

İSTANBUL ŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

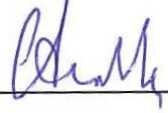


**EŞ ŞİDDETİNE MARUZ KALIP SIĞINMA EVİNDE KALAN
KADINLARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ: BİLİŞSEL MODEL ÇERÇEVESİNDE BİR İNCELEME**

GAMZE NUR DEMİREZEN

HAZİRAN 2019

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri:

	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Z. Ceren Acartürk (Tez Danışmanı)	<u>Kabul</u>	
Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak	<u>Kabul</u>	
Doç. Dr. Işıl Bilican	<u>Kabul</u>	

Bu tezin İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Tarih
17.06.2019

Mühür/İmza


Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Gamze Nur Denizler

İmza:



ÖZ

EŞ ŞİDDETİNE MARUZ KALIP SİĞİNMA EVİNDE KALAN KADINLARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ: BİLİŞSEL MODEL ÇERÇEVESİNDE BİR İNCELEME

Demirezen, Gamze Nur

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zeynep Ceren Acartürk

Haziran 2019, 96 sayfa

Araştırmada, eş şiddetine maruz kalan kadınların travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri Ehlers ve Clark (2000)'ın bilişsel modeliyle incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da yaşayan, eş şiddeti sebebiyle sığınma evinde kalan yaşları 19-55 arasında değişmekte olan 142 katılımcı oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ), DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (Brief Cope) kullanılmıştır. Alanyazındaki ilgili demografik ve risk faktörlerine bilişsel modele ait değişkenler (uyumsuz baş etme stilleri, algılanan sosyal destek, olumsuz bilişler) eklenerek modelin TSSB belirtilerini yordama gücünü anlamak amacıyla çoklu hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların %75.4'ünün DSM-5'e göre olası TSSB tanı kriterlerini karşılamakta olduğu ortaya çıkmıştır. Ek olarak, sadece demografik ve risk faktörlerinin TSSB belirtilerini yordama gücü %12 olarak bulunurken bilişsel modele ait değişkenlerin analize dahil edilmesiyle birlikte bu oran %41 olarak bulunmuştur. Modele istatistiksel olarak anlamlı katkı sağlayan değişkenler ise, kadının iş tecrübesi bulunmaması, eşin alkol kullanımı, kadının ailesinde psikolojik rahatsızlık bulunma durumu, geçmişteki intihar düşünceleri ve kadınların travmadan sonra gelişen kendileri hakkındaki olumsuz bilişleri olarak sıralanabilmektedir. Elde edilen bulgular alanyazın dahilinde incelenmiş ve klinik doğurguları üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: TSSB, eş şiddeti, kadın sığınma evi, bilişsel model

ABSTRACT

THE SYMPTOMS OF PTSD IN WOMEN WHO ARE RESIDENTS OF SHELTERS AND WERE EXPOSED TO IPV: AN INVESTIGATION IN THE FRAME OF COGNITIVE MODEL BY EHLERS & CLARK

Demirezen, Gamze Nur

MA in Clinical Psychology

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Zeynep Ceren Acartürk

June 2019, 96 Pages

In this study, the symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women who are residents of shelters and were exposed to intimate partner violence (IPV) is examined in the frame of the cognitive model by Ehlers and Clark (2000). The sample of the study consisted of 142 women aged between 19-55, in İstanbul. Assessment tools were the PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5), posttraumatic cognitions inventory (PTCI), multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) and brief COPE inventory. In order to test the variables of cognitive model, multiple hierarchical regression analysis was used. Results indicated that 75.4% of women might fulfill the diagnostic criteria of PTSD. Moreover, the demographic and risk factors alone predicted the 12% of variance in PTSD symptoms. The final model including both risk factors and cognitive behavioral variables explained 41% of variance in PTSD symptoms. Furthermore, variables which explained a statistically significant amount of variance in PTSD were partner's alcohol consumption, women's past suicidal thoughts, absence of work experiences, family history of psychological disorders, posttraumatic negative cognitions about self. To sum up, the cognitive model of PTSD is a useful model to explain symptoms of PTSD in victims of IPV and can be used to developed beneficial treatment techniques for those women.

Keywords: posttraumatic stress disorder, shelter, intimate partner violence

“Bir adamın evi onun kalesidir; aynı evin kadın ve çocukları için bir hapisane olabileceği nadiren bilinir.” (Herman, 2017)

Bu çalışmayı başta benimle tüm deneyimini, duygularını ve düşüncelerini samimiyetle paylaşan, görüşme yaptığım 147 kadın olmak üzere şiddetin herhangi bir türüne maruz kalan tüm kadınlara ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Çalışmanın her aşamasında bilgi birikimini, tecrübesini, sevgisini ve desteğini esirgemeyen ve beni hep motive eden sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Zeynep Ceren Acartürk'e,

Siğınma Evlerinde çalışmama olanak sağlayan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na,

İstanbul ŞÖNİM' de sosyal hizmet uzmanı olarak görev yapan sevgili Döne Arslan'a, İstanbul il kabul biriminde çalışan ve çalışmamı yapabilmem için yardımcı olan Nilüfer Hanım, Pelin Hanım, Fatma Hanım, Burcu Hanım, Elif Hanım ve Irmak Hanım'a ve nöbet amirlerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca gösterdiği rehberlik, anlayış ve çok kıymetli desteğinden ve tez jürimdeki değerli katkılarından ötürü süpervizörüm Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'a,

Hem yüksek lisans derslerimdeki hem de tez jürimdeki değerli katkılarından ötürü Doç. Dr. Işıl Bilican'a,

Bu yolculukta hayatıma katılan sevgili dönem arkadaşlarıma, özellikle akran süpervizyonlarıyla her daim yardıma koşan dostlarımdan Dilara Boyraz, Müleyke Beyza Yavuz ile Sevda Burak'a ve gerek istatistiksel bilgileriyle gerek motivasyon edici konuşmalarıyla beni hızlandıran Murat Gökdemir'e ve tez yazım aşamasının her safhasında çok büyük destekçim olan Büşra Acar'a,

Tez çalışmam için en az benim kadar heyecanlanan, desteğini esirgemeyen biricik dostlarım Gözde Özen, Hasan Birgeç, Büşra Selen Erbek ve Beste İrem Demir'e,

Hem varlığıyla hem de vefatıyla bana çok şey öğreten canım abim Sedat Velioğlu'na ve geç tanıştığım ablam Merve Taymen'e,

Son olarak hayatım boyunca en büyük destekçilerim olan, ben kendime inanmadığım zamanlarda dahi bana olan inançlarıyla güven veren ve bana hayallerime kavuşabilmem için tüm bu olanakları sağlayan sevgili annem Nezahat Demirezen, babam İbrahim Demirezen ve varlığıyla hayatıma anlam katan kardeşim Pelin Demirezen'e,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Öz.....	iv
Abstract.....	v
İthaf.....	vi
Teşekkür.....	vii
İçindekiler.....	viii
Tablolar Listesi.....	xi
Şekiller Ve Görseller Listesi.....	xii
Semboller Ve Kısaltmalar Listesi.....	xiii
BÖLÜMLER	
1. Giriş.....	1
1.1. Şiddet Kavramı.....	3
1.1.1. Kadına Yönelik Şiddet.....	4
1.1.2. Eş Şiddeti/Yakın Partner Şiddeti.....	4
1.1.2.1. Fiziksel Şiddet.....	5
1.1.2.2. Duygusal Şiddet.....	5
1.1.2.3. Cinsel Şiddet.....	6
1.1.2.4. Ekonomik Şiddet.....	6
1.1.2.5. Dijital Şiddet.....	7
1.1.2.6. Şiddet Döngüsü.....	7
1.2. Eş Şiddeti İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	8
1.2.1. Eş Şiddetinin Dünya'daki Yaygınlığı.....	8
1.2.2. Eş Şiddetinin Türkiye'deki Yaygınlığı.....	9
1.2.3. Eş Şiddetini Açıklayan Psiko-Sosyal Kuramlar.....	11
1.2.4. Eş Şiddetindeki Risk Faktörleri, Demografik Faktörler Ve Koruyucu Faktörler.....	16
1.2.5. Eş Şiddetinin Sonuçları Ve Sığınma Evlerinde Kalan Kadınlarla İlgili Literatür.....	19
1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	24
1.3.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri.....	24
1.3.2. Bilişsel model.....	27

1.4. Araştırmanın Amacı Ve Önemi.....	33
2. Yöntem	34
2.1. Katılımcılar.....	34
2.2. Veri Toplama Araçları.....	34
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
2.2.2. DSM 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi- PCL-5...34	
2.2.3. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği-TSBÖ.....	35
2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu.....	36
2.2.5. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu- Brief COPE.....	36
2.3. İşlem.....	37
2.4. Verilerin Analizi.....	37
3. Bulgular.....	39
3.1. Betimsel Analiz Bulguları.....	39
3.2. Pearson Korelasyon Analizi Bulguları.....	45
3.3. Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	49
4. Sonuç.....	54
4.1. Betimsel Analiz Bulgularının Değerlendirilmesi.....	54
4.2. Pearson Korelasyon Analizi Bulgularının İncelenmesi.....	58
4.3. Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi.....	61
4.4. Genel Değerlendirme.....	64
4.5. Klinik Doğurgular.....	65
4.6. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	66
4.7. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler.....	67
Referanslar.....	69
Ekler.....	77
A. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	77
B. Kişisel Bilgi Formu.....	78
C. Dsm 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (Pcl-5).....	84
D. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (Tsbö).....	86

E. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu.....	88
F. Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (Brief Cope).....	90
G. Aile, Çalışma Ve Sosyal Hizmet Bakanlığı İzni.....	92
H. Etik Kurul Onayı.....	93



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri.....	25
Tablo 3.1. Şiddete Maruz Kalan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	40
Tablo 3.2. Şiddete Maruz Kalan Kadınların Ailelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri	42
Tablo 3.3. Şiddete Maruz Kalan Kadınların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri...	43
Tablo 3.4. Nicel Değişkenlerin Betimsel Analiz Özeti.....	45
Tablo 3.5. Pearson Korelasyon Analizi.....	47
Tablo 3.6. Demografik Faktörler Ve Risk Faktörlerine Bilişler Eklenince, TSSB Belirtilerini Yordama Gücüyle İlgili Yapılan Regresyon Analizine Değişkenlerin Dahil Edilme Sırası.....	49
Tablo 3.7. TSSB Belirtilerinin Yordayıcılarına İlişkin Regresyon Analizi Sonucu.....	50
Tablo 3.8. TSSB'nin Yordayıcılarında Bilişlerin Alt Boyutuyla İlgili Regresyon Analizi Sonucu.....	52

ŞEKİLLER VE GÖRSELLER LİSTESİ

- Şekil 1.1. Eş Şiddeti İçin Uyarlanmış Ekolojik Kuram (Heise, 2011).....15
- Şekil 1.2. TSSB'nin Bilişsel Modeli (Ehlers ve Clark, 2000).....28



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

Brief COPE: Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KSGM: Kadın Statü Genel Müdürlüğü

PCL-5: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

TDK: Türk Dil Kurumu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSBÖ: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Travma eski Yunanca' da "yara" anlamına gelmektedir. Yeni Latince'de ise bir darbe sonucunda bedende ya da ruhta oluşan yara anlamında kullanılmaktadır. Kelimenin etimolojik anlamından da anlaşılacağı üzere, psikolojik travma, insan hayatına etkisi ve insanların verdiği tepkiler açısından bakılınca dünya halk sağlığındaki en önemli konulardan bir tanesidir (van der Kolk, 2000). Travma, bireyin gerçek / algılanan bir ölüm veya yaralanma içeren, kendisinin / başkalarının fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan olay ya da olaylar yaşaması / tanık olması, olayın hoş olmayan ayrıntılarıyla tekrarlayıcı bir biçimde karşılaşması olarak tanımlanabilir. Bireyin verdiği tepkiler yoğun korku, çaresizlik veya dehşet içerebilir (Herbert, 2016). Bu bağlamda, yaşanan bir olayın travma olarak sayılıp sayılmayacağına mevcut DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) – 5 travma tanısına uygun olup olmama durumu süregelen bir tartışma konusudur. Bireylerin içsel kaynaklarının başa çıkmada yetersiz kaldığı, olaydan sonra uzun süreli psikolojik semptomlara yol açabilen veya bireylerin psikolojik bütünlük hallerine yönelik tehdit unsurları içeren olaylar da travmatik bir olay olarak sayılabilmektedir (Briere ve Scott, 2016).

Travmatik olaylar, maruz kalan kişilerin kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemlerini alt üst eder; hayatlarının doğal akışını sekteye uğratır, zamanı sanki olay anında dondurur gibidir. Geçici veya kalıcı olarak baş etme mekanizmalarına zarar verir, biyolojik olarak tehdit algılarını değiştirir, kendilerine ve hayatın anlamına yönelik düşüncelerini değiştirir, beyin ve zihin üzerinde kökten bir değişim yaratarak algıların yönetilmesini tekrar düzenler ve böylece düşünme kapasitesine de etki eder. Travmatik anı anormal bir biçimde kodlanmıştır, genelde donmuş ve kelimesizdir. Otobiyografik bellekteki anılardan farklı olarak, travmatik anıların tam bir bütün halinde hikayesi yoktur ve canlı görsel imgeler, sesler, kokular vb. duyumsamalarla parçalara ayrılmış halde bulunur. Bunun sebebi olarak da sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılması durumunda hafızanın dilsel kodlamasının sekteye uğraması ve merkezi sinir sisteminin hayatın başında hâkim olan hafızanın

duyusal biçimine geri dönmesi gösterilmektedir (Brewin ve Holmes, 2003; Ehlers ve Clark, 2000; Herman, 2017; van der Kolk, 2000, 2018). Travmatik bir olay yaşamının kişide tüm bu değişimlere sebep olması, psikolojik travmanın yapısını ve varlığını nasıl sürdürdüğünü anlamak için yapılan araştırmaların önemli olduğunu akıllara getirmektedir.

Psikolojik travmanın günümüzdeki anlayışa sahip olması, travma çalışmalarının 3 ayrı araştırma alanından geçmiş olması ile açıklanabilmektedir. Bunlardan ilki, Jean-Martin Charcot'un başlattığı ve Freud, Janet ve Breuer'in devam ettirdiği kadınlarla yapılan histeri çalışmalarıdır. İkincisi, birinci dünya savaşından sonra İngiltere ve Amerika Birleşik Devleti'nde başlayan ve özellikle Vietnam Savaşından sonra savaşa katılan erkeklerde artış gösteren belirtilerin savaş nevrozu ya da bomba şoku çalışmaları ile ele alınmasıdır. Sonuncu alan ise, Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'daki feminist hareketle birlikte ortaya çıkan cinsel ve ev içi şiddete odaklanan çalışmalardır (Herman, 2017).

Genel olarak 2 tür travma tipi tanımlanmaktadır: doğal yollarla oluşanlar (deprem, sel, kasırga, tsunami vb. doğal afetler) ve insan eliyle oluşanlar (trafik kazaları, aile içi şiddet, eş şiddeti, bıçaklamalar soygunlar gibi suçlar, bombalama gibi terör eylemleri vb.). İnsandan kaynaklı travmaların özellikle şiddet, suç ve terör gibi olanların maruz kalan kişilerdeki olumsuz etkileri daha fazla olmakla birlikte, bu kişilerce kabul edilmesi doğal yolla oluşan travmalara göre daha zordur (Herbert, 2016; Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2015). Bunun sebebi olarak, doğal yollarla oluşan travmalarda insanların kontrol edemeyeceklerini bilmeleri ve sadece oluşan zararı telafi etmek adına çabalarının yeterli gelmesi ancak insan eliyle kasti bir art niyetle gerçekleştirilen travmalarda olay anına dahil olan kişilerin veya kendilerinin tepkilerinin daha farklı olabileceğine dair pek çok ihtimalin ve "keşke" lerinin bulunması gösterilebilir (Briere ve Scott, 2016; Carlson ve Dalenberg, 2000). Kadınlar için tanıdıkları ve yakın ilişkide buldukları kişilerden şiddet görmelerinden kaynaklı travmalar tanımadıkları kişilerden kaynaklı olan travmalara göre daha fazla olumsuz sonuca sebep olur ve kadınların ve/veya çocuklarının hem psikolojik hem fizyolojik alanda pek çok sağlık problemi yaşamasına sebebiyet verir (van der Kolk, 2000). Tüm

bu sebeplerle eş şiddeti ve sonucunda oluşan travmalar hakkındaki çalışmalar toplum halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Bu tez çalışmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kadına yönelik şiddet türleri arasında en yaygın olan eş şiddeti ya da başka bir deyişle yakın partner şiddeti detaylı bir biçimde ele alınacak ve eşi tarafından şiddete maruz bırakılan kadınlarda en yaygın görülen psikolojik rahatsızlıklardan biri olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerinin bilişsel modelden incelemesi yapılacaktır. Giriş kısmının ilk bölümünde şiddet ve kadına yönelik eş şiddetinin türleri, dünyadaki ve Türkiye'deki yaygınlığı, şiddeti açıklayan psikolojik kuramlar, şiddete maruz kalan kadınların risk ve demografik faktörleri, şiddetin sonuçları üzerinde durulacaktır. Giriş kısmının ikinci bölümünde ise, TSSB tanı kriterleri, TSSB'yi açıklayan psikolojik kuramlardan bilişsel model üzerinde durulacak ve son bölümünde, Türkiye'deki kadın sığınma evleri ile ilgili alanyazın incelenecektir.

1. 1. Şiddet Kavramı

Şiddet, karmaşık bir olgu olması sebebiyle tanımlanması oldukça zor bir kavramdır. Kelime anlamı olarak Türkçeye Arapçadan geçmiş olmakla birlikte "peklik, sertlik, sıkılık" gibi anlamlar içerirken (Dursun, 2011), TDK' ya göre "bir hareketin ya da gücün derecesi, yeğlilik" gibi bir anlam içerir. Kelimenin Yunan-İngiliz-Latin dillerindeki kökenleri incelendiğinde "kuvvet, güç, çigneme, ihlal etme, bozma" anlamlarını da bünyesinde barındırdığı göze çarpmaktadır (Dursun, 2011). DSÖ ise, şiddeti "fiziksel güç ya da baskının kasıtlı olarak tehdit ya da gerçeklik biçiminde bireyin kendisine, bir başka insana, gruba ya da topluluğa karşı kullanılması ve sonucunda büyük olasılıkla yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksunluk görülebilecek eylemler" olarak tanımlamıştır (2002). Şiddet davranışlarını ise, 3 ana başlık halinde gruplamıştır. Bunlar, kişinin kendisine yönelik olanlar, kişiler arası olanlar ve bir topluluğa yönelik olanlar olarak sıralanabilmektedir. 2000 yılında yine DSÖ tarafından yapılan bir araştırmaya göre tahminen 1,6 milyon insan şiddet sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin yaklaşık olarak yarısını intihar eden kişiler, üçte birini cinayete kurban giden kişiler, beşte birini ise silahlı çatışmada hayatını kaybeden

kişiler oluşturmaktadır (DSÖ, 2002). Kadına yönelik şiddet ise, kişiler arası şiddet kategorisinin bir alt boyutu olarak kabul edilmektedir.

1.1.1. Kadına Yönelik Şiddet

Birleşmiş Milletler (BM) Kadına Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildiri 'de kadına yönelik şiddet "İster kamusal ister özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı ve ıstırap veren veya verebilecek olan, cinsiyete dayanan bir eylem ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" olarak tanımlanmıştır (akt. KSGM, 2016). Bu bildiri uluslararası alanda kadına yönelik şiddet konusundaki ilk belge olduğundan başta DSÖ ve Avrupa Birliği (AB) olmak üzere pek çok uluslararası kurumun kadına yönelik şiddeti tanımlamalarına ve bu konudaki çalışmalarına etki etmiştir. Mor çatı (2016) ise, kadına yönelik şiddeti "Ev içinde ya da dışında kadına cinsiyetinden dolayı uygulanan, kadını korkutmaya dayanarak baskı altında tutmaya dayanan her türlü sistematik şiddet davranışları" olarak tanımlamaktadır. Şiddet, kadının beslenme, barınma, sağlık, eğitim, çalışma, toplumsal hayata katılma gibi temel insani hak ve özgürlüklerini kısıtladığından en önemli toplumsal sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Akkaş ve Uyanık, 2016).

1.1.2. Eş Şiddeti / Yakın Partner Şiddeti

Eş şiddeti (intimate partner violence), DSÖ tarafından kadına yönelik şiddetin en yaygın biçimlerinden biri olarak belirtilmiştir (2012). Pek çok çalışmada aile içi şiddet (domestic violence) terimi de eş şiddeti yerine kullanılabilen ancak bu terim çocuk ve yaşlılara da uygulanan şiddeti de kapsadığından ve eş dışında hane içinde yaşayan başka bireylerin uyguladığı şiddeti de içerdiğinden tam olarak eş şiddetini ifade etmekte kapsayıcı olmadığı düşünülmektedir. Ek olarak, yakın partner ya da eş şiddeti terimi sadece medeni durumu evli olan bireyleri değil ilişki içindeki her 2 bireyi de kapsamaktadır ve her 2 bireyin de birbirine uyguladığı şiddeti bünyesinde barındırmaktadır. Alanyazın incelendiğinde, yakın partner şiddetinin bazı alt türlerinde kadın ve erkeklerin maruz kalma oranı eşit olarak bulunsa da bütün şiddet türleri toplamına bakıldığında kadınların şiddete maruz kalma durumu şiddeti uygulama durumlarına göre daha yaygın olarak bulunmuştur (Assari ve Jeremiah,

2018; Basile, Hall ve Walters, 2013; Holmes, Johnson, Rojas-Ashe, Ceroni, Fedele, & Johnson, 2016). Bu sebeple, bu çalışmada kullanılan eş şiddeti kavramı sadece erkeğin kadına uyguladığı şiddeti kapsamaktadır. Eş şiddeti, “Yakın ilişki içindeki (her zaman olmamakla birlikte genelde birlikte yaşayan) ya da geçmiş ilişki içindeki iki yetişkinden birinin diğerine yönelik fiziksel, psikolojik ve cinsel zararlara yol açabilen her türlü davranışı” olarak tanımlanabilmektedir (Briere ve Scott, 2016; DSÖ, 2012). 10 farklı ülkeden 24,000’den fazla kadının katılımıyla DSÖ tarafından yürütülen çalışmanın sonucunda tüm kültürlerde, dinlerde ve sosyo-ekonomik düzeylerdeki kadınlarda eş şiddeti yaşantısının görülebileceği ortaya çıkmıştır. DSÖ’nün yaptığı araştırmalarda eş şiddetinin türlerini dörde ayırdığı görülmektedir ve ülkemizde Kadın Statü Genel Müdürlüğü (KSGM)’nün yürüttüğü Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması da bu 4 alt boyutu kullanmıştır. Bunlar fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet olarak sayılabilmektedir (DSÖ, 2012; KSGM, 2014).

1.1.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, fiziksel güç ve üstünlüğün kadının üzerinde bir cezalandırma, denetleme, kontrol mekanizması olarak kullanıldığı davranışlarla kendini göstermektedir (Mor Çatı, 2016). Orta derecede fiziksel şiddet; tokat atma, itme, bir şey fırlatma, eşya fırlatma, kapıyı tekmeleme, tartaklama, saç çekme, ısırma gibi davranışlar içerirken ağır derecede fiziksel şiddet yaralama, dövme, tekmeleme, yumruklama, boğazını sıkma ya da bir yerini yakma, yaralayıcı aletler ile vurma, bıçaklama, kafasına sandalye fırlatma ve sürüklenme gibi davranışlar içermektedir (DSÖ, 2012; KSGM, 2014; Mor Çatı, 2016).

1.1.2.2. Duygusal Şiddet

Duygusal şiddet, duygusal güç ve ihtiyaçların yine kadını denetlemek, aşağılamak, cezalandırmak, kontrol altında tutmak amacıyla kullanılmasıdır (Mor Çatı, 2016). Kadının sevgi, ilgi, destek, değer görme gibi duygusal ihtiyaçları yukarıdaki amaçlar doğrultusunda karşılanabilir ya da karşılanmamasıyla da kadın cezalandırılabilir. İlişkide duygusal şiddetin göstergeleri çok çeşitli davranışlar içerir. Bunlara örnek olarak: hakaret etme, küfür kullanma, aşağılama, başkalarının yanında küçük düşürme, kadına ya da çocuklarına zarar vermekle tehdit etme, kadının kabiliyetlerini

küçümseme, kadının fiziksel ya da ailevi özellikleriyle alay etme ve ailesini küçük görerek eleştirme, kıskançlık bahanesiyle kadının kıyafetlerine, gittiği yerlere ve kiminle görüşeceğine karışma, kadını ailesinden, arkadaşlarından, sosyal ortamından uzaklaştırmaya çalışarak yalnızlaştırma ve sevilmediğini, önemsenmediğini, değersiz olduğunu hissettirme, gerçekleştirmesi imkansız taleplerde bulunma ve kadın gerçekleştiremeyince yeteneksiz ve kabiliyetsiz olmakla suçlama gibi davranışlar sayılabilmektedir. Her duygusal şiddet uygulayan erkek fiziksel şiddet uygulamaz fakat fiziksel şiddet uygulayan erkeklerde duygusal şiddetin de bazı davranışlarının bulunduğu düşünülmektedir. Genelde duygusal şiddet fiziksel şiddetten önce başlar ve gelebilecek fiziksel şiddetin habercisi olabilir (DSÖ, 2012; KSGM, 2014; Mor Çatı, 2016).

1.1.2.3. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet ise, yine kadını kontrol etme, aşağılama, cezalandırma gibi çeşitli amaçlarla kadının cinsel birlikteliğe zorlanmasıdır (Mor Çatı, 2016). İstemediği cinsel ilişkiye ve cinsel pozisyonlara zorlamak, cinsel olarak küçük düşürüldüğü eylemlere zorlamak, zorla pornografik görüntüler izletmek, aldatmak, başka bir erkekle birlikte olması için zorlamak, cinsel yolla bulaşacak hastalıklara yakalanmasına sebep olmak ve istemediği hamileliğe sebep olmak gibi davranışlarla kendini göstermektedir. Bunlarla beraber, pek çok kadın fiziksel şiddete maruz kaldıktan hemen sonra cinsel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda cinsel şiddet oranlarının diğer şiddet türlerine oranla daha düşük çıktığı göze çarpmaktadır. Bunun sebebi olarak kadınların utandıkları için araştırmacılara cinsel şiddete maruz kaldıklarını anlatamamaları gösterilebilmektedir (KSGM, 2014; Mor Çatı, 2016; WHO, 2012).

