beyin kendini geliştirebilir (111). Benzer

biçimde tehdit altında büyüyen bir çocuğun beyni limbik bölge ve HPA aksında uygun değişikliklerle iyice pekiştirdiği “savaş ya da kaç” tepkisinden faydalanabilir (111). Bizim çalışmamızda ağırlı grubun belirttiği taciz süresi %70’e yakın oranda bir yıldan daha uzundu. Literatürde de çocukluk çağı stresi ne kadar kronik ise o kadar fazla ve uzun süreli fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir (111). İstismara ya da ihmale uğrayan çocuğun beynindeki bu fizyolojik değişimler başlangıçta adaptif iken, çocuğa ilerleyen yaşamında yeterli nöral kapasite ve davranışsal beceri için olanak sunamayacağı kabul edilmektedir. İhmal ya da istismarı yaşayan ve iyi model eksikliği içinde büyüyen çocuk üzüntü ve kızgınlık gibi duyguları ayırt edemeyebilir ve bu durum aleksitimiye kadar ilerleyebilir (112). Aleksitimi, bilişsel süreçlerin işlenmesinde ve duyguların düzenlenmesinde önemli defisitlerle karakterize bir durumdur (113). Sonuçta stres altında yaşayan bireyler deneyimledikleri olumsuz duyguları ayırt edemeyerek huzursuz ve kafa karıştırıcı fiziksel duyular olarak yaşarlar (114). Literatür bilgilerinin ışığı altında, bizim bulgularımız da ağrı yakınması ile başvuran hastaların çocuklukta yaşadığı ve uzun süren istismar ve ihmale ait duyguları ayırt edemeyip ağrı ile ifade ettiklerini düşündürmektedir. Alopezi hastalarının katıldığı bir çalışmada aleksitimi ve travmatik deneyimler ölçeği arasındaki ilişki araştırılmış, aleksitimi ile çocukluk çağı ihmal/taciz arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (115). Başka bir çalışmada ise aleksitiminin toplam skoru ve duyguları tanıma ve tanımlama zorluğunun çocukluk çağı taciz ve ihmal ile ilgili olduğu bildirilmiştir (116). Bizim çalışmamızda ağrı yakınması olup tacize uğradığını bildiren hastalar ile taciz öyküsü olduğunu belirtmesine karşın ağrı yakınması ön planda olmayan hastalar arasında CTQ_28 alt ölçeklerinde duygusal ihmalin anlamlı olarak farkı saptanmamıştır. Aynı zamanda, çalışmamızda mağdurun taciz deneyimini paylaşma davranışı yönünden gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Genel olarak tacize uğrayanların çoğu (ağrılı hastalardan 12 kişi, ağrısı olmayan hastalardan 3 kişi) tacizini paylaşmamış idi. Bu bulgu, tüm çocukluk çağı travmaları içinde özellikle duygusal ihmalin çocuğun gelişimini etkileyebileceği ve rahatsız edici duygularını tanınmayarak, başka biri ile paylaşarak değil de ağrı ile kendini ifade edebileceğini düşündürmektedir.

Son yıllarda ağrı deneyimi yaşayan erişkinin bağlanma biçimini araştıran çalışmalar artmaktadır. Güvensiz bağlanma hipokondriak düşünceler, ağrıya artmış hassasiyet ya da ağrıyla ilişkili korkular, azalmış ağrı eşiği ve ağrıyla baş edememe ile ilişkili bulunmuştur (117). Güvensiz bağlanma, nedeni bilinmeyen fiziksel semptomlarla ve daha fazla sayıda fiziksel yakınmalarla ilişkili olduğu kabul edilmektedir (118). Bizim çalışmamızda ön planda ağrısı olan hastalarda çocukluk çağındaki taciz eden kişi %93 oranında ebeveyn, yakın akraba veya tanıdık idi. Bu oran ağrısı olmayıp da tacize uğradığını belirten hastalarda %43 oranında idi. Aile içi taciz güvenin kırılmasına ve aile içinde emniyetin kaybına yol açarak çocuğun gelişimini önemli derecede tehdit eder (119). Çocukluk çağı tacizi ve yetişkin dönemdeki güvensiz bağlanma arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanlarda güvensiz bağlanma biçiminin yüksek oranlarda gözlendiği bulunmuştur (120). Dolayısıyla somatizasyon ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişki güvensiz bağlanma aracılığıyla sürdürüldüğü düşünülmektedir (118). Bizim çalışmamızdaki çocukluk çağında istismara/ihmale uğrayanlarda erişkin dönemdeki ağrı belirtilerinin ön planda olması çocuğun geliştirmiş olduğu güvensiz bağlanma ile açıklanabileceğini düşündürmüştür. Ancak bu yorumumuzu güçlendirmek için ön planda ağrı yakınması ile psikiyatriye başvuran hastalarda

