

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ŞİDDET GÖRMÜŞ KADINLARIN KİŞİLİK  
ÖZELLİKLERİNİN SOMATİK BELİRTİLER VE  
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
İpek TÜRKOĞLU**

**Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. P. Sevda Bıkmaz**

**İstanbul – 2013**

## ÖNSÖZ

Tezimin yazım aşaması boyunca bana zaman ayıran, bilgilerini benimle paylaşan, gerek akademik anlamda gerek hayata dair tüm desteğini her zaman hissettiğim, sevgili hocam, tez danışmanım Haliç Üniversitesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. P. Sevda BIKMAZ 'a; desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Onur TÜRKOĞLU'na; maddi ve manevi destekleri ile hep yanımda olan aileme çok teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmama katılan kadınlara ve İstanbul Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İstanbul Ataşehir Belediyesi, Eyüp Belediyesi, Küçükçekmece Belediyesi, Pendik Belediyesi'nde kadınlara ulaşmamda yardımcı olan meslektaşlarıma ve Ataşehir Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürü E. Duygu ÖVÜR'e verdiği destekten ötürü sonsuz şükranlarımı sunarım.

İstanbul, 2013

İpek TÜRKOĞLU

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	VI
ÖZET.....	
ABSTRACT.....	
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Şiddet.....	2
1.2. Kadına Yönelik Şiddet.....	3
1.2.1. Kadına Yönelik Şiddet Türleri.....	5
1.2.1.1. Fiziksel Şiddet.....	6
1.2.1.2. Cinsel Şiddet.....	6
1.2.1.3. Sözel Şiddet.....	7
1.2.1.4. Ekonomik Şiddet.....	7
1.2.1.5. Psikolojik Şiddet.....	7
1.2.2. Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	8
1.3. Şiddet ve Kuramsal Çerçeve.....	11
1.3.1. Psikanalitik ve Psikodinamik Yaklaşım.....	11
1.3.2. Sosyal Öğrenme Teorisi.....	14
1.4. Kadına Yönelik Şiddetin Ruh Sağlığına Etkileri.....	15
1.4.1. Şiddet ve Kişilik.....	19
1.4.1.1. Şiddet ve Kişilik İle İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	22
1.4.1.2. Bir Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri.....	24
1.4.1.3. Paranoid Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	24
1.4.1.4. Şizoid Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	25
1.4.1.5. Şizotipal Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	26
1.4.1.6. Antisosyal Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	27
1.4.1.7. Borderline (Sınırdaki) Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	27
1.4.1.8. Histrionik Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	28
1.4.1.9. Narsistik Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	29
1.4.1.10. Çekingen Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	30
1.4.1.11. Bağımlı Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	30
1.4.1.12. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	31
1.4.2. Şiddet ve Somatizasyon.....	32
1.4.2.1. Şiddet ve Somatik Belirtiler Arasındaki İlişki.....	33
1.4.2.2. Somatizasyon Bozukluğu için DSM-IV Tanı Ölçütleri.....	35

1.4.3. Şiddet ve Depresyon.....	36
1.4.3.1. Şiddet ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	37
1.4.3.2. Majör Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri.....	38
1.5. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları.....	40
2. YÖNTEM.....	41
2.1. Örneklem.....	41
2.2. Ölçme Araçları.....	41
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	42
2.2.2. TSSTÖ-Olay Şiddeti Alt Ölçeği.....	42
2.2.3. SCID Kişilik Envanteri.....	42
2.2.4. SCL-90-R/Somatizasyon Alt Ölçeği.....	44
2.2.5. Beck Depresyon Envanteri.....	44
2.3. İşlem.....	44
3. BULGULAR.....	46
3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlerine İlişkin Bulgular.....	47
3.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere İlişkin Bulgular.....	53
4. TARTIŞMA VE SONUÇLAR.....	79
4.1. Araştırmada Elde Edilen Genel Bulgular.....	79
4.2. Araştırmada Elde Edilen Genel Bulguların Literatür Işığında Tartışılması.....	83
4.2.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	83
4.2.2. Şiddet Türleri, Kişilik Özellikleri, Somatik Belirtiler ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	87
4.3. Sonuç ve Gelecekteki Çalışmalara İçin Öneriler.....	89
5. KAYNAKLAR.....	92
6. EKLER.....	101
7. ÖZGEÇMİŞ.....	114

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>APA</b>	: Amerika Psikiyatri Birliği
<b>BDE</b>	: Beck Depresyon Envanteri
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>DSM-IV-TR</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>KBF</b>	: Kişisel Bilgi Formu
<b>KSGM</b>	: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
<b>MDB</b>	: Major Depresif Bozukluk
<b>MMPI</b>	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
<b>SOM</b>	: Somatizasyon
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>TSSTÖ</b>	: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği
<b>SCID</b>	: Yapılandırılmış Klinik Görüşme
<b>SCID II</b>	: Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
<b>SCL-90-R-SOM</b>	: Semptom Tarama Listesi Somatizasyon Alt Ölçeği

## ŞEKİL LİSTESİ

**Sayfa No.**

Şekil 3.1: Çalışan Katılımcıların Toplam Çalışma Süresi.....	48
Şekil 3.2: Katılımcıların Aylık Gelir Dağılımları.....	49
Şekil 3.3: Çocukluk ya da Gençlik Yıllarında Şiddet Gösteren Kişilerin Dağılımı.....	49
Şekil 3.4: Görülen Şiddet Türlerinin Dağılımı.....	50

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Dağılımları.....	47
Tablo 3.2. Katılımcıların Çocukluk ya da Gençlik Yıllarında Şiddet Gördükleri Kişilerin Dağılımı.....	49
Tablo 3.3. Katılımcıların Görmüş Oldukları Şiddet Türlerinin Dağılımı.....	51
Tablo 3.4. Katılımcıların Psikiyatrik/Psikolojik Destek Alıp Almadıklarının Dağılımı.....	51
Tablo 3.4. Katılımcıların Yaşamış Oldukları Travmatik Olayların Dağılımı.....	51
Tablo 3.6. Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman Biriminin Dağılımı.....	53
Tablo 3.7. Şiddet Gören Kadınlarda Kişilik Bozukluğu Oranları.....	53
Tablo 3.8. Katılımcıların Kişilik Bozukluğunun Yaşa Göre Dağılımı.....	54
Tablo 3.9. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması....	57
Tablo 3.10. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması..	60
Tablo 3.11. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve İş Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	63
Tablo 3.12. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve En Uzun Yaşadıkları Şehire Göre Karşılaştırılması.....	65
Tablo 3.13. Somatizasyonun En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimi Göre Ortalamaları....	68
Tablo 3.14. Somatizasyonun Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman Birimi Göre Ortalamaları.....	68
Tablo 3.15: Görülen Şiddet Türüne Göre Kişilik Özellikleri ile Somatizasyon Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Korelasyon Analizi.....	69
Tablo 3.16. Katılımcıların Somatizasyon Puan Ortalaması.....	71
Tablo 3.17. Somatizasyonun Yaşa Göre Ortalaması.....	71
Tablo 3.18. Somatizasyonun Eğitim Durumuna Göre Ortalaması.....	72
Tablo 3.19. Somatizasyonun Medeni Duruma Göre Ortalaması.....	72
Tablo 3.20. Somatizasyonun Çalışma Durumuna Göre Ortalaması.....	72
Tablo 3.21. Katılımcıların Depresyon Puan Ortalaması.....	72
Tablo 3.22. Depresyonun Yaşa Göre Ortalamaları.....	73
Tablo 3.23. Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları.....	73
Tablo 3.24. Depresyonun Medeni Durumuna Göre Ortalamaları.....	73
Tablo 3.25. Depresyonun İş Durumu Göre Ortalamaları.....	73
Tablo 3.26. Depresyonun En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimi Göre Ortalamaları.....	74
Tablo 3.27. Depresyonun Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman birimi Göre Ortalamaları.....	74
Tablo 3.28: Görülen Şiddet Türüne Göre Kişilik Özellikleri ile Beck Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Korelasyon Analizi.....	75
Tablo 3.39. Araştırmaya Katılan Şiddet Görmüş Kişilerin Beck Depresyon, Somatizasyon ve Olaydan Etkilenme Şiddeti Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.....	78

## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : İpek TÜRKOĞLU  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Uygulamalı Psikoloji  
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Pervin Sevda BIKMAZ  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Eylül 2013

### ŞİDDET GÖRMÜŞ KADINLARIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN SOMATİK BELİRTİLER VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

#### ÖZET

Kadına yönelik şiddetin kadının ruh sağlığına olan etkileri önemli boyuttadır. Şiddetin, kadının ruh sağlığına etkilerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, şiddet görmüş kadınların kişilik özellikleri, somatik belirtileri ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Ayrıca örneklem grubunun demografik özellikleri, çocukluk çağı şiddete maruz kalınması, psikiyatrik ilaç ve tedavi süresi tespit edilmeye çalışılmış ve kişilik özellikleri, somatik belirtiler ve depresyon üzerindeki ilişkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma Aralık 2012-Haziran 2013 tarihleri arasında İstanbul ilindeki kadın konukevlerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu, 18 yaş üzeri araştırmayı kabul eden kadın konukevinde barınan şiddet görmüş 85 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında katılımcıların demografik bilgileri için 13 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu, travmatik olayın şiddetini belirleyebilmek için Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Olay Şiddeti Alt Ölçeği (TSSTÖ-Olay Şiddeti Alt Ölçeği), kişilik özelliklerinin belirlenebilmesi için SCID Kişilik Envanteri, somatik belirtilerin belirlenebilmesi için Semptom Tarama Listesi'nin Somatizasyon Alt Ölçeği (SCL-90-R-SOM) ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi için de Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Veri toplama araçları sırasıyla kadınlara verilmiş ve SCID Kişilik envanterini yanıtlamış kadınlar ile SCID II Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu'nun tamamlanabilmesi için yüz yüze görüşme yapılmıştır.

**Anahtar Sözcük:** Depresyon, Kadına Yönelik Şiddet, Kişilik, Kişilik Bozuklukları, Somatizasyon, Şiddet.

## GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : İpek TURKOGLU  
Field : Psychology  
Program : Applied Psychology  
Supervisor : Assist.Prof.Dr.Pervin Sevda BIKMAZ  
Degree Awarded and Date : Master – September 2013

## BATTERED WOMEN'S PERSONALITY TRAIT'S EFFECT ON SOMATIC SYMPTOMS AND DEPRESSION

### ABSTRACT

Violence towards women has an important effect on women's mental health. In this research violence's effect on women's mental health is studied, personality traits, somatic symptoms and depression degrees of battered women are compared. Also, sample group's demographic characteristics, childhood being exposed to violence, psychiatric medicine and treatment duration determination is studied. It is examined if these are related with personality traits, somatic symptoms and depression. This research is practised between December 2012-June 2013 in battered women's guest-houses in Istanbul. Sample group consists of 85 women who are above 18 years-old, exposed to violence and are willing to take part in the research. During collection of the data, the following inventories are implemented: Personal data form (made of 13 questions) to collect participant's demographic data, Posttraumatic Stress Diagnostic Scale-Symptom Severity Score, SCID personality inventory to specify personality traits, Symptom check list's Somatization Subscale-(SCL-90-R-SOM) to specify somatic symptoms and Beck Depression Inventory to specify depression degree. Data collecting inventories are given to women in order and face to face meetings are practised to complete Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Personality Disorders with the women who have answered SCID personality inventory.