1.1.2.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, maddi güç ve üstünlük ile kadının kendi ayakları üzerinde durmasının engellenmesidir (Mor Çatı, 2016). Kadının eğitimine ve çalışmasına engel olma ya da işten çıkarılmasına sebep olma, varsa gelirine el koyma, ev harcamaları için para vermeme, birikim yapmasını engelleme, kadın adına senet imzalayarak ya

da kredi kartlarından harcama yaparak kadını borçlandırma gibi davranışları kapsamaktadır (DSÖ, 2012; KSGM, 2014; Mor Çatı, 2016).

1.1.2.5. Dijital Şiddet

Şiddet literatüründe yaygın olarak tanımlanan 4 şiddet türüne ek olarak Mor Çatı Vakfı'nın hazırladığı güncel kadına yönelik şiddet raporlarında 5. Şiddet türü olarak dijital şiddet yer almaktadır (2016). Sosyal medyanın ve telefon kullanımının son 10 yılda hızla artmasıyla birlikte "yeni kuşak şiddet" olarak nitelendirilen dijital şiddete örnek olabilecek davranışlar arasında cep telefonundan ısrarlı biçimde aramak, sosyal medya hesaplarını kullanımını denetlemek ya da kısıtlamak, sosyal medyada kadını küçük düşürecek paylaşımlar yapmak ve nefret söylemleri yaymak, akıllı telefon uygulamalarıyla kadının bulunduğu yeri denetlemek, kadının izni olmadan uygunsuz fotoğraflarını çekmek, video kaydı almak ve bunları sosyal medyada paylaşmakla tehdit etmek ya da paylaşmak sayılabilmektedir (Mor Çatı, 2016).

1.1.2.6. Şiddet Döngüsü

Şiddete maruz kalan pek çok kadının her ne kadar ilişki özellikleri farklı olsa da çoğunda ortak olarak görülen ve kadınların içinden çıkmasını zorlaştıran bir şiddet döngüsü bulunmaktadır. Bu döngü 3 aşamalıdır (Walker, 1979). Birinci aşamasında (gerginliğin tırmanma aşaması), şiddet uygulayan taraf gerginlik yaratmakta, kıskançlık ya da başka küçük şeyleri bahane göstererek kavga çıkartmakta, kadının tüm yaşamını kontrol etmeye çalışarak psikolojik şiddet uygulamaktadır. Kadın ise, bu aşamada gerginliği azaltmaya çalışmaktadır. İkinci aşama olan şiddet aşamasında, öfkenin birdenbire artması sonucu öfke kontrolü sağlanamamakta ve fiziksel şiddet uygulanmaya başlanmaktadır. Hemen ardından ise şiddete bahaneler sunmaya başlama davranışları gelmektedir. Bu aşamada fiziksel şiddetin boyutları değişkenlik gösterebilmektedir. Döngünün başa sarmasına sebep olan son aşamasında ise (balayı aşaması), gerilim azalmakta; erkek özür dileyerek pişmanlığını dile getirmekte ve çeşitli hediyelerle kendini affettirmeye çalışmaktadır. Her şeyin eskisi gibi normale döneceğine ilişkin vaatlerde bulunurken sevecen ve ilgili gözükmeye dikkat etmektedir. Kadın ise, eşinin bu tutumlarını gözeterek yeni bir şans verme eğilimi göstermektedir. Fakat bu şans verme döngünün en başına geri dönülmesini

sağlayarak kadınları tekrar aynı senaryonun içine doğru sürüklemektedir (Walker, 1979). Bunlara ek olarak, kadınların bu döngünün içinden çıkamama sebeplerinin önemli bir kısmını da Türk toplumunda yer alan “aile içinde yaşanan olayların ailenin mahremiyeti sayılması ve dışarıdaki insanlarla paylaşılmaması gerektiği” yaygın inancı oluşturmaktadır (KSGM, 2008). Dolayısıyla bu inanç şiddete maruz kalan kadınların yardım almasının önündeki bir engel olarak sayılabilmektedir. Şiddetin döngüsü teriminin kullanılmasının önemli bir amacı daha vardır. Şiddet kuşaktan kuşağa öğrenme ve model alma yoluyla aktarılırken özellikle ataerkil toplumlarda erkeğin öfkesini kontrol edilemeyen ve iradesi dışında gelişen bir davranış türü olarak görme eğilimi vardır. Şiddet döngüsü teriminin altını çizdiği gibi şiddet aslında öğrenilmiş, seçilmiş, kontrol edilebilen iradi bir davranıştır (Mor Çatı, 2016).

1.2. Eş Şiddeti İle İlgili Yapılan Çalışmalar

1.2.1. Eş Şiddetinin Dünyadaki Yaygınlığı

Kadına yönelik eş şiddetinin yaygınlığına bakılacak olursa, oranların dünya genelinde dikkat çekici olduğu görülmektedir. DSÖ, 10 farklı ülkede 24,000’den fazla eş şiddetine maruz kalmış kadına ulaştığı çalışmasında, eşleri ya da birlikte oldukları kişi tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranını %13-61 arasında, ağır derecede fiziksel şiddete maruz kalma oranını %4-49 arasında; hayatlarının belli bir döneminde cinsel şiddete maruz kalma oranlarını %6-59 arasında ve bir veya daha fazla duygusal şiddete maruz kalma oranını %20-75 arasında bulmuştur (2012). Bu 10 ülkeyi seçerken çeşitliliği yansıtması adına DSÖ coğrafi, kültürel, etnik ve şehirleşme özellikleri birbirinden farklı olan ülkeler olmasını göz önünde bulundurmuştur. Daha sonra 2013 yılında daha kapsamlı bir rapor yayınlamıştır. Bu rapora göre, yaşamının herhangi bir döneminde kadınların eş şiddetine maruz kalma oranı tüm dünya genelinde %30 olarak tespit edilmiştir. Gelir seviyesine ve bölgelere göre ayrıldığında ise yüksek gelirli kadınların şiddete maruz kalma yaygınlığı %23.2 olarak bulunurken; düşük ve orta gelir seviyesindeki kadınların oranları bölgelere göre Afrika (%36.6), Amerika (%29.8), Doğu Akdeniz (%37), Avrupa (%25.4), Güneydoğu Asya (%37.7) ve Batı Pasifik (%24.6) olarak bulunmuştur. Bunlara ek olarak yaş gruplarına göre dağılıma da bakılmıştır ve %95 güven aralığında sonuçlar; 15-19 yaş arası (%29.4), 20-24 yaş arası (%31.4), 25-29 yaş arası (%32.3), 30-34 yaş arası (%31.1), 35-39 yaş arası

(%36.6), 40-44 yaş arası (%37.8), 45-49 yaş arası (%29.2), 50-54 yaş arası (%25.5), 55-59 yaş arası (%15.1), 60-64 yaş arası (%19.6) ve 65-69 yaş arası (%22.2) olarak tespit edilmiştir (DSÖ, 2013).

1.2.2. Eş Şiddetinin Türkiye'deki Yaygınlığı

Ülkemizde ise, KSGM (2014) tarafından yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nın sonuçları güncel eş şiddeti yaygınlığı oranları hakkında bilgi vermektedir. Oransal hesaplamalar en az 1 kere evlenen kadınlar için yapılmıştır.

Fiziksel şiddete maruz kalma oranı Türkiye genelinde ve İstanbul'da %36 ve son 12 aydaki oranı %8 olarak bulunmuştur. Başka bir deyişle, evli olan her 10 kadından yaklaşık 4'ü yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. Bölgelere göre dağılımı ise yaşamın herhangi bir döneminde kentte (%35) ve kırdada (%38) olarak tespit edilmiştir. Orta Anadolu Bölgesi hem yaşamın herhangi bir döneminde (%43) hem de son 12 ayda (%11) en yüksek fiziksel şiddet görülme oranına sahipken; en düşük orana sahip bölgeler sırasıyla Doğu Karadeniz (%27- yaşamın herhangi bir döneminde) ve Doğu Marmara (%5 – son 12 ayda) bölgeleridir. Ek olarak, şiddet gören kadınların %19'unun orta derecede fiziksel şiddete maruz kaldıkları, %16'sının ise ağır derecede fiziksel şiddete maruz kaldığı da önemli bulgular arasındadır. İstanbul ili için bu oranlar orta derecede (%21), ağır derecede (%16) olarak bulunmuştur. Aynı araştırma, cinsel şiddete maruz kalma oranını Türkiye genelinde yaşamın herhangi bir döneminde %12 ve son 12 ayda %5 olarak bulmuştur. İstanbul ili için de bu oranlar sırasıyla %13 ve %6'dır. Ek olarak, kent ve kırdada oranların birbirleriyle aynı olduğu görülmüştür. Cinsel şiddetin her 2 dönemde de en yaygın görüldüğü bölge Kuzeydoğu Anadolu Bölgesiyken (%16, %8); en az görüldüğü bölge Orta Anadolu Bölgesi (%10, %3)'dir. Cinsel şiddet davranışlarından en fazla işaretlenen madde "kadının istemediği halde korktuğu için cinsel ilişkiye girmesi" olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, fiziksel ve cinsel şiddet türlerinin bir arada görülmesi de yaygın bir durumdur ve oranı %27 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, kadınlarda yaşın artmasıyla fiziksel ve/veya cinsel şiddetin en az birine hayatlarının herhangi bir döneminde maruz kalma oranının arttığı ortaya çıkmıştır. Fakat, son 12 aylık döneme bakıldığında cinsel şiddete maruz kalma oranı 15-24 yaş arası grupta

diğer tüm yaş gruplarından daha yüksek olarak bulunmuştur. Ek olarak, kadınların eğitim durumları arttıkça fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalma oranlarının azaldığı tespit edilmiştir.

Aynı araştırma bulgularına göre kadına yönelik en yaygın görülen şiddet türü duygusal şiddettir. Yaşamının herhangi bir döneminde duygusal şiddete maruz kalma oranı da oldukça yüksek olmakla birlikte Türkiye genelinde %44 olarak bulunurken, son 12 ayda duygusal şiddete maruz kalma oranı %34 olarak bulunmuştur. Bu oranlar sırasıyla kentte %45, %27; kırdaki %41, %2 olarak belirtilmiştir. İstanbul ili olarak da yine sırasıyla %48 ve %30 olarak tespit edilmiştir.

Yaşamının en az bir döneminde ekonomik şiddet davranışlarından en az birine maruz kalma oranı Türkiye genelinde %30 iken, son 12 ayda bu oran %15'tir. Çalışmaya engel olma ya da işten ayrılmaya sebep olma en çok işaretlenen ekonomik şiddet türü olarak dikkati çekmektedir. Bu maddenin yaşamın herhangi bir döneminde görülme oranı kırdaki %17 iken kentte %26 ve Türkiye genelinde %24 olarak bulunmuştur.

Son olarak ulaşılabilen literatür çerçevesinde, dijital şiddetin yaygınlığı ile ilgili henüz KSGM ve DSÖ'nün bir çalışması bulunmadığı görülmüştür. Ancak KSGM'nin kullanmış olduğu ısrarlı takip kavramının telefonla sürekli arama, mesaj atma, e posta ya da mektup gönderme ve sosyal medya hesaplarından kadını takip etme ya da konuşmaya çalışma gibi maddeler içerdiği düşünülürse bu iki kavramın benzerlikleri olduğu söylenebilmektedir. Aynı araştırmanın bulgularına göre, Türkiye'de her 10 kadından 3'ünün en az 1 kere ısrarlı takibe maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Bunlardan en yaygın görülen davranışların %19'unun telefonla sık sık arama, %8'inin kısa mesaj, mektup ya da e posta gönderme veya sosyal medyadan kadını takibe alma olduğu dikkati çekmektedir (KSGM, 2014).

Belirtilen sonuçlar KSGM'nin Türkiye'de yapılan kadına yönelik şiddet konusunda ilk resmi araştırması olan 2008 yılındaki çalışmasının devamı niteliğinde yürütmüş olduğu 2014 yılı araştırma raporundan alınmıştır. Örneklem seçiminde 2008'deki hane halkı sayısının (yaklaşık olarak 24.000) maliyeti arttırdığı gerekçesi ile güncel

olan araştırmada bu oran azaltılmıştır (15.072). Yıllar arasındaki değişim incelenecek olursa, duygusal şiddet oranının değişmediği (%44), fiziksel şiddet oranının %39'dan %36'ya düştüğü, cinsel şiddet oranının %15'ten %12'ye düştüğü ortaya çıkmıştır (KSGM, 2008, 2014).

1.2.3. Eş şiddetini Açıklayan Psiko-Sosyal Kuramlar

Eş şiddetini açıklamak üzerine odaklanmış kuramlar 2 alan altında ayrılır. Bunlardan ilki kadına yönelik şiddeti hukuksal bağlamda bir insan hakları ihlali olarak tanımlar ve cezalandırılmasına ilişkin hukuki müdahaleleri tanımlar. İkincisi ise kadına yönelik şiddeti bir halk sağlığı sorunu olarak ele alır ve tıbbi model üzerinden soruna odaklanır (Sallan Gül, 2013). İlerleyen bölümde, kadına yönelik şiddet kuramlarına yer verirken tıbbi model üzerinden geliştirilen ve sıklıkla kullanılan psiko-sosyal kuramlara değinilecektir.

şiddeti açıklamak üzerine 1960'larda ABD'de ortaya çıkan ilk kuramlarda bir erkeğin ailesinden birine şiddet uygulamasının sebebi olarak erkeğin patolojisi gösterilmiştir. şiddet bir hastalık olarak ele alınmış ve araştırmalar şiddet uygulayanın alkol ve madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu vb. psikopatolojik özellikleri üzerine yoğunlaşmıştır. Psikobiyolojik perspektif, erkeğin agresif mizacını ve öfkesini dışa vurma şeklini beyindeki anormallikler ve çeşitli hormon düzensizlikleri (testesteron gibi) ile açıklamaya çalışmıştır. Daha sonra psikodinamik perspektiften Browne ve Herbert (1997), Freudyen teoriyi baz alarak, şiddeti bireyin içsel çatışmalarının, ölüm içgüdüünün ve normal olmayan agresif eğilimlerinin bir sonucu olarak ele almıştır (akt. Kurst- Swanger ve Petcosky, 2003).

Travmatik bağlanma kuramına göre şiddetin olduğu ilişkide şiddetin uygulayıcısı ve şiddete maruz kalan arasında bir bağ kurulur. Dutton ve Painter (1981), travmatik bağlanmayı "İlişkideki iki insandan birinin diğerini aralıklı olarak tehdit etmesi, korkutması, dövmesi, kötüye kullanması vb. durumunda aralarında oluşan güçlü duygusal bağ" olarak tanımlar. Bu duygusal bağ, her iki tarafın da bilişsel çarpıtmaları ve davranışsal stratejileri ile güçlenir. Hem olumlu hem de olumsuz pekiştirmelerin aralıklı olarak kullanılmasıyla da bağ kendini devam ettirir. Eşine şiddet uygulayan kişi,

şiddet uygulamadığı zamanlarda eşine karşı aşırı yakın, sıcak ve ilgili davranabilir. Şiddet patlamasından sonra kaçmasını engelleyecek fiziksel bir bariyer yoksa kadın özürler, sevgi sözleri, değişme vaatleri, sadakat ve merhamet yakarılarıyla dönmeye ikna edilir (Herman, 2017). Bu gibi davranışlar mağdurun kendine olan öz saygısını da suistimal eden kişinin kontrolüne bırakır (Kurst-Swanger ve Petcosky, 2003). Bu açıdan bakıldığında travmatik bağlanma kuramının Stockholm Sendromu ile benzerlik gösterdiği söylenebilmektedir (Sallan Gül, 2013).

Bunlara ek olarak, bazı araştırmacılar şiddet ilişkisinde mağdurun da rolü olduğunu ve mağdurun karakteristik özelliklerinin incelenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Daha sonra, özellikle bazı kadınların kötüye kullanılmaktan bir şekilde haz aldıkları ve bunu istedikleri şeklinde bir görüş ortaya atılmış ancak bu görüş tamamen mağduru suçladığından kabul görmemiştir. Takip eden dönemlerde, şiddeti sadece uygulayanın ya da maruz kalanın psikopatolojisi üzerinden açıklamanın yetersiz kaldığı; bireyler arasındaki sosyal ilişkiler ve etkileşim örüntülerini de içine alan daha geniş sosyal bir perspektiften bakılması gerektiği görüşü ortaya çıkmıştır (Kurst-Swanger ve Petcosky, 2003).

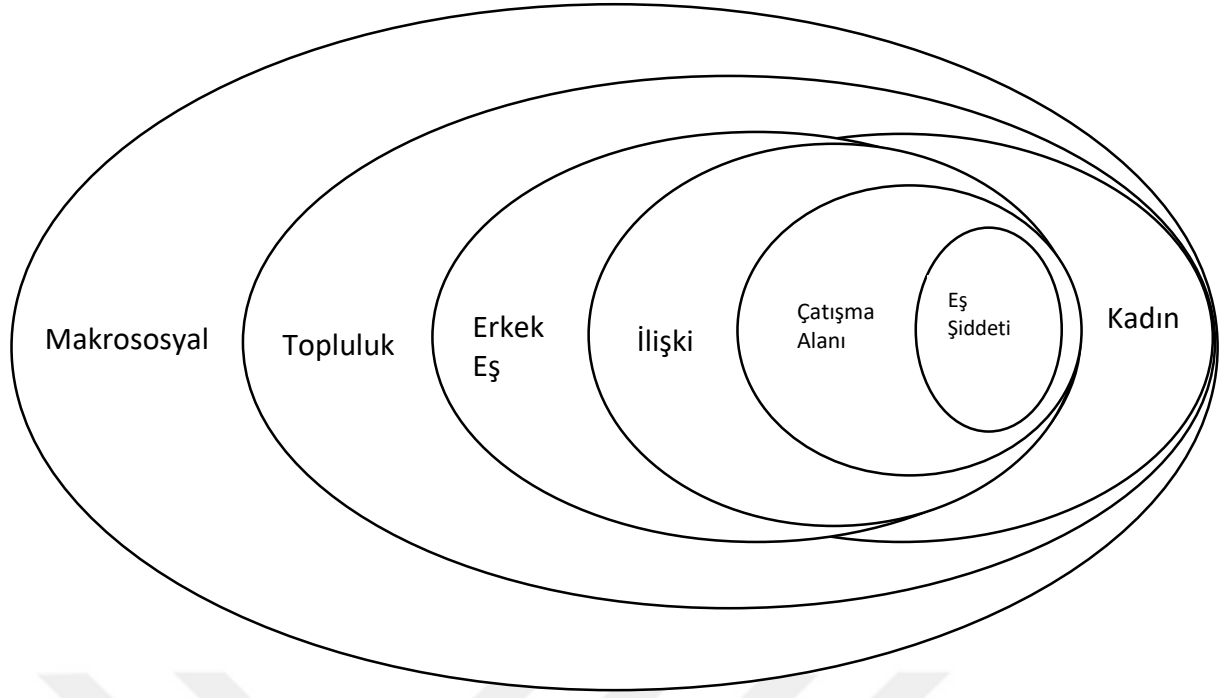
Güç ve Kaynak Kuramına göre, şiddet ilişki içerisindeki yaş ve cinsiyet dağılımından kaynaklanan güç dengesizlikleriyle açıklanır. Güç, bir kişinin diğerini etkisi altına alabilme yeteneği olarak tanımlanabilir (Kaukinen ve Powers, 2015). Flynn (1990)'e göre, ailede toplumsal statü olarak (ekonomik güç) ve fiziksel özellikler olarak erkeğin diğerleri üzerinde bir gücü vardır ve ailede en güçlü olanın en zayıf olanı istismar etme eğilimi vardır. Bu sebeple kadınla erkek arasındaki güç farkı arttıkça kadının şiddete maruz kalma riski artar. Kaynak kuramı da güç kuramının bir devamı olarak gelişmiştir. İlişkideki sosyal, ekonomik, kişisel kaynaklara erişimi daha fazla olan birey diğerine oranla daha güçlü bir pozisyonda bulunur ve karar mekanizmalarında ve olası sorunlarda kaynaklara ulaşabilmede diğerinden daha avantajlıdır. Bu konum da erkeğin içindeki istismar edici ya da saldırgan yanlarını açığa çıkarabilir (Sallan Gül, 2013). Ataerkil toplumsal rollerde çalışma hayatı erkeğin hakkı olarak görülürken kadın için bir ayrıcalıktır. Bazı erkekler kadının çalışma hayatına atılmasını "ailenin ekmeğini kazanan kişi" rollerine ve statülerine bir tehdit olarak algılayabilmektedir

(Kaukinen ve ark., 2015). Eğer erkek; maddi gelir, eğitim seviyesi, iş prestiji gibi alanlarda/kaynaklarda kendisini kadına göre daha alt seviyede ve eksik hissediyorsa gücü geri kazanmak için şiddete başvurabilmektedir. Tüm bu sebeplerle, mavi yakalı işlerde çalışan erkeklerde şiddet uygulama eğilimi genel nüfusa oranla daha yaygın olarak görülebilmektedir. Ek olarak, kadının erkekten daha fazla eve ekonomik katkısının bulunduğu ilişkilerde ve erkeğin de işsizlikle baş ettiği dönemlerde partner şiddeti riski daha fazladır (Basile ve ark., 2013). Fiziksel şiddet, bu gibi durumlarda erkeğin gücününün temel bir kaynağıdır. şiddet uyguladıktan sonra erkeğin sadece cüzdanını alarak evden çıkabilmesi de onun kaynaklarından biridir. Genellikle kadın, çocuklarını ve geleceğini düşünerek ya da gideceği yeri olmadığından o evden ayrılamaz. Bu da kaynaklara erişimdeki dengesizliğin bir göstergesi olarak düşünülebilir (Sallan Gül, 2013).

Sosyal ğrenme Kuramı ise, Albert Bandura (1973) tarafından geliştirilmiştir. İnsan davranışını ya da belli bir uyarıcıya olan cevap verme tepkilerini doğuştan gelen değil gözlemle/modellemeyle ya da deneyimle öğrenilen bir Şey olarak tanımlar. İnsan davranışları sürekli olarak evre ile etkileşim içerisindedir, dolayısıyla bu iki olgu karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Bir davranıştan sonra gelen tepkiler de pekiştiren işlevi görüyorsa o davranışın gelecekte tekrar etme olasılığı yüksektir. şiddet olgusu ise bu bağlamda, çocukluktan yetişkinliğe geçiş döneminde ailede öğrenilebilen bir davranış olarak ele alınır. Çocuklar büyürken rol model aldıkları ebeveyninden doğrudan ya da dolaylı olarak iki türlü yolla şiddeti öğrenebilir: ilki şiddete bizzat maruz kalarak, ikincisi ise aileden bir başkasının cezalandırma amacıyla şiddete maruz kaldığını görerek. Bu tecrübelerden çocuklar bilişsel olarak stresli durumlarda şiddetin uygulanabilir ve tolere edilebilir olduğu mesajını öğrenebilirler. Sonrasında aile üyelerinin verdiği tepkileri de gözlemleyerek şiddeti, tetikleyicilerini ve sonuçlarını da öğrenebilirler. şiddet uygulayan ebeveynin bu yolla kontrolü sağladığı ya da katarsis yaşayarak rahatladığını görmek ise, şiddetin tatmin edici sonuçlarının stresle baş etmede etkili olduğu algısını yaratabilir. ocuk, ilişkideki çatışmaları yönetmenin adaptif ve uygun yollarını öğrenemez. Böylelikle, şiddetin olumsuz sonularındansa olumlu sonuçları hatırlanır ve bu davranış kalıbı seneler içinde tekrarlayarak bu Şekilde pekişebilir. ocuk zaman içerisinde zorluklarla

karşılaştığında bir baş etme yöntemi olarak şiddeti genelleyebilir ve pek çok durumda kullanabilir. Özetle, çocukluk çağında şiddete tanıklık etmek ya da maruz kalmak erkeklerde yetişkinlik hayatında eşlerine şiddet uygulamaya sebebiyet verebilirken kadınlarda ise eşlerinden gelen şiddetin normalleşmesinde etkili olur ve kadınların çocuklarına şiddet uygulamalarına sebep olabilir. Böylece şiddet nesilden nesile bir sarmal olarak aktarılmaya devam eder (Anderson ve Kras, 2007; Sallan Gül, 2013; Kurst- Swanger ve Petcosky, 2003).

Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı da şiddete maruz kalan kadınların kendilerini kötüye kullanan bir partner ile ilişkiyi sürdürme nedenlerini açıklamada kullanılan bir kuramdır. Seligman (1975) ve Peterson, Maier ve Seligman (1993)'a göre, bireyler uzun süreli, tekrarlayan, kontrol edilemeyen, caydırıcı ve hoş olmayan olaylara/uyaranlara maruz kaldıklarında, kendilerinin olayla başa çıkma kapasiteleri hakkında olumsuz algılar ve inançlar geliştirebilirler. Walker (1979), bu kuramı "dövülen kadın sendromu (battered women syndrome)" olarak tanımladığı, şiddete maruz kalan kadınların ilişkilerindeki itaatkâr davranışlarını ve ilişkiyi bitirme konusundaki motivasyon kayıplarını açıklamak için kullanmaktadır. Bu bağlamda, kadınlar geçmişte başarısızlıkla sonuçlanan ilişkideki sorunları çözme ya da ilişkiyi bitirme girişimlerinde hedefledikleri ve istedikleri sonuca ulaşamayacaklarını öğrenebilirler. Girişimleri başarılı bir sonuç ile ödüllendirilmeyince gelecekteki başarı ihtimallerini de bunun üzerinden yorumlayabilirler. Başarısızlıkla sonuçlanan deneyimlerini kendi içsel, değişmeyen karakter özelliklerine dayandırıyorlarsa öğrenilmiş çaresizlik deneyimleme ihtimalleri ve umutsuzluk hisleri de artabilir. Özetle, öğrenilmiş çaresizlik deneyimleyen kadınlarda majör depresyon ve TSSB görülme riski artarken kadınların ilişkiyi bitirme motivasyonlarının da azalabileceği ortaya çıkmıştır (Ali ve Naylor, 2013; Bargai, Ben-Shakhar ve Shalev, 2007; Shurman ve Rodriguez, 2006).