çocukluk çağı travma ve bağlanma biçimleri arasındaki ilişkinin araştırılacağı yeni çalışmalara gereksinim doğmaktadır.

Toplumsal epidemiyolojik çalışmalar kadınların erkeklere göre daha şiddetli, daha sık, vücudun daha çok bölgesinde ve daha uzun süren ağrı bildiriminde bulduklarını göstermektedir (65). Çalışmamızda olgu grubunda üç hastadan birisi sürekli tedavi amaçlı ilaç kullanıyordu, bunlardan da %26,7'si daha sıklıkla kardiyovasküler ilaç %23,3'ü psikiyatrik ilaç kullanırken, sadece %10'u düzenli olarak ağrı kesici ilaç kullanıyordu. Kontrol grubunda ise hastaların yarısı sürekli tedavi amaçlı ilaç kullanıyordu ve bunların %72,5'i psikiyatrik ilaç kullanıyordu. Yine çalışmamızda, olgu grubunda iki hastadan birisi ağrılarının psikolojik kaynaklı olduğunu ancak her on kişiden 9-10'u ağrısı için psikiyatri dışı bölümlere başvurduğunu belirtmişti. Kadınlar, yalnız daha çok ilaç kullanmak, daha fazla çare aramak ve farklı tedavi yaklaşımlarını kombine etmekle kalmaz, bilişsel tedavi gibi bazı yaklaşımlardan daha çok yarar görürler (65). Çalışmamıza ağrı yakınması ön planda olan grupta her on kişiden 8-9'unun kadın cinsiyette olduğu saptandı. Bu, literatürde de belirtildiği gibi, kadınların psikiyatri ya da psikiyatri dışı birimlere başvurarak daha fazla çare arama davranışı sergilediklerini göstermektedir.

CTQ_28 minimizasyon (sorununun değersizleştirme) puanlarına göre gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p=0,150$) bulunmuştur. Bu bulgu, her iki ana gruptaki hastaların CTQ_28 ölçeğini benzer minimizasyon ile doldurdıkları, yani her iki gruptaki hastaların taciz ve ihmale uğradıklarını benzer şekilde (farkına vararak ya da varmadan) önemsizleştirdiklerini göstermektedir.

Bu çalışmaya yaşları ve cinsiyetleri açısından benzer dağılım gösteren ağırlı ($n=89$) ve ağrısız ($n=81$) özelliklerinden birbirinden ayrılan toplam 170 hasta alındı.

