

T.C
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAMSUN MERKEZ İLKÖĞRETİM OKULU
ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUKLUKTA AİLE İÇİ ŞİDDET
ÖYKÜSÜ VE RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ

DOKTORA TEZİ

Dr. Tuğrul GÖKÇE

Samsun
Temmuz – 2010

T.C
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAMSUN MERKEZ İLKÖĞRETİM OKULU
ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUKLUKTA AİLE İÇİ ŞİDDET
ÖYKÜSÜ VE RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ

DOKTORA TEZİ

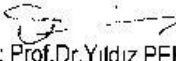
Dr. Tuğrul GÖKÇE


Danışman: Prof.Dr. Cihad DÜNDAR


Samsun
Temmuz – 2010


T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


Bu çalışma jürimiz tarafından **Halk Sağlığı** Programında **doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :  Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye :  Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU Cumhuriyet Üniversitesi

Üye :  Prof. Dr. Cihad DÜNDAR Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye :  Prof. Dr. Şenur DABAK Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye :  Doç. Dr. Ömer BÖKE Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tezin Adı : Samsun Merkez İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Çocuklukta Aile İçi Şiddet
Öyküsü ve Ruh Sağlığına Etkileri
Tezi Teslim Eden : Tuğrul GÖKÇE
Tez Savunma Sınav Tarihi : 26.08.2010
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Cihad DÜNDAR

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Süleyman KAPLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım sırasında yardımlarını, zamanını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, çalışmalarımın her aşamasında bizzat yanımda bulunup değerli önerileri ve yapıcı eleştirileri ile beni yönlendiren tez danışmanım Sayın Prof.Dr.Cihad DUNDAR'a , araştırmamın çeşitli aşamalarında değerli görüş ve önerilerinden faydalandığım Sayın,Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN'e, sayın Doç.Dr.Ömer BÖKE'ye, ilköğretim okullarını bana açarak çalışmam için uygulama alanı sağlayan Samsun Milli Eğitim Müdürlüğü'ne ve okullardaki gözlem ve uygulamalarda bana bizzat eşlik eden ve destek veren öğretmenlere ve okul idarecilerine teşekkür ederim.

Dr.Tuğrul GÖKÇE

ÖZET

SAMSUN MERKEZ İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUKLUKTA AİLE İÇİ ŞİDDET ÖYKÜSÜ VE RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Dr. Tuğrul GÖKÇE, Doktora Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, 2010

Şiddet, güç, zorlama ve baskı uygulama yoluyla bedensel ya da ruhsal zarara neden olan söz, yaklaşım, tutum ve hareketlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Şiddet, her ortamda görülebiliyor olmasına rağmen sosyolojik boyutları da dikkate alındığında, toplum sağlığını en çok tehdit eden, “aile içi şiddet”tir. Bu çalışmada Samsun merkez ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalma sıklığı ve şiddete maruz kalmış olmanın ruh sağlığına etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu kesitsel çalışma Samsun merkez ilköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerde 1 Eylül 2009 – 1 Ekim 2009 tarihleri arasında yürütülmüş; veriler 346 öğretmenden anket formları aracılığı ve öz bildirim yöntemiyle toplanmıştır. Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte geçirilen süre gibi kişisel özelliklerine ait soruların yanı sıra, çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalıp kalmadıklarını değerlendirmek amacıyla, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kısa formu ve çalışmanın yürütüldüğü dönemdeki ruhsal durumlarının belirlenmesi amacıyla da “Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi” (SCL-90) adlı psikolojik belirti tarama testi kullanılmıştır.

Toplam 346 kişilik örneklemin 192’si (% 55.5) kadın, 154’ü (% 44.5) erkek olup yaş ortalaması 40.3 ± 8.1 yıl idi. Çocukluk çağı travması prevalansı % 3.5 ile % 76.6 arasında değişen oranlarda bulundu. ÇÇTÖ’ye göre en sık “duygusal ihmal”, en az “cinsel kötüye kullanım”a rastlanırken; SCL-90’a göre “obsesyon” puanları en yüksek, “fobi” puanları en düşük düzeyde idi. Bu ölçüğe göre psikotik araz dışında tüm alt ölçeklerde araz saptanan olguların çocuklukta yaşanmış ihmal ve istismar puanları, araz saptanmayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Sonuç olarak, erişkin dönemde ruh sağlığında araz belirtisi olan bireylerde, çocuklukta yaşanmış fiziksel, ruhsal ya da cinsel travma sıklığının yüksek bulunması, sağlıklı bir nesil oluşturmak için aile içi şiddeti önlemeye yönelik çabaların halk sağlığının öncelikli konularından sorunlarından biri olması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı travma, belirti tarama testi, öğretmen, ruh sağlığı

ABSTRACT**FAMILY VIOLENCE HISTORY IN CHILDHOOD IN PRIMARY SCHOOL TEACHERS WORKING IN SAMSUN PROVINCE AND ITS EFFECTS TO MENTAL HEALTH**

**Dr. Tuğrul GÖKÇE, Doctoral Thesis
Ondokuz Mayıs University, Samsun, 2010**

Violence is defined as the whole of approaches, attitudes and actions which cause to the physical or psychological harm by applying pressure, force and power. Even though the violence can be seen in any environment, if sociological aspects are taken into consideration the most threatening public health is "domestic violence". In this study, the prevalence of being exposed to family violence among teachers working in primary schools in Samsun and to determine of effects of being exposed to violence on mental health is aimed.

This cross-sectional survey was conducted on teachers working in Samsun between 1 September 2009 and -1 October 2009 and the data was collected by the method of self-reported questionnaire. Besides the questions about personal properties which asking study groups's age, sex, marital status and time spent in profession, Childhood Trauma Questionnaire short form (CTQ-SF) to determine if they have exposed to domestic violence in their childhood or not and Symptoms Checklist (SCL-90) psychological screening test to determine the mental status of study group were used.

The sample is composed of 346 teachers, including 192 (55.5%) women and 154 (44.5%) male. The mean age was 40.3 ± 8.1 years. The prevalence of exposed to Childhood trauma was found between 3.5% and 76.6%. According to CTQ, the most often form of abuse was "emotional neglect" and rarest was "physical abuse",while, according to the SCL-90 "obsession" the highest score, "phobia" score was at the lowest level. According to this scale, except psychotic symptoms, scores of all sub-scales of SCL-90 were significantly higher in exposed to child abuse and neglect than non-exposed.

As a result, finding higher prevalence of exposed to physical, emotional or sexual trauma in childhood among individuals have mental health symptoms indicate that to create a healthy generation, efforts on prevention of family violence is considered to be one of the public health priority issues.

Keywords: Childhood trauma, symptoms check list, teachers, mental health.

KISALTMALAR

| | |
|---------|---|
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| ÇÇTÖ | Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği |
| ÇÇTÖ-KF | Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Formu |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| GBİ | Genel Belirti İndeksi |
| IDB | Inter American Development Bank |
| OKB | Obsessif Kompulsif Bozukluk |
| SCL-90 | Ruhsal Belirti Tarama İndeksi (Symptom Check List-90) |
| DSK | Dünya Sağlık Konseyi |

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1.Şiddetin Tanımı | 5 |
| 2.2.Şiddetin Sınıflandırılması | 5 |
| 2.2.1. <i>Kendine Yönelik Şiddet</i> | 6 |
| 2.2.2. <i>Kişiler Arası Şiddet</i> | 6 |
| 2.2.3. <i>Kolektif Şiddet</i> | 6 |
| 2.3 Şiddet Şekilleri | 7 |
| 2.4.Şiddetin Ekonomik Etkisi | 8 |
| 2.5. Şiddetin Sosyoekonomik Maliyetinin Hesaplanması | 8 |
| 2.5.1. <i>Direkt Maliyet</i> | 9 |
| 2.5.2. <i>Parasal Olmayan Maliyetler</i> | 10 |
| 2.5.3. <i>Ekonomik Maliyeti Çoğaltıcı Etkiler</i> | 10 |
| 2.5.4. <i>Sosyal Maliyeti Çoğaltıcı Etkiler</i> | 10 |
| 3.Ruh Sağlığının Tanımı ve Önemi | 12 |
| 3.1. Şiddet - Sağlık İlişkisi | 12 |
| 3.2. Çocuk İstismarı ve İhmali | 13 |
| 4.GEREÇ YÖNTEM | 14 |
| 5.BULGULAR | 19 |
| 5.1. Çocuklukta Aile İçi Travma Bulguları | 19 |
| 5.2. Ruhsal Duruma Ait Bulgular | 20 |
| 5.3. Ruhsal Durum ile Çocukluk Çağı Travma Bulguları Arasındaki İlişki | 23 |
| 5.3.1 <i>Somatizasyon İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 24 |
| 5.3.2 <i>Anksiyete Belirtileri İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 25 |
| 5.3.3 <i>Obsesyon İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 26 |
| 5.3.4 <i>Depresif Belirtiler İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 27 |
| 5.3.5 <i>Kişiler Arası Duyarlılık İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 28 |
| 5.3.6. <i>Psikotik Durum İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 29 |
| 5.3.7. <i>Paranoid Durum İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 30 |
| 5.3.8. <i>Öfke Durumu İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 31 |

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 5.3.9. <i>Fobik Durum İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 32 |
| 5.3.10. <i>Ek Durumlar İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 33 |
| 5.3.11. <i>Genel Belirti İndeksi İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki</i> | 34 |
| 6.TARTIŞMA | 35 |
| 7.SONUÇ ve ÖNERİLER | 40 |
| 8.KAYNAKLAR | 41 |
| 9.EKLER | 48 |
| 10.ÖZGEÇMİŞ | 53 |

TABLOLAR

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Tablo I. Şiddetin Sosyoekonomik Maliyeti | 9 |
| Tablo II. Aile İçi Şiddetin Maliyeti (Seçilmiş Çalışmalar) | 11 |
| Tablo III. ÇÇTÖ puan ortalamalarının alt gruplara göre dağılımı | 19 |
| Tablo IV. ÇÇTÖ Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı | 20 |
| Tablo V. ÇÇTÖ Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı | 20 |
| Tablo VI. SCL-90 Puanlarının Alt Gruplara Göre Dağılımı | 21 |
| Tablo VII. SCL-90 Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı | 21 |
| Tablo VIII. SCL-90 Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı | 22 |
| Tablo IX: SCL-90 Alt Gruplarının Araz Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı | 23 |
| Tablo X: ÇÇTÖ Puanlarının Somatizasyon Durumuna Göre Dağılımı | 24 |
| Tablo XI. ÇÇTÖ Puanlarının Anksiyete Durumuna Göre Dağılımı | 25 |
| Tablo XII. ÇÇTÖ Puanlarının Obsesif Belirti Durumuna Göre Dağılımı | 26 |
| Tablo XIII. ÇÇTÖ Puanlarının Depresif Belirti Durumuna Göre Dağılımı | 27 |
| Tablo XIV. ÇÇTÖ Puanlarının Kişiler Arası Duyarlık Durumuna Göre Dağılımı | 28 |
| Tablo XV. ÇÇTÖ Puanlarının Psikotik Duruma Göre Dağılımı | 29 |
| Tablo XVI: ÇÇTÖ Puanlarının Paranoid Duruma Göre Dağılımı | 30 |
| Tablo XVII: ÇÇTÖ Puanlarının Öfke Durumuna Göre Dağılımı | 31 |
| Tablo XVIII: ÇÇTÖ Puanlarının Fobik Belirti Durumuna Göre Dağılımı | 32 |
| Tablo XIX: ÇÇTÖ Puanlarının Ek Belirti Durumuna Göre Dağılımı | 33 |
| Tablo XX: ÇÇTÖ Puanlarının Genel Belirti İndeksine Göre Dağılımı | 34 |

ŞEKİLLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Şekil 1: Şiddetin sınıflandırılması | 5 |
| Şekil 2. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının somatik durum değerlendirmesine göre dağılımı | 24 |
| Şekil 3. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının anksiyete durum değerlendirmesine göre dağılımı | 25 |
| Şekil 4. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının obsesif durum değerlendirmesine göre dağılımı | 26 |
| Şekil 5. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının depresif durum değerlendirmesine göre dağılımı | 27 |
| Şekil 6. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının kişiler arası duyarlılığa göre dağılımı | 28 |
| Şekil 7: ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının psikotik durum değerlendirmesine göre dağılımı. | 29 |
| Şekil 8. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının paranoid durum değerlendirmesine göre dağılımı | 30 |
| Şekil 9. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının öfke değerlendirmesine göre dağılımı | 31 |
| Şekil 10. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının fobi değerlendirmesine göre dağılımı | 32 |
| Şekil 11: ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının ek belirti değerlendirmesine göre dağılımı | 33 |
| Şekil 12. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının genel belirti indeksine göre dağılımı | 34 |

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet, güç, zorlama ve baskı uygulama yoluyla bedensel ya da ruhsal zarara neden olan söz, yaklaşım, tutum ve hareketlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Şiddet, her ortamda görülebiliyor olmasına rağmen sosyolojik boyutları da dikkate alındığında, toplum sağlığını en çok tehdit eden, aile içi şiddettir (T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995). Aile içi şiddet, aile birimi içerisinde meydana gelen bütün şiddet olaylarını kapsamı içine almaktadır. Şiddetin bu türünde saldırgan ve kurban arasında kan bağı ya da evlilik sonucu oluşan bir akrabalık vardır. Aile üyelerinden biri tarafından aynı ailedeki bir diğer üyenin yaşamını, fiziksel veya ruhsal bütünlüğünü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem ya da ihmal aile içi şiddet olarak tanımlanabilir (Türk Dil Kurumu, 1979). Aile içi şiddetten en çok etkilenenler ise çocuklardır. Dünya Sağlık Konseyi 1996'da "Şiddeti önleme: bir halk sağlığı önceliği" başlıklı bildirisinde şiddetin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu, 1997'de "Şiddeti önleme" başlıklı bildirisinde; şiddetin bütün formlarında, özellikle kadın ve çocuklara yönelik aile içi şiddette artış olduğunu bildirmiştir (WHA, 1996; WHA, 1997). Çocuk bütün canlılar içinde en uzun bakımı, korunmayı ve sevgiyi gerektiren varlıktır. "Bir toplumun ilerleyebilmesi ve kalkınabilmesi o toplum içinde yetişen çocukların bedensel ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı gelişmesiyle olasıdır (Buzlu, 1998).

Şiddete ilişkin veriler son 20–25 yıldır toplanabilmektedir. Fakat halen dünyada ve Türkiye'de şiddetin gerçek boyutları bilinmemektedir. Özellikle aile ilişkilerinin özel kabul edilmesi, şiddet deneyimlerinin gizlenmesi bu bilinmezlikte önemli faktörlerdir. Türkiye gibi gelişmekte olan ve geleneksel pek çok niteliği barındıran toplumlarda aile içi şiddet olgusunun ne tür şekillerde ve ne boyutlarda olduğunun saptanması büyük önem taşımaktadır.

Çoğunlukla aile mahremiyeti nedeniyle saklı kalmasına rağmen araştırmalar, aile içi şiddetin giderek daha yaygın bir sağlık sorunu haline geldiğini doğrulamaktadır. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nün beş coğrafi bölgeyi temsilen 12 ili kapsayan "Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları" araştırmasına göre, ailelerin % 34'ünde fiziksel şiddet, % 53'ünde sözlü şiddet, % 9'unda ise cinsel şiddet ve taciz görülmektedir. Bu ailelerde çocukların % 46'sı da fiziksel şiddete maruz

kalmaktadır (T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995). “Aile İçi Şiddet ve Toplumsal Alanda Şiddet” başlıklı araştırmaya göre kadınların % 3.6’sı sık sık, % 6.5’i ara sıra, % 15.1’i çok az eşleri tarafından dövüldüklerini; % 4.1’i sık sık, % 8.2’si ara sıra, % 18.4’ü çok az eşlerinin hakaretine uğradıklarını bildirmişlerdir (T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998).

Son zamanlarda araştırmacılar şiddetle ilgili iki boyut üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Birincisi şiddetin sonradan öğrenilen bir davranış olduğu ve eğitimle bu olumsuz davranışın ortadan kaldırılabileceği, ikincisi ise şiddet davranışlarının erken teşhis edilerek pozitif yaşamsal becerilerin çocuğa kazandırılması yoluyla şiddet içeren davranışların daha başından önlenebileceğidir (Fager, 1998).

Şiddet uygulayan aile bireylerinin geçmişte şiddete maruz kalma oranı yüzde 70’lere kadar çıkabilmektedir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda istismar oranının, çocukken dövülen veya çocukken annelerinin dövüldüğüne şahit olan eşlere sahip olan kadınlar arasında daha yüksek olduğu bulunmuştur (Black, 1999; Ellsberg, 1999; Schumacher, 2001; Heise, 2002; Stith, 2004). Eşlerine fiziksel istismar uygulayan erkeklerin geçmişlerinde sıklıkla şiddete tanık olma veya maruz kalma olduğu halde, bu erkeklerin tümü istismarcı haline gelmemektedir (Martin, 2002; Abrahams, 2005). Buradaki önemli soru, çocuklukta karşılaştıkları olumsuzluklara karşın, şiddet uygulayanlar ile şiddet içermeyen, sağlıklı bir ilişki oluşturan erkekleri birbirinden ayırmanın ne olduğudur.

Şiddete maruz kalma ile şiddet uygulama arasında da bir ilişki bulunduğu pek çok araştırmada gösterilmiştir. Çocukluk çağında, aile içi şiddete tanıklık etmek ve fiziksel ve cinsel istismara uğramak çocukların risk altında olmasını sağlayan faktörler olarak tanımlanmaktadır. Sorunların çözümünde şiddete başvurulduğuna şahit olan çocuklar, şiddeti, sorunların çözümü ve erkekliğin ispatının bir yolu olarak öğrenebilmektedir (Hawke, 2000). Çocuklar genellikle aile içi kavgalar sırasında ortamda bulunurlar. İrlanda’da yapılan bir çalışmada istismara uğrayan kadınların % 64’ü çocukların şiddete rutin olarak tanık olduklarını belirtirken, bu oran Monterrey, Meksika’da %50 olarak bulunmuştur (Heise, 2002). ABD’de yapılan bir araştırmada eş saldırısı nedeniyle polis çağırılan 419 kadından 3/4’ünün evinde çocuk olduğu ve bunların sıklıkla olaya şahit oldukları saptanmıştır. Kadınların (kurbanın) bildirimine göre olayların yarısından fazlasına çocuklar tanık olmuştur (Hutchison, 2001). ABD’de polis raporlarındaki aile içi şiddet

olaylarının tarandığı bir araştırmanın sonucuna göre, olaya % 44 (4085) oranında en az bir çocuğun tanık olduğu saptanmıştır (Gjelsvik, 2003). Yeni Zelanda'da aile içi şiddete tanık olma durumunun sorgulandığı bir çalışmada katılımcıların % 24'ü ebeveynlerinden birinin diğerine şiddet uyguladığını ya da şiddet uygulamakla tehdit ettiğini bildirmiştir (Martin, 2006).

