

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALAN KADINLARDA  
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAŞA ÇIKMA YOLLARINA YÖNELİK  
NİTEL VE NİCEL DEĞERLENDİRME**

GÖZDE TEKER ATAŞ

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

KOCAELİ

2015

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALAN KADINLARDA  
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAŞA ÇIKMA YOLLARINA YÖNELİK  
NİTEL VE NİCEL DEĞERLENDİRME**

**GÖZDE TEKER ATAŞ**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Doç. Dr. Aslıhan Özlem POLAT

KOCAELİ  
2015

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(Tez Onay Sayfası)

Tez adı: *Siddete Maruz Kalan Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve  
Başa Çıkma Yollarına Yönelik Nicel ve Nitel Değerlendirme*

Tez yazarı: *Gözde Bekir ATAŞ*

Tez savunma tarihi: *04.09.2015*

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Aslıhan Özlem POLAT*

*İş bu çalışma Jürimiz tarafından ..... Psikiyatri ..... Anabilim Dalı  
Üstsek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.*

Tez Savunma Sınavı jüri üyeleri		İmzası
Ünvanı Adı Soyadı		
Üye	<i>Prof. Dr. Mustafa Yıldız</i>	<i>M.Y.</i>
Üye	<i>Doç. Dr. Aslıhan Polat</i>	<i>Aslıhan</i>
Üye	<i>Doç. Dr. Bekir Koraymız</i>	<i>B.K.</i>

ONAY

*Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.*

*04.09./2015*

Prof. Dr. Mustafa Yıldız  
Enstitü Müdürü

*M.Y.*

## ÖZET

### Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma Yollarına

#### Yönelik Nitel ve Nicel Değerlendirme

**Amaç:**Şiddete maruz kalan kadınların stres yaratan koşullarla baş etme mekanizmaları farklılaşmaktadır. Özellikle süreğen şiddete durumunda kadınların şiddetle baş etme yöntemlerinin süreç içinde değiştiği gözlenmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların şiddetle başa çıkma yöntemleri ve buna etki eden bilişsel atıfları, sağlık sisteminden beklentileri ve ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:**Bu kesitsel çalışma 2013 yılında şiddet sebebiyle bir kamu hastanesinin psikososyal destek birimine yönlendirilen kadınlardan 49'u ile yapılmıştır. Araştırmadaki bilgiler, birime başvuran kadınlarla yapılan psikolojik görüşme ve terapötik sürecin bir parçası olarak kaydedilmiş bilgilerdir. Görüşme bilgileri, uygulanan materyaller geriye dönük incelenmiştir. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve bilişsel atıfları, şiddetle başa çıkma yöntemlerine yönelik nitel araştırma; travma sonrası stres belirtileri, ruhsal belirtileri, stresle başa çıkma tarzları nicel araştırma ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalma ile şiddetle başa çıkma yolları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir ( $p=0.03$ ). “Namus” sebebiyle çıkan tartışmalar sonucunda şiddete maruz kaldığını ifade eden kadınların şiddetle başa çıkma tarzları, diğer nedensel atıflarda bulunan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklı çıkmıştır ( $p=0.03$ ). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olanların anlamlı düzeyde daha fazla kurumsal destek aradığı gözlenmiştir ( $p=0.01$ ). Kadınların 24'ünde (%49) kronik, 13'ünde (%26,5) akut, 8'inde (%16,5) eşik altı TSSB belirtileri gözlenmekteyken, 4'ünde (%8,2) TSSB belirtileri karşılanmamaktadır. Araştırmaya göre, yaklaşık 10 kadından 8'i (%77,6) doktorunun kendisine şiddet yaşantısı olup olmadığını sormasını beklemektedir.

**Sonuç:**Şiddete yüklenen bilişsel atıfların, sağlık sisteminden beklentilerin, sağlık durumu ve psikolojik dayanıklılığın şiddetle başa çıkma yollarıyla ilişkili olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Bilişsel Atıf, Psikolojik Dayanıklılık, Travma Sonrası Stres, Başa Çıkma Tarzları.

## ABSTRACT

### Quantative and Qualitative Assessment of

### Psychological Resilience and Coping Ways of Battered Women

**Objective:**The coping mechanisms of the women who are exposed to violence with the conditions causing stress differ. Especially in the case of chronic violence it is observed that the coping methods of women with violence change within the process. This paper aims to evaluate the coping methods of women who are exposed to violence and the cognitive references which affect this, the expectations from health system and mental situations.

**Method:**This cross-sectional study is carried out with 49 women who are referred to the psychosocial support unit of a public hospital due to the violence in 2013. The socio-demographic attributes and cognitive references of women are evaluated by a qualitative research towards the coping methods with violence; and posttraumatic stress symptoms, mental symptoms and coping styles with stress are evaluated by quantitative research.

**Results:**According to the findings there are significant relations between the exposure to physical, physiological, economic and sexual violence and the coping methods with violence ( $p=0.03$ ). The coping styles with violence of the women who are exposed to violence as a result of the disputes due to “honor” are significantly different from the styles of the women who make reference to the other reasons ( $p=0.03$ ). It is observed that the women with better psychological resilience seek for more institutional support ( $p=0.01$ ). 24 of women (49%) have chronic symptoms of PTSD, 13 of them (26,5%) have acute symptoms and 8 of them (16,5%) have subthreshold symptoms whereas symptoms of PTSD are not encountered in 4 women (8,2%). According to the research, approximately 8 of 10 women (77,6%) expect the doctors to ask them whether they are exposed to violence.

**Conclusion:** It's determined that cognitive attributions about violence, expectations from health systems, medical condition and psychological resilience are related with coping violence.

**Keywords:** Cognitive Reference, Psychological Resilience, Posttraumatic Stress, Coping Styles.

## **TEŞEKKÜR**

Çalışmamda bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danışman hocam Doç. Dr. Aslıhan Özlem Polat'a ve çalışmamın istatistik aşamasında destek veren Prof. Dr. Ümit Tural'a teşekkür ederim.

Araştırmamın konusuna ilgileri ve duyarlılıklarıyla destek veren Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi acil ve klinik çalışanlarına teşekkür ederim.

Desteğini esirgemeyen arkadaşım Saadet Çolak'a, çalışmamı yakından takip eden bütün arkadaşlarıma ve eşime teşekkür ederim.

## **TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ**

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

..... / ..... / 2015

**GÖZDE TEKER ATAŞ**

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

ÖZET iii

İNGİLİZCE ÖZET iv

TEŞEKKÜR v

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ vi

İÇİNDEKİLER vii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ x

ŞEKİLLER DİZİNİ xi

ÇİZELGELER DİZİNİ xii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1. Şiddete Yönlendiren Unsurların Toplumdan Bireye Doğru  
Değerlendirmesi 3

2.1.1. Kültürel Yaklaşımlar 3

2.1.2. Travma Odaklı Yaklaşım: Toplumsal Travmalar 5

2.1.3. Sosyal-Bilişsel Yaklaşımlar 7

2.1.4. Biyolojik Yaklaşımlar 9

2.2. Başa Çıkma Üzerine Yaklaşımlar 11

2.2.1. Travma Odaklı Yaklaşım 11

2.2.2. Bilişsel Yaklaşımlar 13

2.2.3. Başa Çıkma Psikolojik Dayanıklılık 16

2.2.4. Başa Çıkma Destek Sistemleri 17

2.2.4.1. Ekonomi 17

2.2.4.2. Sağlık Sistemleri 18

2.3. Şiddet ve Sağlık 19

2.3.1. Ruh Sağlığı ve Şiddet 19

2.4. Travmatik Yaşantı Ve Psikosomatik Tıp 24



2.5. Dünyada Şiddetle Mücadele Programları	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Gereçler	29
3.1.2. Kadına Yönelik Şiddet Soru Formu	29
3.1.3. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS)	29
3.1.4. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90- R)	30
3.1.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	30
3.1.6. Connor–Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	30
3.1.7. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri	31
4. BULGULAR	32
4.1. Dağılımlar	32
4.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	
4.1.2. Şiddet Yaşantısına İlişkin Bulgular	32
4.1.3. Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular	33
4.2. Ölçeklere İlişkin Dağılım	34
4.2.1. Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine İlişkin Dağılım	34
4.2.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine İlişkin Dağılım (SBTÖ)	34
4.2.3. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Belirtiler Tarama Ölçeğine İlişkin Dağılım (CAPS)	35
4.2.4. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğine İlişkin Dağılım (SCL-90)	35
4.2.5. Bem Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılım	36
	36
4.3. Ölçekler Arası İlişki	
4.3.1. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Bulgular	36
4.3.2. Stresle Başa Çıkmaya İlişkin Bulgular	37
4.4. Ölçekler İle Nitel Veriler Arasındaki İlişki	39
4.4.1. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İle İlişkili Nitel Veriler	39
4.4.2. Stresle Başa Çıkma Ölçeği İle İlişkili Nitel Veriler	39
4.4.3. CAPS Ölçeğiyle İlişkili Nitel Veriler	42
4.4.4. Bem Cinsiyet Rolü Envanteriyle İlişkili Nitel Veriler	42
4.5. Nitel Verilere İlişkin Dağılım	43
4.5.1. “Sizce Yaşadığınız Olayın Nedeni Ne?”	43
4.5.2. “Şiddeti İlk Yaşadığınızda Denediğiniz Başa Çıkma Yöntemleri Nelerdir?”	44
4.5.3. “Şiddeti Son Yaşadığınızda Denediğiniz Başa Çıkma Yöntemleri Nelerdir?”	46
4.5.4. “Şiddeti İlk Yaşadığınız Zaman Denediğiniz Başa Çıkma Yöntemleri İle Son Yaşadığınız Zamanki Başa Çıkma Yöntemleri Arasında Bir Fark Var mı? Varsa Bu Farka Etki Eden Nedir?”	46
4.5.5. “Şiddet Sonrası Resmi Kurumlara Başvurmanızdaki Beklentiniz Nedir?”	48
4.6. Araştırma Sorusuna Göre Bulgular	49

4.6.1. Sosyo-Ekonomik Düzey İle İlişkili Bulgular	49
4.6.2. Şiddet Türleri İle İlişkili Bulgular	49
4.6.3. Nedensel Atıflara İlişkin Bulgular	50
4.6.4. Travmatik Olayın Gerçekleştiği Zamanla İlişkili Bulgular	51
4.6.5. Suisid Öykü İle İlişkili Bulgular	51
4.6.6. Katılımcıların Hasta Olarak Sağlık Çalışanından Beklentileri	51
5. TARTIŞMA	53
5.1. Sağlık Durumları Üzerine Tartışma	54
5.2. Başa Çıkma Yöntemleri	61
5.3. Travma Sonrası Stres Belirtileri	65
5.4. Sosyal Destek Sistemleri	66
6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	68
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR DİZİNİ	71
ÖZ GEÇMİŞ	77
EK-FORMLAR	78
TEZ DENETLEME LİSTESİ	96

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

VIP : Hastane Merkezli Şiddetle Mücadele Programı

VISH: Uzman Sağlık Hizmetleriyle Şiddete Müdahale Projesi

CEDAW: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi

## ÇİZİMLER DİZİNİ

<b>Çizim 4.1:</b> Nedensel Atıflar.....	44
<b>Çizim 4.2:</b> Şiddete ilk maruz kaldığında denediği başa çıkma yöntemlerine ilişkin dağılım.....	46
<b>Çizim 4.3:</b> Son şiddet olayında denenen başa çıkma yöntemlerine ilişkin dağılım.....	47
<b>Çizim 4.4:</b> Başa çıkma yöntemlerindeki farklılara etki eden faktörler.....	48
<b>Çizim 4.5 :</b> Katılımcıların kurumsal beklentileri.....	49
<b>Çizim 4.6 :</b> Katılımcıların doktordan beklentisi.....	53

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 1.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.....	32
<b>Çizelge 2.</b> Şiddet yaşantısına ilişkin dağılım.....	33
<b>Çizelge 3.</b> Sağlık durumuna ilişkin dağılım.....	33
<b>Çizelge 4.</b> Connor- Davidson Ölçeğine İlişkin Dağılım.....	34
<b>Çizelge 5.</b> Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine İlişkin Dağılım.....	34
<b>Çizelge 6.</b> Belirtilerin süresine göre TSSB belirtileri dağılımı.....	35
<b>Çizelge 7.</b> Ruhsal belirtilere göre dağılım.....	35
<b>Çizelge 8.</b> Bem Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılım .....	36
<b>Çizelge 9.</b> Ruhsal belirti puanları ile ilişkili ölçek puanları.....	38
<b>Çizelge 10.</b> Başa çıkma yolları ile cinsiyetçilik puanları.....	39
<b>Çizelge 11.</b> Kurumsal destek arama yöntemleri ile psikolojik dayanıklılık değerleri... ..	40
<b>Çizelge 12.</b> Başa çıkma yöntemi geliştirme ile psikolojik dayanıklılık değerleri .....	40
<b>Çizelge 13.</b> Sosyo-ekonomik düzeyi ile SBTÖ'ye göre “sosyal destek arama” yöntemlerine ilişkin değerler .....	41
<b>Çizelge 14.</b> Namusa yönelik tartışmaları şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların SBTÖ'ye göre tercih ettikleri “sosyal destek arama” yöntemlerine ilişkin değerler .....	42
<b>Çizelge 15.</b> Kendi eksikliklerini şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların tercih ettikleri “kedinin güvenli başa çıkma” yöntemlerine ilişkin değerler .....	42
<b>Çizelge 16.</b> Kendi eksikliklerini şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların SBTÖ'ye göre tercih ettikleri “iyimser başa çıkma” yöntemlerine ilişkin değerler .....	43
<b>Çizelge 17.</b> Ekonomik sorunları şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların CAPS'a göre TSSB saptanma ve saptanmama durumuna ilişkin değerler.....	43

# GİRİŞ

## 1.1. Amaç ve Kapsam

Cinsiyete dayalı şiddete maruz kalan kadınların travmatik olayla ve sonrasındaki süreçte olası problemlerle baş etme mekanizmaları farklılık göstermektedir. Özellikle süregelen bir şekilde şiddete maruz kalan kadınların süreç içerisinde problemle baş etme yöntemlerinin de değiştiği gözlenmektedir. Şiddet sebebiyle destek kurumlarına başvurmuş kadınların stresle başa çıkma becerileri, sosyal destek sistemleri ve psikiyatrik değerlendirmelerine yönelik çalışmalar artmakla birlikte; kadının problemle başa çıkmada kullandığı stratejilerin ve içsel anlamdaki itici gücün geliştirilmesine yönelik yordayıcı çalışmaların sınırlı olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda sosyokültürel etmenlerin, cinsiyetçi tutumların ve başa çıkma tarzlarının, pasif başa çıkmanın nesilden nesile aktarılmasında etkili olumsuz yaşam olaylarının, bilişsel süreçlerin ve sosyal sistem içerisindeki yeri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Destek arayan kadınların stresle ve stres yaratan olayla başa çıkma tarzları, psikolojik dayanıklılıkları, travma sonrası stres belirtileri ve psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Hipotezler

1. Kadınları psikolojik destek almaya götüren süreçler arasında farklar vardır.
2. Şiddete maruz kalan kadınların sağlık durumlarına etki eden demografik özellikler, psikolojik dayanıklılık, stresle başa çıkma tarzları, bilişsel mekanizmalar, psikiyatrik öykü, cinsiyet rolleri gibi değişkenlerin etkisi vardır.
3. Şiddete maruz kalan kadınların şiddetle baş etme yöntemlerine etki eden yöntemler değişebilir, geliştirilebilir. Baş etme yöntemlerinde psikolojik dayanıklılık, stresle başa çıkma tarzları, bilişsel mekanizmalar, şiddete ilişkin özellikler ve sosyo-demografik özelliklerin etkisi vardır.
4. Hastanelerdeki klinik tercihi, şiddet yaşantısı hakkında yordayıcıdır.
5. Kurumlara başvuru sürecinde izledikleri yöntemler travma sonrası stres belirtileri, psikolojik durum hakkında yordayıcıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Şiddet davranışı insan iradesinin, dürtüsel yönelimin dışında tutulamayacağı gibi yalnızca insanın biyolojik, psikolojik disiplinlerin araştırma konusu değildir. Şiddetin toplumsal sistemler içinde öğrenilip aktarılan bir boyutu bulunmaktadır. Bu sosyal aktarım sürecinde, bilişlerdeki şiddet kavramının yeniden ve yeniden inşasında dilin önemi büyüktür. Sosyal alanda “kadına yönelik şiddet” dil ile meşrulaşmakta ve dil ile kınanmaktadır. Bu bağlamda, cinsiyetinden ötürü şiddete maruz kalan kadınlar çalışmanın odağında yer almaktadır. Çalışmada geçen “kadına yönelik şiddet” tanımı, “cinsiyete dayalı şiddet” in bir parçası olarak ele alınmıştır.

Kadınların sosyal hak taleplerinin ülke yönetimi tarafından şiddet uygulanarak engellenmesi kadın hareketinde büyük bir dalga yaratmıştır. Cinsiyete dayalı şiddetin meşrulaştığı bu olay; 1793'te Fransız Meclisinin çıkardığı “Erkek ve Yurttaş Hakları Bildirgesi”ne cevaben “Kadın ve Yurttaş Hakları Bildirgesi”ni yayınlaması üzerine Olympe de Gouges’ın devlet erki tarafından giyotinle öldürülmesi olayıdır (Scott, 1997). Sonrasında kadın hareketi 19. yüzyılın son yıllarına doğru birçok Avrupa ülkesinde, Amerika ve Avustralya’da kitlesel ilk dalga olarak başlamıştır. Erkeklerle politik olarak eşit haklara sahip olma isteği, aynı iş için erkeklerle eşit ücret alma isteği ve kadınların da üniversiteye gidip her işte çalışma isteği gibi beklentiler hareketi tetikleyen taleplerdir. İlerleyen süreçte kadınların işsizliği, yaşam standartlarını daha iyi hale getirmek için çalışma saatlerinin kısaltılması, sağlık sigortası gibi konularda proleter kadın hareketi dünyada etkisini göstermiştir (Savran, 2009).

Türkiye’de 1987 yılında kadının şiddet sebebiyle boşanma talebinin mahkeme tarafından reddedilmesi kadın hareketinin itici gücü olmuştur. Türkiye’de 1980 sonrası kadın savunuculuğunun yükseldiği bir dönem olmuş, 1990’lar devlet kurumlarını ve mekanizmalarını da kullanarak kadına yönelik şiddete karşı bir söylem geliştirmeye başlamışlardır (Altınay ve Arat, 2007). Kadına yönelik şiddet, 1998’den bu yana “Aileyi Koruma Kanununa” göre düzenlenip cezalandırılmaktadır (Korkut ve Owen, 2008). Yakın eş, akraba tarafından uygulanan şiddet ile 1982’den beri sosyal politika, sağlık ve ruh sağlığı alanında çalışılmaktadır (Walker, 2009). Sağlık açısından bakıldığında bugün Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her üç kadından biri yakını tarafından fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Kadına yönelik şiddet fiziksel, duygusal, sözel, ekonomik, cinsel şiddeti kapsamaktadır (WHO, 2013).

Kadına yönelik şiddet yalnızca fiziksel şiddet değildir. Kadını kontrol etmek, tehdit, izole ve kötüye kullanmayı hedefleyen psikolojik, ekonomik, duygusal ve cinsel davranış kalıplarını içermektedir (Fernandez, 2006).

Şiddete yönelik değerlendirmelerde farklı paradigmalardan bahsetmek mümkündür. Bunları gözlemlemek için kullanılan dile bakılabilir. Örneğin “Aile içi şiddet”, “Erkek şiddeti” ifadeleri sorunun değerlendirilmesindeki farklılıklara işaret etmektedir. Literatüre bakıldığında; aile içi şiddet odaklı yapılan araştırmaların aile içi anlaşmazlıklar, çocuklar arası, ebeveynlerden çocuğa, kadından erkeğe, erkekten kadına olmak üzere dört temel boyutta incelerken “davranışlara” odaklandığı görülmektedir. Erkek şiddetine odaklanan görüş ise “erkek egemen” anlayışı ciddiye almadan, aile içinde yaşanan şiddetin özelliklerini, sebeplerini ve sonuçlarını tespit etmenin mümkün olmayacağını savunmaktadır. Tüm farklı bakış açılarına karşın “aile” toplumun en yoğun şiddet yaşanan kurumlarından biridir (Altınay ve Arat, 2007).

Yakını tarafından şiddete maruz kalmayla ilgili olarak “aile içi şiddet” en yaygın kullanımdır. Bununla birlikte aile olmaksızın şiddete maruz kalan insanların, özellikle kadınlara yönelik değerlendirmelerin yok sayılması durumuna karşı “erkek şiddeti” ifadesi kullanılmaktadır. Şiddetin erk ile olan işbirliği ön planda tutularak aile içi şiddeti, erkek şiddetini “kadına yönelik şiddet” olarak genellemek mümkündür. Literatüre bakıldığında benzer genellemeler “aile içi şiddet” tanımını içinde de yapılmaktadır.

## **2.1. Şiddete Yönlendiren Unsurların Toplumdan Bireye Doğru Değerlendirmesi**

Kadına yönelik şiddeti tetikleyen unsurlar toplumsal olaylardan, bireysel özelliklere doğru geniş bir yelpaze içinde yer almaktadır. Şiddete ilişkin bu farklı yaklaşımları genel başlıklar altında incelemek şiddet davranışını ve şiddetle baş etmeyi anlamak için faydalı olacaktır.

### **2.1.1. Kültürel Yaklaşımlar**

Şiddet türlerinin, sıklığının, düzeyinin kültüre göre farklılaştığı düşünülebilir. Kültürel yaklaşım bu farklılıkları açıklamaya çalışmıştır. Kültürel yaklaşıma göre; aile içi şiddet tanımlamasında maruz kalan “kim”, maruz kaldığı “ne” ve “nasıl” olduğu açık bir şekilde tariflenmelidir. Böylelikle farklı kültürlerde şiddete maruz kalan kadınların gerçek farklılık ve benzerliklerini tanımlama gücü artacaktır. Şiddeti ifade tarzlarına ülkeler arası bakıldığında farklılıkları görmek mümkündür. Örneğin, Güney Afrika’da aile içi şiddet



için “kadın istismarı” kavramı kullanılmaktadır. Rusya ’da “dövmek”, “hırpalayan” kelimeleri yerine aile içi şiddet, ev içi şiddet olarak adlandırılmaktadır. Etiyopya’da kadın, şiddete maruz kalan bir grup olarak algılanmamaktadır. Gana’da aile içi şiddet çocukların dövülmesi olarak adlandırılmaktadır. Japonya’da masa devirmek, su fırlatmak aile içi şiddet olarak algılanmaktadır (Fernandez, 2006). İngiltere’de aile içi şiddet; aile içinden veya duygusal ilişkisi tarafından fiziksel, cinsel, ekonomik, duygusal olarak istismara maruz kalması veya bunlarla tehdit edilmesi olarak açıklanır (Royal College of Nursing, 2013).

Türkiye’de Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü’nün, aile içi şiddet tanımlarında tokat atmak, dövmek, tekmelemek, tartaklamak, saçını çekmek, itmek, yumruklamak, kolunu kıvırmak, odaya- eve kilitlemek, bir yerini kırmak, silah, kesici alet, kimyasalla yaralamak, yakmak, öldürmek, tedavi olmasına engel olmak fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır. Bağırarak, baskı, hakaret, küfür, tehdit, alay etmek, karar vermesine izin vermemek, başka kadın-erkeklerle kıyaslamak, kendini geliştirmesine izin vermemek, ailesi-arkadaşları-komşularıyla görüşmesine izin vermemek, evden çıkmayı yasaklamak, eğitim hakkını engellemek, inançlarını, maaşını küçümsemek, her an nerede olduğunu kontrol etmek, başkalarının önünde sürekli sözünü kesmek sözlü-duygusal- psikolojik şiddet olarak tanımlanmaktadır. Evlilik içi tecavüz; istemediği yer ve zamanda, istemediği şekilde cinsel birlikteliğe zorlamak, akrabalar arası cinsel taciz, tecavüz, cinsel organlara zarar vermek, telefonla-mektupla, sözlü cinsel içerikli tacizde bulunmak, çocuk doğurmaya ya da doğurmamaya zorlamak, kürtaja zorlamak, kadınlığına laf söylemek, namus gerekçesiyle öldürmek ya da öldürmeye zorlamak cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır. Çalışmaya ya da çalışmamaya zorlamak, parasını, banka kartınızı alıp geri vermemek, işe gitmenize izin vermemek, bilerek ve isteyerek zorunlu ihtiyaçlarınızın karşılanmaması, hiç para vermemek, şahsi mallarını-ziynet eşyalarını almak, ailenin parası ve tasarrufları için hiç fikrini sormamak, işten atılmasına yol açacak olaylar yaratmak ekonomik şiddet olarak tanımlanmaktadır.

Şiddet ırka, kültüre göre farklılaşsa da aile içi şiddetin dağılımı ve yaygınlığı açısından fark bulunmamaktadır (Browne ve ark., 1993). Türkiye’de şiddet tanımına giren türlerin oranına bakıldığında Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun (1995), yaptığı araştırmaya göre, ailelerin %34’ünde fiziksel şiddet, % 53’ünde sözel şiddet olduğunu ve çocukların % 46’sının fiziksel şiddet görmektedir. Türkiye Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Sağlık Merkezi Raporu’na (2000) göre, Türkiye’de yaşayan kadınların % 58’i şiddetin bir türünü deneyimlemiştir. Ekonomik temelli başlayıp giderek karşılıklı bağımlılık ve

dayanışma içerisinde erkeklerin kadına egemen olmalarına sebep olan patriyarkal değerler (Hartmann, 2006), kültür içinde oluşan geleneksel cinsiyet rolleri ve uygulamaları kadına yönelik şiddeti kolaylaştıran sosyokültürel etkenlerdendir. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmaya göre hamile kadınların % 99'u bir ya da daha fazla fiziksel, psikolojik, sözel şiddete maruz kalmaktadır (Aker ve ark., 2007)

Amerika Birleşik Devletleri'nde her üç kadından biri ve dört erkekten biri, yaşamları boyunca bir yakını tarafından tecavüz, fiziksel şiddet ve/veya taciz deneyimlemiştir. Amerikan halkının yaklaşık yarısı hayatlarının bir döneminde psikolojik şiddete maruz kalmıştır (Bermudez, 2013).

Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı'nda bazı psikiyatrik hastalıkların daha fazla görülmesinin nedenleri toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı olarak ortaya çıkan ayrımcılık ve kadının yaşadığı kültürel değersizleştirilmeyle ilişkilendirilmektedir (Akın ve ark., 2004).

Sonuç olarak bireysel cinsiyet özellikleri yerine toplumsal düzeni, toplumsal ilişkileri temsil eden toplumsal cinsiyet kavramı önemlidir. Toplumsal cinsiyet bakış açısıyla anatomik, biyolojik farklılıklar kategorik farklılıklara dönüştürülmektedir. Böylece cinsiyetler arasındaki benzerlikler bastırılmakta, farklılıklara odaklanılmaktadır. Toplumsal cinsiyet, ayrımcılığa ve eşitsizliğe dayalı toplumsal düzene ve bu ilişkilerin taraflarını oluşturan grupların psikolojik ve davranışsal özelliklerine göndermede bulunan bir sistemdir (Savran, 2009). Toplumların kültürlerine özgü toplumsal cinsiyet algıları vardır. Şiddet algıları da bu yönde şekillenmektedir.

### **2.1.2. Travma Odaklı Yaklaşım: Toplumsal Travmalar**

Toplumsal olaylarda travmatizasyon süreci ve yeni travmatizasyonlara açık yaşam koşulları, hatta bu sürecin yaşam şekline dönüşmesi şiddet ve kadın minvalinde tartışılan konuların çatısını oluşturduğu düşünülebilir.

Sosyal travmatik olaylar; savaş, çatışmalarda öldürülen siviller/askerler, kaybolanlar, yaralananlar, işkence mağdurları, savaş tutsakları, siyasi tutuklular, etnik temizlik, azınlıkların tacizi, siyasi ve dini tutum sebebiyle kötü muamele, evsiz/ mülksüz kalma, iş/ toplumsal statü kaybı, sosyal güvenlik kaybı, sürgün/ zorunlu göç, ülke içinde yerinden edilme ve geri dönmek olarak sıralanabilir. Tüm bunlar kişinin birebir maruz kaldığı durumlarda birincil travmatizasyon süreci olarak adlandırılmaktadır. Maruz kalan bireylerin aileleri ise ikincil travmatizasyon riski yaşamaktadırlar (Jensen, 2012).

Toplumsal olaylarda her türlü şiddet kadın ve çocuklarda yıkıcılığını göstermektedir. Bu bağlamda dünyada çalışmalar yapılmıştır. “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi” sözleşmesi (CEDAW) 1971’de Birleşmiş Milletler Kurulunca kabul edilmiştir. Sözleşmeye göre kadınlara karşı ayrımcılık, “...kadınların medeni durumlarına bakılmaksızın ve kadın ile erkek eşitliğine dayalı olarak politik, ekonomik, sosyal, kültürel ve medeni ve diğer alanlardaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasını, kullanılmasını ve bunlardan yararlanılmasını engelleyen veya ortadan kaldıran veya bunu amaçlayan ve cinsiyete bağlı olarak yapılan herhangi bir ayırım, mahrumiyet veya kısıtlama” anlamına gelecektir. Türkiye 1985 yılında bu sözleşmeye katılmıştır (UNICEF, 2004). 1993 yılında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu tecavüzü ilk kez açıkça savaş suçları kapsamına alarak uluslararası bir mahkeme kurulmasını talep etmiştir. Savaş tecavüzüne ilişkin kanıtlar ilk kez Nürnberg Savaş Suçları Mahkemesi’nde ortaya konmuştur. Tokyo Savaş Suçları Mahkemesi’nde “özümlü bir savaş suçu” olarak tanımlanmıştır (Atman, 2003).

Yayımlanan bildirelere göre, İkinci Dünya Savaşı’nda 100-200 bin Asyalı kadın cinsel tutsak olarak cepheye gönderilmiştir. Bangladeş’te 1971’de başlayan savaş sırasında tecavüz edilen kadın sayısı 250-400 bin arasındadır (Atman, 2003).