Olgu grubunda on hastadan sekizinin en fazla beş yıllık eğitimi vardı, kontrol grubunun önemli bir kısmı ise (%29,7) yüksekokul okumuştu ya da okumaktaydı. İki grup arasında eğitim durumu açısından fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu farkın, iki grup arasında medeni durum, çocuk sayısı, meslek, çalışma durumu gibi diğer sosyodemografik özellikler açısından da saptanan anlamlı farklılıkları da etkilediği düşünüldü. Her iki grupta evli olanlar çoğunlukta idi ancak olgu grubunda on kişiden dokuzu evli iken kontrol grubunda on kişiden yedisi evliydi. Olgu grubunda on hastadan sekizinin köy ya da kasaba kökenli olması, kontrol grubunun ise üçte ikisinin şehir doğumlu olması ve daha yüksek eğitilmiş olmaları daha geç evlenmelerine sebep olduğu düşünüldü. Olgu grubunda on hastanın dokuzu ortalama 2 ± 1 çocuk sahibiydi, kontrol grubunda ise hastaların sadece yarısı ortalama 1 ± 1 çocuk sahibiydi. Olgu grubundaki hastaların dört hastanın üçü ev kadını ve beş hastanın dördü çalışmıyordu, kontrol grubunda ise hastaların üçte biri ev kadını ve sadece yarısı çalışmıyor idi. Benzer bir sonucun Almanya’da yapılan toplum temelli kesitsel bir çalışmada da bulunduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada fibromiyalji ve kronik ağrılı hastaların genelde daha düşük sosyoekonomik düzeyli olduğu ve daha az alkol kullandıkları tespit edilmiştir (121). Ağrılı hastaların sadece üçü (%3,3) alkol veya madde ve sadece 14’ü (%15,7) sigara (ortalama 2 ± 6) kullanırken; ağrısız hastaların dokuzu (%11,1) sadece alkol ve 26’sı (%32,1) sigara (ortalama 4 ± 8) kullanıyordu. Bu sonucun da fertlerin sosyokültürel düzeylerine bağlı olduğunu düşünüyoruz. Olgu grubunun genelde daha düşük sosyokültürel düzeylerden (köyde doğup büyümüş, az okumuş, çalışmayan ve çok çocuklu ev kadınları) olmaları alkol, madde ve/veya sigara kullanımını etkilemiş olabilir. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü’nün 2010 yılında yürüttüğü epidemiyolojik bir çalışmada; Doğu, Güney, Orta ve Kuzey Anadolu’da doğup büyüyen kadınlarda,

Türkiye'nin batısında ya da büyük şehirlerinde doğup büyüyen kadınlara göre daha düşük seviyelerde alkol, madde ve/veya sigara kullanımı tespit edilmiş (122).

VII.

Son olarak, bu çalışma kesitsel bir çalışma olup hastalar yalnızca bir kez değerlendirilmiştir. Bu hastaların uzunlamasına izlenmesi ile psikiyatrik tanı, ağrı özellikleri, CTQ_28 ve tedaviye yanıt arasındaki ilişkinin incelenmesinin yeni bulgular getireceği açıktır.

VIII.

Small text in the top left corner, possibly a page number or header.

10. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17: 575-593.
11. Sicher P, Lewis O, Sargent J, et al. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 660-667.
12. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47: 140-151.
13. Polat O. Çocuk Hakları Nedir? İstanbul: Analiz Yayınları, 2002: 5-39.
14. Thurston RC, Bromberger J, Chang Y, Goldbacher E, Brown C, Cyranowski JM, Matthews KA, Childhood abuse or neglect is associated with increased vasomotor symptom reporting among midlife women: *Menopause*. 2008 ; 15(1): 16–22.
15. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock *Klinik psikiyatri*. 2005; 28: 370-376.
16. Tercier A. Child abuse. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine* (4th ed). St. Louis: Mosby, 1998: 1108-1118.
17. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics* 2002; 110: 110-111.
18. Flowers RB. *Children and Criminality*. Connecticut: Greenwood Press; 1986: 63-73.
19. Foster H, Brooks-Gunn J, Toward a Stress Process Model of Children's Exposure to Physical Family and Community Violence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009 June ; 12(2): 71–94.

20. Molnar BE, Buka SL, Brennan RT, Holton JK, Earls F. A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the Project for Human Development in Chicago Neighborhoods. *Child Maltreatment*. 2003; 8:84–97.
21. Bishop FJ. Children at risk. *Med J Australia* 1971; 1:623.
22. Bair-Merritt MH, Intimate Partner Violence. *Pediatr Rev*. 2010 April ; 31(4): 145–150.
23. Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. *Pediatrics* 2001, 108: E43.
24. Irmak TY. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. Doktora tezi. 2008.
25. Wegman HL, Stetler C. A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine* 71:805–812 (2009).
26. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician* 2000; 61: 3057-3064.
27. Kairys SW, Alexander RC, Block RW, et al. Shaken baby syndrome. *Pediatrics* 2001; 108:206-210.
28. Arieff AI, Kronlund BA. Fatal child abuse by forced water intoxication. *Pediatrics* 1999; 103: 1292-1295.
29. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management Continuing Medical Education. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(13): 231–40.
30. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2002: 85-97.

31. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-629.
32. Kairys SW, Alexander RC, Block RW, et al. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191.
33. Sartor CE, Agrawal A, Mccutcheon VV, Duncan AE, Lynskey MT, Disentangling the Complex Association Between Childhood Sexual Abuse and Alcohol-Related Problems: A Review of Methodological Issues and Approaches. *J. Stud. Alcohol Drugs* 2008; 69: 718-727.
34. Green AH. Child sexual abuse: immediate and longterm effects and intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 890-902.
35. Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza AJ. Behavioral problems in young sexually abused boys. *J Interpersonel Violence* 1988; 3:21-28.
36. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, Costa GA, Akman D, Cassaviz E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16: 101-118.
37. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children. *Psychol Bull* 1993; 113:164-180.
38. Dokgöz H, Şam B, Ersoy G, Müsellim NT. Ölümle sonuçlanan ihmale uğramış çocuk olgusu. *Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı (sayı 6)*. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2002: 118-121.

39. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. (2006). “Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi”, *STED*, 15: 153- 157.
40. Bahar G, Savaş HA, Bahar A, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12 (2009): 51-65.
41. Tıraşçı Y, Gören S. (2007). “Çocuk İstismarı ve İhmali”, *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (1): 70-74.
42. Cohen P, Brown J, Smaile E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):981-99.
43. Arias I. The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13:468 –73.
44. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH, Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Suppl II):41-8.
45. Repetti R, Taylor S, Seeman T. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128:330–66.
46. Neumann D, Houskamp B, Pollock V, Briere J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreat* 1996;1:6 –16.
47. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic

problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(8):824-30.

48. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Rupert LJ, Egolf BP, Lutz JG. Risk factors for behavioral dysfunction: the relative impact of maltreatment, SES, physical health problems, cognitive ability, and quality of parentchild interaction. *Child Abuse Negl.* 1995;19(2):191-203.
49. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008;32(6):607-19.
50. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(1):49-56.
51. Andrews GC, Slade J, Issakidis T, Swanston H. Child sexual abuse. Comparative quantification of health risks. Geneva: WHO; 2004.
52. Widom C. Childhood victimization: early adversity and subsequent psychopathology, in *Adversity, stress, and psychopathology*. In: Dohrenwend B, editor. New York: Oxford University Press; 1998. p.81-95.
53. Tarquis N. Neurobiological hypothesis relating to connections between psychopathy and childhood maltreatment. *Encephale.* 2006;32(3 Pt 1):377-84.
54. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res.* 2009;165(3):281-7.

55. Farrugia PL, Mills KL, Barrett E, Back SE, Teesson M, Baker A, Sannibale C, Hopwood S, Rosenfeld J, Merz S, Brady KT. Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder. *Ment Health Subst Use*. 2011 November ; 4(4): 314–326.
56. Smyth JM, Heron KE, Wonderlich SA, Crosby RD, Thompson KM. The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *Int J Eat Disord*. 2008;41(3):195-202.
57. Stein MB, Schork NJ, Gelernter J. Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for anxiety sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(2):312-9.
58. Lesserman J, Drossman D, Li Z, Hu Y. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent healthcare visits. *Psychol Med* 1998;28:417–25.
59. Goodwin R, Hoven C, Murison R, Hotopf M. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health* 2003;93:1065– 67.
60. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998;14:245–58.