Evlilik şiddetine tanıklık eden çocuklar anksiyete, depresyon, zayıf okul performansı, düşük özsaygı, itaatsizlik, kâbus ve fiziksel sağlık yakınmaları gibi emosyonel ve davranışsal problemler için daha yüksek risk taşırlar (McCloskey, 1995; Lieberman, 2005). Gerçekte, Kuzey Amerika'dan elde edilen çalışmalar, ailelerinde şiddete tanıklık eden çocukların, istismara uğrayan çocuklarda görülen davranışsal ve psikolojik hasarların çoğuna sahip olduğunu göstermiştir (Edleson, 1999).

Son kanıtlar, şiddetin direkt veya endirekt olarak çocuk mortalitesini de etkileyebildiğini öne sürmektedir. Nikaragua'daki araştırmacılar diğer olası kafa karıştırıcı faktörleri kontrol ettikten sonra, eşleri tarafından fiziksel ve cinsel istismara uğrayan kadınların çocuklarının, istismara uğramayan kadınların çocuklarına göre 5 yaşından önce ölme oranlarının 6 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu bölgedeki çocuk ölümlerinin en azından üçte birine eş istismarı eşlik etmektedir (Asling-Monemi, 2003). Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada, çocuk ölümlerinin belirteci olan kadın yaşı, eğitim durumu ve canlı doğumla sonuçlanan önceki gebelik sayısı kontrol altına alındıktan sonra bile, dayak yiyen kadınların, istismara uğramayanlara göre anlamlı derecede infant ölümlerine ve gebelik kayıplarına (kürtaj, düşük, ölü doğum) sahip oldukları bulunmuştur (Jejeebhoy, 1998)

Şiddete maruz kalanların yüzde 80'i yapacak fazla bir şey olmadığına inanmaktadırlar. Bu durum çaresizliğin kabulü anlamına gelmekte ve şiddete maruz kalanın pasif tutumuna yol açmaktadır. Eşlerin daha iyi eğitim görmüş olması ise aile içindeki şiddeti azaltmaktadır (Galand, 2007).

Şiddetin yaygın olarak görüldüğü bir diğer ortam okullardır ve okullarda yaşanan şiddetin en yaygın uygulayıcısı öğretmenlerdir (Yavuz, 2003). Fiziksel cezalandırmayla terbiye edildiği düşünülen çocuklar bu yöntemin sorunların çözümünde etkin olduğuna inanarak büyürler ve kendileri de başka çocukları istismar eden erişkinlere dönüşebilirler (Deveci,

2002; Mayda, 2007). Şiddetin öğrenilerek edinilen bir davranış modeli olması nedeniyle, eğitimin, aile içi şiddete maruz kalan çocuklardaki önemi çok daha fazladır. Okul öğretmenleri tarafından uygulanan şiddet ise bu davranış modelini benimseyen çocuklar üzerinde pekiştirici rol oynar. İlköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin şiddete eğilimlerinin yüksek oluşu, kendilerinin de aile içi şiddete maruz kalmalarının bir sonucu olabilir. Anksiyete düzeyinin yüksekliği şiddete eğilimi artıran bir diğer önemli nedendir (Schooley, 1990; Aksoy,1999).

Suç ve şiddet olaylarının ortaya çıkmasında evde ve okulda çocuğa karşı uygulanan fiziksel cezaların etkisi büyüktür. Disiplin sağlamak amacıyla kullanılan fiziksel ceza uygulamaları, istenen davranışı göstermeyen ya da istenmeyen davranışı sergileyen kişinin bedenine acı vermek şeklinde tanımlanmaktadır (Greydanus, 2003). Bu ceza uygulamaları genellikle elle, sopayla, kemerle ya da diğer nesnelere vurma, çocuğu tekmeleme, sarsma, itip kakma, çimdikleme, kulak ve saç çekme gibi davranışları içermektedir. Okullarda fiziksel cezanın kullanılması toplumda şiddetin kabul edilebilir bir davranış olduğu yönündeki tehlikeli ve yanlış düşüncelerin gelişmesine yol açabilir. Toplumun gözünde çocuklara karşı uygulanan fiziksel şiddet kabul edilebilir bir davranış olarak görülmeye başlar ve bu durum çocukları da şiddete yöneltebilir.

Şiddet olaylarının önlenmesinde en önemli görev öğretmenlere düşmektedir. Çünkü öğretmen okulda çocukla doğrudan en çok iletişim kuran ve onu en iyi tanıyan kişidir. Öğretmenlerin suç ve şiddet önleme konusundaki eğitim düzeyleri özellikle sınıflarda ortaya çıkan anti sosyal davranışların teşhis ve tedavisinde önemlidir. Bu nedenle öğretmenlerin kendi sınırlarını ve sorumluluklarını bilmesi, iyi bir dinleyici olabilmesi, empati becerisinin yanı sıra fiziksel ve ruhsal olarak sürekli kendisini koruması gerekir (Buluç, 2005).

Bu çalışmada Samsun merkez ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalma sıklığı ve şiddete maruz kalmış olma ile erişkin ruh sağlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

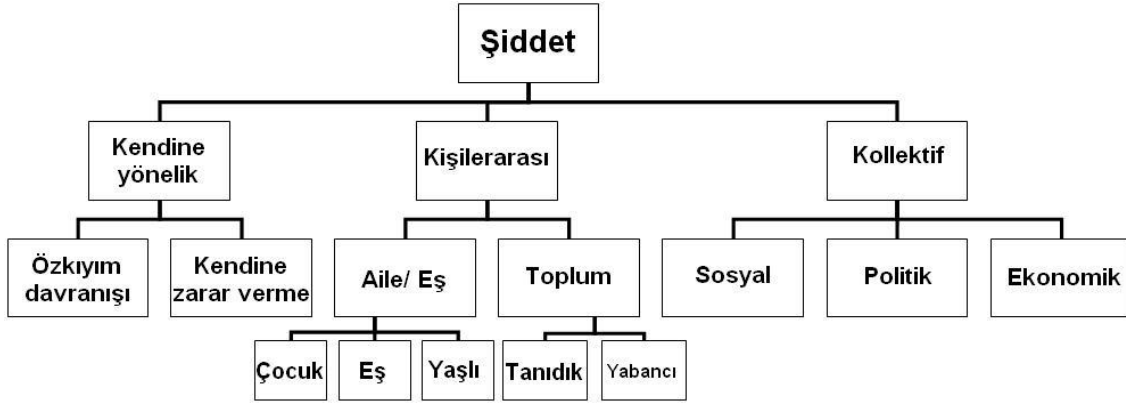
2.1.Şiddetin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre şiddet: Sahip olunan fiziksel güç veya kuvvetin kasıtlı olarak, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ya da kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde kendine, bir başka insana, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da doğrudan uygulanmasıdır (WHO, 1996).

2.2.Şiddetin Sınıflandırılması

Şiddet uygulama özelliklerine göre, 3 ana bölüme ayrılır:

- a-Kendine yönelik şiddet;
- b-Kişilerarası şiddet;
- c-Kolektif şiddet.



Şekil 1: Şiddetin sınıflandırılması (Dahlberg'den, 2002)

Bu sınıflama şiddeti, kişinin kendine uyguladığı şiddet, başka biri ya da birilerinin uyguladığı şiddet ve kolektif (organize politik gruplar, milis grupları ve terörist örgütlerin uyguladığı) şiddet olarak ayırmakta, bu üç ana kategori daha özel alt şiddet türlerine ayrılmaktadır (Şekil 1).

2.2.1.Kendine Yönelik Şiddet

Kendine yönelik şiddet kendine zarar verme ve özkıyım davranışı olarak tekrar ikiye ayrılır. Kendine zarar verme, bir yerini kesme, koparma, kırma gibi eylemleri içerir. Özkıyım davranışı ise, özkıyım düşünceleri, özkıyım kalkışma ve tamamlanmış özkıyımı içerir.

2.2.2. Kişiler Arası Şiddet

Kişiler arası şiddet iki alt gruba ayrılır.

A) Aile ve eş: Çoğunlukla aile üyeleri ve eşler arasında oluşan şiddettir. Genellikle ev içerisinde gerçekleşir. Bu grup, çocuk istismarı, eş şiddeti ve yaşlı istismarı gibi şiddet formlarını içerir.

B) Toplumsal şiddet: Birbirleri arasında akrabalık olmayan, birbirlerini tanıyan veya tanımayan bireyler arasındaki şiddettir ve genellikle ev dışında meydana gelir. Bu grup şiddet ise gençler arasındaki şiddeti, rastlantısal şiddet olaylarını, yabancılar tarafından gerçekleştirilen tecavüz veya cinsel saldırıları, okullar, işyerleri, hapishaneler ve bakım evleri gibi kurumsal ortamlardaki şiddet olaylarını kapsamaktadır.

2.2.3. Kolektif Şiddet

Kolektif şiddet; sosyal, politik ve ekonomik şiddet alt gruplarına ayrılır. Diğer iki geniş kategorinin aksine kolektif şiddetin alt grupları, bireyler veya devletler tarafından gerçekleştirilen şiddet için muhtemel amaçlar içerir. Kolektif şiddet, organize gruplar tarafından gerçekleştirilen illegal saldırılar, terörist faaliyetler mafya şiddeti örneklerinde olduğu gibi belirli bir sosyal gündemi alevlendirmek için gerçekleştirilir. Politik şiddet, savaşları, savaş ile ilişkili şiddetli çatışmaları, devlet şiddetini ve büyük gruplar tarafından gerçekleştirilen benzer olayları kapsar. Bunlara örnek olarak ekonomik aktiviteleri bozmak amacı ile gerçekleştirilen saldırılar, temel ihtiyaç malzemelerine uygulanan ambargo veya ekonomik bölünme ve parçalanma gösterilebilir. Açıkçası, geniş gruplar tarafından gerçekleştirilen saldırılar çok fazla çeşitliliğe sahip olabilir (Gjelsvik, 2003).

2.3 Şiddet Şekilleri

Şiddet, fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik özellikte olabilir. Ayrıca kişinin temel yaşamsal gereksinimlerinin karşılanmaması ve ihmal edilmesi de diğer şiddet şekilleridir.

Fiziksel şiddet, kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. Fiziksel şiddet kişinin herhangi bir aletle dövülmesi, tekmelenmesi, yumruklanması, tokatlanması, itilmesi, sarsılması şeklinde olabilir.

Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Cinsel şiddet, tecavüz, el ve sözle sarkıntılık şeklinde gerçekleşebilir.

Psikolojik şiddet (duygusal şiddet) karşı tarafa baskı uygulayabilmek için duyguların ve duygusal ihtiyaçların, sistematik bir şekilde sürekli istismar edilmesi, bir tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Bu kapsamda kişinin söz ve davranışla aşağılanması (sözel şiddet), isim takılması, tehdit edilmesi, kişinin kendini kötü hissetmesinin sağlanması, sistematik bir şekilde kişinin özgüvenini zedeleyici söz ve davranışlarda bulunulması, kontrolünün, beğenisinin yok edilmesi, aciz, çaresiz olduğunun söylenmesi, sürekli suçlanması, çocukları ile ve ailesi ile görüşmesine izin verilmemesi, kişinin yalnızlaştırılması ve ilişkilerinin bozulmasını sağlayacak şeylerin yapılması, sürekli hesap verilmeye zorlanması gibi eylemler psikolojik şiddet kapsamına girmektedir.

Ekonomik şiddet ise kişinin yaşamını sürdürebilmek için gerek duyduğu ekonomik olanaklardan mahrum bırakılmasıdır. Ekonomik kaynakların ve paranın kişi üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak sistematik bir şekilde kullanılmasıdır. Çalışmaya engel olmak, çalışıyorsa kazancına el koymak, var olan mallarına el koymak gibi davranışlar ekonomik şiddet olarak değerlendirilir (Butchart, 2004).

Şiddetin fiziksel etkileri oluşan psikolojik etkilere göre daha kolay fark edilebilir. Psikolojik etkiler arasında sayılan, tekrarlayan şekilde küçük düşürme ve hakaret, izolasyon, sosyal hareketlilikte sınırlamalar, şiddet yönünden tehdit ve hasar, ekonomik kaynaklardan feragat etmek şiddetin daha gizli ve sinsi formlarıdır. Elle tutulamayan doğasından dolayı psikolojik istismarı tarif ve rapor etmek zordur ve bu durum şiddete maruz kalanın kendisini daha zayıf ve güçsüz hissetmesine neden olur.

2.4.Şiddetin Ekonomik Etkisi

Şiddet bireysel maliyetin yanı sıra, verimlilik kaybına yol açarak ve sosyal hizmetlerin artmış kullanımı ile toplumlarda muazzam bir ekonomik yüke neden olmaktadır. Eş şiddeti tüm kadınların iş sahibi olma olasılığını sürekli olarak etkilemediği halde, kadınların aylık kazancını ve sabit bir işte çalışmalarını etkiler gözükmektedir (Browne, 1999; Lloyd, 1999). ABD’de yapılan bir çalışma, eş şiddeti hikâyesine sahip olan kadınların işsiz kalmaya, sürekli iş değiştirmeye ve iş performansını etkileyebilecek fiziksel ve mental sağlık problemlerine daha yatkın olduğunu tespit etmiştir. Bu tür kadınlar ayrıca eş şiddeti hikâyesi rapor edilmeyen kadınlara göre daha düşük maaş ile çalışmakta ve anlamlı olarak yoksullara yardım kuruluşlarında çalışmayı kabul etmeye daha yatkın gözükmektedirler (Lloyd, 1999). Benzer şekilde, Nikaragua’da yapılan bir çalışmada, kazancı etkileyebilen diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra bile, istismara uğrayan kadınların, istismara uğramayanlara göre %46 daha az kazançları olduğu tespit edilmiştir (Heise, 2002).

2.5. Şiddetin Sosyoekonomik Maliyetinin Hesaplanması

Şiddetin maliyetinin hesaplanması, şiddetin önlenmesinin etkisinin ve öneminin politikacıların daha fazla farkında olmaları açısından stratejik bir müdahaledir. Aile içi şiddet ve tecavüzün sağlık maliyeti gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aynıdır, fakat gelişmekte olan ülkelerde hastalıkların toplam yükü daha fazla olduğu için, cinsiyet tabanlı kurbanlara atfedilen yüzde daha azdır. Gelişmekte olan ülkelerde, bölgelere göre, aile içi şiddetin bir sonucu olarak üretken yaştaki kadınların sağlıklı yıllarının %5-16’sının kayıp olduğu hesaplanmıştır (Hawke, 2000).

Analitik değerlendirme için Inter American Development Bank (IDB), aile içi ve sosyal şiddetin maliyetini dört kategoriye ayırmıştır (Tablo I)

Tablo I. Şiddetin Sosyoekonomik Maliyeti

| | |
|----------------------------|---|
| Direkt maliyet | —Medikal —Polis —Ceza hukuk sistemi —Barınak —Sosyal servisler |
| Parasal Olmayan Maliyetler | —Artmış morbidite —İntihar ve öldürme yolu ile artmış mortalite —Alkol ve uyuşturucu bağımlılığı —Depresif hastalıklar |
| Ekonomik Etkiler | —Emek piyasasında yer almanın azalması —İşte üretkenliğin azalması —Düşük kazanç —Artmış devamsızlık —Nesiller arası üretkenlik üzerine etkileri (çocukların düşük eğitim başarısı ve sınıf tekrarı nedeni ile) —Yatırım ve tasarrufta azalma —Sermaye kaçışı |
| Sosyal Etkiler | —Şiddetin nesiller arası geçişi —Azalmış hayat kalitesi —Sosyal sermayenin erozyonu —Demokratik süreçlere düşük katılım |

2.5.1. Direkt Maliyet

Şiddetin önlenmesinde veya tedavide kullanılan hizmetlerin ve malların değeridir. Direkt maliyette, psikolojik danışma ve medikal tedavi (acil servis bakımı, hastanede bakım, klinik ve doktor ofislerinde bakım, cinsel yolla geçen hastalıkların tedavisi), tutuklama ve çağrılara cevap verme gibi polis hizmetleri, ceza hukuk sisteminde maruz kalınan durumlar (hapis ve alıkoyma, davalar ve mahkemeyi ilgilendiren diğer durumlar), kadınlar ve çocuklar için barınak ve sığınaklar, sosyal hizmetler (önleme ve savunma programları, hizmet içi eğitim, polislerin, doktorların, yargıçların ve medyanın eğitimi) hesaba katılmaktadır.

2.5.2. Parasal Olmayan Maliyetler

Parasal olmayan maliyet hesabında tıbbi servisler göz önünde bulundurulmaz fakat adam öldürme, intihar, artmış ilaç ve alkol bağımlılığı ve diğer depresif hastalıklar gibi artmış mortalite ve morbiditeye neden olarak kurbanın hayatını etkileyen faktörler dikkate alınır. Bunlar maddi olmayan maliyetler olmasına rağmen, Dünya Bankasının hesaplarına dayanılarak, HIV/AIDS, tüberküloz, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve doğum sonrası sepsis gibi diğer risk faktörleri ve hastalıklar ile maddi olarak kıyaslanabilme özelliğine sahiptir.

2.5.3. Ekonomik Maliyeti Çoğaltıcı Etkiler

Bu etkiler içinde örneğin, azalmış kadın işgücü katılımı, iş yerinde azalmış verimlilik ve daha düşük kazanç bulunmaktadır.

Bu kategori içinde diğer bir konu ise aile içi şiddetin çocukların gelecekte uygun iş bulma kapasitesindeki potansiyel etkisidir. Bireysel sermaye kaybı bir yana, şiddet içeren evde yaşayan çocukların okul sisteminde kötü performans sergilemesi ve sınıf tekrarı gibi nedenler ile oluşan maliyet de bulunmaktadır.