Uluslararası Af Örgütü’ne göre, yoksul olarak yaşayan 1,3 milyar insanın % 70’i kadınlardır (UAÖ, 2008). Çatışma bölgelerinin % 85’inde kadın ve kız çocuklarının ticareti ile karşılaşmaktadır (UAÖ, 2004). İnsan Hakları İzleme Örgütünün 2003 yılı araştırmasına göre, Irak 2003 savaşı sırasında 8 yaşında kız çocuklarının dahi bulunduğu en az 400 kadının tecavüze uğramıştır. Uluslararası Kızıl Haç raporuna göre (2002) Ruanda 94 iç savaşında kadınların % 20’si tecavüze uğramıştır. Yoksulluktan ve savaştan kaçmak göçün en temel sebepleri olarak ifadelendirilebilir ve mültecilerin % 80’i kadın ve çocuklardır (UAÖ, 2004).

Savaş koşulları bireylerin, ailelerin, toplumların ruh sağlığına odaklanılması gerektiğini gözler önüne sermektedir. Jensen ve arkadaşlarının (2002) Sierra Leone’de savaş sonrası 2000 kişiyle yapılan bir çalışmada katılımcıların tamamının “yeterince ağır” olarak tanımlanan en az bir olaya maruz kaldığı, %50’sinin travma sonrası stres belirtileri yaşadığı, % 10’unda işlevsel bozulma olduğu gözlenmiştir.

Savaş, çatışma deneyimleyen bireylerin travmatik olaylar ve Travma Sonrası Stres Bozuklukları’nda (TSSB) cinsiyet farklılıklarının incelendiği yirmi beş yıllık araştırmaları kapsayan meta-analiz çalışmasında 96 adet TSSB karşılaştırması yapılmıştır. İncelemeye

göre; 60 karşılaştırmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre TSSB yaşama sıklığının büyük oranda daha fazla olduğu gözlenmiştir (Foa ve Tolin, 2006).

Türkiye’de, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki çatışmalar ve sonuçları sebebiyle zorunlu iç göç yaşamış, işkence ve zorunlu iç göç yaşamış, sadece işkence yaşamış Kürt kökenli bireylerle bir çalışma yapılmıştır. Araştırmaya göre; işkence ve zorunlu iç göç yaşamış grubun TSSB, ağrı bozukluğu görülme oranlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Sadece zorunlu iç göç yaşayan grupta panik bozukluk, depresyon, somatizasyon, TSSB gözlenmiştir. Sonuçlara göre; zorunlu göç, ruhsal hastalıkların gelişmesine eğilim yaratır. Travmatik olay, sadece TSSB değil, aynı zamanda depresyon ve diğer anksiyete ve somatoform bozukluklara sebep olabilir. İşkence görmüş kişiler zorunlu göç de yaşadılarsa TSSB veya psikopatoloji oranı artmaktadır. Göçmenlerde travmatik stres belirtilerinin yanı sıra, diğer somatoform bozukluklar görülebilir. zorunlu göç ve işkence insan psikolojisini olumsuz etkiler ve rahatsızlıkların artmasına yol açmaktadır (Aker ve ark., 2003).

### **2.1.3. Sosyal-Bilişsel Yaklaşımlar**

Bilişsel bakış açısına göre; aile içi şiddetin gerçekleşmesinde ve devam etmesinde algılar büyük risk faktörüdür. Şiddet uygulayanın bilişleri incelendiğinde; uyguladıkları şiddetin nedeni olarak kadının davranışlarını görme, küçük bir tokat attığını düşünme, büyük bir şiddet uygulamadığını kadının kolay yaralandığını düşünerek şiddeti inkar etme eğilimleri görülmektedir. Waltz, Babcock, Jacobson ve Gottman (1991), erkeklerin uyguladıkları şiddetin sonuçlarını etkisizleştirme ve kendi öfkelerini azımsamaları ile psikolojik şiddet arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır (Hamberger ve Holtzworth-Munroe, 2007).

Şiddeti erkeğin doğal hakkı olarak görmesi, içinde yaşadığı toplumdan utanması, toplumun değer yargılarına bağlı olarak aile içi sorun ve şiddetin aile ortamında kalması düşüncesi, evlilik birlikteliğini sürdürmek istemesi, ayrı bir yaşama hakkı olmadığı fikri nedeniyle gizleyebilmektedir (Arslan, Yarımoğlu ve Çekin, 2005).

Türkiye’de 116 çift ile yaptıkları çalışmada çiftlerin % 55’inin kadının dayacağı hak ettiği durumlar olabileceğini, %28’inin ise fiziksel şiddete maruz kalan kadının bunu hak ettiğini belirttiklerini ortaya koymuşlardır (Subaşı ve Akın, 2003). Bir başka çalışmaya göre bu çalışmaya katılan kadınların % 89,4’ü "haklı dayak yoktur" görüşünü benimsediklerini, sadece % 10,6’sı bazı durumlarda erkeklerin eşlerini dövebileceklerine inandıklarını belirtmişlerdir (Altınay ve Arat, 2007).

Sosyal öğrenme kuramına göre “kadınlara uygulanan şiddet strese karşı öğrenilmiş bir tepkidir”. Kişi şiddeti bir çeşit stresle başa çıkma yöntemi olarak gözlemleyerek, model alarak, ebeveynleri arasında yaşanan şiddete tanık olarak ya da şiddete direkt maruz kalarak öğrenir. Araştırma bulgularına göre, şiddete uğrayan kadınların yaklaşık % 25 ile % 75’inin çocukken fiziksel ya da cinsel istismar öyküsünün bulunduğu tahmin edilmektedir (Page ve İnce, 2008).

Gözlemleyerek öğrenme üzerine yaptığı deneysel çalışmalarla sosyal öğrenme teorisini geliştiren Bandura (1961) şiddetin gözlemlenerek öğrenildiğini ve sosyal ortamda uyguladığı saldırgan davranışlar karşısında aldığı ödül-ceza ile de davranışın kazanımını incelemiştir. Teoriye göre, ebeveynler model oluşturma yoluyla şiddet davranışını öğretmektedirler (Gander ve Gardiner, 2001). Aile içi şiddet ile büyüyen çocukların istismar edilen ya da şiddet uygulayan erkekler ve şiddet kurbanı kadınlar olmaktadır. Annelerine karşı şiddet uygulandığına tanık olan kız çocuklarının, şiddet içermeyen evlerde büyüyen kız çocuklarına göre, aile içi şiddeti normal olarak değerlendirmeleri daha olasıdır. Bununla birlikte çocuğun şiddet olaylarına tanıklık ettiği dönemin hangi gelişim dönemine denk geldiği, saldırgan davranışı öğrenme ve bundan etkilenme şekli üzerinde etkilidir. Değişik yaşlardaki çocuklarda, tanık olunan şiddet tipine bağlı olarak farklı tepkiler görülmektedir. Okul öncesi çocuklarda, benlik kavramı puanlarının beklenenden daha düşük, yaşça daha büyük okul çağı çocuklarında ise saldırganlık yönünden cinsiyet farklılıklarının olduğu, erkeklerin kızlardan daha saldırgan davrandığı bildirilmektedir (İbiloğlu, 2012).

Sosyal alanda gelişen bilişsel mekanizmalara vurgu yapan kuramsal tartışmalara bakıldığında kalıpyargıların kadın ve şiddet sorunu üzerindeki etkisini görmek mümkündür. Kalıpyargı kavramını 1922’de ilk kez ortaya atan Lipmann’a göre birini, bir grubu sevmediğini dile getirmek önyargıyken, grubu sevmeme gerekçesi olarak gruba yüklenmiş özellikler, aşırı genellenmiş inançlar kalıpyargıyı göstermektedir (Madran, 2012). Kalıpyargıların temel işlevleri insanın gerçekliğe ilişkin sosyal ve zihinsel temsillerini biçimlendirmektir. Yeni nesne, durum, olgu, grup gerçekte olduğu gibi ya da gerçek özellikleriyle değil, düşünce eğilimlerine göre algılanmasına neden olur (Göregenli, 2012). Bu bağlamda kültürlere göre kalıpyargıları ifade eden cümleler değişse de Türkiye toplumunda da cinsiyete yönelik kalıpyargılarla yaygın olarak karşılaşılmaktadır. Cinsiyete yönelik kalıpyargılara; “Erkek aldatır.”, “Erkek hem döver, hem sever.”, “Kadın dırdırıyla erkeği çıldırtır.” gibi cümleler Türkiye kültürüne uygun cümlelere örnek olarak verilebilir.

Meşru sistemin korunması için kalıpyargıları sürdürmenin desteklenmesi, sistemin insanlar üzerindeki etkisini hafifletici rol üstlendiğini savunan “Sistemin Meşrulaştırılması” teorisidir. Teoriye göre; mevcut sistem, problemlerin korunmasını sağlamakta ve devam etmesine neden olmaktadır. Sistem içindeki adaletsizliklere karşı ahlaki öfke devreye girmekte, sosyal değişime yönelik destek sistemleri geri çekilmektedir. Böylelikle stresle ilgili olan suçluluk, hayal kırıklığı gibi duygular azalmaktadır (Jost ve Hunyady, 2005).

Cinsel şiddetin toplumsal sistem içinde meşrulaştırılması üzerine Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre kadın ve erkekler tecavüze ilişkin mitlerin kabulü, “korumacı cinsiyetçilik” ve “düşmanca cinsiyetçilik” açısından karşılaştırılmışlardır. Araştırmada tecavüze ilişkin mitlerin cinsiyetçi tutumlardaki ve sistemin meşrulaştırılması üzerindeki konumu gözlenmiştir. Tecavüze ilişki “düşmanca cinsiyetçilik” olarak; kadının erkek üzerinde güç kurmak için iftirada bulunması, tecavüzün abartılması gibi bilişlerden bahsedilmektedir. Erkeklerin sistemin meşrulaştırılması ve tecavüz mitlerinin kabulü ilişkisinde hem korumacı hem de düşmanca cinsiyetçi yaklaşım eğiliminde oldukları, kadınların ise korumacı cinsiyetçi eğilimde olmadıkları, düşmanca cinsiyetçiliğin bahsedilen ilişkiyi yorumlamada rol oynadığı gözlenmiştir. Tanıdık biri tarafından tecavüze uğrayan kadınlara yönelik korumacı cinsiyetçi yaklaşım eğilimi daha fazlayken, tanımadığı biri tarafından tecavüze uğrayan kadınlara düşmanca cinsiyetçi yaklaşım eğiliminin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara geleneksel kadın rollerine uygun davranmayan kadınların korunmayı hak etmediğine dair inançların etkili olduğu düşünülmektedir. Tanınmayan kadınların tecavüzü toplumsal sistem içinde meşrulaşmaktadır (Çoklar, 2007).

#### **2.1.4. Biyolojik Yaklaşımlar**

Biyolojik yaklaşıma göre, şiddet davranışında temelinde beyinde gerçekleşen kimyasal ve hormonal etkileşimlerin etkisi olduğu öngörülmektedir. Şiddet eğilimi hormonal düzensizlikler, testosteron gibi biyokimyasal faktörler, beyin bozuklukları ve tümör gibi nöropsikolojik faktörler, XYY sendromu gibi genetik faktörler, diyet, alerjiler, üzerinden analiz edilmektedir. İnsanda saldırganlıkla ilgili beyin alanları amigdala, temporal lob ve limbik sistemdir. Dürtüsel eylemlerin kontrolünde ve inhibisyonunda orbitomedial prefrontal korteks rol alır (Kızmaz, 2006).

Raine ve Lui (1998) frontal lobda meydana gelen bir hasar, fonksiyon bozukluğu bireyi saldırgan hale getirebilmekte ve şiddet içerikli davranışlara götürebilmektedir. Hasar büyüdükçe şiddet riski artmaktadır (Akt; Dolu, 2012)

Monahan ve ark. (2001), mental bozukluğun şiddet riski üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Sivil psikiyatri hastaları hastanede buldukları süre içerisinde bilgiler toplanmış ve bir yıl boyunca izlenmişlerdir. Şizofreni ve madde kötüye kullanımın eşlik etmediği major mental hastalıkların, tehdit ve kontrol aşımı belirtilerinin, yatış sırasındaki sanrılarının azaldığı, şiddet riskinin azaldığı gözlenmiştir (Rice ve ark., 2010).

Şiddetin, zihinsel süreç, psikopatolojik sendromlar, iç güdüsellik, benmerkezcilik, hiperaktiflik, zeka düzeyi, mental rahatsızlıklar, kişilik bozuklukları, nörolojik sorunlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kızmaz, 2006). Antisosyal kişilik bozukluğu, psikopati ve madde kullanım bozukluğunun şiddet riskiyle ilişkili olduğu, şizofreninin şiddet riskinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (Rice ve ark., 2010).

Evrimsel teoriye göre; Lombroso (1876), suç niteliği kazanmış şiddet davranışının evrimleşme sürecini tamamlayamamış bireylerde görüldüğünü ifade etmiştir. Bazı ruhsal hastalıkların, zeka geriliğinin şiddet içeren davranışlara neden olduğu fikrini ortaya atmıştır (Lilly, Cullen ve Ball, 1989). Hatta Lombroso'nun İtalya'nın farklı yerlerinde 3000 kişi ile yaptığı araştırmaya göre; suçlu insanların diğer insanlara göre "normal dışı" fiziksel görünüme sahip olduğunu iddia etmiştir. Bu normal dışı görünüme atavistik insan demektir. Atavistik insan, kıvrık burunlu, geniş çene kemiği, güçlü köpek dişleri, uzun kolları, çıkıntılı elmacık kemikleri, tüylü ve kıvrımsız kulakları olan ilkel insan tipindedir. Alkolizm, akıl hastalıkları, frengi ve sağırlık eğilimleri vardır. Suç eğilimleri evrimsel olarak aktarılmaktadır. Daha sonraki çalışmalarında şiddet eğilimli davranışların, sosyolojik süreçler, iklim, hava sıcaklığı, medya, şehirleşme, göç, uyuşturucu madde, politika, ekonomik faktörleri, dinin, cinsiyetin, mesleklerin ve savaşların suç üzerinde etkili olduğunu söylemiştir (Akt; Dolu, 2012)

Evrimsel nörandrojenik teoriye göre; saldırgan davranışta bulunmada erkeğin üreme özelliğinin evrimsel alt yapısı etkilidir. Kadına göre daha fazla saldırgan davranmasında ise nörokimyasal etkenler öne çıkmaktadır. Erkek rekabet etme davranışına yöneldiği durumlarda olduğu gibi stresli koşullarda ve rekabet koşullarında androjen hormonu yükselmektedir. Teoriye göre; androjen yükseldiğinde dil becerilerinin aktif olarak yürütüldüğü sol hemisferdeki neokortikal işleyiş azalır. Böylelikle stres koşullarında erkeklerde dile yönelik mantık yürütme eğilimi azalır ve daha çok risk, ödül olasılıklarının

zamansal ve mekansal hesaplamalarını içeren akıl yürütme eğilimi artmaktadır (Ellis, 2005).

## **2.2. Başa Çıkma Üzerine Yaklaşımlar**

Literatürde şiddet yaşantısıyla başa çıkmada bilişsel modellerin, şemaların, ruhsal travma odaklı değerlendirmelerin, maruz kalan kişinin dayanıklılık gibi bireysel özelliklerin önemini vurgulayan yaklaşımlar bulunmaktadır.

### **2.2.1. Travma Odaklı Yaklaşım**

Stres kaynaklarının çeşitliliği durumunda beynin lokus koeruleus, hipotalamus, hipokampus ve amigdalanın yanı sıra, serebral korteksteki noradrejenik fonksiyonda artış olmaktadır. Erken yaşta strese maruz kalma, lokus koeruleustaki norepinefrin salınımındaki artışı tetiklediğinden, kişi daha sonra karşılaşacağı stres kaynaklarına karşı duyarlı hale gelmektedir. Uyarılma düzeyi arttıkça norepinefrin düzeyi de artmaktadır. Merkezi sinir sistemindeki hem çok düşük, hem de çok yüksek düzeydeki norepinefrin aktivitesi bellekte tutmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Böylelikle travmatik olay esnasındaki aşırı norepinefrin salınımı, travmatik olayla ilgili bilgilere karşı aşırı duyarlılık oluşmasına neden olmaktadır (Francati ve ark., 2007). TSSB'nin hafıza ile olan ilişkisi üzerine yapılan bir araştırmada TSSB gözlenen ve gözlenmemiş bireyler incelenmiştir. Hemisferler arası iletişimlerinin hafızalarıyla ilişkin bakılmıştır. Yapılan beyin görüntüleme çalışmasında (bMRI) korpus kallousum içindeki bölgelerin hacimlerinde farklılık gözlenmiştir. Bulgulara göre, TSSB hastalarında kontrol grubuna göre korpus kallousum içindeki beyaz madde hacminde bir azalma gözlenmiştir (Saar-Ashkenazy ve ark., 2014).

Sosyal-bilişsel yaklaşıma göre TSSB, strese karşı tepki olarak gelişir. Horowitz (1986), tekrarlayan istila edici düşünceler ve kaçınma olarak iki boyutu ele aldığı “ikili faktör” kuramından bahsetmektedir. Travmatik yaşantı sonrasında birey rahatsız edici düşünceler ve duyguların istilasına uğramakta ve bunların etkisinden kurtulmak için de kaçınma davranışları içine girmektedir. Zihin bireyin olağan ve sahip olduğu şematik bilgilere yabancı olan travma yaşantısından hemen sonra bu deneyime ilişkin bilgileri var olan zihinsel temsillerin içine yerleştirme ve özümseme çabası içine girmektedir. Travmatik deneyimin erken döneminde ortaya çıkan bu süreç “tamamlama eğiliminden” kaynaklanmaktadır. Erken dönemde zihin tarafından özümsememiş bilgi parçacıkları sistem içindeki aktif durumlarını devam ettirirler; sonuçta travma sonrası akut stres



belirtilerine neden olmaktadır. Birey, duygusal küntlük ve inkar sorunları yaşamaya başlamaktadır (Brewin ve Holmes, 2003).

Sosyal-bilişsel yaklaşım; travmatik yaşantının bireyin önceki inançlarıyla uyumlu hale getirme gerekliliğini savunmaktadır. Travmatik yaşantıyla ilgili materyalin nasıl depolandığı, nasıl algılandığıyla ilgilenir (Yılmaz, 2005).

Bu model Brewni ve arkadaşları tarafından (1996), birçok hafıza sistemine dayandırılmış bilişsel teoriyi açıklamak amacıyla “İkili temsil modeli” önerilmiştir. Teoriye göre; travmatik olay deneyimleyenlerin iki farklı tip hafızası aktif olur. Biri sözlü ulaşılabilir hafıza otomatik, planlı olarak kullanarak ya da strateji süreciyle geri getirilebilir sıradan otobiyografik bellek tipidir, düzenlenebilir ve otobiyografik bilgi ile etkileşimdedir. Böylece travma; geçmiş, şimdi, geleceği içeren kişisel durum içinde temsil edilen bir bütündür.

Sözel hafıza ya da otobiyografik bellek, duygusal içeriklerine ve birbirleriyle ilişkilerine göre bir araya getirilen yaşam dönemleri, giderek daha soyut temsiller haline dönüşürler. Sözel kayıtlar belirli olaylara özgü bilgiler, genel bilgiler, yaşam dönemleri ve şeklinde kaydedilir. Bir diğer hafıza tipi ise sözel olmayan hafızadır. Yaşantıların söze dökülemeyen kısmı görüntüler, sesler, kokular, tatlar, dokular, hisler, duygular vb. gibi duysal-duygusal bilgilerden oluşur. Bu yapıya ise “epizodik bellek sistemi” olarak tanımlanmışlardır. Bu iki hafıza tipinin etkileşimi sonucunda yaşam öyküsü şeması oluşmaktadır. Bu yapı, kişinin kendini temsil ettiğini, kendini anlattığını düşündüğü, yaşantılarını özetlediği bir öyküdür. Bir annenin, “Benim bütün hayatım çocuklarıma annelik yaparak geçti.” demesi bu şemaya örnek gösterilebilir. (Conway ve ark., 2004).

Duygu düzenleme teorisine göre; kişiler kendilerini etkileyen olumsuz olayları aşırı genelleme eğilimindedirler. Bu durum depresyon, travma sonrası stres bozukluklarında görülebilir. Aşırı genellenmiş otobiyografik anı kişinin benlik şemasının kalıcı olmasını sağlayarak patolojinin uzamasına neden olabilmektedir. Böylelikle aşırı genellenmiş anı depresyonu ve seyrini yordayabilmeyi kolaylaştırmaktadır (Spinhoven ve ark., 2009).

Irak savaşı (2002) zamanında alana operasyon için gönderilmiş ve gazi olarak dönmüş askerlerle, TSSB'nin otobiyografik bellek ve epizodik bellek üzerindeki etkilerine bakmak üzerine araştırma yapılmıştır. Çalışmada TSSB deneyimleyenlerin genel anılarının çok daha fazla olduğu, anılarının daha çok savaşla ilgili olduğu, gelecek ve geçmiş üzerine daha fazla düşünme eğiliminde oldukları gözlenmiştir (Brown ve ark., 2011).

Çocukluk çağında cinsel istismar deneyimlemiş kadınların bu travmatik öyküleri ile şimdiki depresyon tanıları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmada çocukluk çağı travması

deneyimleyen kadınların, deneyimlemeyenlere göre daha az kategorik anıyı hatırlayabildiği gözlenmiştir. İstismara uzun süre maruz kalma ve erken yaşta olmasının hatırlamada etkili olduğu gözlenmiştir. Kategorik hafızanın olumsuz olaylar karşısında bir savunma mekanizması işlevi görüldüğü düşünülmektedir (Burnside ve ark., 2004).

Anksiyete üzerine geliştirilen kuramlara göre, anksiyete bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre, olumsuz bilgiyi nötr ya da olumlu bilgiden daha hızlı işlemediği öne sürülmektedir (Beck ve Clark, 1997).

### **2.2.2. Bilişsel Yaklaşımlar**

Yaşanan olaya ilişkin bilişsel işleyişe bakıldığında atıf teorisinin aydınlatıcı olduğu görülmektedir. Atıf teorisine göre, kişiler olaylara yükledikleri anlamlara göre tercihler yaparlar. Tercih ettikleri eyleme amaçlı veya zorunda kalarak yönelir. Buna göre de tutumları, tepkileri, mizaç özellikleri değişmekte ve şekillenmektedir. Bunda dünyanın adil olduğuna yönelik bilişlerin etkisi vardır. Yaşadıklarını anlamlandırmak için neden arayışı içindelerdir. Anlamlandırmak için kişisel veya durumsal atıflar söz konusudur (Heider, 1958). Nedensel atıflara yönelik çalışmaları devam ettiren Weiner'a göre (1985) nedensel atıfların kişinin kendiyle mi (içsel) yoksa kişinin dışındaki faktörlerle mi (dışsal) ilişkili olduğu önemlidir. Ayrıca nedenlerin zamanda sabitliği ve kontrol edilebilirliği atıflar üzerinde etkilidir.

Travmatik olaylar ile olaya yüklenen anlama arasındaki ilişkiye dikkat çeken Ehler ve Clark (2000) kişinin travmatik olaya ilişkin değerlendirmelerinin travma sonrası stres bozukluğunun gidişatı ve bilişsel baş etme yollarıyla ilişkisini incelemişlerdir. Çalışmalarında olaya ilişkin olumsuz değerlendirmelerin travmatik stres belirtilerini artırdığını gözlemlemişlerdir.

Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen bilişsel stres yaklaşımına göre, bilişsel değerlendirme ve başa çıkma iki temel süreçtir. Bu bağlamda stres yaratan olayın bilişsel değerlendirmesi, başa çıkma çabaları için önemli kavramlardan biridir. Kişiler karşılaştıkları stresli olay karşısında olayın zamanı, nasıl meydana geldiği ve sonuca ilişkin beklenti durumlarını kısacası zarar ve tehdit durumuna ilişkin değerlendirme yaparlar. Bu bilişsel süreç birincil değerlendirmeyi kapsamaktadır. Sonrasında sahip olduğu başa çıkma kaynaklarını değerlendirir ve zarar-kayıp değerlendirmesini yapar ki bu da ikincil değerlendirmedir. Son olarak geri bildirim, yansıtma veya savunmacılığa dayalı yeniden

gözden geçirmeyi içeren üçüncü aşamadır. Bu aşamada kurallar değiştirilebilir, yerine yenileri koyulabilir.

“Başa çıkma”, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Tehdit edici, zorlayıcı ve ciddi olaylar ne kadar çoksa, insanların kullanacağı başa çıkma mekanizmaları da o kadar çoktur. Başa çıkma davranışları, dış ve iç dünyanın yarattığı gereksinim ve zorlukları gidermek, onları kontrol altında tutmak, gerginlikleri azaltmak adına kişinin gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabadır. Stresin neden olduğu, kişinin kaynaklarını aşan iç ve dış uyaranlara karşı, problem durumu kontrol altında tutma, doğan tepkiyi azaltma ya da bunlara dayanabilme çabalarının oluşturduğu kişinin sonuçlara ilişkin beklentisinden bağımsız bir süreçtir (Folkman ve ark.,1986).

Şiddete maruz kalan kadınların önceden yaşadığı travmatik yaşantıların yanı sıra suçluluk, inkar ve kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma tarzı ve çözülme semptomlarıyla ilişkisi olan negatif bilişsel şemaların varlığının gözlenebilecek TSSB belirtilerinin görülmesine etkili olduğu düşünülmektedir (Foa, Cascardi, Zoellner ve Feeny, 2000).

Şiddet sonrası başa çıkma çabaları ile için nedensel atıflar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada 406 kadınla çalışılmıştır. Araştırmaya göre, partneri suçlama ile şiddeti affetme ve partner ile suçluluğu paylaşma ile şiddeti affetmeyle ilişkili nedensel atıfların sakın kalmak, dayanıklılık, resmi yardım kaynakları, resmi olmayan yardım kaynakları, güvenlik planları ve yasal yollu başa çıkma yöntemleri olarak belirlenen 6 başa çıkma kategorisini geriletmişti görüldü. Araştırmanın bulgularına göre, partnerini suçlu bulan kadınların suçlu bulmayan kadınlara göre daha fazla baş çıkma yöntemi kullandığı görüldü. Partnerini suçlayan kadınların hem aktif hem de toplumsal başa çıkma yöntemlerini kullandığı görüldü (Meyer ve ark., 2010).

Türkiye’de çeşitli illerdeki İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri’ne, kadın konukevleri ve kadın danışma merkezlerine, İzmir’deki iki hastanenin psikiyatri bölümüne ve beş ilköğretim okulunun rehberlik ve psikolojik danışma servislerine aile içi şiddet nedeniyle başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılan kadınlarla yapılan bir çalışmada başa çıkma yaklaşımları incelenmiştir. Araştırmada 328 kadın ile görüşülmüştür. Travma sonrası stres belirtileri düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarından “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser

yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım”, “sosyal destek arama” yaklaşımı değişkenlerinin, aile içi şiddete maruz kalan kadınların aile içi şiddetle başa çıkma öz yeterliği düzeylerini yordama gücünü araştıran çalışmadır. Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile aile içi şiddetle başa çıkma özyeterliği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmada aile içi şiddetle başa çıkma özyeterliğinin ikinci sıradaki anlamlı yordayıcısının TSSB belirtileri olduğu gözlenmiştir (Akpınar, 2013).

Genelde insanların problemle karşılaştıklarında eğilimleri; iyimser yaklaşım, güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteği aramaya yönelik tercihleri içerir. (Şahin ve Durak, 1995).

Coatsworth ve Bowden (1995), hükümlü erkek çocuklarla yaptıkları çalışmada, ciddi aile içi şiddete maruz kalmış, düşük sosyal beceri sahibi çocuklarda daha çok saldırgan eğilim ve bir başa çıkma davranışı olarak saldırgan davranışların daha çok kullanıldığına işaret etmişlerdir (Akt: Ruchkin ve ark., 1999).

Anglo-Amerikan, İspanyol ve Türk kadınlarının cinsel saldırganlıkla baş edebilmeleri üzerine yapılan bir araştırmaya göre; İspanyol ve Türk kültürü kadın ve erkeğin cinsel davranış standartlarını yansıtan cinsiyet rolleri, onur ve utanç kodları benzemekte, bu benzerlik ataerkil, patriyarkal kültür altında karakterize edilebilmektedir. Her iki toplumda da erkek erken dönemde cinsel yaşamla tanışmaktadır. Çok sayıda cinsel partner, evlilik dışı ilişkiler ödüllendirilirken, kadınlar benzer durumlarda kınanmaktadır. Sonuç olarak Türk ve İspanyol kadına yönelik cinsel saldırganlığın daha normal algılandığı ve bu sebeple daha az rapor edildiği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre; sosyal güç olarak belirlenen yüksek düzey eğitim almış, yetişkin olmak/çok genç olmayan, eşi veya partneri ol sahip olan grup ile sosyal gücü zayıf olanların başa çıkma becerilerini incelemişlerdir. Sosyal gücü zayıf olanların başa çıkma becerileri açısından daha az uzlaşmacı, savunucu ve çatışma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Kaçınmacı olanların üçte ikisi patriyarkal ve kolektivist kültüre sahip olan İspanyol ve Türk kültürleridir. İspanyol ve Türk kültüründeki kadınların Anglo Amerikan kültüründeki kadınlara kıyasla daha fazla kaçınmacı, sorunu inkar ettikleri ve sosyal başa çıkmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Kadının taciz durumlarında yaşadığı süreçler ile araştırmada gözlenen uyumlu ve çatışmadan kaçınma eğilimiyle ters orantılıdır (Cortina ve Wasti, 2005).

### 2.2.3. Başa Çıkmada Psikolojik Dayanıklılık

Dayanıklılık çalışmalarının halk sağlığı, uygulamalı psikoloji alanında, biyo-psiko-sosyo-kültürel yazarlar arasında tartışıldığını görmek mümkündür. Özellikle son yıllarda dayanıklılık üzerine araştırmacılar, siyasetçiler, sağlıkçılar dayanıklılık üzerine çalışmışlardır. Bu bağlamda “dayanıklılık” kavramına disiplinler arası literatürde bakmak faydalı olacaktır.