61. Davidson, H.C., Wylie, W.D.: Ağrı ve Analjezik ilaçlar, Anestezi Uygulaması, Cilt 3, Ed. Akyön, G . Nisan 1984., 1243-256.
62. Keskinbora K, Keskinbora HK; Ağrı ve tıbbi etik. Clinic Medicine Mayıs 2007:4-8.
63. Taner E; Kronik ağrının psikiyatrik yönü. Clinic Medicine 2007:40-45.
64. Güler M, Aktaş S; Türkiye Klinikleri - Cilt: 5, Sayı: 2 Haziran 1985:177-181.
65. Şahin Ş. Ağrı ve cinsiyet. Ağrı. 2004. 16.2. 17-25.
66. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):89-99.
67. Mufson MJ: What is the role of psychiatry in the management of chronic pain. Harv Ment Health Lett 1998; 16(3):8.
68. Loeser JD, Melzack R: Pain: an overview. Lancet 1999; 353(9164):1607.
69. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. Ağrı. 2006. 18:4. 5-9
70. Cassel EJ: The nature of suffering and the goal of medicine. N Eng J Med 1992; 306:639-645.
71. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. ADÜ Týp Fakóltesi Dergisi. 2002; 3(2) : 37 – 48.
72. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. Dicle Týp Dergisi 2011; 38 (2): 257-262.
73. Doksat MK. Ağrı ve psikiyatri. Psikiyatri Dünyası 1999;1:23-31.
74. Merskey H, Bagduk N: Classification of chronic pain. International Association for the Study of Pain, Seattle, 1994, s.210.
75. Dray A. Kinins and their receptors in hyperalgeisa. Can J Phsiol Pharmacol 1997. 75(6):13-44.

76. Özkan S. Bel ağrısı, duygudurum, psikososyal ortamla ilişkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 5(Özel sayı):81-3.
77. Özkan S: Psikiyatrik ve psikososyal açıdan ağrı. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi, İstanbul, 1993.
78. Benjamin S, Morris S, Mc Beth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population based study. Arthritis Rheum 2000;43(3):561-7.
79. Ataoğlu S, Özçetin A, Ataoğlu A, İçmeli C, Makarç S, Yağlı M. Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(4):223-6.
80. Aslan S, Nazlıel B. Gerilim tipi baş ağrısında anksiyete, depresyon düzeyleri ve tanısal değerlendirme. Yeni Symposium 2002;40(1):10-4.
81. Jamison NR. Treatment of chronic pain. In: Jacobson JL, Jacobson AM, eds. Psychiatric Secrets. Hanley&Belfus, Inc, 2006:389-95.
82. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. T Klin Psikiyatri 2001;2(1):36-42.
83. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. Br J Psychiatry Suppl 1996;(30):101-8.
84. Tot Ş. Toros F. Fibromyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:232-239
85. Dilbaz N. Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbidite. S Özkan (ed): Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi Kitabı'nda, 1997, s.226.
86. Swanson LW, Sawchenko PE, Rivier J, Vale WW. Organization of ovine corticotropin-releasing factor immunoreactive cells and fibers in

- the rat brain: an immunohistochemical study. *Neuroendocrinology*. 1983; 36:165–186.
87. Jacobson L, Sapolsky R. The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis. *Endocr Rev*. 1991; 12:118–134.
 88. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2007;104:1321–1324.
 89. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N. Engl. J. Med* 1998:171–180.
 90. Heim C, Ehlert U, Hanker JP, Hellhammer DH. Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosom. Med* 1998;60:309–318.
 91. Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2000a;25:1–35.
 92. McEwen BS. Stress and hippocampal plasticity. *Annu.Rev.Neurosci* 1999;22:105–122.
 93. Nicolson NA, Davis MC, Kruszewski D, Zautra AJ. Childhood maltreatment and diurnal cortisol patterns in women with chronic pain. *Psychosom Med*. 2010;72(5):471-80.
 94. Staud R. Treatment of fibromyalgia and its symptoms. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 8, 11. 1629–1642, 2007.
 95. P. Schweinhardt, K. M. Sauro, and M. C. Bushnell, Fibromyalgia: a disorder of

the brain? *Neuroscientist*. 14. 5. 415–421, 2008.