**Key words:** Depression, Personality, Personality Disorders, Somatization, Violence, Violence Against Women.

## 1. GİRİŞ

Toplumsal bir gerçek olan şiddet olgusu kişinin ruh ve beden sağlığını tehdit etmekte ve şiddetin insan yaşamının üzerindeki etkisi ile toplumların gelişmesini dahi engelleyebilecek düzeye ulaşabilmektedir. Travmanın yarattığı etki kişinin psikolojik ve sosyolojik açılarından zarar görmesine hatta kişinin yaşam hakkının elinden alınmasına neden olmaktadır. Kişinin benliğinin ve varlığının hiçe sayılması sebebiyle şiddetin yaşandığı bir ortamda insan yaşamına yönelik saygı da yitirilmiş demektir.

Çok az kişinin mağdur olduğu durumlarda bile travmatik olayların genel ruh sağlığı, ulusal ve sosyal dengeler üzerinde yaygın ve uzun süreli olumsuz etkileri olabilmektedir (Işıklı, 2006). Carlson (1997) yaptığı çalışmada depresyon ve anksiyete semptomlarının kötü muamelenin tüm tipleriyle yüksek oranda ilişkili olduğunu; çocukluk çağındaki kötü muamelenin, yetişkinlikte geçmişte yaşanan kötü muamelenin ve halihazırda yaşanan kötü muamelenin de bağlantılı olduğunu bulmuştur. Şiddete maruz kalan kadınlarda; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır. Çocukluk döneminde yaşanmış olan herhangi bir şiddetin kişilik örgütlenmesinde büyük bir etkisi vardır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2005). Şiddet, stres ve somatik belirtilerin arasındaki ilişkinin anlaşılması, uzun süre şiddete maruz kalmanın sonuçlarının açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olacaktır (Crofford, 2005). Şiddetin doğrudan neden olduğu sağlık sorunları kadar şiddet tehdidi de çeşitli sağlık sorunlarına yol açan önemli bir stres kaynağıdır (Batlaş, 2000). Stresin somatik olarak ifade edilmesi ruh sağlığı hizmetlerinin çok gelişkin olmadığı veya psikiyatrik bozuklukların stigmatize edildiği kültürlerde kaçınılmaz bir tercihtir (Kirmayer, 1984, aktaran Bıkmaz, 2010). Bu tür toplumlarda sıkıntının somatize edilmesi sosyal çevre ile uyumu ve sosyokültürel destek alınmasını sağladığı için daha gelişkin ve daha uyum sağlayıcı bir mekanizma bile olabilir. Bu toplumlarda somatizasyon hemen sosyal desteği

sağlar ve hastayı sosyal ilişkileri zedelemeyen hoş görülebilir bir zemine sokar (Bıkmaz, 2010).

Bu araştırmanın amacı; şiddete maruz kalmış kadınların kişilik özelliklerinin somatik belirtiler ve depresyon üzerine etkisini incelemektir. Bir diğer amaç ise şiddet etkenlerinin (fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik şiddet) demografik bilgiler ile arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca, şiddet konusunun kadınlar üzerindeki etkisini vurgulamak ve bu alanda yapılmış olan kısıtlı sayıda olduğu belirlenen diğer çalışmalarla birlikte ileride yapılacak olan çalışmalara ışık tutarak literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Özellikle kadına yönelik şiddetin etkileri üzerinde durulmaya çalışılmış ve bu soruna yönelik çözümler üretilmeye çalışılmıştır. Toplumsal açıdan kadın bakış açısına sahip olmamak üretilmiş çözümlerin uygulanmasında sıkıntı yaratacaktır.

### **1.1. Şiddet**

Şiddet kişinin ruhsal dünyasına zarar verebilen ve toplumsal alanlardaki haklarının elinden alınmasına neden olabilen hareketlerin tümü olarak tanımlanabilir. Şiddet üzerine yapılmış araştırmalar incelendiğinde şiddetin içerdiği tanımlı toplumdaki topluma göre değiştiği görülmektedir. Çoğu şiddet türü bazı toplumlarda şiddet olarak kabul edilmemekte hatta toplum içinde normal bir davranış örüntüsü olarak görülmektedir. Teknolojinin gelişmesi, medyanın da etkisiyle toplumsal hareketlerden haberdar olabilme şansı ile şiddetin evrensel tanımına ulaşmak mümkün olmaktadır.

Dünya sağlık örgütüne göre şiddet; kendine, başkasına, bir gruba ya da topluluğa karşı fiziksel kuvvet ya da gücün kasıtlı olarak uygulanmasıyla ölüm, psikolojik hasar, gelişim sorunları ya da yoksunlukla sonuçlanacak veya zararlı sonuçlanma olasılığı yüksek sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2002).

Şiddet; davranış ve tutum ile psikolojik, fiziksel ve/veya cinsel zorlama aracılığıyla diğeri üzerinde güç ve kontrol sağlamayı içermektedir (Harway ve ark., 2002).

Şiddet; düşmanlık ve öfke duygularının, kişilere veya nesnelere yönelik fiili, yıkıcı fiziksel zor yoluyla dile getirilmesidir. Bu haliyle her türlü çatışma ilişkisinde (ailede, okulda, gruplar, ırklar, vb. arasında) rastlanan şiddet, saldırganlığın özgürlüğü, insan iradesini hiçe sayan en ileri, en aşırı boyutudur (Budak, 2003).

Toplumsal alanda son zamanlarda çok sık karşılaştığımız şiddet; Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu Raporuna göre ‘‘kişiyeye zarar verme amaçlı bir eylem ya da kısıtlama, güç kullanılarak kötü davranma’’ olarak tanımlanmaktadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü [KSGM], 2006).

Şiddet; yıkıcı, yok edici saldırgan davranışlar, kaba kuvvet, beden gücünün kötüye kullanılarak bireye ve topluma zarar vermeye yönelik psiko-biyolojik enerji olarak tanımlanabilir (Baybuğa, Irmak, Talas ve Savran, 2012).

Şiddet, en temel içgüdüsel dürtülerden biri olan saldırganlığın eyleme dönüşmüş hâlidir ve cinsellikle de çok sık iç içe girer (Doksat, 2011).

Kocacık ve Çağlayandereli’ye (2009) göre şiddet; insan üzerindeki fiziksel ve ruhsal etkileri açıkça ölçülemeyen, dolaylı ve somut bir biçimde hissedilen çeşitli baskılardır.

Daha genel bir tanım yapmak gerekirse şiddet bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal baskı altına alınmasına yol açan davranış veya yaklaşımdır (Arın, 1996; Öztunalı-Kayır, 1998).

Şiddet kişinin yaşamı süresince sadece fiziksel ve ruhsal sağlığını değil aynı zamanda kişiyi sosyal ve ekonomik olarak da etkilemektedir. Toplumsal etki yaratan şiddet, kişinin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesini engellemekte, kişinin sağlığı ve sosyal çevresi için tehlike yaratmaktadır.

Tehlikenin büyüklüğünü kavrayabilmek adına yılda 1.6 milyondan fazla sayıda insanın şiddet yüzünden hayatını kaybettiğini vurgulamak büyük bir önem teşkil etmektedir (DSÖ, 2002).

## **1.2. Kadına Yönelik Şiddet**

Ertürk (2007), kadına yönelik şiddeti, evrensel olarak ataerkil yapılanmanın olmasına bağlamaktadır. Bıkmaz’a (2010) göre Kadına yönelik şiddet olgusu, cinsiyet ayrımcılığı temelinde gerçekleştirilmesi nedeniyle, diğer şiddet türlerinden farklı bir biçimde kavramsallaştırılmaya ihtiyaç duymaktadır.

Toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle yaşanan kadına yönelik şiddet, kadınların yakın çevrelerindeki erkeklerden, tanımadıkları erkeklere ve hatta aile içindeki kadınlara kadar uzanan geniş bir çevre içinde yaşanmaktadır (Jansen, Yüksel, Çağatay, 2010).

Birleşmiş milletler 1975-1985 yılları arasını ‘‘Kadın On Yılı’’ ilan etmiştir. Birleşmiş Milletlerin bu ilanı kadına yönelik şiddetin toplumsal bir sorun olarak kabul edilmesine öncülük etmiştir. Türkiye’de ise bu konu 1980’lerde gündeme gelmiş, 1987 yılında yapılan ‘Dayağa Hayır Yürüyüşü’ konuya dikkat çekmekte önemli rol oynamıştır (Yıldırım, 1998).

Çoğu toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da kadına yönelik şiddetin varlığı üzerinde durulması gereken bir sorundur. Bu sorunun ön plana çıkmasında kadının toplumun içinde daha fazla yer almaya başlaması ve medyanın kadına yönelik şiddeti ön plana çıkarması etkili olmuştur. Bu sayede kadına yönelik şiddetle ilgili toplumsal hareketler oluşmaya başlamış ve tüm bu hareketler kadına yönelik şiddetin önlenmesine dair çalışmaların başlamasında öncü olmuştur. Kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik yapılan kanunlar, uygulamalar, antlaşmalar, araştırmalar gelişmekte olan toplumumuzun kadına yönelik şiddetin başlıca toplumsal sorunlarından biri olduğunu ve çözüm arayışı içine girmenin toplum sağlığı için faydalı olduğunu yansıtmaktadır. Bu amaçla kadına yönelik şiddetle ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır.

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2013-2015)’te aktarıldığı üzere 1993 tarihli Birleşmiş Milletler (BM) Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesinde kadına yönelik şiddet, *“ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik acı veya ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem uygulama ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma”* şeklinde tanımlanmaktadır (KSGM, 2012).

DSÖ (1996) kadına yönelik şiddeti; cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranış olarak tanımlamıştır.

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet, toplumsal koşullardan (sosyo-ekonomik, kültürel vb. koşullar) beslenmekte ve o toplumda yaşayan bireylerin özellikle de kadınların kişisel hak ve özgürlüklerini engellemektedir (Gökkaya, 2009).

Farklı sosyokültürel ve ekonomik düzeylerde bulunan kadınlara yönelik şiddet; siyasal, ekonomik, psikososyal kaynakları ve sonuçları nedeniyle disiplinler arası bir yaklaşıma ihtiyaç duyan toplumsal bir sağlık sorunudur (Bıkmaz, 2010).

Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet ile ilgili bir çalışmada kadına yönelik şiddet, fiziksel, cinsel ya da psikolojik herhangi bir zararla sonuçlanacak ya da böyle bir zarara yol açma olasılığı bulunan herhangi bir alandaki herhangi bir tehdit ya da davranış olarak da tanımlanmıştır (KSGM, 2010).

Kadına yönelik şiddet; kadının fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan zedelenmesine zemin oluşturmakta ve kadının tüm haklarından yararlanmasını engellemektedir. En temel hak olan “yaşama hakkı” bile kadının elinden alınmaktadır.

Ne şekilde yaşanırsa yaşansın kadına yönelik şiddet; kadının yaşamına korku ve güvensizliği sokmakta, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, toplumsal yaşama katılımını engellemektedir (KSGM, 2012).

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının var olan potansiyellerini gerçekleştirmelerinin önündeki en önemli engellerden birisi olmaya devam etmektedir. Özellikle kız çocukları ve kadınlar, çekirdek aile içinde, geniş aile bağlamında, sokakta, okulda ve iş hayatında fiziksel, ekonomik, psikolojik ve cinsel şiddete maruz kalmakta; yaşanan şiddetin kız çocuklarının okuyamamasından kadınların toplumsal hayata etkin katılamamalarına, kadınların çocuklarına uyguladıkları şiddetin artmasından istenmeyen evliliklere, sakatlıklardan ölümlere kadar çok kapsamlı sonuçları olmaktadır (Altınay ve Arat, 2007).

Bu tür şiddet eylemleri, kadınları en temel insan haklarından ve temel özgürlüklerinde mahrum etmekte; kadınların fiziksel ve üreme sağlığına ciddi biçimde zarar vermekte, kimi durumlarda yaşamlarını kaybetmelerine neden olmaktadır. Şiddete maruz kalan kadınlarda ciddi psikolojik problemler ortaya çıkabilmekte, toplumsal hayata katılma ve kendi hayatlarını kazanmada güçlükler yaşayabilmektedirler (KSGM, 2010).

Kadının statüsünün düşük olması ailede ekonomik-sosyal psikolojik güç dengesizliğine neden olarak kadının şiddete uğraması için de uygun bir ortam oluşturmaktadır. Kadının statüsü üzerinde etkili bir başka faktör ise onun eğitimidir. Türkiye nüfusunun okur-yazar olmayan bölümünün büyük kısmını kadınların oluşturması, eğitimdeki eşitsizliği ortaya koymaktadır. Eğitimsizlik kadının çalışma yaşamında yer almasını ve dolayısıyla ekonomik özgürlüğünü elde etmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sonuç ise kadının güçsüzlüğünü artırmakta ve kadının şiddet görmesine neden olmaktadır (Gömbül, 1998).

### **1.3. Kadına Yönelik Şiddet Türleri**

Bir davranışın toplumsal olarak sorun kabul edilebilmesi için toplumun temel özelliklerini zedeleyen bir sonucu olmalıdır. Kadına yönelik şiddet toplumun temel özelliklerinin zedelenmesine neden olmakta ve evrensel bir sorun olması sebebiyle de tüm Dünya tarafından tüm yönleriyle ele alınmaktadır. Kadına yönelik çeşitli şiddet türleri belirli bir çerçeveye oturtulmuş ve belirli tanımlar yapılmıştır.

Şiddet olarak kabul edilen davranışlar, toplumların yapısal özelliklerine göre, eş deyişle toplumun kültürel yapısı, toplumsal olarak kabul gören değer yargıları ile yakından ilgilidir. Bu nedenle araştırmacılar da farklı şiddet türlerinden söz etmektedirler (Halıcı, 2007).

Şiddet; fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik biçimde olabilmekte, kısaca duygusal tacizden cinsel şiddete kadar uzanan bir yelpaze üzerinde değerlendirilmektedir (Damka, 2009). Bu şiddet türlerinin bazıları açıkça diğerlerinden daha tehlikeli olmasına rağmen, hemen hemen hepsi potansiyel olarak kadın için tehlike arz etmektedir (NiCarthy, 1982).

#### **1.3.1. Fiziksel Şiddet**

Fiziksel şiddet, “kadına bağırma, itip kakma, tokat atma, kollarını ayak ve parmaklarını bükme, kadının üzerinde yürüme, evdeki hayvanlara zarar verme, tartışma anında evdeki eşyalara zarar verme ve kadının ayrılmasına izin vermeme şeklindedir” (Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2007).

Fiziksel şiddet eylemleri sonucunda meydana gelen yaralanmalar farklı düzeylerde olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün fiziksel şiddetin derecelerine ilişkin kullandığı tanım, orta derecede ve ağır derecede şiddet olmak üzere iki grup altında toplanmıştır. Belirtilen şiddet içeren davranışlardan “tokat atma ya da bir şey fırlatma” ve “itme, tartaklama” orta derecede şiddeti, diğer davranışlar ise ağır derecede fiziksel şiddeti tanımlamaktadır (DSÖ, 2005).

#### **1.3.2. Cinsel Şiddet**

Cinsel şiddet; zorlama, fiziksel güç kullanımı, zarar verme tehdidi ile veya ruhsal hastalık, zihinsel gerilik ve alkol-madde etkisi nedeniyle yargılama yetisinin

olmadığı durumlarda bir çocuğa, ergene veya yetişkine karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel eylem ya da cinsel eylem girişimidir (Yüksel, 2008, aktaran Bıkmaz, 2010). Kadın sığınma evleri kılavuzunda cinsel şiddet; tecavüz etmek (kadını istemediği zaman ve şekilde cinsel ilişkiye zorlamak), ensest ilişkiye kalkışmak ya da gerçekleştirmek, cinsel içerikli imalar yapmak, cinsel içerikli sözcükler söylemek, çimdiklemek, fuhuşa zorlamak, cinsel yaşamlarında kadını aşağılayıcı davranışlarda bulunmak, vb.'dir (KSGM, 2008). Coker, Smith, McKeown ve King (2000) cinsel şiddeti cinsel birliktelik esnasında kötü muamele görme, cinsel birlikteliğe zorlama, cinsel bölgelerin zarar görmesi olarak 3 ana grupta toplamaktadır.

### **1.3.3. Sözel Şiddet**

Sözel şiddet; aşağılayıcı sözler söylemek, zaafı ile alay etmek, aşırı genellemeler yapmak (sen hep böylesin, bunu her zaman yaparsın gibi), suçlamak, küfür etmek, küçük düşürmek, hakaret etmek, yüksek sesle bağırarak, kadını çelişki içinde bırakmak, kadının özgüvenini yitirmesine neden olmak, korkutmak, ruhsal açıdan zedelemek, çocukları vermemekle ya da kadının sosyal ve meslek yaşamını bozmakla tehdit etmek, vb. olarak tanımlanmaktadır (Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu, 2008).

### **1.3.4. Ekonomik Şiddet**

Ekonomik şiddet; Kadın Sığınma Evleri Kılavuzunda evin masraflarını karşılamamak, aile bireylerine gerekli harçlığı vermemek, kadının çalışmasına izin vermemek, çalışan kadının parasını elinden almak, kadının mal/mülkünü kontrol etmek, kadının nereye para harcadığını kontrol etmek, para yönetimi konusunda eleştirmek, ve etiketlemek ('müsrif kadın' gibi) vb gibi ifadelerle tanımlanmaktadır (Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu, 2008).

### **1.3.5. Psikolojik Şiddet**

Psikolojik şiddet; kadınla doğrudan iletişimi kesmek, onunla konuşmamak, surat asmak, kadının kendisini ifade etmesini, görüş ve düşüncelerini açıklamasını engellemek, duygusal sömürü yapmak, imalı konuşmak, kadının kendisine güvenini

ve saygısını yitirmesine neden olmak, kadının verdiği kararlara ilişkin şüphe etmesine neden olmak, kadının sosyal hayatını katı kurallarla sınırlamak, kadının kendi mantık sürecinden şüphe etmesine neden olmak, kadını sürekli eleştirmek, kadının çevresiyle bağlarını koparmak, kadının hareket özgürlüğünü kısıtlamak, kadını kıskançlık bahanesiyle sürekli kontrol altında tutmak, ailesiyle ve arkadaşlarıyla görüşmesini engellemek, sosyal ilişkilerini kısıtlayarak yalnız/desteksiz bırakmak, herkesin önünde aşağılayıcı konuşmalar yaparak utandırmak, hastaneye yatması gerekecek kadar ruhsal anlamda hasta olduğunu söylemek, kadının sevdiği eşyalara zarar vermek, sürekli takip etmek, çirkin veya işe yaramaz olduğunu söylemek, aldatmak, kadının çocuğuyla ilgilenmesine engel olmak, çocuğu kadına karşı olumsuz etkilemek, vb ifadelerle tanımlanmıştır (Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu, 2008).

#### **1.4. Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Yapılmış Araştırmalar**

Kadının toplumsal alanda daha fazla yer bulmasıyla birlikte kadına yönelik şiddet ile ilgili çalışmaların da sayısı artış göstermektedir. Toplumsal bir sorun olan kadına yönelik şiddet ile ilgili çalışmalar git gide artmakta ve bu sorunun çözümüne ışık tutması açısından önem taşımaktadır.

DSÖ (2005)'nin çok kültürlü bir çalışmasında 15 ile 49 yaş aralığındaki kadınların %15 ile %71'e ulaşan bir oranda eşleri tarafından hayatlarının belirli bir döneminde fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldıkları rapor edilmiştir.

10 ülkede 24.000 kadınla yapılan araştırmaya göre fiziksel şiddete maruz kalanlar %13-61, cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı %6-59, duygusal şiddete maruz kalanların oranının %20-75 aralığında olduğu görülmektedir (DSÖ, 2005).

Birleşmiş Milletler (2000) tarafından yapılan bir araştırma Amerika Birleşik Devletleri'nde her 15 saniyede bir kadının, genellikle kocası tarafından dövülmekte olduğunu ortaya koymuştur (aktaran Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu, 2008).

Amerika'da her 4 kadından 3'ü fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalmaktadır (Bachman, 1994).

Japonya'da yapılan bir araştırma kadınların % 10'undan azının sadece fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtirken, % 57'sinin hem fiziksel, hem psikolojik, hem de cinsel istismara uğradığını göstermiştir (Yoshihama ve Sorenson, 1994).

Mertin ve Mohr (2000) tarafından kadın sığınma evlerinde yapılan bir çalışmada, kadınların yarısının çocukluklarında anne-baba arasında veya ebeveynlerden çocuğa karşı şiddet olduğu bulunmuştur. Bu kadınların %71'inin yüksek sıklıkta sözel şiddete maruz kaldığı, %67'sinin eşinin problemlerinden sorumlu tutulduğu, %54'ünün eşinin tüm parayı kontrol ettiği ve kadınların %14'ünün zorla cinsel ilişki yaşadıkları belirtilmiştir (aktaran Bıkmaz, 2010).