Dayanıklılık, yeniden kuvvetlenme anlamındaki Latince “resile” kelimesinden evrilmiştir (Almedom, Glandon, 2007). Dayanıklılık iyileşme değildir; kaygı oluşmasına karşın sakinliği koruyabilmektir. Dayanıklı bireylerde travma sonrasında da sağlıklı işleyiş görülebilmektedir. Dayanıklılık; atılganlık, kendini geliştirme, önleyici başa çıkma, olumlu duyguları içerir (Bonanno, 2005).

Psikolojik dayanıklılık kavramı hala ana hatları incelenen bir kavramdır. Araştırma desenelerine göre tanımı araştırılmaktadır. Bu bağlamda gelişmeye açık bir çalışma alanı olduğu ifade edilebilir. Literatürde ilk olarak Block (1950) tarafından kullanılmıştır. Sonrasında Fraser ve arkadaşları tarafından (1999) yapılan literatür taramasına göre psikolojik dayanıklılığın kişinin bireysel özellikleriyle çevresel faktörleri arasındaki ilişki etkileşimi olarak tanımlanmıştır (Akt; Kararımak, 2006).

Psikolojik dayanıklılık için kişiyi koruyan bireysel özelliklere ve aile etkileşimine dikkat çeken Garmezzy (1987); bilişsel kapasite, sosyoekonomik düzeyin yüksek olması, aile içindeki etkili iletişim, anne-baba-çocuk arasındaki olumlu ilişki, anne-baba olma becerisini içeren aile ilgili olumlu algılar ve sosyal becerilere sahip olmanın öneminden bahsetmiştir (Akt; Kararımak, 2006).

Psikolojik dayanıklılıkta genetik yatkınlığın önemini vurgulayan bakış açısına göre; herkes sorunla aynı yöntemlerle başa çıkamaz. Bazı insanlar akut stres karşısında iyileşmeyi beceremez. Bazı durumlarda ise stres koşullarında kişinin çabuk iyileştiği, fakat kullandıkları yöntemlerle kısa zaman sonra sağlık problemleri, hayattan zevk alamama, dikkat problemleri görülür. Başka bir taraftan da birçok insan yaşın veya travmatik olayların geçici artışına karşı dayanabilmektedirler. Bu sebeple dayanıklılık, iyileşme değildir. Dayanaksız insanlar ise problemlere yatkındırlar. İyileşseler bile sorunlar yenilenir. Psikolojik dayanıklılık üzerine yapılan araştırmaların ortak kanısı; travmatik olaya maruz kalan insanlarda dayanıklılığın daha az patolojik ve daha çok sağlıklı insanlarda olduğu düşünülmekteydi. Son araştırmalarla travmatik olaylara maruz kalan bireylerin yaşamlarında üretken deneyimler elde edebilmeleri ve olumlu duygulanımlarının

kalıcı olmasının göreceli olduğu görülmektedir (Bonanno, 2005). Bir diğer bakış açısına göre; psikolojik dayanıklılık, yaşamda yüzleşilen sorunları algılamayı, öğrenmeyi ve süreç içinde gelişen bir özellik olarak düşünülmektedir (Basım ve Çetin, 2011).

Dayanıklılık üzerine yapılan önemli çalışmalardan biri, 1955 yılında Emmy Werner ve Ruth Smith tarafından yürütülen boylamsal çalışmadır. Hawaii adasında yoksul, alkol bağımlısı, ruhsal sıkıntılar yaşayan ebeveynlerle, erken doğum yapmış annelerle yaşamak gibi risk faktörlerine maruz kalan belirli bir bebek grubunu kırk yıl boyunca izlemişlerdir. Yüksek riskli çocukların üçte birinin tüm yaşam koşullarına rağmen gözlenebilir şekilde olumlu düzeyde dayanıklı, yetkin ve kendine güvenen yetişkin olduklarını saptamıştır (Werner ve Smith, 2001). Tek tip bir dayanıklılığın olmadığı, dayanıklı insanların normal şartlar altında dayanıklı olunamayacak yollarla dayanıklı olmayı becerebildiği gözlenmiştir. Örneğin kendine yönelik olumsuz önyargıları olan kişiler bile olumsuz durumlar karşısında dayanıklı olabilmektedirler (Bonanno, 2005).

#### **2.2.4. Başa Çıkmada Destek Sistemleri**

Kadına yönelik şiddetle başa çıkmada, şiddetin önlenmesinde “ekonomi” ve “sağlık” önemli destek sistemleridir. Başlıklar altında incelenecektir.

##### **2.2.4.1. Ekonomi**

Sosyal destek, bireyin problemi çözme veya ruhsal etkileriyle başa çıkmada etkin bir başa çıkma mekanizması olarak çalışmakta, stresli yaşam olaylarını önleyerek olası sorunlara karşı koruyabilmektedir.

Yoksulluk içinde kadınların ekonomik bağımlılığı giderek artmaktadır. Şiddet ortamında ekonomik bağımlılığın olması dayanıklılığı olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal ve bilişsel dayanıklılık mekanizmaları özgüven, yeterli destek aile içi şiddet ve anksiyete arasındaki ilişkide etkilidir. Şiddet arttıkça sosyal ve bilişsel dayanıklılık-özgüven azalmakta, anksiyete artmaktadır (Williams ve Mickelson, 2004). Sosyal dayanıklılığın azalması sağlıklı destek sistemlerine ulaşma eğilimini de azaltmaktadır. Oysa kadını olumsuz etkileyen düşüncelerle baş etmesinde sosyal konum önemli bir kaynaktır. Bu sebeple yoksulluk içinde olan bir kadın, kaynaklara ulaşmada da sıkıntı yaşamaktadır.

Cinsiyete dayalı şiddetin ekonomiyle olan ilişkisini feminist literatürde görmek mümkündür. İktisadi bağımlılık ve dayanışmaya göre işleyen patriyarkal sistemde bütün erkekler sistem içindeki hiyerarşik konumları ne olursa olsun en azından bazı kadınları

denetleyebilme karşılığında satın alırlar. Sisteme göre erkeklerin gücü kadınların emek gücü üzerindeki denetimlerinde yatar (Hartmann, 2006). Patriyarkal sistem cinsiyetler arası güç ilişkisinin kurulmasına, kadının toplumda düşük statüde görülmesine, yoksullaşmasına yol açmaktadır. Kadınların iş istihdamlarının artırılması, eşit işe eşit ücret ve güvenceli çalışma şiddetin, özellikle ekonomik şiddetin azaltılmasında etkili olacaktır (Fawole, 2008). Benzer bir görüş olarak ekonomik güce sahip olma şansı olan, çalışan kadınlar erkeklerin sebep olabildiği izolasyon, yabancılaştırmaya maruz kalabilmelerine karşın daha fazla başa çıkma mekanizması geliştirmişlerdir (Cortina ve Wasti, 2005).

Kadının toplum içinde ekonomik ve sosyal olarak korunumuna yönelik son yirmi yıldır ulusal planlar yapılmaktadır. Aile içi şiddet, tecavüz ve cinsel saldırı, kadın sünneti ve ticareti, seks endüstrisi gibi kadına yönelik şiddet biçimlerinin karşılaştığı Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, Polonya, Almanya, Hollanda, Rusya, Moğolistan kadına yönelik şiddet üzerine ortak eylem planı yapmışlardır. Benzer şekilde Sosyal Dönüşüm Programı ile 1999 yılında 24 ülkeyi temsil eden İngiliz Uluslar Topluluğu Avustralya, Kamerun, Guyana ve Trinidad ve Tobago gibi ülkelerin 56%'sı ulusal bir eylem planı yapmışlardır. Güney Afrika (2007) yılında Kadın İşleri Bakanlığı ile Türkiye de Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile benzer eylem planı hazırlamışlardır. Bangladeş, Sri Lanka gibi Güneydoğu Asya ve Tayland'da ülkeye özel; Kadın Araştırmaları Merkezi (2000), Kadın ve Çocuk İşleri Bakanlığı (2004) gibi kuruluşlar mevcuttur (Fawole, 2008).

Ekonomi; aile içi şiddet ve dayanıklılık konularında tek başına rol oynamasa da kadına yönelik şiddetin reddedildiği bir toplum, herkesin sorunudur (Williams ve Mickelson, 2004).

#### **2.2.4.2. Sağlık Sistemleri**

Geleneksel tıbbi modelin benimsediği hastalıklılık ve sağlıklılık şeklindeki eklektik bakış açısını reddeden ve hastalığın; sağlığın rahatına karşı rahatsızlığın sürmesi olarak tanımlandığı bir model olarak sağlıkta salutojeni modelinden bahsetmek uygun olacaktır (Vossler, 2012). Salutojeni, tıbbi sosyoloji profesörü olan Antonovsky tarafından geliştirilmiştir. Model, insan sağlığına zara veren faktörler yerine destekleyen ve iyileştiren faktörler üzerine durmaktadır. Salutojenik model, sağlık, stres ve baş etme arasındaki ilişkiyle ilgili bir modeldir. Antonovsky, insanların stresi ve iyi kalmayı nasıl sürdürdüğüne yönelik çalışmalar neticesinde geliştirmiştir. Modele göre; stres faktörünün patojenik, nötr veya sağlıklı olup olmaması “genel direnç kaynaklarına” bağlıdır (Vossler, 2012). Antonovsky “Uyum Duygusu” üzerine yaptığı çalışmalarda büyük Nazi toplama

kampında kalarak travmatik yaşantı deneyimleyen ve bununla başa çıkabilmiş; kamptan kurtulmuş kadınlar ile çalışmıştır. Çalışmada “uyumluluk” ve “başta çıkabilme” becerilerini incelemiştir, travmatik yaşantısı olan kadınların büyük oranda olumlu derecede sağlıklı olduğunu bulmuştur. Birey karşılaştığı problemin zorluğuna inanırsa güçlü bir motivasyonla kaynak aramaya yönelir, aradığı şeyi bulana kadar vazgeçmek istemez. (Antonovsky, 1987). Özellikle stres ve baş etmeyle ilgili çalışmalar yapmıştır. Antonovsky, stresin her yere bulunabileceğini fakat stres yanıtlarının herkes de farklı bulunabileceğini gözlemlemiştir (Vossler, 2012).

Sağlıkta felsefi tartışmaların ve saflaşmaların konuları olarak salutojeni ve patojeni kavramları incelendiğinde literatürde sıklıkla “dayanıklılık, sağlamlık” tartışmalarında karşımıza çıkmaktadır.

Şiddet vakalarının en sık görüldüğü sağlık birimlerinden biri olarak acil servisler, hastanın aile içi şiddet hakkında doğrudan deneyimlerinden bahsettiği ve şüpheli durumların kanıtı ve rutin taramaların yapılmasına olanak sağlamaktadır. Aile içi şiddet yaralanmalarında bakım ve uzlaşma için krizi anlık çözen bir katalizör pozisyonundadır (Olive, 2007).

İngiltere’de bir yıl boyunca yapılan sistematik bir değerlendirmeye göre, acil yardım talebiyle sağlık kurumuna gelenlerin %6’sı aile içi şiddet sebebiyle kuruma başvurmuştur (Olive, 2007).

Acil yardım talebinde bulunan aile içi şiddete maruz kalmış kadınlarla yapılan bir çalışmada 272 kadın on iki ay boyunca izlenmiştir. Danışmanlık uygulanan kadınlar ile danışmanlık uygulanmayan kadınlar incelenmiştir. Her iki grubun yaşam kaliteleri, güvenlik planları, akıl sağlıkları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Her iki grubun da anksiyete ve korkularının seyri arasında bir fark bulunmamaktadır; fakat depresif seyreden vakalarda danışmanlık hizmeti alan grupta almayan gruba göre iyileşme gözlenmiştir (Hegarty ve ark., 2013).

## **2.3. Şiddet ve Sağlık**

### **2.3.1. Ruh Sağlığı ve Şiddet**

Cinsiyete yönelik şiddet bugün sosyal, hukuki bir sorun olmanın yanında bir halk sağlığı sorunudur. Şiddetin sağlık sorunu olarak algılanması ile “suç” kapsamında yer almasıyla arasındaki ilişkiyi görmek için kısaca tarihsel sürece bakmak faydalı olacaktır.



Kadına karşı işlenen suçlar için ilk kez 1976'da Brüksel'de Uluslararası Mahkeme'de toplanmıştır. 1975'te Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü içinde bir tecavüz araştırma merkezi kurulmuştur. Kadına yönelik şiddetin yasal olarak suç unsuru olarak görülmesindeki temel etken savaş süresince yaşanan tecavüzler ve 1970'lerde yükselen kadın hareketidir. 1972 yılında Boston Şehir Hastanesi Acil Servisi'ne gelen tecavüz kurbanlarına destek olmak üzere çalışan psikiyatri hemşiresi Ann Burgess ve sosyolog Lynda Holmstrom bir yıl içinde 92 kadın ve 37 çocuk görmüşlerdir. Tecavüzün psikolojik etkileri üzerine araştırma yapmış, gözlemleri sonucunda benzer psikolojik tepki durumuna "Tecavüz Travma Sendromu" demişlerdir. Kadınların tecavüzü, genelde sakat kalmaktan ve taciz esnasında ölmekten korkulan, hayatı tehdit eden bir olay olarak ifade edildiğini not etmişlerdir. Tecavüz sonucunda kurbanların çözülme ve uyuşukluk belirtilerinin yanı sıra uykusuzluk, bulantı, irkilme reaksiyonları ve kabuslardan şikayet ettiklerini gözlemlemişlerdir (Hermann, 1992).

Kadına yönelik şiddet üzerine tedaviler artarken ruh sağlığı konusunu, sağlıktan bağımsız düşünmenin ne kadar uygunsuz olduğu daha fazla görülmektedir. Bugün şiddete maruz kalan birçok kadın kronik ağrıyı içeren fiziksel bir çok rahatsızlık yaşamaktadır. Kadınlar üzerine yapılan çalışmalarda ağrı kliniklerine başvuran kadınların büyük bir oranı fiziksel ve cinsel istismar deneyimlemiş kadınlardır. Sırt ağrısı, baş ağrıları, sindirim sorunları, jinekolojik sorunlar sebebiyle başvuran kadınlarda şiddet geçmişi yaygındır (Walker, 2009).

Şiddete maruz kalma sonucunda; fiziksel yaralanmalar, hematomlar, diş kırıkları, burun, dudak yaralanmaları, bilinç kaybı, ilaç ve alkol kullanımı ve depresyon ortaya çıkabilir. Kadın psikiyatri hastalarının %30-50'sinde şiddete uğrama öyküsü vardır. Kadınlardaki intihar girişimlerinin %50'sinde dayak olayı bulunmaktadır (Atman, 2003).

Amerikan Psikoloji Birliği ve diğer ruh sağlığı dernekleri 1980'lerde toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin önyargılarla çalışmışlar, şiddet gören sığınma evlerindeki veya koruma altındaki birçok kadının destek sistemleriyle ruhsal durumlarının iyileştiği gözlemişlerdir. Şiddete maruz kalan kadınlarla ilgili olarak 1977'de Amerika Birleşik Devletleri Milli Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından ilk kez "Hırpalanmış Kadın Sendromu" kavramı kullanılmıştır. Şiddete maruz kalmış kadının yaşadığı stres belirtileri, ICD-9'da "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" nun alt kategorisi olarak eklenmiştir (Walker, 2009). ICD-10'da da aile içi şiddete ek bölümünde yer verilmektedir. DSM-IV' de ise V kodlarında yer almaktadır ve birinci eksen kodlanmaktadır. Günümüzde aile içi şiddetin DSM-V'te yer alması önerilmektedir (Vahip ve Doğanavşargil, 2006).

Kadına yönelik şiddetle ilgili olarak DSM-IV ve ICD-10 TSSB tanı kriterlerine eklenmesi gereken 3 belirtinin olması gerektiğini savunan Walker, kadının yaşadığı şiddet durumunu bir tanı olarak “Hırpalanmış Kadın Sendromu” olarak tariflemiştir. Eklenmesi önerilen belirtiler; kadının kişiler arası ilişkileri kesintiye uğratması ve kontrol önlemleri alması, beden imajında bozulmalar ve/ veya somatik ve fiziksel şikayetler, cinsel yakınlık sorunlarıdır (Walker, 2009).

Travmatik yaşantılardan sonra gözlenen stres bozuklukları DSM-IV tanı kitabından Akut Stres Bozukluğu (ASB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak tanımlanmaktadır. Kişinin, Akut Stres Bozukluğu tanısı kriterleri, travmatik bir olayla karşılaşması, en az üç disosiyatif belirti göstermesi, olayı çeşitli bellek mekanizmalarıyla tekrar tekrar yaşaması, travmatik olayla ilgili uyarılardan kaçınma, kaygı veya artmış uyarılmışlık belirtileri, işlevsellikte bozulma, belirtilerin en az iki gün, en fazla dört hafta sürmesi ve travmatik olaydan en fazla dört hafta içinde ortaya çıkması, başka bir psikolojik bozukluk durumu daha iyi açıklamaması olarak sıralanmaktadır. TSSB tanı kriterlerine bakıldığında, kişinin travmatik bir olayla karşılaşması durumunda travmatik olay karşısında korku, dehşet, çaresizlik hissi gibi öznel sıkıntı yaşamış olması ve olayı değişik şekillerde “yeniden yaşaması”, olayı hatırlatan şeylerden kaçınma ve genel “yaşamsal” tepkilerin azalması, fiziksel bir aşırı uyarılmışlık hali, bu belirtilerin en az bir ay devam etmesi, yaşanan sorunların klinik düzeyde bir sıkıntıya veya sosyal yaşamda belirgin bir soruna yol açması değerlendirilmektedir (DSM IV, 2000).

Brewin, Andrews ve Valentine (2000) TSSB risk faktörlerine yönelik yaptığı meta analiz çalışmasında 77 makaleyi incelemişlerdir. Cinsiyet (kadın olmak), travmatik yaşantı sırasında yaşın küçük olması, düşük sosyo-ekonomik, eğitim, zeka düzeyi, azınlık statüsü, psikolojik bozukluk tarihçesi, çocukluk çağı istismarı, travmatik yaşantı öyküsü, zor çocukluk koşulları, ailede psikolojik bozukluk öyküsü, travmatik yaşantının şiddeti, travmatik yaşantı sonrasında sosyal destek yoksunluğu, travmatik yaşantı sonrasında genel yaşam stresi faktörlerinin TSSB’yi yordadığını saptamışlardır.

Maes ve ark. (1998), yaptıkları bir araştırmada trafik kazası ve yangın geçirmiş katılımcılarla çalışmışlardır. Araştırmaya göre; TSSB’nin iki boyutlu bir yapı sergilediğini belirtmektedirler. İlk boyut, depresif ve kaçınmacı olup ikinci boyut, anksiyete ve uyarılma belirtilerinden oluşmaktadır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, travma deneyimi tarafından tetiklenen ciddi bir anksiyete bozukluğudur. Travmaya maruz kalanların 4’te birinde TSSB gelişir (Meltzer ve ark., 2004) .

Travma Sonrası Stres Bozukluğu en sık karşılaşılan bozukluk olmakla birlikte şizofreni ya da depresyon gibi kompleks bir sendrom olarak farklı alt tiplerinin olabileceği düşünülmektedir (Maes ve ark., 1998). Travmatik olayın tipi, travmatik olaya zamansal uzaklık, kişisel farklılık, geçmiş yaşam travma öyküsü gibi, travma öncesi, travmatik olayla ilgili ya da travmatik olay sonrası gelişen bazı değişkenlerle ilişkili olarak farklı kişilerde farklı kombinasyonlarda olabileceği düşünülmektedir.

Travma sonrası stres tepkileri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki üzerine yapılan bir çalışmada, 1980 ile 2012 yılları arasındaki bilimsel çalışmalar, internet veritabanları ve ikincil kaynakların manüel olarak taranmıştır. Araştırmaya göre; TSSB'nin öfke ve düşmanlık, sürekli anksiyetenin yanı sıra, olumsuz duygusallık, nörotizm, zarardan kaçınma eğilimi, yenilik arayışı, kendini aşmışlık gibi kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu gözlemiştir. Diğer taraftan dayanıklılık, iyimserlik, dışadönüklük, dürüstlük, öz yönetim ile TSSB arasında negatif ilişki görülürken, travma sonrası iyileşme tüm bu özelliklerle pozitif yönde ilişkilidir (Jaksic ve ark. 2012).

Genetik, diğer mental sağlık durumları ve çevresel faktörler travmaya özgü karakteristik özelliklerde ve TSSB yanıtlarında rol oynar. Charney ve Southwick'in yaptığı araştırmada Mt. Sinai Hastanesi'ne başvuran fiziksel ve cinsel saldırıya uğramış kadınlar ile, savaş sırasında tutuklanmış ve işkence görmüş kadınlar karşılaştırılmışlardır. Şaşırtıcı olarak stres tepkilerinde benzer sonuçlar elde edilmiştir (Walker, 2009).

Sadock ve Sadock'a (2004) göre, TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %8 olarak belirtilmekle beraber, eşik altı olgular eklendiğinde bu oranın %15'e kadar yükseldiği belirtilmektedir. Yaşam boyu yaygınlık kadınlarda erkeklerden iki kat (%10-12/%5-6) daha yüksektir. Kadın cinsiyet, bekar veya boşanmış olmak, düşük sosyoekonomik düzey, ruhsal bozukluk öyküsü ve daha önce travmaya maruz kalma yatkinlaştırıcı etkenler olarak tanımlanmaktadır (Bozkurt, 2011).

Yıllarca aile içi şiddete maruz kalmış; fakat yaşadığı herhangi başka bir travmatik yaşantı sebebiyle TSSB belirtileri gözlenmiş ve böylelikle psikolojik destek hizmetine yönelmiş kadınlar bulunmaktadır. Bu örneklerde trafik kazasında küçük yaralanmalara karşın iyileşememe gibi durumlar gözlenmiştir. Uzun süre saç çekme, omuzdan sarsma, boğma gibi eylemlerin sonunda yaygın olarak beklenen nörolojik hasara uğramış olmaları ve küçük bir yaralanmayla tüm stres tepkileri tetikleniyor olabilir (Walker, 2009). Benzer bir yaklaşım, TSSB'nin gelişmesinde yatkinlığın önemini vurgular. Yaklaşımına göre travmatik olaya maruz kalan herkes TSSB geliştirmemektedir. Bu yatkinlikleri genetik ya da sonradan edinilmiş olabilmektedir (Akt, Yılmaz, 2006, Gelder ve ark., 1996).

TSSB'nin oluşması kadar seyrinde de travmatik olayın tipi, yaşanış biçimi, yoğunluğu, şiddeti ve kontrol edilebilirliği önemli rol oynamaktadır. Özellikle süregelen ve yineleyici travmaya maruz kalanlarda TSSB oranları daha düşük olmakla birlikte yüksek oranda kronikleşmektedir (Kopman ve ark., 1994).

Kaliforniya'da meydana gelen 24 kişinin öldüğü, 3135 kişinin zarara uğradığı bir yangına maruz kalanlarda olaydan 7-9 ay sonra yapılan çalışmalarda, erken dönemde ortaya çıkan belirtilerin TSSB'nin oluşumu ve kronikleşmesinde belirleyici olduğu öne sürülmüştür (Kopman ve ark., 1994).

Trafik kazasında yaralanan 106 hasta ile yapılan araştırmada anksiyete, depresyon, TSSB ve eşik altı (subsendromal) TSSB açısından değerlendirmişlerdir. (Ciddi kafa yaralanmaları, intihar girişimi, fiziksel saldırıya maruz kalanlar araştırmanın dışında bırakılmıştır.) Araştırmada akut evrede TSSB tanı ölçütlerini tam olarak karşılayanların yaygınlığı %4.7, bir yıl sonraki değerlendirmede %1.9 bulunurken, akut evrede eşik altı düzeyde TSSB belirtilerini sergileyenlerin oranı %20.8, bir yıl sonraki değerlendirmede %13 bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon belirtilerinin de yüksek oranda görülmüştür. Olguların %25'inde başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı da konduğu belirtilmiştir (Schnyder ve ark., 2001).

Travma sonrası stres bozukluğunun ruhsal bozukluklarla ilişkisine yönelik tartışmalar kadar biyolojik rahatsızlıklarla olan ilişkisine de son yıllarda verilen önem artmaktadır.

Rutin jinekolojik muayene yaptıran 292 kadına 4 maddelik travma tarama anketi uygulanmış, yüzde yetmiş altısı anketi tamamlamıştır. Kadınlardan 88'i (% 30) bir veya daha fazla travmatik olay öyküsü bildirmiştir. Kadınların 88'de 32'si psikiyatrik değerlendirmesini tamamlamış ve bu kadınların 25'i (% 78) DSM IV' ün TSSB kriterlerini karşılamıştır. Yaş ortalaması 34 ve % 49'u Afrika kökenli Amerikalılardır. Kadınların % 46'sı bekarıdır. Sonuç olarak travma bu popülasyonda yaygın olduğu gözlenmiştir (Meltzer ve ark., 2004).

Cinsel şiddet öyküsü olan kadınların jinekolojik muayene esnasında stres ve acı aralıklarını saptamak, cinsel şiddetle ilişkili olarak travma sonrası stres bozukluğunun muayene acı ve stresi üzerindeki etkilerini saptamak üzere bir çalışma yapılmıştır. cinsel şiddet öyküsü bulunanların daha fazla stres ve muayene sonrası pelvik ağrı yaşadığı gözlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre travma yaşantısı karşı hassasiyetli yaklaşımın sağlığın gelişim ve kalitesine etkili olduğu düşünülmektedir (Weitlauf ve ark., 2008).

İlk bebeklerine hamile karışık sosyo-demografik ve ırklara mensup kadınlarda TSSB yaygınlığını saptamak ve türleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Bulgulara göre TSSB, hamile kadınlar üzerinde etkilidir. TSSB'si olan kadınların olmayanlara göre; çocukluk çağı cinsel istismara maruz kalma, travmatik üreme olayı, kümülatif sosyo-demografik risk faktörleri, eşlik eden depresyon ve anksiyete, geçmişte ruhsal destek arama çabası içinde oldukları gözlenmiştir. Daha fazla doğuma ilişkin riskli davranışlarda buldukları gözlenmiştir (Seng ve ark., 2009).

#### **2.4. Travmatik Yaşantı ve Psikosomatik Tıp**

Psikosomatik hastalık etiolojisinde ruhsal etkenlerin veya streslerin önemli oranda rol oynadığı bazı bedensel hastalıklardır. Bir hastalığa psikosomatik diyebilmek için etiolojide organik bir nedenin olmaması yani organik nedenin ekarte edilmesi gerekiyor. Bir hastalığa psikosomatik diyebilmek için etiolojisinde stresin kesin rolünü belirlemek gerekmektedir (Çevik ve Ünal, 1989).

Psikosomatik yakınmalardan biri olarak da görülebilen ağrı; vücudun herhangi bir yerindeki hasara veya hastalığa bağlı meydana gelen hoş olmayan histir. Diğer anlamıyla da duygusal acı duyulmasıdır. Olmuş ya da yakında olacak bir doku hasarını gösterir. Kişinin yalnızca kendinin değerlendirebileceği duygusal, fizyolojik, nörohormonal değişikliklere tepki verdiği bir takım duygu kompleksi ve davranış şeklidir (Sinani, 2012).

Bir ağrı türü olarak geçici ağrı, herhangi bir doku hasarı olmaksızın deri ya da diğer dokularda ağrı reseptörlerinin aktivasyonu ile ortaya çıkmaktadır. Geçici ağrının, vücut dokularının aşırı strese girmesiyle fiziksel hasara karşı bir koruma tepkisi olarak geliştiği kabul edilmektedir. Akut ağrı, vücut dokularındaki önemli zedelenmeden ve doku hasarı bölgesindeki ağrı reseptörleri alıcılarının aktivasyonundan kaynaklanır (Kara ve Abay, 2000).

Kronik ağrı, uzun süren tedavileri gerektiren, 3-6 aydan uzun süren, özne ve çok boyutlu yaşantısı olan, duygusal, davranışsal, bilişsel bileşenleri içerir. Ağrı yakınması ve işlevsellikte azalma derecesi ile somatik bozukluk arasındaki ilişki orantılı değildir. Kişi, hasta rolünü sürdürmeye dönük dikkat çekici davranışlar gösterir ve reddedilmeye duyarlıdır. Ağrıyla baş etme çabasından çok tüm sorumluluğu hekime yükleme eğilimi vardır. Sıklıkla kullandığı savunma stratejileri inkar, akla uygunlaştırma, bastırma ve yansıtma şeklindedir (Merskey, 1994).

Ruhsal travmayla ilişkili kronik ağrı, özellikle baş ağrısı ve fibromiyalji (FM) rahatsızlığı olan hastalar için özel bir yönetim stratejisi gerekmektedir. Travmalı hastalarda ve travmatik bir olayın klinik geçmişi toplayarak veya kronik ağrı hastalarında TSSB tanısı, baş ağrısı ve FM tanısı büyük önem taşımaktadır. TSSB ve baş ağrısı bozuklukları ve / veya FM hastalarında psikoterapi ve ilaç tedavisi uygulanmalıdır (Peres ve ark., 2009).

Hauser ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada kronik yorgunluk belirtilerinin geçmişte yaşanmış olan ağır travmatik yaşantı ve TSSB sürecinde başladığı gözlenmiştir. fibromiyalji ve TSSB belirtilerinin aynı yıl için ortaya çıktığı gözlenmiştir. TSSB ve fibromiyalji bir şekilde ilişkilidir ve travmatik yaşantının fibromiyalji için önemli bir tetikleyici olduğu gözlenmiştir.

Fibromiyalji, kronik yaygın ağrı, kronik yorgunluk sendromu, çene eklem rahatsızlığı ve irritabl bağırsak sendromu yaşayan hastalarda psikolojik travma ve travma sonrası ilişkiyi inceleyen bir meta analiz çalışmasında işlevsel somatik sendromlar ile travma yaşantısı arasında ilişki bulunmuştur. Çocukluk, yetişkinlik, askerlik döneminde fiziksel, psikolojik, duygusal, cinsel istismarı içeren travmatik olaylara maruz kalmış kontrol ve karşılaştırma grubunu içeren 71 çalışma incelemiştir. Travmaya maruz kalmış olanların işlevsel somatik sendromlarının çok daha fazla olduğu gözlenmiştir. TSSB ile ilişkili olarak fiziksel ve cinsel istismarla çok daha fazla karşılaşmıştır. Travma yaşantısı olanların kronik yorgunluk sendromunu irritabl bağırsak sendromu ve fibromiyaljiye göre daha fazla yaşadığı gözlenmiştir (Aferi ve ark., 2013).