2.5.4. Sosyal Maliyeti Çoğaltıcı Etkiler

Kişiler arası ilişkiler ve hayat kalitesine etkidir. Bu kısım, çocuklar, sosyal sermayenin erozyonu, düşük yaşam kalitesi ve demokratik süreçlerde azalmış yer alma üzerinde şiddetin nesiller arası etkisini kapsamaktadır. Bu etkileri sayısal olarak değerlendirmek zordur fakat bunların etkileri bir ülkenin sosyal ve ekonomik gelişiminde oldukça değerlidir.

Kadına yönelik şiddetten ve ortaya çıkan sonuçlardan toplumun tüm kesimlerinin etkilendiği açıktır. Büyük oranda engellenebilir olan bu şiddeti eradike etmek için oluşturulacak ulusal politikaları savunmanın yan ısıra, gelişmekte olan ve endüstriyel ülkelerde de aile içi şiddetin maliyetinin hesaplanması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Hawke, 2000).

Aile içi şiddetin maliyeti ile ilgili seçilmiş çalışmalardan örnekler Tablo II' de sunulmaktadır (Duvvury, 2004).

Tablo II. Aile İçi Şiddetin Maliyeti (Seçilmiş Çalışmalar)

| Kaynak | Maliyetin hesaplanması | Toplam maliyet |
|--|--|--|
| Mansingh & Ramphal, 1993, Jamaika | Medikal | 1.1 milyar dolar (ABD) |
| Snively, 1994, Yeni Zelanda | Medikal bakım, Sosyal refah ve yardım, Ceza hukuk sistemi, Çalışma, Sağlık maliyetleri, | 1.2 -5.3 milyar dolar (Yeni Zelanda) |
| Korf, Meulenbeck, Mot, and Van den Brandt 1997, Hollanda | Polis ve adalet, Medikal, Psikolojik bakım, Çalışma, Sosyal güvenlik, | 142.2 milyon dolar (ABD) |
| Morrison and Orlando 1999, Şili ve Nikaragua | Çalışma, Sağlık servisleri, Çocukların eğitim başarıları | Kazançta azalma: Şili: 1.56 milyar dolar (ABD) Nikaragua: 29.5 milyon dolar (ABD) |
| Godenzi and Yodanis 1999 İsviçre | Medikal tedavi, Polis ve adalet, Destek, yardım, Sığınaklar, Danışma | 290 milyon dolar (ABD) |
| Wisner et al. 1999, Minnesota, ABD | Direkt medikal | 4.341 dolar (ABD) hasta başı |
| Songer, Cohen, Ettaro, Staren 2000, Pennsylvania, ABD | Sağlık bakım maliyetleri (suçlar, aile içi şiddet, cinayet) | 86 milyon dolar (ABD) |
| Henderson 2000, Brisbane City Council, Australia New & Berliner 2000, Washington, ABD | Personel verimi, Absenteizm, İş performansının düşmesi, konu ile ilgili kamusal sektör maliyetlerinin paylaşılması Direkt medikal (ruh sağlığı tedavi maliyetleri) | 1.5 milyar dolar her yıl (Avustralya) 3,087 dolar (ABD) hasta başı (15 oturumun ortancası) |
| Piispa and Heskanen 2001, Finlandiya | Medikal maliyetler, Sosyal servisler, Terapi, Ceza hukuk sistemi, Verimlilik kaybı, Yaşam kaybının değeri | 592 milyon dolar (FIM) |
| Australian Institute of Criminology 2001, Australia | Legal servisler, Hapsetme, Kurbanın bedeli, Kazanç kaybı, kaybolan zamanın fırsat maliyeti | 14.2 milyon dolar (Avustralya) |
| Health Canada 2002, Kanada | Direkt medikal | 1.1 milyar dolar (Kanada) |
| Womankind Worldwide 2002, (ABD) | Direkt medikal, Yasal servisler, Legal servisler, Polis, Çalışma ve çalışanların verimliliği, Psikolojik maliyetler, Kazanç kaybı, Zamanın fırsat maliyeti | 3.5 milyar dolar (ABD) |
| Women's Advocates 2002, ABD | Legal servisler, Direkt medikal, Polis, Hapsetme, Diğer parasal maliyetler (sığınaklar), Kazanç kaybı, Zamanın fırsat maliyeti, Çalışma ve çalışanların verimliliği | 12.6 milyar dolar (ABD) |
| National Center for Injury Prevention and Control 2003, ABD | Medikal servisler (ruh sağlığını kapsıyor), Ekonomik verim kaybı | 5.8 milyar dolar (ABD) |
| Walby 2004, İngiltere | Ceza hukuk sistemi, Sağlık bakımı, Sosyal servisler, Barınak, Legal, Ekonomik verim kaybı (işverenler ve işçiler) | 23 milyar İngiliz poundu |

3.Ruh Sağlığının Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık, yalnızca sakatlık ya da hastalığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir (Pektaş, 2006). Normal ve normal dışı davranışların tam olarak ayrımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak da oldukça güçtür. Literatürde, ruh sağlığının tanımını yapmaya çalışan birçok görüş bulunmaktadır (Öztürk, 1995). Bu görüşleri kapsayacak şekilde ruh sağlığı, “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir (Köknel, 1989). Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her dört kişiden biri ruhsal hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır (Stewart, 2006). Dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007-1). Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun % 17.2'sinde görülmektedir. Türkiye ulusal düzeyde DALY nedeni olan ilk 20 hastalık dağılımında depresif hastalıklar dördüncü hastalık yüküdür. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkeklerde dokuzuncu hastalık yükü nedeni iken kadınlarda dördüncü sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007-2).

3.1. Şiddet - Sağlık İlişkisi

Çocukluk çağı travmaları insan sağlığı üzerinde pek çok önemli etkiye sahiptir ve erken dönemde pek çok yolla insan sağlığını bozabilir (Kendall-Tackett, 2003). Bunlar arasında doğrudan yaralanmalar en sıklıkla rastlananlardır ama travmaların sağlık üzerindeki olumsuz etkisi şüphesiz bununla sınırlı değildir (Leserman, 1997). Örneğin cinsel kötüye kullanım, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve istenmeyen gebeliklere de yol açarak ergenlik döneminde de süren sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Dietz, 1999). Bütün bunların yanı sıra çocukluk çağı kötüye kullanımı beraberinde bazı psikiyatrik sorunlar için yüksek risk taşımakta ve gelişmekte olan beyin üzerinde oldukça olumsuz etkilere sahip olan alkol, uyuşturucu ve sigaraya bağımlılık riskini artırmaktadır (Felitti, 1998; Kaplan, 1998; Fleming, 1999).

Erken yaşamda strese maruz kalmanın bir diğer sekeli hipotalamik-hipofizer-adrenal aksta artmış duyarlılıktır (Kendall-Tackett, 2002). Bu değişiklikler Post Travmatik Stres Bozukluğu olanlarda ve çocukluğunda cinsel kötüye kullanım öyküsü olan kadınlarda gösterilmiştir (Yehuda, 1995). Kortizol ve sitokin seviyelerindeki artışın bağışıklık sistemi fonksiyonunda bozulmaya yol açtığı saptanmıştır (Raison, 2003).

Şiddete maruz kalma beraberinde getirdiği mali yük, şiddete eğilimde artış ve fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra pek çok psikiyatrik rahatsızlığa zemin hazırlamasıyla ilgi çekicidir.

3.2. Çocuk İstismarı ve İhmali

Çocuk istismarı ve ihmali, ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. İstismar ve ihmalin bu farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (Taner Y, 2004).

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir. Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır (Kaplan, 1999).

4.GEREÇ YÖNTEM

Samsun merkez ilköğretim okullarında 1 Eylül 2009 – 1 Ekim 2009 tarihleri arasında 346 öğretmenden anket formları aracılığı ve öz bildirim yöntemiyle veri toplanan bu çalışma, kesitsel tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Çocukluk döneminde şiddete maruz kalma prevalansı ile ruhsal durum bozuklukları prevalansları belirlendikten sonra, ruhsal durum bozukluğu saptanan bireylerden “olgu”, saptanmayan bireylerden ise “kontrol” grubu oluşturularak built-in (olgu-kontrol) yöntemi ile çocukluk çağında maruz kalınan travmaların ruhsal duruma etkilerinin analiz edilmesi planlanmıştır.

Çalışma başlangıcında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yerel Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'na başvurularak etik kurul onayı (EK-1); etik kurul onayından sonra da İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne yazılı başvuru yapılarak okullarda araştırma izni alınmıştır (EK-2).

Samsun ilinin yeni kurulan ilçelerinden Canik ve İlkadım ilçelerinin toplamı, eski merkez ilçe sınırlarına karşılık gelmektedir. Saha çalışmasının planlandığı dönemde çalışma evreni olarak belirlenen ve Merkez ilçe kabul edilen bu alanda, toplam 94 ilköğretim okulu ve 2397 öğretmen bulunmakta idi. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için aşağıdaki formül kullanılarak;

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + t^2 * p * q}$$

minimum örnek büyüklüğü (n) =332 olarak hesaplandı (Sümbüloğlu, 1987).

N: Evrendeki birey sayısı=2397

t: Sonsuz serbestlik derecesinde t tablosundan bulunan değer=1.96

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı=0.50 (prevalans bilinmediğinden)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı=0.50

d: Çalışmaya atfedilen hata payı=0.05

Anket çalışması sırasında ortaya çıkabilecek veri kaybı ve çalışma dışı bırakılması gereken olası olgular nedeniyle minimum örnek sayısının altına düşmemek amacıyla araştırmaya 350 öğretmen alınmasına karar verildi. Örneklem alınacak öğretmenlerin seçiminde ilk aşamada Samsun İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan okul ve öğretmen

listesi doğrultusunda tüm okullara öğretmen sayıları kadar kod verildi. Örneğin “A” ilköğretim okulunda 46 öğretmen varsa, “A1”den “A46”ya kadar kod verilerek her okul için, isim yerine kod verilmiş bir öğretmen listesi elde edildi. Okulların 37’si köy ilköğretim okulu, 57’si şehir ilköğretim okulu olup; köy okullarında 171 (% 7.1), şehir okullarında 1241 (% 92.9) öğretmen görev yapmaktaydı. Hem köy, hem de şehir ilkokullarından evrendeki oranlarıyla uyumlu olacak şekilde örneklem alınması planlandığından, köy ve şehir okulları için iki ayrı kodlanmış öğretmen listesi elde edildi. Her iki listeden de sistematik örneklem yoluyla 6 köy okulundan 25 öğretmen, 10 şehir okulundan da 325 öğretmen olmak üzere toplam 350 öğretmenin seçileceği okullar belirlendi. Örnekleme çıkan okullardan telefonla randevu alınarak okul müdürleriyle görüşüldü. İl Milli Eğitim Müdürlüğünden alınan yazılı izin formu gösterildi ve araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırma evreninde erkek öğretmen % 45, kadın öğretmen % 55 oranında bulunduğundan, her okuldan bu orana uygun kadın ve erkek öğretmen seçimi, okulda mevcut öğretmenler arasında kura yöntemi ile yapıldı.

Örnekleme çıkan öğretmenlere çalışmanın amacı ve anket formlarının nasıl doldurulacağı anlatıldıktan sonra aydınlatılmış onam formlarını doldurmaları istendi. Ardından anket formları dağıtılarak, bir sonraki gün toplandı. Tüm formların geri toplama işlemi sona erdiğinde, dört öğretmenin formları doldurmaksızın iade ettiği ve kişisel mahremiyet nedeniyle soruları cevaplamak istemediklerini belirttikleri görüldü. Böylece çalışmaya 346 öğretmen alınarak öngörülen örneklemin % 98,8’ine ulaşıldı.

Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte geçirilen süre gibi kişisel özelliklerine ait soruların yanı sıra, çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalıp kalmadıklarını değerlendirmek amacıyla, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanıldı (EK-3). ÇÇTÖ, 1994 yılında D.Bernstein tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir çocukluk çağı travma sorgulama ölçeğidir (Bernstein, Fink, 2003). Başlangıçta 70 sorudan oluşan ve orijinal adı “Childhood Trauma Question (CTQ)” olan bu ölçek 1995 yılında 54 soruya ve 2002 yılında da 28 soruya indirgenmiş ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Formu (ÇÇTÖ-KF) adıyla anılan bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin de aynı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir (Bernstein, Stein, 2003). ÇÇTÖ-KF 1997 yılında Prof.Dr.Vedat Şar tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik-güvenilirliği gösterilmiştir (Şar, 1997). İstismar ve ihmali saptamaya yönelik beş alt grupta,

1-Fiziksel kötüye kullanımı

2-Fiziksel ihmali

3- Duygusal kötüye kullanımı

4- Duygusal ihmali

5-Cinsel kötüye kullanımı

sorgulayan 5'er soru yer almakta, 3 soru da ankete verilen yanıtların güvenilirliğini test etme amacı taşımaktadır. Anket sorusuna verilen "Hiçbir zaman" yanıtı "1", "Nadiren" yanıtı "2", "Zaman zaman" yanıtı "3", "Sıklıkla" yanıtı "4", "Çok Sık Olarak" yanıtı "5" puan değerindedir. Böylelikle her bir alt grup testi puanı 5-25 puan arasında değişmektedir (Scher, 2001). Ağırlıklı toplam, tüm alt grup puanları toplamının beşe bölünmesiyle elde edilmektedir.

Öğretmenlerin çalışmanın yürütüldüğü dönemdeki ruhsal durumlarının belirlenmesinde ise "Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi" (SCL-90) adlı psikolojik belirti tarama testi kullanılmıştır (EK-4). Şemaların psikopatoloji gelişimindeki rolüne ilişkin kuramsal önermelerden hareketle, birleşen geçerliğinin incelenmesi amacıyla kullanılan bu ölçek, Deragotis tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlik-güvenirlik çalışmaları Dağ tarafından yürütülmüştür (Deragotis, 1977; Dağ, 1991). Psikolojik ve bedensel belirtileri, bireyin içinde bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini ölçmeye yönelik psikiyatrik bir tarama aracı olan ölçek 5'li (hiç/çok az/orta derecede/oldukça fazla/ileri derecede) Likert tipi değerlendirmeye dayanan 10 alt test ve 90 maddeden oluşmakta, özbildirim yöntemi ile doldurulmaktadır. Alt testler ve açıklamaları aşağıdaki gibidir:

1-SOMATİZASYON: 12 maddelik (1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58) bu test, vücudun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Çözümlemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları da tespit eder.

2-ANKSİYETE: 10 maddelik (2,17,23,33,39,57,72,78,80,86) bu alt test, klinik kaygının içerdiği belirti ve davranışları (rahatsızlık, sinirlilik, gerginlik, yorgunluk) gösterir. Kaygı kişinin sürekli kötü bir haber alacakmış gibi hissetmesidir. Nesnesi ve nedeni belli değildir. Kişi adeta uyanıkken kâbuslar görür.

3-OBSESYON: 10 maddelik (3,9,10,28,38,45,46,51,55,65) bu alt test aynı adla anılan belirtileri yansıtır. Bunlar bireylere yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimde yaşanan düşüncelerdir. Tekrar eden düşünceler ve suçlamayla karakterize edilen obsesif-kompulsif sendromların tespitinde yardımcı olur.

4-DEPRESYON: 13 maddelik (5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79) bu alt test, genel karamsarlık, ümitsizlik, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri, bilişsel ve somatik belirtileri içeren yaşantı duyumsamalarını yansıtır.

5-KİŞİLER ARASI İLİŞKİLERDE DUYARLILIK: 9 maddelik (6,21,34,36,37,41,61,69, 73) bu alt test bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır.

6- PSİKOTİZM: 10 maddelik (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90) bu alt test, içe kapanmayı, kendini yalnızlığa bırakmayı, tek başına sürdürülen hayat stilini yansıtır.

7-PARANOYA: 6 maddelik (8,18,43,68,76,83) bu alt test, yansıtıcı düşünceleri, düşmanlık, şüpheli, büyüklük ve merkeziyetçi düşünceleri, bağımsızlığı kaybetme korkusu ve sanrılar gibi düşünceleri yansıtır.

8- ÖFKE: 6 maddelik (11,24,63,67,74,81) bu alt test, kızma, huzursuz olma, karşı koyma, düşmanlık, saldırganlık, sinirlilik, öfke hali, küskünlük gibi özellikleri vurgular.

9-FOBİ: 7 maddelik (13,25,47,50,70,75,82) bu alt test, bireyin belirli bir neneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır.

10-EK BELİRTİLER: 7 maddelik (19,44,59,60,64,66,89) bu alt test, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtır.

Testin değerlendirilmesinde “Hiç” yanıtına 0 puan, “Çok az” yanıtına 1 puan, “Orta derecede” yanıtına 2 puan, “Oldukça fazla” yanıtına 3 puan, “İleri derecede” yanıtına 4 puan verilir. Bazı soruların yanıtları negatif değer taşır. Bireyin her alt test ile

ilgili durumu, maddelere verilen sayısal yanıt değerlerinin aritmetik toplamının, o alt testteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir. Tüm alt testlerden alınan puanların toplanıp 90'a bölünmesi ile de "Genel Belirti İndeksi" (GBİ) elde edilir. Her bir alt test ve GBİ'nin yorumlanmasında 0'dan 1.5'a kadar olan puanlar "normal" kabul edilir, 1.5-2.5 arası "araz düzeyi yüksek", 2.5-4 arası "araz düzeyi çok yüksek" olarak yorumlanır (Duran, 2006). Ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmış olan ölçeğin, özgün ve Türkçe formuna ilişkin çalışmalar geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmektedir (Dağ, 1991).

Verilerin bilgisayara aktarılması ve istatistiksel analizleri SPSS (versiyon 12.0) bilgisayar paket programı ile yapılmış; dağılımın merkez ve yaygınlık ölçütleri aritmetik ortalama ve standart sapma ile belirtilmiştir. Analitik karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi testleri kullanılmıştır.

5.BULGULAR

Çalışmaya katılan 346 öğretmenin 192'si (% 55.5) kadın, 154'ü (% 44.5) erkek olup yaş ortalaması 40.3 ± 8.1 yıl olarak bulundu. Öğretmenlerin 285'i (% 82.4) medeni durumunu evli, 42'si (% 12.1) hiç evlenmemiş, 13'ü (% 3.8) boşanmış, 6'sı (% 1.7) ise eşi ölmüş olarak belirtmişti. Mesleklerinde geçirdikleri süre ortalaması 17.9 ± 8.6 yıl olarak saptandı.