Şekil 1.1. Eş Şiddeti İçin Uyarlanmış Ekolojik Kuram (Heise, 2011)

Ekolojik Kuram ise, Brofenbrenner (1979) tarafından geliştirilen insan davranışını çevresiyle ilişkisi ve etkileşimi doğrultusunda anlamaya çalışan bir kuramdır (Alaggia, Regehr ve Jenney, 2012). Garbarino ve Belsky (1980)'de çocuk istismarını açıklamak üzerine bu kuramı geliştirmiştir. DSÖ (2002) ise, eş şiddetiyle ilgili bir raporunda şiddeti açıklamada bu kuramın yaygın olarak kullanıldığını belirtmiştir. Şekil 1.1'de görüldüğü üzere, davranış bireylerin çevreleriyle olan etkileşimleriyle şekillenir ve bu sosyal organizasyonun/çevrenin çeşitli seviyeleri vardır. Bu 4 seviye, bireylerin şiddet uygulama ve şiddet davranışını kabul etmelerindeki faktörleri daha geniş bir çerçevede anlamayı sağlamaktadır. İlk seviye bireysel seviyedir; bireylerin biyolojik ve karakter özellikleri, ruh sağlığı sorunları, yaşları, cinsiyetleri, maddi gelirleri, agresif eğilimleri, eğitim düzeyleri, daha önce şiddete maruz kalma durumları vb. kişisel tarihlerini kapsar. İkinci seviye ise ilişkilerin seviyesidir; bireylerin aileleriyle, arkadaşlarıyla, yakın partnerleriyle olan ilişki dinamiklerini kapsar. Örneğin, eşlerin maddi olarak birbirine bağımlı olma durumu, aynı evde yaşama durumu vb. yakın ilişki yapısının şiddete etkisi incelenir. Üçüncü seviye ise topluluk seviyesi, kişi yaşadığı yerle, etrafındakilerle sosyal etkileşimlerde bulunur. Örnek olarak, işsizliğin yüksek olduğu ya da komşuluğun güçlü olmadığı çevrelerde şiddetin sürmesi daha beklenebilir bir sonuçtur. Son seviye olan makrososyal seviyede ise, bireylerin içerisinde bulunduğu kültürün ve sosyal çevrenin normları, ebeveyn rolleri &

sorumlulukları, toplumsal cinsiyet rolleri vb. bulunur. DSÖ (2012), normlara örnek olarak, “Erkek kadından üstündür, kadınlar dövülmeyi hak edebilir, erkekler kadınların yanlış davranışlarını döverek disipline edebilir, kadın ailesinin devamlılığı için şiddeti tolere etmelidir, cinsel birliktelik erkeğin evlilikteki hakkıdır.” gibi inanışları göstermektedir. Bu model, şiddetin tek bir sebebinin olmadığı, sosyal ekolojik çevredeki farklı seviyelerdeki faktörlerin etkileşimleri sonucu oluşup sürdürüldüğünü incelediği için partner şiddetine farklı seviyelerde müdahalelerde bulunma imkânı sunması açısından önemlidir (Ali ve Naylor, 2013; DSÖ, 2012; Heise, 2011; Kurst-Swanger ve Petcosky, 2003; Sallan Gül, 2013).

1.2.4. Eş Şiddetindeki Risk Faktörleri, Demografik Faktörler Ve Koruyucu Faktörler

Eş şiddeti bünyesinde pek çok fazla boyutu bulduğundan risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri belirlerken bu boyutların hepsinin değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu sebeple izleyen bölümde literatürdeki risk faktörleri özetlenirken, şiddete maruz kalan kadın için risk faktörleri, erkeğin şiddeti uygulamasına sebebiyet veren risk faktörleri, ilişkisel risk faktörleri ve toplumsal risk faktörleri olarak araştırmacı tarafından belirlenen bir kategorileştirme kullanılacaktır.

İlk olarak, kadın için risk faktörlerine bakıldığında, kadın olmanın kendisi pek çok çalışmada risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Güleç Öyekçin, Yetim ve Şahin, 2012; Voges ve Romney, 2003). Kadının eğitim seviyesinin düşük olması (Ayaz, 2019; Brewin, Andrews ve Valentine, 2000; DSÖ, 2012; Morrison, 2016) özellikle liseden az olması (Yakubovich ve ark., 2018), düşük zeka seviyesi (Morrison; 2016), geçmiş travma öyküsü özellikle çocukluğunda ebeveynleri arasında şiddet içeren ilişkiye şahit olması ya da ebeveynleri tarafından şiddete maruz kalması (Akyazı ve ark., 2018; Brewin ve ark., 2000; DSÖ, 2012; Gibbs, Corboz ve Jewkes, 2018; Güleç Öyekçin ve ark., 2012), çocuklukta cinsel istismara maruz kalması (DSÖ, 2012; Taşkale ve Soygüt, 2016), işsizlik ve düşük sosyo ekonomik durum (Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Morrison, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2015; Taşkale ve Soygüt, 2017), ailesindeki psikiyatrik hastalık geçmişi (Brewin ve ark., 2000), ailesinin liseden az eğitim durumuna sahip olması, plansız hamile kalması, eski ilişkisinde de eş şiddetine maruz kalması (Yakubovich ve ark., 2018), çocuk sayısının fazlalığı (akt. Bulmuş, 2008), erken

yaşta evlenmesi (KSGM, 2016; Sabri, Simonet ve Campbell, 2018), genel yaşam stresinin fazla olması (Brewin ve ark., 2000), geçmişte şiddetin herhangi bir formuna maruz kalması (WHO, 2012), stresle başa çıkabilme becerisinin yeterli olmaması (Güleç Öyekçin ve ark., 2012), ruhsal hastalığa sahip olması (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Van Denise, Macy, Cuddleback ve Allman, 2018) özellikle borderline kişilik bozukluğu, depresyon, anksiyete, TSSB, madde bağımlılığı, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklara sahip olması ve daha girişken bir mizacı olması (Ali ve Naylor, 2013), şiddeti kabul edici bir tutumunun olması (WHO, 2012) ve bekar, dul veya boşanmış olması (KSGM, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2015; Yakubovich ve ark., 2018) kadına ait risk faktörleri arasında sayılabilmektedir. Bunlara ek olarak, demografik faktörlerden olan kadının yaşına ait bulgular ise farklılık göstermektedir. Genç yaştaki kadınların yaşlılara oranla daha fazla risk altında olduğu (DSÖ, 2012; Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Taşkale ve Soygüt, 2017) bilinmekle beraber, ileri yaştaki kadınların şiddete maruz kalma riski hakkında birbirinden farklı araştırma sonuçları göze çarpmıştır. Yakubovich ve arkadaşları (2018), artan yaşı koruyucu faktör olarak bulmuşken Aizpurua, Copp, Ricarte ve Vazquez (2017) ise risk faktörü olarak bulmuştur.

İkinci olarak şiddeti uygulayan taraf olan erkeğe bağlı risk faktörleri ise, düşük eğitim seviyesi, yaşının genç olması (DSÖ, 2012) veya yaşlı olması (KSGM,2014), çocukluk çağında şiddete tanık olması, maruz kalması, ihmal edilmesi (Aizpurua ve ark., 2017; DSÖ, 2012; Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Stickley, Timofeeva ve Sparen, 2008), geçmişte cinsel istismara maruz kalması (Ali ve Naylor, 2013), işsizlik ve ekonomik problemler (Aizpurua ve ark., 2017; Assari ve Jeremiah, 2018; DSÖ, 2012), alkol ve madde kullanımı (Aizpurua ve ark., 2017; Ali ve Naylor, 2013; Assari ve Jeremiah, 2018; DSÖ, 2012; Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Stickley ve ark., 2008), yetişkinlikte ev dışında da şiddet davranışının olması (Aizpurua ve ark., 2017; Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Petersson, Strand ve Selenius, 2016), erken başlangıçlı ruhsal hastalıkları olması (Assari ve Jeremiah, 2018), özellikle anksiyete, depresyon, uyku problemleri, disosiyatif bozukluklar vb., düşük öz saygı ve iletişim ve problem çözme alanlarında sosyal beceri eksikliği (Ali ve Naylor, 2013), kişilik bozukluğu bulunması (DSÖ, 2012) özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu (Ali ve Naylor, 2013; Assari ve Jeremiah, 2018; Petterson ve ark., 2016), sistematik olarak

eşinin/partnerinin eylemlerini, aktivitelerini, davranışlarını ve ilişkilerini kontrol etmesi (Aizpurua ve ark., 2017), şiddeti kabul edici bir tutuma sahip olması, erkeğin eşine şiddet uygulamasının kabul edilebilir olduğunu düşünmesi ve geçmişteki ilişkilerinde de eski partnerlerine şiddet uygulaması (DSÖ, 2012) olarak sıralanabilmektedir.

Üçüncü olarak ilişkisel risk faktörlerine bakıldığında ise, evlilik şeklinin en önemli risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Güleç Öyekçin ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, evlilik şekli görücü usulü olan kadınlarda anlaşarak evlenen kadınlara oranla 2,5 kat daha fazla şiddet riski bulunurken kaçarak ya da kaçırılarak evlenen kadınlarda olası şiddetin riski 4 kat daha fazla bulunmuştur. Yine aynı araştırmanın bulgularına göre, evlilik süresinin artması tüm şiddet türleri birlikte değerlendirilirken şiddete karşı koruyucu faktör olarak bulunmasına rağmen sadece fiziksel şiddet değerlendirildiğinde şiddeti artıran bir risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer ilişkisel risk faktörleri ise, erkeğin yaşça kadından daha büyük olması (Aizpurua ve ark., 2017), erkek ve kadın arasındaki kaygılı bağlanma (Ali ve Naylor, 2013), ilişkide kavga ve tartışmaların bulunması, ilişkiye yönelik memnuniyetsizlik ve tatminsizlik hisleri ve düşünceleri, kadının eğitim seviyesinin erkekten daha yüksek olması (DSÖ, 2012), erkeğin birden fazla eşi olması (DSÖ, 2012; Gibbs ve ark., 2018), son 1 sene içinde ailede yaşanan travmatik olayların fazla olması (Stickley ve ark., 2008) sayılabilmektedir.

Toplumsal risk faktörleri incelendiğinde ise, toplumun genelindeki”erkeğin ailenin/ilişkinin egemeni olduğu” düşüncesi ya da diğer bir deyişle cinsiyet eşitsizliği algısı (DSÖ, 2012; Gibbs ve ark., 2018), agresyon ve baskın karakterli olmanın erkekliğin göstergesi sayılması , yoksulluk, toplumda kadının sosyal ve ekonomik olarak düşük seviyede görülmesi, eşine şiddet gösteren erkeklere yönelik yasal ve toplumsal yaptırımların yetersiz kalması, kısıtlayıcı ve eşit olmayan evlenme ve boşanma yasalarında kadınların vatandaşlık haklarının eksikliği, şiddetin anlaşmazlıkların bir çözümü olarak görülmesi, toplumdaki genel şiddet seviyesinin ve silahlı çatışmaların fazla olması göze çarpmaktadır (DSÖ, 2012).

Travmatik olayla ilgili risk faktörlerine bakılacak olursa, ağır ve uzun süreli tekrarlayan şiddet, yaşam tehdidi ve ciddi yaralanmalar, olayda kadının kontrolünün olmaması, insanlar ya da şiddet uygulayan tarafından olaydan sorumlu tutulmak, olay anında ve sonrasında sosyal destek azlığı ve travma zamanındaki diğer yaşam stresleri ön plana çıkmaktadır (Brewin ve ark., 2000; Bulmuş, 2008).

Son olarak koruyucu faktörlere bakıldığında ise, artan eğitim seviyesi, yüksek sosyo ekonomik statü, resmi evlilik, evlilik süresinin artması, yaşın artması (DSÖ, 2012; Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Taşkale ve Soygüt, 2017; Yakubovich ve ark., 2018), çocuk sahibi olması sayılabilmektedir. Ancak, çocuk sahibi olmak bağlama göre farklılık gösterebilmektedir. Çocuğa bakmak için kadının travma sonrası iyileşme çabası koruyucu faktör olarak sayılabilirken eğer eşi çocuklara zarar vermekle ilgili tehdit ediyorsa ve kadın da bu korkudan ötürü ilişkiyi sürdürüyorsa risk faktörü olarak sayılabilmektedir. Bunlara ek olarak, kadının maneviyatının güçlü olması, ekonomik bağımsızlığı, güvenlik stratejileri geliştirip kullanabilmesi ve kendi gücüne yönelik olumlu inançları olması da diğer koruyucu faktörler olarak sıralanabilmektedir (Sabri ve ark., 2018).

1.2.5. Eş Şiddetinin Sonuçları Ve Sığınma Evlerinde Kalan Kadınlarla İlgili Literatür

Kadına karşı şiddet hem dünya genelinde hem de Türkiye’de pek çok sağlık sorunlarına sebep olmasıyla önemli ve ciddi bir konudur. Kadınların hem fiziksel hem psikolojik sağlıkların doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Doğrudan etkisine örnek olarak, fiziksel yaralanma, kemiklerde kırılma, duyma ve işitme kabiliyetinde azalma, organların zarar görmesi, kafa travması, beyin hasarı, dişlerin kırılması vb. gösterilebilir. KSGM (2014) araştırma sonuçlarına göre, ülkemizde araştırmaya katılan her 4 kadından 1’i yaralandığını belirtmiş ve her 2 kadından 1’i en az 1 kez ciddi şekilde tedavi gerektirecek ağırlıkta yaralandığını ifade etmiştir. Yine aynı araştırma bulgularına göre, en dezavantajlı grubun eşinden boşanmış ve ayrı yaşayan kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak, araştırmalar şiddet dursa bile etkisinin uzun yıllar strese maruz kalma sonucunda devam ettiğini de göstermektedir. Fibromiyalji, kronik sağlık problemleri (örneğin kronik ağrılar), hassas bağırsak sendromu, alevlenen astım vb. şikayetlerin şiddete maruz kalan kadınlarda sık

görülen sağlık sorunları olduğu ortaya çıkmıştır. Şiddet ne kadar ağırsa kadınlarda sebep olduğu fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların da o kadar arttığı görülmektedir. Şiddete maruz kalmak, aynı zamanda kadının ruhsal sağlığını da tehlikeye atarak günlük yaşam kalitesini bozmaktadır. Sık sık baş ağrısı, iştahsızlık, mide problemleri, ellerin titremesi, günlük işleri aksatma, sürekli yorgunluk hissi, odaklanma ve karar vermede zorluk gibi problemlerin yanı sıra, alkol ve madde bağımlılığı, uyku ve yeme bozuklukları, düşük öz saygı ve kendilik değeri, çaresizlik duygusu ve bunun kökleşmesi, somatik şikayetler, depresyon ve kaygı semptomları, fobiler, intihara teşebbüs ve TSSB gibi psikolojik rahatsızlıklara da sebep olabilmektedir (DSÖ, 2012; Gibbs ve ark., 2018; Keçeli, 2015; KSGM, 2008, 2014). Bunlara ek olarak, Ali ve Naylor (2013), eşinden şiddet gören kadınlardaki alkol ve madde kullanımını açıklarken, kadınların şiddet gördükten sonra durumla baş edebilmek adına alkol ve/veya maddeye yöneldiklerini ifade etmiştir.

Devries ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan sistematik gözden geçirme çalışmasında, erken dönem şiddete maruz kalma ve travmanın, yetişkinlikteki şiddete maruz kalmayı ve depresyon semptomlarını ön gördüğü bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, eş şiddetine maruz kalmanın depresif semptomların görülme ihtimalini arttırdığı ve depresif semptomlara sahip olmanın da eş şiddetine maruz kalma ihtimalini arttırdığı ortaya çıkmıştır. Ülkemizde ise intihara teşebbüs ile şiddete maruz kalma ilişkisi KSGM araştırma sonucunda da ortaya çıkmıştır. Fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalan katılımcılardan 3'te 1'i yaşamlarının bir döneminde intihar etmeyi düşündüklerini belirtmişlerdir. İntihara teşebbüs eden şiddet gören kadınların oranı ise %15 (şiddet görmeyenlerin 5 katı) olarak bulunmuştur (KSGM, 2014).

Bunlarla beraber, istenmeyen hamilelikler, kürtaja zorlanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (Pelvik enflamasyon hastalığı, HIV, AIDS vb.), erken prematüre doğum yapma ya da düşük yapma gibi problemler de sıkça görülmektedir. Ek olarak, hamilelik döneminde kadınların maruz kaldığı şiddetin artması da sık karşılaşılan bir durumdur (Bailey, 2010; DSÖ, 2012; KSGM, 2014). KSGM raporuna göre (2014), katılımcıların %8'i gebelikte şiddet gördüğünü bildirirken; her 10 kadından 1'i gebelikte şiddetin arttığını ifade etmiştir. En riskli grubun ise eğitim ve refah düzeyi

düşük hamile kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, şiddet olan bir evde yaşamak sadece kadın sağlığını etkilemekle kalmaz aynı zamanda çocukların da yaşantısını etkiler. Kaygı ve depresyon belirtileri, sağlık problemleri, düşük okul performansı, şiddetin modellenmesi gibi problemlerle birlikte özellikle düşük sosyo ekonomik gelir düzeyine sahip bölgelerde yüksek oranda ishal rahatsızlığı, bağışıklık sisteminin zayıflaması ve çocuğun 5 yaşından önce ölme riski çok yüksek olarak bulunmuştur (DSÖ, 2012). Ülkemizde ise KSGM (2014), şiddet gören her 10 kadının 3'ününün çocuklarında anneye ve diğer çocuklara karşı agresif ve saldırgan davranışlar, hırçınlaşarak ağlama, yatağını ıslatma, sık sık kâbus görme, çekingen ve içe kapanık olma gibi problemler görüldüğünü tespit etmiştir.

Eş şiddetine maruz kalıp, kadın konuk evine yerleşen kadınlarla yapılan çalışmalar da TSSB ve şiddetin olumsuz etkileri ile ilgili benzer sonuçları göstermektedir. Johnson, Zlotnick ve Perez (2008), 177 kadın katılımcıya ulaştığı çalışmada eş şiddeti, psikiyatrik hastalık şiddeti, kişisel ve sosyal destek kaybı ilişkisinde, TSSB şiddetinin aracı değişken olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Yazarlar, TSSB semptom derecesinin kendi başına travmanın ağırlığından bağımsız olarak maruz kalan kadınlardaki psiko-sosyal bozuklukların nedenini açıklamada etkili olduğunu ifade etmiştir. Tortamış (2009) ise, 75 kadın katılımcı ile yaptığı çalışmada, %68 'inin olası TSSB tanı kriterleri karşıladığını ortaya çıkarmıştır. Aynı çalışmada, 18 yaşından önce duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma oranları sırasıyla %77.3, %64 ve %26.7 olarak bulunurken; 18 yaşından sonra bu oranlar sırasıyla %90.7, %64 ve %73.3 olarak bulunmuştur. Ek olarak, duygusal, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan kadınların sadece duygusal ve fiziksel şiddete maruz kalan kadınlara oranla TSSB tanı kriterlerini karşılama ihtimali anlamlı olarak yüksek bulunurken benlik saygısı ve olumlu beden algısı da anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Maruz kalınan şiddetin boyutu arttıkça kadınların bedenlerinden rahatsız olma durumu artmaktadır. Özellikle cinsel istismar yaşayan kadınlar, bedenlerini savunmasızlık ve utanç kaynağı olarak görmekte ve yaşadıkları istismarın nedeni kendi fiziksel görüntülerine dayandırarak yoğun suçluluk duyguları hissedebilmektedirler (Damka, 2009; Tortamış, 2009). Yine benzer doğrultuda 114 kadınla yapılan bir diğer çalışmada, şiddete maruz kaldıktan 9 ay sonra TSSB ve depresyon belirtileri görülme sıklığı sırasıyla %53 ve %38.5 olarak

bulunurken; depresyonun, TSSB' ye ikincil olarak geliştiği de bulunmuştur. Bunlarla birlikte, kadınların güncel korku düzeyi ve hayatlarına yönelik çaresizlik duygularının TSSB ve depresyon belirtileri için en güçlü risk faktörü olduğu da ortaya çıkmıştır (Urhan, 2013). Benzer bir bulgu olarak, Dekel ve arkadaşları (2019) tarafından yürütölen ve 505 kadın katılımcıya ulaşan güncel bir çalışmada, eşinden şiddet gören kadınların sağlık sorunlarını yordayan faktör olarak TSSB'nin, depresyona oranla daha temel faktör olduğu ortaya çıkmıştır. Benzer bir doğrultuda yürütölen diğer bir çalışmada ise, sığınma evinde kalan kadınların kalmayan kadınlara oranla duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmaları anksiyete, depresyon ve kişilerarası duyarlılık faktörleri ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunurken algılanan sosyal destek puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Sezgin, 2007). Serin (2016), 50 katılımcı ile yürüttüğü çalışmasında ise, katılımcıların %70'inin olası TSSB tanı kriterini karşıladığı ve %60'ının ise olası majör depresyon tanı kriterini karşıladığı sonucunu bulmuştur. Bunlarla beraber, yüksek oranda TSSB ve depresyon belirtileri ile başa çıkmada kadınların çaresiz yaklaşım düzeyi kullanmaları arasında pozitif korelasyon bulunurken iyimser yaklaşım düzeyi arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Kaygılı bağlanmaya sahip olan katılımcıların çaresiz ve boyun eğici yaklaşım düzeyini kullanma oranları da istatistiksel olarak anlamlı çıkan bulguları arasındadır (Serin, 2016). Mango, Small ve Black (2017) tarafından yürütölen ve 154 kadın katılımcı içeren araştırmada ise, başa çıkma stillerinin eş şiddeti ve ruh sağlığı semptomları ile ilişkisinde aracı değişken olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, algılanan sosyal desteği yüksek olan katılımcılarda daha yüksek oranda ruh sağlığı semptomlarına rastlanmıştır. Mango ve arkadaşları (2017) literatüre uymayan bu bulguyu, sosyal desteğin niceliğine göre değil de niteliğine göre değerlendirilmesi gerektiği şeklinde yorumlamışlar; arkadaş ve aile çevresinin çeşitli sebeplerle (şiddet uygulayan eşten korktukları ya da eşler arasındaki problemlerin ailenin mahremiyeti sayıldığından dışarıdan müdahale yapılmaması gerektiği şeklindeki düşüncelere sahip oldukları) için şiddet gören kadını desteklemekten kaçınmış olabileceklerine dikkat çekmişlerdir. 59 kadınla yapılan bir diğer araştırmanın bulgularına göre, katılımcılarda en sık görölen güncel tanılar sırasıyla TSSB (%50.8), majör depresif bozukluk (37.3), özgül fobi (%35.6) ve yaygın kaygı bozukluğu (%23.7) olarak sıralanmıştır (Akyazı ve ark., 2018). Aynı araştırmada katılımcıların %59'unun hayatlarında en az bir kere intihara kalkıştığı

ve %66'sının ise şiddet başladıktan sonra intihara teşebbüs ettiği bulunmuştur. Fedele ve arkadaşları (2018) ise, 147 katılımcının cevaplarını karşılaştırarak madde bağımlılığı, majör depresyon, sınır kişilik bozukluğu ve eş şiddetine bağlı TSSB arasında anlamlı düzeyde komorbidite/eş tanı oranı elde etmişlerdir. Ek olarak, sığınma evinden çıktuktan 6 ay sonra katılımcıların tekrar TSSB belirtileri ölçülmüş ve madde bağımlılığı olan kadınların olmayan kadınlara oranla TSSB belirtilerinde daha az derecede gelişim gösterdikleri ve 6 ay içerisinde tekrar şiddete maruz kalan kadınların ise TSSB belirtilerinin çok az değişim gösterdikleri bulunmuştur. Jonker ve arkadaşları (2019) ise, 184 katılımcıya ulaştıkları araştırmalarında, TSSB semptomları ile cinsel istismar arasında pozitif korelasyon ve öz saygı arasında negatif korelasyon bulmuşlardır. Son olarak, Fernandez-Gonzalez, Calvete ve Borrajo (2019) tarafından yürütülen ve 777 katılımcısı bulunan çalışmanın bulgularına göre, kadınların sığınma evinde uzun süre kalmasıyla ilişkili faktörler olarak sağlık problemlerine sahip olması, daha önce şiddet öyküsünün bulunması, daha fazla şiddet türüne maruz kalması ve çocuklarının yanında (sığınma evinde) olması tespit edilirken sığınma evine tekrar gelme riskini artıran faktörler olarak sosyal destek eksikliği, daha önce şiddet öyküsünün bulunması ve şiddet uygulayan eşin işsiz olması bulunmuştur.

Eş şiddeti yaşayan kadınlarda TSSB, gece kâbusları, travmatik olayı yeniden deneyimleme gibi tekrarlayıcı semptomlar, kısıtlı duygulanım, hissizleşme, uyku bozuklukları, yoğun anksiyete belirtileri, sevilen aktivitelere ilgi kaybı, irkilme gibi otonomik aşırı uyarılma belirtileri ve olayla ilgili düşüncelerden, duygulardan ve konuşmalardan kaçınma belirtileri olarak kendini gösterir (Rivas-Diez, Sanchez-Lopez ve Rodrigo-Holgado, 2013; Sharhabani-Arzy ve ark., 2003). Şiddete maruz kalmış pek çok kadında, yaygın olarak görülen TSSB'nin yapısını ve semptomlarını nasıl sürdürdüğünü anlamının müdahale yöntemleri geliştirebilmek adına önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, ilerleyen bölümde önce TSSB'nin tanı kriterlerine yer verilecek, sonra TSSB bilişsel model perspektifinden detaylı bir biçimde ele alınacaktır.

1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1.3.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM – 5 Tanı Kriterleri

2013 yılında basılan DSM- 5'te, TSSB Belirtileri 4 ana grupta toplanmıştır. Bunlar, istem dışı olarak travmatik olayın yeniden deneyimlenmesi, olayla ilgili uyarılardan kaçınma, travma sonrası duygudurum ve bilişlerdeki değişimler ve artan uyarılmışlık ve tepkisellik belirtileri olarak sayılabilmektedir. DSM– 4' teki olay anında bireylerin ciddi düzeyde korku, çaresizlik ve dehşet yaşamasını şart koşan madde kaldırılmıştır çünkü travmaya maruz kalan pek çok birey travmatik olay sırasında duygusal küntlük yaşayarak hiçbir duyguyu hissedemediklerini, depersonalizasyon ve/veya derealizasyon gibi disosiyatif deneyimler yaşadıklarını bildirmişlerdir (Carlson ve Dalenberg, 2000; Kring ve ark., 2015; Morrison, 2016).

TSSB için tanı ölçütleri, yetişkinler, gençler ve 6 yaşından büyük çocuklar için uygulanmaktadır. 6 yaşından küçük çocuklar için ayrı tanı kriterleri tanımlanmıştır. İzleyen bölümde, Tablo 1.1. yetişkinler için DSM-5 tanı kriterlerini içermektedir.

Tablo 1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Aşağıda belirtilen yollardan biriyle ya da daha fazlasıyla, gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla ya da cinsel saldırıya uğramış olmak

1. Doğrudan örseleyici olaylar yaşamak
2. Başkalarının başına gelen olayları doğrudan görme ya da tanıklık etmek
3. Bir aile yakınının ya da arkadaşın başına örseleyici olaylar gelmiş olduğunu öğrenmek
(Aile bireyinin ya da arkadaşın gerçek ölümü ya da ölme olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmalıdır.)
4. Örseleyici olayların rahatsız edici ayrıntılarıyla, tekrarlayan bir biçimde ya da aşırı miktarda karşı karşıya kalmak

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme iş ile ilgili olmadıkça A4 tanı ölçütü uygulanmaz. Diğer bir deyişle, elektronik yayın ortamları, televizyon ya da medya aracılığı ile karşı karşıya gelme DSM 5 ile travma olarak sayılmamaktadır.