96. Becker S, Schweinhardt P. Dysfunctional Neurotransmitter Systems in Fibromyalgia, Their Role in Central Stress Circuitry and Pharmacological Actions on These Systems Hindawi Publishing Corporation Pain Research and Treatment Volume 2012, Article ID 741746, 10 pages. doi:10.1155/2012/741746.
97. Bernstein D, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report Questionnaire and Manual. San Antonio, TX: Psychological Corp; 1998.
98. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8: 280-287.
99. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Soma-toform Dissociation Questionnaire (SDQ 20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
100. Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, Bakım B, Aydın O: Somatoform dissosiyasyon ölçeğinin (SDQ_20) geçerlilik ve güvenilirliği. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s:221.
101. Gould D. Information point: Visual Analogue Scale (VAS). Blackwell Science Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 2001. 10, 697–706.
102. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health* 13: 227-236, 1990.
103. Jones GT, Power C, Macfarlane GJ. Adverse events in childhood and chronic

widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain*. 143: 92-96, 2009.

104. Lampea A, Doeringa S, Rumpolda G, Sölder E, Krismerc M, Kantner-Rumplmaira W, Schuberta C, Söllner W. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research* Volume 54, Issue 4, 2003, 361-367.
105. Goldberg R.T, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*. 1999, Vol. 21, No. 1 , 23-30.
106. Goldberg RT, Goldstein R. A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disabil Rehabil*. 2000 Nov 20;22(17):756-63.
107. Eslick GD, Koloski NA, Talley NJ. Sexual, physical, verbal/emotional abuse and unexplained chest pain. *Child Abuse Negl*. 2011;35(8):601-5.
108. Hu, J.C., Link, C.L., McNaughton-Collins, M., Barry, M.J. & McKinlay, J.B. (2007). The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Results from the Boston area community health survey. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1532–1537.
109. Thomas E, Moss-Morris, R. & Faquhar, C. (2006). Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 109–112.
110. Kosseva M, Schild S, Wilhelm-Schwenk R, Biewer W, Häuser W. Comorbid depression mediates the association of childhood/adolescent

maltreatment and fibromyalgia syndrome. A study with patients from different clinical settings. *Schmerz*. 2010;24(5):474-84.

111. Stirling J Jr; Amaya-Jackson L; Amaya-Jackson L. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*. 2008 Sep;122(3):667-73.
112. Beeghley ME, Cicchetti DA. Child maltreatment, attachment, and the self system: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. In: Hertzog M, Farber E, eds. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; 1996:127–166.
113. Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 240-245.
114. White KS, McDonnell CJ, Gervino EV. Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(4):432-9.
115. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(10):1141-6.
116. Joukamaa M, Luutonen S, von Reventlow H, Patterson P, Karlsson H, Salokangas RK. Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP Study. *Psychosomatics*. 2008;49(4):317-25.

117. Davies KA, Macfarlane GJ, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*. 2009 ;143(3):200-5.
118. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*. 2006 Jan-Feb;68(1):129-35.
119. Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med*. 2009 Nov;16(8):455-9.
120. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse Negl*. 1997 Oct;21(10):1015-23.
121. Schochat T, Beckmann C. *Z Rheumatol*. Sociodemographic characteristics, risk factors and reproductive history in subjects with fibromyalgia results of a population-based case-control study. 2003 Feb;62(1):46-59.
122. Yerel Aile Çalıştayları Sonuç Raporu 2010. Aile sorunlarına bölgesel düzeyde bakış. T.C. Başbakanlık aile ve sosyal araştırmalar genel müdürlüğü. S: 38-41.
123. Doğanavşargil Ö, Vahip I. Terapötik İşbirliği Neden Önemli? Psikiyatrik Yakınması "Olmayan" Bir Aile İçi Şiddet Olgusu. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:165-169.

Ekler

Ek 1:

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

1-No:

2-Adı Soyadı:

3-Yaşı:

4-Cinsiyeti: 1 Kadın 2 Erkek

5-Medeni Hali: 1 Evli 2 Bekar 3 Dul 4 Boşanmış-Ayrı

6-Çocuk: 1 Var 2 Yok

7-Varsa Çocuk Sayısı:

8-Eğitim Düzeyi: 1 OY değil 2 OY-ilk 3 Orta –Lise 4 Yüksekokul

9-Mesleği: 1 Mesleği Yok 2 Esnaf-Zanaatkar 3 Çiftçi 4 İşçi 5 Ev Kadını 6 Öğrenci 7
Serbest Meslek..... 8 Eğitim Öğretimle Kazanılmış Meslek.....