5.1. Çocuklukta Aile İçi Travma Bulguları:

Likert ölçekten elde edilen, farklı derecelerdeki “uğradım” yanıtlarının dağılımına bakıldığında, fiziksel kötüye kullanıma ilişkin sorulara “nadiren” ile “çok sık” arasında uğradığını belirtenlerin oranı % 6.4 ile % 12.7 arasında değişirken; fiziksel ihmale % 3.5 - % 38.8, duygusal kötüye kullanıma % 12.1 - % 28.9, duygusal ihmale % 45.9 - % 76.6, cinsel kötüye kullanıma ise % 4.3 - % 10.1 arasında “uğradım” yanıtı verildiği görüldü.

ÇÇTÖ'ye göre çalışma grubunun ağırlıklı toplam puan ortalaması 7.32 ± 2.19 olup, ölçeğin alt grup puan ortalamaları Tablo III' de sunulmuştur.

Tablo III. ÇÇTÖ puan ortalamalarının alt gruplara göre dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Puan Ortalaması |
|--------------------------|-----------------------------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.92 ± 2.14 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.09 ± 2.14 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.62 ± 2.62 |
| Duygusal İhmal | 11.18 ± 4.86 |
| Fiziksel İhmal | 6.77 ± 2.25 |
| Ağırlıklı toplam | 7.32 ± 2.19 |

ÇÇTÖ ağırlıklı toplam puanı ile alt grup puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında “duygusal kötüye kullanım”, “fiziksel kötüye kullanım” ve “fiziksel ihmâl” puan ortalamalarının erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunduğu saptandı. ($p < 0.05$) (Tablo IV)

Tablo IV. ÇÇTÖ Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Erkek | Kadın | t | p |
|--------------------------|------------------|------------------|-------------|-------------|
| | (n=154) | (n=192) | | |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.94±2.93 | 6.36±2.32 | 2.04 | 0.04 |
| Fiziksel kötüye kullanım | 6.18±2.47 | 5.71±1.80 | 2.04 | 0.04 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.32±2.33 | 5.92±1.96 | 1.74 | 0.08 |
| Duygusal İhmal | 11.75±4.74 | 10.72±4.92 | 1.95 | 0.05 |
| Fiziksel İhmal | 7.12±2.44 | 6.49±2.05 | 2.60 | 0.01 |
| Ağırlıklı toplam | 7.66±2.30 | 6.36±2.32 | 2.64 | 0.01 |

ÇÇTÖ ağırlıklı toplam puanı ile alt grup ölçekleri puan ortalamaları medeni duruma göre karşılaştırıldığında, en yüksek puanların boşanmış öğretmenlerde, en düşük puanların ise eşi ölmüş öğretmenlerde bulunduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo V).

Tablo V. ÇÇTÖ Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Eşi | | | Hiç | | KW | p |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|-------------|-------------|----------|
| | Evli | Ölmüş | Boşanmış | evlenmemiş | | | |
| | (n=285) | (n=6) | (n=13) | (n=42) | | | |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.6±2.5 | 5.2±0.4 | 7.4±3.2 | 6.5±3.2 | 3.73 | 0.29 | |
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.9±2.0 | 5.5±0.8 | 6.4±2.5 | 6.0±2.9 | 0.74 | 0.86 | |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.2±2.2 | 5.8±1.6 | 5.8±1.7 | 5.9±1.7 | 1.18 | 0.76 | |
| Duygusal İhmal | 11.3±4.9 | 9.5±3.9 | 12.8±5.4 | 10.2±3.9 | 2.99 | 0.39 | |
| Fiziksel İhmal | 6.8±2.3 | 6.5±1.2 | 6.9±2.5 | 6.4±2.1 | 1.65 | 0.65 | |
| Ağırlıklı toplam | 7.4±2.2 | 6.5±0.9 | 7.9±2.5 | 7.0±2.2 | 2.66 | 0.45 | |

5.2. Ruhsal Duruma Ait Bulgular:

Çalışma grubunun ruhsal durumunun belirlenmesi amacıyla uygulanan SCL-90 ölçeği değerlendirildiğinde genel belirti indeksi $0.67±0.45$ olarak bulundu. Ölçeğin alt grup puan ortalamaları Tablo VI' da sunulmuştur.

Tablo VI. SCL-90 Puanlarının Alt Gruplara Göre Dağılımı

| SCL90 Alt Grupları | Puan Ortalaması |
|--------------------------------------|------------------------|
| Somatizasyon | 0.72±0.56 |
| Anksiyete | 0.57±0.51 |
| Obsesyon | 0.95±0.57 |
| Depresyon | 0.74±0.57 |
| Kişiler arası ilişkilerde duyarlılık | 0.72±0.58 |
| Psikotizm | 0.43±0.42 |
| Paranoya | 0.80±0.58 |
| Öfke | 0.65±0.62 |
| Fobi | 0.35±0.47 |
| Ek belirtiler | 0.72±0.57 |
| Genel belirti indeksi | 0.67±0.45 |

SCL-90 alt grup puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı karşılaştırıldığında, erkeklerde anksiyete, somatik belirti ve depresif belirti puanları dışında kalan tüm alt grup puanları kadınlardan daha yüksek, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermezken, genel belirti indeksi her iki cinsiyette de benzer bulundu (Tablo VII).

Tablo VII. SCL-90 Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

| SCL90 Alt Grupları | Erkek (n=154) | Kadın (n=192) | t | p |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|----------|
| Somatizasyon | 0.66±0.53 | 0.77±0.58 | 1.94 | 0.053 |
| Anksiyete | 0.54±0.48 | 0.59±0.53 | 0.84 | 0.403 |
| Obsesyon | 0.96±0.54 | 0.94±0.59 | 0.41 | 0.680 |
| Depresyon | 0.69±0.54 | 0.77±0.59 | 1.23 | 0.219 |
| Duyarlılık | 0.73±0.55 | 0.71±0.60 | 0.39 | 0.697 |
| Psikotizm | 0.46±0.40 | 0.41±0.44 | 1.17 | 0.241 |
| Paranoya | 0.81±0.56 | 0.80±0.60 | 0.16 | 0.874 |
| Öfke | 0.70±0.58 | 0.61±0.65 | 1.28 | 0.202 |
| Fobi | 0.38±0.48 | 0.34±0.45 | 0.80 | 0.427 |
| Ek Belirtiler | 0.72±0.54 | 0.71±0.60 | 0.14 | 0.889 |
| Genel Belirti İndeksi | 0.67±0.43 | 0.67±0.47 | 0.02 | 0.985 |

SCL-90 alt grup puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımına bakıldığında, “hiç evlenmemiş” ve “eşi ölmüş” öğretmenlerde belirti puanlarının, “evli” ve “boşanmış” gruplara kıyasla daha düşük olduğu; ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo VIII).

Tablo VIII. SCL-90 Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

| SCL-90 Alt Grupları | Evli | Eşi | Boşanmış | Hiç | KW | p |
|----------------------------|----------------|--------------|-----------------|-------------------|-----------|----------|
| | (n=285) | Ölmüş | (n=13) | evlenmemiş | | |
| Somatizasyon | 0.72±0.57 | 0.78±0.42 | 0.86±0.59 | 0.67±0.56 | 1.80 | 0.61 |
| Anksiyete | 0.58±0.52 | 0.48±0.15 | 0.70±0.56 | 0.47±0.41 | 1.83 | 0.61 |
| Obsesyon | 0.93±0.57 | 1.00±0.58 | 1.07±0.52 | 1.02±0.59 | 2.47 | 0.48 |
| Depresyon | 0.73±0.57 | 0.69±0.34 | 1.11±0.71 | 0.65±0.49 | 4.58 | 0.21 |
| Duyarlılık | 0.72±0.59 | 0.57±0.44 | 0.84±0.77 | 0.71±0.52 | 0.36 | 0.95 |
| Psikotizm | 0.44±0.43 | 0.28±0.19 | 0.62±0.47 | 0.39±0.38 | 2.62 | 0.45 |
| Paranoya | 0.81±0.59 | 0.81±0.57 | 1.03±0.69 | 0.69±0.49 | 2.63 | 0.45 |
| Öfke | 0.66±0.64 | 0.50±0.38 | 0.86±0.79 | 0.55±0.46 | 1.49 | 0.68 |
| Fobi | 0.35±0.46 | 0.21±0.22 | 0.74±0.81 | 0.29±0.33 | 3.31 | 0.35 |
| Ek | 0.72±0.59 | 0.67±0.55 | 1.00±0.46 | 0.66±0.48 | 5.62 | 0.13 |
| Genel belirti indeksi | 0.66±0.46 | 0.60±0.22 | 0.88±0.55 | 0.61±0.40 | 2.35 | 0.50 |

SCL-90 değerlendirmesinde normal ve araz saptanan olguların SCL-90 alt gruplarına ve cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, erkeklerin 144’ünde (% 93.5), kadınların 179’unda (% 93.2) genel belirti indeksi “normal” düzeyde saptandı. SCL-90 tarama testine göre her iki cinsiyette de en sık araz saptanan durumlar yaklaşık % 16 sıklıkla “obsesif belirtiler”, % 13 sıklıkla “Paranoid belirtiler” ve % 10 sıklıkla “somatik belirtiler” idi.

Genel belirti indeksi, erkeklerin 10’unda (% 6.5), kadınların 13’ünde (% 6.8) “Araz düzeyi yüksek” olarak saptanırken; çalışma grubu içerisinde bu indeks için “Araz düzeyi çok yüksek” olgu bulunmamaktaydı (Tablo IX).

Tablo IX: SCL-90 Alt Gruplarının Araz Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı

| <u>Alt Gruplar</u> | <u>Araz Yok</u> | | | | <u>Araz Düzeyi Yüksek</u> | | | | <u>Araz Düzeyi Çok Yüksek</u> | | | |
|-----------------------|-----------------|----------|--------------|----------|---------------------------|----------|--------------|----------|-------------------------------|----------|--------------|----------|
| | <u>Erkek</u> | | <u>Kadın</u> | | <u>Erkek</u> | | <u>Kadın</u> | | <u>Erkek</u> | | <u>Kadın</u> | |
| | <u>Sayı</u> | <u>%</u> | <u>Sayı</u> | <u>%</u> | <u>Sayı</u> | <u>%</u> | <u>Sayı</u> | <u>%</u> | <u>Sayı</u> | <u>%</u> | <u>Sayı</u> | <u>%</u> |
| Somatizasyon | 140 | 90.9 | 169 | 88.0 | 14 | 9.1 | 21 | 10.9 | 0 | 0.0 | 2 | 1.1 |
| Anksiyete | 144 | 93.5 | 179 | 93.2 | 10 | 6.5 | 10 | 5.2 | 0 | 0.0 | 3 | 1.6 |
| Obsesyon | 128 | 83.1 | 156 | 81.3 | 24 | 15.6 | 34 | 17.6 | 2 | 1.3 | 2 | 1.1 |
| Depresyon | 141 | 91.6 | 170 | 88.5 | 12 | 7.8 | 19 | 9.9 | 1 | 0.6 | 3 | 1.6 |
| Duyarlılık | 139 | 90.3 | 170 | 88.5 | 13 | 8.4 | 20 | 10.4 | 2 | 1.3 | 2 | 1.1 |
| Psikotizm | 152 | 98.7 | 185 | 96.4 | 2 | 1.3 | 7 | 3.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Paranoya | 134 | 87.0 | 160 | 83.3 | 17 | 11.1 | 30 | 15.6 | 3 | 1.9 | 2 | 1.1 |
| Öfke | 138 | 89.6 | 176 | 91.7 | 14 | 9.1 | 13 | 6.7 | 2 | 1.3 | 3 | 1.6 |
| Fobi | 148 | 96.1 | 185 | 96.4 | 5 | 3.2 | 6 | 3.1 | 1 | 0.6 | 1 | 0.5 |
| Ek belirtiler | 138 | 89.6 | 174 | 90.6 | 16 | 10.4 | 18 | 9.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Genel Belirti İndeksi | 144 | 93.5 | 179 | 93.2 | 10 | 6.5 | 13 | 6.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

5.3. Ruhsal Durum ile Çocukluk Çağı Travma Bulguları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda yer alan öğretmenlerin çocukluk çağında yaşadıkları travmaların ruhsal durumlarına etkisini belirlemek amacıyla, öğretmenler ruhsal belirti tarama testine göre “araz olmayan” “araz düzeyi yüksek” ve “araz düzeyi çok yüksek” şeklinde gruplara ayrıldı. Ruhsal belirti tarama testine göre “araz düzeyi çok yüksek” olarak saptanan olgu sayıları istatistiksel analiz için yetersiz olduğundan, “araz düzeyi yüksek” ve “araz düzeyi çok yüksek” olgu sayıları birleştirildi. Araz saptanmayan olgular “normal”, yüksek ya da çok yüksek derecede araz saptanan olgular ise “araz düzeyi yüksek” başlığıyla kodlanarak istatistiksel analizlerde iki grup kullanıldı. Çocukluk çağı travma ölçeğinde yer alan alt grup puanlarının, belirti tarama testine göre oluşturulan bu iki grup arasında farklılık gösterip göstermediğine bakıldı.

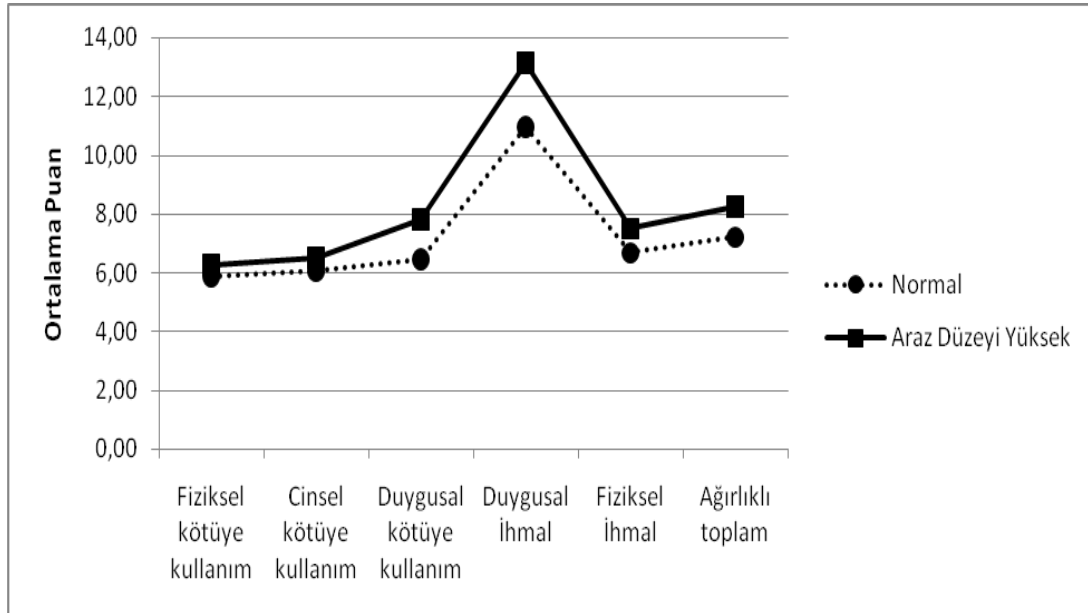
5.3.1 Somatizasyon İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 37 (% 10.7) öğretmenin somatizasyon belirtileri yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup puan ortalamalarının somatik durum değerlendirmesine göre dağılımına bakıldığında fiziksel ve cinsel kötüye kullanım dışında tüm travma puanlarının araz saptanan olgularda, saptanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo X, Şekil 2).

Tablo X: ÇÇTÖ Puanlarının Somatizasyon Durumuna Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Normal (n=309) | Araz Düzeyi Yüksek (n=37) | U | p |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.88±2.12 | 6.24±2.29 | 5261.5 | 0.307 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.05±2.13 | 6.49±2.19 | 5010.5 | 0.145 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.47±2.48 | 7.81±3.41 | 4435.0 | 0.015 |
| Duygusal İhmal | 10.95±4.71 | 13.14±5.68 | 4467.0 | 0.029 |
| Fiziksel İhmal | 6.68±2.22 | 7.49±2.45 | 4250.5 | 0.029 |
| Ağırlıklı toplam | 7.21±2.11 | 8.23±2.60 | 4343.0 | 0.017 |



Şekil 2. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının somatik durum değerlendirmesine göre dağılımı

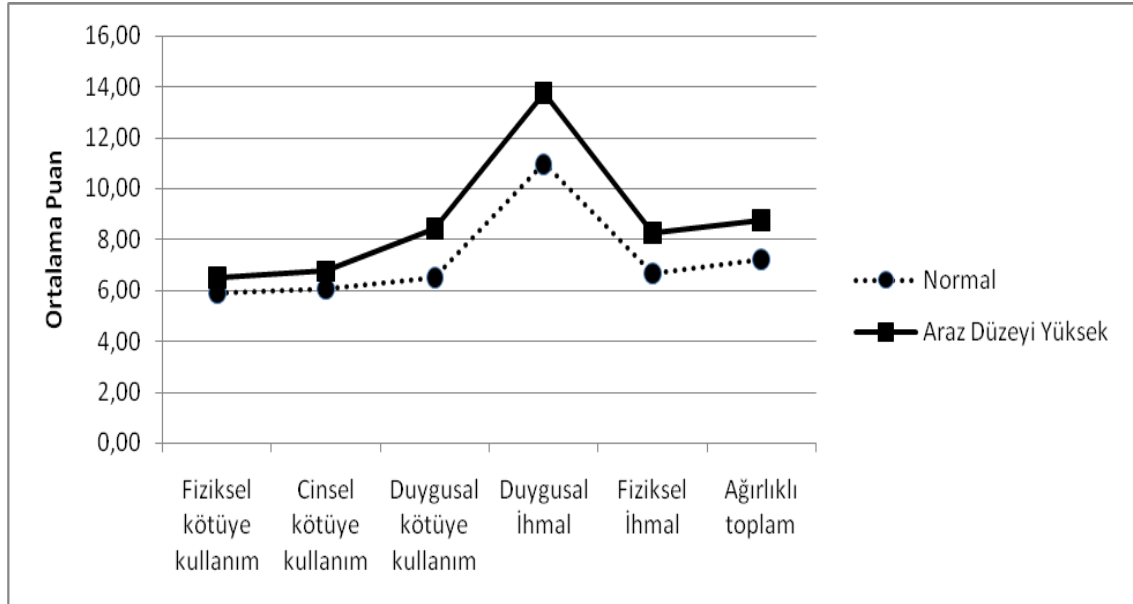
5.3.2 Anksiyete Belirtileri İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 23 (% 6.7) öğretmenin anksiyete belirtileri yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup puan ortalamalarının anksiyete durum değerlendirmesine göre dağılımına bakıldığında “duygusal kötüye kullanım”, “duygusal ihmal” ve “fiziksel ihmal” puan ortalamalarının araz saptanan olgularda, saptanmayanlara göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo XI, Şekil 3).