Weaver ve Clum (1996) sığınma evinde kalan 45 şiddete maruz kalmış kadınla yaptıkları çalışmada ise kadınların %71'inin çocuklukta fiziksel istismara ve %53'ünün cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Coker ve Ark. (2000) tarafından yapılan bir araştırmaya göre kadınların %86,2'si geçmişte fiziksel ve duygusal şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Türkiye'deki çalışmalarda ise; Emniyet Genel Müdürlüğü'nün 2000-2005 yıllarını kapsayan kadına yönelik işlenen suçlar raporuna göre, suçların %29'u aile içi uyuşmazlık, %29'u namus, %9'u cinsel taciz, %3'ü tecavüz nedeniyle işlenmiştir.

Altınay ve Arat (2007) tarafından yapılmış bir araştırmaya göre hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı Türkiye genelinde %35 olarak saptanmıştır.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırmasında yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %39'dur (KSGM, 2010).

Bursa'daki halk sağlığı merkezlerinde yapılan bir araştırma, kadınların %59'unun şiddet gördüğünü ortaya koymuştur (Ergin ve Bilgel, 2001).

Mor Çatı'nın 1990 ile 1996 yılları arasında 1.259 kadın arasında yürüttüğü bir araştırma, kadınların %88'inin şiddet ortamında yaşadığını ve %68'inin kocaları tarafından dövüldüğünü göstermiştir (Öztunalı-Kayır, 1997).

Yerel Aile Çalıştayları Sonuç Raporuna göre kadınların yüzde 43,9'u eşi veya birlikte olduğu kişi(ler)den yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddet yaşadığını belirtmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2010).

‘‘Aile İçinde Şiddetin Boyutları, Nedenleri, Sonuçları ve Oluşum Sürecinin Analizi’’ başlıklı çalışmada kadına yönelik fiziksel şiddet sıklığı %16.5, sözel şiddet sıklığı %12.3 olarak bulunmuştur (T.C. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, 1997).

Akalın (2010) tarafından yapılan araştırmaya göre; kadınların % 61'inin eşi tarafından şiddete uğradığı saptanmıştır. Şiddet tiplerine bakıldığında % 32,8'inin

fiziksel, % 50'sinin sözel, % 10,7'sinin ekonomik, % 6,6'sının cinsel şiddete uğradığı saptanmıştır.

Ayrancı ve arkadaşlarının (2002), yaptıkları bir araştırmada, katılımcı kadınların % 36.4'ünün fiziksel şiddetten yakındığını, % 71.4'ünün geçmişteki ya da şimdiki gebelik döneminde ruhsal/sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını saptamışlardır.

Güler, Tel ve Tuncay (2005) tarafından yapılan araştırmada kadınlara uygulanan fiziksel şiddet %59.7, sözel şiddet %47.4 ve duygusal şiddet % 21.4 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasına göre Türkiye'de kadınların %23'ü eşi veya birlikte olduğu kişinin çalışmasına engel olduğunu ya da işten ayrılmasına neden olduğunu belirtmektedirler (KSGM, 2010).

Kocacık ve Çağlayandereli (2009)'nin araştırmasına göre kadınların %52.5i şiddet gördüğünü belirtmiştir. Şiddet görenlerin gördüğü şiddet türünde %51,8 oranında sözel şiddet yer almaktadır. Fiziksel şiddet görenlerin oranı ise %15'dir. Şiddet görenlerin şiddet görme sıklığı en çok %43 oranı ile "haftada bir kaç defa şiddet gördüğü" seçeneğindedir. Bunu %29 oranı ile "her gün şiddet gördüğünü" belirtenler izlemektedir.

Çiftçi'nin (2007) kadın sığınma evinde kalmakta olan 65 kadın ile yaptığı araştırmasında, kadınların yaşadıkları şiddet türleri incelendiğinde birden fazla şiddet türünü yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Oranlarına göre yaşadıkları şiddet türlerinin dağılımları incelendiğinde; %87.7 sözel, %83.1 fiziksel, %80 duygusal, %60 cinsel ve %50 oranında da ekonomik şiddet olduğu görülmüştür.

Vahip ve Doğanavşarlıgil'in (2006) çalışmasında hastaların % 62'si evliliğinde, % 63'ü çocukluğunda en az bir kez fiziksel şiddetle karşılaşmış oldukları bulunmuştur.

Kadına yönelik şiddetin dağılımına bakıldığında da kadınların %47.1'i çocukluk ve gençlik dönemlerinde şiddete maruz kaldıklarını, %32.9'u ise evlilikleri süresince aile içi şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Evlilik süresince şiddet gören kadınların %64.8'i sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Özyurt ve Deveci, 2011).

Yapılan araştırmalara bakıldığında kadına yönelik şiddet türleri içinde en çok fiziksel şiddet türünün uygulandığı saptanmıştır. Fiziksel şiddetin sonuçları en görünür olanlardır ancak, şiddete maruz kalanın depresyona girmesi ve benzeri ruh

sağlığını ilgilendiren sonuçları da iyi bilinmektedir. Kadınların maruz kaldıkları şiddetin her türlü farklı olumsuz etkilere yol açsa da fiziksel şiddet, fiziksel sorunlara yol açması bakımından en yaralayıcı olanıdır (Akın ve Paksoy, 2008).

Şiddetle ilgili yapılan araştırmalar, kadınların çoğunun yaşamları boyunca bir yakını tarafından fiziksel şiddete ve istismara uğradığını göstermektedir. Kadınlar çoğu zaman tek bir şiddet türüne değil birden fazla şiddet türüne maruz kalabilmektedirler. Şiddete maruz kalmak çok boyutlu sonuçlar doğurabilmekte ve bu sonuçlar toplumun geleceği olan yeni nesilleri etkilemektedir.

### **1.5. Şiddet ve Kuramsal Çerçeve**

Şiddetin nedenlerini ve sonuçlarını açıklamaya çalışan birçok kuramcı çeşitli kuramlar geliştirmiştir. Bu kuramlar sayesinde şiddetin oluşma biçimi anlaşılmaya çalışılmış ve böylece şiddetin etkilerinin en aza nasıl indirilebileceği ile ilgili çalışmalar yapılabilmektedir.

Şiddetin ele alınmasında genetik, biyolojik, psikolojik, demografik, kültürel, ekonomik, sosyal, politik etmenlerin, kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı yönleriyle ayrı ayrı veya bir arada dikkate alındığı görülmektedir (Gümüş, 2006).

İçinde bulunulan tarihsel döneme ve toplumsal yapıya bağlı olarak oranı değişse de, şiddet eylemleri insanlar üzerinde her zaman önemli olumsuz etkiler yaratır. Şiddetin gelişimini ve sürmesini anlamaya yönelik çok sayıda kuram ve model geliştirilmiştir (Yılmaz, 2011).

#### **1.5.1. Psikanalitik ve Psikodinamik Yaklaşım**

Şiddet içeren tüm olaylar ruhsal dünya içerisinde tasarımlanabilir ve zorluk yaşantısı olarak karşımıza çıkar. Psikanalitik literatürde şiddet üzerine çeşitli formülasyonlar görmekteyiz, şiddeti saldırganlık göstergesi olarak görenler, ölüm içgüdüğü ile bağlayanlar, ruhsal zıtlık olarak açıklayanlar veya Anzieu gibi paradoks olarak niteleyenler. Hepsi içinse ortak olan düşünce, gerekli ve kalıcı bir şiddetin varlığıdır (Tunaboğlu-İkiz, 2005).

Sunat'a göre (2003) şiddet kendi olamamakla başlar. Kendi olamama ve şiddet sorunsalı; tarihsel/toplumsal anlamda arkaik düzeylere, bireysel/ruhsal anlamda en erken nesne ilişkilerine uzanır.

Psikanalitik kuramın yaratıcısı Sigmund Freud, davranışın, yaşam içgüdüğü ya da Eros'tan elde edilen enerji olan ve libido olarak ifade edilen cinsel ve içgüdüsel dürtülerle şekillendiğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla, bu tür libidinal arzuların bastırılması saldırganlıkla sonuçlanır. Saldırganlığın Freud tarafından açıklandığı gibi ifade edilmesine örnek olarak, çocuklukta saldırganlık ve ödip karmaşası verilebilir (Yılmaz, 2011).

Freud daha sonra kuramına Thanatos olarak ifade ettiği ölüm iç güdüsü kavramını eklemiştir. Eros 'un karşıtı olan bu içgüdüünün bir türevi saldırganlık dürtüsüdür. Freud bunu, bireyin kendisine yönelik yıkıcı eğilimlerinin dış dünyaya çevrilmesi olarak açıklar. Kendini yok etmeye yönelik istek yaşam içgüdüğü ile engellendiğinden, Thanatos 'un enerjisi dış dünyaya yönelir. Sonuç olarak saldırganlığın temeli, ölüm içgüdüğünün negatif enerjisinin dış dünyaya ve başka insanlara aktarılmasıdır (aktaran Yılmaz, 2011).

Saldırganlık bir ikincil tepki değildir ancak Freud'un altını çizdiği gibi, özneliği kuran bir birincil eğilimdir. Bu görüşe göre saldırganlığın iyi bir kullanımı vardır, bu ruhsal aygıtın etken kutbunun etkinliği olacaktır ama bir de kötü kullanımı vardır ki bu boyun eğme gerçekleşmediği için ortaya çıkan bir şiddet olarak değerlendirilebilir (Rassial, 2003).

Psikanalizin kadına ilişkin açıklamalarında ev içi şiddetin ya da erkeğin kadına yönelik şiddetinin neden kaynaklandığı pek sorgulanmaz. Saldırganlıkla ilgili önemli çalışmalar yapan Freud, insanda içgüdüsel olarak saldırganlık duygularının olduğundan bahseder. Ona göre, yaşam ile ölüm iç içedir ve saldırganlık duyguları yıkıcı, yok edici erkeklerin biyolojik yapılarından kaynaklanmaktadır (Hall,1999, aktaran Kaygusuz ve Kalkan, 2012).

Psikodinamik açıdan travmatik nevroz, Freud'un tanımladığı "yineleme zorlantısı" (repetition compulsion) görüşüyle açıklanmaya çalışılmıştır. Yetişkin kişinin baş edilemeyecek kadar ağır bir stresle karşılaşınca düşüncelerinde, rüyalarında bu olayı tekrar tekrar yaşaması yineleme zorlantısına benzeyen bir durumdur. Bu da çocukta görülen stresle baş etme doğal çabasının benzeridir (Öztürk, 1990, aktaran Bıkmaz, 2010).