B. Örseleyici olaylardan sonra başlayan ve bu olaylarla ilişkin istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin biri ya da birkaçına sahip olmak

1. Örseleyici olayların yineleyen, istemsizce gelen sıkıntı veren anıları
2. İçeriği ya da duygulanımı örseleyici olaylarla ilgili olan yineleyici ve sıkıntı veren rüyalar
3. Kişinin örseleyici olaylar yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyasyon) tepkileri (örneğin, geçmişe dönüşler – flashbacks)
4. Örseleyici olayları simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süren ruhsal sıkıntı yaşama
5. Örseleyici olayları simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme (örneğin, kalp atışının hızlanması, nefesin kesilmesi gibi)

Tablo 1.1. (devamı)

<p>C. Aşağıdaki örseleyici olaylara ilişkin uyarılardan sürekli olarak kaçınma ile ilgili belirtilerin birine ya da her ikisine sahip olmak</p> <ol style="list-style-type: none">1. Örseleyici olaylarla ilişkili, sıkıntı veren anılardan, düşüncelerden ya da duygulardan kaçma çabası2. Örseleyici olaylarla ilişkili sıkıntı veren anıları, duyguları, düşünceleri hatırlatan dışsal uyarılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, nesnelere, durumlar gibi) uzak durma çabası
<p>D. Aşağıda verilen, örseleyici olaylardan sonra başlayan ve kötüleşen, bilişlerde ve duygu durumlarındaki olumsuz değişimlerin en az iki tanesine sahip olmak</p> <ol style="list-style-type: none">1. Örseleyici olayların önemli bir yönünü hatırlayamama (unutkanlık çözülmesi-disosiyatif amnezi)2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olan olumsuz inançlar ve beklentiler (örneğin, bütün sistemim kalıcı olarak bozuldu, ben kötü biriyim, dünya tehlikeli gibi)3. Olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak kişinin kendisini veya başkalarını suçlamasına yol açan ve sürekliliği olan çarpık bilişler4. Süreklilik gösteren olumsuz duygu durumu (örneğin, korku, dehşet, öfke, suçluluk, utanç)5. Önemli etkinliklere duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma6. Başkalarından uzaklaşma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları7. Sürekli bir biçimde olumlu duyguları yaşayamama (örneğin mutluluğu, sevgiyi hissedememe)

Tablo 1.1. (devamı)

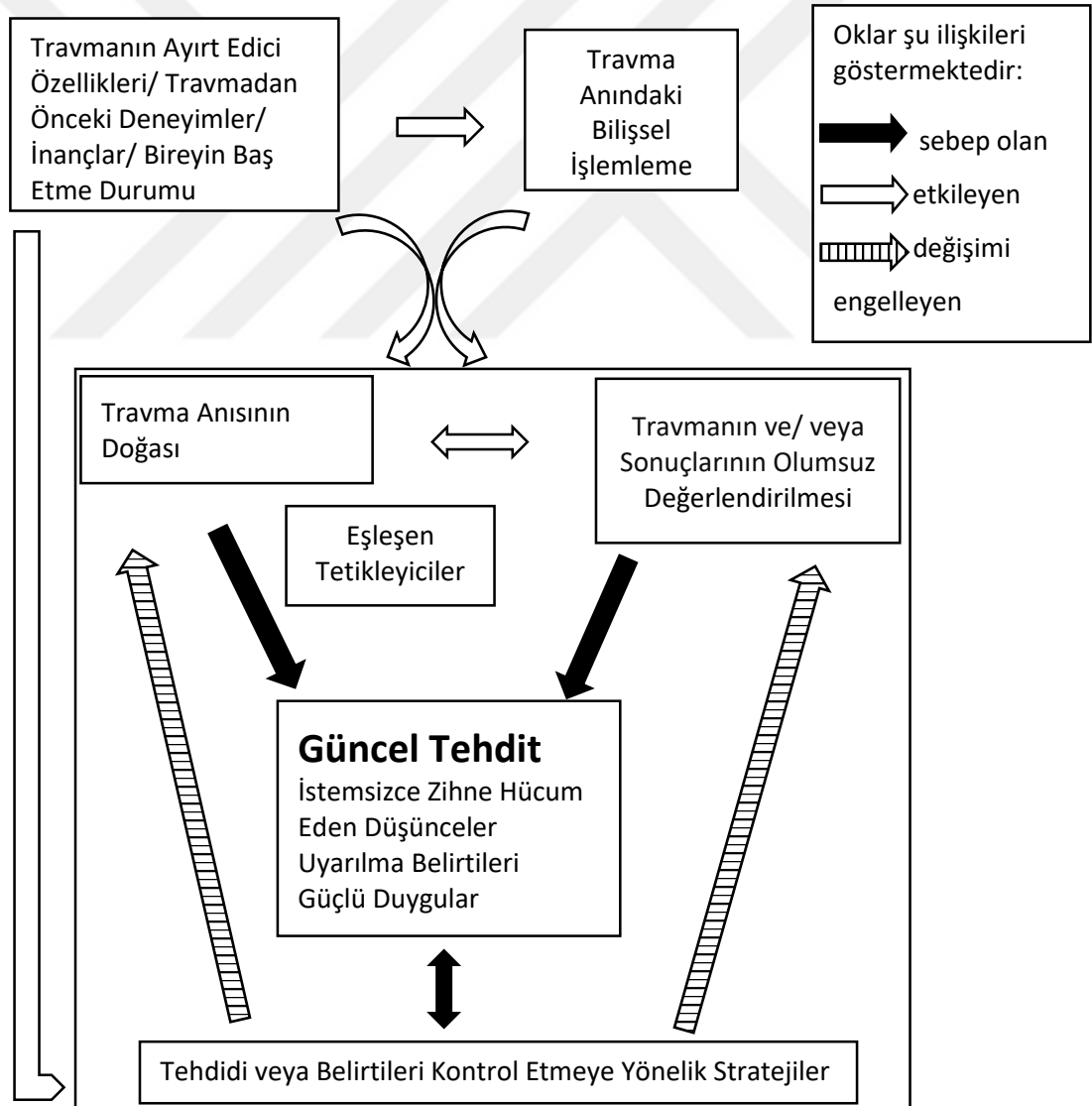
<p>E. Aşağıda verilen, örseleyici olayların ortaya çıkması ile başlayan ve kötüleşen uyarılma ve tepki gösterme biçimindeki değişikliklerden en az iki tanesine sebep olmak</p> <ol style="list-style-type: none">1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan öfke patlamaları ve kızgın davranışlar (bir kışkırtma olmadan ya da çok az kışkırtma karşısında)2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma3. Her an tetikte olma4. Abartılı irkilme tepkileri gösterme5. Odaklanmada zorluklar yaşama6. Uyku bozukluğu (örneğin uykuya dalmada ya da uykuyu sürdürmede zorluk)
<p>F. Bu bozuklukların süresi (B, C, D, E) bir aydan daha uzundur.</p>
<p>G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal hayatla, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.</p>
<p>H. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.</p>

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

1.3.2. Bilişsel Model

Travmatik olaylar, beklenmedik zamanda ve kontrol dışında geliştiğinden bireylerin temel inanç ve varsayımlarını paramparça etmektedir (Brewin ve Holmes, 2003). Travmanın sonrasında kişilerde oluşan semptomlar patolojik olmak yerine normal iyileşme sürecinin bir parçası olurken bazı kişiler bu semptomlardan sonra ilerleyen dönemde TSSB geliştirebilmektedir. Bu sebeple, güncel teoriler bireyler arasındaki bu

farklılıkları açıklamaya çalışmaktadır (Fairbrother ve Rachman, 2006). TSSB'yi açıklamada yetişkin popülasyonunda en çok kullanılan güncel modellerden biri bilişsel modeldir (King, McKenzie-McHarg ve Horsch., 2017). Ehlers ve Clark (2000), travmanın geçmişte kalmasına rağmen maruz kalanların gelecekte hakkında kaygılı olmalarına dikkat çekerek bunun sebebi olarak da bireylerde oluşan güncel tehdit algısını göstermişlerdir. Foa & Rothbaum (1998) ve Jones & Barlow (1990)'un çalışmalarını genişleterek travmadan sonra bireylerde oluşan hem travmatik olaya yönelik hem de kendileri ve dünyaya yönelik olumsuz değerlendirmeleri kapsayan, geniş aralıkta konu ile ilişkili olabilecek değerlendirmeleri bulunan bilişsel teoriyi geliştirmişlerdir (Brewin ve Holmes, 2003).



Şekil 1.2. TSSB'nin Bilişsel Modeli (Ehlers ve Clark, 2000)

Bilişsel perspektiften bakıldığında, TSSB DSM-5'e kadar kaygı bozuklukları içinde sınıflandırılmaktaydı. Kaygı, olması muhtemel/yakın tehditlerle ilgili değerlendirmeleri içerirken, TSSB hali hazırda gerçekleşmiş ve anısı bellekte olan bir bozukluktur. Şekil 1.2.'de görüldüğü gibi, TSSB' deki güncel tehdit algısı, travma anında ve sonrasında üretilen olumsuz değerlendirmelerden (negative appraisals) beslenmektedir. Kişilerde oluşan bu güncel tehdit algısı 2 türlü olabilir: dışsal tehdit ve/veya daha yaygın olarak görülen içsel tehdit. Dışsal tehdit, bireyin dünyayı tehlikeli bir yer olarak görmesini içerirken içsel tehdit bireyin kendi amaçlarını ve hedeflerini gerçekleştirecek kadar yetenekli olmadığına inanmasını içerir. Travma anını anımsatan tetikleyiciler ile karşılaşıldığında veya kişi olumsuz değerlendirmelerde bulunduğu güncel tehdit algısı aktifleşir ve bireylerde çeşitli güçlü duygular, istemsizce zihne hücum eden düşünceler (intrusions), yeniden yaşantılama belirtileri ya da uyarılmışlık belirtileri görülür. Kişiler, başlangıçtaki bu tepkilerini iyileşme sürecinin bir parçası olarak görmüyorlarsa; bir daha eskisi gibi "normal duygular" hissedemeyeceklerine inanabilirler ve "Daha kötüye gittikleri" ve "Hiçbir zaman eskisi gibi olamayacakları" düşüncelerine kapılabilirler, dolayısıyla TSSB belirtilerinin iyileşmesi yavaşlar. Duyguları ve duyumları yeniden yaşantılamaları, onları şu anki yaşamın gerçekliğinden koparır ve zamanı sanki travma anında sıkışık kalmış gibi hissedebilirler. Travma sonrasında ortaya çıkan belirtilerin yanlış değerlendirilmesine örnek olarak, travma sonrasında duygusal küntlük yaşayan bir birey için "İçten içe öldüm / İçimde bir şeyler öldü, artık eskisi gibi hissedemiyorum" şeklinde düşünceler; geri dönüşler (flashback) yaşayan veya kabuslar gören bir birey için "Aklımı kaçıyorum / Deliriyorum / Beynim kalıcı bir biçimde hasar gördü / Bu olayı hiçbir zaman aşamayacağım" gibi düşünceler; öfke patlamaları yaşayan bir birey için "Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim/ Bir daha kimseye (örneğin çocuklarına) eskisi gibi yakınlık hissedemeyeceğim" düşünceleri verilebilir.

Olumsuz değerlendirmeler (bilişler), iki şekilde TSSB semptomlarını devam ettirir. Bunlardan ilki, olumsuz bilişlerin direkt olarak kaygı, korku, öfke, dehşet, suçluluk, üzüntü, utanç gibi olumsuz ve güçlü duygular üretmesidir. Örnek olarak, "Her yer tehlikeli" düşüncesi korku uyandırabilir; "Kişisel haklarım çiğnenecek / Hayat adil değil" gibi düşünceler öfke yaratabilir; bireyler olay anında veya sonrasında

tepkilerini değerlendirirken suçluluk duyabilir; algılanan kayıplarını değerlendirirken üzüntü duyabilir ya da içsel değerleri zedelendiğinden utanç duyabilirler. İkincisi ise, kişileri bu yoğun stres ve baş edilmesi güç gözükten duygularından kurtarmak için çeşitli bilişsel ve davranışsal stratejiler geliştirmeye motive etmesidir. Bu stratejiler bireyi anlık olarak rahatlatırken uzun vadede olumsuz değerlendirmelerinin değişmesini engelleyerek TSSB belirtilerinin devamlılığını ve güçlenmesini sağlar çünkü kişiler değerlendirmelerinin negatif yanlılığını fark edemez ve “Dünya tehlikeli bir yer ve hiçbir yer güvenli olamaz.” inançları iyice pekişmiş olur. Ayrıca, TSSB belirtileri görülen bireyler, travmayı değerlendirirken travmanın kendine özgü ve olmuş bitmiş bir olay olduğunu göremezler bunun yerine, travma yüzünden gelecekte de olumsuz ve katastrofik şeyler yaşayacaklarına dair çıkarımlar yaparlar. Başka bir deyişle, travmanın kendi başlarına gelmesini “Kötü olaylar hep benim başıma gelir/ Ben felaketi çekerim” şeklinde yorumlayarak gelecekte de başlarına benzer olaylar gelmesini beklerler. Eski hayat amaçları önemsiz gözükmeye başlar çünkü kaçınılmaz son kötüdür ve ne yaparlarsa yapsınlar bunu engelleyemeyeceklerini düşünürler. Ek olarak, kişinin travmatik olayla ilgili çeşitli değerlendirmeleri de bu güncel tehdit algısını besleyebilir. Bireyler başlarına gelen travmatik olayı genelleyerek gündelik hayatta karşılaşılabilecek sıradan olayları dahi tehdit unsuru olarak görebilirler veya travma sırasındaki davranış ve duygularını yanlı bir şekilde yorumlayarak “Başıma gelen kötü olayları hak ediyorum / En ufak stresle bile baş edemiyorum” gibi bilişlere sahip olabilirler. Ve tüm bu tarz bilişler kişilerde daha çok olumsuz duygulanım yaratarak sıkıntı verir ve dolayısıyla da semptomları artar. Semptomları arttıkça da uyumsuz baş etme stratejileri kullanmaya başlayarak kısır döngü içerisine girerler. Bireylerin semptomlarla baş edebilmek adına geliştirdikleri stratejilerin uyumsuz (maladaptive) sayılmasının üç sebebi vardır: direkt olarak TSSB semptomlarını arttırırlar, olumsuz bilişlerdeki değişimi engellerler ve travma anısının doğal olarak işlenmesini ve diğer anılara entegre edilmesini engellerler. İlerleyen bölümde bu uyumsuz baş etme stratejilerine örnekler verilirken, yol açtığı sorunlarla birlikte ele alınacaktır.

Düşünceleri veya duyguları bastırma/kontrol alma çabası, bireyin travmatik anıyı unutmaya çalışmasıdır. Ancak bastırılmaya çalışılan duyguların ve düşüncelerin sıklıkla

daha güçlenerek geri geldiği çokça karşılaşılan bir durumdur. Aynı şekilde, olayı düşünmemek için kendilerini sürekli meşgul olacakları aktiviteler içerisine sokmak, anının detaylandırılması ve normal şekilde işlenmesini engellediğinden uyumsuz baş etme stratejisi olarak ele alınabilir. Ek olarak, TSSB'nin bazı semptomlarının kontrol altına almak için yapılan girişimler farkında olmadan diğer semptomları arttırabilir. Örneğin, kâbusları engellemek için yatağa geç girmek uyku kalitesini bozarak konsantrasyon problemlerini arttırabilir. Tehditler için seçici dikkat geliştirmeleri, travmayla ilgili daha çok duygulanım açığa çıkarabilir. Tehdit ip uçlarına olan duyarlılıkları sebebiyle güvenlik sağlamak için çeşitli davranışlar geliştirmeleri, başlarına katastروفik olaylar geleceği ve dünyanın çok tehlikeli bir yer olduğu hakkındaki düşüncelerini pekiştirir. Bunlarla birlikte, travmatik olayı hatırlatıcı unsurlardan kaçınma davranışları kendilerine yönelik yanlı ve negatif değerlendirmelerinin değiştirilmesine engel olur. Duygulanımı engellemek için, örneğin kaygıyı yatıştırmak için madde, ilaç ya da alkol kullanımını arttırmak, duygularını bir kez bırakırlarsa delirecekleri düşüncesini pekiştirebilir ve travma anısındaki değişimi engelleyebilir. Ek olarak, bireylerin eskiden hoşlandıkları aktiviteleri bırakmaları ve kişilerden alacakları tepkilerden çekindikleri için sosyal hayattan geri çekilmeleri de travmanın onları başka bir insana dönüştürdüğü algısını pekiştirebilir, sosyal destek almalarını engeller ve otobiyografik belleğin travmatik anıyı yeniden organize edip işlemesine engel olur. Bunlarla beraber, önceki aktivitelerinden ve sosyal hayattan geri çekilmeleri hayatlarının travma anında donup kaldığı /sıkıştığı /tıkandığı hissini ve "Hayat bir daha eskisi gibi olmayacak" düşüncelerini pekiştirir. Ve son olarak, travma ve sonuçları hakkında ruminatif düşünceler geliştirmeleri de travmaya maruz kalan bireyi içinden çıkılması zor bir döngüye sürükleyebilir. Ruminatif düşünceler, bireyin tekrarlayıcı ve olumsuz bir şekilde yaşadığı olumsuz deneyimlerin ve duyguların düşünülmesini içerir. Bu şekilde düşünme tarzı kişi için bilişsel bir kaçınma işlevi görür ve kişi uyumlu başa çıkma biçimlerini ve kaynaklarını kullanamaz. Ruminatif düşünceler sonrasında oluşan olumsuz duygular travmatik anının yeniden yaşantılanmasına ve kişinin yoğun olumsuz duygulanıma kapılmasına sebep olabilir. Bu deneyimlerden sonra kişi tekrar bunun nasıl olduğunu anlamaya yönelik ruminatif biçimde düşünmeye başlayabilir. Ve sonuç olarak ruminasyon döngüsü başa sarar.

Tüm bunlara ek olarak, travma yaşayan bireylerin çevrelerinden aldıkları tepkiler de travma ile ilgili bilişlerin oluşmasına ve devamlılığına katkı sağlar. Örneğin, aileleri ya da arkadaşları kişi ile nasıl konuşacağını bilmediğinden konuşmaktan kaçınabilir; bu da kişide “kimse beni umursamıyor / yaşadıklarım kimse inanmıyor / benim suçlu olduğumu düşünüyorlar” düşünceleri oluşturabilir. Bazen de travma yaşayan bireylere yöneltilen eleştiriler oldukça acımasız, reddedici ve eleştirel olabilir; bu da kişide “yaşadıklarımı hak ettim / hiçbir şeye layık değilim” düşünceleri oluşturarak sosyal geri çekilmeye ve yabancılaşmaya sebep olabilir. Bireyin sadece travmadan sonra çevresinden aldığı tepki değil travma öncesinde de çevresinden aldığı tepkiler sonucu şekillenen inançları ve deneyimleri de hem TSSB belirtileri hem de bilişsel ve davranışsal başa çıkma stratejileri üzerinde etkilidir. Örnek olarak, kişi eğer çocukluğunda öfkesini ya da korkusunu gösterdiği zaman aile bireyleri tarafından alay edilmiş ya da eleştirilmişse bu kişide duyguların insanlara gösterilmemesi gerektiği inancı yerleştiğinden başa çıkma stratejisi olarak duygularını bastırmayı kullanma ihtimali bu tarz inançlar geliştirmeyen kişilerden daha yüksektir. Sonuç olarak, TSSB belirtilerini ön görmede, ilgisizlik, eleştirilme veya olayın gerçekliğine inanmama gibi olumsuz sosyal desteğin olması, sosyal desteğin hiç olmaması durumundan daha iyi bir gösterge olarak sayılabilmektedir (Ehlers ve Clark, 2000).

1.4. Araştırmanın Amacı Ve Önemi

Araştırmanın amacı eş şiddetine maruz kalan ve bunun sonucunda kadın sığınma evlerinde ikamet eden kadınların travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin bilişsel yönden incelenmesidir. Alanyazın incelendiğinde, daha çok TSSB / depresyon sıklığı ve komorbidite (eş tanı) oranları ile ilgili, şiddetin kadınlara verdiği psikolojik zararlar ile ilgili; bağlanma stilleri, benlik saygıları, beden algıları vb. konularla olan ilişkisiyle ilgili incelemeler olduğu görülmüştür (Akyazı ve ark., 2018; Ali ve Naylor, 2013; Damka, 2009; Dekel ve ark., 2019; Devries ve ark., 2013; DSÖ, 2012; Fedele ve ark., 2018; Jonker ve ark., 2019; KSGM, 2014; Mango ve ark., 2017; Serin, 2016; Tortamış, 2009; Urhan, 2013). Ulaşılabilen literatür çerçevesinde, eş şiddetine maruz kalan kadınların travma ile ilgili negatif değerlendirmelerinin TSSB belirtilerine olan etkisini inceleyen bir yazıya rastlanılmamıştır. Bu sebeple elde edilen sonuçların, tedavi yöntemleri geliştirilirken faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu amaçlar doğrultusunda belirlenen araştırma soruları şunlardır:

- 1) Kadın sığınma evinde ikamet eden kadınlarda; TSSB belirtilerinin görülme sıklığı nedir?
- 2) Demografik faktörler ve risk faktörlerinin TSSB belirtilerini yordama gücü nasıldır?
- 3) Demografik faktörler ve risk faktörlerine olumsuz bilişler eklenince TSSB belirtilerini yordama gücü nasıl olur?

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Çalışmanın örneklemini eş şiddetine maruz kalmış ve İstanbul İl Kabul Birimi'nde konaklayan 147 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Ancak, bunlardan 142 katılımcıdan toplanan veriler analize dahil edilmiştir; 5 katılımcının verilen ölçek maddelerinin büyük çoğunluğunu doldurmadıkları tespit edilmiş ve bu sebeple analizin dışında tutulmasına karar verilmiştir. Katılımcıların yaşları 19 ile 55 arasında değişmekte olup ortalaması 32 (SS = 8.27) olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bulgular bölümünde kapsamlı olarak ele alınacaktır.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı gibi sosyo demografik özelliklerinin yanında psikolojik rahatsızlık geçmişi, aile bireylerinin de sosyo demografik özellikleri, şiddet geçmişi vb. konularda başta sığınma evlerinde yürütülen çalışmalar olmak üzere alanyazın incelenerek ve risk faktörleri göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından hazırlanmış çoktan seçmeli ve açık uçlu soruları içermektedir.

2.2.2. DSM 5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi- PCL-5

DSM- III-R 'e göre 17 madde olarak oluşturulan ve klinik alanda TSSB belirtilerini ölçmesi sebebiyle yaygın olarak kullanılan PCL'in DSM-5 'e göre son adaptasyonu Weathers ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Öz bildirime dayalı ölçek, TSSB semptomları ile uyumlu 20 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, bireylerin son 1 aydaki semptomlarını ölçmektedir. Cevaplar için 0 (hiç yok)'dan 4 (aşırı miktarda var)'e kadar uzanan 5'li likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Ek olarak, ölçek sonuçları 2 farklı şekilde yorumlanabilmektedir. İlki belirtilerin her maddedeki puanlarının toplanmasıyla birlikte total belirti puanı hesaplayarak belirtilerin düzeyi hakkında bilgi vermektedir ve kullanılma amacına göre değişmekle birlikte kesme

noktası olarak 33 kullanılması önerilmektedir (Weathers ve ark., 2013). İkincisi kullanım şekli ise, belirli koşulların sağlanmasıyla DSM-5'e göre tanı koymaktır. Tanı ölçütleri için yorumlanırken 2 ve üstü puan alan sorular dahil edilerek bir hesaplama yapılır. DSM-5'in B maddesini karşılaması için 1-5 arasındaki sorulardan en az bir tanesi 2 ve üstü olmalıdır; C maddesinin karşılanması için 6-7 maddelerinden en az 1 tanesi yine aynı şekilde olmalıdır. D maddesi için 8-14 arası sorulardan en az 2 tanesi ve E maddesi için 15-20 arası sorulardan en az 2 tanesi 2 ve üstü bir değer almalıdır. Tüm bu koşulları sağlıyorsa TSSB tanı kriterlerini sağladığı sonucuna varılabilmektedir. Ölçeğin ülkemizde uyarlama çalışmasını Boysan ve arkadaşları (2017) yapmış ve 4 alt boyut elde etmişlerdir. Güvenirlik katsayıları; yeniden deneyimleme için .79-.92, kaçınma için .73-.91, duygulanım ve bilişlerdeki olumsuz değişimler için .85-.90 ve aşırı uyarılma için .81-.88 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliği katsayıları ise sırasıyla .70, .64, .78 ve .76 olarak bulunmuştur. Yazarlar, olası TSSB tanısı koyabilmek için kesme noktası olarak 47 kullanılması önermektedirler. Diğer bir deyişle, total skoru 47 ve üstü olan danışanların TSSB tanı kriterlerini karşılama ihtimalleri daha fazladır (Boysan ve ark., 2017).

2.2.3. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği – TSBÖ

Foa ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ölçek, öz bildirim dayalı 36 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar için 1'den (tamamen katılmıyorum) 7'ye (tamamen katılıyorum) uzanan 7'li likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Yüksek skorlar güçlü olumsuz bilişlerin var olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin 3 alt boyutu vardır. Bunlar; kişinin kendisi ile ilgili olumsuz bilişleri, dünya ile ilgili olumsuz bilişleri ve kendini suçlamadır. Üç alt boyut için içsel tutarlılık katsayıları sırasıyla .97, .88, .86 olmakla birlikte toplam Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı .97 olarak bulunmuştur (Foa ve ark., 1999).

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlilik çalışması ise Yağcı-Yetkiner (2010) tarafından yapılmıştır. Özgün forma uyumlu olarak, 7'li likert tipi derecelendirme ve 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin faktör analizinde ilk iki alt boyutunun (kişinin kendisi ile ilgili olumsuz bilişleri ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri) orijinal ölçekle örtüştüğü ancak kendini suçlama alt boyutunun maddelerinin kişinin kendisi ile ilgili

olumsuz bilişleri alt boyutu içerisinde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, orijinal ölçekteki hiçbir faktöre girmeyen 13, 32 ve 34 numaralı maddelerin Türkçe formda ilk ikisinin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri alt boyutunun altında ve son maddenin de kişinin dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutunun altında toplandığı ortaya çıkmıştır. Tüm ölçek için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .95 iken, kişinin kendisi ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu için .95, kişinin dünya ile ilgili olumsuz bilişleri için .89 olarak bulunmuştur (Yağcı-Yetkiner, 2010).