Tablo XI. ÇÇTÖ Puanlarının Anksiyete Durumuna Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Normal (n=323) | Araz Düzeyi Yüksek (n=23) | U | p |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.88±2.13 | 6.48±2.21 | 3015.0 | 0.051 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.05±2.13 | 6.74±2.20 | 3014.5 | 0.073 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.49±2.51 | 8.43±3.46 | 2332.0 | 0.001 |
| Duygusal İhmal | 10.99±4.81 | 13.78±4.86 | 2446.0 | 0.006 |
| Fiziksel İhmal | 6.66±2.16 | 8.26±2.99 | 2596.5 | 0.011 |
| Ağırlıklı toplam | 7.21±2.13 | 8.74±2.49 | 2315.0 | 0.002 |



Şekil 3. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının anksiyete durum değerlendirmesine göre dağılımı

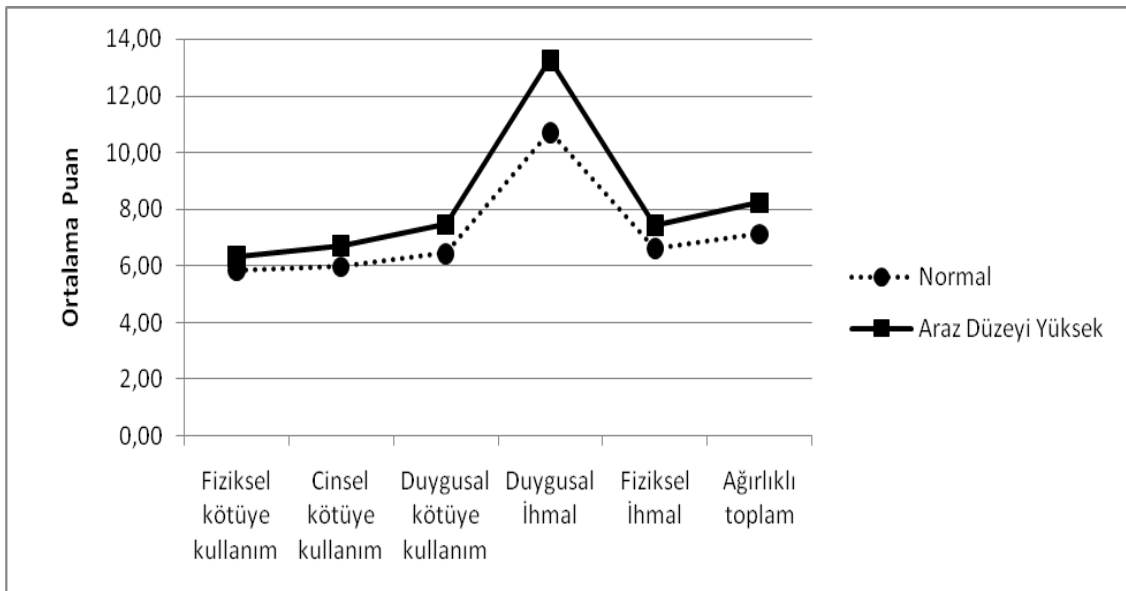
5.3.3 Obsesyon İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 62 (% 17.9) öğretmenin obsesif belirtiler yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Bu yüksek prevalans nedeniyle, belirti tarama testi alt ölçekleri içerisinde birinci sırada saptanan arazın obsesyon olduğu gözlemlendi.

ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının obsesif durum değerlendirmesine göre dağılımı irdelendiğinde tüm ÇÇTÖ alt grup puan ortalamalarının “araz düzeyi yüksek” bulunan öğretmenlerde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı yükseklik gösterdiği görüldü (Tablo XII, Şekil 4).

Tablo XII. ÇÇTÖ Puanlarının Obsesif Belirti Durumuna Göre Dağılımı

| <u>ÇÇTÖ Alt Grupları</u> | <u>Normal (n=284)</u> | <u>Araz Düzeyi Yüksek (n=62)</u> | <u>U</u> | <u>p</u> |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.83±2.15 | 6.34±2.06 | 6995.0 | 0.001 |
| Cinsel kötüye kullanım | 5.96±2.02 | 6.73±2.54 | 7173.0 | 0.007 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.43±2.57 | 7.48±2.72 | 6343.5 | 0.000 |
| Duygusal İhmal | 10.72±4.77 | 13.27±4.75 | 5940.5 | 0.000 |
| <u>Fiziksel İhmal</u> | <u>6.62±2.16</u> | <u>7.45±2.55</u> | <u>7046.0</u> | <u>0.010</u> |
| <u>Ağırlıklı toplam</u> | <u>7.11±2.15</u> | <u>8.25±2.13</u> | <u>5556.0</u> | <u>0.000</u> |



Şekil 4. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının obsesif durum değerlendirmesine göre dağılımı

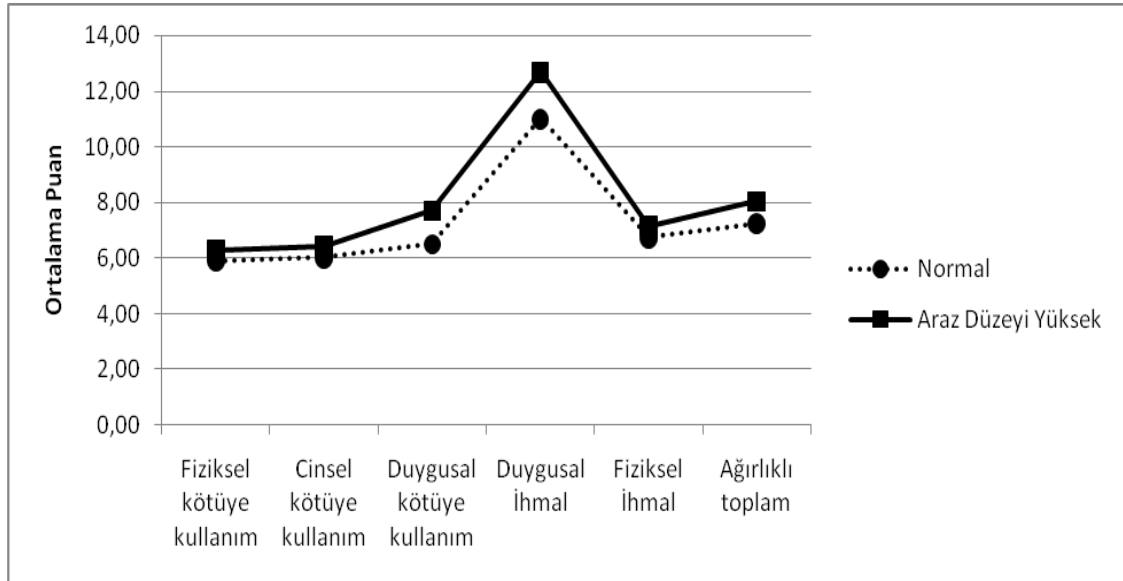
5.3.4 Depresif Belirtiler İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 35 (% 10.1) öğretmenin depresif belirtiler yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının depresif durum değerlendirmesine göre dağılımı karşılaştırıldığında, “duygusal kötüye kullanım” ve “duygusal ihmal” puan ortalamalarının, depresif bulunanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu ve bu iki travma puanlarının ağırlıklı toplam ÇÇTÖ puan ortalamasını da yükselttiği saptandı (Tablo XIII, Şekil 5).

Tablo XIII. CCTÖ Puanlarının Depresif Belirti Durumuna Göre Dağılımı

| <u>CCTÖ Alt Grupları</u> | <u>Normal (n=311)</u> | <u>Araz Düzeyi Yüksek (n=35)</u> | <u>U</u> | <u>p</u> |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.88±2.15 | 6.29±2.05 | 4623.0 | 0.059 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.06±2.12 | 6.43±2.33 | 5079.5 | 0.442 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.49±2.56 | 7.71±2.93 | 3924.5 | 0.003 |
| Duygusal İhmal | 11.01±4.90 | 12.69±4.28 | 4085.5 | 0.015 |
| <u>Fiziksel İhmal</u> | <u>6.72±2.23</u> | <u>7.17±2.46</u> | <u>4789.0</u> | <u>0.222</u> |
| <u>Ağırlıklı toplam</u> | <u>7.23±2.18</u> | <u>8.06±2.12</u> | 3894.5 | 0.006 |



Şekil 5. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının depresif durum değerlendirmesine göre dağılımı

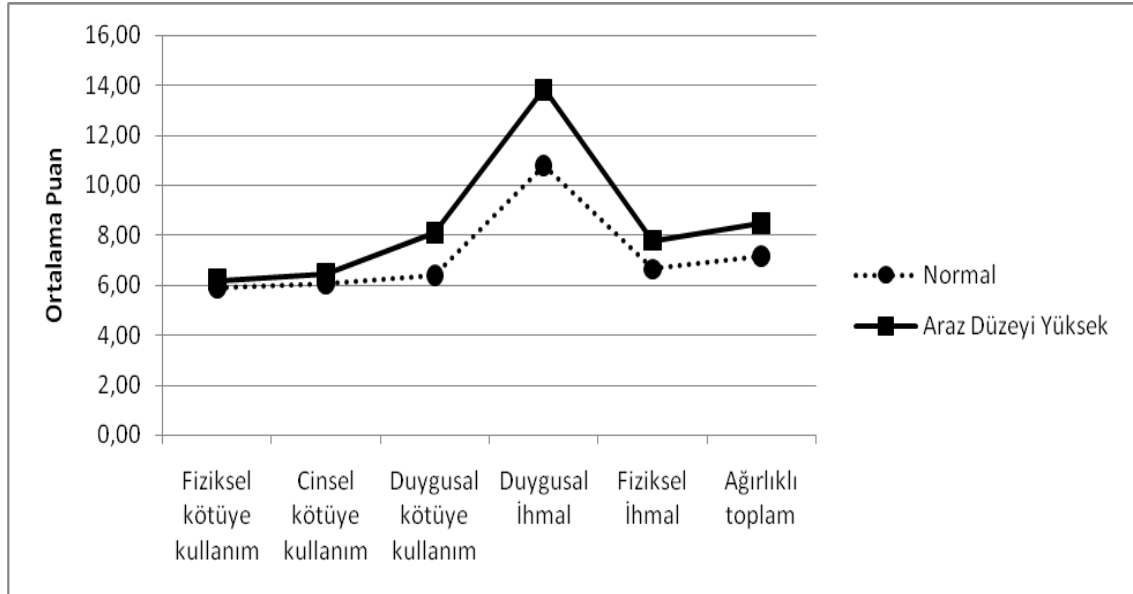
5.3.5 Kişiler Arası Duyarlılık İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 37 (% 10.7) öğretmenin kişiler arası duyarlılık yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup puan ortalamalarının kişiler arası duyarlılık durum değerlendirmesine göre dağılımı karşılaştırıldığında, “araz düzeyi yüksek” olanlarda tüm ÇÇTÖ puanlarının yüksek olduğu ve “fiziksel kötüye kullanım” ile “cinsel kötüye kullanım” dışında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptandı (Tablo XIV, Şekil 6).

Tablo XIV. CCTÖ Puanlarının Kişiler Arası Duyarlılık Durumuna Göre Dağılımı

| ÇCTÖ Alt Grupları | Normal (n=309) | Araz Düzeyi Yüksek (n=37) | U | p |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.89±2.15 | 6.19±2.07 | 4884.0 | 0.061 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.05±2.12 | 6.46±2.30 | 5070.5 | 0.182 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.44±2.53 | 8.08±2.93 | 3527.5 | 0.000 |
| Duygusal İhmal | 10.86±4.74 | 13.84±5.08 | 3707.0 | 0.000 |
| Fiziksel İhmal | 6.65±2.14 | 7.78±2.55 | 4086.0 | 0.003 |
| Ağırlıklı toplam | 7.18±2.13 | 8.47±2.32 | 3736.5 | 0.001 |



Şekil 6. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının kişiler arası duyarlılığa göre dağılımı

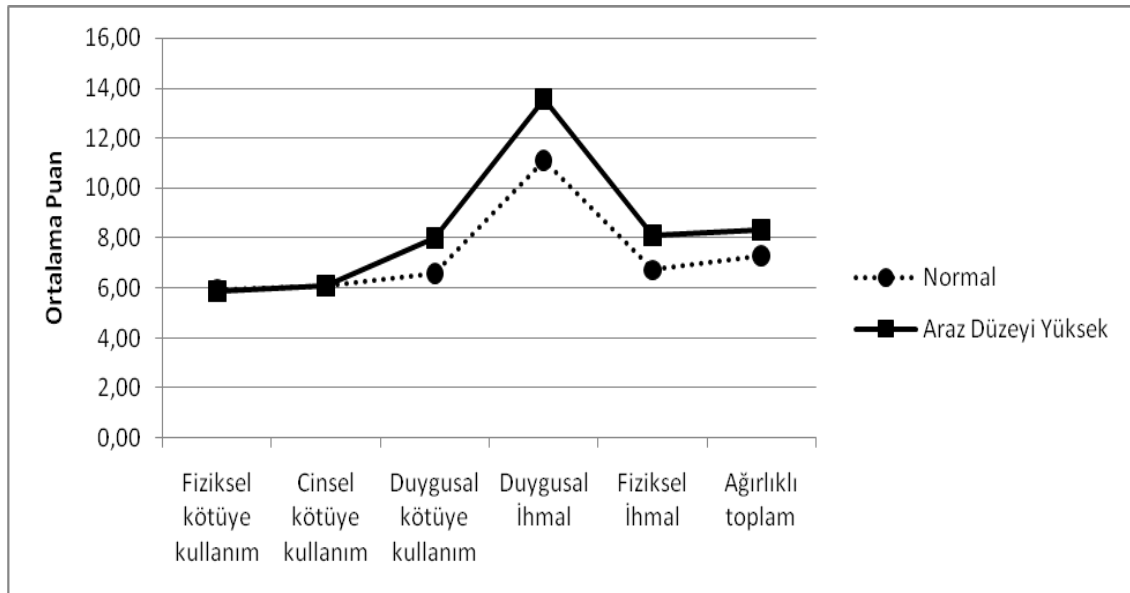
5.3.6. Psikotik Durum İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 9 (% 2.6) öğretmenin psikotik durum yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

“Araz düzeyi yüksek” bulunanlarda normal olarak değerlendirilen öğretmenlere kıyasla daha yüksek ÇÇTÖ alt grup puan ortalamaları saptandıysa da, her iki grup değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo XV, Şekil 7).

Tablo XV. ÇÇTÖ Puanlarının Psikotik Duruma Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Normal (n=337) | Araz Düzeyi Yüksek (n=9) | U | p |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.92±2.15 | 5.89±1.54 | 1418.5 | 0.669 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.10±2.15 | 6.11±1.45 | 1367.5 | 0.550 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.58±2.59 | 8.00±3.57 | 1095.0 | 0.121 |
| Duygusal İhmal | 11.12±4.84 | 13.56±5.29 | 1075,5 | 0.135 |
| Fiziksel İhmal | 6.73±2.22 | 8.11±3.02 | 1069,5 | 0.241 |
| Ağırlıklı toplam | 7.29±2.17 | 8.33±2.63 | 1169.5 | 0.241 |



Şekil 7: ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının psikotik durum değerlendirmesine göre dağılımı

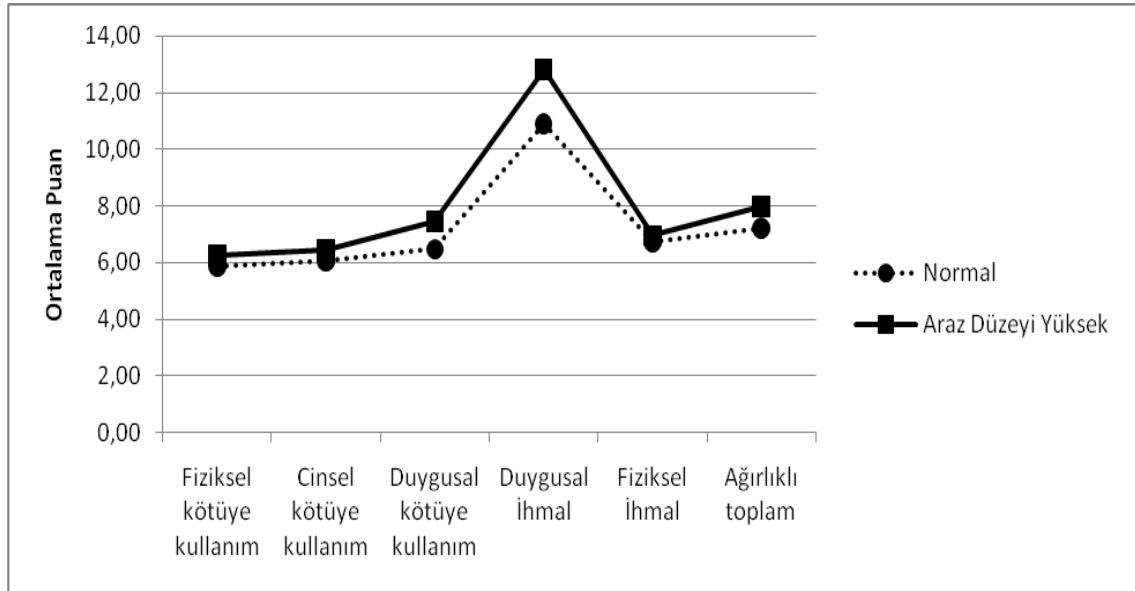
5.3.7. Paranoid Durum İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 52 (% 15.0) öğretmenin paranoid durum yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının paranoid durum değerlendirmesine göre dağılımına bakıldığında, “araz düzeyi yüksek” bulunanlarda “duygusal kötüye kullanım”, “Duygusal ihmal” ve ağırlıklı toplam ÇÇTÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (Tablo XVI, Şekil 8).