Freud'a göre kişi yaşadığı nesne kayıplarının sonucunda art arda gelen ideallerle beslenmektedir. Şiddetin ortaya çıkması benlik idealinin hayatımızın bir anında gerçeklik duygusunun bir parçası tarafından bütünlüğünü bozucu hale gelmesidir. Bu gerçek ortadan kaldırılmalıdır, böylelikle tehdit altındaki kimlik

duygusu şiddet içeren hareketle tekrar oluşturulur (Freud 1914, aktaran Tunaboşlu İkiz 2005).

Vahip (2007) çalışmasında, aile içi şiddete maruz kalan ya da tanık olan çocuklarda içselleştirilen korku, öfke, çökkünlük duyguları ve bu duygularla şekillenen ruhsal yapı, şiddetin farklı biçimlerini ortaya çıkaran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır, böylece şiddet kuşaktan kuşağa aktarılmakta olduğunu belirtmiştir. Anne ve baba ile özdeşim, aile içinde istismar, ihmale maruz kalan ya da aile içi şiddete ve çoğu zaman da babaları tarafından annelerine yöneltilen şiddete tanık olan çocuklar açısından karmaşık bir doğaya sahiptir (aktaran Bıkmaz, 2010).

Bireyin özellikle çocukluğundaki deneyimleri ile saldırganlık duyguları birleşmesi, şiddetin yönünü ve oranını belirlemekte; şiddet, kişiliği aşan cinsel itkiler ve kişinin öz korunmasını hedefleyen nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda aşk ve nefret simetrik konumdadır. Ask, cinsel itkiler kapsamında kendine alan ararken, “ben”in varlığını sürdürme ve kendini kabul ettirme arzusu nefreti körükler ve bireyi saldırganlaştırır (Freud, 2011, aktaran Kaygusuz ve Kalkan 2012).

Klein, Freud’un kavramlarını daha da ileri götürerek, çocukluk gelişimi başladığı andan itibaren ölüm itkisinin belli oranlarda dışlanarak nesnelere çevrildiğini; böylelikle dış dünyaya yönelik sadistik tepkilerin daha yaşamın ilk evrelerinde çocuğun kendini kendi sadizminden koruması için şekillendiğini öne sürmektedir. Bu sadizmin üstesinden ancak başarılı bir cinsel gelişimin gelebileceğini savunan Klein, cinsel gelişimin duraksamasının saldırganlığı tetiklediğini iddia etmekte, aile içi şiddeti de bu eksene yerleştirmektedir (Walker, 1986, aktaran Kaygusuz ve Kalkan 2012). Klein 1931’de yayımladığı makalesinde aktardığı üzere çocukluğun erken döneminde endişe verici durumların şiddet duygusunu arttıracaklarını düşünmektedir. (Aktaran Tunaboşlu İkiz, 2005).

Kohut’a göre zarar verici saldırganlık bir çözülme ürünüdür. Benliğe dönük travmatik hayal kırıklığı ve başarısızlıklar çözülme ürünleri olarak yıkıcı saldırganlık olarak gelişir. İnsanın zarar vericiliği psikolojik bir olay olarak ikincildir. Kin dolu zarar vericilik çocuğun kendine güveninin bir ögesidir. Narsist öfke biyolojik dürtünün tezahürü değildir. Freud, saldırganlığı bağımsız bir güdü olarak keşfetmişti. Sevgi kaybı, sosyal ilişki eksikliği saldırganlığı etkili biçimde destekleyen faktörler olarak açıklar (Yavuzer, 2013).

Çok genel olarak bakıldığında psikanaliz, kişiler arası bir fenomen olarak örselenmeye ilişkin henüz bir analiz sunmamıştır, dolayısıyla aile içi şiddetin nasıl

ortaya çıktığına ilişkin ayrı bir açıklama gösterememiştir (Walker, 1986, aktaran Kaygusuz ve Kalkan, 2012).

### **1.5.2. Sosyal Öğrenme Teorisi**

Sosyal Öğrenme Teorisi şiddetin oluşumunu ve etkisini açıklayan en önemli kuramlardan biridir. Bu model davranışların yaşam olaylarından etkilenecek şekilde oluştuğunu ve bu davranışları olayları algılayış biçimimize göre içselleştirmemizle şekillendirdiğimizi ifade eder.

Sosyal Öğrenme Teorisi ile aile içi şiddet olaylarını açıklamaya çalışan akademisyenler, aile içi şiddet olaylarının da diğer davranışlar gibi yaşanarak ve gözlemlenerek öğrenilen ve nesilden nesile aktarılarak tekrar eden bir davranış olduğunu iddia etmektedirler (Özgentürk, Karğın ve Baltacı, 2012).

Bandura'ya göre, kızgınlık ve şiddet tüm toplumlar için çok önemli bir sosyal problemdir. En küçük bir kızgınlık ve şiddet dahi çok önemli sonuçlar doğurabilir. Sosyal Öğrenme Teorisine göre; kızgınlık ve şiddet birçok yıkıcı olayın kaynağıdır (Bandura, 1973).

Yetişkinlerin çocuklarına gösterdikleri duygular, davranışlar, çocukların duygusal yaşamlarının bir çerçevesini oluşturur (Goleman, 1996). Bandura'ya göre özellikle çocuklar tarafından taklit edilen davranışlar arasında düşmanca ve saldırgan davranışlar yer almaktadır (aktaran Schultz and Schultz, 2002). Eğer, aile karşılaştıkları strese, hayal kırıklıklarına ve sorunlara kızgınlık ve saldırganlıkla karşılık veriyorsa, çocuklar da büyüdüklerinde küçükken maruz kaldıkları veya şahit oldukları benzer olaylara kızgınlık ve saldırganlıkla karşılık verebilmektedirler (Bandura, 1973).

Birbirlerine ve çocuklarına karşı şiddet uygulayan ebeveynler, çocuklarına, saldırganlığın stres yaratan durumlarla ve engellenmelerle başa çıkmak için kullanılabilir uygun bir araç olduğu konusunda model olmaktadır (Wareham, Boots ve Chavez, 2009, aktaran Bıkmaz, 2010).

Sosyal Öğrenme Kuramı (Bandura, 1977, aktaran Taylor, Peplau ve Sears, 2007) saldırgan ve şiddet davranışların gözlenmesiyle davranış repertuarına alındığını belirtir.

Sosyal Öğrenme Teorisine göre çocuklarına karşı şiddet kullanan veya çocuklarını herhangi bir şekilde suistimal eden ebeveynler bu davranışı çocukken maruz kaldıkları veya şahit oldukları şiddet içeren kötü davranışların sonucunda

öğrenmişlerdir. Şayet, çocuklar aileleri tarafından suistimal edilirlse, bu kötü davranış kalıpları onların bu kötü davranışları öğrenerek içselleştirmelerine ve ileride kendi çocuklarını suistimal etmelerine ve onlara kötü davranmalarına neden olur. Örneğin, çocuklar ebeveynlerinin birbirlerine karşı şiddet kullandıklarını veya fiziki olarak saldırdıklarını görürse kendisi de ileride kendi eşine karşı fiziki şiddet kullanma eğilimleri geliştirme ihtimali yüksektir (Akers, 2000).

McGee (2003) Evason'dan aktardığı üzere, Evason'un yaptığı çalışmaya katılan kadınlardan %72'si çocuklarının kendilerinin maruz kaldığı aile içi şiddet nedeniyle olumsuz olarak, duygusal yönden etkilendiğini bildirmişlerdir.

Stith ve Farley (1993) tarafından yapılan çalışmada, aile bireyleri arasındaki şiddete şahit olma ve şiddete maruz kalmayla ileriki yaşlarda eşine karşı şiddet kullanma arasında bir bağın olduğu tespit edilmiştir. Straus (1991) tarafından yapılan çalışmada, erkek ve kadın deneklerden çocuk yaşta sürekli olarak aile içi şiddete şahit olanlar ile şiddete maruz kalanların ileriki yaşlarda eşleriyle aralarında şiddet içeren davranışlar meydana gelme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Eşine şiddet gösteren erkekler ile yapılmış bir araştırmaya göre erkeklerin %50-70'i çocuklarına da şiddet uygulamaktadır. Ev içinde şiddet olan ailelerdeki çocukların şiddet görme ihtimalleri diğer ailelere göre 1500 kat daha yatkındır. Şiddet gören çocukların diğer çocuklara göre %24 oranında cinsel saldırı suçu işlemeye ve %50 oranında alkol ve uyuşturucu kullanmaya meyilli olduğunu ortaya koymaktadır (Psych Central, 2006).

Aile içinde sürekli şiddet ve kötü muameleye maruz kalan veya şiddete tanık olan çocuklar duygusal, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal açıdan ciddi sorunlar yaşayabilmektedirler (Damka 2009; Işıloğlu, 2006; Yıldız, 2007).

Sosyal Öğrenme Teorisinin aile içi şiddete etkisini ölçmek için yapılan çalışmalar; çocukluk çağında şiddete maruz kalmak ya da şiddete şahit olmanın çocukların ileriki yaşlarda şiddet kullanma oranını hiç şiddet görmeyen çocukların oranına göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Şiddeti yaratan faktörlere bakıldığında model almak, gözlemlemek davranışın oluşmasında ve şiddetin nesilden nesile aktarılmasında etkilidir.

## 1.6. Kadına Yönelik Şiddetin Ruh Sağlığına Etkileri

Kadına yönelik şiddetin oluşması, gelecek nesillerin meydana gelmesinde öncülük yapacak olan kadınların ruh sağlığı ile ilgili sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Şiddete maruz kalmış kadınlar tarafından büyütülecek olan çocuklar yetişkinlik dönemlerinde ruh sağlığı bozuk bireyler olarak ortaya çıkacaktır. Şiddetin boyutu kadının ruh sağlığını da ciddi bir şekilde bozmaktadır.

Şiddetin doğrudan neden olduğu sağlık sorunları kadar şiddet tehdidi de çeşitli sağlık sorunlarına yol açan önemli bir stres kaynağıdır (Batlaş, 2000).

Çok az kişinin mağdur olduğu durumlarda bile travmatik olayların genel ruh sağlığı, ulusal ve sosyal dengeler üzerinde yaygın ve uzun süreli olumsuz etkileri olabilmektedir (Işıklı, 2006).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesinde içinde aktarılanlara göre kadınların aile içi şiddet nedeniyle yaşadıkları bir dizi fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları vardır. Bunlardan bazıları yaralanma, kronik ağrılar, sindirim sistemi bozuklukları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar da dahil olmak üzere üreme organlarıyla ilgili sorunlardır. Bunun yanında psikolojik olarak depresyon, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik değeri, uyku ve iştah bozuklukları, intihar düşünceleri ve psikosomatik rahatsızlıklar da rastlanan sorunlardandır (KSGM, 2008).