2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından oluşturulan ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmasının ilkinin Eker ve Arkar (1995) yapmış ve ölçeğin yapı geçerliliğini anksiyete ve depresyon ölçümleri ile ilişkili olarak değerlendirmişlerdir. İkinci olarak, gözden geçirme çalışmasında ise ölçeğin yapı geçerliği; başka bir sosyal destek ölçeği, belirti tarama listesi, umutsuzluk ölçeği ve yalnızlık ölçeği ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Her 2 çalışmada da 7'li likert derecelendirmesi kullanılan ölçekte toplam 12 madde ve 3 alt boyut vardır. Bunlar; aileyle ilgili destek, arkadaşlarla ilgili destek ve özel bir insanla ilgili destek olarak sıralanabilmektedir. Cronbach alfa katsayıları ise alt boyutlar için sırasıyla .85, .88 ve .92 olarak bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

2.2.5. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (Brief COPE)

Carver arkadaşları ve tarafından 1989 yılında 15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilen ölçekte alt boyutlar; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma olarak sıralanabilir (Carver ve ark., 1989). Ölçeğin daha sonra işlevsel olması adına kısa formu yine Carver (1997), tarafından 14 alt boyut; 4'lü likert derecelendirmesi ve her bir alt boyutta 2'şer madde olacak şekilde geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Bacanlı ve arkadaşları (2013) yapmıştır ve faktörlerin Cronbach alfa katsayıları 0.39 ile 0.92 arasında

değişmekle beraber test-tekrar test güvenilirliği için korelasyon katsayılarının .44 ile .90 aralığında değer aldığı bulunmuştur.

2.3. İşlem

İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu onayı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü izni alındıktan sonra, İstanbul Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi aracılığı ile İstanbul'da bulunan il kabul birimlerine gidilerek, veri toplama işlemi Kasım 2018 ile Mart 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Burada eşinden şiddet gören kadınlara araştırmanın konusu anlatıldıktan sonra gönüllü olan katılımcılardan sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Daha sonra katılımcılara sırası dengelenerek ölçekler sunulmuştur (ilk olarak kişisel bilgi formu, son olarak başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği olmak üzere). Çalışmadaki ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 1 ile 1,5 saat arasında sürmüştür.

2.4. Verilerin Analizi

İlk olarak, verilerin analizinde kullanılmak üzere ölçek maddelerine verilen cevaplar toplanarak toplam skorlar elde edilmiştir: toplam TSSB, olumsuz bilişler, algılanan sosyal destek. Daha sonra bilişsel modelde uyumsuz başa çıkma stilleri olduğundan ve katılımcılara verilen başa çıkma stilleri ölçeğinde hem uyumlu hem uyumsuz baş etme maddeleri yer aldığından, bilişsel modele uyan uyumsuz baş etme soruları (yadsıma, inkar, davranışsal ilgiyi kesme, zihinsel olarak ilgiyi kesme, madde ve alkol kullanımı, diğer etkinlikleri bırakma) dahil edilerek yeni bir alt boyut oluşturulmuştur: uyumsuz başa çıkma. Oluşturulan uyumsuz başa çıkma alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı .68 olarak bulunmuştur. Ek olarak, TSBÖ' nün Türkçe uyarlama çalışmasında elde edilen 2 alt boyutu yazarın önerisi dikkate alınarak oluşturulmuştur: dünya ile ilgili olumsuz bilişler ve kendi ile ilgili olumsuz bilişler. İlk araştırma sorusuna cevap vermek adına PCL-5 (Weathers ve ark., 2013), DSM-5'e göre kodlanarak katılımcıların olası TSSB tanı kriterlerini alma oranları incelenmiştir ve sıklık analiziyle katılan katılımcılarda olası TSSB tanısının yaygınlığına bakılmıştır.

İkinci olarak, betimsel analizler yapılmıştır. Normallik analizleri ve Pearson korelasyon analizi kullanılarak elde edilen verilerin çoklu hiyerarşik regresyona uygun olma durumuna bakılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu, dağılımın normal olduğu, çoklu bağıntı problemi olmadığı gibi sebeplerle veri setinin hiyerarşik regresyona uygun olduğu tespit edilmiştir; 2. ve 3. araştırma sorularına cevap verebilmek adına bir dizi çoklu hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır.



3. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde önce demografik bilgi formundan elde edilen ve betimsel analiz ile elde edilen bulgular paylaşılacak, sonra regresyonda kullanılacak değişkenlerin Pearson korelasyon analizine göre sonuçlarına yer verilecektir. Daha sonra araştırma sorularına cevap vermeye yönelik uygulanan çoklu hiyerarşik regresyon analizi bulgularına geçilecektir.

İlk olarak, ikinci araştırma sorusuna yönelik sadece demografik ve risk faktörlerinin şiddet gören kadınlardaki TSSB belirtilerini yordama gücüne bakılmak için 2 aşamalı bir regresyon analizi yapılmıştır. Daha sonra, üçüncü araştırma sorusuna yönelik 3 aşamalı bir regresyon analizi yapılmıştır. İlk analize bilişler eklenince kadınlardaki TSSB belirtilerini yordama gücüne bakılarak bilişsel model test edilmiştir. Bunun sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde TSSB belirtilerini yordadığı ortaya çıkınca, bilişlerin alt boyutlarına (kendine yönelik olumsuz bilişler ve dünyaya yönelik olumsuz bilişler) göre modelin yordama gücünün değişip değişmediğini görmek adına tekrar 3 aşamalı bir regresyon analizi yapılmıştır. Bütün regresyon analizlerinde enter metodu kullanılmıştır.

3.1. Betimsel Analiz Bulguları

Şiddete maruz kalan ve analize dahil edilen 142 kadın katılımcının sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1.'de özetlenmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun Marmara Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğmuş olduğu görülmektedir. Eğitim durumları incelenecek olursa, katılımcıların %95.8'inin lise ve daha az eğitim durumuna sahip olduğu göze çarpmaktadır. Örneklemdeki en yaygın görülen eğitim seviyesi ise ilkokul mezunu olmaktır. Ek olarak, katılımcıların %78.9'unun geçmiş çalışma tecrübesi bulunurken mevcut çalışma hayatları sorulduğunda sadece %10.6'nın iş hayatında olduğu görülmektedir. Literatürde, sosyal sağlık sigortasına sahip olmamak da şiddete maruz kalmada önemli faktörlerden biri olduğu için ele alınacak olursa, katılımcıların %47.2'sinin sigortası

olmadığı ve bu kişilerin 24'ünün kendisinden dolayı, 38'inin eşinden dolayı, 11'inin ailesinden dolayı sigortası bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bunlarla birlikte, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%72.5) evli olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 3.1. Şiddete Maruz Kalan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Doğum Yeri		
Marmara Bölgesi	59	41.5
Ege Bölgesi	2	1.4
Akdeniz Bölgesi	6	4.2
Karadeniz Bölgesi	20	14.1
İç Anadolu Bölgesi	9	6.3
Doğu Anadolu Bölgesi	24	16.9
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	17	12
Yurt dışı	5	3.5
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	9	6.3
Okur yazar	5	3.5
İlkokul	62	43.7
Ortaokul	44	31
Lise	16	11.3
Yüksek okul	2	1.4
Üniversite	4	2.8
Şu anki Çalışma Durumu		
Çalışan	15	10.6
Çalışmayan	127	89.4
İş Tecrübesi		
Bulunan	112	78.9
Bulunmayan	30	21.1
Medeni Durum		
Bekar	4	2.8
Evli	103	72.5
İmam nikahı/birlikte yaşama	7	4.9
Boşanmış	17	12
Ayrı	9	6.3
Dul	2	1.4

Katılımcıların evlenme şekli incelendiğinde ise; %32.4'ünün görücü usulü ve aile baskısı ile, %26.1'inin kaçarak ya da kaçırılarak, %16.9'unun tanışarak ve aile onayı ile, %15.5'inin tanışarak ve aile onayı olmadan ve %8.5'inin görücü usulü ve isteyerek

evlendiği ortaya çıkmaktadır. Ek olarak, kadınların %82.4'ünün çocuğu olduğu ve çocuğu olanların %58.9'unun çocuklarının onlarla beraber sığınma evinde bulunduğu kalanlarının ise eşinin yanında ya da eşinin ailesinin yanında bulunduğu da bulgular arasındadır. Birden fazla evlilik yapmış kadınların (örneklem %23.9'u) önceki evliliklerinin bitiş sebebi sorulduğunda ise, kadınların yarısından fazlası (%67.6) önceki evliliklerinde de şiddet olduğunu ve en önemli bitiş sebebinin bu olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer bitiş sebepleri ise, anlaşmazlık (%82.3), sorumsuzluk (%67.6), aldatma (%41.1), ekonomik problemler (%41.1) ve sevmeme (%35.2) olarak sıralanabilmektedir. Önceki evliliklerinde maruz kaldıkları şiddetin türü sorulduğunda ise, tamamı fiziksel şiddete maruz kaldığını söylemekle birlikte %95.6'sı duygusal şiddete, %78.2'si ekonomik şiddete, %47.8'i dijital şiddete ve %43.4'ü cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmişlerdir.

Şiddete maruz kalan kadınların kendi ailesinin sosyo-demografik özellikleri ise, Tablo 3.2.'de özetlenmektedir. Kadınların anneleri ile babalarının eğitim düzeyinin paralellik gösterdiği görülebilmektedir. Her ikisinde de en yaygın görülenler okur yazar olmama ve ilkokul mezunu olmaktır. Ek olarak, kadınlara çocukluk döneminde ailelerinde şiddetin olup olmadığı da sorulmuştur; %52.1'i çocukluklarında şiddet öyküsünün bulunduğunu bildirmişlerdir. Şiddetin hangi aile bireyleri arasında olduğu sorulduğunda ise, %45.9'u babalarından hem annelerine hem de kendilerine, %31.8'i babalarından sadece annelerine, %33.7'si annelerinden kendilerine, %8.1'i babalarından kendilerine, %16.2'si ise kardeşlerinden kendilerine yönelik olduğunu bildirmekle birlikte şiddet öyküsü bulunan kadınların %6.7'si kardeşlerine şiddet uyguladığını da bildirmiştir. Çocukluktaki maruz kalınan şiddetin türüne bakıldığında ise, duygusal ve fiziksel şiddet türlerinin ön plana çıktığı söylenebilmektedir.

Tablo 3.2. Şiddete Maruz Kalan Kadınların Ailelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Anne Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	58	40.8
Okur yazar	14	9.9
İlkokul	55	38.7
Ortaokul	11	7.7
Lise	3	2.1
Yüksek okul	0	0
Üniversite	1	.7
Baba Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	32	22.5
Okur yazar	23	16.2
İlkokul	59	41.5
Ortaokul	19	13.4
Lise	7	4.9
Yüksek okul	0	0
Üniversite	2	1.4
Ailede Sağlık Sorunu		
Var	79	55.6
Yok	63	44.4
Ailede Psikolojik Sağlık Sorunu		
Var	35	24.6
Yok	107	75.4
Çocuklukta Şiddet Yaşantısı		
Var	74	52.1
Yok	68	47.9

Şiddet uygulayan eşin özellikleri ise Tablo 3.3.'te özetlenmektedir. Eğitim durumu dağılımına bakıldığında, katılımcıların yarısından fazlasının eşlerinin ilkököl ve orta oköl mezunu olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 3.3. Şiddete Maruz Kalan Kadınların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Eş Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	3	2.1
Okur yazar	13	9.2
İlkokul	77	54.2
Ortaokul	24	16.9
Lise	20	14.1
Yüksek okul	1	.7
Üniversite	4	2.8
Eş Çalışma Durumu		
Çalışıyor	98	69
Çalışmıyor	44	31
Eşin Sağlık Sorunu		
Var	24	16.9
Yok	118	83.1
Eşin Psikolojik Sağlık Sorunu		
Var	72	50.7
Yok	70	49.3
Eşin Alkol Kullanımı		
Var	66	46.5
Yok	76	53.5

Maruz kalınan şiddet türlerinin oranları incelenecek olursa; kadınların %95.1'inin duygusal şiddete, %90.8'nin fiziksel şiddete, %69.7'sinin ekonomik şiddete, %54.9'unun cinsel şiddete ve %47.2'sinin dijital şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmaktadır. Şiddetin süresine bakıldığında ise, kadınların %67.6'sının 5 yıldan uzun süredir şiddete maruz kaldığı ve %22.5'inin 1-5 yıl arası şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Şiddetin sıklığının ise, benzer oranlara sahip olduğu dikkati çekmektedir. Kadınların %69.7'si haftada 1'den fazla şiddete maruz kaldığını ifade

ederken, %22.5'i ayda 1-4 kez, % 2.8'i yılda 5-10 kez ve yılda 1-2 kez, son olarak %2.1'i tek bir defa şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Şiddete maruz kaldıktan sonra kadınların konuyla ilgili yardım aldıkları kaynaklar ise; polis (%76.8), aile/akraba (%28.2), savcılık (%21.1), komşu (%9.2), arkadaş (%6.3) ve sivil toplum kuruluşları (%.7) olarak sıralanabilmektedir. Ek olarak, kadınların sığınma evine başvurmaya karar verme zamanları sorulduğunda ise; %41.5'inin ailesinden destek görmeyince, %40.8'inin şiddet sıklaştıkça, %13.4'ünün ciddi bedensel hasarlar aldıktan sonra, %9.9'unun şiddet çocuklara yönelince, %9.2'sinin şiddete ilk maruz kaldığında ve % 7.7'sinin çocuklar büyüyünce sığınma evine başvurduğu ortaya çıkmıştır. Bunlara ek olarak, sığınma evinde kaldıkları müddetçe katılımcıların %76.1'inin güvenlik endişesinin olmadığı da elde edilen bulgular arasındadır.

Kadınların fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları incelendiğinde ise, %27.5'inin fiziksel sağlık problemi olduğunu bildirdiği ve %25.4'ünün psikolojik sağlık problemi olduğunu bildirdiği görülmektedir. Fiziksel sağlık problemleri: tansiyon, kalp-damar tıkanıklığı, koah, kronik astım, bronşit, mide hastalıkları, diyabet, guatr, anemi, fibromiyalji, sedef, hepatit, migren olarak sıralanabilirken; psikolojik sağlık problemleri: depresyon ve kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, öfke problemleri, tourette bozukluğu olarak sıralanabilmektedir. Ancak belirtilen psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklar, herhangi bir ölçümle belirlenmemekle birlikte tamamen kadınların öz bildirimine dayanan bulguları içermektedir.

Bunlara beraber, katılımcıların %58.8'inin geçmişte intihar düşüncesine sahip olduğu; bunlardan %34.5'unun en az 1 kere intihara teşebbüs ettiği ve intihara teşebbüs edenlerin %16.2'sinin planlı intihar girişimleri olduğu tespit edilmiştir. Eskiden psikolojik tedavi görenlerin oranı %38.7 olarak bulunurken şimdi psikolojik sağlık problemi olduğunu bildiren kişilerden sadece %15'inin tedavi gördüğü bulunmuştur. Tedavi türlerinin dağılımı ise dikkat çekmektedir. Tedavi olan 22 kişiden, sadece 1 tanesi terapi desteği alırken 20 kişi sadece ilaç tedavisi almaktadır. 1 kişinin ise hem ilaç hem terapi desteği aldığı ortaya çıkmıştır.

Son olarak, ilk araştırma sorusu olan eş şiddetine maruz kalıp sığınma evinde kalan kadınların DSM-5'e göre olası TSSB tanı kriterlerini karşılama ihtimalleri, %75.4 olarak bulunmuştur. Bu oran hesaplanırken PCL-5 (Weathers ve ark., 2013)'in DSM-5 için olan kodlama sistemi kullanılmıştır. Ek olarak, alanyazına ve araştırma sorularına göre önemli nicel değişkenlerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 3.4.'te özetlenmektedir.

Tablo 3.4. Nicel Değişkenlerin Betimsel Analiz Özeti

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Min.*	Mak.*
Kadın Yaş	32.33	8.27	19	55
Çocuk Sayısı	2.32	1.37	0	7
İlk Evlilik Yaşı	18.5	3.83	12	32
Eş Yaş	37.28	9.16	20	69
Sığınma Evinde Kalma Sayısı	1.9	1.62	1	10
İntihara Teşebbüs Sayısı	.59	1.03	0	5
Toplam Olumsuz Bilişler	130.49	40.55	45	244
Toplam Algılanan Sosyal Destek	36.48	19.14	12	84
Toplam Uyumsuz Baş Etme	20.80	6.13	10	39
Toplam Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler	82.39	36.01	27	188
Toplam Dünya İle İlgili Olumsuz Bilişler	50.76	10.85	13	63
Toplam TSSB Belirtileri Puanı	49.04	17.62	5	79

*Minimum

**Maksimum

3. 2. Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenlerin regresyon analizi için hangilerinin kullanılmasına karar vermek ve hangi değişkenler arasında çoklu bağıntı bulunduğunu belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, alanyazındaki pek çok risk faktörünün toplam TSSB puanıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmamıştır. Tablo 3.2.1. Pearson Korelasyon Analizi bulgularını özetlemektedir. Toplam TSSB puanıyla istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler: geçmiş çalışma, intihar düşüncesi, bilişler (2 alt boyutu olan dünya ile ilgili bilişler ve kendisiyle ilgili bilişler de dahil olmak üzere) ve uyumsuz baş etme biçimleri olarak sıralanabilmektedir.

Ancak yapılan hiyerarşik regresyon analizine, araştırma sorularına daha iyi yanıt bulabilmek adına literatürde önemli bulunan risk faktörlerinin de eklenilmesine karar verilmiştir. Bunlarla birlikte, kadınların yaşı ile eşlerinin yaşının arasında ve kadının annesinin eğitim düzeyi ile babasının eğitim düzeyi arasında çoklu bağıntı problemi olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, Tablo 3.5.'te de görüldüğü üzere, bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek korelasyon bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bu sebeple regresyon analizine sadece kadını yaşı ve annesinin eğitim düzeyi değişkenlerinin dahil edilmesine karar verilmiştir.



Tablo 3.5.Pearson Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Yaş	1													
2.Eğitim	-.07	1												
3.Çalışma	.15	.08	1											
4.İş Tecrübesi	.03	.16	.06	1										
5.Evlilik Şekli	-.15	.11	.03	.09	1									
6.İlk Evlilik Yaşı	.21**	.22**	.02	-.06	-.02	1								
7.Eş Yaş	.82**	-.07	.11	.00	-.22**	.11	1							
8.Eş Eğitim	.05	.28**	.02	.18*	.08	-.03	.12	1						
9.Eş Çalışma	-.02	.02	-.01	.02	-.14	.14	-.00	.05	1					
10.Eş Psikolojik Sağlık	.00	.14	.01	-.06	.09	.11	.06	.17*	-.11	1				
11.Eş Alkol	.07	.02	.13	.20*	.23**	.03	-.03	-.02	-.23**	.21*	1			
12.Anne Eğitim	-.09	.43**	-.02	-.01	.10	.07	-.09	.27**	.09	-.02	-.02	1		
13.Baba Eğitim	-.08	.42**	.03	.00	.13	.06	-.12	.29**	.02	.09	.11	.64*	1	
14.Çocukluk Şiddet	-.09	-.09	-.03	.02	-.09	-.04	-.05	-.00	.02	.07	-.09	-.06	-.03	1
15.Aile Psikolojik Sağlık	-.07	-.07	.01	.01	.08	-.02	.02	.04	-.07	.13	-.07	.02	-.04	.28**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.5. (devamı)

	15	16	17	18	19	20	21	22
15.Aile Psikolojik Sağlık	1							
16.İntihar Düşüncesi	.21**	1						
17.Olumsuz Biliş	.05	.24**	1					
18.Algılanan Sosyal Destek	-.04	-.20*	.01	1				
19.Uyumsuz Baş Etme	.10	-.06	.42**	.11	1			
20.Kendiyle İlgili Biliş	.05	.21**	.97**	.04	.42**	1		
21.Dünyayla İlgili Biliş	.04	.24**	.67**	-.09	.23**	.47**	1	
22.Toplam TSSB	.16	.31**	.59**	.04	.17*	.57**	.38**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.3. Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Eşinden şiddet gören kadınlardaki TSSB belirtilerini yordayan değişkenleri tespit etmek adına çoklu hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Yordayıcı değişken olarak alanyazında var olan ilgili demografik ve risk faktörlerine ek olarak TSSB'nin bilişsel modelindeki değişkenler de dahil edilmiştir. Çalışmanın 2. ve 3. sorusuna yanıt bulmak adına ilk aşamada sadece demografik risk faktörleri analize dahil edilirken uyumsuz baş etme ve algılanan sosyal destek değişkenleri ikinci aşamada modele dahil edilmiştir. Üçüncü ve son aşamada ise olumsuz bilişler modele dahil edilerek bilişsel modelin TSSB belirtilerindeki varyansı açıklamada ne kadar etkili olduğuna bakılmıştır. Tablo 3.6. modele dahil edilen değişkenlerin sırasını göstermektedir. Tablo 3.7. ise analiz sonuçlarını özetlemektedir.

Tablo 3.6. Demografik faktörler ve Risk Faktörlerine Bilişler eklenince, TSSB Belirtilerini Yordama Gücüyle İlgili Yapılan Regresyon Analizine Değişkenlerin Dahil Edilme Sırası

Bağımsız Değişkenler:
1. Aşama Yaş Eğitim Güncel Çalışma Durumu İş Tecrübesi Evlenme Şekli İlk Evlilik Yaşı Eş Eğitim Eş Çalışma Eş Psikolojik Sağlık Problemi Eş Alkol Kullanımı Anne Eğitim Çocuklukta Şiddet Öyküsü Ailede Psikolojik Sağlık Problemi Geçmiş İntihar Düşüncesi
2. Aşama Uyumsuz Baş Etme Algılanan Sosyal Destek
3. Aşama Olumsuz Bilişler
Bağımlı Değişken: Toplam TSSB puanı

Tablo 3.7. TSSB Belirtilerinin Yordayıcılarına İlişkin Regresyon Analizi Sonucu

Yordayan Faktörler	β	t	F Değişim		p
Aşama 1					
Yaş	.035	.413			.68
Eğitim	.045	.467			.64
Güncel Çalışma Durumu	.026	.314			.75
İş Tecrübesi	-.305	-3.566*			.001
Evlenme Şekli	.021	.242			.80
İlk Evlilik yaşı	-.045	-.512			.61
Eş Eğitim	.099	1.126			.26
Eş Çalışma	.113	1.330			.18
Eş Psikolojik Sağlık Problemi	-.147	-1.691			.09
Eş Alkol Kullanımı	.194	2.175*			.03
Anne Eğitim	-.013	-.142			.88
Çocuklukta Şiddet Öyküsü	.066	.787			.43
Aile Psikolojik Sağlık Problemi	.124	1.421			.15
Geçmiş İntihar Düşüncesi	.313	3.598*	2.466	.12	.000
Aşama 2					
Yaş	.034	.404			.68
Eğitim	.113	1.141			.25
Güncel Çalışma Durumu	.028	.344			.73
İş tecrübesi	-.299	-3.556*			.001
Evlenme Şekli	.017	.203			.83
İlk Evlilik Yaşı	-.074	-.848			.39
Eş Eğitim	.104	1.191			.23
Eş Çalışma	.112	1.341			.18
Eş Psikolojik Sağlık Problemi	-.140	-1.638			.10
Eş Alkol Kullanımı	.198	2.249*			.02
Anne Eğitim	-.021	-.229			.81
Çocuklukta Şiddet Öyküsü	.060	.701			.48
Aile Psikolojik Sağlık Problemi	.107	1.247			.21
Geçmiş İntihar Düşüncesi	.343	3.965*			.000
Uyumsuz Baş Etme	.193	2.256*			.02
Algılanan Sosyal Destek	.084	1.009	3.498	.16	.31

* $p < .05$

Tablo 3.7. (devamı)

Yordayan Faktörler	β	t	F Değişim	p
Aşama 3				
Yaş	.056	.808		.42
Eğitim	.127	1.555		.12
Güncel Çalışma Durumu	.037	.553		.58
İş Tecrübesi	-.227	-3.231*		.002
Evlenme Şekli	-.028	-.403		.68
İlk Evlilik yaşı	-.070	-.970		.33
Eş Eğitim	.127	1.759		.08
Eş Çalışma	.077	1.112		.26
Eş Psikolojik Sağlık Problemi	-.100	-1.409		.16
Eş Alkol Kullanımı	.198	2.711*		.008
Anne Eğitim	.033	.430		.66
Çocuklukta Şiddet Öyküsü	-.013	-.188		.85
Aile Psikolojik Sağlık Problemi	.145	2.034*		.04
Geçmiş İntihar Düşüncesi	.178	2.374*		.01
Uyumsuz Baş Etme	-.027	-.357		.72
Algılanan Sosyal Destek	.044	.637		.52
Olumsuz Bilişler	.585	7.599*	57.738	.42

* $p < .05$

Tablo 3.7. incelendiğinde, ilk aşamada demografik risk faktörlerinin TSSB belirtilerini yordama gücü %12 olarak bulunurken belirtileri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordayan değişkenler: iş tecrübesi, eşin alkol kullanımı, geçmiş intihar düşüncesi olarak bulunmuştur. İkinci aşamada ise, modele uyumsuz baş etme biçimleri ve algılanan sosyal destek değişkenleri eklendiğinde yordama gücünün %16'ya çıktığı ve bu varyansı açıklamada ilk aşamadaki anlamlı çıkan değerlere ek olarak uyumsuz baş etme biçimlerinin de varyansı açıklamaya katkı sağladığı görülmektedir. Son aşamada ise, modele olumsuz bilişler dahil edilince, TSSB belirtilerindeki varyansın %42'sinin model ile açıklanabildiği görülmektedir. İkinci aşamada modele istatistiksel olarak anlamlı katkıda bulunan değişkenlerden uyumsuz baş etme değişkeninin bilişler modele dahil edilince istatistiksel olarak anlamlı katkı sağlamadığı dikkat çekmektedir. Üçüncü aşamada, anlamlı yordayıcı gücünü devam ettiren iş tecrübesi, eşin alkol kullanımı ve geçmiş intihar düşüncesi değişkenlerine ek olarak aile psikolojik sağlık değişkeninin ve olumsuz bilişlerin de modeli istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir. Bunlarla birlikte, algılanan sosyal destek değişkeninin modeli

açıklarken hiçbir aşamada istatistiksel olarak anlamlı katkı sağlamadığı görülmektedir. Olumsuz bilişlerin modele etkisini daha iyi anlamak amacıyla 2 alt boyutunu (kendisiyle ilgili ve dünya ile ilgili olumsuz bilişler) içeren bir dizi çoklu regresyon analizi daha yapılmıştır. Bu analizin farkı, üçüncü aşamada olumsuz bilişler yerine alt boyutlarının modele dahil edilmesidir. Tablo 3.8.'de analiz bulguları özetlenmektedir.