Tablo XVI: ÇÇTÖ Puanlarının Paranoid Duruma Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Normal (n=294) | Araz Düzeyi Yüksek (n=52) | U | p |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.86±2.14 | 6.25±2.10 | 6552.5 | 0.034 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.03±2.11 | 6.44±2.29 | 6898.0 | 0.183 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6,47±2,55 | 7.46±2.88 | 5973.5 | 0.006 |
| Duygusal İhmal | 10.89±4.87 | 12.83±4.49 | 5621.5 | 0.002 |
| Fiziksel İhmal | 6.73±2.25 | 6.96±2.27 | 6985.0 | 0.298 |
| Ağırlıklı toplam | 7.20±2.18 | 7.99±2.16 | 5681.0 | 0.003 |



Şekil 8. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının paranoid durum değerlendirmesine göre dağılımı

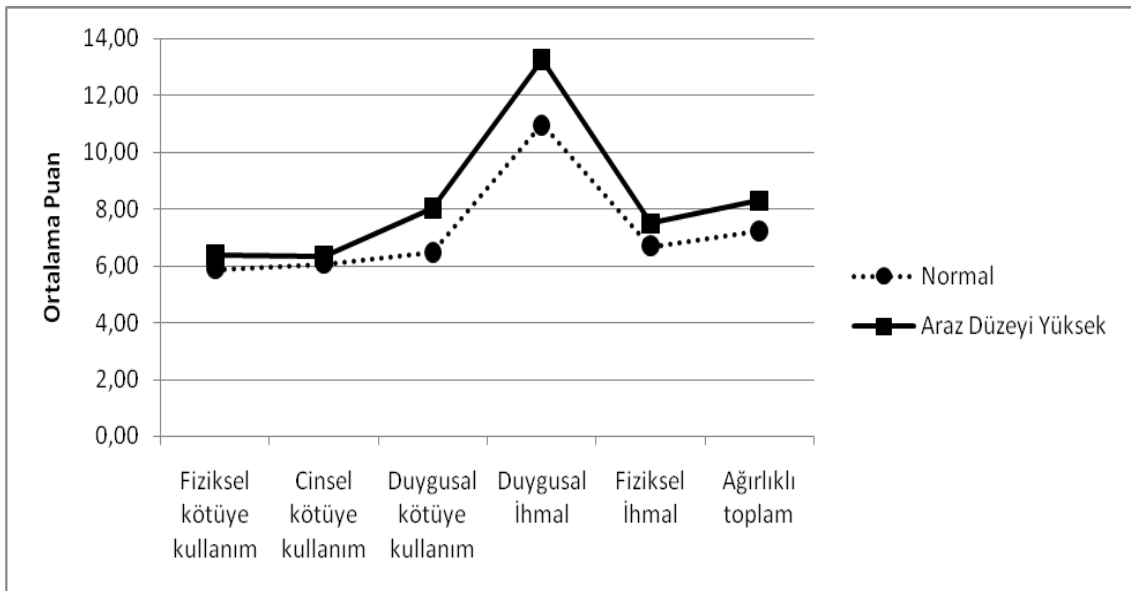
5.3.8. Öfke Durumu İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 32 (% 9.2) öğretmenin öfke durumu yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

“Cinsel kötüye kullanım” dışında tüm alt grup travma puanları “araz düzeyi yüksek” bulunanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik göstermekteydi (Tablo XVII, Şekil 9).

Tablo XVII: ÇCTÖ Puanlarının Öfke Durumuna Göre Dağılımı

| <u>ÇCTÖ Alt Grupları</u> | <u>Normal (n=314)</u> | <u>Araz Düzeyi Yüksek (n=32)</u> | <u>U</u> | <u>p</u> |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.88±2.14 | 6.38±2.12 | 3962.0 | 0.011 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.07±2.17 | 6.34±1.82 | 4310.0 | 0.116 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6,47±2,55 | 8.03±2.92 | 3057.5 | 0.000 |
| Duygusal İhmal | 10.97±4.82 | 13.25±4.84 | 3533.5 | 0.006 |
| Fiziksel İhmal | 6.69±2.21 | 7.50±2.57 | 3985.5 | 0.043 |
| Ağırlıklı toplam | 7.22±2.18 | 8.30±2.15 | 3398.0 | 0.003 |



Şekil 9. ÇCTÖ alt grup ortalamalarının öfke değerlendirmesine göre dağılımı

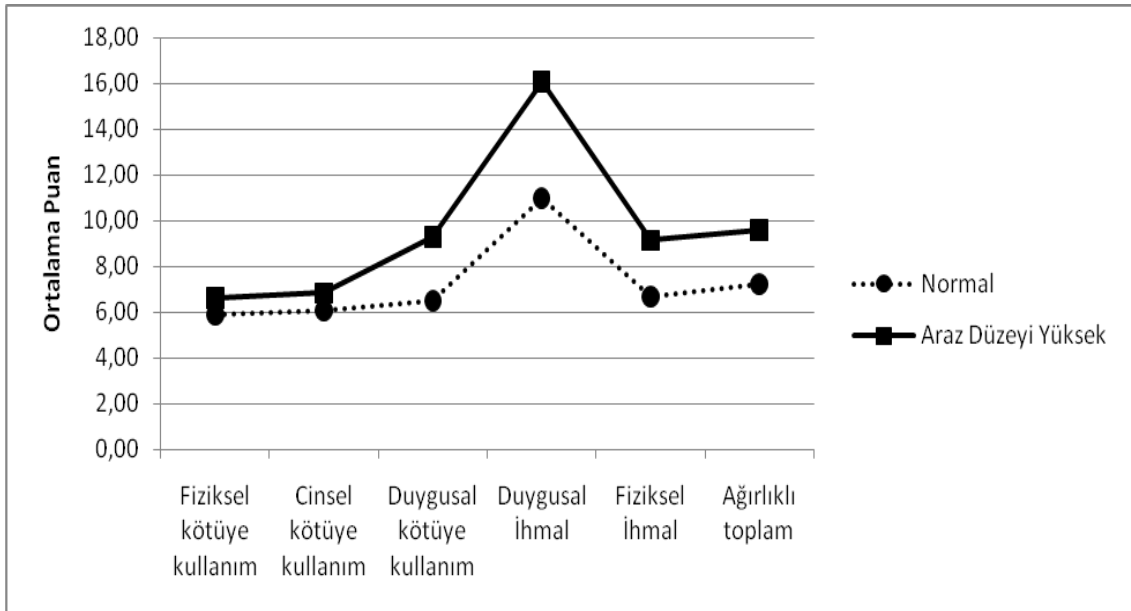
5.3.9. Fobik Durum İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 13 (% 3.8) öğretmenin fobik durum yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

Fobik arazi olanlarda tıpkı öfke yönünden araz saptananlarda olduğu gibi “cinsel kötüye kullanım” dışında tüm alt grup travma puanları istatistiksel olarak anlamlı yükseklik göstermekteydi (Tablo XVIII, Şekil 10).

Tablo XVIII: CCTÖ Puanlarının Fobik Belirti Durumuna Göre Dağılımı

| <u>ÇCTÖ Alt Grupları</u> | <u>Normal (n=333)</u> | <u>Araz Düzeyi Yüksek (n=13)</u> | <u>U</u> | <u>p</u> |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.89±2.12 | 6.62±2.57 | 1593.0 | 0.037 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.07±2.12 | 6.85±2.48 | 1787.0 | 0.205 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6,51±2,52 | 9.31±2.92 | 950.5 | 0.000 |
| Duygusal İhmal | 10.99±4.78 | 16.08±4.31 | 906.5 | 0.000 |
| Fiziksel İhmal | 6,68±2,19 | 9.15±2.64 | 1032.0 | 0.001 |
| Ağırlıklı toplam | 7.23±2.12 | 9.60±2.62 | 912.5 | 0.000 |



Şekil 10. ÇCTÖ alt grup ortalamalarının fobi değerlendirmesine göre dağılımı

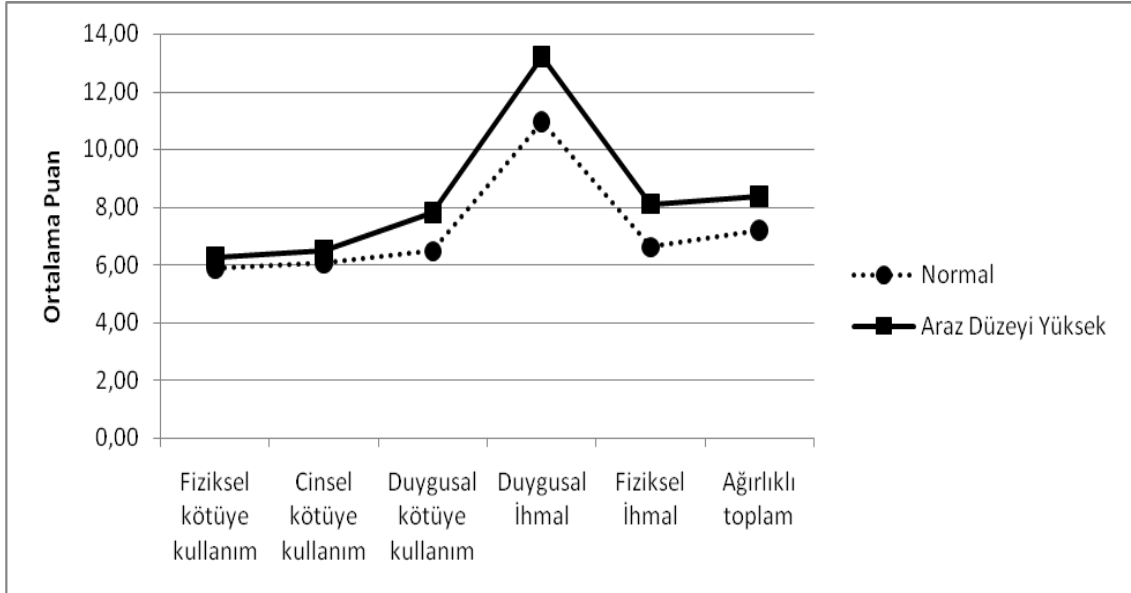
5.3.10. Ek Durumlar İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 34 (% 9,8) öğretmenin suçluluk duyguları, yeme sorunları ve uyku ile ilgili sorunlar gibi ek patolojik durumlar yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup puan ortalamalarının ek durum değerlendirmesine göre dağılımına bakıldığında yine “cinsel kötüye kullanım” dışında tüm alt grup travma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yükseklik gösterdiği saptandı (Tablo XIX, Şekil 11).

Tablo XIX: ÇÇTÖ Puanlarının Ek Belirti Durumuna Göre Dağılımı

| <u>ÇÇTÖ Alt Grupları</u> | <u>Normal (n=312)</u> | <u>Araz Düzeyi Yüksek (n=34)</u> | <u>U</u> | <u>p</u> |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.88±2.14 | 6.26±2.09 | 4336.0 | 0.024 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.05±2.13 | 6.50±2.17 | 4710.0 | 0.203 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.48±2.55 | 7.82±2.95 | 3436.0 | 0.000 |
| Duygusal İhmal | 10.95±4.85 | 13.23±4.44 | 3672.0 | 0.003 |
| Fiziksel İhmal | 6.62±2.11 | 8.12±2.93 | 3692.0 | 0.002 |
| <u>Ağırlıklı toplam</u> | <u>7.19±2.14</u> | <u>8.38±2.34</u> | <u>3486.5</u> | <u>0.001</u> |



Şekil 11: ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının ek belirti değerlendirmesine göre dağılımı

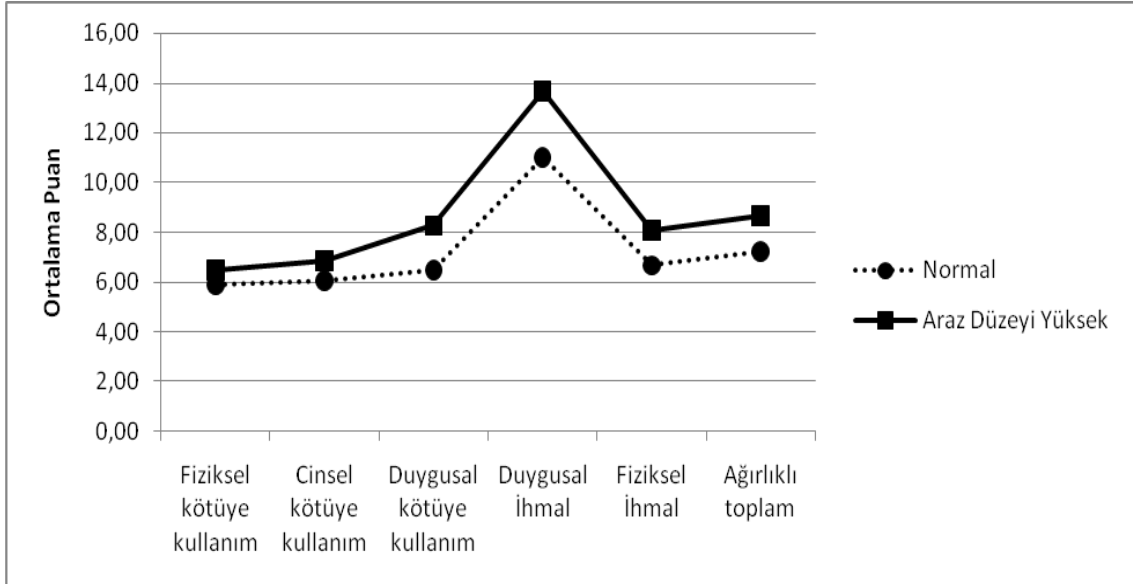
5.3.11. Genel Belirti İndeksi İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Çalışma grubunda 23 (% 6.7) öğretmenin genel belirti indeksi yönünden araz düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

ÇÇTÖ alt grup puan ortalamalarının genel belirti indeksi değerlendirmesine göre dağılımına bakıldığında da, “cinsel kötüye kullanım” dışında tüm alt grup travma puanlarının genel belirti indeksi yönünden araz saptanan olgularda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik gösterdiği saptandı (Tablo XX, Şekil 12).

Tablo XX: ÇÇTÖ Puanlarının Genel Belirti İndeksine Göre Dağılımı

| ÇÇTÖ Alt Grupları | Normal (n=323) | Araz Düzeyi Yüksek (n=23) | U | p |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Fiziksel kötüye kullanım | 5.88±2.13 | 6.47±2.19 | 2895.0 | 0.022 |
| Cinsel kötüye kullanım | 6.04±2.08 | 6.86±3.15 | 3152.0 | 0.149 |
| Duygusal kötüye kullanım | 6.49±2.55 | 8.26±2.95 | 2309.5 | 0.001 |
| Duygusal İhmal | 11.00±4.82 | 13.65±4.80 | 2465.5 | 0.007 |
| Fiziksel İhmal | 6.67±2.19 | 8.08±2.67 | 2418.5 | 0.003 |
| Ağırlıklı toplam | 7.22±2.15 | 8.67±2.35 | 2295.0 | 0.002 |



Şekil 12. ÇÇTÖ alt grup ortalamalarının genel belirti indeksine göre dağılımı

6.TARTIŞMA

Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok ruhsal hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Dissosiyatif Bozukluklar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Borderline Kişilik bozukluğu, Alkol ve Madde Bağımlılığı, intihar girişimleri gibi bir çok eksen I ve II tanıları ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki gösterilmiştir (Güz ve ark, 2003).

Bu çalışmada öğretmenlerde çocukluk çağı travma öyküsü anket soruları değerlendirildiğinde “duygusal kötüye kullanım”, “fiziksel kötüye kullanım”, “fiziksel ihmal” ve “ağırlıklı toplam” puan ortalamalarının erkeklerde yüksek olduğu saptanmıştır. Erkek ve kadınların beraberce istismar ve ihmali daha az bildirdikleri bilinmektedir. Hatta bazı çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha az istismar ve ihmal bildiriminde buldukları yer almaktadır (Thombs, Lewis, 2007). Erkeklerin daha az bildirimlerinin bile söz konusu olduğu düşünülürse, Samsun ilinde çalışan erkek öğretmenlerin kadın öğretmenlere göre daha fazla “duygusal kötüye kullanım”, “fiziksel kötüye kullanım” ve “fiziksel ihmal” yaşadıkları söylenebilir. Ebeveynlerin erkek çocuklarda kızlara göre bir disiplin yöntemi olarak fiziksel şiddeti kullanması, kız çocukları üzerindeki daha fazla koruyucu tutum bu sonuca neden olmuş olabilir. Ayrıca bu sonucu değerlendirirken çalışmadaki grubun hepsinin öğretmen olduğunu, grubun belli bir eğitim ve mesleki başarıyı yakalamış bir grup olduğu göz önünde tutulmalıdır. Belki de bu bulgunun tek nedeni, çocukluk döneminde “duygusal kötüye kullanım”, “fiziksel kötüye kullanım” ve “fiziksel ihmal” ile karşı karşıya kalmış kız çocuklarının eğitimdeki başarılarının erkek çocuklara göre daha olumsuz etkilenmesidir.

Wolfe ve arkadaşları (2003) 41 araştırmayı kapsayan meta analiz çalışmasında, çocukluğunda aile içi şiddete maruz kalmayla duygusal ve davranışsal problemler arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu, şiddetin çocuk fonksiyonları üzerinde anlamlı ve ölçülebilir bir negatif etkiye sahip olduğunu saptamıştır.

Olguların medeni durumu ile ÇÇTÖ puan ortalamaları arasında herhangi bir fark bulunamamıştır. Çocuklukta ihmal ve istismar ile karşı karşıya kalmanın ilişki kurma ve sürdürme konusunda zorluklara neden olabileceği düşünülürse, çocuklukta istismar ve ihmal ile karşılaşanların daha çok bekâr ya da boşanmış olmaları beklenebilir. Medeni

durum ile ÇÇTÖ arasında ilişki saptanamaması, bu grubun belli bir akademik başarıyı yakalamakla birlikte çocuklukta karşılaşılan istismar ve ihmalin ilişki kurma ve sürdürme konusundaki olumsuz etkileri ile de başa çıkabilmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Vahip ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, psikiyatri kliniğine başvurmuş olan evli kadın hastalara yapılan anket çalışmasında, hastaların %42'sinin hem çocukluk yıllarında hem evlilik süresince, %21'inin yalnızca çocukluk yıllarında, %20'sinin yalnızca evlilik süresince ve toplam olarak %63'ünün çocuklukta, %62'sinin evlilik süresince fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Vahip, 2002).