Cinsel temasla bulaşan hastalıklar, yaralanmalar, pelviste ateşli hastalıklar, istenmeyen gebelikler, çocuk düşürmeler, kronik karın ağrısı, baş ağrıları, jinekolojik sorunlar, alkol/hap bağımlılıkları, astım, sinirsel bağırsak hastalıkları belirtileri, yaralayıcı (zarar verici) sağlık davranışları (sigara içmek gibi), kısmi veya sürekli maluliyet gibi fiziksel sağlık sonuçları, travma sonrası stres bozuklukları, depresyon, anksiyete, cinsel işlevsizlik, yeme bozuklukları, çok yönlü kişilik bozuklukları, sabit fikir-zorlama bozuklukları gibi zihinsel sağlık sonuçları, intihar, öldürme-cinayete teşebbüs gibi sonuçlar şiddetin kadın sağlığı üzerindeki etkileri olarak sayılmaktadır (Er, 2006).

Maruz kaldıkları şiddetin sonucu olarak kadınlar çeşitli psikolojik problemler yaşarlar. Depresyon, intihar girişimi, alkol ve madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kadınların maruz kaldıkları şiddet yaşantısından sonra geliştirdikleri psikolojik problemlerdir. (Golding, 1999).

Psikiyatrik hastaların %63'ünün çocukluklarında kötüye kullanıldığı, %62'sinin eş şiddeti gördüğü, %42'sinin hem çocukluklarında hem de evliliklerinde şiddete uğradıkları belirlenmiştir. Buna göre hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde istismar edilmek psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir (Vahip ve Doğanavşargil, 2006).

Golding'in (1999) şiddete maruz kalan kadınlardaki depresyon, intihar girişimi, alkol ve madde kullanımı ile travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) sıklığı üzerine yapılmış 40'ın üzerinde araştırmayı incelediği meta-analitik çalışmasında; şiddete maruz kalan kadınlar arasındaki ruhsal sağlık problemlerinin yaygınlığını inceleyen 18 çalışmada katılımcıların %47.6'sının depresyon, 13 çalışmada %17.9'unun intihar girişimi, 11 çalışmada %63.8'inin TSSB, 10 çalışmada %18.5'inin alkol kullanımı ve 4 çalışmada %8.9'unun madde kullanımı bildirdiğini saptamıştır. Şiddete maruz kalma, yukarıda sayılan problemler açısından risk faktörüdür. Bir başka çalışmada, araştırmaya katılan şiddete uğramış kadınların %76.7'sinde depresyon, %75'inde anksiyete belirtilerinin olduğu bulunmuştur.

Mehmet'in (2001) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre şiddete maruz kalan kadınların şiddet sonrası çektikleri rahatsızlıklar: Nedensiz baş ağrısı (%34), nedensiz mide ağrısı (%46), ağlama krizleri (%44), intiharı düşünme (%44), depresyon (%44), sürekli bir yorgunluk (%58), endişe (%58), olayı unutmaya çalışma (%56), sık baygınlık geçirme (%58), uykusuzluk (%56), kendine güvensizlik (%54), gece kabusları (%50), suçluluk duygusu (%52), uyuşturucuya başvurma (%58), cinsel isteksizlik (%56), korku (%56), panik (%56), ölme isteği (%56) ve aşırı yeme (%54) olarak belirlenmiştir.

Kadınların yaşadığı şiddet bazı durumlarda ölümle sonuçlanmaktadır. Çocukken cinsel istismara uğramış bireylerde daha sonra psikolojik bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı görülmektedir. Şiddete maruz kalmış kadınlarda akut yaralanmalar dışında farklı sağlık sorunları da görülmektedir; bedensel yakınmalar, anksiyete ve depresyon, pelvik ağrı, cinsel ve jinekolojik problemlerden muzdarip olma olasılıkları daha yüksektir (Mazza, Dennerstein ve Ryan, 1996).

Şiddetin ölümcül olmayan bir diğer sonucu ise ruh sağlığı ile ilgilidir: depresyon, kaygı, korku, kendini değersiz bulma, kendini suçlama, kendine zarar verici davranışlar gösterme, çaresizlik, cinsel işlev bozukluğu, yeme ve uyku sorunları, panik atak, post travmatik stres bozukluğu, stresle başa çıkamama, madde

bağımlılığı geliştirme ve saplantı sorunları vb. Bunların yanı sıra paranoid bozukluklar, somatik belirtiler ve fobiler de bu listede yer almaktadır (Yanikekrem, Kavlak ve Sevil, 2007).

Şiddete maruz kalan kadınlarda; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır. Çocukluk döneminde yaşanmış olan herhangi bir şiddetin kişilik örgütlenmesinde büyük bir etkisi vardır (DSÖ, 2005).

BM tarafından 2006'da hazırlanan bir raporda Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma ile bir yıllık süre içerisinde şiddete maruz kalan kadınların % 59'unun ciddi psikolojik sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir.

Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda psikiyatrik bozukluklar en basitinden depresyon oranı yüksektir (Vahip, 2002).

Şiddete maruz kalan kadınlarda; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır (DSÖ, 2005).

DSÖ (2005)'nün yayınladığı bir raporda aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda psikolojik bozuklukların sıklıkla gözlemlendiği bildirilmiştir.

Kadın psikiyatri hastalarında yapılan çalışmalardan; Vahip ve Doğanavşargil (2006) hastalarının %62'sinde, Akyüz, Kuğu ve Doğan (2002)'in hastalarının da %57'sinde fiziksel şiddete maruz kalma öyküsü olduğunu belirtmişlerdir.

Aile içi şiddete maruz kalan kadınların sıklıkla somatik, depresif veya anksiyöz yakınmalarla başvurduğu tespit edilmiştir (Akyüz, Kuğu ve Doğan, 2002).

Bir çalışmada, psikiyatrik tanı konan olguların %35.8'inde hastalık öncesinde en az bir önemli yaşam olayı deneyimi olduğu bulunmuştur (Faravelli, Catena, Scarpato ve Ricca, 2007). Bazı tanı gruplarında bu oran daha da yüksek olabilmektedir. Örneğin, panik bozukluğu olgularının yaklaşık %80'inde hastalık öncesindeki bir yıllık dönemde bir veya daha çok stresli yaşam olayı bildirilmiştir (Faravelli ve Pallanti, 1989).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, iki uçlu mizaç bozukluğu hastalarının %20.7'sinin ilk nöbetlerinden önceki altı ay içinde stresli bir yaşam olayı saptanmıştır (Coşkun, Savaş, Tanar, Arkonaç, Erkoç ve Güveli, 1995).

Finkelstein ve Yates (2001)'in yaptığı araştırmaya göre şiddet görmüş çocuklarda şiddet görmemiş çocuklara göre %30-40 arası daha fazla psikopatoloji görülmektedir.

Bunlar yaşam streslerinin psikopatoloji ortaya çıkaran temel etkenlerden biri olduğunu düşündürmektedir (Doruk, Çelik, Özdemir ve Özşahin, 2008).

Şiddetin ruh sağlığı üzerine etkileri travma sonrası stres bozukluğundan kalıcı kişilik değişikliklerine kadar uzanabilmekte, maruz kalan bireyin işlevselliği tüm alanlarda etkilenmektedir. Bu etkilerin tanınması şiddetin ruhsal sonuçlarının giderilmesinde önemli bir adımdır (Boşgelmez ve Aker, 2011).

Şiddetin etkileriyle ilgili yapılmış araştırmalar kadının yaşadığı ciddi ruhsal sorunları ortaya çıkarmakta ve şiddetin kadının hem ruhsal işleyişini hem de sosyal işleyişini etkilemekte olduğunu göstermektedir. Kadına yönelik şiddetin etkilerine bakıldığında kadının yaşamının her açıdan tehdit edilmesi söz konusudur ve dış faktör olarak kadının ruhsal işleyişini bozmaktadır.

### **1.6.1. Şiddet ve Kişilik**

İnsan davranışlarını inceleyen uzmanların yanıt aradığı temel sorulardan biri de davranışlarımızın içinde bulunduğumuz durum tarafından mı yoksa sahip olduğumuz kişilik tarafından mı biçimlendirildiğidir. Günümüzde kabul gören yanıt hem içinde bulunduğumuz durumun hem de kişinin kendisinin davranışların biçimlenmesinde etkili olduğudur. Günümüzde daha çok durumun davranışlarımızı nasıl etkilediği ve davranışların kişiyi nasıl yansıttığı üzerinde durulmaktadır (Burger,2006).

Kişilik, bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçler olarak tanımlanabilir (Burger, 2006).

Kişilik genetik olarak belirlenen, ekonomik ve kültürel değişikliklerden bağımsız, yaşam boyu kalıcı etkiler ortaya koyan, birbiriyle ilişkili ve etkileşim içindeki özellikler bütünüdür (Karşlıoğlu ve ark., 2012).

Kişilik, ‘sosyal insan’ı, bireyselliği ve birlikteliği içinde tek ve farklı kılan, kendini ifade edişini, ilişki tarzını belirleyen ve çevreye özgün uyumu sağlayan psiko-fizyolojik sistemlerin, dinamik ve açık örgütlenmesidir. Kişilik, farklı işlevsellik alanlarında, birbirleriyle anlamlı bağlantı içinde, değişik özelliklerin bir araya gelmesiyle oluşan ve bütün olarak algılanması gereken bir mozaiktir. Süreklilik kazanmış algılama, duygu, düşünce, tutum ve davranışların bütünüdür (Saydam, 2007).

Kişilik, bir insanın sosyal deneyimleri, gelişimi ve yapısal özelliklerinin sonucu olarak ortaya çıkan ve o kişinin yaşam tarzı ile uyum biçimini oluşturan bütün köklü davranış, düşünce ve duygu kalıplarıdır (Sorias, 2007).

Kişilik; bireyin duygusal ve davranışsal olarak rutin yaşamında görülen toplam özellikleri olarak tanımlanabilir. Kişilik, bireye özgü, kalıcı özellikleri tanımlar (Kaplan ve Sadock, 1998).

İnsanda kişiliğin gelişmesi, evrimsel (filogenetik) gelişmeye bağlı olan *olgunlaşma (maturation)* ve öğrenmeye bağlı olan *bireyleşme-toplumsallaşma* süreçlerinin birbirlerini etkilemesiyle olur. Kişilik gelişmesinin nörobiyolojik, bilişsel, duygusal yönlerini, nesne ilişkileri özelliklerini, yaşam sorunları, engellemeler ve çatışmalarla baş etmek için geliştirdiği uyum ve savunma düzeneklerini biyopsikososyal bir bütün olarak değerlendirmek gerekir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kişilik ile ilgili bir çok teorisyen farklı yaklaşımlarla kişiliği ele almışlardır. Bu yaklaşımlar kişiyi diğerlerinden farklı kılan davranışların sebeplerini anlayabilmek açısından önemlidir.