Tablo 3.8. TSSB'nin Yordayıcılarında Bilişlerin Alt Boyutuyla İlgili Regresyon Analizi Sonucu

Yordayan Faktörler	β	t	F Değişim	<i>p</i>
Aşama 1				
Yaş	.035	.413		.68
Eğitim	.045	.467		.64
Güncel Çalışma Durumu	.026	.314		.75
İş Tecrübesi	-.305	-3.566*		.001
Evlenme Şekli	.021	.242		.80
İlk Evlilik yaşı	-.045	-.512		.61
Eş Eğitim	.099	1.126		.26
Eş Çalışma	.113	1.330		.18
Eş Psikolojik Sağlık Problemi	-.147	-1.691		.09
Eş Alkol Kullanımı	.194	2.175*		.03
Anne Eğitim	-.013	-.142		.88
Çocuklukta Şiddet Öyküsü	.066	.787		.43
Aile Psikolojik Sağlık Problemi	.124	1.421		.15
Geçmiş İntihar Düşüncesi	.313	3.598*	2.466	.12
Aşama 2				
Yaş	.034	.404		.68
Eğitim	.113	1.141		.25
Güncel Çalışma Durumu	.028	.344		.73
İş tecrübesi	-.299	-3.556*		.001
Evlenme Şekli	.017	.203		.83
İlk Evlilik yaşı	-.074	-.848		.39
Eş Eğitim	.104	1.191		.23
Eş Çalışma	.112	1.341		.18
Eş Psikolojik Sağlık Problemi	-.140	-1.638		.10
Eş Alkol Kullanımı	.198	2.249*		.02
Anne Eğitim	-.021	-.229		.81
Çocuklukta Şiddet Öyküsü	.060	.701		.48
Aile Psikolojik Sağlık Problemi	.107	1.247		.21
Geçmiş İntihar Düşüncesi	.343	3.965*		.000
Uyumsuz Baş Etme	.193	2.256*		.02
Algılanan Sosyal Destek	.084	1.009	3.498	.16

**p*<.05

Tablo 3.8. (devamı)

Yordayan Faktörler	β	t	F Değişim	p
Aşama 3				
Yaş	.058	.814		.41
Eğitim	.125	1.512		.13
Güncel Çalışma Durumu	.035	.522		.60
İş Tecrübesi	-.228	-3.201*		.002
Evlenme Şekli	-.033	-.465		.64
İlk Evlilik yaşı	-.068	-.938		.35
Eş Eğitim	.129	1.767		.08
Eş Çalışma	.076	1.091		.27
Eş Psikolojik Sağlık Problemi	-.101	-1.409		.16
Eş Alkol Kullanımı	.198	2.663*		.009
Anne Eğitim	.034	.440		.66
Çocuklukta Şiddet Öyküsü	-.017	-.236		.81
Aile Psikolojik Sağlık Problemi	.146	2.029*		.04
Geçmiş İntihar Düşüncesi	.179	2.362*		.02
Uyumsuz Baş Etme	-.026	-.332		.74
Algılanan Sosyal Destek	.038	.545		.58
Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler	.504	5.866*		.000
Dünya İle İlgili Olumsuz Bilişler	.135	1.721	27.959	.41

* $p < .05$

Tablo 3.8. incelendiğinde ise, ilk iki aşamada elde edilen bulguların ilk regresyon analiziyle benzer olduğu ancak son aşamada olumsuz bilişlerin alt boyutları eklenince modelin TSSB belirtilerini yordama gücünün %41'e düştüğü görülmektedir. 2 model arasındaki fark çok olmamakla birlikte, ikinci analizin sonuçlarına göre kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri TSSB belirtilerini yordamada istatistiksel olarak anlamlıken dünya ile ilgili olumsuz bilişleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

4. BÖLÜM

SONUÇ

Çalışmada, eşinden şiddet gören ve sığınma evinde kalan kadınlarda yaygın olarak görülen psikolojik rahatsızlıklardan biri olan TSSB belirtileri (Damka, 2009; Dekel ve ark., 2019; Fedele ve ark., 2018; Tortamış, 2009; Urhan, 2013), Ehlers ve Clark (2000)'in bilişsel modeli çerçevesinde incelenmiştir. İlk olarak, İstanbul'da kadın sığınma evinde konaklayan kadınlarda TSSB yaygınlığına bakılmıştır. Daha sonra, bilişsel modele ilişkin değişkenlerin TSSB belirtilerini yordama gücüne bakılarak, modelin eş şiddeti gören kadınlardaki TSSB belirtilerini açıklamada ne derece etkili olduğu incelenmiştir. İzleyen bölümde, araştırma bulguları ulaşılabilen alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

4.1. Betimsel Analiz Bulgularının Değerlendirilmesi

Yapılan görüşmelerde aktarılanlardan kadınların maruz kaldığı şiddetin boyutlarının oldukça ağır olduğu gözlenmiştir. Buna örnek olarak kadını günlerce aç bırakma, tuvalet ihtiyacını gidermesine engel olma, odaya kilitleme, balta ile kovalama, başka adamlarla birlikte olması için zorlama gibi davranışlar verilebilmektedir. Betimsel analiz bulguları incelendiğinde ise, genel olarak literatürle uyuşan bulgular elde edildiği görülmektedir. En yaygın görülen eş şiddeti türü %95.1 oranıyla duygusal şiddet olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, ülke genelinde yapılan araştırma sonuçlarıyla benzer sonuçlar göstermektedir (KSGM, 2014). Hemen ardından bir diğer yaygın olarak görülen eş şiddeti türü % 90.8 oranıyla fiziksel şiddettir. Bunları sırasıyla, %69.7 ekonomik şiddet, %54.9 cinsel şiddet ve %47.2 dijital şiddet izlemektedir. Bu bulgulardan cinsel şiddet oranı DSÖ (2012) bulgularıyla örtüşmekte ancak diğer şiddet türlerinin oranlarının dünya geneline oranla daha yüksek çıktığı görülmektedir. Ancak çalışmanın kadın sığınma evinde yürütüldüğü düşünülürse bu oranların oldukça yüksek çıkması beklenebilir bir sonuçtur. Ek olarak, çalışmaya dahil edilen dijital şiddet türü henüz KSGM ya da DSÖ tarafından yürütülen çalışmalarda araştırılmamıştır. Mor çatı (2016)'nın bu yeni şiddet türünü tanımlamasıyla birlikte çalışmada elde edilen dijital şiddet oranının literatüre önemli bir katkı sağladığı

düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, Taşkale ve Soygüt (2016), 79 katılımcıya ulaştıkları çalışmalarında örneklemin tamamına takının fiziksel şiddete maruz kaldığını ve duygusal şiddetin de diğer şiddet türleriyle birlikte görüldüğünü ortaya çıkarmışlardır. Fiziksel ve sözel şiddet mağdurlarının oranını %38 ve çoklu şiddet mağduru olma (fiziksel, duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel) %68 olarak bulmuşlardır. Kullanılan sözel şiddet değişkeni tehdit etme, aşağılama, küçümseme ve bezdirme gibi davranışlar içerdiğinden duygusal şiddetin bir alt boyutu olarak düşünülmektedir.

Şiddete maruz kalan kadınlarda yaşamın herhangi bir döneminde intihar düşüncesinin bulunması önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. KSGM (2014), şiddete maruz kalan kadınlardan 1/3'ünün geçmişte intihar düşüncesi olduğunu ve çalışmaya katılan kadınların %15'inin intihara teşebbüs ettiğini ortaya çıkarmıştır. Bu oran şiddet görmeyen kadınlara oranla 5 kat daha fazladır. Benzer doğrultuda, Akyazı ve arkadaşları (2018) sığınma evinde yürüttükleri araştırmasında kadınların %59'unun en az 1 kere intihara teşebbüs ettiğini ve bu teşebbüslerin %66'sının şiddet gördükten sonra olduğunu tespit etmişlerdir. Sonuç olarak, çalışmada elde edilen geçmişteki intihar düşüncesi oranının (%58.8) ve en az 1 kere intihara teşebbüs eden kadınların oranının (%34.5) alanyazınla paralel gittiği görülmektedir.

Araştırmanın ilk sorusu olan eş şiddetine maruz kalıp sığınma evinde kalan kadınlarda DSM-5'e göre olası TSSB tanı kriterini karşılama oranı %75.4 olarak bulunmuştur. Sığınma evlerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde bu oranların çok geniş bir varyansta değişmekte olduğu görülmektedir. Tortamış (2009) ve Serin (2016) sırasıyla bu oranı %68 ve %70 olarak bulurken, Akyazı ve arkadaşları (2018) %50.8 olarak bulmuştur. Urhan (2013) ise şiddete maruz kaldıktan 9 ay sonra bu oranı incelediğinde %53 olarak bulmuştur. Bu farklılıkların çalışmaların metodolojik ve klinik örneklem farklılıklarından oluştuğu düşünülmektedir. Kullanılan ölçeğin öz bildirim dayalı olduğu çalışmalarda ölçeğin tanı koymaya yönelik mi olduğu ya da semptomların şiddetini ölçmeye yönelik olduğu bu oranın farklılaşmasında önemli etkenlerden bir tanesidir. Genelde ölçümleri tanı koymaya dayalı çalışmaların oranları daha düşük çıkmaktadır. Örneklem sayısı da bu oranların yüzdeliğinde önemli bir yere sahiptir. Örneklem sayısı fazla olan çalışmalarda TSSB yaygınlık oranlarının küçük

örnekleme sahip çalışmalara oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Oranlar, kadınların nasıl bir şiddete maruz kaldığı ve sonrasında çevresinden aldığı desteğe ve ölçüm yapılan zamana göre de değişebilmektedir. Ulaşılabilen literatür çerçevesinde, kadın sığınma evlerinde yürütülen çalışmaların örneklem sayısı genel popülasyona göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sebeple, olası TSSB tanı oranının yüksekliği bu şekilde açıklanabileceği düşünülmektedir. Araştırmada kullanılan PCL-5 (Weathers ve ark., 2013) ölçeği, klinik alanda hem TSSB semptom şiddetini ölçmede (total TSSB puanı) hem de DSM-5'e göre olan kodlamasıyla elde edilen verilerden tanı koymada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sebeple, çalışmada TSSB ile ilgili hem olası tanı kriterlerini karşılama yaygınlığını hesaplamada hem de toplam TSSB belirti puanını ölçmede veri sağladığı için tercih edilmiştir.

Alanyazın incelendiğinde, kadına ait risk faktörlerinden olan eğitim seviyesinin düşük olması, işsizlik, ailenin eğitim seviyesinin düşük olması, çocukluğunda şiddet öyküsü bulunması, ailede psikolojik rahatsızlığı olan birinin bulunması ve eski ilişkisinde de şiddete maruz kalması gibi özellikler çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Yakubovich ve arkadaşları (2018), kadının, annesinin ve babasının eğitim seviyesinin liseden düşük olmasını güçlü bir risk faktörü olarak bulmuştur. Çalışmanın örnekleme incelendiğinde katılımcıların %84.5'inin liseden az eğitim seviyesine sahip olduğu ve ailelerinin eğitim durumunun incelendiğinde ise %97.1'inin annelerinin eğitim seviyesi liseden az ve %93.7'sinin babalarının eğitim seviyesinin liseden az olduğu görülmektedir. Yüzdelerinin dağılımına bakıldığında ise, okur yazar olmayan katılımcıların %6.3, okur yazar olanların % 3.5, ilkokul mezunu olanların % 43.7, orta okul mezunu olanların %31, lise mezunu olanların %11.3 olduğu görülmektedir. Bu bulgular Taşkale ve Soygüt (2016) ve Ayaz (2019) bulgularıyla paralellik göstermektedir. Taşkale ve Soygüt (2016), oranları okur yazar olmama %2.5, okur yazar olma %5.1, ilkokul mezunu olma %41.8, orta okul mezunu olma %34.2, lise mezunu olma %15.2 olarak bulurken Ayaz (2019) oranları okur yazar olmama %7.5, okur yazar olma %7.2, ilkokul mezunu olma %44.7 ve lise mezunu olma %15.3 olarak bulmuştur. Ek olarak, hem Taşkale ve Soygüt (2016) hem de mevcut çalışmada kadının öğrenim düzeyinin beklenilenin aksine eş şiddeti için yordayıcı olmadığı görülmektedir. Çalışmanın ebeveyn eğitim seviyesinde en sık görülen

kategorinin okur yazar olmayanlar ve ilkokul mezunu olanlar olduğu dikkati çekmektedir. Anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu da kadının eğitim durumuyla istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular alanyazın ile oldukça örtüşmektedir. Eğitim seviyesine ek olarak, işsizlik oranının yaygınlığına bakılacak olursa çalışma katılımcılarının %89.4'ünün işsiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular da işsizliği risk faktörü olarak bulan literatürle (Güleç Öyekçin ve ark., 2012; Morrison, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2015) tutarlılık göstermektedir. Gökmen (2009), eşinden şiddet gören kadınlardan eşile birlikte yaşayan ve sığınma evinde kalanları karşılaştırdığı çalışmasında, eşile birlikte yaşayan kadınların eğitim durumunun, çalışma oranı ve kişisel maddi gelir oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Buradan hareketle, sığınma evindeki şiddet gören kadın örnekleminin sosyo- ekonomik durumunun genel popülasyondaki şiddet gören kadınlara oranla daha düşük seviyede olduğu görülmektedir. Ek olarak, yine aynı araştırma sonucuna göre kadınlar sığınma evine şiddet sıklaştığı zaman ve ciddi bedensel hasarlar aldıktan sonra başvurmaya karar verdikleri ortaya çıkmıştır. Kişisel Bilgi Formundan elde edilen verilere göre, bu çalışmada katılımcıların sığınma evine başvurma kararının arkasındaki en büyük etmen ailelerinden destek görmemeleri (%41.5) olarak bulunurken, %40.8'inin şiddet sıklaştınca ve %13.4'ünün ciddi bedensel hasarlar aldıktan sonra ve %9.9'unun şiddet çocuklara yönelince başvurmaya karar verdiği bulunmuştur. Bu bulgular da Gökmen (2009)'in bulgularıyla paralellik göstermektedir. Katılımcıların evlilik şekli incelendiğinde ise, aile onayı olmadan evlenen katılımcıların oranı %41.6 olarak bulunmuştur. Bu bulgunun, Akyazı ve arkadaşları (2018)'nin bulduğu oranla (%40.7) benzer doğrultuda olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcıların ailelerinden destek görmemelerinin sebepleri arasında evliliği ailenin onaylamamasının rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bunlarla birlikte, katılımcılardan 1 kereden fazla evlilik yapanların %67.6'sı önceki evliliklerinin bitme sebebinin şiddet olduğunu ifade etmişlerdir. Önceki evliliklerinde maruz kaldıkları şiddetin türünün oranları: %100 fiziksel şiddet, %95.6 duygusal şiddet, %43.4 cinsel şiddet, %78.2 ekonomik şiddet ve %47.8 dijital şiddet olarak sıralanabilmektedir. Bu bulgular, Yakubovich ve arkadaşlarının (2018) eş şiddetine maruz kalan kadınların genellikle eski ilişkilerinde de partner şiddeti bulunduğuna dair bulgularını doğrular niteliktedir. Ek olarak, DSÖ (2012)'de daha önce şiddetin

herhangi formuna maruz kalmayı partner şiddeti için risk faktörü kabul etmektedir. Alanyazında önemli risk faktörlerinin bir diğeri olan çocuklukta şiddet öyküsünün bulunma oranı ise %52.1 olarak bulunmuştur ve alanyazınla (Akyazı ve ark., 2018; Brewin ve ark., 2000; DSÖ, 2012; Gibbs, Corboz ve Jewkes, 2018; Güleç Öyeçkin ve ark., 2012) paralellik gösterdiği söylenebilmektedir. Taşkale ve Soygüt (2016), çocuklukta cinsel şiddete maruz kalmanın yetişkinlikte şiddetin çok boyutlu olmasını tek başına yordadığını ortaya çıkarmıştır. Kadının çocuklukta cinsel şiddete maruz kalmasının çoklu şiddete (fiziksel, duygusal, sözel, ekonomik, cinsel) maruz kalma olasılığını fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma olasılığına kıyasla 8 kat arttırdığı görülmüştür (Taşkale ve Soygüt, 2016). Tüm bunlara ek olarak, örneklemedeki katılımcıların şiddet uygulayan eşlerinin özelliklerinin de alanyazınla bazı benzerlikleri ve farklılıkları olduğu söylenebilmektedir. Eşlerin eğitim durumu liseden az olanların oranı yüksek ve %82.4 olarak literatürle (DSÖ, 2012; Taşkale ve Soygüt, 2016) benzer bulunurken alkol kullanan eşlerin oranı ile kullanmayan eşlerin oranı neredeyse birbirine yakın bulunmuştur. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, çalışmadaki alkol kullanımı dağılımının alkol kullanımını önemli bir risk faktörü olarak kabul eden çalışmaların (Aizpurua ve ark., 2017; Ali ve Naylor, 2013; Assari ve Jeremiah, 2018; DSÖ, 2012; Güleç Öyeçkin ve ark., 2012; Stickley ve ark., 2008) bulgularını tam olarak desteklemediği görülmektedir. Benzer olarak işsizliği önemli bir risk faktörü olarak tespit eden çalışmaların (Aizpurua ve ark., 2017; Assari ve Jeremiah, 2018; DSÖ, 2012) bulgularının da tam olarak desteklenmediği söylenebilmektedir çünkü, eşlerine şiddet uygulayan erkeklerin çalışma durumları incelendiğinde %69'unun aktif olarak çalışma hayatında olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla işsizliğin, örneklemedeki kadınlar için ayırt edici bir risk faktörü olmadığı düşünülmektedir.

4.2. Pearson Korelasyon Analizi Bulgularının İncelenmesi

Çalışmanın betimsel analizinde elde edilen ve alanyazın ile paralellik gösteren şiddet gören kadına, ailesine ve şiddet uygulayan eşe yönelik risk faktörlerinin beklenenin aksine pek çoğunun toplam TSSB puanıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkisine rastlanılmamıştır. Toplam TSSB puanıyla anlamlı ilişkisi bulunan değişkenler; kadının iş tecrübesine sahip olma durumu, şimdi psikolojik sağlık problemi bulunması, geçmişte psikolojik tedavi görmesi, geçmişte intihar düşüncesi bulunması ve intihar

planının olması, kronik astıma sahip olması, olumsuz bilişler (hem kendisiyle hem dünya ile ilgili) ve işlevsiz baş etme biçimleri olarak sıralanabilmektedir. Bulunan korelasyon değerleri ise genelde düşük ve orta seviyededir. Kronik astıma sahip olma değişkeni çalışmanın bir değişkeni olmamakla birlikte katılımcıların fiziksel bir hastalığı olup olmadığı sorusuna verilen yanıtlar arasında en fazla gelen yanıtıdır. Alanyazına bakıldığında, Alonso ve arkadaşları (2014), 52.095 kişinin katılımıyla 19 farklı ülkede gerçekleştirilen çalışmalarında yetişkinlikte başlayan kronik astım ile çeşitli psikolojik rahatsızlıkları ilişkili bulmuşlardır; TSSB’de bunlardan bir tanesidir. Bu çalışmada ise, kronik astıma sahip olmanın toplam TSSB puanına ek olarak olumsuz bilişlerle ve psikolojik tedavi görmeyle de istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır. İzleyen bölümde, regresyon analizine dahil edilecek değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi haricinde elde edilen ve önemli bulunan bazı korelasyon bulgularının incelenmesine yer verilecektir.

Sığınma evinde kalma sayısının korelasyon analizi incelenecek olursa, evlilik sayısı, eskiden psikolojik tedavi görme, şimdi psikolojik tedavi görme, yaşamın herhangi bir döneminde intihar düşüncesine sahip olma, intihar teşebbüs sayısı, savcılıktan şiddetle ilgili yardım isteme ve olumsuz bilişler gibi değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyona sahip olduğu ve algılanan sosyal destekle negatif korelasyona sahip olduğu görülmektedir (Algılanan sosyal destek ile ilişkisi bir sonraki bölümde (Bölüm: 4.3.) ele alınacaktır.). İntihar düşüncesi ve teşebbüs sayısı ile ilişkisinin ise, şiddete maruz kalan kadınlarda yaygın görülebilen risk faktörleriyle açıklanabileceği düşünülmektedir (Akyazı ve ark., 2018, KSGM, 2014). Ek olarak, sığınma evinde kalma sayısı ile hem geçmişte hem de şimdiki hayatlarında psikolojik tedavi görme oranları arasındaki anlamlı pozitif korelasyonun kadınların sığınma evindeki ruhsal destek hizmetlerinden yararlandıklarının bir göstergesi olarak görülebileceği düşünülmektedir. Benzer doğrultuda, Hoyeck, Madden, Freeman, Scott ve Bhandari (2014) sığınma evinde kalan kadınların ruhsal sağlıklarındaki değişimin yordayıcı faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında sığınma evine sık sık gelen kadınların ruhsal sağlıklarında daha çok iyileşme ve ilerleme gösterdiklerini bulmuşlardır. Bu bulgu sığınma evinin ihtiyaç duyan kadınlara sağladığı ruhsal destek hizmetiyle, kadınların sığınma evinde kendilerinininkine benzer hikâyeye sahip

kadınların olduğunu görünce yalnız olmadıklarını anlamalarıyla ve sığınma evinin kadının kaynaklarını sosyal, psikolojik vb. alanlarda arttırmasıyla açıklanmıştır. Çalışmada ortaya çıkan savcılıktan yardım isteme ile sığınma evinde kalma sayısı arasındaki anlamlı ilişkinin de buna örnek gösterilebileceği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, şiddet türlerinin alınan yardım türü ile ilişkisine bakıldığında, duygusal ve ekonomik şiddet ile polisten yardım istemenin anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, şiddet sıklığı arttıkça kadınların polisten yardım alması ihtimali de artmaktadır. Çalışmadaki, 142 katılımcının %76.8'inin eşinden gördüğü şiddetle mücadelede polisten yardım aldığı düşünülürse, polislerin kadınlara karşı tutumunun önemli olduğu düşünülmektedir. Benzer doğrultuda, Rancher, Jouriles ve McDonal (2018) eş şiddetine maruz kalıp sığınma evinde kalan kadın katılımcılarla yürüttüğü çalışmalarında polisin dahil olmasının, kadınların TSSB belirtilerinden olan yeniden yaşantılama semptomlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkisini bulmuşlardır. Bu bulgu polisin olaya dahil olunca kadınların stres seviyesinin artmasıyla açıklanmaktadır.

Pearson analizindeki bir diğer dikkat çeken bulgu ise, şiddet süresi ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif korelasyon bulunmasıdır. Diğer bir deyişle, çocuk sayısı arttıkça kadınların şiddet gördüğü süre de anlamlı olarak artmaktadır. Sabri ve arkadaşları (2018), bazı kadınlarda çocuk sahibi olmanın koruyucu faktör olarak işlev gördüğünü ama şiddet gören bazı kadınların kendilerini istismar eden eşlerinden olan çocuklarını kaybetme korkusundan ya da çocuklarının başına bir şey gelmesinden endişelendikleri için kötüye kullandıkları ilişkileri yıllarca devam ettirmek zorunda hissettiklerini dolayısıyla çocuk sahibi olmanın bağlama göre bir risk faktörü de olabileceğini ortaya çıkarmışlardır. Bunlara ek olarak, kadınların ilk evlenme yaşları çocuk sayısı, evlilik sayısı, geçmişteki intihar düşüncesi ve şiddetin sıklığıyla istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif ilişkili ve kadının eğitim düzeyi ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular ise, kadınların eğitim seviyesi ve ilk evlilik yaşı düştükçe daha sıklıkla şiddete maruz kaldıklarını ve geçmişte daha fazla intihar düşüncelerine sahip olduklarını göstermektedir. Bununla beraber bu bulgular, Sabri ve arkadaşlarının (2018) genç yaşta evliliği ve düşük eğitim seviyesini risk faktörü olarak bulduğu çalışmasını destekler niteliktedir.