Klinik geribildirim aracı olarak travma ve TSSB için bir tarama aracının; bir triyaj aracı olarak anket kullanılmasının önemi gözlenmiştir. Böyle bir aracın kullanımıyla rutin sağlık kontrollerini yaptıran kadınlarda TSSB tespit edilme imkanını artırabilir (Meltzer ve ark., 2004).

Psikosomatik yakınmalardan biri olarak da görülebilen sindirim sisteminin sık görülen psikosomatik hastalıklarından biri spastik kolondur. İritabl kolon, mukus kolit gibi isimlerle de anılan spastik kolon ya bir anksiyete eşdeğeridir. Sıklıkla rastlanan peptik ülser, dispepsiler, ülseratif kolit, spastik kolon, anoreksiya nervoza, bulimia, kardiyospazm gibi hastalıkların etyolojisinde kesin bir organik patoloji tespit edilmediği hallerde stresler bu hastalıkların ortaya çıkışında önemli rol oynuyorlarsa psikosomatik hastalıklar olarak değerlendirilirler (Çevik ve Ünal, 1989).

Stresin neden olduğu hastalıklardan birisi gastrik ülserdir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda stres ülserlerinin hem beyin hem de gastrointestinal sistemde bulunan nöropeptidlerle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Mekanizması tam olarak

aydınlatılmamış olmasına rağmen stres ülser patogenezinin multifaktöriyel olduğu kabul edilmektedir (Büyükcoşkun, 2002).

Başka bir psikosomatik yakınma olarak da görülebilen cilt hastalıkları, önceliği psikiyatrik olup deride belirti gösteren hastalıklar psikodermatolojik hastalıklardır. delüzyonel parazitoz, yapay dermatit, trikotilmani bu hastalıklara örnek olarak verilebilir. psikofizyolojik ya da stresle oluşan/ artan hastalıklar ise; psöriazis, akne, atopik, dermatit, ürtiker, hiperlipidozdan bahsetmek mümkündür. önceliği dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar ise; alopesi areate, vitiligo, kronik ekzema örneklerdir (Akt; Etyemez, 2011).

Sin ve arkadaşlarının (2002), yaptıkları araştırmada kronik ürtikerli hastaların başa çıkmada pasif oldukları, geri çekilme, duyguları ifade etmeme gibi savunma mekanizmalarını daha sık kullandıkları, kabul etme ve kaderciliğe daha çok başvurdukları gözlenmiştir.

Çeşitli dermatolojik hastalığı olan 4576 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların %12'si akne vulgaris tanısı almış ve akne hastalarının % 55'i hastalığın alevlenmesi ile emosyonel stres arasında yakın ilişki saptanmıştır (Akt; Etyemez, 2011).

## **2.5. Dünyada Şiddetle Mücadele Programları**

Kadın hareketinin 1970'lerde hız kazanmasıyla kadınlara ve çocuklara güvenli yaşam koşulları, ihmal ve düşmanca tutumlarla mücadele ortamı oluşmuştur. Bu hareket şiddetin halkın gözünde tanınmasını ve şiddet uygulayıcısından korunmayı sağladı. Geçici olsa da başarılı oldu. İstismarcı ilişkilerden ne zaman kurtulacakları veya erkeklerin şiddet davranışlarını ne zaman durduracakları konusunda bir çözüme ulaştırmamış olsa da köklü bir toplumsal değişim sağlamıştır (Curley, 2003). Çözüm tartışmaları çeşitli program ve projeler yoluyla hala sürmektedir. Bu bağlamda denenmiş kapsamlı programlardan bahsetmek yararlı olacaktır.

Erkek davranışlarını değiştirmeye yönelik çalışma yürüten "Feminist Duluth Programı" oldukça tartışma yaratsa da çalışmaları hala sürmektedir. Modele göre, patriyarkal toplumda tüm erkekler potansiyel şiddet uygulayıcısıdır. Ayrıca erkeklerin kadınlardan daha fazla cinsiyetçi tutum sergilediklerine dair yeterli çalışma yoktur (Holtzword ve ark., 1997). Model, şiddete yönelik yalnızca psikoeğitimsel müdahaleye yoğunlaşmaktadır. Şiddeti yalnızca adli suç bakış açısıyla teorize etmişlerdir. Oysa şiddet; sosyal yardımlaşma, adli suç, halk sağlığı, psikoloji ve davranışsal müdahalenin konusudur (Hamel, 2007).

Amerika’da travma merkezlerinde ortaya çıkmış olan “Hastane Merkezli Şiddetle Mücadele Programı” (VIP) ulusal alanda faaliyet yürütmektedir. Programın etkileri henüz değerlendirilmemiş olsa da programa dahil olan şiddet uygulayıcılarıyla yapılan bir araştırmada (1999-2001) şiddet olaylarında yaralanmış, şartlı tahliye edilmiş veya denetimli serbestliği olan katılımcılar bulunmaktadır. Müdahale edilen ve edilmeyen iki grup karşılaştırılmıştır. Müdahale edilen grup, psikolojik olarak izlenmiş, aile ve grup terapilerine alınmış, madde bağımlılığı üzerine destek verilmiştir. Diğer gruba ise standart tıbbi yardım prosedürü izlenmiştir. İki grup arasında tutuklanma sayısı açısından fark yoktu. Kontrol grubunun şiddet içeren bir suçtan mahkum olma olasılığının 3 kat fazla olduğu gözlenmiştir. Herhangi bir suçtan tutuklanma olasılığı 2 kat, şiddet suçundan tutuklanma olasılığı 4 kat fazladır. Kontrol grubunun tekrar suç işleme olasılığının anlamlı derecede fazla olduğu gözlenmiştir (Cooper ve ark., 2006).

“Uzman Sağlık Hizmetleriyle Şiddete Müdahale” (VISH) projesi, 2009-2010 yıllarında Avrupa’da yürütülmüştür. Proje çocuklara yönelik şiddeti engellemeyi ve mücadele etmeyi hedeflemiştir. VISH’in hedefi, özellikle sağlık bakımı ve mağdurlara yardım kanallarını güçlendirmeye yönelik uluslar arası geçerliği olan araştırma tabanı oluşturmaktır. Araştırmalar ve uluslar arası katılımcılarla çalışmaların geliştirilmesi hedeflenir. Proje aile içi şiddet merkezleri yerine sağlık, sosyal hizmet birimlerinde, belediyelerde yürütülmüştür. VISH’in elde ettiği verilere göre, şiddete yönelik çalışmalar 4 yolla yürütülebilir. Bunlar pratik, medikal, bireysel, psikolojik, sağlık bakımı düzenlemeleri için erken tarama- araştırma yollarıdır.

Pratik basamakta sorulması önerilen sorular şöyledir:

Bu sorunu kim yaşıyor? Ona nereye gitmesini söylemem gerekir? Ne tür bir yardım teklif etmeliyim? Örneğin son 3 yılda yardım sürecinde değişiklik oldu mu? Her ay güncellendi mi? Kriz merkezine yönlendirildi mi ya da yönlendirilmedi mi? Anne-çocuk sığınma aciliyeti var mı? Sosyal çalışmacılarla nasıl iletişim kurulabilir? Pratik aşamada bir hasta geldiğinde ve danıştığında olay sonrasında ne olduğuna mı odaklanmalıdır? Yoksa tetikleyicilere mi? Hastanın durumunun hangi sürecinde müdahale edilmelidir? Acil sağlık hizmeti mi gerekli olan? Böylelikle müdahalenin aşamaları belirlenmiş olur.

Medikal basamakta, hastanın durumu tıbbi alanda değerlendirilir. Sırasıyla durum karşısında alınacak kararın etkileri tanımlanır. Şiddet durumlarında genelde müdahaleye engel olan şey, müdahalecidir. Oysa durum sanki tıbbi bir sorundan kaynaklanıyormuş gibi sorumluluk alınmalıdır. Medikal alanda karşılaşılan problemler genelde tıbbi bir durum mu, yoksa özel görev içinde bir sorun mu karar verilemediğinden sorulan temel sorulardır.



Bu basamakta sorulan temel soru, “bir hekim polis ya da arkadaş rolüne girmeli midir?” Sorusudur. Oysa hekim kendi rolünden çıkmamalıdır. Verilere göre, tıbbi basamakta şiddetin sosyal ya da psikolojik bir sorun olarak görüldüğü gözlenmiştir.

Bireysel basamakta; sağlığa ve sosyal faktörlere ilişkin tanımlamalar yeniden yapılır. Maruz kalanın bireysel tutumları ve sorumlulukları, şiddet sorunu bireysel sorun olarak tanımlanır. Kadının eşinden ayrılmaktan ziyade neden hırpalanmış kadın olarak kalmayı tercih ettiği merak edilmektedir. Şiddetle ilgili sorunlar tanımlanır. Problemin yansımaları, avantajlı durumları tanımlanır. Kompleks sağlık ve sosyal faktörler yeniden tanımlanır. Bireysel sorumluluk ve tutumlar yeniden tanımlanır. Bu basamakta hayatıyla ilgili tercihler yapmaya odaklanılır.

Psikolojik basamak; hastanın hisleri ve deneyimi ele alınır. Psikolojik süreçlerin yönetimine odaklanılır. Bir hasta olmasından daha fazlasına odaklanılır. Bu yaklaşımda şiddet, birçok psikolojik problemin nedeni olarak görülür. Şiddet, bir travmatik olay deneyimi olarak görülür. Örneğin bir hemşirenin bir hastayla 1-2 ay ilişkisi olur, bu ilişki doğallığında ortaya çıkar. Hastanın psikolojik durumu, krizleri, şiddet öyküleri, travmatik deneyimleri hakkında bilgi sahibi olabilir. Tehdit durumu hakkında bilgi verebilir.

Özetle sağlıkta hizmet veren uzmanların, sosyal hizmet birimlerinin elden ele aktarabileceği, sadece acı- ağrıya odaklanmaksızın karmaşık bir sorun olarak görerek çözebilmeyi öneren bir projedir ( Husso ve ark., 2012).

Sağlıklılığın korunumu yaklaşımının yaygınlaşması, psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik sağlık kampanyaları artarken, şiddetin insanlar üzerindeki etkisini incelemeye yönelik çalışmalar daha yoğunluklu görülmektedir. Şiddete yönelik koruyucu yaklaşım ise sağlık, hukuk, eğitim gibi sistemler arası bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırmanın örneklem grubu, Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi'ne erkek şiddeti sebebiyle acil servis, psikiyatri, nöroloji, kadın doğum polikliniklerinden yönlendirilmiş; tedavileri ve/veya kontrolleri süren, 18 yaş üstü toplam 49 kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Nitel araştırma için odak grup görüşmesi yapılmış, nicel araştırma için ölçek uygulanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanıp psikotik özellikleri ve zihinsel geriliği olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kesitseldir. Araştırmada Kadına Yönelik Şiddet Soru Formu, Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Bem Cinsiyet Rollerı Envanteri ilk görüşmenin sonunda uygulanmıştır.

Nitel araştırma görüşme odasında, terapötik sürecin bir parçası olarak yapılmıştır. Psikolojik görüşmenin akışına göre düzenlenen Kadına Yönelik Soru Formu'nda yer alan ucu açık sorular için ses kayıt cihazı kullanılmış, yaklaşık 45 dakikalık görüşmenin ilk 20 dakikasında bilgiler alınmıştır. Kategoriler belirlenmiş, veriler içerik analizine göre sınıflandırılmıştır. Kategorize edilen veriler ve ölçek puanları SPSS 16.0 programında hesaplanmıştır. Tüm kadınlara psikolojik destek sağlanmış, uygun danışanlara aile danışmanlığı hizmeti verilmiştir. Kadınların şiddetle, stresle başa çıkma yollarının sağlık durumları üzerindeki etkileri belirlenmek istenmektedir.

#### **3.1. Gereçler**

##### **3.1.2. Kadına Yönelik Şiddet Soru Formu**

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu, sosyal destek sistemleri, şiddet olayına yönelik kişisel, toplumsal rollere ilişkin değerlendirmelerini içeren, travmatik olay geçmişinin gözden geçirildiği açık uçlu sorulardan oluşan 6 bölümlük formdur. Nitel araştırma yöntemleriyle değerlendirilecektir.

##### **3.1.3. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS)**

Ölçeğin özgün formu, Blake ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aker ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

Ölçekteki soruların 17'si TSSB belirtilerini değerlendirirken, diğer 8 soru ise TSSB'ye eşlik eden belirtiler başlığı altında yer almaktadır. Bunların dışında, ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirmeye veya 6 ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirilmesiyle ilgili sorular da yer almaktadır. Toplam ölçek puanı sıklık ve şiddet puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurabilen ölçektir.

#### **3.1.4. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90- R)**

Ölçek 1973'de Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Mustafa Kılıç tarafından 1987'de Türkçeye uyarlanmıştır. Ülkemizde Çuhadaroğlu ve Dağ tarafından da geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Psikiyatrik belirtileri, bireyin içinde bulunduğu zorlanmayı ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini ölçmeye yarayan 90 maddelik psikiyatrik tarama aracını 5'li likert Tipi ölçek üzerinden değerlendirirler.

#### **3.1.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği**

Ölçek Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma yollarını belirleyen ifadeleri içermektedir. İlk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) olarak kullanılmaya başlanmıştır. SBTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması 1992 yılında Şahin ve Durak tarafından gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar düşüncelerini 30 maddelik, 4'lü likert Tipi ölçek üzerinde değerlendirirler. Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir.

Bunlar "Probleme yönelik/aktif" ve "Duygulara yönelik/pasif" tarzlardır. Aktif tarzları "Sosyal desteğe başvurma", "İyimser yaklaşım" ve "Kendine güvenli yaklaşım" alt ölçekleri, pasif tarzları "Çaresiz yaklaşım" ve "Boyun eğici yaklaşım" alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin "Kendine güvenli" ve "İyimser yaklaşım"ı, başa çıkamayanların ise "Boyun eğici" ve "Çaresiz yaklaşım"ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir.

### **3.1.6. Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği**

Psikolojik stresle başarılı biçimde baş etme yeteneğini ele almakta ve özellikle stres, baş etme ve uyumluluğa odaklanan ölçek 2003 yılında Connor ve Davidson tarafından geliştirilmiştir. Katılımcılar düşüncelerini 25 maddelik 5'li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirirler. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı kabul edilir. Türkiye'de Kararımak (2010) tarafından 1999 depreminin yıkıcı etkilerine maruz kalan 246 kişilik bir örnekleme Türkçe uyarlaması yapılmıştır.

### **3.1.7. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri**

Ölçek Bem tarafından 1974 yılında geliştirilmiş, Kavuncu (1987) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri'nin (BCRE) Kadınsılık (K) ve Erkeksilik (E) alt ölçeklerden oluşmaktadır. Kadınsılık puanı kadınsılık ortancasının üstünde, erkeksilik puanı erkeksilik ortancasının üstünde olanlar androjen kabul edilmektedir. Kadınsılık puanı ortancanın altında, erkeksilik puanı ortancanın üstünde olanlar erkeksi kabul edilmektedir. Kadınsılık puanı ortancanın üstünde, erkeksilik puanı ortancanın altında olanlar kadınsı ve iki puanı iki ortancanın altında olanlar da belirsiz cinsiyet rolüne sahip olarak kabul edilmektedir. Katılımcılar düşüncelerini 40 maddelik 7'li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirirler.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Dağılımlar

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, şiddet türleri ve şiddetin özellikleri, katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin dağılımlar değerlendirilmiştir.

#### 4.1.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular:

Katılımcılar hastanenin “Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi”ne şiddet yaşantısı sebebiyle yönlendirilen 49’kadından oluşmaktadır. Araştırmaya şiddet yaşantısı olan toplam 49 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaşları 17 ile 54 yaş arasında olup ortalama yaşları 30,8’dir. Acil servis tarafından şiddetten hemen sonra yönlendirilen %55, psikiyatri birimi tarafından %28.6, acil servisten suisid girişim sebebiyle yönlendirilen %10.2, kadın doğum polikliniğinden %4.1’i, nöroloji polikliniği tarafından %2 oranında yönlendirme bulunmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo1.de sunulmuştur.

**Çizelge 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri**

Değişkenler		Sayı	Yüzde
<b>Eğitim</b>	8 yıl altı	31	63.3
	8 yıl üstü	18	36.7
<b>Medeni Durum</b>	Evli	40	81.6
	Bekar	5	10.2
	Dini nikah	3	6.1
	Boşanmış	1	2
<b>Eve Giren Gelir Miktarı</b>	2000 altı	34	69.4
	2000 üstü	15	30.6
<b>Ekonomik Katkı</b>	Çalışmıyor	36	75.5
	Çalışıyor	13	24.5
<b>Sağlık Güvencesi</b>	Eşine veya babaya ait	29	59.2
	Kendine ait	13	26.5
	Yok	7	14.3

#### 4.1.2. Şiddet yaşantısına ilişkin bulgular:

Araştırmada katılımcıların kim tarafından şiddete maruz kaldığına bakılmıştır. Fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik şiddet tanımlanmış hangilerine maruz kaldığı

araştırılmıştır. Kadınların 31'i (63.3%) şiddeti bir ay içinde yaşarken, 18'i (36.7%) bir aydan daha eski bir tarihte yaşamıştır. Bulgular Çizelge 2. de sunulmuştur.

**Çizelge 2. Şiddet yaşantısına ilişkin dağılım**

Değişkenler		Sayı	Yüzde
<b>Şiddet Uygulayan</b>	Eş	39	79.69
	Diğer aile üyeleri(erkek)	7	14.3
	Erkek arkadaş	3	6.1
<b>Şiddet Yoğunluğu</b>	Birden fazla şiddet türü	45	91.8
	Tek şiddet türü	4	8.2
<b>Fiziksel Şiddet</b>	Maruz kalmış	48	98
	Maruz Kalmamış	1	2
<b>Psikolojik Şiddet</b>	Maruz kalmış	43	87.8
	Maruz Kalmamış	6	12.2
<b>Cinsel Şiddet</b>	Maruz kalmış	31	63.3
	Maruz Kalmamış	18	36.7
<b>Ekonomik Şiddet</b>	Maruz kalmış	25	51
	Maruz Kalmamış	24	49

Araştırma süresi içinde şiddete maruz kalma sebebiyle tekrar başvuranlar kadınların oranı 6 (12,2%), herhangi bir başvurusu olmayan kadınların oranı ise 43 (87,8%) katılımcı bulunmaktadır.

#### 4.1.3.Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular:

Araştırmaya katılan kadınların şiddete maruz kalmadan önceki ruhsal öykülerine ilişkin bulgular Çizelge 3'te gösterilmektedir.

**Çizelge 3. Sağlık durumuna ilişkin dağılım**

Değişkenler		Sayı	Yüzde
<b>Psikiyatrik Öykü</b>	Var	28	57.1
	Yok	21	42.2
<b>Suisid Öykü</b>	Var	16	32.7
	Yok	33	67.3
<b>Şiddet Dışında</b>	Kayıp	10	20.4
<b>Travmatik Öykü</b>	Çatışma	8	16.3
	Göç	5	10.2
	Aileden ayrılma	2	4.1
	Afet	1	2
	Yok	23	46.9

## 4.2.ÖLÇEKLERE İLİŞKİN DAĞILIM

### 4.2.1. Connor- Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği:

Araştırmada kullanan Psikolojik Dayanıklılık ölçeğinin ortalama puanının (Mean: 52.49) altında ve üstünde puan alanlara göre karşılaştırma yapılmıştır. Psikolojik dayanıklılığa ilişkin dağılım Çizelge 4’te gösterilmektedir.

**Çizelge 4. Connor- Davidson Ölçeğine İlişkin Dağılım**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Düşük Dayanıklılık	22	44.9
Yüksek Dayanıklılık	21	42.9
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>87.8</b>

### 4.2.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ):

Araştırmada kullanan SBTÖ alt ölçekleri olan Sosyal Destek Arama Yaklaşımı, Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Başa Çıkma Yaklaşımı, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım tarzlarından en yüksek puanın alındığı alt ölçeklere göre dağılım Çizelge 5’te gösterilmiştir.

**Çizelge 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine İlişkin Dağılım**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Sosyal Destek	1	2.0
Kendine Güvenli	18	36.7
İyimser	2	4.1
Çaresiz Yaklaşım	25	51.0
Boyun Eğici	0	0
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>93.8</b>

---

#### 4.2.3. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Belirtiler Tarama Ölçeğine İlişkin Dağılım (CAPS)

Araştırmada kullanan CAPS ölçeğinde akut stres belirtileri, kronik stres belirtileri, TSSB gözlenmeme durumu ve eşik altı TSSB değerlendirmesine ilişkin dağılım Çizelge 6'da gösterilmiştir.

**Çizelge 6. Belirtilerin süresine göre TSSB belirtileri dağılımı**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
TSSB Karşılanmıyor	4	8.2
Akut	13	26.5
Kronik	24	49.0
Eşik Altı	8	16.3
<b>Toplam</b>		

#### 4.2.4. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeğine İlişkin Dağılım (SCL-90)

Araştırmada kullanan SCL-90 testinin alt ölçeklerine ilişkin dağılım Çizelge 7'de gösterilmiştir.

**Çizelge 7. Ruhsal belirtilere göre dağılım**

Değişkenler	Sayı	Yüzde	
Somatizasyon	Var	14	28.6
	Yok	32	65.3
Obsesyon	Var	34	69.4
	Yok	12	24.5
Kişiler Arası Duyarlılık	Var	39	79.6
	Yok	7	14.3
Depresyon	Var	37	75.5
	Yok	9	18.4

---



<b>Anksiyete</b>	Var	35	71.4
	Yok	11	22.4
<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	25	51.0
	Yok	21	42.9
<b>Öfke- Düşmanlık</b>	Var	31	63.3
	Yok	15	30.6
<b>Paranoid Düşünceler</b>	Var	38	77.6
	Yok	8	16.3
<b>Psikotizm</b>	Var	25	51.0
	Yok	21	42.9
<b>Toplam</b>		46	93.9

#### 4.2.5. Bem Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılım

Araştırmada kullanılan cinsiyet rolleri ölçeğinin kadınsılık, erkeksilik, androjen cinsiyet kimliği, belirsiz cinsiyet kimliği puanlamasına göre dağılım Çizelge 8’de gösterilmiştir.

**Çizelge 8. Bem Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılım**

<b>Değişkenler</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kadınsı</b>	Var	15	30.6
	Yok	30	61.2
<b>Erkeksi</b>	Var	3	6.1
	Yok	42	85.7
<b>Androjen</b>	Var	21	42.9
	Yok	24	49.0
<b>Belirsiz</b>	Var	6	12.2
	Yok	39	79.6
<b>Toplam</b>		45	91.8

#### 4.3. ÖLÇEKLER ARASI İLİŞKİ

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, CAPS, SCL-90 ve Bem Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılım arasında ilişkiye bakılmıştır.

### 4.3.1. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Bulgular

Psikolojik dayanıklılık ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkiye bakıldığında:

Dayanıklılık puanları ile obsesyon puanları ( $r=-0.46$ ,  $p=0.00$ ), kişiler arası duyarlılık puanları ( $r=-0.42$ ,  $p=0.00$ ), depresyon puanları ( $r=-0.56$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete puanları ( $r=-0.37$ ,  $p=0.01$ ), öfke ve düşmanlık puanları ( $r=0.48$ ,  $p=0.00$ ), paranoid düşünce puanları ( $r=0.40$ ,  $p=0.01$ ), psikotizm ( $r=0.48$ ,  $p=0.00$ ), ek skala puanları ( $r=-0.55$ ,  $p=0.00$ ) arasında ters yönlü korelasyon belirlenmiştir. Bulgular neden-sonuç ilişkisini yansıtmamakla birlikte literatürle uyumludur.

Dayanıklılık ile stresle başa çıkma, cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Travma sonrası stres bozukluğu toplam puanı ile dayanıklılık puanları arasında negatif yönlü ( $r=0.30$ ,  $p=0.04$ ) ilişki belirlenmiştir.

### 4.3.2. Stresle Başa Çıkmaya İlişkin Bulgular

Stresle Başa Çıkma Ölçeği ile Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; çaresiz başa çıkma yaklaşımı ile obsesyon puanları arasında ( $r=0.34$ ,  $p=0.01$ ), kişiler arası duyarlılık puanları arasında ( $r=0.38$ ,  $p=0.01$ ), depresyon puanları arasında ( $r=0.43$ ,  $p=0.00$ ), öfke ve düşmanlık puanları arasında ( $r=0.37$ ,  $p=0.01$ ), fobik anksiyete puanları arasında ( $r=0.41$ ,  $p=0.00$ ), psikotizm puanları arasında ( $r=0.43$ ,  $p=0.00$ ) pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir.

Boyun eğici başa çıkma yaklaşımları ile obsesyon puanları arasında ( $r=0.30$ ,  $p=0.04$ ), fobik anksiyete puanları arasında ( $r=0.38$ ,  $p=0.00$ ) pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Kendine güvenli başa çıkma yaklaşımı puanları ile androjen cinsiyet kimliği puanları arasında ( $r=0.46$ ,  $p=0.00$ ) pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

İyimser başa çıkma yaklaşımı puanları ile erkeksi cinsiyet rol puanları arasında ( $r=0.39$ ,  $p=0.00$ ), androjen cinsiyet kimliği puanları arasında ( $r=0.57$ ,  $p=0.00$ ) pozitif yönde ilişki bulunurken; belirsiz cinsiyet rol puanları arasında ( $r=-0.41$ ,  $p=0.01$ ) ters yönde ilişki bulunmuştur.

Çaresiz başa çıkma yaklaşımı puanları ile erkeksi cinsiyet rolleri puanı ile arasında ( $r=-0.39$ ,  $p=0.00$ ) ters yönde ilişki gözlenmiştir.



Çizelge 9. Ruhsal belirti puanları ile ilişkili ölçek puanları

	TSSB	Somatizasyon	Obsesyon	Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Öfke- Düşman lık	Fobik Anks.	Paranoid	Psikotizm	Ek Skala
<b>Kadınsılık</b>	r=-,21 p=,89	r=,20 p=,18	r=,12 p=,42	r=,06 p=,71	r=,18 p=,09	r=,09 p=,55	r=-,09 p=,55	r=,23 p=,12	r=,11 p=,48	r=,16 p=,29	r=,30 p=,04*
<b>Erkeksilik</b>	r=,42 p=,79	r=,23 p=,88	r=,14 p=,37	r=-,01 p=,91	r=,03 p=,85	r=,13 p=,40	r=,16 p=,28	r=-,08 p=,59	r=,16 p=,30	r=,00 p=,99	r=,06 p=,69
<b>Androjen</b>	r=-,52 p=,73	r=-,16 p=,30	r=-,23 p=,13	r=-,16 p=,30	r= - ,30 p=,04*	r=-,16 p=,30	r=-,14 p=,35	r=-,19 p=,21	r=-,23 p=,14	r= -,36 p=,01*	r= -,45 p=,00* *
<b>Belirsiz Rol</b>	r=,75 p=,62	r=-,06 p=,68	r=,06 p=,68	r=,16 p=,27	r=,17 p=,27	r=,00 p=,98	r=,22 p=,15	r=,01 p=,92	r=,07 p=,66	r=,31 p=,04*	r=,19 p=,22
<b>Dayanıklılık</b>	r= - ,30 p=,04 *	r= -,28 p=,04	r= -,46 p=,00**	r= -,42 p=,00**	r= -,56 p=,00**	r= -,37 p= ,01*	r= -,48 p= ,00**	r= -,22 p= ,16	r= -,40 p= ,01**	r= -,48 p= ,00**	r= -,55 p= ,00**
<b>Sosyal Destek</b>	r=-,19 p=,20	r=-,02 p=,20	r=-,02 p=,87	r=,02 p=,90	r=,01 p=,93	r=,12 p=,41	r=,09 p=,56	r=,08 p=,59	r=-,21 p=,15	r=-,02 p=,90	r=,02 p=,90
<b>Güvenli</b>	r=-,28 p=,63	r=,08 p=,60	r=-,15 p=,33	r=-,24 p=,11	r=-,22 p=,14	r=-,19 p=,20	r=-,11 p=,47	r=-,10 p=,51	r=-,12 p=,43	r=-,25 p=,10	r= -,32 p=,03*
<b>İyimser</b>	r=-,62 p=,68	r=-,07 p=,61	r=-,03 p=,80	r=-,10 p=,53	r=-,21 p=,17	r=-,08 p=,60	r=-,29 p=,05	r=-,01 p=,92	r=-,11 p=,48	r=-,26 p=,09	r=-,24 p=,11
<b>Çaresiz</b>	r=,25 p=,99	r=,24 p=,11	r=,34 p=,01**	r=,38 p=,01**	r=,43 p=,00**	r=,28 p=,06	r=,37 p=,01*	r=,41 p=,00* *	r=,25 p=,09	r=,43 p=,00**	r=,20 p=,18
<b>Boyun eğici</b>	r=0,24 p=0,1 1	r=,17 p=,26	r=,30 p=,04*	r=,12 p=,44	r=,28 p=,06	r=,23 p=,12	r=,20 p=,17	r=,38 p=,00* *	r=,09 p=,56	r=,25 p=,09	r=-,01 p=,95

Çizelge 10. Başa çıkma yolları ile cinsiyetçilik puanları

	Kadınsılık	Erkeksilik	Androjen	Belirsiz	Sosyal destek	Güvenli	İyimser	Çaresiz	Boyun eğici
Kadınsılık	1								
Erkeksilik	r=,19 p=,21	1							
Androjen	r=-,66 p=,00**	r=-,25 p=,09	1						
Belirsiz Rol	r=-0,28 p=0,07	r=-0,10 p=0,49	r=0,37 p=0,01*	1					
Sosyal destek	r=,27 p=,07	r=-,12 p=,45	r=-,15 p=,32	r=,07 p=,63	1				
Güvenli	r=-,26 p=,08	r=-,18 p=,24	r=,46 p=,00**	r=,55 p=,00* *	r=,17 p=,27	1			
İyimser	r=-,10 p=,50	r=-,39 p=,00**	r=,57 p=,00**	r=,39 p=,01* *	r=,04 p=,81	r=,50 p=,00**	1		
Çaresiz	r=,12 p=,44	r=-,39 p=,00**	r=-,02 p=,88	r=-,07 p=,67	r=-,01 p=,97	r=,27 p=,07	r=,05 p=,76	1	
Boyun eğici	r=,15 p=,31	r=-,27 p=,08	r=-,03 p=,86	r=,02 p=,99	r=-,09 p=,56	r=,16 p=,28	r=,12 p=,44	r=,65 p=,00**	1



### 4.3.ÖLÇEKLER İLE NİTEL VERİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

#### 4.3.1. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İle İlişkili Nitel Veriler

Sosyoekonomik düzey, yaş, eğitim düzeyi, kadının ekonomik katkısı, şiddete yüklenen nedensel atıflar ile dayanıklılık ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

Katılımcıların başa çıkma yöntemlerine bakıldığında kurumsal destek aramış olanların psikolojik dayanıklılık toplam puanlarının kurumsal destek aramamış olanlara göre anlamlı düzeyde ( $p= 0.013$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

**Çizelge 11.** Kurumsal destek arama yöntemleri ile psikolojik dayanıklılık toplam puanları arasındaki farkı gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

Dayanıklılık	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Z	U	p
Kurumsal Destek var	29	26,62	263,00	- 2,490	127,00	.013*
Kurumsal Destek yok	16	16,44	772,00			

Süreğen şiddetle başa çıkma yöntemi geliştiren kadınların yöntem geliştirmeyen kadınlara göre psikolojik dayanıklılık toplam puanlarının anlamlı düzeyde ( $p= 0.013$ ) yüksek olduğu gözlenmiştir.