Kişilik gelişimi açısından normal gelişime ve psikopatolojiye, öncelikle dinamik psikiyatriye en önemli katkı psikanalizin kurucusu Freud'dan ve onun izleyicilerinden gelmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kişilik ile ilgili yaklaşımlardan psikanalitik yaklaşım, insanların davranış tarzlarındaki önemli farklılıklardan, bilinçaltı akıllarının sorumlu olduğunu söyler. Ayırıcı özellik yaklaşımı, kişinin ayırıcı özellikler yelpazesini oluşturan türlü kişilik özelliklerinden bazılarını sahip olduğunu söylerken, biyolojik yaklaşım kişilikteki bireysel farklılıkları açıklamak için kalıtsal eğilimlere ve fizyolojik süreçlere dikkat çekerler. İnsancıl yaklaşım kişilik farklılıklarının ana nedeni olarak kişisel sorumluluk ve kendini onaylama duygusunu gösterir. Davranışsal/sosyal öğrenme kuramcıları, tutarlı davranış kalıplarını koşullanma ve beklentilerin sonucu olarak açıklar. Bilişsel yaklaşım davranıştaki farklılıkları açıklamak için insanların bilgiyi işleme yöntemlerindeki farklılıkları inceler (Burger, 2006).

Freud'un ilk kişilik gelişimi teorisi biyolojik kökenli bir modeldi. Bu model içgüdüsel süreçlerin merkezi niteliğini vurguluyor ve insanların oral, anal, fallik ve genital konularla ilgili düzenli bir sıralamayı takip eden bedensel dönemlerden geçtiğini ileri sürüyordu (McWilliams, 2010).

Freud'a göre yaşamın ilk beş yılı, kişilik gelişimi için belirleyicidir. Psikoseksüel dönemler olarak tanımladığı bu dönemlerin her birinde cinsel uyarılma bölgeleri farklıdır ve çocuğun bu dönemleri nasıl aştığı gelecekteki psikoseksüel ya da karakter bozukluklarını belirler (Çepik-Kuruoğlu, 2008).

20. Yüzyılda psikanalitik kişilik gelişimi kuramına en özgün katkı Erik H. Erikson'un sekiz gelişim döneminden bahsettiği psikososyal gelişim dönemleri kuramıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Freud'un kuramına göre yetişkin kişiliklerimizin temel özellikleri psikoseksüel dönemlerde son şeklini alır. Oysa Erikson, kişilik gelişiminin kişinin yaşamı boyunca devam ettiğini belirtir (Burger, 2006). Bu gelişim dönemlerinde çatışmaları nasıl çözdüğümüz bize kişilik özelliklerimizin ipuçlarını verir.

Kişilik özellikleri esneklikten yoksun ve uyumu bozucu olduğunda ve işlevsellikte belirgin bir bozulmaya ya da öznel bir sıkıntıya neden olduğunda ancak o zaman kişilik bozukluklarını oluşturur. Bir kişilik bozukluğunun başlıca özelliği kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı [DSM IV-TR], 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 sınıflama sisteminde kişilik bozukluğu, kişiliğin birden çok alanını kapsayan biçimde bireyin karakter oluşumunda ve davranış eğilimlerinde kişisel ve sosyal olarak bozulmaya yol açacak biçimde ortaya çıkan şiddetli bozukluk olarak tanımlanmaktadır. ICD-10'a göre kişilik bozukluğu kendisini süreklilik gösteren biçimde duygulanım, uyarılma, dürtü kontrolü, algılama ve düşünme biçimi ve diğerleriyle kurulan ilişkiler gibi alanlarda belirgin biçimde uyumsuz tutum ve davranışlarla gösterir (Taymur ve Türkçapar, 2012).

Kişilik Bozukluğu, kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür, yaygındır ve esnekliği yoktur, ergenlik ya da genç erişkinlik yollarında başlar, zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar (DSM-IV-TR, 2007).

Geçmiş tarihe bakıldığında, kişilik bozukluğu olan insanların şeytani olduğuna inanılıyordu ve bu insanlar toplum tarafından dışlanıyorlardı. Ancak yeni yapılan araştırmalar bu bozuklukların sebebinin genetik yatkınlıktan, ebeveyn davranışlarından ve sosyal çevreden etkilenmeden kaynaklandığını göstermektedir.

Kalıtımsal, yapısal ve çevresel faktörler kişilik bozukluklarının oluşumunda değişik oranlarda etkili olmaktadır (Kaplan ve Sadock,1998).

Kişilik özelliklerinin bozukluk olarak değerlendirilebilmesinde çeşitli faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerin etkisi kişinin özelliği olabilen bir davranışın bozukluk olarak ortaya çıkmasına ve kişinin işleyişinde bozulmalar meydana gelmesine neden olmaktadır.

Gelişmiş batı toplumlarında genel popülasyonun en az %5-20'inde kişilik bozukluğu olduğu söylenmektedir (Özçetin, Maraş, Ataoğlu ve İcmeli, 2008). Kişilik bozukluklarının genel görülme sıklığı %6-9 dolaylarındadır, %15 gibi oranlardan da söz edilmektedir (Köroğlu, 2012).

ABD ve diğer bazı ülkelerde yapılan araştırmalarda, kişilik bozukluklarının yaygınlığı %10- 30 arasında olduğu bildirilmektedir (Şahin, 2013).

#### **1.6.1.1. Şiddet ve Kişilik İle İlgili Yapılmış Araştırmalar**

Şiddetin yaratabileceği etkilere bakıldığında özellikle çocukluk çağında şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmanın ya da tanık olmanın kişilik gelişiminin olduğu bu dönemlerde çocuğun kişilik örgütlenmesine etkisinin büyük olduğu görülmektedir. Kişinin yaşantısında var olan şiddet öyküsü belirli kişilik özelliklerine zemin hazırlar.

Herman'a göre travma mağdurlarında kaçınma ve duygulanım kısıtlılığı çok abartılıdır. Mağdur için yaşam yalnızca sağ kalmaya indirildiğinde, duygulanımı kısıtlamak uyumun temel biçimi olur. Travma yaşamış mağdurun kişiliğinde de değişiklikler ortaya çıkar (Herman, 1992).

Kişilik özelliklerine bakıldığında, şiddete maruz kalan kadınların şiddete maruz kalmayan kadınlara göre daha pasif oldukları, maskülen özellikleri az olsa da feminen eğilimlerinin de yeterince yüksek olmadığı ve cinsiyet rolü olarak geleneksel kadınsı rolünü benimsemiş oldukları görülür. Fiziksel şiddete maruz kalan ve kalmayan kadın psikiyatri hastalarının MMPI skorlarının karşılaştırıldığı çalışmada, iki grubun psikopatolojilerinin belirgin özelliklerinden çok genel kişiler arası tutumlarında ve defansif oluşlarında farklılaştığı bulunmuştur (Rhodes ve Baranoff-McKenzie, 1998).

Yapılan çalışmalarda şiddete maruz kalmış kadınların benlik saygısı düşük, değersizlik duyguları olan, öğrenilmiş çaresizliğe bağlı olarak problem çözme davranışı azalmış, çekingen, içe kapanık, bağımlı kişilik özelliği vardır (aktaran Akalın, 2010).

Şiddet gören kadın duygusal açıdan katı bir aile ortamında pasif olmaya yöneltmiştir, sosyal açıdan yalnızdır, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır, saldırganın davranışlarından kendini sorumlu tutmaktadır, onun bir gün değişeceğine dair inancını hiç kaybetmez, bu nedenle itaatkardır (Özmen, 2004).

Atman (2003)'ın kadın psikiyatri hastaları ile yaptığı çalışmasında kadınların % 30-50'sinde şiddete uğrama öyküsü vardır.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) tarafından; 793 anne ve çocukla yapılan bir araştırmaya göre hayatında psikolojik şiddete maruz kalmış çocukların yetişkinlikte sınır, narsistik, obsesif-kompulsif ya da paranoid kişilik bozukluğu olma ihtimali sözel şiddete maruz kalmamış çocukların 3 katı olmaktadır.

Depresif kişilik bozukluğu, anksiyete bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu olan kadınların herhangi bir bozukluğu olmayan kadınlara göre eşlerinden şiddet görme olasılıkları daha fazladır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Akyazı (2010) tarafından yapılmış çalışmaya göre şiddet görmüş kadınların % 76,3'ü en az bir psikiyatrik tanıya sahiptir. %50,8'i TSSB, %37,3'ü Majör Depresyon, %23,7'si Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %5,1'i Sosyal Anksiyete Bozukluğu, %35,6'sı Özgül Fobi, %10,2'si Panik Bozukluk, %1,7'si OKB, %10,2'si Uyum Bozukluğu, %1,7'si Distimik Bozukluk ve %3,4'ü Somatizasyon Bozukluğu tanısı almıştır.

Çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismar öyküsü olan erişkinlerin kişilik bozukluğu oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (Pribor ve Dinwiddie 1992).

Köroğlu, (2012) kişilik bozukluğu olanların strese dayanma eşiklerinin düşük olduğunu belirtmiştir.

Şiddet görmüş kadınlar ile ilgili yapılmış çalışmalarda kadınların kişilik bozukluğu tanısı alma oranları yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda belirli kişilik özelliklerine sahip olan ya da kişilik bozukluğu olan kadınların şiddet görme ihtimali diğer kadınlara göre daha yüksektir.

Kişilik bozuklukları DSM-IV-TR'ye göre A Kümesi: Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları; B Kümesi: Antisosyal, borderline, histrionik, narsistik kişilik bozuklukları; C Kümesi: AVOIDANT (kaçınan), bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozuklukları olarak 3 kümede sınıflanmaktadır.

### 1.6.1.2. Bir Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri

- A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süre giden bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder:
- (1) biliş (kognisyon)(yani, kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
  - (2) duygulanım (affektivite) (yani, duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
  - (3) kişilerarası işlevsellik
  - (4) dürtü kontrolü
- B. Bu sürekli örüntü esnekli göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
- C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.
- D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.
- E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.
- F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

### 1.6.2.2. Paranoid Kişilik Bozukluğu için Tanı Ölçütleri

- A. Aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk gösterme:
- (1) yeterli bir temele dayanmaksızın başkalarının kendisini sömürdüğünden, aldattığından ya da kendisine zarar verdiğinden kuşkulanır
  - (2) dostlarının ya da iş arkadaşlarının kendisine olan bağlılığı ya da güvenilirliği üzerine yersiz kuşkuları vardır

- (3) söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağından yersiz yere korktuğundan ötürü başkalarına sır vermek istemez
- (4) sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılandığı ya da göz dağı verildiği biçiminde anlamlar çıkartır
- (5) sürekli kin besler, yani onur kırıcı davranışları, haksızlıkları ya da görmezlikten gelinmesini bağışlamaz
- (6) başkalarınca anlaşılabilir olmayan bir biçimde, karakterine ya da itibarına saldırıldığı yargısına varır ve öfkeyle ya da karşı saldırı ile birden tepki gösterir
- (7) haksız yere, karısının/kocasının ya da cinsel eşinin sadakatsizliği ile ilgili kuşkulara sık sık kapılır

B. Sadece Şizofreninin, Psikotik Özellikler Gösteren bir Duygudurum Bozukluğunun ya da başka bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel bir tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**Not:** Şizofreninin başlangıcından önce tanı ölçütleri karşılanıyorsa, ‘‘Premorbid’’ sözcüğünü ekleyiniz, örn. ‘‘Paranoid Kişilik Bozukluğu (Premorbid)’’.