Ruhsal durumun belirlenmesi amacıyla kullanılan SCL 90 alt grup ve genel belirti indeksi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında fark bulunmamıştır. Erkeklerin ÇÇTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu göz önünde tutulursa kadınların çocukluk çağı istismar ve ihmeline yanıt olarak daha çok ruhsal belirti geliştirdikleri ileri sürülebilir. Kadınların erkeklere göre “duygusal kötüye kullanım”, “fiziksel kötüye kullanım” ve “fiziksel ihmal” den daha çok korunması ve bu korunma beklentisi karşılanmayan kadında daha fazla tepki oluşmasına, dolayısıyla da ruhsal belirti çıkarma konusunda daha hassas olmasına neden olabilir.

Ruhsal-toplumsal sorunların bedensel yakınmalar yoluyla anlatma çabaları ya da bedensel belirtilerin ruhsal amaçlar için kullanılması olarak tanımlanan somatizasyon, çocukluğunda anne babaları arasında şiddete tanıklık edenlerde yüksek bulunmuştur (Doğanavşargil 2007). Bu çalışmada da somatizasyon puanlarının çocukluk çağında fiziksel kötüye kullanım, duygusal ihmal ve fiziksel ihmale maruz kalanlarda anlamlı derecede yüksek bulunması bu savı destekler niteliktedir.

SCL90 Somatizasyon, Anksiyete ve Kişiler Arası Duyarlılık belirti kümesi ile “duygusal kötüye kullanım”, “duygusal ihmal” ve “fiziksel ihmal” ile ilişki bulunurken, “fiziksel kötüye kullanım”, “cinsel kötüye kullanım” arasında ilişki bulunmamıştır. Diğer belirti kümelerine göre daha az ayrılmış, daha az organize olmuş bu belirti kümeleri daha hafif istismar ve ihmalle birlikte iken fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım gibi daha ağır istismar ve ihmal türlerinde ise daha organize belirti kümesi ortaya çıkıyor gibi görünmektedir. Kitzmann ve arkadaşlarının 118 çalışmayı kapsayan meta-analiz çalışmasında, çocukluğunda aile içi şiddete tanıklık eden ya da şiddete uğrayan bireylerde anksiyete gelişme riski yüksek bulunmuştur. Öğretmenlerde SCL-90 tarama testinde

anksiyete saptananlar arasında “duygusal kötüye kullanım”, “duygusal ihmal” ve “fiziksel ihmal” puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kitzmann, 2003) ve bu araştırmanın sonuçlarıyla benzer özellikler göstermektedir.

Psikozun tam tersi olarak SCL 90 obsesyon alt skalası ile ÇÇTÖ'nün bütün alt grupları arasında ilişki saptanmıştır. Kişide obsesif belirti kümesi gelişmesi ile çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının hepsi (“fiziksel kötüye kullanım”, “cinsel kötüye kullanım”, “duygusal kötüye kullanım”, “duygusal ihmal” ve “fiziksel ihmal”) ilişkili bulunmuştur. “Cinsel kötüye kullanım” ile sadece obsesif belirtilerin ilişkili bulunması da obsesif belirtilerin önemini artırmaktadır. Obsesif belirtilerin ortaya çıkışında temel mekanizma “yapma bozma” ve “yer değiştirme”dir. Kişi bilinç dışında olmasından endişe duyduğu olumsuzluğu önce kabul edilebilir bir hale döndürür (yer değiştirme –örneğin kötülüğün kirliliğe dönüşmesi), sonra onun varlığını tekrar tekrar gündeme getirir (obsesyon-yapma), gündeme getirilen kabul edilebilir olumsuzluk tekrar tekrar silinerek (kompülsiyon-bozma) aslında olmadığına, yaşanılmadığına kendini inandırmaya çalışır. Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmalin her türünün kişiyi örseleyici gücü düşünüldüğünde, bazı kişilerin farkında olmadan bunları yok saymak için erişkin yaşamda çabalamaya devam etmesi beklenen bir durumdur.

Çelikel ve ark.nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiasyon ve obsesif kompülsif bozukluk (OKB) belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemişler ve obsesif belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasındaki ilişkinin öngörülenden daha düşük olduğu ya da bazı obsesif belirtilerle ilişkisinin olmadığını göstermişlerdir (Çelikel, 2008). Prazeres ve arkadaşları (2007) OKB hastalarında daha fazla travmatik yaşantı olacağını, dissosiyasyon düzeylerinin fobik hastalardan daha yüksek olacağını öngörmelerine karşın, OKB hastalarının travmatik yaşantıları daha az bildirdiklerini bulmuştur. Buna karşın, bu çalışmada obsesif belirtiler ile çocukluk çağı aile içi travma öyküsü arasında istatistiksel olarak ileri derecede yüksek bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırmanın, diğer araştırmalardan farklı olarak üniversite öğrencileri ya da ortak özellikleri OKB olan bir hasta grubu yerine öğretmenler üzerinde yapılmış olması bu farklılığı izah edebilir. Öğretmenler, diğer araştırmalarda incelenen gruplara kıyasla travmatik yaşantılarını ve sonuçlarını daha açıkça bildirmeye eğilimli olabilirler. Obsesif belirtilerle travmatik yaşantı arasında

anamlı bir iliŖi bulunup bulunmadığını belirleyebilmek için daha fazla araŖtırmaya gereksinim vardır.

Çocuklukta aile içi Ŗiddete maruz kalma ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki iliŖkiyi inceleyen araŖtırmalar psikotik rahatsızlıklardan çok somatizasyon, depresyon, kiŖiler arası iliŖkilerde duyarlılık, öfke, obsesyon ve fobi gibi anksiyete bozukluklarına odaklanmıŖtır. Çocukluğunda aile içi Ŗiddete maruz kalan ya da tanıklık eden bireylerin genç eriŖkinlik dönemlerinde depresyon geliŖtiđi gsterilmiŖtir (Russell, 2010). Bu alıŖmada da depresif belirtiler ile çocukluk ağı duygusal kötüye kullanım ya da duygusal ihmal puanları arasında anlamlı derecede yüksek bir iliŖki bulunmuŖtur. Bostancı ve arkadaşları (2005) niversite öğrencileri üzerinde yaptđđ araŖtırmada, çocukluk çağında travma geçirenlerde depresyon puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu gstermiŖtir. Fikree (1999) aile içi fiziksel kötüye kullanımın anksiyete ve depresyon geliŖiminde en önemli hazırlayıcı faktör olduğunu gstermiŖtir.

alıŖma grubunda yer alan öğretmenlerde çocukluk çağında fiziksel ve duygusal ihmale uğrama ve duygusal kötüye kullanım ile kiŖiler arası duyarlılık belirtileri arasında yüksek düzeyde bir iliŖki saptanmıŖtır. Bu bulgu, Zhu Y ve Dalal K'nin (2010) Hintli erkekler üzerinde yaptıkları alıŖmada saptananlarla benzerdir. Zhu Y ve Dalal K, ocukluk ağında Ŗiddete maruz kalmıŖ 18047 evli erkeğin % 67'sinin eŖlerine Ŗiddet uyguladıklarını gstermiŖlerdir.

Araz saptanma ve saptanmama ile T alt grup puan ortalamalarına bakıldığında sadece SCL90 psikoz belirtisi ile T alt gruplarının hiçbirinde fark saptanmamıŖtır. Yani ocukluk çağında herhangi bir istismar ve ihmal ile karŖı karŖıya olma ile psikotik belirti geliŖmesi arasında iliŖki bulunmamıŖtır. Psikozun olumsuz yaŖam olaylarından çok, organik süreçlerle iliŖkisi göz önüne alındığında ihmal ve istismar ile karŖılaŖmanın psikotik belirti geliŖmesi konusunda katkısının olmaması beklenen bir bulgudur. Morgan ve Fisher'e göre (2007) ocukluk ağı travmasıyla Ŗizofreni arasında nedensel bir iliŖkiyi destekleyen yeterli araŖtırma bulgusu yoktur. Öte yandan travma ile psikoz arasında bir iliŖki bulunduğunu destekleyen az sayıda alıŖma vardır. Kilcommons ve Morrison (2005) 32 psikotik hastanın %53'ünde travma sonrası stres bozukluğu bulunduğunu saptamıŖlardır. Üçok ve Bıkmaz (2007) ilk kez Ŗizofreni atağıyla baŖvuran 52 hasta üzerinde yaptıkları araŖtırmada çocukluk ağı Ŗiddet prevalansını oldukça yüksek

bulmuşlardır. Bu araştırmaya göre şiddetin derecesindeki yükseklikle pozitif belirtilerin gücü arasında da bir korelasyon vardır. Bununla beraber Üçok'un çalışmasında bir kontrol grubunun olmayışı, çocukluk çağı travmasının geriye dönük olarak ve öz bildirim yöntemiyle sorgulanıyor olması gibi kısıtlılıklar yüzünden çalışmanın gücünün azaldığını da belirtmişlerdir. Belirtilen nedenlerle bu çalışmada psikotik durum ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağında ciddi düzeyde duygusal ve fiziksel kötüye kullanıma maruz kalmış üniversite öğrencilerinde obsesyon, somatizasyon bulguları, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, düşmanlık, depresyon, anksiyete, fobi ve paranoya gibi psikiyatrik problemler, şiddete maruz kalmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Sar, 2004; Yan, 2009). 2010 Nisan ayında yayınlanan bir meta analiz sonucuna göre şiddete maruz kalma, öfke anksiyete, depresyon ve strese neden olmaktadır (Mahon, 2010). Bu tür bir travmaya maruz kalma, psikolojik değişikliklerin yanı sıra gelişmekte olan beyin üzerinde de önemli etkiler bırakmaktadır (Heim, 2002). Travmayla ilişkili değişiklikler, stres etkenlerine psikolojik yanıtın artmış olmasına atfedilebilir. Örneğin, çocukluk çağı travma öyküsü olan kadınlarda günlük strese cevaben oluşan fiziksel belirtilerin, travma öyküsü olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu gösterilirken (Thakkar, 2000); aile içinde şiddete maruz kalan ergenlerin öfke düşmanlık, depresyon ve somatizasyon gibi rahatsızlıkları yaşadıkları ortaya konulmuştur (Avcı, 2006).

Cinsel kötüye kullanım dışındaki bütün istismar ve ihmal türleri ile öfke ve fobi belirti kümesi ve SCL90 genel belirti indeksi arasında ilişki bulunmuştur. Giderek artan sayıda çalışma çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmalin erişkin dönemde psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan tıbbi hastalığa yol açtığını ortaya koymaktadır. Anksiyete ve Depresif Bozukluklar ve baş ağrısı, irritabl bağırsak sendromu, fibromyalji gibi tıbbi hastalıklar ile çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Ayrıca bu kişilerin erişkin yaşamda güvensiz cinsel ilişki, alkol madde kötüye kullanımı gibi riskli sağlık davranışı içinde buldukları ve daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları bildirilmiştir (Thombs; Bennett, 2007). Bu veriler doğrultusunda, bu çalışmada da genel belirti indeksi ile hemen hemen bütün istismar ve ihmal türleri ile ilişkinin bulunması beklenen bir bulgu olarak düşünülebilir.

7.SONUÇ ve ÖNERİLER

Samsun merkez ilköğretim okullarında görev yapan öğretmenleri temsil eden örnek üzerinde yapılan araştırma sonucu elde edilen bulgular ışığında;

- Çocuklukta aile içi şiddete uğrama sıklığı ÇÇTÖ alt bileşenlerine göre % 3.5 ile 76.6 arasında değişmektedir.
- En sık maruz kalınan travma “duygusal ihmal”, en az maruz kalınan travma ise “fiziksel kötüye kullanım” olarak saptanmıştır.
- “Duygusal kötüye kullanım”, “fiziksel kötüye kullanım” ve “fiziksel ihmal” puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- Öğretmenlerde ruhsal belirti tarama testi (SCL – 90) alt ölçeklerine göre,
 - Obsesif belirtiler yönünden 62 (% 17.9),
 - Paranoid durum yönünden 52 (% 15.0),
 - Somatizasyon belirtileri yönünden 37 (% 10.7),
 - Kişiler arası duyarlık yönünden 37 (% 10.7),
 - Depresif belirtiler yönünden 35 (% 10.1),
 - Ek patolojik durumlar yönünden 34 (% 9,8)
 - Öfke durumu yönünden 32 (% 9.2),
 - Anksiyete belirtileri yönünden 23 (% 6.7),
 - Fobik durum yönünden 13 (% 3.8),
 - Psikoz belirtileri yönünden 9 (% 2.6) öğretmende araz belirtileri saptanmıştır.
- Cinsiyete göre ruhsal belirti tarama testi alt ölçek puanları arasında fark saptanmamıştır.
- Psikotik araz dışında tüm alt ölçeklerde araz saptanan olguların çocuklukta yaşanmış ihmal ve istismar puanları, araz saptanmayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak, erişkin dönemde ruh sağlığı tarama testinde araz belirtisi olan bireylerde, çocuklukta yaşanmış fiziksel, ruhsal ya da cinsel travma sıklığının yüksek bulunması, erişkin ruh sağlığı ile geçmişte yaşanmış aile içi şiddet arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Halk sağlığının öncelikli konularından biri olan aile içi şiddetin önüne geçilebilmesi için kamu yöneticilerinin, sağlık, eğitim ve güvenlik alanında çalışanların bu konuda sürekli ve koordineli çalışmaları sağlanmalı, bir yandan da hukuksal düzenlemelerle aile içi şiddet uygulayanlara yönelik caydırıcı önlemler artırılmalıdır.

8.KAYNAKLAR

- Abrahams, N., Jewkes, R. (2005). Effects of South African men's having witnessed abuse of their mothers during childhood on their levels of violence in adulthood. *Am J Public Health*; **95**: 1811-1816.
- Aksoy, E., Çetin, G., İnancı, MA., Polat, O., Sözen, M.Ş., Yavuz, F. (1999). Aile İçi Şiddet. Ed: Türk Tabipler Birliği, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı. Polat matbaası, Ankara: s.11-119.
- Asling-Monemi, K., Pena, R., Ellsberg, M.C., Persson, L.A. (2003). Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ*; **81**: 10-6.
- Avcı, R. (2006). Şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen ergenlerin ailelerinin aile işlevleri, öfke ve öfke ifade tarzları açısından incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L. et al. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, **151**:1132-1136.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* **27(2)**:169-90.
- Black, D.A., Schumacher, J.A., Smith, A.M., Heyman, R.E. (1999). Partner, child abuse risk factors literature review. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, <http://www.nnh.org/risk> (23. 06. 2010 tarihli erişim).
- Bostancı, M, Özdel, O, Kalkan Oğuzhanoğlu, N, Özdel, L, Ergin, A, Ergin, N, Ateşçi, F, Karadağ, F. (2005). "Depressive Symptomatology among University Students in Denizli, Turkey: Prevalence and Sociodemographic Correlates", *Croat Med J*, **46(1)**: 96-100.
- Browne, A., Salomon, A., Bassuk, S.S. (1999). The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*; **5**: 393-426.
- Buluç, B. (2005). Televizyonlarda yer alan şiddet içeren programların okulda şiddete etkisi ve şiddet önleme amacıyla okul yöneticilerinin alabileceği önlemler. *Mesleki Eğitim Dergisi*, **Cilt 7**, Sayı 14, Ankara.
- Butchart ,A., Phinney, A., Check, P., Villaveces, A. (2004). Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva, Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization,.

- Buzlu, S. (1998). Annelerin çocuklarının psikolojik gelişmeleri hakkındaki bilgi düzeyleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Çelikel , H., Beşiroğlu, L. (2008). Klinik olmayan örnekleme de çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; **9**: 75-83.
- Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; **2**: 5-12.
- Dahlberg, L.L., Krug, E.G. (2002). Violence: A Global Public Health Problem. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (ed.) In: World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization,: 1-21.
- Derogatis LR. (1977) SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-1 for the revised version. Baltimore, MD, Johns Hopkins Univ.
- Deveci, E., Açık, Y. İlköğretim Öğrencilerinin Şiddete Maruziyetleri Ve Yaklaşımları II. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-28 Eylül 2002, Diyarbakır, Kongre Kitabı 2,848-51
- Dietz, P.M., Spitz, A.M., Anda, R.F., Williamson, D.F., McMahon, P.M., Santelli , J.S. et al. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association*, **282**, 1359-1364.
- Doğanavşargil, Ö., Sertöz Ö.Ö. (2007). Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Somatizasyon: İki Kuşağın Geriye Dönük İncelenmesi. *Türkiye'de Psikiyatri*; **9(2)**: 84-90.
- Duran, Ş. (2006). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve eşanı durumları. Psikiyatri Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Duvvury, N., Grown, C., Redner, J. (2004) Costs of Intimate Partner Violence at the Household and Community Levels: An Operational Framework for Developing Countries. International Center for Research on Women (ICRW).
- Edleson, J.L. (1999) Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*; **14**: 839-870.
- Ellsberg, M.C., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J., Winkvist, A. (1999). Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *Am J Public Health*; **89**: 241-244.
- Fager, J. & Boss, S. (1998). *Peaceful Schools*. Portland, OR: Northwest Educational Laboratory.

- Felitti, V.J., Anda, F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, **14**, 245–258.
- Fikree, F.F. and Bhatti, L.I. (1999) "Domestic violence and health of Pakistani women" *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*; **65**: 195-201.
- Fleming, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B., Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, **23**, 145–159.
- Galand, B., Lecocq, C., Philippot, P. (2007). School violence and teacher professional disengagement *Br J Educ Psychol.* **77(Pt 2)**:465-77.
- Gjelsvik, A., Verhoek-Oftedahl, W., Pearlman, D.N. (2003). Domestic violence incidents with children witnesses: findings from Rhode Island surveillance data. *Womens Health Issues*; **13**: 68-73.
- Greydanus , D.E., Pratt, H.D., Spates, C.R., Blake-Dreher, A.E., Greydanus-Gearhart , M.A., Patel, D.R. (2003). Corporal punishment in schools: Position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health*, **32**, 385-393.
- Güz, H., Doğanay, Çolak, Z., Tomaç, A., Sarısoy, G., Özkan, A. (2003). Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? *Klinik Psikiyatri*; **6**: 80-85.
- Hawke, A. (2000). Domestic Violence Against Women And Girls. *Innocenti Digest No: 6*. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, Italy,.
- Heim, C., Nemeroff, C.B. (2002). Neurobiology of early life stress: Clinical studies. *Seminar in Clinical Neuropsychiatry*, **7**, 147–159.
- Heise, L., Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by Intimate Partners. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (ed.) In: *World Report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization. 87-121.
- Hutchison, I.W., Hirschel, J.D. (2001). The effects of children's presence on woman abuse. *Violence Vict*; **16(1)**: 3-17.
- Jejeebhoy, S.J. (1998). Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Stud Fam Plann*; **29**: 300-308.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner ,M., Mandel, F.S., Lesser, M.L. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, **155**, 954–959.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; **38**:1214-22.