**Çizelge 12.** Başa çıkma yöntemi geliştirme ile psikolojik dayanıklılık toplam puanları arasındaki farkı gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

Dayanıklılık	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Z	U	p
Yöntem geliştirme var	29	26,62	263,00	- 2,490	127,00	.013*
Yöntem geliştirme yok	16	16,44	772,00			

#### 4.4.2 Stresle Başa Çıkma Ölçeği İle İlişkili Nitel Veriler

Sosyoekonomik düzeyi düşük ve yüksek olanların stresle başa çıkmada tercih ettikleri yöntemler arasında fark olup olmadığını araştırılmıştır. Katılımcıların, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğicilik, sosyal destek arama, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım puanları arasında anlamlı fark gösterip göstermediklerini saptamak için Mann-Whitney U-testi

yapılmıştır. Test sonucuna göre ekonomik düzeyi düşük olanlar ve yüksek olanlar arasında kendine güvenli yaklaşım, boyun eğicilik, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım anlamlı bir fark bulunmazken; sosyal destek arama yöntemlerini tercih etme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p = 0,048$ ). Aritmetik ortalamalara bakıldığında ekonomik düzeyi düşük olanların daha fazla sosyal destek arama yöntemini tercih ettiği gözlenmiştir.

**Çizelge 13.** Sosyo-ekonomik düzeyi ile stresle başa çıkmada alt ölçeklerden SBTÖ’ye göre “sosyal destek arama yöntemi” arasındaki farkı gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

Sosyo-Ekonomik Düzey	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Z	U	p
Düşük	31	26,19	812,00	- 1,975	149,00	.048*
Yüksek	15	17,93	269,00			

Evin ekonomisinde katkısı olanlar ile olmayanların şiddet algıları arasındaki ilişkiyi test etmek üzere Ki-kare testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre eve giren ekonomik gelire katkıda bulunmayanların, şiddeti tanımladıkları düzeyin “çok fazla” olma oranı (82,5%), ekonomik katkıda bulunanların şiddeti “çok fazla” tanımlama oranına göre (17,5%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher ki-kare testi,  $p=0,029$ ).

Şiddetin nedenine yönelik namusa yönelik tartışmaları atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcılar arasında stresle başa çıkmada tercih ettikleri yöntemler arasında fark olup olmadığını araştırılmıştır. Katılımcıların, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğicilik, sosyal destek arama, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım puanları arasında anlamlı fark gösterip göstermediklerini saptamak için Mann-Whitney U-testi yapılmıştır. Test sonucuna göre “namus suçlamaları” atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcılar arasında kendine güvenli yaklaşım, boyun eğicilik, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım anlamlı bir fark bulunmazken; sosyal destek arama yaklaşımını tercih etme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p = 0,033$ ). Aritmetik ortalamalara bakıldığında “namus suçlamaları” atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların sosyal destek arama yaklaşımını başa çıkma yöntemi olarak daha az tercih ettiği gözlenmiştir.



**Çizelge 14.** Namusa yönelik tartışmaları şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların SBTÖ'ye göre tercih ettikleri “sosyal destek arama” yöntemleri arasındaki farkı gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

<b>Namus Tartışmaları Şiddetin Nedenidir</b>	<b>n</b>	<b>Sıra ortalaması</b>	<b>Sıra toplamı</b>	<b>Z</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Evet</b>	8	32,62	261,00	-2,136	79,00	.033*
<b>Hayır</b>	38	21,58	820,00			

Şiddetin nedenine yönelik “kendi eksikliklerini” atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcılar arasında stresle başa çıkmada tercih ettikleri yöntemler arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Katılımcıların, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğicilik, sosyal destek arama, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım puanları arasında anlamlı fark gösterip göstermediklerini saptamak için Mann-Whitney U-testi yapılmıştır. Test sonucuna göre “kendi eksikliklerini” atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcılar arasında boyun eğicilik, sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım anlamlı bir fark bulunmazken; kendine güvenli ve iyimser başa çıkma yaklaşımını tercih etme arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,048$ ;  $p=0,042$ ). Aritmetik ortalamalara bakıldığında “kendi eksikliklerini” atfeden katılımcıların diğer nedenleri atfeden katılımcılara göre “kendine güvenli” ve “iyimser başa çıkma” yaklaşımını daha az tercih ettiği gözlenmiştir.

**Çizelge 15.** Kendi eksikliklerini şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların tercih ettikleri “kendine güvenli başa çıkma” yöntemleri arasındaki farkı gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

<b>Benim Eksikliklerim Şiddetin Nedenidir</b>	<b>n</b>	<b>Sıra ortalaması</b>	<b>Sıra toplamı</b>	<b>Z</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Evet</b>	4	10,88	43,50	-1,974	33,50	.048*
<b>Hayır</b>	42	24,70	1037,50			

**Çizelge 16.** Kendi eksikliklerini şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların SBTÖ'ye göre tercih ettikleri “iyimser başa çıkma” yöntemleri arasındaki farkı gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

<b>Benim Eksikliklerim Şiddetin Nedenidir</b>	<b>n</b>	<b>Sıra ortalaması</b>	<b>Sıra toplamı</b>	<b>Z</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Evet</b>	4	10,50	42,00	-2,036	32,00	.042*
<b>Hayır</b>	42	24,74	1039,00			

#### 4.4.3 CAPS Ölçeğiyle İlişkili Nitel Veriler

Şiddete yönelik nedensel atıflar ile TSSB saptanma ve saptanmama durumu arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Mann Whitney U testine göre “erkeğe ait sorunlar”, “aile”, “namus”, “ek partner”, “kendine atıf”, “alkol” temaları ile TSSB puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Yalnızca “ekonomi” teması ile TSSB puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Bulgular Çizelge 17’de gösterilmiştir.

**Çizelge 17.** Ekonomik sorunları şiddetin nedeni atfeden katılımcılarla diğer nedenleri atfeden katılımcıların CAPS’a göre TSSB saptanma ve saptanmama durumunu gösteren Mann Whitney U testi sonuçları

<b>TSSB</b>	<b>n</b>	<b>Sıra ortalaması</b>	<b>Sıra toplamı</b>	<b>Z</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Var</b>	45	26,44	35,00	-2,376	25,00	.018*
<b>Yok</b>	4	8,75	1190,00			

#### 4.4.4. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri İlişkili Nitel Veriler

Ekonomik düzey, ekonomik bağımsızlık, eğitim düzeyi, şiddete yönelik nedensel atıflar ile cinsiyet kimlikleri arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

Cinsel şiddet yaşayanların benimsedikleri cinsiyet rollerinin belirsiz görülme oranı (83,3%), cinsel şiddet yaşamayanların oranına göre (16,7%) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Fisher’in ki-kare testi,  $p = 0,017$ ).

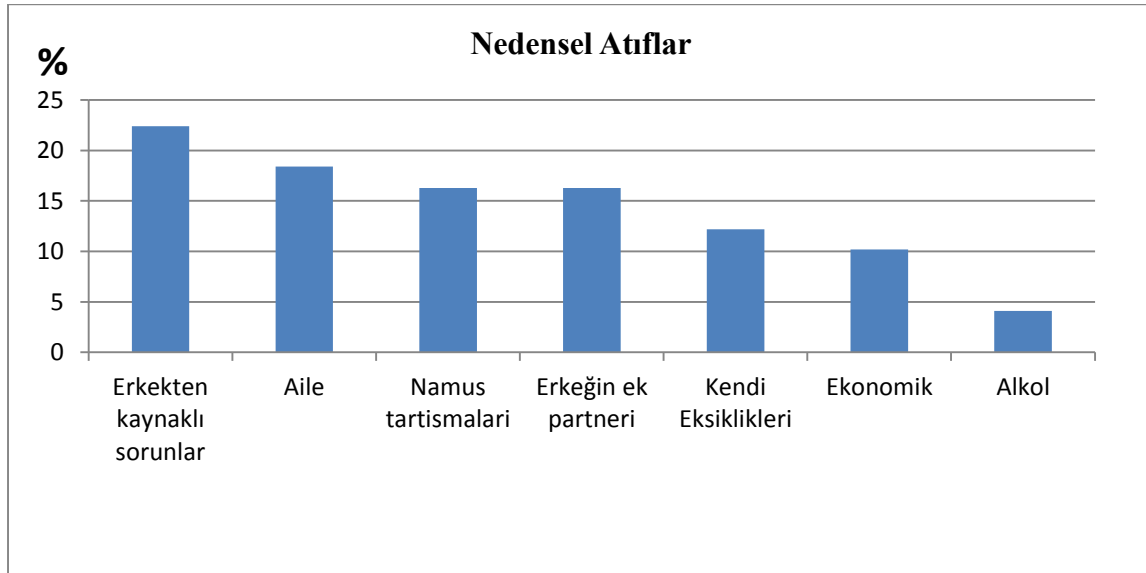
Psikolojik şiddet yaşamayanların kendini erkeksi görme oranı (66,7%), psikolojik şiddet yaşayanların oranına göre (33,3%) daha yüksek gözlenmiştir (Fisher’in ki-kare testi,  $p=0,043$ ).

#### 4.4. NİTEL VERİLERE İLİŞKİN DAĞILIM

##### 4.5.1. Katılımcıların “Sizce yaşadığınız olayın nedeni ne?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Katılımcıların cevaplarına göre, şiddetin nedenini açıklarken erkeğe dair; “cahil olması, ruh sağlığının yerinde olmaması” gibi cevaplar “erkeğe ait sorunlar” kategorisinde toplanmıştır. Buna göre, erkeğe ait sorunlara atfeden katılımcı oranı 11’dir (22,4%). Şiddete maruz kalmasının nedeni olarak en sık “erkeğin/eşin ailesi veya kendi ailesiyle ilgili problemleri” cevapları “aile” kategorisinde toplanmıştır. Buna göre; aile sorunlarına atfeden katılımcı oranı 9’dur (18,4%). Neden olarak en sık “kadının namussuzluk yaptığı üzerine çıkan tartışmalar” olarak verilen cevaplar “namus suçlamaları” kategorisinde toplanmıştır. Cevap olarak en sık “namus” ifade eden katılımcı oranı 8 (16,3%). En sık “kadının kendi eksiklikleri, hataları” olarak verilen cevaplar “kendine atıf” kategorisinde toplanmıştır; sayısı 6’dır (12,2%). En sık “eşinin ya da erkek arkadaşının farklı bir ilişki içinde olması üzerine çıkan tartışmalar” cevapları “ek partner” kategorisinde toplanmıştır; sayısı 8’dir (16,3 %). , Ekonomik problemler “ekonomi” kategorisinde toplanmıştır; sayısı 5 (10,2%), en sık alkolü neden olarak gören cevaplar “alkol” kategorisinde toplanmıştır; sayısı 2 (4,1%) Cevaplara ait yüzdeler Çizim 4.1’de gösterilmektedir.

**Çizim 4.1:** Nedensel Atıflar



### **Örnek ifadeler aşağıda sıralanmıştır:**

**C1.46:** Sürekli kafasında bir şeyler kuruyor, planlıyor. İşte diyordu sen beni sevmiyorsun, aldatıyorsun. Yok, sen onunla berabersin, bununla berabersin. Yani kafasında kuruyor, planlıyor sonra onaylıyor kendisi. Böyle olduğunu düşünüyor.

**C1.60:** Aşırı sinirli olması. Yani gitgide bunun dozunun artması, kendini frenleyememesi o an kendini görmesi lazım. Sokağa attı, saat tam bir buçuktu. Kayın validem, görümcem, kızı filan vardı. Bir şey sordu aramız da iyi değildi. Bir şey sordu annesi. Bahçeyle ilgili bir şey sordu. Annesine söylediğim bir şeyi o oradan farklı anladı. Ne diyorsun sen dedi, konuşma geç şuraya dedi mutfağa. Ne oluyor H. dedim, sakın ol, oruçlusun dedim. Ayıp. Mutfakta sıkıştırdı, yumruk, tokat, seni öldürürüm dedi, şuradan aşağı atarım dedi. Yapma, bir sakın ol, ayıp insanlar var dedim. Bir çıktı, o çıkınca banyoya dolaştım, elimi yüzümü yıkadım. Çıkışta gördü beni tekrardan balkondan beri. Seni öldüreceğim dedi. Seni bilmem ne yapacağım dedi, hıyar dedi, ağza alınmayacak. Zaten her dakika küfür, herkese küfür...

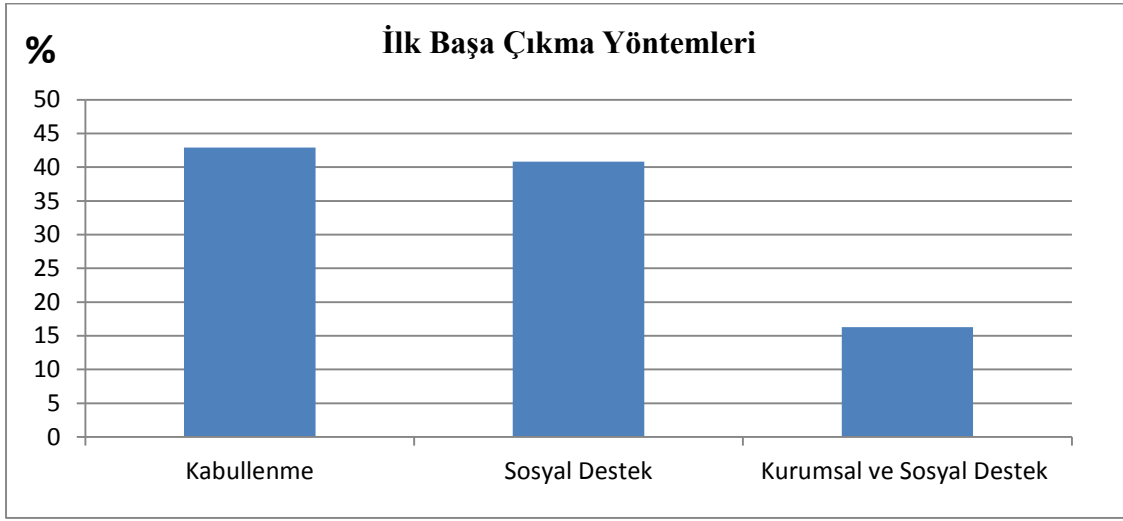
**C1.89:** Eşimin beni aldatmasını artık kaldıramadım. İşte internete girdiğinde, bana telefon almıştı, benim telefonumu da tuvalet kuyusuna düşürdü. Sonra telefon almıştı işte, onla internete girmiş. Oradan mesajları görünce ne bileyim bana karşı ilgisi sevgisi de yoktu. Aldatmış en sonunda. Ben de yapmıyorum, etmiyorum dedim. Hayvanlara bakmıyorum deyince köpek gibi bakacaksın, affedersin pisliğine bakacaksın gibisinden hakaretler etti. Dövdü. Ağzımı, burnumu bütün şey yaptı. Hatta ağzımdan, dişim kırılmıştı. Ağzımın farkında değildim.

**C1.93:** Başka bir kadın.

#### **4.5.2. Katılımcıların “Şiddeti ilk yaşadığınızda denediğiniz başa çıkma yöntemleri nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.**

Katılımcılar 21’i (42,9%) hiçbir şey denemediklerini, kabul etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların 20’si (40,8%) yakınlarıyla, akrabalarıyla sorunu paylaşma, dertleşme, fikir alma eylemlerini içeren “sosyal destek” aramıştır. Katılımcıların 8’i (16,3%) yakınıyla paylaşmak ve emniyet gibi resmi kurumlara başvurmayı içeren “kurumsal destek, sosyal destek arayışlarına girmiştir.

**Çizim 4.2:** Şiddete ilk maruz kaldığında denediği başa çıkma yöntemlerine ilişkin dağılım



**Örnek ifadeler aşağıda sıralanmıştır:**

**C4B.86:** Hiçbir şey yapamadım. O zaman öyle bir şey ki; anne var, babası var. Hani benim ailem bana sahip çıkmadı. Çıkmadı derken. Bir despottu babam. Dövemiyorsanız ben döveyim kızımı dedi babam. Neden, niçin diye sormadılar. Beni evlendirdiler. Orda otursun. Yani ne olursa olsun. O evden çıkmayacaksın. Kayınvalidem çok problemlili bir insan... Çok sıkıntılar yaşadım.

**C4B.44:** Çekiyordum işte. Gece falan dayak yiyordum. Benim üstümde, apartmanda oturuyorum normalde. Üstümdeki geliyordu. Bu gece yine dayak yedin değil mi dedi bana. Ben de evet dedim. Hep öyle yani... Üstümdekine anlatıyordum derdimi. O demişti bana bir iki kere niye şikâyet etmiyorsun diye. Ben dedim bilmiyorum ki. Biz o eve taşınalı bir sene oldu. Bana diyordu ki bir seneden beri sürekli dayak yiyorsun diyordu. Ben de bilmiyordum zaten. Şikâyet nasıl edildiğini bilmiyordum. Daha doğrusu korkuyordum. Ne yalan söyleyeyim. O yüzden hiç sesimi de çıkartmadım. Evde duruyordum ya. Zaten normalde her yerim çürük oluyordu. Dışarı bile çıkmıyordum. Ben böyle şikâyetçi olamıyordum. Korkuyordum, çekiniyordum. Ama emniyete gittim.

**C4B.47:** Hiç bir yöntem denemedim. Nasıl desem size? Haksızlığa gelememe gibi şeyler. Titreme geliyor. Bağırıyorum çağırıyorum. Haksızlığa kesinlikle gelemiyorum ben. İşte bir tartışma yaşadık. Mesela evden çıkıp gitti sabahın sekizinde. Kapıyı üzerime kilitledi. Elimden telefonu aldı. Bunlar benim hiç tahammül edemeyeceğim şeyler. Hangi devirde yaşıyorsun sen. Kapı kilitleme, telefonu elinden almak nedir? Hiç bir şey yapmadım yani.

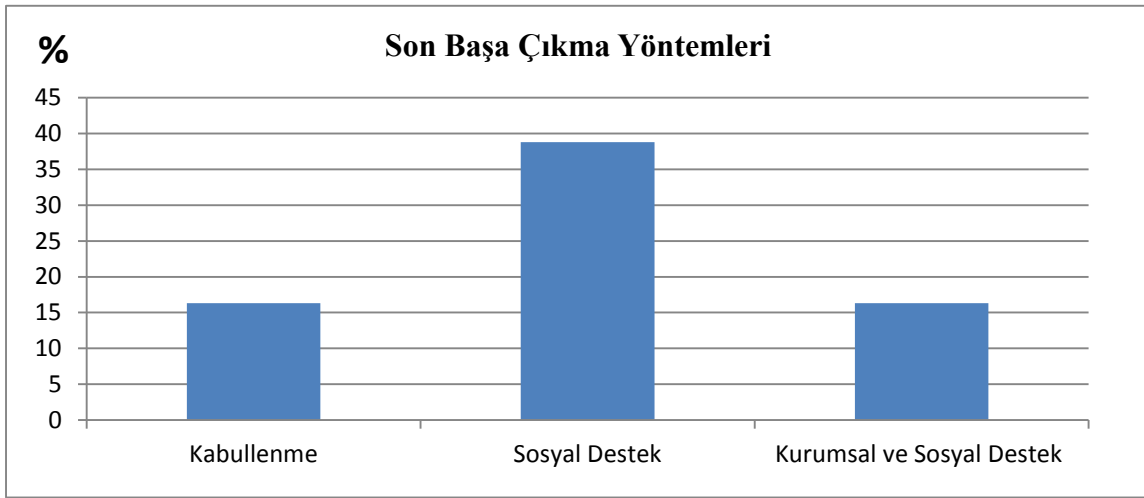
**C4B.67:** Sineye çektim, çocuk için çektim yani. Kimseye bir şey demedim.

**C4B.78:** Arkadaşlarıma söyledim.

#### 4.5.3. Katılımcıların “Şiddeti son yaşadığımızda denediğiniz başa çıkma yöntemleri nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Katılımcılar 22’si (44,9%) kurumsal destek, sosyal destek arayışlarına girmiştir. Katılımcıların 19’u (38,8%) yakınlarından sosyal destek almış, 8’i (16,3%) hiçbir şey denemediklerini, kabul etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

**Çizim 4.3:** Son şiddet olayında denenen başa çıkma yöntemlerine ilişkin dağılım



**Örnek ifadeler aşağıda sıralanmıştır:**

**C4C.0:** Babamın evine gittim.

**C4C.78:** Arkadaşlarıma söyledim.

**C4C.90:** Darp raporu aldım. Şikâyette bulundum.

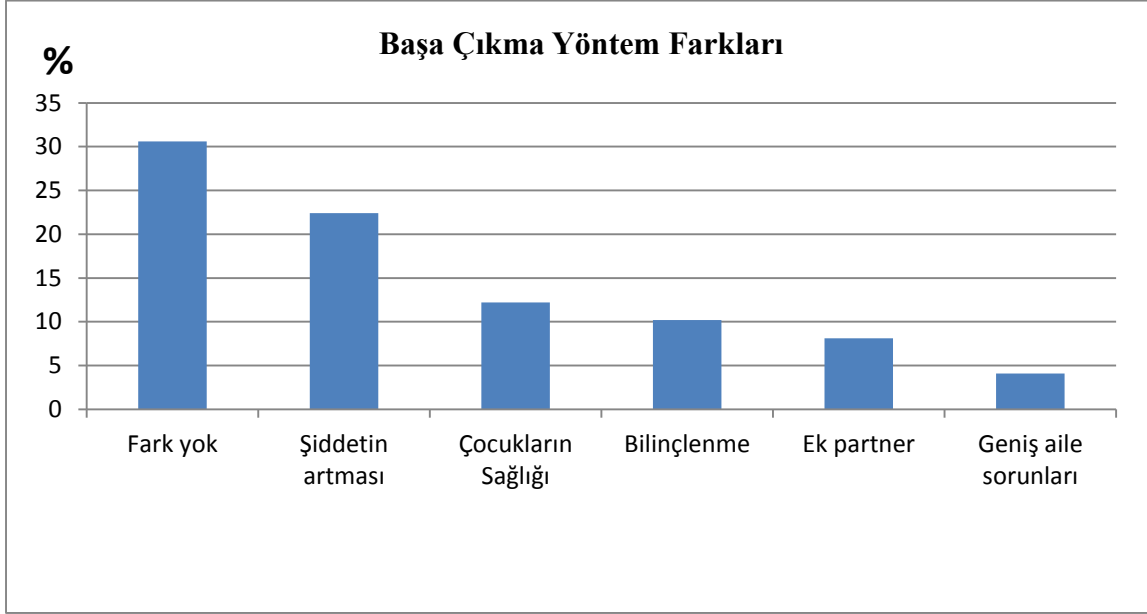
**C4C.91:** Hiçbir şey yapamadım. Çünkü anlattığım zaman ben suçlanacaktım ya da inanmayacaklardı bana. Ya da yine ben suçlanacaktım. Ben kimseye anlatmaya cesaret edemedim bunu. Anneme anlatsam herhalde... Hani vermediği tepkiden dolayı mı anlatmaya cesaret edemedim bilmiyorum.

#### 4.5.4 Katılımcıların “Şiddeti ilk yaşadığımız zaman denediğiniz başa çıkma yöntemleri ile son yaşadığımız zamanki başa çıkma yöntemleri arasında bir fark var mı? Varsa bu farka etki eden nedir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Katılımcıların 15’inin (30,6%) başa çıkma yöntemleri arasında fark yoktur. 11’i (22,4%) yöntem farkına etki eden etmenin “şiddetin artması” olduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların 6’sı (12,2%) şiddete tanık olan çocuklarının ruh sağlığı için yöntem

değiştirdiklerini, 5'i (10,2%) şiddetle mücadele konusunda bilinçlendiklerini, 4'ü (8,1%) eşinin yeni bir ek partnerinin olmasını, 2'si (4,1%) geniş aile sorunlarının şiddet sorununa eklenmesinin başa çıkma yöntemlerini değiştirmede etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

**Çizim 4.4** Başa çıkma yöntemindeki farklılara etki eden faktörler



**Örnek ifadeler aşağıda sıralanmıştır:**

**D58:** Yani öbürküsünde çok kötüydim biraz da kendimi kurtarma amaçlı da oldu. Jandarmaya şikayet edince jandarma sahip çıksın gibisine, doktora falan götürsünler diye. Çünkü kendim gitme imkanım yoktu.

**D69:** Ben artık kendimden geçtim de çocukların ruhsal durumu için hiçbir şey yapamadım şimdiye kadar. Yani Y. İle uğraşmaktan biz çocuklarımızla çok fazla ilgilenemedik. Onlar ne düşünüyor, ne hissediyor hiç sorgulayamadık yani. Kendimi zorunlu bir anne gibi hissettim.

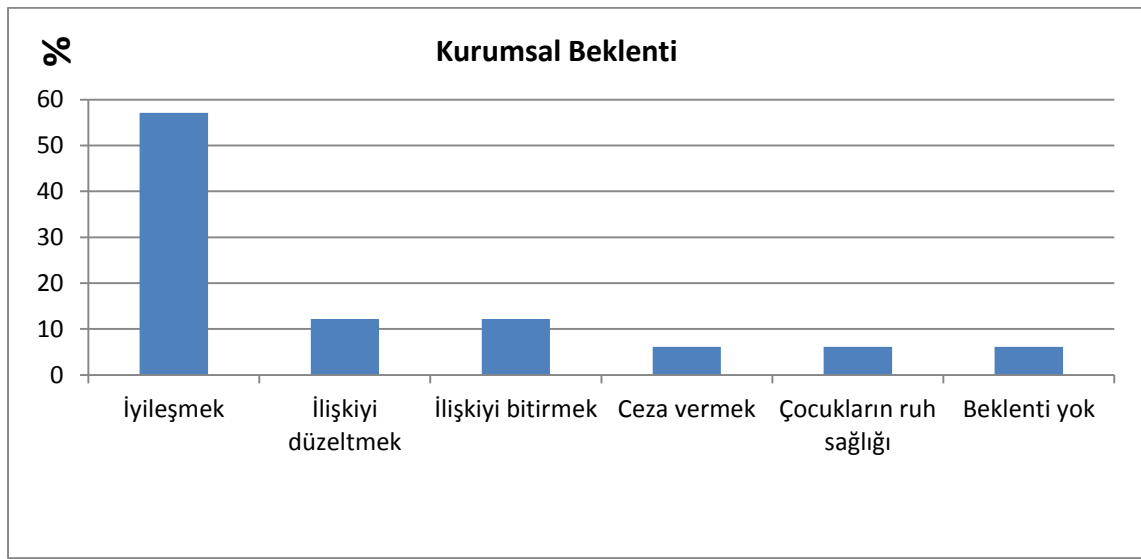
**D94:** Yaşadım ama hiç ona böyle söyleyemedim. En son çok dövdüğünde abime söyledim. En son abimi çağırdım ablam geldi, ikisi. Sen onu boş mu sandın, ailesiz mi sandın demişler.

**D100:** Artık canıma tak etti. Adam çünkü normalmiş gibi rahatlıkla çağırabiliyordu yani. Rahatlıkla, artık alışmış, her şeyi ayarlamış. Çünkü evde şey çıkmasın diye herkes her istediğini eksiksiz yerine getiriyordu. Getirmek zorundaydı, çünkü hepimizin huzuru için. Kimse de bir şey bilmiyordu. Olan yine bana oluyordu. Kimseye de bir şey diyemiyordum. Artık dedim ölsem de bitse diye düşündüm ama ölsem benim için bitecekti acı ama diğerleri için devam edecekti. Yine ailemi düşündüm. Artık dedim, duyulursa duyulsun hepimiz kurtulalım. Bitsin yani öylelikle oldu.

#### 4.5.5. Katılımcılara “Şiddet sonrası resmi kurumlara başvurmanızdaki beklentiniz nedir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Katılımcıların 28’i (57,1%) iyileşmek, kendini daha iyi hissetmek cevabını vermiştir. Katılımcıların 6’si (%12,2) şiddet uygulayanla ilişkisini düzeltmek için başvurduğunu ifade etmiştir, 6’si (12,2%) şiddet uygulayanla ilişkisinin bitmesini kolaylaştırmak için başvurduğunu, 3 (6,1%) şiddet uygulayanın ceza alması için başvurduğunu, 3’ü (6,1%) şiddete tanık olan çocukların ruh sağlığı için başvurduğunu, 3’ü (6,1%) herhangi bir beklentisinin olmadığını ifade etmiştir.