4.3. Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Literatürdeki demografik ve risk faktörlerin eşinden şiddet gören kadınlardaki TSSB belirtilerini yordama gücü %12 olarak bulunmuştur. Bu varyansı açıklamada anlamlı katkısı bulunan değişkenler ise, kadının iş tecrübesine sahip olma durumu ve geçmişteki intihar düşüncesi ile eşinin alkol kullanımı olarak sayılabilmektedir. Analize, uyumsuz baş etme ve algılanan sosyal destek değişkenleri de eklenince TSSB belirtilerindeki varyansı açıklama gücü %16'ya çıkarken bu varyansı açıklamada yordayıcı faktörlerden işlevsiz baş etme stillerinin anlamlı olduğu da görülmektedir. Olumsuz bilişler de modele eklenince, modelin TSSB belirtilerini yordama gücünün %42'ye çıktığı ve işlevsiz baş etme biçiminin anlamlı katkısının ortadan kalktığı bulunmuştur. TSSB belirtilerini yordamada, ailede psikolojik hastalık bulunmasının da bu son aşamada modele anlamlı katkı sağladığı görülmektedir. Olumsuz bilişlerin alt boyutları analize dahil edildiğinde ise, yordama gücünde ve yordayıcı değişkenlerde belirgin bir değişim olmamakla birlikte kişinin kendisiyle ilgili olumsuz değerlendirmelerinin TSSB belirtilerini yordamada anlamlı derecede katkısı olduğu görülürken dünya ile ilgili olumsuz değerlendirmelerin etkili olmadığı görülmektedir. Ulaşılabilen literatür çerçevesinde modele dahil edilen risk faktörlerine oranla, bilişsel modele ilişkin değişkenlerin kadınlarda görülen TSSB belirtilerini yordamada istatistiksel olarak daha anlamlı katkısı olduğu düşünülmektedir. Ehlers ve Clark'ın bilişsel modelinde travma ve sonrasında oluşturduğu hasar ile ilgili, kişinin kendi davranışlarıyla ilgili ve dünya ile ilgili olumsuz değerlendirmelerinin kilit bir rolü vardır. Yapılan regresyon analizi, TSSB belirtilerinin varyansını açıklamada bilişsel modelin değişkenlerinin kilit rolünü doğrular niteliktedir. Katılımcılar tarafından sıklıkla en yüksek puan (7) verilen bilişlere örnek olarak şunlar gösterilebilir: "Dünya tehlikeli bir yer.", "Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.", "Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.", "İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.", "Kimden zarar geleceği asla bilinemez.", "Her zaman tetikte olmalıyım.", "İnsanlar göründükleri gibi değil.", "Yaşadığım olay hayatımı mahvetti." Örneklerden de görüldüğü üzere, olumsuz değerlendirmeler kişinin kendisiyle ilgili olabildiği gibi diğer kişilerle ilişkilerini de kapsayacak şekilde çevrelerindeki insanlarla ilgili ya da dünya ile ilgili olabilmektedir. Diğerlerine yönelik öfke ve insanların iyi niyetine dair inancın kaybolmasıyla birlikte özellikle şiddet suçlarında utanma ve utanç duygusunun

(Andrews, Brewin, Rose ve Kirk, 2000) ve çaresizlik duygusunun (Urhan, 2013) TSSB'nin semptomlarının gelişimine dair güçlü bir yordayıcı olduğu düşünülmektedir. Urhan (2013), güncel korku düzeyinin yüksek olmasını ve çaresizlik hissinin yoğun olmasını TSSB için en güçlü risk faktörü olduğunu ortaya çıkarırken; Andrews ve arkadaşları, çocuklukta şiddete maruz kalan bireylerin yetişkinlikte TSSB ya da bir başka psikolojik bozukluk deneyimlerken utanç, öfke, korku ve dehşet gibi duyguları daha yoğun şekilde hissettiklerini ortaya çıkarmıştır (2000). Çalışmada, katılımcıların PCL-5 (Weathers ve ark., 2013)'in bu yoğun duyguları deneyimlemeyle ilgili maddesi ile çocuklukta şiddet öyküsünün bulunması durumu istatistiksel olarak anlamlı ilişkili çıkmıştır. Diğer bir deyişle, çocuklukta şiddet öyküsü bulunan katılımcılar, TSSB deneyimlerken öfke, korku, utanç gibi duyguları daha yoğun deneyimlemektedirler. Özetle bu bulgunun ise, Andrews ve arkadaşlarının (2000) ve Urhan (2013)'in bulgularıyla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmada TSSB belirtilerini yordayan en güçlü faktör olan, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz değerlendirmeleri ya da bilişlerinin alanyazına göre incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Dunmore, Clark ve Ehlers (1997, 1999, 2001), kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve değerlendirmelerini ruhsal yenilgi/mağlubiyet (mental defeat) kavramıyla açıklamaya çalışmıştır. Travma anında ruhsal ruhsal yenilgi/mağlubiyet deneyimlemek bilişsel işleme stratejilerinden biri olmakla birlikte, bireyin insan olarak kimliğini sürdürmek için çaba harcamaktan vazgeçmesi ve tüm otonomisini (özerkliğini) kaybetme algısı olarak tanımlanabilmektedir. Bireyler, kendi kaderini değiştirecek güce sahip olmadıklarını, stresle mücadele ederken zayıf, beceriksiz ve etkisiz olduklarını, kendini koruyamayacaklarını düşünmektedirler. Kendilerini obje gibi algılamaktadırlar ve otonomilerinin kaybı algısıyla birlikte kendilerini insan gibi hissetmediklerini belirterek dağılmış ve parçalanmış hissettiklerini ifade etmektedirler (Dunmore, Ehlers ve Clark , 1997, 1998, 1999, 2001). TSBÖ' de yer alan "Kendimi insan gibi değil, eşya gibi hissediyorum." Maddesinin ruhsal mağlubiyet deneyimine örnek olarak gösterilebileceği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların neredeyse yarısının (%49.9'u) bu maddeye olumlu cevap vermesi ise, bu katılımcıların önemli bir kısmının ruhsal yenilgi deneyimlediğini göstermektedir. Ek olarak, bu deneyime sahip kişilerin

travma anını ve o andaki tepkilerini kendileri hakkındaki önceden var olan olumsuz inançlarına kanıt olarak yorumlayabildikleri de ortaya çıkmıştır (Dunmore ve ark., 1997, 1998, 2001). Bireyler değersiz olduklarını, travmadan sonra kalıcı bir biçimde değiştiklerini ve hasara uğradıklarını düşünebilmektedir. Çalışmanın katılımcılarının %32.3'ünün kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştiklerini düşünmesi de ruhsal yenilgi deneyimledikleri şeklinde yorumlanmaktadır. Ek olarak, ruhsal yenilgi deneyimleyen travma mağdurlarının, diğerlerine oranla daha fazla kendilerine odaklı olumsuz değerlendirmelere sahip olma riskinin olduğu ve maruz bırakma tedavisine beklenenden daha yavaş cevap verdikleri ortaya çıkmıştır (Ehlers, Maercker ve Boss, 2000). Bu sebeple, şiddete maruz kalan kadınların ruhsal yenilgi deneyiminin müdahale yöntemleri geliştirilirken dikkat edilmesi gereken bir nokta olduğu düşünülmektedir.

Bunlarla beraber, bilişsel modele göre kişinin hem kendisi hem dünya hem de diğer insanlar hakkındaki olumsuz değerlendirmelerinin değişmesini engelleyen ve bu bilişlerin sürmesini sağlayan davranışlar işlevsiz/uyumsuz baş etme biçimleri olarak kavramsallaştırılmıştır (Ehlers ve Clark, 2000). Regresyon analizi sonucunda, uyumsuz baş etme biçimlerinin bilişler modele dahil edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı katkısının kaybolmasının bu kavramsallaştırma ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu uyumsuz stratejiler, bilişlerin pekiştirilmesini ve sürdürülmesini sağladığından TSSB semptomlarını yordamada bilişlerin gücünü arttırmakta olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, bireylerin kullandığı bilişsel ve davranışsal baş etme biçimleri onlara kısa vadede rahatlama sağlarken bir yandan olumsuz bilişlerinin ve değerlendirmelerinin doğru olduğuna dair inançlarını pekiştirmekte ve kişiler dünya ile ilgili ya da kendileriyle ilgili değerlendirmelerinin yanlı ve olumsuz olduğunu fark edememektedir (Dunmore, ve ark., 2001). Somut bir örnekle açıklamak gerekirse, eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalan bir kadının kendi sosyal arkadaş grubunun tepkisinden çekindiği ve utandığı için buluşmalardan kaçınması ona anlık bir rahatlama sağlayacakken kendisinin utanılacak bir yanı olduğuna dair olan olumsuz bilişini pekiştirmiş olur.

Regresyon analizinin hiçbir aşamasında negatif etkisi beklenen algılanan sosyal destek değişkeninin, TSSB belirtilerini yordamaya anlamlı katkıda bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Bunun sebebinin ise, kullanılan ölçekte bulunmayan değişkenlerin sosyal desteğin TSSB belirtilerine etkisinde rol oynama ihtimali olduğu düşünülmektedir. Alanyazın incelendiğinde, sığınma evinden hizmet alan kadınların algılanan sosyal desteklerinin az olması (Ayaz, 2019; Sezgin, 2007) ve sığınma evine tekrar başvurmada da sosyal desteğin az olmasının rolü olduğu (Fernandez-Gonzalez ve ark., 2019) görülmektedir. Herman (2017) ise, eşine şiddet uygulayan erkeklerin eşlerini sosyal hayatlarından izole ettiklerini ve kadının ailesiyle bağıni koparmasını isteyerek kendisine olan sadakatini kanıtlamasını talep ettiğini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada ise, sosyal destek ile sığınmada kalma sayısı değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer bir deyişle, kadınların sosyal desteği olmaması onların sığınma evine daha fazla başvurmalarıyla ilişkili olarak bulunmuştur. Bunlara ek olarak, örneklemin eş şiddetiyle ilgili ailesinden destek göremeyince sığınma evine başvuru yapmaya karar veren pek çok kadın katılımcıdan ve eş şiddetiyle ilgili yardım kaynağı olarak polise başvuran katılımcılardan oluştuğu görülmüştür. Eş şiddeti mağdurlarındaki travma sonrası büyümede sosyal desteğin rolünü inceleyen bir çalışma, destekleyici ilişkilerin travmatik deneyimlerin olumsuz sonuçlarına karşı tampon işlevi gördüğünü ve travmanın üstesinden gelmesine yardımcı olduğunu göstermektedir. Bir başka deyişle, travma sonrasında sosyal desteğin acı verici hayat olaylarından kişinin anlam bulmasına katkıda bulunması sebebiyle travma sonrası büyümede (posttraumatic growth) ve yeni olumlu kimlik geliştirmede önemli bir yordayıcı faktör olduğu ortaya çıkmıştır (Zukauskienė, Kaniusonyte, Bergman, Bakaityte ve Truskauskaite-Kuneviciene, 2019).

4.4. Genel Değerlendirme

Bu çalışmada yetişkin popülasyonunda TSSB'yi açıklamada en sık kullanılan (King ve ark., 2017) modellerden biri olan Ehlers ve Clark (2000)'in Bilişsel Modelinin, yakın partner/eş şiddetine maruz kalan ve sığınma evinde kalan kadınlarda görülen TSSB belirtilerinin yordanmasında ne derece anlamlı olduğu araştırılmıştır. Ulaşılabilen literatür çerçevesinde, mevcut çalışmanın hem sığınma evi örneklemine göre katılımcı sayısının fazla olmasıyla, hem dijital şiddet gibi güncel şiddet kavramının

dahil edilmesiyle hem de TSSB belirtilerinin kendisini nasıl sürdürdüğüne ilişkin bir inceleme sağlamasıyla literatüre önemli katkılarda bulunduğu düşünülmektedir. Alanyazındaki demografik ve risk faktörlerinin TSSB'yi yordama gücü %12 olarak bulunurken bilişsel modelin değişkenlerinin modele dahil edilmesiyle bu oranın %42'ye çıktığı ortaya çıkmıştır. Ek olarak, sığınma evinde kalan yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların %75.4'ünün DSM-5'e göre olası TSSB tanı kriterlerini karşıladığı da tespit edilmiştir. Eş şiddetine maruz kalan kadın popülasyonunda görülen TSSB belirtilerini yordamada kadının iş tecrübesi olmaması, eşinin alkol kullanması ve geçmişte yaşamının herhangi bir bölümünde intihar düşüncesine sahip olması, olumsuz bilişlere / değerlendirmelere sahip olması gibi değişkenlerin önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, ailede psikolojik hastalığı olan birinin bulunması durumunun ancak modele bilişler dahil edildiğinde TSSB belirtilerini yordamada anlamlı etkiye sahip olmasının da dikkat çekici bulgular arasında olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, olumsuz bilişlerin uyumsuz başa çıkma yöntemleri ile birlikte modele dahil edildiğinde işlevsiz baş etme biçimlerinin de anlamlı etkisini kaybettiği de tespit edilmiştir.

4.5. Klinik Doğurgular

Bu çalışma ile şiddete maruz kalan kadınlardaki TSSB belirtilerini açıklamada bilişsel modelin oldukça etkin olduğu bulunmuştur. Kadının iş tecrübesi varsa TSSB belirtilerinin görülme sıklığının azaldığı, eşin alkol kullanımının, kişinin özellikle travmadan sonra geliştirdiği kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerin ve ailede psikolojik rahatsızlığa sahip birinin olmasının TSSB belirtilerini öngörmeye önemli etkenler olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, kadınlarda bilişsel modele ilişkin değişkenlere müdahale yöntemleri geliştirilerek TSSB belirtilerinin azaltılabileceği ortaya çıkmıştır. Ancak erkek eşin alkol problemi her aşamada istatistiksel olarak TSSB'ye anlamlı katkı sağladığından, eşin alkol kullanım problemi çözülmedikçe kadınlarda görülen TSSB belirtilerinin de sürmeye devam etme ihtimali olduğu düşünülmektedir.

Ehlers ve Clark (2000), TSSB'nin kendisini nasıl sürdürdüğünü bilişsel modelden açıklarken, aynı zamanda travma ve sonrasında geliştirilen o ana ait ya da bireylerin

kendilerine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin tespit edilmesi; duygusal ve duyusal tetikleyicilerin tespit edilmesi ve bu tetikleyicilerin travma anındaki ve güncel hayattaki içeriklerinin benzerlik ve farklılıklarının kapsamlı olarak ele alınması; kişinin TSSB belirtilerini kontrol altına almaya çalışırken kullandığı işlevsiz başa çıkma stratejilerinin aslında travmanın işlenmesini engellediğı, travmanın semptomlarını devam ettirdiğı ve olumsuz değerlendirmelerin değişmesini engellediğı için tespit edilerek azaltılmasını; kişinin travmadan önceki ilgi alanları ve sevdiği aktivitelerden geri çekilmesine dikkat çekilerek aşamalı olarak kişinin çeşitli düzenlemelerle kendisine iyi gelen aktiviteleri hayatına dahil etmeye başlamasını sağlamayı ve bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren bir tedavi modeli de sunmaktadır. Bunlara ek olarak, öfke, utanç, suçluluk gibi baskın duygular deneyimleyen kişilerin, travma anındaki davranışlarını ve duygularını kendileri hakkında olumsuz değerlendirmelerine kanıt olarak kullanan kişilerin, ruhsal yenilgi deneyimleyen tecavüz mağdurlarının ve uzun yıllar boyunca şiddete maruz kalan kişilerin diğer travma hastalarına oranla daha kapsamlı bilişsel yeniden yapılandırmaya ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedir. Özellikle şiddete maruz kalan kişilerin (eş şiddeti bağlamında ele alacak olursak kadınların) bazı durumlarda şiddeti uygulayanın (erkeğin) bakış açısını benimseyerek üstlendiklerine dikkat çekmektedirler. Bu gibi durumlarda kadınlar, kendilerini suçlu olarak görmekte ya da kötü muameleyi (istismarı) hak ettiklerini düşünmektedirler. Bu olumsuz bilişlerin kapsamlı olarak ele alınarak yeniden yapılandırılmaya ihtiyaç olduğunu düşünmektedirler.

4.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Sığınma evinde yapılan pek çok çalışma gibi örneklem sayısının genel popülasyonu içeren çalışmalara oranla az olması çalışmanın önemli sınırlılıklarından biridir. Katılımcıların eğitim seviyesinin düşük olduğu göz önünde bulundurulursa ölçeklerin soru sayısının fazla olmasının yorgunluk yaratmış olabileceğı düşünülmektedir. Çalışmada bunun önüne geçilmek için ölçek sıraları dengelenerek verilmiştir. Ek olarak, öz bildirime dayalı ölçekler kullanılmasına rağmen pek çok katılımcı kendilerinin okuma hızının yavaş olduğu, çok yorgun oldukları vb. gerekçelerle araştırmacı eşliğinde formları doldurmuşlardır. Bunun hem olumlu yönleri hem de olumsuz yönleri olduğu düşünülmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan katılımcıların

araştırmacı eşliğinde hem her soruyu eksiksiz doldurması hem de anlayamadıkları soruları sorarak daha uygun olan cevabı vermeleri olumlu yanları olarak sayılabilirken bazı katılımcıların araştırmacıdan çekinip özel hayata ilişkin sorulara dürüst cevap vermeme ya da kendilerini daha iyi sunma ihtimallerinin de bulunması olumsuz yönleri arasında sayılabilmektedir.

Bunlara ek olarak, bilişsel modelin travmanın işlemlenmesine ilişkin hafıza (memory) kısmı bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Bunun sebebi olarak, travma anındaki işlemlenmeyi ölçen ölçeklerden Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan bir ölçeğe ulaşılamaması gösterilebilir. Bilişsel modelin önemli bir parçası olan anının işlemlenmesinin çalışmada yer almamasının çalışmanın önemli bir sınırlılığı olduğu düşünölmektedir. Bununla beraber, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve sadece travma ile uyumsuz baş etme biçimlerini ölçen bir ölçeğe ulaşılamadığından Başa ıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Bu ölçek katılımcıların genel hayat stresiyile nasıl baş ettiklerini ölçmektedir ve içinde uyumlu ve uyumsuz baş etme stratejileri bulundurmaktadır. Bu sebeple, bilişsel modele uyan uyumsuz baş etme biçimlerini içeren bir alt boyut oluşturulmuştur. Bu alt ölçekte yadsıma, inkar, davranışsal ilgiyi kesme, zihinsel ilgiyi kesme, madde ve alkol kullanımı ve diğer etkinlikleri bırakma boyutları bilişsel modele de uyduğundan kullanılmıştır. Ancak bilişsel modeldeki önemli uyumsuz başa çıkma stillerinden olan güvenlik davranışları (safety behaviors) geliştirme ve ruminatif şekilde travma ile ilgili bağlantılı konuları düşünme kısımları ölçölememiştir. Özetle, bilişsel modelin TSSB varyansını açıklamada dahil edilmeyen kısımlarının da önemli olduğu düşünölmektedir.

4.7. Yeni alışmalar için Öneriler

Gelecek çalışmalarda bilişsel modelin bu çalışmaya dahil edilmeyen hafıza ve uyumsuz başa çıkma kısımlarını ölçen ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılarak çalışmanın tekrarlanmasının şiddete maruz kalan kadınlardaki TSSB semptomlarının anlaşılmasında ve ona uygun müdahale teknikleri geliştirilmesinde önemli olacağı düşünölmektedir. Sığınma evinde yapılacak gelecek çalışmalarda, kadınların eğitim seviyesinin düşük olduğu göz önünde bulundurularak

kullanılacak ölçeklerin soru sayısının az ve öz olması, kolay anlaşılabilir kelimelerden oluşması vb. konulara dikkat edilmesi önerilmektedir.



REFERANSLAR

- Aizpurua, E., Copp, J., Ricarte, J.J., & Vazquez, D. (2017). Controlling behaviors and intimate partner violence among women in Spain: An examination of individual, partner, and relationship risk factors for physical and psychological abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-24.
- Akkaş, İ. ve Uyanık, Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. *Neşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 6(1), 32-42.
- Akyazı, S., Tabo, A., Güveli, H., İlnem, M.C., & Oflaz, S. (2018). Domestic violence victims in shelters: what do we know about their mental health. *Community Mental Health Journal*, 54, 361–369. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0240-1>
- Alaggia, R., Regehr, C., & Jenney, A. (2012). Risky business: An ecological analysis of intimate partner violence disclosure. *Research on Social Work Practise*, 22(3), 301-312.
- Ali, P.A., & Naylor, P.B. (2013). Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 611-619.
- Alonso, J., de Jonge, P., Lim, C.C.W., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J.M., ...Scott, K.M. (2014). Association between mental disorders and subsequent adult onset asthma. *J Psychiatr Res*, 59, 179-188. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.09.007
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru elkitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, J.F., & Kras. (2007). Revisiting Albert Bandura's social learning theory to better understand and assist victims of intimate personal violence. *Women & Criminal Justice*, 17(1), 99-124. DOI: 10.1300/J012v17n01_05
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73.
- Assari, S., & Jeremiah, R.D. (2018). One mechanism by which male partner socioeconomic status and substance use affect female partner health. *Frontiers in Psychiatry*, 9(160), 1-10.

- Ayaz, G. (2019). *Kadın sığınma evinde sosyoekonomik bir inceleme* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi: İzmir.
- Bacanlı, H., Sürücü, M. ve İlhan, T. (2013). Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(1), 81-96.
- Bailey, B.A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2, 183-197.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G., & Shalev, A.Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275. DOI 10.1007/s10896-007-9078-y
- Basile, K.C., Hall, J.E., & Walters, M.L. (2013). Expanding resource theory and feminist-informed theory to explain intimate partner violence perpetration by court-ordered men. *Violence Against Women*, 19(7), 848-880.
DOI: 10.1177/1077801213497105
- Boysan, M., Özdemir, P.G., Özdemir, O., Selvi, Y., Yılmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 306-316.
<https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342769>
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. DOI: 10.1037//0022-006X.68.5.748
- Brewin, C.R., & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- Briere, J.N. ve Scott, C. (2016). Travma terapisinin ilkeleri: Belirtiler değerlendirme ve tedavi için bir klavuz (DSM-5 için güncellenmiş). (B. D. Genç, Çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Bulmuş, H. (2008). *Yaralanmalarda ruhsal muayenenin kullanımı* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Carlson, E.B., & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence & Abuse*, 1(1), 4-28.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.

- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weinraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Damka, Z. (2009). *Siğınma evinde kalan şiddet mağduru kadınlar: anksiyete duyarlılığı, travmaya bağlı suçluluk, travma sonrası stres bozukluğu ve psikolojik belirtiler* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Dekel, R., Shaked, O., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2019). The interrelations of physical and mental health: Self-rated health, depression, and PTSD among female IPV survivors. *Violence Against Women*, 1-16.
- Devries K.M., Mak J.Y., Bacchus L.J., Child J.C., Falder G., et al. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *Plos Medicine* 10(5): e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439
- Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (1997). Cognitive factors persistent versus recovered posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 147-159.
- Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Dursun, Y. (2011). Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir?. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 12, 1-18.
- Dutton, D.G., & Painter, S. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, 139-155.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Maercker, A., & Boss, A. (2000). PTSD following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 17-25.

- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Fairbrother, N., & Rachman, S. (2006). PTSD in victims of sexual assault: test of a major component of the Ehlers-Clark theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 74-93.
- Fedele, K.M., Johnson, N.L., Caldwell, J.C., Shteynberg, Y., Sanders, S.E., Holmes, S.C., & Johnson, D.M. (2018). The impact of comorbid diagnoses on the course of posttraumatic stress disorder symptoms in residents of battered women's shelters. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 628-635.
- Fernandez-Gonzalez, L., Calvete, E., & Borrajo, E. (2019). Women victims of intimate partner violence in shelters: Correlates of length of stay and subsequent reentries. *Violence Against Women*, 1-17.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Gibbs, A., Corboz, J., & Jewkes, R. (2018). Factors associated with recent intimate partner violence experience amongst currently married women in Afghanistan and health impacts of IPV: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 18(1):593, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5507-5>
- Gökmen, D. (2009). *Kadın sığınma evinde yaşayan şiddet görmüş kadınlar ile eşleriyle birlikte yaşayan şiddet görmüş kadınlar arasındaki psikolojik dayanıklılık ve bağlanma durumlarının karşılaştırılması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi: İstanbul.
- Güleç Öyekçin, D., Yetim, D. ve Şahin, M. (2012). Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 75-81.
- Heise, L.L. (2011). *What Works to prevent partner violence: An evidence overview*. London: Strive.
- Herbert, C. (2016). *Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak: travmaya uğrayanlar ve aileleri için rehber* (3. Baskı). (N. Azizlerli ve R. Güneş, Çev.) İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Herman, J. (2017). *Travma ve iyileşme* (5. Baskı). (T. Tosun, Çev) İstanbul: Literatür Yayınları.

- Holmes, S.C., Johnson, C.L., Rojas-Ashe, E.E., Ceroni, T.L., Fedele, K.M., & Johnson, D.M. (2016). Prevalence and predictors of bidirectional violence in survivors of intimate partner violence residing at shelters. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-24. DOI: 10.1177/0886260516670183
- Hoyeck, P., Madden, K., Freeman, C., Scott, T., & Bhandari, M. (2014). Predictors of change in mental health and distress among women attending a women's shelter. *European Journal of Traumatology*, 5(1), 1-7. DOI: 10.3402/ejpt.v5.24809
- Johnson, D.M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2008). The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. *Behavior Therapy*, 39, 232-241.
- Jonker, I.E., Lako, D.A.M., Beijersbergen, M.D., Sijbrandij, M., van Hemert, A.M., & Wolf, J.R.L.M. (2019). Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in a shelter-based abused women. *Violence Against Women*, 25(4), 401-420.
- Kaukinen, C.E., & Powers, R.A. (2015). The role of economic factors on women's risk for intimate partner violence: A cross-national comparison of Canada and the United States. *Violence Against Women*, 21(2), 229-248. DOI: 10.1177/1077801214564686
- Keçeli, N.M. (2015). *Şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik stres, bağlanma stilleri ve somatizasyon arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- King, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 1-12. doi: 10.1186/s12884-016-1194-3
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G. ve Neale, J. (2015). *Anormal psikolojisi* (12. Baskı). (M. Şahin, Çev.) Ankara: Nobel Yayınları.
- KSGM (2008). Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması: özet rapor. Ankara, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- KSGM (2014). Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması: özet rapor. Ankara, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- KSGM (2016). Kadına yönelik şiddetle mücadele ulusal eylem planı. Ankara, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Kurst-Swanger, K., & Petcosky, J.L. (2003). *Violence in the home: Multidisciplinary perspectives*. USA: Oxford University Press.

- Mengo, C., Small, E., & Black, B. (2017). Intimate partner violence and women's mental health: The mediating role of coping strategies among women seeking help from the police. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25.
- Mor Çatı. (2016). Erkek şiddetine karşı dur! Yaşamı değiştir [Broşür].
- Morrison, J. (2016). *DSM-5'i kolaylaştıran "klinisyenler için tanı rehberi"*. (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel Yayınları.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (13. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Peterson, C., Maier, S.F., & Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness: A theory fort he age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Petersson, J., Strand, S., & Selenius, H. (2016). Risk factors for intimate partner violence: A comparison of antisocial and family-only perpetrators. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-21. DOI: 10.1177/0886260516640547
- Rancher, C., Jouriles, E.N., & McDonald, R. (2018). Intimate partner violence, police involvement, and women's trauma symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-14.
- Rivas-Diez, R., Sanchez-Lopez, M.D.P., & Rodrigo-Holgado, I. (2013). Posttraumatic stress disorder in battered women by their partners. *European Psychiatry*, 28(1).
- Sabri, B., Simonet, M., & Campbell, J.C. (2018). Risk and protective factors of intimate partner violence among South Asian immigrant women and perceived need for services. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/cdp0000189>
- Sallan Gül, S. (2013). *Türkiye'de kadın sığınma evleri: Erkek şiddetinden uzak yaşama açılan kapılar mı?* (2. Baskı). Ankara: Bağlam Yayıncılık.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Serin, S. (2016). *Eş şiddetine maruz kalıp sığınma evinde kalan kadınlarda bağlanma, başa çıkma ve ruhsal travma arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Sezgin, H. (2007). *Partneri tarafından şiddet görmüş ve kadın sığınma evinde barınan kadınların kullandıkları başetme yöntemleri ile algıladıkları sosyal desteğin ruhsal sağlıkları ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., Kotler, M., & Liran, R. (2003). The toll of domestic violence: PTSD among battered women in an Israeli sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(11), 1335-1346. DOI: 10.1177/0886260503256842
- Shurman, L.A., & Rodriguez, C.M. (2006). Cognitive-affective predictors of women's readiness to end domestic violence relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1417-1439.
- Stickley, A., Timofeeva, I., & Sparen, P. (2008). Risk factors for intimate partner violence against women in St. Petersburg, Russia. *Violence Against Women*, 14(4), 483-495.
- Taşkale, N. ve Soygüt, G. (2016). Kadın sığınma evlerinde kalan şiddet mağduru kadınlar: Demografik ve sosyoekonomik bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19, 3-11.
- Taşkale N. & Soygüt, G. (2017). Risk factors for women's intimate partner violence victimization: An examination from the perspective of the schema therapy model. *Journal of Family Violence*, 32, 3-12. DOI 10.1007/s10896-016-9855-6
- Tortamış, B. (2009). *Sığınma evinde kalan kadınlarda şiddet öyküsü açısından travma sonrası stres bozukluğu, benlik saygısı, beden algısının değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Urhan, S. (2013). *Ev içi şiddet mağduru kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirtilerinin sıklığı ve bu sorunlarla ilişkili risk faktörleri* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- van Deirse, T.B., Macy, R.J., Cuddeback, G.S., & Allman, A.J. (2018). Intimate partner violence and sexual assault among women with serious mental illness: A review of prevalence and risk factors. *Journal of Social Work*, 1-40. DOI: 10.1177/1468017318766425
- van der Kolk, B. (2000). PTSD and the nature of the trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.
- van der Kolk, B. (2018). *Beden kayıt tutar*. (Ö. Kavakçı ve H. Demirci, Çev.) Ankara: Nobel Yaşam.
- Voges, M.A., & Romney, D.M. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(4), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-4>
- Walker, L. (1979). *The battered women*. New York: Harper & Row.

- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- WHO (2002). World report in violence and health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2012). Understanding and addressing violence against women. Geneva, World Health Organization.
- Yağcı-Yetkiner, D. (2010). *Travma sonrası bilişler ölçeği (posttraumatic cognitions inventory) Türkçe uyarlama ve üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik güvenirlik çalışması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Yakubovich, A.R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G.J., Steinert, J.I., Glavin, C.E.Y., & Humphreys, D.K. (2018). Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analysis of prospective-longitudinal studies. *American Journal of Public Health, 108*(7), 1-12.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52*(1), 30-41.
- Zukauskienė, R., Kaniusonyte, G., Bergman, L.R., Bakaityte, A., & Truskauskaitė-Kuneviciene, I. (2019). The role of social support in identity processes and posttraumatic growth: A study of victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 1-26*.

EKLER

A. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında, öğretim üyesi Doç. Dr. Zeynep Ceren Acartürk gözetiminde yürütülen bir araştırmadır. Eş şiddetine maruz kalan kadınlarda, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri yaygın olarak görülmektedir. Bu çalışmada ise bu belirtilerin bilişsel modelden incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma sonuçlarının sığınma hizmeti alan diğer kadınların alacağı hizmete katkısı olabilir; bu sebeple sorulara vereceğiniz içten ve eksiksiz yanıtlar araştırmamız için son derece önem taşımaktadır. Çalışmada yer alan soruların doğru ya da yanlış bir cevabı yoktur. Önemli olan sizin ne deneyimlediğiniz ne hissettiğiniz ve ne düşündüğünüzdür. Sizden kimliğinizle ilgili hiçbir bilgi istenmemektedir. Vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırmacılar tarafından toplu olarak değerlendirilecektir. Bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve soruların yanıtlanması yaklaşık 30 dk sürmektedir. Çalışmada sizi rahatsız eden herhangi bir soruyla karşılaşsanız ya da devam etmek istemezseniz, istediğiniz zaman yarıda bırakabilirsiniz. Bazı katılımcılar formları doldurduktan sonra iyi hissetmeyebilir. Eğer siz de doldurduktan sonra iyi hissetmezseniz ya da aklınızda sorular olursa aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Değerli katılımınız için teşekkür ederim.

İletişim bilgileri: **Doç. Dr. Zeynep Ceren Acartürk:** cerenacarturk@sehir.edu.tr

Gamze Nur Demirezen: gamzedemirezen@std.sehir.edu.tr

Tarih: __/__/__

Yukarıda sözü edilen çalışmanın detaylarını okudum ve gerekli bilgileri aldım. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Ad-Soyad:

İmza:

B. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Doğum tarihi:

Doğum yeriniz:

Eğitim durumunuz:

1.Okur yazar değil ()

2.Okur yazar ()

3.İlkokul mezunu ()

4.Ortaokul mezunu ()

5.Lise mezunu ()

6.Yüksek okul mezunu ()

7.Üniversite mezunu ()

Çalışma Durumunuz: 1. Çalışmıyorum () 2. Çalışıyorum ()

Şu an çalışmıyorsanız geçmişte herhangi bir işte çalıştınız mı?

1.Evet () Belirtiniz

2.Hayır ()

Sağlık Güvenceniz var mı? 1.Evet () 2. Hayır ()

Cevabınız evet ise => sosyal güvenceniz kim tarafından sağlanıyor?

1.Kendimden dolayı var () 2. Eşimden dolayı var. () 3. Ailemden dolayı var ()

4.Diğer:

Medeni durumunuz:

1.Bekar ()

2.Evli ()

3.İmam nikahı / birlikte yaşama ()

4.Boşanmış ()

5.Ayrı ()

6.Dul ()

Çocuğunuz var mı?

1.Evet () Sayısını belirtiniz:

2.Hayır ()

Çocuğunuz varsa yanınızda mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

Son ilişkinizde evlilik ya da birlikte yaşama süreniz nedir?

Evlilik ya da birlikte yaşama şekliniz:

1. Görücü usulü ve aile baskısı ile ()
2. Görücü usulü ve isteyerek ()
3. Tanışarak ve aile onayı ile ()
4. Tanışarak ve aile onayı olmadan ()
5. Kaçırılarak/kaçarak ()

Kaç kere evlilik yaşadınız? Belirtiniz

İlk evlendiğinizde kaç yaşındaydınız? Belirtiniz

Bir önceki evliliğinizin sonlanma sebebi nedir? Birden fazla işaretlenebilir.

1. Geçimsizlik/anlaşmazlık ()
2. Şiddet ()
3. Aldatma/aldatılma ()
4. İlgisizlik/sorumsuzluk ()
5. Sevmeme ()
6. Ekonomik ()
7. Diğer:.....

Daha önceki evliliğinizde şiddet var mıydı? 1. Evet () 2. Hayır ()

Cevabınız evet ise şiddetin türü: 1. Fiziksel () 2. Duygusal () 3. Cinsel () 4. Ekonomik () 5. Dijital ()

Eşinizin doğum tarihi?

Eşinizin eğitim durumu:

1. Okur yazar değil ()
2. Okur yazar ()
3. İlkokul mezunu ()
4. Ortaokul mezunu ()
5. Lise mezunu ()
6. Yüksek okul mezunu ()
7. Üniversite mezunu ()

Eşiniz çalışıyor mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

Eşinizin fiziksel bir sağlık sorunu var mı?

1. Evet () Belirtiniz
2. Hayır ()

Eşinizin psikolojik bir sağlık sorunu var mı?

1. Evet () Belirtiniz
2. Hayır ()

Eşiniz alkol kullanıyor mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

Annenizin eğitim durumu:

- 1.Okur yazar değil ()
- 2.Okur yazar ()
- 3.İlkokul mezunu ()
- 4.Ortaokul mezunu ()
- 5.Lise mezunu ()
- 6.Yüksek okul mezunu ()
- 7.Üniversite mezunu ()

Babanızın eğitim durumu:

- 1.Okur yazar değil ()
- 2.Okur yazar ()
- 3.İlkokul mezunu ()
- 4.Ortaokul mezunu ()
- 5.Lise mezunu ()
- 6.Yüksek okul mezunu ()
- 7.Üniversite mezunu ()

Evlenmeden önceki aile ortamında şiddet davranışı var mıydı? Lütfen varsa şiddet türünü yanlarına yazın (fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik).

- Babanız, annenize ()
- Babanız, size / kardeşlerinize ()
- Siz, kardeşlerinize..... ()
- Babanız, annenize, size ()
- Anneniz size ()
- Hepsi ()
- Diğer => belirtiniz:

Ailenizde herhangi bir tıbbi hastalığı olan var mı?

- 1.Var () Belirtiniz:
- 2.Yok ()

Ailenizde herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olan var mı?

- 1.Var () Belirtiniz:
- 2.Yok ()

Ne kadar süredir kadın konukevinde kalıyorsunuz?

- 1 hafta ()
- 1-3 hafta ()
- 1 ay ()
- 1 aydan fazla ()

Kadın Konuk Evine ne zaman başvurduunuz?

1. Şiddete ilk maruz kaldığım zaman ()
2. Şiddet sıklaştığı zaman ()
3. Ciddi bedensel hasarlar aldıktan sonra ()
4. Şiddet çocuklara yönelince ()
5. Çocuklar büyüyünce ()

6. Ailemin bana destek olamayacağını anlayınca ()

Daha önce hiç kadın konuk evinde kaldınız mı?

1. Evet () Cevabınız EVET ise bu kaçınıcı kalışınız?
2. Hayır ()

Kurumda kalıyor olmanıza rağmen güvenliğiniz ile ilgili endişeleriniz var mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

Eşiniz tarafından maruz kaldığınız şiddetin türü nedir? (Birden çok şık işaretlenebilir)

- 1.Fiziksel (tokat atma, yumruk, tekmeleme, kesici aletle yaralama vb.) ()
- 2.Duygusal (hakaret etme, aşağılama, başkalarının yanında küçük düşürme, tehdit etme vb.) ()
- 3.Cinsel (kadının istemediği cinsel ilişkiye zorlanması, cinsel olarak küçük düşürüldüğü eylemlere zorlanması vb.) ()
- 4.Ekonomik (kadının çalışmasına engel olma, varsa gelirine el koyma, ev harcamaları için para vermeme vb.) ()
- 5.Dijital (telefon uygulamalarıyla kadını denetlemek, sosyal paylaşım sitelerindeki şifrelerini öğrenip kadının bilgilerini kullanmak, sosyal medyada kadını küçük düşüren hakaret içeren paylaşımlarda bulunmak vb.) ()

Şiddete maruz kalma sıklığınız nedir?

1. Tek 1 defa ()
2. Çok Seyrek yılda 1-2 ()
3. Seyrek yılda 5-10 ()
4. Bazen- ayda 1-4 ()
5. Sık sık haftada 1'den fazla ()

Eş ya da birlikte yaşanan kişi tarafından maruz kaldığınız şiddet ne kadar sürdü?

- 1) 1 yıldan az ()
- 2) 1-5 yıl ()
- 3) 5 yıldan fazla ()

Eş şiddeti ile ilgili kimlerden yardım aldınız? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

1. Aile /akraba ()
2. Komşu ()
3. Arkadaş ()
4. Sivil toplum örgütleri ()
5. Polis ()
6. Baro, savcılık vb. ()
7. Diğer ()

Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı?

1. Var () (Belirtiniz.)
2. Yok ()

Daha önce psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü?

1. Evet ()
2. Hayır ()

Şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalığınız ya da psikolojik rahatsızlığınız var mı?

1. Var (Belirtiniz.)
2. Yok ()

Var ise; tedavi görüyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

Tedavi görüyorsanız ne zaman başladınız? Belirtiniz

Tedavi türü? 1. Terapi () 2. İlaç tedavisi () 3. Her ikisi ()

Bazen zorluklar karşısında insanlar kendini kötü, depresif hissettiğinde "... bitse de kurtulsam" şeklinde kendine zarar ya da kendini öldürmekle ilgili düşüncelere sahip olurlar. Böyle düşünceleriniz oldu mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

Bu tarz düşüncelerinizi eyleme geçirmek/yaşamınızı sonlandırmak için bir planınız var mıydı? 1. Evet () 2. Hayır ()

Daha önce hiç bu düşüncelere göre hareket edip, kendinize zarar verdiğiniz/intihara teşebbüs ettiğiniz oldu mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

Birden fazla ise lütfen sayısını yazınız.



C. DSM - 5 İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KONTROL LİSTESİ (PCL-5)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

0. Hiç
1. Çok Az
2. Orta Derecede
3. Oldukça Fazla
4. Aşırı

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:

1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (<i>örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (<i>örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan</i>) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (<i>örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (<i>örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak</i>) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4



D. TRAVMA SONRASI BİLİŞLER ÖLÇEĞİ (TSBÖ)

Yaşamış olduğunuz ve sizi ruhsal olarak çok etkileyen ve yaralayan bir olaydan (travmatik olay) sonra gelişen düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda bu düşüncelerinize yakın veya uzak çeşitli örnekler göreceksiniz. Lütfen, her cümleyi dikkatlice okuyun ve her birine ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtin. Travmatik olaylara karşı insanlar farklı tepkiler verecekleri için, aşağıda belirtilen cümlelerin doğrusu veya yanlışı yoktur.

1. Kesinlikle Katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Pek Katılmıyorum
4. Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum
5. Biraz Katılıyorum
6. Katılıyorum
7. Kesinlikle Katılıyorum

1. Bu olay benim davranışım yüzünden oldu.	1	2	3	4	5	6	7
2. Doğru şeyi yapacağım konusunda kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3. Gücsüz biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Öfkemi kontrol edemeyip korkunç bir şey yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. En ufak bir hayal kırıklığıyla bile baş edemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.	1	2	3	4	5	6	7
7. İnsanlara güven olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
8. Her zaman tetikte olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
9. İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Kimden zarar geleceği hiçbir zaman bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çok dikkatli olmalıyım çünkü bundan sonra ne olacağı hiç belli olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
12. Yetersiz bir insanım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Duyularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şey olacak.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eğer olayı düşünürsem, bununla başa çıkamayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

15. Böyle bir insan olduğum için bu olay benim başıma geldi.	1	2	3	4	5	6	7
16. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim aklımı kaçırmakta olduğumu gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7
17. Bir daha asla normal duygular hissedemeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dünya tehlikeli bir yer.	1	2	3	4	5	6	7
19. Bir başkası olsa bu olayın olmasını engelleyebilirdi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Kendimi insan gibi değil, eşya gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
22. Benim yerimde başkası olsa bu duruma düşmezdi.	1	2	3	4	5	6	7
23. İnsanlara güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
24. Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
25. Bir geleceğim kalmadı.	1	2	3	4	5	6	7
26. Kötü şeylerin başıma gelmesini engelleyemem.	1	2	3	4	5	6	7
27. İnsanlar göründükleri gibi değil.	1	2	3	4	5	6	7
28. Yaşadığım olay hayatımı mahvetti.	1	2	3	4	5	6	7
29. Bende yanlış giden bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
30. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim olayla başa çıkmayı beceremediğimi gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7
31. Bu olayın gerçekleşmesine neden olan, benimle ilgili bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
32. Bu olayla ilgili düşüncelerime tahammül edemeyip dağılılabirim.	1	2	3	4	5	6	7
33. Artık kendimi tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
34. İnsanın başına ne zaman kötü bir şey geleceği asla bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
36. Bundan sonra başıma iyi bir şey gelemem.	1	2	3	4	5	6	7

E. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Kesinlikle Katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Pek Katılmıyorum
4. Kararsızım
5. Biraz Katılıyorum
6. Katılıyorum
7. Kesinlikle Katılıyorum

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7



F. BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ KISA FORMU (BRIEF COPE)

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.

1. Asla böyle bir şey yapmam
2. Çok az böyle bir şey yaparım
3. Orta derecede böyle bir şey yaparım
4. Çoğunlukla böyle bir şey yaparım

1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vazgeçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştıırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiçbir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4

17. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlara karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

G. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMET BAKANLIĞI İZİNİ



T.C.
AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 94952863-605.99-E.317881

24/09/2018

Konu : Gamze Nur Demirezen'in Araştırma Talebi.

BAKAN YARDIMCILIĞI MAKAMINA

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün 17/09/2018 tarihli ve 316160 sayılı yazısı ile Gamze Nur Demirezen'in İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji tezli programına devam ettiğini "Eş Şiddetine Maruz Kalıp Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Bilişsel Modelden İncelenmesi" başlıklı tezinin araştırma uygulamasını Eylül 2018/Mart 2019 tarihleri arasında Genel Müdürlüğe bağlı kadın konukevlerinde yapabileme talebi uygun görüldüğü görüşü ile iletilmiştir.

Söz konusu araştırmanın kadınların özel hayat ve kimliklerinin gizliliğine özen gösterilerek, kadınların ayrıntılı bilgilendirilmesinin sağlanması sonrasında yalnızca istekli olan kadınların çocukları ve ilgili meslek elamanın katılımı ile gerçekleştirilecek olan görüşmelerde ses-görüntü kaydı alınmaksızın, İl Müdürlüklerinin uygun göreceği bir mekanda ve İl Müdürlüğünün koordinesinde yapılması, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Salih BOZKURT
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

O L U R
24/09/2018

Ayşe ERGEZEN
Bakan Yardımcısı

EK :
1- Uygun Görüş Yazısı

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (zST1BS-6yYauZ-1Dp/EO-hUptXb-19UiX0CM) kodunu yazınız.

H. ETİK KURUL ONAYI



ARAŞTIRMA ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi : 15.08.2018
Toplantı Sayısı : 17/2018
Toplantı Saati : 10:00
Toplantıya Katılanlar : Prof. Dr. Hatice AYNUR (Başkan)
Prof. Dr. Nihat BULUT
Prof. Dr. Cem BEHAR
Doç. Dr. Eda YÜCESOY
Dr. Sinem ELKATİP HATİPOĞLU
Dr. Betül NİZAM
Dr. Eyyüp Said KAYA
Dr. Hızır Murat KÖSE

Karar No : 1

İstanbul Şehir Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu, proje yürütücüsü Gamze Nur Demirezen tarafından sunulan "Eş Şiddetine Maruz Kalıp Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Bilişsel Modelden İncelenmesi" isimli proje taslağını değerlendirmiştir.

Verilen bilgilere göre; Araştırmanın amacı eş şiddetine maruz kalan ve bunun sonucunda kadın sığınma evlerinde ikamet eden kadınların travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin bilişsel yönden incelenmesidir. Alan yazın incelendiğinde, daha çok TSSB / depresyon sıklığı ile ilgili, şiddetin kadınlara verdiği psikolojik zararlar ile ilgili; bağlanma stilleri, benlik saygıları vb. konularla olan ilişkiyle ilgili incelemeler olduğu görülmüştür. Şiddete maruz kalan kadınların travma ile ilgili negatif değerlendirmelerinin TSSB belirtilerine olan etkisini inceleyen bir yazıya rastlanılmamıştır.

Buradan hareketle, belirlenen araştırma soruları şunlardır:

- 1) Kadın sığınma evinde ikamet eden kadınlarda; TSSB belirtilerinin görülme sıklığı nedir?
- 2) Demografik faktörler ve risk faktörlerinin TSSB belirtilerini yordama gücü nasıldır?
- 3) Demografik faktörler ve risk faktörlerine olumsuz bilişler eklenince TSSB belirtilerini yordama gücü nasıl olur?

Psikolojik travmaya insanların verdiği tepkiler, dünya halk sağlığındaki en önemli konulardan bir tanesidir (van der Kolk, 2000). Travma, "bireyin gerçek ya da algılanan bir ölüm ya da yaralanma içeren ya da kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan olay ya da olaylar yaşaması ya da tanık olması" olarak tanımlanabilir ve bireyin verdiği tepkiler yoğun korku, çaresizlik veya dehşet içerebilir (Herbert, çev. 2016). 2 tür travma tipi vardır: doğal yollarla oluşanlar (deprem, sel, kasırga, tsunami vb. doğal afetler) ve insan eliyle oluşanlar (trafik kazaları, aile içi şiddet, eş şiddeti, bıçaklamalar soygunlar gibi suçlar, bombalama gibi terör eylemleri vb.). İnsan kaynaklı travmaların özellikle şiddet, suç ve terör gibi olayların atlatılması ve kabul edilmesi doğal afetlere göre daha zordur (Herbert, çev. 2016). Kadınlar için tanıdıkları ve yakın ilişkide buldukları kişilerden şiddet görmelerinden kaynaklı travmalar tanımadıkları kişilerden kaynaklı olan travmalara göre daha zor atlatılır (van der Kolk, 2000). Tüm bu sebeplerle eş şiddeti ve sonucunda oluşan travmalar hakkındaki çalışmalar önem arz eder.

Eş şiddeti, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kadına yönelik şiddetin en yaygın biçimlerinden biri olarak tanımlanmıştır. 10 farklı ülkeden 24,000'den fazla kadının katılımıyla yürütülen çalışmanın sonucunda tüm kültürlerde, dinlerde ve sosyo-ekonomik düzeylerdeki kadınlarda şiddet yaşantısının görülebileceği ortaya çıkmıştır (WHO, 2012).

Kadına yönelik eş şiddetinin yaygınlığına bakılacak olursa, oranların dünya genelinde çarpıcı olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kadınların eşleri ya da birlikte oldukları kişi tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranını %13-61 arasında, ağır derecede fiziksel şiddete maruz kalma oranını %4-49 arasında; hayatlarının belli bir döneminde cinsel şiddete maruz kalma oranlarını %6-59 arasında ve bir veya daha fazla duygusal şiddete maruz kalma oranını %20-75 arasında bulmuştur (WHO, 2012). Ülkemizde ise, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, fiziksel şiddete maruz kalma oranını %36 olarak bulmuştur. Başka bir deyişle, evli olan her 10 kadından yaklaşık 4'ü fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. Ek olarak, şiddet gören kadınların %19'unun orta derecede fiziksel şiddete maruz kaldıkları, %16'sının ise ağır derecede fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmanın cinsel şiddete maruz kalma oranı ise %12 olarak bulunmuştur. Her iki şiddet türünün bir arada görülmesi de yaygın bir durumdur ve şiddet mağduru kadınların hem fiziksel hem cinsel şiddete maruz kalma oranı %27 olarak bulunmuştur. Kadına yönelik en yaygın şiddet türü duygusal şiddettir. Yaşamının herhangi bir döneminde duygusal şiddete maruz kalma oranı da oldukça yüksek olmakla birlikte %44 olarak bulunurken, son 12 ayda duygusal şiddete maruz kalma oranı %34 olarak bulunmuştur. Yaşamının en az bir döneminde ekonomik şiddet davranışlarından en az birine maruz kalma oranı %30 iken, son 12 ayda bu oran %15'tir (KSGM, 2014).

Kadına karşı şiddet hem dünya genelinde hem de Türkiye'de yaygınlığı ve olumsuz sonuçları sebebiyle önemli ve ciddi bir konudur. Sadece fiziksel olarak yaralanma, kemiklerde kırılma, duyma ve işitme kabiliyetinde azalma, organların zarar görmesi gibi durumlara sebep olmaz. Aynı zamanda kadının ruhsal sağlığını da tehlikeye atarak günlük yaşam kalitesini bozar. Şiddet ne kadar ağırsa kadında sebep olduğu fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar o kadar artar. Alkol ve madde bağımlılığı, uyku ve yeme bozuklukları, düşük öz saygı ve kendilik değeri, somatik şikayetler, depresyon ve kaygı semptomları, intihara teşebbüs ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklara da sebep olabilir (Damka, 2009; WHO, 2012; Keçeli, 2015).

324 emr z m cgy H.A. HMK

Eş şiddetine maruz kalıp, kadın konuk evine yerleşen kadınlarla yapılan çalışmalar da benzer sonuçları göstermektedir. Tortamış (2009), sığınma evinde kalan 75 kadın ile yaptığı çalışmada, %68'inin olası TSSB tanı kriterleri karşıladığını ortaya çıkarmıştır. Yine sığınma evinde kalan 114 kadınla yapılan çalışmada şiddete maruz kaldıktan 9 ay sonra TSSB ve depresyon belirtileri görülme sıklığı sırasıyla %53 ve %38.5 olarak bulunurken; depresyonun, TSSB'ye ikincil olarak geliştiği de bulunmuştur (Urhan, 2013). Sığınma evinde kalan 59 kadınla yapılan en güncel araştırma bulgularına göre, katılımcılarda en sık görülen güncel tanılar sırasıyla TSSB (%50.8), majör depresif bozukluk (37.3), özgül fobi (%35.6) ve yaygın kaygı bozukluğu (%23.7) olarak sıralanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların %59'unun hayatlarında en az bir kere intihara kalkıştığı ve %66'sının ise şiddet başladıktan sonra intihara teşebbüs ettiği bulunmuştur (Akyazı ve ark., 2018). İntihara teşebbüs ile şiddete maruz kalma ilişkisi Türkiye genelinde yapılan Kadın Statü Genel Müdürlüğü araştırma sonucunda da ortaya çıkmıştır. Fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalan katılımcılardan 3'te 1'i yaşamlarının bir döneminde intihar etmeyi düşündüklerini belirtmişlerdir. İntihara teşebbüs eden şiddet gören kadınların oranı ise %15 (şiddet görmeyenlerin 5 katı) olarak bulunmuştur (KSGM, 2014).

Özetle, şiddete maruz kalmış pek çok kadında yapılan araştırmalar sonucunda, TSSB'nin yaygın olarak görüldüğü ortaya çıkmıştır ve bu sebeple, yapısını ve semptomlarını nasıl sürdürdüğünü anlamının uygun tedavi stratejileri geliştirilirken faydalı olabileceği düşünülmektedir. Araştırma bulgularının TSSB'nin yapısının anlaşılmasında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.


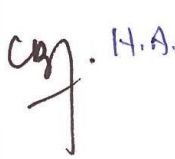

Çalışmanın örneklemini İstanbul'da kadın sığınma evlerinde konaklayan, 18 yaş ve üstü 200 kadının oluşturması planlanmaktadır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara, aşağıdaki formlar elden verilerek veri toplanması hedeflenmektedir:

- Bilgilendirilmiş Onam Formu
- Kişisel Bilgi Formu
- Travma Sonrası Bilişler Ölçeği
- DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu
- Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu onayı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü izni alındıktan sonra, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri aracılığı ile İstanbul'da bulunan kadın sığınma evlerine ulaşılabilecektir. Gönüllü olan katılımcılardan tek seferde ölçekleri doldurmaları istenecektir. İlk olarak araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu son olarak başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği verilecektir. Ölçeklerin doldurulmasının yaklaşık olarak 30-40 dakika sürmesi öngörülmektedir. Araştırmanın konusu açıklandıktan sonra katılımcılardan sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınacaktır.

Kişisel bilgi formu haricindeki ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Uyarlama çalışmasını yapan kişilerden ölçeklerin kullanılmasına dair izinler alınmıştır.

Katılımcılar onam formunu doldurduktan sonra, onam diğer formlardan ayrı saklanacaktır. Katılımcıların her birine katılımcı numarası verilerek kimlik bilgilerinin gizli tutulması sağlanacaktır.

ay.   H.A. 

Elde edilen verilere sadece araştırmacı ve danışmanın erişimi olacak ve ham veriler gerekli süre boyunca özenle saklanacaktır

Aşağıda isimleri ve imzaları bulunan İstanbul Şehir Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu üyeleri, araştırmacı tarafından kurula sunulan yukarıdaki bilgiler işığında, belirtilen araştırmanın yürütülmesinde etik açıdan bir sakınca görmemektedir.



Prof. Dr. Nihat BULUT
Member



Prof. Dr. Hatice AYNUR
President



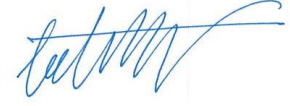
Prof. Dr. Cem BEHAR
Member



Doç. Dr. Eda YÜCESOY
Member



Dr. Hızır Murat KÖSE
Member



Dr. Betül NİZAM
Member



Dr. Sinem ELKATİP HATİPOĞLU
Member



Dr. Eyyüp Said KAYA
Member