- Kendall-Tackett, K.A. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, **26**: 715–729.
- Kendall-Tackett, K.A. (2003). Treating the lifetime health effects of childhood victimization. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Kilcommons A, Morrison AP. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand*, **112**(5), 351-9.
- Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R., Kenny, E.D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **71**(2): 339–352
- Köknel, Ö. (1989). Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
- Leserman, J., Li, Z., Drossman, D. A., Toomey, T. C., Nachman, G., Glogau, L. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: Development of an abuse severity measure. *Psychosomatic Medicine*, **59**, 152–160.
- Lieberman, A.F., Van Horn, P., Ozer, E.J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: predictors and mediators of child behavior problems. *Dev Psychopathol*; **17**: 385-396.
- Lloyd, S., Taluc, N. (1999). The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*; **5**: 370-392.
- Mahon, N.E., Yarcheski, A., Yarcheski, T.J., Hanks, M.M. (2010). A Meta-Analytic Study of Predictors of Anger in Adolescents. *Nurs Res*. **59**(3):178-84.
- Martin, J., Langley, J., Millichamp, J. (2006). Domestic violence as witnessed by New Zealand children. *N Z Med J*; **119**: U1817.
- Martin, S.L., Moracco, K.E., Garro, J., Tsui, A.O., Kupper, L.L., Chase, J.L., Campbell, J.C. (2002). Domestic violence across generations: findings from northern India. *Int J Epidemiol*; **31**: 560-572.
- Mayda, A.S. ve ark. (2007). Aile İçinde Şiddete Uğrayan Çocukların saldırganlık Eğilimleri Anadolu Psikiyatri Dergisi; **8**(3): 206-214.
- McCloskey, L.A., Figueredo, A.J., Koss, M.P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*; **66**: 1239-1261.
- Morgan, C., Fisher, H. (2007). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma—A Critical Review. *Schizophr Bull*; **33**(1): 3–10.
- Öztürk, M.O. (1995). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. **Altıncı baskı**, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.101-113.

- Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; **7**: 43-48.
- Prazeres, A. M., de Souza, W. F., Fontenelle, L. F. (2007). Cognitivebehavior therapy for obsessivecompulsive disorder: A systematic review of the 1st decade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **29**(3).
- Russell, D., Springer, K.W., Greenfield, E.A. (2010). Witnessing domestic abuse in childhood as an independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse Negl.* **38**:1214-22.
- Sar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry.* **161**(12): 2271-6.
- Scher, C.D., Stein, M.B., Asmundson, G.J.G., McCreary, D.R., Forde, D.R. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a Community Sample: Psychometric Properties and Normative Data. *Journal of Traumatic Stress*, **14**(4): 843-857.
- Schooley, S. (1990). Child Abuse and sexual assault. In *Rakel Textbook of Family Practice 4 th ed.* W.B.Saunders Company, Philadelphia.
- Schumacher, J.A., Feldbau-Kohn, S., Slep, A.M.S., Heyman, R.E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*; **6**: 281-352.
- Stewart, D.E., Ashraf, I.J., Munce, S.E. (2006). Women's mental health: A silent cause of mortality and morbidity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Volume **94**, Issue 3, Pages 343-349.
- Stith, S.M., Smith, D.B., Penn, C.E., Ward, D.B., Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*; **10**: 65-98.
- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (1987). Biyoistatistik (2. Baskı). Hatiboğlu Yayınevi, Ankara. Sayfa:233-237.
- Şar, V. (1997). Dissosiyatif Bozukluklar. C Güleç, E Köroğlu (eds.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.569-590.
- T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. (1995). *Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları*. Ankara.
- T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. (1998). *Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet*. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, başbakanlık Basımevi, Ankara. s.84-89.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2007-1). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. Eds. Yardım N, Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N. Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007-2). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Sağlığa Bakış 2007. Eds. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N , Aydın S. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.
- Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*; **35**:82-86.
- Thakkar, R., McCanne, T. (2000). The effects of daily stressors on physical health in women with and without a childhood history of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, **24**, 209–221.
- Thombs, B.D., Lewis. C., Bernstein, D.P., Medrano, M.A., Hatch, J.P. (2007). An evaluation of the measurement equivalence of the Childhood Trauma Questionnaire--Short Form across gender and race in a sample of drug-abusing adults. *J Psychosom Res* ; **63**(4):391-8.
- Thombs, B.D., Bennett, W., Ziegelstein, R.C., Bernstein, D.P., Scher, C.D., Forde, D.R. (2007). Cultural Sensitivity in Screening Adults for a History of Childhood Abuse: Evidence from a Community Sample. *Journal of General Internal Medicine*; **22**(3): 368–373.
- Türk Dil Kurumu. (1979). Türkçe Sözlüğü. Ankara.
- Üçok, A., Bıkmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 116(5): **371-377**.
- Vahip I. (2002). Evdeki şiddet ve evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*; **13**(4): 312-9.
- WHA. (1996). Forty-Ninth World Health Assembly. WHA49.25: Prevention of violence: a public health priority. Geneva.
- WHA. (1997). Fiftieth World Health Assembly. WHA50.19 Prevention of violence. Geneva.
- WHO. Global Consultation on Violence and Health. Violence: A public health priority. WHO/EHA/SPI.POA.2. Geneva: WHO, 1996.
- Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., Jaffe, P.G. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*; **6**(3) : 171-187.

- Yan QQ, Jiao WY, Lin J, Jiao FY. (2009). Effect of childhood physical and emotional abuse on psychological health in undergraduate students. *Chin J Contemp Pediatr*, **11** (8):675-678
- Yavuz, M.F., Kablamacı Atan, Y., Atamer, T.A., Gölge, Z.B. (2003). Adli Bilimler Dergisi; **2(3)**: 39-47.
- Yehuda, R., Boisoneau, D., Lowy, M.T., Giller, E.L. (1995). Dose-response changes in plasma cortisol and lymphocyte glucocorticoid receptors following dexamethasone administration in combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, **52**: 583–593.
- Zhu, Y., Dalal, K. (2009). Childhood exposure to domestic violence and attitude towards wife beating in adult life: a study of men in India. *J Biosoc Sci.* 42(2): 255-69.

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Rektörlüğü
Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu (TAYEK)

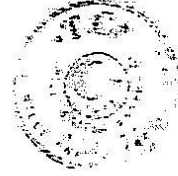
Sayı: 224

11/05/2009

Sayın Prof. Dr. Cihad DÜNDAR,

Etik kurulunuza sunmuş olduğumuz "Samsun Merkez İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Çocuklukta Aile İçi Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı ve Ruh Sağlığına Etkileri" başlıklı OMÜ Etik 2009/159 Karar no.lu Anket nitelikli araştırma projemiz, TAYEK Yönergesine göre; amaç, gerçekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarımız dikkate alınarak, değerlendirilmiş olup, Milli Eğitim Müdürlüğü izni alınmak kaydıyla etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinize arz/rica ederim

Prof. Dr. Ahmet BAŞOĞLU
Etik Kurul Başkanı





Y.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü



Sayı : B.08.4.MEM.4.55.00.08/
Konu : Anket Çalışması

29.05.2009 - 20889

VALİLİK MAKAMINA

SAMSUN

- İlgi (a) Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.
b) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğünün 20/05/2009 tarih ve 4289 sayılı yazısı.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Dr. Tağrul GÖKÇE'nin, "Samsun Merkez İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin, Çocuklukta Aile İçi Şiddete Uğramış Sıklığı ve Ruh Sağlığına Etkileri" konulu tez çalışması için İlimiz İlkadım, Atakum ve Canik İlçelerindeki İlköğretim Okulu Öğretmenlerine tez çalışması uygulanabilmesi isteği ile ilgili ilgi (b) yazı ekinde gönderilen anket soruları Müdürlüğümüzde kurulan, "Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu" tarafından 29.05.2009 tarihinde incelenmiş olup, uygun bulunmuştur.

Bahis konusu anketin ilgi (a) yönerge hükümleri doğrultusunda okul müdürlerinin gözetim, denetim ve sorumluluğunda, Doktora öğrencisi Dr. Tağrul GÖKÇE tarafından, İlimiz İlkadım, Atakum ve Canik İlçelerindeki İlköğretim Okulu Öğretmenlerine uygulanabilmesi hususunu;

Ohurlarımıza arz ederim.

İsmail YAVUZ
İl Millî Eğitim Müdürü V.

OLUR
29/05/2009

Ramazan AKSOY
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ: İlgi (b) Yazı ve Eki



Adres: Atatürk Bulvarı Yeni Valilik
Binası Kat:3/Samsun
Faks : (362) 4319376-4324854
Telefon : (362) 4358063-4358064
E-posta: samsunmem@mezi.gov.tr
İnternet Adresi: http://samsun.meb.gov.tr



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

EK-3

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
4. Meslekte geçirdiğiniz süre: .. Yıl

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-SF)
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ KISA FORMU (ÇÇTÖ-KF)

Değerli Katılımcı; Aşağıdaki sorular sizin 18 yaşına gelene kadar aile içinde yaşamış olduğunuz deneyimlerinizi değerlendirmek amacıyla taşımaktadır. Lütfen her bir soru için, sağ tarafta yer alan sayısal değerlendirmelerden sizin için en uygun yanıtı daire içine alınız. Bu anket sonuçlarının tüm diğer katılımcıların anket formlarının verileriyle birleştirildikten sonra toplu veri olarak sadece bilimsel araştırmada kullanılacağını, bireysel yanıtlarınızın daima gizli kalacağını unutmayınız. Teşekkür ederiz.

| Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde... | Hiçbir zaman | Nadiren | Zaman Zaman | Sıklıkla | Çok Sık Olarak |
|--|--------------|---------|-------------|----------|----------------|
| Yeterli yemek bulamazdım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sevdiğimi hissediyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailemden tam olarak memnundum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışıyorlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bana o kadar kötü vuruyorlar ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailemde birisi benden nefret ederdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit etti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Çocukluğum mükemmeldi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Birisi bana cinsel tacizde bulundu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Benim ailem dünyanın en iyisiydi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gerektiği halde doktora götürülmezdim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SCL-90 ANKET FORMU

Aşağıda **“zaman zaman herkeste olabilecek”** yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, **bugün de dahil** olmak üzere **son on beş gün içinde** sizi ne ölçüde **huzursuz ve tedirgin ettiğini** göz önünde alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan **(Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede)** uygun olanın **(yalnızca bir seçeneğin)** altındaki parantez arasına bir **(X)** işareti koyunuz. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

| Yakınma ve Sorunlar | Hiç | Çok Az | Orta Derece | Oldukça Fazla | İleri Derece |
|---|-----|--------|-------------|---------------|--------------|
| 1. Baş ağrısı | () | () | () | () | () |
| 2. Sinirlilik ya da içinin titremesi | () | () | () | () | () |
| 3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoşla gitmeyen düşünceler | () | () | () | () | () |
| 4. Baygınlık veya baş dönmesi | () | () | () | () | () |
| 5. Cinsel arzu veya ilginin kaybı | () | () | () | () | () |
| 6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu | () | () | () | () | () |
| 7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri | () | () | () | () | () |
| 8. Sorunlarımızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu | () | () | () | () | () |
| 9. Olayları anımsamada güçlük | () | () | () | () | () |
| 10. Dikkatsizlik ve sakarlıkla ilgili endişeler | () | () | () | () | () |
| 11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | () | () | () | () | () |
| 12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar | () | () | () | () | () |
| 13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | () | () | () | () | () |
| 14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali | () | () | () | () | () |
| 15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri | () | () | () | () | () |
| 16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma | () | () | () | () | () |
| 17. Titreme | () | () | () | () | () |
| 18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi | () | () | () | () | () |
| 19. İştah azalması | () | () | () | () | () |
| 20. Kolayca ağlama | () | () | () | () | () |
| 21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi | () | () | () | () | () |
| 22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi | () | () | () | () | () |
| 23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma | () | () | () | () | () |
| 24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları | () | () | () | () | () |
| 25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu | () | () | () | () | () |
| 26. Olanlar için kendini suçlama | () | () | () | () | () |
| 27. Belin alt kısmında ağrılar | () | () | () | () | () |
| 28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu | () | () | () | () | () |
| 29. Yalnızlık hissi | () | () | () | () | () |
| 30. Karamsarlık hissi | () | () | () | () | () |
| 31. Her şey için çok fazla endişe duyma | () | () | () | () | () |
| 32. Her şeye karşı ilgisizlik hali | () | () | () | () | () |
| 33. Korku hissi | () | () | () | () | () |
| 34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali | () | () | () | () | () |
| 35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi | () | () | () | () | () |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu | () | () | () | () | () |
| 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | () | () | () | () | () |
| 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma | () | () | () | () | () |
| 39. Kabin çok hızlı çarpması | () | () | () | () | () |
| 40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi | () | () | () | () | () |
| 41. Kendini başkalarından aşağı görme | () | () | () | () | () |
| 42. Adale (kas) ağrıları | () | () | () | () | () |

| | Hiç | Çok Az | Orta Derece | Oldukça Fazla | İleri Derece |
|---|-----|--------|-------------|---------------|--------------|
| 43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi | () | () | () | () | () |
| 44. Uykuya dalmada güçlük | () | () | () | () | () |
| 45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme | () | () | () | () | () |
| 46. Karar vermede güçlük | () | () | () | () | () |
| 47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu | () | () | () | () | () |
| 48. Nefes almada güçlük | () | () | () | () | () |
| 49. Soğuk veya sıcak basması | () | () | () | () | () |
| 50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu | () | () | () | () | () |
| 51. Hiçbir şey düşünememe hali | () | () | () | () | () |
| 52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması | () | () | () | () | () |
| 53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi | () | () | () | () | () |
| 54. Gelecek konusunda ümitsizlik | () | () | () | () | () |
| 55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük | () | () | () | () | () |
| 56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi | () | () | () | () | () |
| 57. Gerginlik veya coşku hissi | () | () | () | () | () |
| 58. Kol veya bacaklarda ağırlık hissi | () | () | () | () | () |
| 59. Ölüm ya da ölme düşünceleri | () | () | () | () | () |
| 60. Aşırı yemek yeme | () | () | () | () | () |
| 61. İnsanların size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma | () | () | () | () | () |
| 62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma | () | () | () | () | () |
| 63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması | () | () | () | () | () |
| 64. Sabahın erken saatlerinde uyanma | () | () | () | () | () |
| 65. Yıkınma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali | () | () | () | () | () |
| 66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama | () | () | () | () | () |
| 67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi | () | () | () | () | () |
| 68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması | () | () | () | () | () |
| 69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme | () | () | () | () | () |
| 70. Çarşı sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi | () | () | () | () | () |
| 71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi | () | () | () | () | () |
| 72. Dehşet ve panik nöbetleri | () | () | () | () | () |
| 73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi | () | () | () | () | () |
| 74. Sık sık tartışmaya girme | () | () | () | () | () |
| 75. Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali | () | () | () | () | () |
| 76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu | () | () | () | () | () |
| 77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme | () | () | () | () | () |
| 78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma | () | () | () | () | () |
| 79. Değersizlik duygusu | () | () | () | () | () |
| 80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu | () | () | () | () | () |
| 81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma | () | () | () | () | () |
| 82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu | () | () | () | () | () |
| 83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu | () | () | () | () | () |
| 84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması | () | () | () | () | () |
| 85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi | () | () | () | () | () |
| 86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller | () | () | () | () | () |
| 87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi | () | () | () | () | () |
| 88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama | () | () | () | () | () |
| 89. Suçluluk duygusu | () | () | () | () | () |
| 90. Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi | () | () | () | () | () |

Tuğrul GÖKCE

Doğum Tarihi : 05.05.1966
Doğum Yeri : Niksar
Uyruğu : T.C.
Medeni Hali : Evli 17 Yaşında bir erkek çocuk sahibi

Eğitim Durumu :

2005 - **Ondokuzmayıs Üniversitesi Halk Sağlığı A.D**
 Doktora (Tez aşamasında)
 1984 - 1990 **Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi**
 Üniversite
 1977 - 1984 **Samsun Anadolu Lisesi**
 Ortaöğrenim
 1971 - 1977 **Başçiftlik İlkokulu**
 İlköğretim

Askerlik İle İlişisi : Yok

Yabancı Diller : **İngilizce** (İyi seviyede)

Deneimler :

2006 - **Gazi Aile Sağlığı Merkezi Samsun**
 Aile Hekimi
 2004 - 2008 **Det Norske Veritas Uluslar Arası Belgeleendirme Kuruluşu**
 ISO:9001 Baş denetçisi Tıbbi Cihaz CE Belgeleendirme Denetçisi
 2001 - 2006 **Sultans International Gıda A.S**
 İşyeri Hekimliği
 2001 - 2006 **Özfen Makine Sanayi**
 İşyeri Hekimliği
 1998 - 2006 **Özel Türk-İş Polikliniği**
 Şirket Yöneticiliği
 1992 - 2006 **Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Samsun**
 Acil Servis Sorumlu Hekimliği
 1990 - 1992 **Erzurum Aşkale Pınakapan Sağlık Ocağı Hekimliği**

Katıldığı Kurslar:

2005-2006 **Moody's International Certification**
 ISO 9001 Baş denetçi Sertifikasyon Eğitimi
 2000 - 2003 **Türk Tabipler Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü**
 Eğitim Becerileri, İletişim, İstatistik, Bilgisayar eğitimleri
 2000 - 2001 **Türk Tabipler Birliği İşyeri Hekimliği Sertifika Eğitimi**

Yayınları :

Pretest Farmakoloji (İngilizce Çevirisi ,Apaydın Yayınevi 1993)
 "Samsun Ruh sağlığı Hastanesi Hekim ve Hemşirelerinde Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi" (Araştırma OMU Halk sağlığı A.D 2006)

Bilgisayar Bilgisi :

Microsoft Windows XP, Vista
 Word - Excel - Powerpoint-İnternet

İlgilenilen Alanlar:

Briç, Müzik, Kayak, Futbol