Çizim 4.5. Katılımcıların kurumsal beklentileri



**C3.46:** Ben boşanmak istiyorum. Çocuklarımı almak istiyorum yanıma çünkü bakamayacağını biliyorum. Çünkü ailesi düzgün bir aile değil ve çocuklarımın o ortamda büyümesini istemiyorum. Bir tek beklentim bu... Bir an önce boşanmak istiyorum bundan başka bir beklentim yok yani. Çocuklarımın nafakasını versin. Başka hiç bir şeyini istemiyorum.

**C3.61:** Buradan beklentim; sakinleşmek istiyorum. Eşimle kavga da etsem karşılık vermek istemiyorum. Kendi kendine konuşsun diyorum. Yani ne bileyim açıkçası ben de bilmiyorum. Kararsızım her şeyde.

**C3.88:** Ben şuanda kızımı düşünüyorum. Bayağı hırçınlaştı. Ufacık şeyde ağlar oldu.

**C3.94:** Huzurlu ve de anlayışlı beraberlik. Artık bundan sonra çocuklarımızla beraber huzurlu yaşamak.

#### 4.5. Araştırma Sorusuna Göre Bulgular:



#### **4.5.1.Sosyo-Ekonomik Düzey İle İlişkili Bulgular**

Test etmek üzere Ki-kare testi ve Fisher Kesinlik testi uygulanmıştır.

Ekonomik katkısı kimlerin sunduğuna bakılmaksızın, eve giren aylık gelir 2000TL'nin altında olan katılımcılar sosyo-ekonomik düzeyi düşük, 2000'in üstünde olanlar sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kategorisinde sınıflandırılmıştır. Sosyo-ekonomik düzey ile şiddete yönelik nedensel atıflar arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bulgulara göre, sosyo-ekonomik düzey ile şiddete yönelik nedensel atıflar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların kadınsı cinsiyet rolü benimseme oranları (60%) sosyoekonomik düzeyi düşük olanların kadınsılık oranına (40%) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare,  $p=0.010$ ).

Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların ağrı sebebiyle polikliniğe başvurma oranı (75,0%), sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanların başvurma oranına göre (25,0%) anlamlı düzeyde (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0.035$ ) yüksek bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzey ile sindirim problemleri, cilt problemleri sebebiyle polikliniğe başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### **4.5.2.Şiddet Türleri İle İlişkili Bulgular**

Katılımcıların maruz kaldığı şiddet türü ile süreğen şiddetle başa çıkma yolları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bulgulara göre, fiziksel şiddete, psikolojik ve ekonomik şiddete maruz kalma ile süreğen şiddetle başa çıkma yolları geliştirme arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); şiddetle başa çıkma yollarını artırma oranı cinsel şiddete maruz kalanlarda (25,0%), cinsel şiddete maruz kalmayanlara göre (70,7%) anlamlı oranda (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,039$ ) daha az gözlenmiştir.

Şiddet türleri ile polikliniğe başvurma sıklığı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel şiddet ile polikliniğe başvurma sıklığı arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. ( $p > 0,05$ ).

Şiddet türleri ile ağrı şikayetiyle polikliniğe başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p >0,05$ ).

Şiddet türleri ile sindirim sistemi bozuklukları, cilt problemleri sebebiyle polikliniğe başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p >0,05$ ).

Ekonomik şiddet yaşayanlarda paranoid düşünce görülme oranı (95,7%), yaşamayanların paranoid düşünce oranına göre (69,6%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,047$ ).

Fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik şiddet türlerinin en az iki tanesini yaşama durumu ile psikiyatrik öykü incelenmiştir. Bulgulara göre, birden fazla şiddet türünü yaşayanlarda anksiyete görülme oranı (80%), birden fazla şiddet yaşamamış olanlarda anksiyete görülme oranından (20%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,23$ ).

#### **4.5.3. Nedensel Atıflara İlişkin Bulgular**

Şiddetin nedenine “namus suçlamaları” atfeden katılımcıların şiddete ilk maruz kaldığında şiddetle başa çıkma yolları deneme oranı (28,6%), namusa atfetmeyen katılımcıların oranına göre (71,4%) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,07$ ).

Şiddetin nedenini erkeğe ait sorununa atfetme oranı ile şiddetle başa çıkma yolları (ilk maruz kaldığında ve son maruz kaldığındaki başa çıkma yolları) ve yöntem geliştirmeye anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Şiddetin nedenini “kendi eksikliğine” atfeden katılımcılarda son yaşadığı şiddet olayında problemle başa çıkma yolları arama oranı (37,5%), kendi eksikliğine atfetmeyen katılımcıların oranına göre (62,5%) anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,011$ ).

Şiddete yüklenen nedensel atıflar ve ağrı polikliniğine başvuru arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bulgulara göre, “erkeğe ait sorun”, “ek partner üzerine tartışmalar”, “benim eksikliklerim”, “geniş ailenin etken olduğu tartışmalar”, “alkol”, “ekonomik sorunlar” ile ağrı polikliniğine başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Şiddete maruz kalma nedeni olarak “namusa suçlamalarını” atfeden katılımcıların ağrı polikliniğine başvurma oranı (57,1%), şiddetin nedenini namus suçlamalarına atfetmeyen katılımcıların oranına göre (13,3%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,027$ ).

Psikiyatrik öykü görülme oranı ile “kendi eksikliklerini ve namus suçlamalarını” şiddetin nedeni olarak görme oranı arasında anlamlı bir fark çıkmazken ( $p > 0,05$ ), şiddetin nedeni olarak ekonomik sorunları, ek partneri, alkolü, şiddet uygulayanın sorunları gören katılımcı oranı ile psikiyatrik öykü görülme oranı arasında anlamlı bir fark çıkmıştır.

#### **4.5.4. Travmatik Olayın Gerçekleştiği Zamanla İlişkili Bulgular**

Şiddet olayının gerçekleştiği zaman ile süregelen şiddetle başa çıkma yolları ve yöntem geliştirme arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Şiddetin altı aydan eski bir dönemde yaşanmış olma durumu ile son iki yıl içinde anksiyete tanısı alma arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgulara göre, olayı altı içinde şiddet yaşamış olanlarda anksiyete görülme oranı (70,0%), altı aydan eski bir dönemde yaşamış olanlarda (30%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,014$ ).

Şiddetin altı aydan eski bir dönemde yaşanmış olma durumu ile son iki yıl içinde depresyon tanısı alma arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgulara göre, olayı altı aydan daha eski bir zaman içinde yaşamış olanlarda depresyon görülme oranı (55,6%), altı ay içinde yaşamış olanlarda (44,4%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p=0,01$ ).

#### **4.5.5. Suisid Öykü İle İlişkili Bulgular**

Şiddete maruz kalan katılımcıların eğitim düzeyleri ile suisid davranışları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sekiz yıl altında eğitim görenlerde suisid öykü görülme oranı (48,4%), sekiz yıl üstünde eğitim görenlerde suisid öykü görülme oranına (5,6%) göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Fisher'in ki-kare testi,  $p= 0,04$ ).

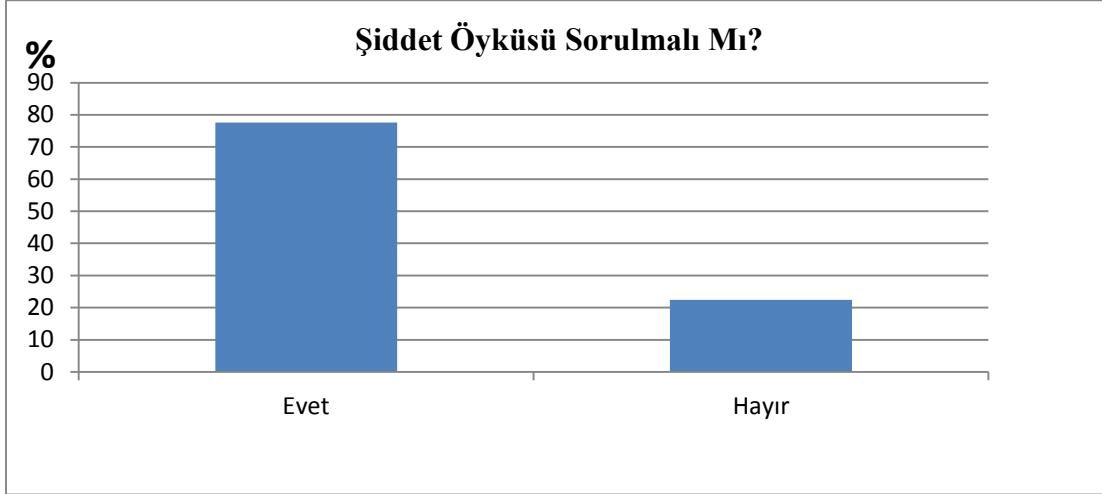
Maruz kalınan şiddet türleri ile suisid öykü arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Depresyon öyküsü olan şiddete maruz kalan katılımcılarda suisid davranış görülme oranı (66,7%), suisid davranış görülmeyenlerin oranına göre (33,3%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0,43$ ).

#### **4.5.6. Katılımcıların Hasta Olarak Sağlık Çalışanlarından Beklentileri: “Hastaneye herhangi bir polikliniğe geldiğinizde, doktorunuzun şiddete maruz kalıp kalmadığınızı sormasını ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.**

Katılımcıların 38'i (77,6%) sorulmasını istediğini, 11'i (22,4%) sorulmasını istemeyeceklerini ifade etmişlerdir.

**Çizim 4.6.** Katılımcıların doktorundan beklentisi



## 5. TARTIŞMA

Araştırma, şiddetin bir sağlık sorunu olarak ortaya çıktığı ortamda, darp sonrası acil müdahale birimi ve sonraki tetkik sürecinde ulaşılan kadınlarla yapılmıştır. Katılımcılar darp veya şiddete maruz kalma veya emniyete ulaşmış ve emniyet vasıtasıyla acil servise yönlendirilmiş, şiddet sonrası şikayetleri sebebiyle polikliniğe başvurmuş kadınlardır. Araştırma verilerinin toplandığı 1 senelik zaman diliminde toplam 106 kadın şiddet sebebiyle acile başvurmuştur. Fakat hastanenin fiziki koşulları (acil ile psikososyal destek birimi arasındaki mesafenin uzun olması), acil personelinin sık değişmesi ve nöbet sistemi sebebiyle yönlendirmelerde yaşanan aksaklıklar, kimi kadınların acil tarafından verilen psikolog randevusuna gelmemesi ve araştırma yönteminin pratik süreç içinde geliştirilmiş olması katılımcı sayısının yaklaşık yarısı kadarıyla yapılmasında etkindir. Araştırma taslağının süreç içinde oluşturulması sebebiyle bu etkenlerin oranları saptanmamıştır.

Katılımcıların %55'i acil servis tarafından şiddetten hemen sonraki bir hafta içinde, %28.6'sı şiddet sonrası destek veya öyküsünde saptanmış, psikiyatri polikliniği tarafından, %10.2'si suisid girişim sonrası yönlendirilen, %4.1'i şiddet öyküsü saptanmış, kadın doğum polikliniği tarafından, %2'si nöroloji polikliniği tarafından Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi'ne yönlendirilen kadınlardır. Araştırmaya katılan kadınların yaşları 17 ile 54 arasında değişmekte ve yaş ortalamaları 30.8'dir.

Kadının şiddet karşısındaki maruziyeti yaygın dilde "aile içi şiddet" olarak tanımlanmaktadır. Böyle bir dil sosyal alanda, çalışma alanlarında yaşanan cinsiyete dayalı şiddetin, evli olmayan kadının yaşadığı şiddetin gözden kaçırılmasına neden olabilmektedir. Araştırma bulgularına bakıldığında kadınların %81.6 'sı evlidir ve %79.6'sı eşi tarafından, %14.3'ü baba, ağabeyi ve erkek olan diğer aile üyeleri tarafından, %6.1 erkek arkadaşı tarafından şiddete maruz kalmışlardır. KADER'in kadın istatistiklerine bakıldığında (2010) kadınların %62.3'ü eşi veya partneri tarafından, %32.6'sı babası, ağabeyi tarafından, %0.5'i kayınpeder veya kayınbirader, %0.5'i ailedeki diğer kadınlar, %4.1'i diğer kişiler tarafından şiddete maruz kaldığını saptanmıştır. Bu oranlar erkek açısından şiddetin aile içinde meşru görmesi olarak değerlendirilebileceği gibi, kadın açısından aile dışında maruz kaldığı şiddetin teşhir edilmesinde çekingen kaldığı anlamına da gelebilmektedir.

Araştırmanın temel sorularına bakıldığında "Şiddete maruz kalan kadınların sağlık durumlarına etki eden faktörler nelerdir?" Şiddete maruz kalan kadınların sağlık durumları "ruhsal belirtiler, psikolojik dayanıklılık, travma sonrası stres belirtileri, sağlık

yakınmalarına” kapsamında değerlendirilirken; etki eden faktörler olarak da “demografik özellikler, şiddet türü, bilişsel mekanizmalar, toplumsal cinsiyet rolleri” esas alınarak tartışmak mümkündür.

## **5.1. Sağlık Durumları Üzerine Tartışma**

### **a. Ruhsal Belirtilere İlişkin Tartışma**

Ruhsal belirti tarama ölçeğine göre “araz düzeyi yüksek” olarak belirlenen tanılar sırasıyla; %84.8 kişiler arası duyarlılık, %82.6 paranoid düşünceler, %80.4 depresyon, %76.1 anksiyete, %73.9 obsesyon, %69.6 somatizasyon, %67.4 düşmanlık, %45.7 fobik anksiyete, %54.3 psikotizm olarak saptanmıştır. Doğanavşargil (2006) tarafından psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada, fiziksel şiddet gören kadınların da %73.9’unun depresyon, %6.5’inin ise kaygı bozukluğu tanısı aldığı ortaya çıkmıştır. Gezen ve Oral’ın (2013) şiddete maruz kalan kadınlarla yaptığı çalışmaya göre kadınların somatizasyon, obsesif kompulsif özellikler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, uyku ve yeme bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtiler ve genel belirti düzeyinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bulgular araştırmayla uyumludur.

Ruhsal belirtiler tarama ölçeği dışında psikiyatrik öykü üzerine de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre; hastane kayıtlarına bakıldığında, katılımcıların yarıdan fazlasının (%57.1) psikiyatrik öyküsü bulunmaktadır. Psikiyatrik öykülere bakıldığında en çok anksiyete öyküsü dikkati çekmektedir. Kayıtlara göre en çok anksiyete (%40.8) tanısı olduğu gözlenmiştir. Depresyon öyküsü ikinci sırayı takip etmektedir (%18.4). Uygulanan CAPS’a göre kadınların %91.8’inde travma sonrası stres bozukluğu tanısı gözlenmesine karşın yalnızca % 4.1’nin TSSB öyküsünün bulunması poliklinik tercihleri veya olayı gizleme, kaçınma eğiliminin tercih edildiğini düşündürmektedir. Savaş mağdurlarıyla yapılan bir araştırmaya göre TSSB gözlenenlerde stresle başa çıkma yöntemleri açısından duygu odaklı, boyun eğici, çaresiz yaklaşımlı pasif yöntemleri daha fazla tercih ettikleri bulunmuştur (Solomon ve ark., 1998). Bu sebeple kadınların iki yıl içinde muayene sayılarına bakılmış, iki yılda otuzdan fazla muayene olanlar hesaplanmıştır. Bulgulara göre, iki yılda yaklaşık beş kadından birinde (%22.4) otuzdan fazla poliklinik başvurusu bulunduğu gözlenmiştir.

Katılımcıları yaklaşık üç kadından birinde (% 32,7) suisid öykü bulunmaktadır. Suisid girişim öyküsü ile şiddet türleri ile arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. Depresyon öyküsü bulunan kadınlarda suisid girişim öyküsü (%66.7), depresyon öyküsü bulunmayan kadınlara göre (%33.3) iki kat fazladır. Sezgin’in (2003) travma yaşantısı olan kadınlarla yaptığı bir

çalışmada kadınların yarısından fazlasında (%53) intihar düşünceleri bulunmaktadır. Araştırma bulgularına benzer şekilde yaklaşık 1/3'ünde suisid öykü bulunmaktadır. Şiddet türleri açısından bakıldığında Coker ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre (2002) psikolojik şiddet deneyimleyen kadınların daha fazla ölüme ilgili şeyler düşündüğü veya girişimde bulunduğu gözlenmiştir.

### **H.1.a. “Ruhsal belirtiler ile şiddet türü arasında anlamlı bir fark vardır”.**

Nitel verilerin kategorisine göre şiddet türlerine ilişkin belirlenen gruplarla psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiye göre, yalnızca ekonomik şiddet türünü baskın yaşamış olma ile kişiler arası duyarlılık puanı arasında anlamlı bir fark gözlenirken; diğer şiddet türleri ile somatizasyon, obsesyon, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, öfke- düşmanlık arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Sıra ortalamasına bakıldığında ekonomik şiddete maruz kalmış olanların paranoid düşüncelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, kadınların yüksek bir tehdit algısı ve güvenlik hissini azalmış olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan cinsel şiddet türünü baskın yaşamış olanların psikotizm puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular şiddet türlerinin yaratabileceği ruhsal sıkıntıların düzeyini gözler önüne sermektedir.

### **H.2. a. “Ruhsal belirtiler ile bilişsel atıflar arasında anlamlı bir fark vardır.”**

Atıf teorisine göre, bireyler çevresel olayları yorumlamak için ona anlam yüklerler. Bu dünyanın adil olduğuna yönelik bilişlerden beslenir. Yaşadıklarını anlamlandırmak için neden arayışı içindedirler (Heider, 1958). Bu sebeple kadınların şiddete yönelik bilişsel atıfları üzerine çalışılmıştır. Bilişsel süreçler, çarpıtmalar, savunma mekanizmaları, yargılar, sosyal sistemde meşru görülen değerlerin söylemsel analizi yapılmamış fakat en sık bahsedilen nedensel atıflara ilişkin kodlar niteliksel analiz yöntemiyle araştırılmıştır. Bilişsel atıfların birbiriyle ve ölçeklerle olan ilişkisi incelenmiştir. Önceden hazırlanmış ucu açık sorulara verilen cevaplara göre kodlama ile kategorizasyon yapılmıştır. Kadınlar istedikleri zaman aktarımı sonlandırmışlardır.

“Sizce yaşadığımız olayın nedeni nedir?” sorusunun cevapları kategorize edilmiştir.

- En sık karşılaşılan kategori “Yaşadığım şiddet, erkeğe ait sorunlardandır.” ve onun altında toplanan “Erkeğin Sorunları” temasıdır.

### Örnek ifadeye göre:

**C1.100:** Cahil olması, bilinçsiz başka ne olabilir? Onun açısından bakılırsa onun kimseye güvenmemesi. Başka ne olabilir? Bence en büyük nedeni cahil olması, kimseye güvenmemesi ve karşındakini değersiz kılması... Çünkü bir insanın canını yaktığını bile bile canını yakan bir insan normal bir insan olamaz. Bir de normal olmaması. Daha ne diyebilirim şuanda bilmiyorum yani. En uygun cümleyi aradım ama bulamadım şuan için.

- İkinci sırada karşılaşılan kategori “Yaşadığım şiddet, erkeğin ailesindedir.” ve onun altında toplanan “Onun Ailesi” temasıdır.

### Örnek ifadeye göre:

**C1.47:** Evlendikten sonra... Evli değilken bana uzaktı ben ulaşmak istediği hedefiydim. Evlendikten sonra ne oldu biz artık aynı çatı altındayız ailesinden uzak. Şimdi ailesi daha kıymetli geldi mesela. Ailesine yaranabilmek için böyle elinden geleni yapıyor. Bir yanlım bir şeyim olsun onların huzursuz olduğu hareketlerde o bile olsun bana vurmaya kalkıyor. Sırf onları mutlu edebilmek için.

- Üçüncü sırada karşılaşılan kategori “Yaşadığım şiddet, namussuzluk suçlamalarıyla çıkan tartışmalardandır.” ve onun altında toplanan “Namus Suçlamaları” temasıdır.

### Örnek ifadeye göre;

**C1.61:** Yok sen bana yalan söylüyorsun, bu senin dostun dedi. Yemin de ediyorum, abdest alayım Kuran’a el basayım dedim dostum değil, kesinlikle değil diyorum. Zaten bana girişti. Bıçakları getirdi sobanın üstüne. Yok dedi, ben seni bıçaklayacağım...Yok dediysem de bu senin dostun...Annemi aradı, babamı aradı, kendi annesini aradı, ablasını aradı. Anneme demiş gelin kızınızı alın. Ben kızınızı bilmem ne yaparken yakaladım diye...

Üçüncü sırayı paylaşan diğer tema ise “Yaşadığım şiddet, erkeğin ek partneri üzerine çıkan tartışmalardır.” Kategorisi altında toplanan “Ek partner” temasıdır. Diğer temalar, “Benim eksikliklerimden”, “Ekonomik Güçlük”, “Alkol” sırasıyla takip etmektedir.

Bulgulara göre, görüşme esnasında kadınların %20.4’ü eşinin alkol kullanmasından yakınmasına karşın, niteliksel analizin yorumuna göre %4.1’i şiddetin nedeni olarak alkolü görmektedir. Kadınların %69.4’ünün ekonomik düzeyi düşük olmasına karşın, % 8.2’si



şiddetin nedeni olarak ekonomik sorunları görmektedir. Sonuçlarda kadınların hakları konusundaki bilinçlilik durumunun etkisi olduğu düşünülmektedir. Bulgular bilinci- bilişsel değerlendirmeleri ve sorun hakkındaki bilinçliliği saptamaya yöneliktir. Aynı şekilde kadınların ekonomik düzeyleri düşük olmasına rağmen şiddetin nedeni olarak ekonomik sorunları görmemektedirler. Kadın açısından bakıldığında toplumsal, kültürel değerler, ekonomik statü ne olursa olsun şiddetin nedenini erkeğin sorunu yani erkeğin sinirli olması, eksiklikleri, ilgisizliği olarak görme eğilimi yaygındır. Erkek açısından değerlendirme yapılmamış olsa da % 38,7'si şiddetin nedeni olarak erkeğin dışındaki faktörleri neden olarak görmektedir. Kültürel özelliklerin şiddetin nedenine yönelik bakış açısını değiştirdiği fikri göz önünde bulundurularak yapılan bir araştırmaya göre şiddete maruz kalan kadınların %55.5'i (n=86) ekonomik yetersizlikleri, %50.3'ü (n=78) anlaşmazlıkları, %12.3'ü (n=19) alkol kullanımını, %10.9'u (n=16) öfkeyi, %7.1'i (n=11) kıskançlığı, %5.8'i (n=9) sevgisizliği, %5.2'si (n=8) kumarı şiddetin nedeni olarak görmektedir (Güler ve ark., 2005).

- Ruhsal belirtiler ile şiddet türü arasındaki ilişkiye bakıldığında ise “Yaşadığım şiddetin nedeni uygulayıcının sorunlarından” ifadesini daha sık kullanan kadınların psikotizm puanları yüksek saptanmıştır. Diğer nedensel atıflar ile ruhsal belirtiler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği ile Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; “çaresiz başa çıkma” yaklaşımını tercih etme ile depresyon, obsesyon, anksiyete, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, psikotizm belirtileri arasında ilişki gözlenmiştir. Ayrıca “boyun eğici yaklaşımı” tercih etme ile obsesyon ve fobik anksiyete belirtileri arasında pozitif yönlü ilişki gözlenmiştir.

### **H.a.3. “Ruhsal belirtiler ile toplumsal cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.”**

Biyolojik anlamda “kadın” ya da “erkek” ayrımını ifade eden “cinsiyet” kavramı, kendisine yüklenen anlamlarla toplumsal bir içerik kazanmaktadır. Bunlar kadınsı, erkeksi ve androjen cinsiyet rolleridir. Kadınsı ve erkeksi cinsiyet rolünü benimseyenlerin toplumsal rollere uyum konusunda güdülenmişlerdir. Her iki cinsiyet rollerini barındırabilen androjen kimlik, biyolojik cinsiyet rolleriyle toplumsal uyum arasında kaygı yaşamayan, içinde buldukları koşulda en etkili davranışları sergileyebilecek kişilerdir (Bem, 1983). Araştırmada kadınların yaklaşık yarısının kadınsı, üç kadından birinin androjen cinsiyet rolünü benimsediği gözlenmiştir.

Şiddet türleri açısından değerlendirildiğinde cinsel şiddete maruz kalma ile cinsiyet rol puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Bulgulara göre, cinsel şiddet yaşamış olan

kadınların cinsiyet rollerine ilişkin ne kadınsı, ne erkeksi ne de androjen kimliği benimsediği, belirsiz cinsiyet rolü benimsediği gözlenmiştir.

Kendini erkeksi görenlerin daha fazla iyimser başa çıkma yaklaşımını benimsediği ve daha az çaresiz yaklaşımı benimsediği gözlenmiştir. Erkeksi cinsiyet rolünü benimsediğini düşünenlerin daha pozitif başa çıkma yolunu benimsediği görülmektedir; fakat ruhsal belirtiler, psikolojik dayanıklılık ölçekleri ile erkeksi cinsiyet rolü arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

Androjen kimliği benimseyenlerin ise diğer cinsiyet rollerini benimseyenlere göre depresyon ve psikotizm puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Androjen kimliği benimseyenlerin daha fazla kendine güvenli ve iyimser başa çıkma yaklaşımını benimsediği gözlenmiştir.

Benzer bulgu, pazarda çalışılan kadınlarla yapılan bir araştırmada da gözlenmiştir. Araştırmaya göre kadınsılık, erkeksilik ve androjen kimliği ile somatizasyon, obsesif - kompulsif, kişisel duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, rahatsızlık ve belirti puanları bakımından farklılaştıkları görülmüştür (Dökmen, 2002). Bir başka çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastalarda kadınsılık cinsiyet rollerini benimsemiş olan ve belirsiz grubun; erkeksi ve androjen cinsiyet rollerini benimsemiş gruba göre daha fazla depresif belirti gözlenmiştir (Szpitalak ve Prochwicz, 2013).

## **b. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Tartışma**

### **H.1.b. “Psikolojik dayanıklılık ile demografik özellikler arasında anlamlı bir ilişki vardır.”**

Kişisel özellikler, zeka, yetenek, iletişim becerileri, sosyal destek sistemleriyle ilişkili olduğu savunulan (Bonanno, 2005) bir konu olarak psikolojik dayanıklılıkla demografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. ( $p>0.05$ ). Psikolojik dayanıklılık birçok faktörün ilişkili olduğu bir konudur. Benzer bir bulgu 7-15 yaş arası cilt problemleri olan okul çocuklarıyla yapılan bir araştırmada gözlenmiştir. Araştırmaya göre, yaş, ekonomik düzey, akademik başarı, annenin yaşı ve eğitim düzeyi, ebeveyn tutumlarının psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir. Fakat araştırmada dayanıklılığa etki ettiği düşünülen bir başka değişken gözlenmiştir; bu da arkadaşlık ilişkileridir. Arkadaşlık ilişki puanlamalarına göre olumlu ya da olumsuz olmasının dayanıklılıkla ilişkisi olduğu ifade edilmektedir (Im ve Kim, 2012). Bu araştırmada da benzer şekilde demografik özelliklerin

psikolojik dayanıklılıkla ilişkisi gözlenmemiş olup, problemle başa çıkma yollarıyla ilişkisi gözlenmiştir. Bu tartışma ileride baş çıkma yöntemleri başlığı altında yapılacaktır.

### **H.2.b. “Psikolojik dayanıklılık ile bilişsel atıflar arasında ilişki vardır.”**

Nedensel atıflar ile psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analize göre şiddet türleri ile dayanıklılık puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Stresle başa çıkma ölçeği alt ölçekleri ile dayanıklılık ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında kendine güvenli yaklaşımı benimseyenlerin psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları anlamlı düzeyde ( $p=0.02$ ;  $p<0,05$ ) yüksek saptanmıştır. İyimser yaklaşımı benimseyenlerin psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları anlamlı düzeyde ( $p=0.03$ ;  $p<0,05$ ) yüksek saptanmıştır.

Bilişsel atıflara yönelik yapılan bir çalışmada, bireyin yaşamı üzerindeki etkisini kontrol edebildiğine dair inancına karşılık gelen “iç denetim” bilişi ve benlik saygısı arttıkça psikolojik dayanıklılık artmaktadır (Kararımak ve Siviş-Çetinkaya, 2011).

Diğer başa çıkma tarzları ile psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

### **H.3. b. “Psikolojik dayanıklılık ile cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir fark vardır.”**

Psikolojik dayanıklılık ölçeği ile kadınsı ve androjen cinsiyet rolleri puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Kadınsı cinsiyet rolleri puanları yüksek olanların psikolojik dayanıklılık puanları anlamlı düzeyde ( $p=0.02$ ;  $p<0,05$ ) düşük saptanmıştır.

Androjen cinsiyet rollerini benimseyenlerin psikolojik dayanıklılık puanları anlamlı düzeyde ( $p<0.05$ ) yüksek saptanmıştır.

Belirsiz ve erkeksi cinsiyet rolleri puanları ile psikolojik dayanıklılık puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

### **c. Travma Sonrası Stres Belirtilerine İlişkin Tartışma**

#### **H.1. c. Travma sonrası stres belirti puanları ile demografik özellikler arasında anlamlı fark vardır.**

Demografik özellikler ile travma sonrası stres belirtileri puanı arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. ( $p>0.05$ )

#### **H.2.c. Şiddet türleri ile travma sonrası stres belirtileri puanları arasında anlamlı fark vardır.**

Fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik şiddet yaşamış olma durumu ile travma sonrası stres bozukluğu tanısı alma durumu arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

Birden fazla şiddet türüne maruz kalma ile travma sonrası stres belirtileri puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### **H.3.c. Bilişsel mekanizmalar ile travma sonrası stres belirtileri puanları arasında anlamlı fark vardır.**

Şiddete yönelik nedensel atıflar ile TSSB puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Yalnızca “ekonomi” teması ile TSSB puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Stresle başa çıkma tarzları ile TSSB puanları arasında alma durumu arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ( $p> 0,05$ ). Şiddetin yoğunluğu ve sürekliliğinin aynı şekilde başa çıkma tarzları üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir.