10-Çalışma Durumu: 1 Çalışıyor 2 İşsiz 3 Emekli

11-Aile Yapısı: 1 Çekirdek 2 Geniş 3 Parçalanmış

12-Doğum Yeri: 1 Metropol 2 Diğer Şehir 3 Köy-Kasaba

13-Sürekli Tedavi Amaçlı İlaç Kullanımı: 1 Var 2 Yok

14-Varsa İlaç Adı:.....

15-Alkol Madde Kullanımı: 1 Yok 2 Sadece Alkol 3 Sadece Madde 4 Alkol+Madde

16-Alkol Kullanımı Varsa Düzeyi: 1 Düşük riskli kullanım 2 Kötüye Kullanım 3 Bağımlılık

17-Madde Kullanımı Varsa Düzeyi: 1 Kötüye Kullanım 2 Bağımlılık

18-Sigara Kullanımı: 1 Var 2 Yok

19-Varsa Miktarı:.....

20-Ağrı: 1 Var 2 Yok

21-Ağrının süresi: 1 3-6 ay 2 >6 ay

22-Ağrının başlangıç yaşı:.....

23-Ağrı kesiciye yanıt: 1 Var 2 Yok 3 Denememiş

24-Ağrının kaynağı ile ilgili kanısı:

Psikolojik

Organik

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

- 25-Ağrı tutulum bölgesi: 1 1 bölge 2 >1 bölge
- 26-Başağrısı: 1 Var 2 Yok
- 27-Beden ağrısı: 1 Sırt ağrısı 2 Boyun ağrısı 3 İç organ ağrısı 4 Bel ağrısı
5 Kol-bacak ağrısı 6 Diğer
- 28-Ağrı sıklığı: 1 Her gün 2 Haftada 2-3 3 Haftada 1 4 2 haftada 1
5 Ayda 1 6 Daha az
- 29-Ağrı için başka başvurular: 1 Var 2 Yok
- 30-Çocukluk ağında taciz öyküsü: 1 Var 2 Yok
- 31-Taciz ile ilk karşılaştığı yaş:
- 32-Süresi:
- 33-Kim tarafından:
- 34-Taciz şekli:
- 35-Daha önce paylaştığı kimse oldu mu? 1 Evet 2 Hayır
- 36-Paylaştığı kişi/kişiler:
- 37-Tepkileri ne olmuş?

Ek 2:

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı
CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28) ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ
Copyright: İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof.Dr.Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Yeterli yemek bulamazdım	1	2	3	4	5
2. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum	1	2	3	4	5
3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı .	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anababamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da	1	2	3	4	5

siyirıklar oluyordu.					
11. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
12. Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğım mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	1	2	3	4	5

Ek 3:

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ÖLÇEĞİ

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok teşekkür ederiz, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

Ek 4:**Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı****SOMATOFORM DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (SDQ-20)**

E.R.S.Nijenhuis,1996

Türkçesi: V.Şar,1996

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumların sizdekine ne kadar uyduğunu değerlendiriniz ve her soru için buna uyan cevabı işaretleyiniz.

SORULAR

1.Bazan sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

2.Bazan bir süre felç oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

3.Bazan konuşamaz hale geliyorum ya da ancak güçlkle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

4.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

5.Bazan idrar yaparken acıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

6.Bazan kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

7.Bazan idrar yaparken tutukluk oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

8.Bazan kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

9.Bazan yakınımıdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

10.Bazan bir süre için her yanım katlaşıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

11.Bazan nezle olmadığım halde koku alma hissim her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

12.Bazan cinsel organlarımda ağrı oluyor (cinsel ilişki dışında)
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

13.Bazan havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

14.Bazan normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

15.Bazan normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum (kadınlarda hamilelik dışında).
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

16.Bazan çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

17.Bazan gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

18.Bazan yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta büyük zorluk çekiyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

19.Bazan insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

20.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

Ek 5:

**Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı**

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