#### **H.4.c. Cinsiyet rolleri ile travma sonrası stres belirti puanları arasında anlamlı fark vardır.**

Cinsiyet rolleri ile TSSB puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

### **d. Sağlık Yakınmalarına İlişkin Bulgular**

#### **H.1.d. Sağlık yakınmaları ile demografik özellikler arasındaki anlamlı ilişki vardır.**

Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek oranda olan katılımcıların ağrı sebebiyle polikliniğe başvurma oranı (75,0%), sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanların başvurma oranına göre (25,0%) anlamlı düzeyde (Fisher'in ki-kare testi,  $p = 0.035$ ) yüksek bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzey ile sindirim problemleri, cilt problemleri sebebiyle polikliniğe başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Sosyoekonomik düzeyin sağlıklılık üzerindeki etkisine bakıldığında düşük ekonomik düzeye sahip kadınlar, yüksek ekonomik

düzeydeki kadınlara göre daha sık ağrı tanısı ile muayeneye başvurumaktadırlar. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınların sağlık yakınmaları diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlara göre daha fazladır.

Eğitim, medeni durum, sağlık güvencesi, evin gelirin katkıda bulunma ile sağlık yakınmaları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

#### **H.2.d. Sağlık yakınmaları ile şiddet türleri arasında anlamlı fark vardır.**

Fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel şiddet ile polikliniğe başvurma sıklığı arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ). Şiddet türleri ile ağrı şikayetiyle polikliniğe başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

#### **H.3.d. Sağlık yakınmaları ile bilişsel mekanizmalar arasında anlamlı fark vardır.**

Şiddete maruz kalma nedeni olarak “namusa suçlamalarını” atfeden katılımcıların ağrı polikliniğine başvurma oranı (57,1%), şiddetin nedenini namus suçlamalarına atfetmeyen katılımcıların oranına göre (13,3%) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p = 0,03$ ;  $p < 0,05$ ).

Şiddet, “ek partner üzerine tartışmalar”, “benim eksikliklerim”, “geniş ailenin etken olduğu tartışmalar”, “alkol”, “ekonomik sorunlar” ile ağrı polikliniğine başvurma arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Stresle başa çıkma tarzları ile sağlık yakınmaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $P > 0,05$ ).

#### **H.4.d. Sağlık yakınmaları ile cinsiyet rolleri arasında anlamlı ilişki vardır.**

Sağlık yakınmaları ile cinsiyet rolleri arasında anlamlı düzeyde ilişki gözlenmemiştir.

### **5.2. Başa Çıkma Yöntemlerine Göre Tartışma**

**“Bilişsel mekanizmalar, şiddete ilişkin özellikler ile başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı ilişki vardır.”**

Araştırmada şiddetin nedeni olarak “namus suçlamalarını” gören kadınların sosyal destek arama yaklaşımını daha az tercih ettiği ve daha fazla ağrı tanısıyla polikliniklere başvurduğu gözlenmiştir. Namus suçlamaları şiddetin gizlenmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Nedensel atıfların baş etme yöntemleri ile ilişkisine bakıldığında, namuslarına yönelik tartışmaların şiddeti tetiklediğini ifade eden kadınların başa çıkma yolları geliştirme açısından pasif davrandıkları gözlenmiştir. Benzer şekilde şiddetin nedenini kendi

eksikliklerine atfeden kadınların başa çıkma yolları geliştirme açısından pasif davrandıkları gözlenmiştir.

Nedensel atıflar ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında; şiddeti “kendi eksikliklerine” atfeden katılımcıların kendine güvenli ve iyimser başa çıkma yaklaşımını daha az tercih ettiği görülmüştür. Boyun eğicilik, sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsel Tıp Derneği'nin araştırmasına göre (2006) cinsel şiddete uğrayan kadınların %30'u şiddete karşı koyabilirken, %25'i sesini çıkartmamaktadır. Bir başka çalışmada şiddet sonrası kadınların %40'ı kabullenme ve kendini suçlama eğilimindeyken, %5'i ise kavga etmektedir. Çetin ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, şiddet sonrası kadınların %18.0'ı hiçbir şey yapmamış, %45.3'ü ise sözle karşılık vermiştir. Bu çalışmada kadınların şiddete karşı farklılaşan tepkilerini gözlemleyebilmek adına şiddete ilk maruz kaldıkları zamanki davranış, yöntem tercihleri araştırılmıştır. Ankara, İstanbul ve İzmir'de yaşayan üç farklı ekonomik sınıftan seçilmiş 1070 evli kadınla görüşülerek yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınların %78'i bu durum karşısında sabrettiklerini belirtmişlerdir (İçli ve Öğün 1994).

Araştırmada şiddetten hemen sonraki başa çıkma yollarının şiddet süregelenleştikçe değiştiği göz önünde bulundurulmuştur. Şiddetin döngüsel ve süregen yapısı göz önünde bulundurulduğunda kadının ilk maruz kaldığı zamanki tepkileri ile son olaydaki tepkileri farklı olabilmektedir. Bu sebeple çalışmamızda ilk kez şiddeti yaşadığı zamanki ve son yaşadığı zamanki davranış tercihi sorgulanmıştır. Fark gözlendiği durumda bu farka etki eden tetikleyici faktörler sorgulanmıştır. Bulgulara göre, ilk ve son şiddetten sonra benzer oranda sosyal destek arama yöntemini tercih ettikleri görülmüştür. Oransal olarak bakıldığında; yaklaşık iki kadından biri (%42.9) şiddeti ilk yaşadığı zaman herhangi bir başa çıkma yolu denemediğini veya olanları kabullenmeye çalıştığını ifade etmiştir. Beş kadından ikisi (%40.8) sosyal destek aramayı tercih etmiştir. Şiddeti ilk yaşadığında yalnızca yaklaşık on kadından biri (%16.3) kurumsal destek de aramayı tercih etmiştir. Dumnore, Clark ve Ehlers'in (1999) yaptığı çalışmada TSSB gözlenen katılımcılar daha fazla güvenlik arayışı içindelerdir. Bu bağlamda çalışmamızda kurumsal destek arayışının bahsedilen güvenlik arayışına denk geldiği düşünülebilir; fakat çalışmamızda kurumsal destek aktif bir başa çıkma yolu olarak düşünülmüş ve buna göre kodlanmıştır. Diğer bir ifadeyle çalışmamıza göre “kurumsal destek arama” TSSB gözlenen kadınların aktif başa çıkma çabası olarak tanımlanabilir. Çünkü çalışmamıza katılan kadınların % 91.8 TSSB belirtileri gözlenmektedir.

Cortina ve Wasti'nin (2005) çalışmasına göre geleneksel kültürel özellikleri ve şiddet karşısında kaçınmacı olduğu saptanan Türkiye ve İspanyol kültürlerinde kadınların şiddet karşısında daha fazla sosyal başa çıkma yollarını tercih ettiği saptanmıştır. Bulgular, araştırmayla uyumlu olmakla birlikte travmatik olay süregelenleştğinde başa çıkma yollarının değiştiğini göstermektedir. Travmatik bir olayın ön test-son test değerlendirilmesinin yalnızca terapi sürecindeyken yapılabilmesi nedeniyle bu araştırmada geçmişe yönelik bilgi alınmıştır. Literatürde geçmişe yönelik yöntem tercihleri ile güncel ilişkin yöntem tercihlerini içeren çalışmayla karşılaşılmamış olmakla birlikte, olası bilişsel çarpıtmalar dışta bırakılmıştır. Terapi sürecinde stresle başa çıkma yolları değerlendirilen bir araştırma Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılmıştır. Araştırmada travma yaşantısı olan kadınlara grup terapisi uygulanmıştır. Buna göre travmatik yaşantı deneyimleyen kadınların stresle başa çıkma yöntemlerinden sosyal destek arama, kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımı tercih etmelerinde grup terapisi sürecinin anlamlı etkisi gözlenmiştir. (Sezgin, 2003).

Araştırmaya katılmadan önce herhangi bir destek arayanların SBTÖ'ye göre anlamlı oranda sosyal destek arama yöntemini tercih ettikleri gözlenmiştir. Emniyet, sağlık kurumu gibi yerlere başvuranların daha fazla iyimser ve kendine güvenli yaklaşımı benimsedikleri gözlenmiştir. Aynı şekilde ilk başa çıkma yöntemine göre daha fazla yöntem geliştirenlerin SBTÖ'ye göre daha fazla kendine güvenli ve iyimser başa çıkma tarzlarını benimsedikleri gözlenmiştir. Benzer bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınlara SBTÖ uygulanmıştır. Stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı değişkenlerinin şiddetle başa çıkma özyeterliliğini yordamadığı görülmüştür. Bulgulara göre iyimser yaklaşımın şiddetle baş etmede önemli bir yordayıcı olduğu tartışılmıştır (Akpinar, 2013).

Genel olarak bakıldığında kadınların 1/3'ü şiddeti ilk yaşadığı zaman ile son yaşadığı zamanki başa çıkma yöntemini değiştirmiştir. Kimi kadında pasifleşen (kaçınma, kabullenme), kimi kadında aktifleşen (çözümüne yönelik plan yapma, kısa-uzun vadeli aktif plan içinde olma) bir başa çıkma eğilimi görülebilmektedir. Akut zamanda gerçekleşen olaya odaklı incelemelere göre şiddeti kabullenme ve şiddetle baş edememenin yoğun olduğu görülmektedir. Bulgulara göre, kadınların ilk maruz kaldıkları zaman şiddeti kabullenme eğiliminin daha fazla oranda (%42.9) olduğu gözlenmiştir. Benzer bir bulgu Mor Çatı Vakfı'nın araştırmasında görülmektedir. Bulgulara göre aile içi şiddetin ilk yıllarda kadınların eşlerinin değişeceğine inandıkları daha sonra da çevre baskısı, ekonomik nedenler, korku, meslek sahibi olmama gibi gerekçeler sebebiyle şiddet ortamını terk etmedikleri saptanmıştır (Gümüsoğlu 1998).

Nitel araştırma yöntemiyle, kadının şiddetle başa çıkma çabasını tetikleyen etmenler araştırılmak istenmiştir. Buna göre, başa çıkma yöntemi geliştirenler için “yöntem geliştirme” kategorisi oluşturulmuştur. Örnek ifadeler aşağıda yer almaktadır:

**“İlk yaşadığınız olayda denediğiniz başa çıkma yöntemi ile en son yaşadığınız olayda denediğiniz yöntem arasındaki farka etki eden şeyler var mı?”**

- Örnek ifadede sık kullanılan tetikleyici faktör göz önünde bulundurularak “ek partner” kategorisi altında incelenmiştir.

Z4: “Ne bileyim yaptığı şeyler artık onu hiç görmek bile istemiyorum yaptığı şeylerden dolayı. O bayan oldu... Eve getirmesi bir de çocukla beraber getirmesi. **Bu durum diğerlerinden farklı bir durum muydu?** Hep dışarıdaydı (dışarıda ilişki içinde olma) ama eve getirme şeysi yoktu. (ek partner) Ama en son eve getirmek isteyince ikimizi aynı evde durdurmak istedi. Ben de istemedim böyle bir şeyi. O kadar onursuz değilim dedim. Aynı bayanla aynı ortamı paylaşmak, bir de onun da çocuğu vardı. Kızımı bu ortamda büyütme istemedim yani.”

- Örnek ifadede sık kullanılan tetikleyici faktör göz önünde bulundurularak “çocuğun sağlığı” kategorisi altında incelenmiştir.

Z 78: *Daha kafam kalmadı. Şekerim oldu, tansiyonum oldu, başka bir şeyim kalmadı. Gözüm dönmüştü yani, onu öldürebilirdim. Doğru söylüyorum. Kalktım kardeşlerime telefon açtım. Dedim kardeşim gelin, benim çarem yok. Dedi abla ne yapalım. Dedim ben geleceğim. Sen tek mi gelirsin dedi. Yok ben çocuklarımı bırakmayacağım dedim. Kızımı çalıştıracak, okula göndermeyecek niye bırakayım? Bu kadar çile çektim hiç bir şey demedim. Karakola falan gitmedim. Çocuklarımla hatırı için çektim. Katlandım. Yeter ki dedim gelin, beni, çocuklarımı alın götürün. Onlar geldiler. Çocuklarımı topladım. Oğlan orada kaldı. Kızlarımı aldım geldim.*

- Örnek ifadede sık kullanılan tetikleyici faktör göz önünde bulundurularak “bilinçlenme” kategorisi altında incelenmiştir.

Z72: Valla nasıl diyeyim. Televizyonlara baktığımız için herhalde ki kadın sığınma yerlerini duyduğumuz için.

Araştırmada yaklaşık beş kadından biri (%22.4) şiddetin giderek artması sebebiyle yöntem geliştirdiğini ifade etmektedir. Sekiz kadından biri (%12.2), şiddet ortamında yaşayan



çocuklarının fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerine endişeleri sebebiyle şiddetle başa çıkma yöntemi geliştirmektedir. Gümüőođlu'nun araştırmasına göre (1998), şiddet çocukları da kapsadığında kadınlar yardım aramak gibi bir yöntemi tercih etmektedir.

Başa çıkma davranışının süreç içinde değişebildiği ve başa çıkma tarzlarının farklılaştığı gözleendiğinde cinsiyet rolleri ile başa çıkma arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Yapılan bir araştırmaya göre, dayanıklılık ile problem odaklı başa çıkma arasında pozitif yönde ilişki vardır (Sexton ve ark., 2010).

Araştırmada son şiddet olayında kurumsal destek aramış olanların ve başa çıkma yöntemi geliştirmiş olanların psikolojik dayanıklılıkları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Buna göre, psikolojik olarak dayanıklı olanların daha fazla kurumsal desteği tercih ettiği söylenebilir. Kurumsal destek tercihinin, gelecekle ilgili beklentiye sahip olma, aktif plan yapma becerisine dair yordayıcı olduğu düşünölmektedir. Bu bağlamda psikolojik dayanıklılığı zayıf olan birçok kadının kurumsal destek aramayı çok fazla tercih etmediği hatta önceki bulgulara dayanarak sıklıkla sosyal destek aradığı ve ağrı şikayetiyle polikliniklere başvurduğu söylenebilir. Kurumsal desteğin aktif başa çıkma becerileri olmayan, psikolojik dayanıklılığı zayıf kadınlara ulaşmada önemli bir unsur olduğu düşünölmektedir.

### **5.3. Travma Sonrası Stres Belirtileri Üzerine Tartışma**

#### **“Destek arama yöntemlerinin travma sonrası stres belirtileriyle ilişkisi vardır.”**

Kadınların %91.8'inde travma sonrası stres belirtileri gözlenmektedir. Yarıya yakın bir oranda kronik TSSB (49%), dört kadından birinde akut evrede TSSB (26.5%), yaklaşık altı kadından birinde (16.3%) eşik altı TSSB görölmüştür. Travma sonrası stres belirtilerinin yaşamsal sonuçlarına bakıldığında öznel sıkıntı yaşayan kadınlardan büyük çoğunluğunun (%79,1) kendilerini korumaya yönelik planları bulunmamaktadır. Yalnızca ailenin devamı, çocuğun sağlığı gibi kendini korumayı dışta tutan eğilimin öznel sıkıntının atlatılma sürecinde olumsuz yönde etkilidir. Terapötik görüşmelerde, şiddete maruz kalan kadının kendini korumasını teşvikin öznel sıkıntının azaltılmasında ne kadar etkili olduğu bir kez daha gözlenmiştir.

#### **“Sağlık yakınmalarının travma sonrası stres belirtileriyle ilişkisi vardır.”**

Travmatik olay sonrası sosyal işlevsellikte bozulma olanların %75'i ağrı sebebiyle başvurusu bulunmakta ve anksiyete öyküsü bulunmaktadır.

Araştırmalara göre şiddet olgularının en sık olarak somatik belirtiler ile başvurdukları, bunu anksiyete, depresyon ve cinsel belirtilerin izlediği görülmektedir (Doğanavşargil ve Sertöz, 2007).

**“Nedensel atıfların travma sonrası stres belirtileriyle ilişkisi vardır.”**

TSSB geliştirme riskini arttıran etmenlerin yanında travmaya ve onun yarattığı hasarlara ilişkin bilişsel değerlendirilmenin TSSB'nin ortaya çıkması ve sürmesinde oldukça etkilidir (Foa ve ark, 1999). Araştırmada akut evre travma sonrası stres belirtileri, kronik travma sonrası stres belirtileri, eşik altı stres belirtileri ile eğitim düzeyi, ekonomik düzey, ekonomik özgürlük, maruz kalınan şiddet türleri, travmatik olaya ilişkin atıflar değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre; şiddetin nedenine “ekonomik” atfında bulunanların travma sonrası stres belirtilerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir. Ekonomiye yönelik atfın dışsal bir atıf olduğu, travmatik olayda gözlenen suçluluk ve sorumluluk duygusunun zaten var olan dışsal bir nedene atfedilmesinin travma sonrası stres belirtilerini azalttığı düşünülmektedir.

**5.4. Sosyal Destek Sistemlerinin Başa Çıkma ve Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi**

Araştırmaya göre, şiddet sonrası sağlık kurumuna başvuran kadınların %69,4'ünün sosyoekonomik düzeyi düşüktür, kendine ait sağlık güvencesi olan yalnızca %26,5'tir. Kadınların % 63,3'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır. Browne ve ark. (1999) yoksulluk sınırında yaşayan ailelerle yaptıkları çalışmaya göre düşük sosyoekonomik düzeyde yaşayan kadınların fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma riskinin diğer kadınlara göre 4 kat fazla olduğunu saptamışlardır. Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının cinsel tacize maruz kalma olasılığını artırdığına dair araştırma bulguları araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Merkin, 2012).

Eve giren gelir açısından bakıldığında ekonomik düzey düşük olanlar, daha fazla ilişkilerini düzeltmeyi ve daha dayanıklı olmayı talep etmektedirler. Ekonomik düzey şiddete yüklenen nedensel atıflar üzerinde etkili değilken, başa çıkma yolları ve gelecekle ilgili beklentiler üzerinde etkilidir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar daha fazla sosyal destek arama yöntemini denemektedirler. Bu bağlamda sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların şiddeti gizledikleri düşünülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey; kadının ekonomik katkısının olmaması ya da az olması durumunu ve kadının erkeğe karşı bağımlılık ilişkisini sürdürmeyi tercih ettiğini göstermektedir. Bu bağlamda kadının ekonomik özgürlüğünün şiddetle başa çıkma yöntemleri, nedensel atıfları ve şiddet algıları üzerindeki etkileri üzerine

inceleme yapılmıştır. Kadının şiddete yüklediği anlamlar ve başa çıkma yolları açısından da ekonomik özgürlüğün anlamlı bir etkisi gözlenmemektedir. Oysa şiddetin sonuçları açısından bakıldığında ekonomik özgürlüğü olmayan kadınlar, ekonomik özgürlüğü olan kadınlara göre şiddetin düzeyinin çok daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Burada ekonomik bağımsızlık kadının şiddeti gizleme eğiliminin etkisi olduğu veya şiddetin risk özelliklerinde kadın-erkek arasındaki ekonomik işbirliğinin etkisi olduğu düşünülebilir. Sonuç olarak şiddetin nedenlere, kadının şiddete yüklediği anlamlar ekonomik düzeye göre değişmemektedir. Şiddetin, cinsiyete dayalı yönü bir kez daha görülmektedir. Burada önemli bir diğer konu ekonomik düzeyin, şiddetle başa çıkma becerileri açısından önemlidir.

Kadınların emniyet, hastane acil servisi, poliklinikler gibi resmi kurumlardan beklentileri değerlendirildiğinde her iki kadından biri fiziksel veya psikolojik anlamda iyileşmeyi beklemektedirler. Her on kadından biri ilişkiyi bitirmek veya düzeltmek gibi geleceğe yönelik aktif beklenti içindedir.

Bulgulara göre, yaklaşık 10 kadından 8'i (%77.6) doktorunun kendisine şiddet yaşantısı olup olmadığını sormasını beklemektedir. Doktorun şiddet öyküsü hakkında bilgi edinmesinin hem olası stres tetikleyicilerinin gözlemlenmesi hem de kadınlara ulaşma ve sağlık durumunun psikolojik belirtilerle karmaşık bir hale gelmeden, hastanın iyileştirimine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

#### **Araştırma sorusu dışında gözlenen anlamlı ilişkiler:**

Androjen cinsiyet rollerini benimseme ile stresle kendine güvenli ve iyimser başa çıkma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Erkeksi cinsiyet rolleri puanı ile stresle iyimser başa çıkma tarzı ile pozitif yönde anlamlı ilişki görülürken, çaresiz başa çıkma tarzı ile ters yönde ilişki vardır. Cinsiyet rolleri envanteri şiddet sonrasında uygulandığından kadının soruna ve kendine yönelik bilişleri, olmasını istediği ifadeleri seçtiği düşünülmektedir.

Şiddet türleri ile cinsiyet rolleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, cinsel şiddet yaşayanların envantere göre belirli bir cinsiyet rolü tanımlayamadıkları, cinsel şiddet yaşamayanlara göre anlamlı farkla belirsiz cinsiyet rolü saptanmıştır. Şiddetin cinsiyet rolleri üzerinde etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir. Özellikle cinsel şiddetin ruhsal belirtiler açısından yıkım ve cinsiyet rolleri açısından belirsizliğe yol açtığı gözlenmiştir.

## 6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Şiddet sebebiyle görüşme odasına gelen kadınların sayısı araştırmaya katılan kadınların sayısından oldukça fazladır. Adli vaka olarak gelen kadınların araştırma söz konusu olduğunda bilgi vermekte çekingen davrandıkları gözlenmiş, bu sebeple beklenenin altında katılımcıya ulaŐılmıŐtır.

Travmatik olaya maruz kalan kadınların şiddetle başa çıkma sürecini incelerken destek aramayı baŐarmıŐ kadınların araştırmada daha fazla yer aldığı gözlenmiştir. Farklı polikliniklerden yönlendirme beklenenin altındadır. Hastaneye uğramış fakat farklı bir yolla destek ve araştırma çalıŐmasını öğrenen ve böylelikle araştırmaya katılan katılımcılar bulunmaktadır.

Araştırmada travmatik olay sonrası başa çıkma ve dayanıklılık incelendiğinden katılımcıların önceki uyum düzeyleri hakkında değerlendirme yapılamamıŐtır. Travmatik olayın kişi üzerindeki etkisi değerlendirilememektedir. Araştırmada kontrol grubu bulunmadığından travmatik olay olmaksızın sosyo-demografik özelliklere yönelik genel farklılıkların psikolojik dayanıklılık, stresle başa çıkma tarzları, ruhsal belirtiler ve cinsiyet rolleri gibi değişkenler üzerindeki etkisi araştırma dışında bırakılmıştır.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsiyetçiliğin toplumsal sistem içinde yeniden inşa edildiği toplumlarda şiddetin biyolojik, psikolojik etkileri açık bir şekilde gözlenememekte ve kadının bu etkileri açıkça ifade etmesi zorlaşmaktadır.

Türkiye’de kadına yönelik şiddet konusunda her geçen gün artan istatistiksel değerler şiddetin üretimini yansıttığı gibi, bu durum şiddetin gizlenen ve ölümlerle açığa çıkan yönünü de yansıtmaktadır. Sağlık birimleri bu sürecin en yakın tanığıdır. Sağlık alanında çalışanların cinsiyete dayalı şiddete karşı duyarlılıklarının artırılması ve yol gösterici çalışmalarla kadının başa çıkabilmesi kolaylaştırılmalıdır.

Ülkemizde şiddeti önleme projeleri yürütülmekte ve bunun küçük bir yansıması sağlık hizmetlerinde görülmektedir. Hastane çalışmasında kadınların şiddet yaşantısıyla başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin süreç içinde farklılaştığı, kimi kadının toplumsal rollerden beslenerek problemle baş etmeye çalıştıkları; kimi kadının psikosomatik sorunlar, psikiyatrik sorunlara yönelip kendini korumaya yönelik çıkış aradığı gözlenmiştir. Bu tercih farklılıklarına etki eden şeylerin kadının psikolojik dayanıklılığı gibi bireysel eğilimi dışında etmenler olduğu, süreç içinde değiştirdiği, aktiften pasife veya pasiften aktife doğru yöntem değiştirdikleri görülmüştür. Bu farklılıkta sosyoekonomik düzeyin, ekonomik bağımlılığın, sağlık güvencesinin, olayın nedenlerine yönelik atıfların etkili olduğu gözlenmiştir. Şiddete yüklenen anlamların ruh sağlığında ve kadınların geleceğe ilişkin beklentilerinde etkili olduğu gözlenmiştir. Bu nedenlerin kimi zaman namus, eşin ilişki dışındaki birlikteliği, kayınvalide, kayınpeder sorunları, ekonomik sorunlar, alkol kullanımına yönelik atıflar olduğu görülmüştür. Nedenlerin öğrenilmiş ve toplumsal sistem içinde öğrenilmiş aktarımlar olduğu düşünüldüğünde toplumsal cinsiyetçiliğin ne kadar önemli bir konu olduğu görülmektedir.

Şiddet vakalarıyla çalışan ruh sağlığı uzmanları açısından danışanın sosyal değerlerinin, problemle baş etmede ve geleceğe ilişkin plan yapabilme becerilerini geliştirmesinde oldukça önemli olduğu görülmektedir.

Ekonomik düzey, şiddete maruz kalma açısından risk olduğu gibi özellikle şiddetle baş etmeyi engelleyen bir sorundur. Aksi takdirde ekonomik düzeyi düşük olanın kaderi gibi bir bilinç oluşmaktadır. Böylesi bir durum, ekonomik düzeyi düşük olan kadınları mağdurlaştırır, güçsüzleştirir bir anlayış olacaktır. Kadınların sosyal destek arama yaklaşımlarını yalnızca bireysel bir tercih olarak görmek mümkün değildir. Çünkü kadınların büyük çoğunluğu ekonomik açıdan ve sosyal güvence açısından şiddet uygulayana bağımlı durumdadırlar. Bu bağımlılık ilişkisi kadınların sorunla baş edebilme becerisine ket vurmaktadır.

ve kadınlar farklı çözüm arayışına girmemektedirler. Her kadının sosyal güvence talebi ilgili kurumlar tarafından sağlanmalıdır.

Terapötik görüşmelerde kadının destek için başvurmadaki beklentisi yaşadığı psikolojik süreçle ilgili bilgi vermektedir. Toplumsal değerlerle uyumlu yaşamak yerine kendini koruma beklentisi yüksek olanların psikolojik açıdan daha olumlu bir süreci yaşadığı görülmektedir. Kendini korumaya yönelik bilinçlendirme çalışmalarının artması iyileşmenin bir parçası olacaktır.

Şiddetle yaşamak dayanıklılık olmadığı gibi cinsiyetçi tutumun bir yansıması olarak görülmektedir. Buna rağmen süregelen şiddetle yaşayan kadınların başa çıkma tarzlarını geliştirebildiği de görülmektedir. Fakat şiddetin döngüsellığı sebebiyle kadınlar “katlanmayı” sürdürdükleri sürece ruhsal sağlıkları zarar görmektedir. Bu konudaki farkındalık çalışmalarının önemi büyüktür.

Sağlık açısından bakıldığında şiddete maruz kalan kadınlardan özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olanların ağrı şikayetleri sebebiyle daha fazla polikliniklere başvurduğu görülmektedir. Bu sebeple ağrı poliklinikleri ve psikososyal hizmet birimleri arasındaki ilişkinin daha güçlü olmalıdır. Aksi takdirde araştırma bulgularında da görüldüğü üzere ekonomik düzey ve ekonomik-sosyal bağımlılık şiddete rağmen kabullenme ve boyun eğme yaklaşımını tercih etmeyi artırmaktadır.

Cinsiyete dayalı şiddet, bir sağlık sorunu olarak görülmelidir. Kadınlar herhangi bir nedenle herhangi bir sağlık birimine başvurduğunda şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulmalı ve sorumlu birime yönlendirilmelilerdir. Kadınların büyük çoğunluğu, doktorunun kendine şiddet yaşantısı olup olmadığını sormasını istemektedirler. Sosyal destek yöntemlerini daha sık kullanan, sosyoekonomik düzeyi düşük kadınların bilinçlendirilmesi ve yönlendirilmesinin önemi büyüktür.

Hekimin stresle ilişkili olduğunu düşündüğü sağlık şikayetlerinde, kadında travmatik öykü ihtimali göz önünde bulundurularak psikososyal destek sağlayan birimlere yönlendirilmesinin önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Afari N, Ahumada S, Wright L ve diğ. Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.*, 2014; 76 (1): e2-e11, (doi: 10,1097 / PSY.0000000000000010).

Akpınar O. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda aile içi şiddetle başa çıkma özyeterliliği, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2013; 4 (39): 24-36.

Aker T, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10:286-293.

Aker T, Ayata B, Özeren M, Buran B, Bay A. Zorunlu iç göç; Ruhsal ve toplumsal sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3(2): 97-103.

Aker T, Önen P, Karakılıç H. Psychological trauma. *International Journal of Mental Health*, 2007; 36 (3): 38–57.

Akın A, Esin Ç, Çelik K. Toplumsal Cinsiyet; Sağlık ve Kadın: Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2004.

Almedom A, Glandon D. Resilience is not the absence of ptsd any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss And Trauma*, 2007; 12: 127-143.

Altınay A. G, Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul, 2007.

Antonovsky A. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987.

Arslan M, Yarımoğlu B, Çekin N. Eş şiddeti öyküsüyle adli tıp kurumu Adana Şube Müdürlüğü’ne başvuran olguların incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine*, 2005; 2(2): 39–43.

Atman ÜC. Kadına yönelik şiddet; cinsel taciz, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2003; 12(9): 333-335.

“Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Aile Araştırma Kurumu Yayınları”, Ankara, 1995.

Basım, HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22(2): 104-114.

Bem SL. Gender schema theory and its implications for child development [online] *Raising Gender Aschematic Society* (1983), <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3173685?uid=3739192&uid=2&uid=4&sid=21106297700701>

Bermudez D, Benjamin MT, Porter SE ve diğ. A qualitative analysis of beginning mindfulness experiences for women with post-traumatic stress disorder and a history of intimate partner violence. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2013; 19: e104-e108, (doi: 10.1016 / j.ctcp.2013.02.004).

Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma. *zCurrent Directions in Psychological Science*, 2005; 14(3): 135-138.

Bozkurt A, Karlıdere T, Erdem M ve diğ. Çubuk hortumu sonrası yetişkinlerde ortaya çıkan travmatik belirtilerin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011; 12: 266-273.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000; 68: e748-e766, (doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748).

Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 2003; 23: e339 – e376, (doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3).

Brown AD, James CR, Romano TA ve diğ. Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in combat. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2011; 44(1): 129-134, (doi:10.1016/j.jbtep.2011.11.004).

- Browne A. Violence against women by male partners. prevalence, outcomes, and policy implications. *American Psychologist*, 1993; 48(10): e1077-e1087, (doi: 10,1037 // 0003-066X.48.10.1077).
- Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999; 5(4): e393-e426, (doi: 10,1177 / 10778019922181284).
- Burnside E, Startup M, Byatt M ve diğ. The role of overgeneral autobiographical memory in the development of adult depression following childhood trauma. *Br J Clin Psychol*. 2004; 43: e365-e376, (doi: 10,1348 / 0144665042388991).
- Büyükcoşkun Nİ. Stres ülseri ve nöropeptidler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002; 28 (3): 109-113.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Lynch M, Holt KD. Resilience in maltreated children: processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 1993; 5 (4): e629-e647, (doi:10.1017/S1368980008002541).
- Cooper C, Eslinger DM, Paul DS. Hospital-based violence intervention programs work. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 2006; 61(3): 534-540, (doi: 10.1097/01.ta.0000236576.81860.8c).
- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-davidson resilience scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 2003; 18, 76-82.
- Conway MA, Singer JA, Tagini A. The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*, 2004; 22: e491-e529, (doi:10.1521/soco.22.5.491.50768).
- Cortina LM. Profiles in Coping: Responses to sexual harrasment across persons, organizations and cultures. *Journal of Applied Psychology*, 2005; 90: 182-192.
- Curley C. Safe Haven Shelter for Battered Women-Acknowledging 25 Years [online] (2003) [http://www.safehavenshelter.org/about\\_us/history.html](http://www.safehavenshelter.org/about_us/history.html) (Erişim: 10 Mayıs 2014)
- Çevik A, Ünal S. Sindirim sistemi psikosomatik hastalıkları. *Türkiye Klinikleri*, 1989; 9 (1): 35-38.
- Çetin H, Kuzu N, Sargutan E, Ak B, Pekcan H. Ankara Batıkent'te aile içi şiddet olayı. *Temel Sağlık*. 2005; 2 (5): 1-7.
- Çoklar I. Kadına yönelik cinsel şiddetin meşrulaştırılması ve tecavüze ilişkin tutumlar. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Dökmen ZY. Pazarda ürününü satan kadınların ev hanımı ve çalışan kadınlarla ruh sağlığı, kontrol odağı inancı ve cinsiyet rolü bakımından karşılaştırılması. XII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, 2002.
- Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder after physical and sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 1999; 37, 809-829.
- Durukan A. Keçe: Cinsel şiddet kadınları utandırıyor. 2006. (Erişim: 03.05.2013), <http://www.bianet.org/kadin/siyaset/81247>
- Ehlers A, Clark DM. Cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research And Therapy*, 2000; 38: 319-345.
- Ellis L. A theory explaining biological correlates of criminality. *European Journal of Criminology*, 2005; 2 (3): e287-e315, (doi: 10,1177 / 1477370805054098).
- Etyemez E. Psikodermatolojik hastalıklarda tip d kişilik, stres ve psikiyatrik semptomatoloji. Uzmanlık Tezi (Yayınlanmamış). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.



- Francati V, Vermetten E, Bremner JD. Functional Neuromaging Studies in Posttraumatic Stress Disorder: Review of current methods and findings, *Depress Anxiety*, 2007; 24(3): e202-e218, (doi:10.1002 / da.20208).
- Fawole OI. Economic violence to women and girls: is it receiving the necessary attention. *Trauma Violence Abuse*, 2008; 9 (3): 167-177, (doi: 10,1177 / 1524838008319255).
- Foa EB, Jaycox LH. Cognitive-Behavioral Theory And Treatment of Posttraumatic Stres Disorder. Efficacy and Cost-Effectiveness Of Psychotherapy: Clinical Practice. Ed. Spiegel, D. 45, 23-61, 1999.
- Foa EB, Cascardi M, Zoellner LA ve diğ. Psychological and Environmental Factors Associated with Partner Violence. *Trauma, Violence and Abuse*, 2000; 1: 67-91.
- Foa EB, Tolin DF. Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*. 2006; 132 ( 6): e959–e992, (doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959).
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychology*, 1986; 50: 571-579.
- Gander MJ, Gardiner HW. Çocuk ve Ergen Gelişimi (4. Baskı). 1981. Çev. Bekir Onur, İmge Yayınları, Ankara, 2001.
- Gezen M, Oral ET. Kadın sığınma evinde yaşayan kadınlar ile şiddet gördüğü evde yaşamaya devam eden kadınların bağlanma biçimlerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin incelenmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2013; 26: 65-71.
- Göregenli M. Önyargı, Kalıpyargı ve Ayrımcılık, Ayrımcılık. Çok Boyutlu Yaklaşımlar, Çayır K., Ceyhan M. A., (Der.), (17-27), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2012.
- Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005; 27 (2): 51 – 56.
- Gümüsoğlu F. Sayılarla Kadına Yönelik Şiddet. Geleceğim Elimde: Kadın İncelemeleri Dizisi. (1. Baskı), Mor Çatı Sığınma Vakfı -Mor Çatı Yayınları, İstanbul, 1998.
- Hamberger LK, Holtzworth-Munroe A. (Ed) Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention: spousal abuse, The Guildford Press, 2007.
- Hamel J, Tonia LN. Family Interventions in Domestic Violence. A Handbook of Gender- Inclusive Theory and Treatment, Springer Publishing, Newyork, 2007.
- Hartmann H. Marksizimle Feminizmin Mutsuz Evliliği. South End Press Political Controversies Series. 1981. Çev. Gülşat Aygen, Agora Kitaplık, İstanbul, 2006.
- Hauser W, Galek A, Erbslöh-Möller B ve diğ. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 2013; 54(8):1216-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.03.034> (Ulaşım: 17.01.2014).
- Hegarty K, O’Doherty L, Taft A ve diğ. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): A cluster randomised controlled trial, general practice and primary health care academic centre. *The University of Melbourne*, 2013; 382 (9888): 249-52, (doi:10,10167 / S0140-6736(13)60052-5).
- Heider F. The Psychology of Interpersonal Relations. Wiley, New York, 1958.
- Heinrichs M, Ditzen B, Neumann I, Ehlert U. Psychobiology of stress coping in women: Role of oxytocin, second world congress on women’s mental health. Washington, 2004, (doi: 10.1007/s00737-005-0095-7).
- Holtzworth-Munroe A, Stuart GL. Typologies of Male Batterers: Three Subtypes and The Differences Among Them. *Psychol Bull*, 1994; 116: 476-497.

- Holtzworth-Munroe A, Bates L ve diğ. A brief review of the research on husband violence: part i: maritally violent versus nonviolent men. *Agression and Violent Behavior*, 1997; 2: 65-99.
- Husso M, Virkki T, Notko M ve diğ. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in Community*, 2012; 20(4): e347-e355, (doi: 10.1111 / j.1365-2524.2011.01034.x).
- Jaksik N, Brakovic L, Ivezic E ve diğ. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina*, 2012; 24 (3): 256-266.
- Im YJ, Kim DH. Factors Associated with The resilience of school-aged children with atopic dermatitis. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 21(1-2): e80-e88, (doi:10.1111 / j.1365.2702.2011.03750.x).
- İbiloğlu AO. Aile içi şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012; 4(2): e204-e222, (doi:10.5455/cap.20120413).
- İçli T, Öğün A. Türkiye'nin Sosyo-Kültürel Yapısında Aile. Evlilik ve Kadın Suçluluğu: Fail Mağdur İlişkisi. Atatürk Kültür Merkezi Yayınları. Ankara, 2000.
- Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(2): 89-99.
- Kararımkar Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2006; 3 (26): 129-139.
- Kararımkar Ö. Establishing the psychometric qualities of the ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 2010; 179, 350-356.
- Kararımkar Ö, Siviş-Çetinkaya R. Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2011; 4 (35): 30-43.
- Klag S, Bradley G. The role of hardiness in stress and illness: an exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*, 2004; 9, 137-161.
- Kızmaz Z. Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2006; 16( 2 ): 247-267.
- Kopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms Among Survivors: A Survivors: A survivors of the Oakland / Berkeley, Calif, Firestorm. *Am J Psychiatry*, 1994; 151: 888-894.
- Korkut F, Owen DW. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2008.
- Kuş E, Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri: Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri (4. Baskı), Ankara, 2012.
- Madran HAD. Temel Beklenti Etkisi. K. Çayır, M. Ceyhan, (Ed.), *Kendini Gerçekleştiren Kehanet, Ayrımcılık, Çok Boyutlu Yaklaşımlar* (1. baskı) (29-40). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2012.
- Maes, M, Delmeire L, Schotte C ve diğ. The Two-factorial symptom structure of post-traumatic stress disorder: Depression-avoidance and arousal-anxiety. *Psychiatry Research*, 1998; 81, e195-e210, (doi:10.1016/j.janxdis.2011.04.007).
- Meltzer-Brody S, Hartmann K, Miller WC ve diğ. A brief screening instrument to detect posttraumatic stress disorder in outpatient gynecology. *Obstet Gynecol*, 2004; 104(4):770-6.
- Merkin RS. Sexual harassment indicators: The socio-cultural and cultural impact of marital status, age, education, race, and sex in latin america, *Intercultural Communication Studies*, 2012; 21 (1): 154-172.
- Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. (2nd ed). Seattle: IASP. 1994.

Meyer A, Wagner B, Dutton M. A. The Relationship between battered women's causal attributions for violence and coping efforts. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010; 25(5): e900-e918, (doi: 10.1177 / 0886260509336965).

Mitchell J. *Women's Estate*, Pantheon Book, New York, 1971.

Jost J. T., Hunyady O. Antecedents and consequences of system-justifying ideologies. *American Psychological Society*, 2005; 14 (5): e260-e265, (doi: 10.1111 / j.0963-7214.2005.00377.x.).

Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: A review of the evidence base. *Journal of Clinic Nursing*, 2007; 16 (9): e1736-e1748, (doi: 10.1111 / j.1365-2702.2007.01746.x.).

Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2008; 11 (22): 81-94.

Peres JF, Gonçalves AL, Peres MF. Psychological trauma in chronic pain: implications of ptsd for fibromyalgia and headache disorders. *Curr Pain Headache Rep.* 2009; 13(5): 350-7.

Rice ME, Harris GT, Hilton NZ. The Appraisal Guide and Sex Offender Risk Appraisal Guide for Violence Risk Assessment and The Ontario Domestic Assault Risk Assessment and Domestic Violence Risk Appraisal Guide for Wife Assault Risk Assessment. Randy K. Otto, Kevin S. Douglas (Ed.) *Handbook of Violence Risk Assessment*, Routledge, 2010.

Royal College of Nursing. *Domestic Violence: Guidance for Nurses*. Royal College of Nursing, London, 2013.

Ruchkin V, Eisemann M, Hagglof B. Coping styles in delinquent adolescents and control: The role of personality and parental rearing. *Journal of Youth and Adolescence*, 1999; 28(6): 705-717.

Saar-Ashkenazy R, Cohen JE, Guez J ve diğ. Reduced corpus-callosum volume in posttraumatic stress disorder highlights the importance of interhemispheric connectivity for associative memory. *J Trauma Stress*, 2014; 27(1): e18-e26, (doi: 10.1002 / jts.21887.)

Savran GA. *Beden Emek Tarihi: Diyalektik Bir Feminizm İçin* (2. Baskı), Pusula Yayıncılık, İstanbul, 2009.

Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R ve diğ. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2001; 164 (4): e653-e656, (doi: 10.1164 / ajrccm.164.4.2008087)

Seng JS, Low LK, Sperlich M ve diğ. Prevalence, trauma history and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(4): e839-e47, (doi: 10.1097 / AOG.0b013e3181b8f8a2).

Sezgin U. Travma yaşantısı olan kadınlarda grup psikoterapisinin etkinliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2003; 40 (3-4): 53-63.

Siegel LJ. *Criminology: Theories, Patterns, and Typologies*. Wadsworth, United States of America, 2001.

Solomon Z, Mikulincer M, Avitzur E. Coping, locus of control, social support and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychiatry*, 1998; 55 (2): 297-285.

Subaşı N, Akın A. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları. Akın A, (Ed.), *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003.

Szpitalak M, Prochwicz K. Psychological gender in clinical depression. *Psychiatr Pol.* 2013; 47 (1): 53-64.

Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10: 56-73.

Uluslararası Af Örgütü, 2004. Erişim: 12.11.2012, <http://www.amnesty.org.tr/icerik/50/42/kadina-yonelik-siddet-sayaci-istatistiki-bilgiler-ozet>

- UNICEF Türkiye. Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi, 2004.
- Uzoğlu S, Ünlü S, Bayram N ve diğ. Alkol, parasızlık, cinsel tatminsizlik şiddetin nedeni değil bahanesi. 2008. (Erişim: 03.05.2013), <http://www.bianet.org/bianet/kadin/109811>
- Walker LEA. The Battered Woman Syndrome (3th ed.). Springer Publishing, United States, 2009.
- Weiner B, An attributional theory of achievement motivation and emotion university of California. Psychological Review, 1985, 92 (4), 548-573.
- Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI ve diğ.. Distress and pain during pelvic examinations: effect of sexual violence. Obstet Gynecol. 2008; 112(6): e1343-e1350, (doi:10,1097/AOG.0b013e31818e4678).
- Werner EE, Smith RS Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience and Recovery. New York: Cornell University Press, 2001.
- Williams SL, Mickelson KD. The nexus of domestic violence and poverty: resilience in women's anxiety. Violence Against Women, 2004; 10 (3): 283-293.
- Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006; 17(2): 107-114
- Vosler A. Salutogenesis and the sense of coherence: promoting health and resilience in counselling and psychotherapy. Counselling Psychology Review, 2012; 27 (3), 67-78.
- Yılmaz B. Travma sonrası stres bozukluğunda bilgi işleme süreçleri. Türk Psikoloji Yazıları, 2005; 8: 61-71.
- Yılmaz B. Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2006.

## ÖZGEÇMİŞ

### **Bireysel Bilgiler**

Adı Soyadı: Gözde TEKER ATAŞ

Doğum Yeri ve Tarihi: Eskişehir, 15.10.1984

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Evli

Çalıştığı Kurum: İstanbul Medeniyet Ün. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi

İletişim Adresi ve Telefonu: İstanbul Medeniyet Ün. Göztepe E. A. Hastanesi. Çocuk-Ergen Psikiyatri

### **Eğitim**

2002-2006 Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü

2001-2002 Atayurt Okulları

1998–2001 Muzaffer Çil Anadolu Lisesi

Yabancı Dili: İngilizce

### **Ünvan**

Psikolog

### **Mesleki Deneyim**

2006: Elma Şekeri Kreş, Anaokulu ve Etüt Merkezi

2007-2009: Alanya Devlet Hastanesi: Yetişkin Psikiyatri-Psikoloji Bölümü

2009-2014: Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi: Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim Sorumlusu, Yetişkin- Çocuk-Ergen Psikiyatri Psikoloji, Sigara Bırakma Polikliniği

2014--:İstanbul Medeniyet Ün. Göztepe E.A. Hastanesi, Çocuk-Ergen Psikiyatri-Psikoloji B.

### **5. Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar**

Türk Psikologlar Derneği

Toplumsal Dayanışma için Psikologlar Derneği

Travma Çalışmaları Derneği.

### **6. Bilimsel Etkinlikler (Sözlü Bildiriler)**

Bireyden Toplumaya Duyarlılık. IX. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Bursa, 2004.

Ergenlerde Kimlik ve Yabancılaşma Bağlamında İntihar Girişimi: Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Örneği. XVI. Ulusal Psikoloji Kongresi, Sözlü Bildiri, Mersin, 2010.

**KADINA YÖNELİK ŞİDDET**  
**PSİKOLOJİK GÖRÜŞME BİLGİ FORMU**

**A. KAYIT BİLGİLERİ**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Kayıt no /Ses kayıt no:     | 6. Son iki yıldaki toplam muayene Sayısı: |
| 2. Poliklinik işlem no:        | 7. Doğum tarihi:                          |
| 3. Tarih:                      | 8. Psikiyatrik tanı öyküsü:               |
| 4. Olayın gerçekleştiği tarih: | 9. Telefon numarası                       |
| 5. Olay zamanı:                |   |

**10. Çocuk durumu**

1 Var (Sayısı)	2 Yok	3 Hamilelik Sürüyor	4 Tedavi Görüyor

**11. Kimin tarafından şiddete maruz kaldınız?**

1 Eş	2 Arkadaş/ Flört	3 Baba-Anne	4 Diğer Aile Üyeleri	5 Çocuk

**12. Şiddet türlerinden hangisini/hangilerini yaşıyorsunuz?**

1.FİZİKSEL ŞİDDET	
2.PSİKOLOJİK ŞİDDET	
3.CİNSEL ŞİDDET	
4.EKONOMİK ŞİDDET	

**B. SOSYAL DURUM (SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ)**

**1. Eğitim Durumu:**

1 Okur-Yazar Değil	2 İlköğretim	3 Lise	4 Üniversite

**2. Medeni Durumu:**

1 Bekar	2 Evli

3. Meslek Durumu:

1 Çalışıyor	2 Çalışmıyor

4. Sosyal Güvence:

1 Var	2 Yok

5. Eve Giren Gelir Durumu:

1 100-1000 L.	2 1000-2000L.	3 2000-4000L.	4 4000 ve üstü

6. Yerleşim açısından anne ve babanıza yakın mısınız?

1 Evet	2 Hayır

7. Evde sizinle beraber kimler yaşıyor?

1 Anne Baba	2 Eşim	3 Çocuk	4 Kayınvalide- Kayınpeder	5 Diğer Akrabalar	6 Yalnız Yaşıyorum

8. Ekonomik gelir kim tarafından sağlanıyor?

1 Benim Taraftından	2 Eşim Taraftından	3 Eşimle Beraber	4 Aile Büyükleri	5 Sosyal Hizmet Kurumundan

### C. BİREYSEL SÜREÇ

1. Sizce yaşadığınız bu olayın nedeni nedir?

.....

2. Şiddetle ilgili yaşadıklarınızı kimlere söylediniz?

1 Aile üyelerine	2 Sosyal Arkadaş/ Komşu	3 Devlet Kurumları	4 Hiç kimseye

3. Buradan beklentileriniz neler? (Kişi birimi hem resmi kurum hem de psikolojik destek yeri olarak algılayabilmektedir.)

1. Korkutma amaçlı ceza almasını sağlamak	
2. Aramızdaki ilişkiyi sonlandırmak	
2. Daha sağlıklı olmak, iyi hissetmek	
3. İlişkimizi düzeltmek, şiddetsiz yaşamak	
4. Kendi hatalarımı görmek	
5. Beklentim yok, bir şey değişmez.	

4. Ne kadar sıklıkla şiddete maruz kalıyorsunuz?

1 İlk Kez Oldu	2 Çok Nadir	3 Belirli Aralıklarla	4 Sürekli

Önceden yaşanmışsa :

a. Bu olaydan ne kadar zaman önce şiddet olayı yaşadınız?

1 1 ay içinde	2 6 ay içinde	3 6 aydan uzun bir süre önce



b. İlk şiddet olayı sonrasında başa çıkmak için hangi yöntemi denediniz?

1. Aile üyelerinden yardım isteme		6. Sığınma evine başvurma	
2. Bir uzmandan yardım alma		7.Boşanma davası açma	
3. Bir tanıdıktan destek alma		8. Başka bir eve taşınma	
4. Emniyete başvurma		9.Başka bir şehre yerleşme	
5. Evden uzaklaştırma isteminde bulunma		10.Hiçbirini denemedim	

c. Bu olay sebebiyle aşağıdakilerden hangisini denediniz?

1. Aile üyelerinden yardım isteme		6. Sığınma evine başvurma	
2. Bir uzmandan yardım alma		7.Boşanma davası açma	
3. Bir tanıdıktan destek alma		8. Başka bir eve taşınma	
4. Emniyete başvurma		9.Başka bir şehre yerleşme	
5. Evden uzaklaştırma isteminde bulunma		10.Hiçbirini denemedim	

1. Sizce geçmişte denediğiniz yöntemle en son yöntem arasında bir fark var mı?

2. Bu farka etki eden başka bir olay yaşadınız mı? (.....)

3. Şiddet olayı genelde nasıl sona erer?

1 . Zarar Görmemek İçin Kaçırım	
2.Ben Karşılık Verince	
3.Yardım Çağırınca	
4.Güvenlik Planlarını Uygulayınca	
5.Duyanlar Polise Haber Verir	

6.Ben Zarar Görünce	
7.Yorulduğunda/ Vurup Rahatlayınca	
8.Çocuklar Fark Ettiğinde	
9.Özür Dilediğimde	

#### D. SAĞLIK DURUMU

1. a. Fiziksel şiddet esnasında vücudunuz neresine darp uygulandı?

b. Vücudunuzun neresi zarar gördü?

2. Acil müdahaleden sonra yapılan konsültasyon var mı?

1 Evet	2 Hayır

Konsültasyon Birimi:

3. Yaşadığınız olaydan sonra olayla ilgili sağlık problemleriniz oldu mu?

1 Evet	2 Hayır

4.Yaşadığınız olayla ilgili olarak; devlet kurumlarından yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

1 Evet	2 Hayır

5.Sizce doktorlar muayeneye gelen hastalarına şiddet yaşantısıyla ilgili soru sormalılar mı?

1 Evet	2 Hayır

## DANIŞAN SORULARI KENDİ OKUYUP CEVAPLAYACAKTIR.

Aşağıdaki sorularda duygu ve düşünceleriniz “Hiç”-“Çok Fazla” şeklinde 1 ile 5 sayıları arasında ifade edilmektedir. Sizin için uygun olan sayıya (X) işareti koyunuz.

### E. ÖZ DEĞERLENDİRME

1. Bu yaşadığınız olayın düzeyi ne kadardır?

Çok Az      Çok Fazla  
1 2 3 4 5

2. Bu olay hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Çok Az      Çok Fazla  
1 2 3 4 5

3. Bu olayın yaşanmasında kendinizi ne kadar sorumlu görüyorsunuz?

Çok Az      Çok Fazla  
1 2 3 4 5

4. Bu olayın yaşanmasında eşinizi ne kadar sorumlu görüyorsunuz?

Çok Az      Çok Fazla  
1 2 3 4 5

### F. Aşağıdaki sorularda sizin için uygun olan cevaba (X) işareti koyunuz.

1. İnsanların başlarından geçebilecek bazı olaylardan hangilerini yaşadınız?

1. Anne ve babanın boşanması	
2. Annenizin ölümü	
3. Babanın ölümü	
4. Kardeşin ölümü	
5. Annedan ayrı kalma (bir hafta veya daha uzun süre)	
6. Göç etme	
7. Okul değiştirme	
8. Büyük bir deprem afet sel v.b. yaşama	
9. Hırsızlık, kavga, çatışma, cinayet, öldürme gibi olaylara tanık olma	

**KLİNİSYEN TARAFINDAN UYGULANAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU  
ÖLÇEĞİ (CAPS)**

**A. Travmatik Olay:**

B. Yeniden yaşama belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+ Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
1. Elde olmayan sıkıntı verici anılar						
2. Sıkıntı verici rüyalar						
3. Olay tekrarlanıyormuş gibi davranma veya hissetme						
4. Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında psikolojik zorlanma						
5. Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik						
<b>B alttoplamı</b>						
<b>B kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 1)</b>						

C. Kaçınma ve küntleşme belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+ Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
6. Düşünce, duygu veya konuşmalardan kaçınma						
7. Etkinlikler, yerler veya insanlardan kaçınma						
8. Travmanın önemli bölümlerini hatırlayamama						
9. Etkinliklere ilgi veya katılımında azalma						
10. Kopukluk veya yabancılaşma						
11. Kısıtlı duygulanım						
12. Bir geleceği kalmadığı duygusu						
<b>C alttoplamı</b>						
<b>C kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 3)</b>						

D. Artmış uyarılmışlık belirtileri	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+ Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
13. Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük						
14. İrritabilite veya öfke patlamaları						
15. Yoğunlaşmada güçlük						
16. Artmış tetikte olma hali						
17. Abartılı irkilme yanıtı						
<b>D alttoplamı</b>						
<b>D kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 2)</b>						

E. Bozukluğun süresi	ŞİMDİKİ	HAYATBOYU
19. Bozukluğun süresi en az bir ay	<input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET

F. Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulma	ŞİMDİKİ	HAYATBOYU
20. Öznel sıkıntı		

21. Sosyal işlevsellikte bozulma		
22. Mesleki işlevsellikte bozulma		

TSSB TANISI	ŞİMDİKİ	HAYATBOYU
<b>TSSB MEVCUT-TÜM KRİTERLER KARŞILANIYOR MU?</b>	<input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET
18. Geç başlangıçlı (≥6 ay sonra)	<input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET
19. Akut (<3 ay) veya kronik (≥3 ay)	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik

23. Genel geçerlilik						
24. Genel şiddet	<b>ŞİMDİKİ</b>	<b>HAYATBOYU</b>				
25. Genel düzelme						
D. İlişkili özellikler	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+ Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
26. Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk						
27. Hayatta kalmaktan / kurtulmaktan suçluluk duyma						
28. Çevrenin farkında olma durumunda azalma						
29. Derealizasyon						
30. Depersonalizasyon						

## SCL-90- R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığımız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığımız bir cümle ile karşılaştığımızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

### Tanımlama :

0 Hiç	3 Oldukça fazla
1 Çok az	4 Aşırı düzeyde
2 Orta derecede	

1. Baş ağrısı .....
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi .....
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler .....
4. Baygınlık ve baş dönmeler .....
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı .....
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu .....
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri .....
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri .....
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük .....
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler .....
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi .....
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar .....
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi .....
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali .....
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri .....
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma .....
17. Titreme .....
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi .....
19. İştah azalması .....
20. Kolayca ağlama .....
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi .....

22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi .....
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma .....
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları .....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu .....
26. Olanlar için kendini suçlama .....
27. Belin alt kısmında ağrılar .....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi .....
29. Yalnız hissi .....
30. Karamsarlık hissi .....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma .....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali .....
33. Korku hissi .....
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali .....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi .....
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu .....
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi .....
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak .....
39. Kalbin çok hızlı çarpması .....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi .....
41. Kendini başkalarından aşağı görme .....
42. Adele (kas) ağrıları .....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi .....
44. Uykuya dalmada güçlük .....
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme .....
46. Karar vermede güçlük .....
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu .....
48. Nefes almada güçlük .....
49. Soğuk ve sıcak basması .....
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu .....
51. Hiç bir şey düşünmeme hali .....
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması .....
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi .....
54. Gelecek konusunda ümitsizlik .....
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük .....
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi .....



57. Gerginlik veya coşku hissi .....
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi .....
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri .....
60. Aşırı yemek yeme .....
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma .....
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma .....
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması .....
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma .....
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali .....
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama .....
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği .....
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılmış hissetme .....
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılmış hissetme .....
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi .....
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi .....
72. Dehşet ve panik nöbetleri .....
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi .....
74. Sık sık tartışmaya girme .....
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali .....
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu .....
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme .....
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma .....
79. Değersizlik duygusu .....
80. Size kötü bir şey olacaktıymış duygusu .....
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma .....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu .....
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu .....
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması .....
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi .....
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller .....
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi .....
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama .....
89. Suçluluk duygusu .....
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi .....

.....

## STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ (SBTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntı olduğunda...</i>	<i>%0</i>	<i>%30</i>	<i>%70</i>	<i>%100</i>
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )

22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	( )	( )	( )	( )
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

## CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.					
2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.					
3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.					
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.					
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.					
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.					
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak beni daha da güçlendirebilir.					
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.					
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm					
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.					
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.					
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.					
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.					

14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.					
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim işin başına geçmeyi tercih ederim.					
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.					
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.					
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.					
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.					
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.					
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.					
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.					
23. Zoru severim.					
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.					
25. Başarılarımla gurur duyarım.					

## BEM CİNSİYET ROLÜ ENVANTERİ

Aşağıdaki özelliklerin her birinin sizi tanımlama bakımından ne kadar uygun olduğunu düşününüz. Her özelliğin karşısına, size uygunluğunu anlamına gelmek üzere numaralandırınız.

1 hiç uygun değil

5 bazen uygun

2 genellikle uygun değil

6 genellikle uygun

3 bazen uygun değil

7 her zaman uygun

4 kararsızım

	Uygunluk numarası		Uygunluk numarası
1. ağırbaşlı, ciddi		21. idealist	
2. ailesine karşı sorumlu		22. incinmiş duyguları tamir etmeye istekli	
3. anlayışlı		23. kaba dil kullanmayan	
4. baskın, tesirli		24. kadınsı	
5. başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı		25. kendi ihtiyaçlarını savunan	
6. boyun eğen		26. kendine güvenen	
7. cana yakın		27. kuralcı, katı	
8. cömert		28. lider gibi davranan	
9. çocukları seven		29. mantıklı	
10. duygularını açığa vurmeyen		30. merhametli	
11. duygusal		31. namuslu	
12. erkeksi		32. otoriter	
13. etkileyici, güçlü		33. riski göze almaktan çekinmeyen	
14. fedakar		34. sadık	
15. girişken		35. saldırgan	
16. gönül alan		36. sevecen	
17. gözü pek		37. sıkılgan	
18. haksızlığa karşı tavır alan		38. sözünde duran	
19. hassas		39. tatlı dilli	
20. hırslı		40. yumuşak, nazik	

## Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI şeklinde elde edilen unvan yazıldı.
- Kapak sayfasına mezun olunan programın adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı imzalatıldı.
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- n sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak çizimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / ..... / 2015

Danışman