### 1.6.2.3. Şizoid Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden dördünün ( ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, sürekli, toplumsal ilişkilerden kopma ve başkaları ile birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatımında kısıtlı kalma örüntüsü:

- (1) ailenin bir parçası olamadığı gibi, ne yakın ilişkilere girmeyi ister, ne de yakın ilişkilere girmekten zevk alır
- (2) hemen her zaman tek bir etkinlikte bulunmayı yeğler
- (3) başka biriyle cinsel deneyim yaşamaya karşı ilgisi olsa bile çok azdır
- (4) olsa bile çok az etkinlikten zevk alır
- (5) birinci dereceden akrabaları dışında yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur
- (6) başkalarının övgü ya da eleştirilerine karşı ilgisiz görünür
- (7) duygusal soğukluk, kopuklu ya da tek düze bir duygulanım gösterir

- B. Sadece Şizofreni, Psikotik Özellikler Gösteren bir Duygudurum Bozukluğu, başka bir Psikotik Bozukluk ya da bir Yaygın Gelişimsel Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**Not:** Şizofreninin başlangıcından önce tanı ölçütleri karşılanıyorsa, ‘‘Premorbid’’ sözcüğünü ekleyiniz, örn. ‘‘Şizoid Kişilik Bozukluğu (Premorbid)’’.

#### **1.6.2.4. Şizotipal Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

- A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, bilişsel ya da algısal çarpıklıkların ve alışagelmışin dışında davranışların yanı sıra yakın ilişkilerde birden bire rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme becerisinde azalma ile kendini gösteren, toplumsal ve kişiler arası yetersizliklerin olduğu sürekli bir örüntü:

- (1) referans fikirleri (referans hezeyanlarını kapsamaz)
- (2) davranışları etkileyen ve kültürel değerlerle uyumlu olmayan acayip inanışlar ya da büyüsel düşünce (örn. batıl inanç, ‘‘gaipten haber verme’’ye inanma, telepati ya da ‘‘altıncı his’’; çocuklarda ve ergenlerde saçma sapan düşlemler ya da bunlar üzerine düşünüp durmalar)
- (3) olağan dışı algısal yaşantılar, bunlar arasında bedensel illüzyonlar vardır
- (4) acayip düşünüş biçimi ve konuşma (örn. belirsiz, çevresel, mecazi, aşırı ayrıntılı ya da basma kalıp)
- (5) kuşguculuk ya da paranoid düşünce
- (6) uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım
- (7) acayip, alışagelmışin dışında ya da çok kendine özel davranış ya da görünüm
- (8) birinci derecede akrabalar dışında yakın arkadaşların ya da sırdaşların olmaması
- (9) yakından tanımakla azalmayan aşırı toplumsal anksiyete, kendisi hakkında olumsuz yargılardan çok paranoid korkular bu bozukluğa eşlik etme eğilimi taşır

B. Sadece Şizofreni, Psikotik Özellikler Gösteren bir Duygudurum Bozukluğu, başka bir Psikotik Bozukluk ya da bir Yaygın Gelişimsel Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

**Not:** Şizofreninin başlangıcından önce tanı ölçütleri karşılanıyorsa ‘‘Premorbid’’ sözcüğü ekleyiniz, örn. ‘‘Şizotipal Kişilik Bozukluğu (Premorbid)’’.

#### **1.6.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama ve başkalarının haklarına saldırma (tecavüz etme) örüntüsü:

- (1) tutuklanması için zemin hazırlayan eylemlerde tekrar tekrar bulunmakla belirli, yasalara uygun toplumsal davranış biçimine ayak uyduramama
- (2) sürekli yalan söyleme, takma isimler kullanma ya da kişisel çıkarı, zevki için başkalarını atlatma ile belirli dürüst olmayan tutum
- (3) dürtüsellik (impulsivite) ya da gelecek için tasarılar yapmama
- (4) yineleyen kavga dövüşler ya da saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık
- (5) kendisinin ya da başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık
- (6) bir işi sürekli götürememe ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirmeme ile belirli olmak üzere sürekli bir sorumsuzluk
- (7) başkasına zara vermiş, kötü davranmış ya da başkasından bir şey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme

B. Kişi en az 18 yaşındadır

C. 15 yaşından önce başlayan Davranım Bozukluğunun kanıtları vardır

D. Antisosyal davranış sadece Şizofreni ya da bir Manik Epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

#### **1.6.2.5. Borderline (Sınırdaki) Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişiler

arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü:

- (1) gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme. Not: 5'inci Tanı Ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.
- (2) gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olması
- (3) kimlik karmaşası: Belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duygusu
- (4) kendine zarar verme olasılığı en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanımı, tıknırcasına yemek yeme). **Not:** 5'inci Tanı Ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.
- (5) Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı
- (6) duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı affektif instabilite (örn. yoğun epizodik disfori, iritabilite ya da genellikle birkaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete)
- (7) kendini sürekli olarak boşlukta hissetme
- (8) uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örn. sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeye öfke, sık sık kavgalara karışma)
- (9) stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır dissosiyatif semptomlar

#### **1.6.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, aşırı duygusallık ve ilgilenilme arayışı gösteren sürekli bir örüntü:

- (1) ilgi odağı olmadığı durumlarda rahatsız olur
- (2) başkaları ile etkileşimi çoğu zaman uygunsuz bir biçimde cinsel yönden ayartıcı ya da baştan çıkartıcı davranışlarla belirlidir
- (3) hızlı değişen ve yüzeysel kalan duygular sergiler
- (4) ilgiyi üzerine çekmek için sürekli olarak fizik görünümünü kullanır

- (5) aşırı bir düzeyde başkalarını etkilemeye yönelik ve ayrıntıdan yoksun bir konuşma biçimi vardır
- (6) gösteriş yapar, yapmacık davranır ve duygularını aşırı bir abartma ile gösterir
- (7) telkine yatkındır, yani başkalarından ya da olaylardan kolay etkilenir
- (8) ilişkilerin olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünür

#### **1.6.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, üstünlük duygusu (düşlemlerde ya da davranışlarda), beğenilme gereksinmesi ve empati yapamamanın olduğu sürekli bir örüntü:

- (1) kendisinin çok önemli olduğu duygusunu taşır (örn. başarılarını ve yeteneklerini abartır, yeterli bir başarı göstermeksizin üstün biri olarak bilinmeyi bekler)
- (2) sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik ya da kusursuz sevgi düşlemleri üzerine kafa yorar
- (3) “özel” ve eşi bulunmaz biri olduğuna ve ancak başka özel ya da toplumsal durumu üstün kişilerin (ya da kurumların) kendisine anlayabileceğine ya da ancak onlarla arkadaşlık etmesi gerektiğine inanır
- (4) çok beğenilmek ister
- (5) hak kazandığı duygusu vardır: Kendisinin özellikle kayırılacak bir tedavi biçiminin uygulanacağı beklentileri ya da bu beklentilerine göre uyum gösterme
- (6) kişilerarası ilişkileri kendi çıkarı için kullanır
- (7) kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarının zayıf yanlarını kullanır
- (8) empati yapamaz: Başkalarının duygularını ve gereksinimlerini tanıyıp ve tanımlama konusunda isteksizdir
- (9) çoğu zaman başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığına inanır
- (10) küstah, kendini beğenmiş davranış ya da tutumlar sergiler

### 1.6.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli bir örüntü:

- (1) eleştirilecek, beğenilmeyecek ya da dışlanacak olma korkusu ile çok fazla kişilerarası ilişki gerektiren mesleki etkinliklerden kaçınır
- (2) sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemez
- (3) mahcup düşeceği ya da alay konusu olacağı korkusu ile yakın ilişkilerde tutukluk gösterir
- (4) toplumsal durumlarda eleştirileceği ya da dışlanacağı üzerine kafa yorar
- (5) yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle aynı ortamda bulunduğu durumlarda ketlenir
- (6) kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel olarak albenisi olmayan biri olarak ya da başkalarından aşağı görür
- (7) mahcup düşeceğinden ötürü kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez

### 1.6.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, uysal ve yapışkan davranışa ve ayrılma korkusuna yol açacak biçimde kendisine bakılma gereksinmesinin aşırı olması:

- (1) başkalarından bol miktarda öğüt ve destek almazsa gündelik kararlarını vermekte güçlük çeker
- (2) yaşamının çoğu önemli alanında sorumluluk almak için başkalarına gereksinir
- (3) desteğini yitireceği ya da kabul görmeyeceği korkusu ile başkaları ile aynı görüşü paylaşmadığını söylemekte zorluk çeker. **Not:** Karşılıklı bulunmaya ilişkin gerçek korkuları buraya sokmayınız.
- (4) Tasarıları başlatma ya da kendi başına iş yapma zorluğu vardır (böyle bir isteğinin ya da yapacak gücünün olmamasından çok doğru yapıp

yapmadığına ya da yeteneklerine ilişkin kendine güveninin yokluğundan ötürü)

- (5) Başkalarının bakım ve desteğini sağlamak için hoş olamayan şeyleri yapmayı isteyecek kadar aşırıya gider
- (6) Kendisine bakamayacağına ilişkin aşırı korku nedeniyle tek başına kaldığında kendisini rahatsız ya da çaresiz hisseder
- (7) Yakın bir ilişkisi sonlandığında bir bakım ve destek kaynağı olarak derhal başka bir ilişki arayışı içine girer
- (8) Kendi kendine bakma durumunda bırakılacağı korkuları üzerine gerçekçi olmayan bir biçimde kafa yorar

#### **1.6.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

A. Aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, esneklik, açıklık ve verimlilik pahasına düzenlilik, mükemmeliyetçilik, zihinsel be kişilerarasında kontrol koyma üzerine aşırı kafa yormanın olduğu sürekli bir örüntü:

- (1) yapılan etkinliğin asıl amacını unutturacak derecede ayrıntılar, kurallar, listeler, sıralama, organize etme ya da program yapma ile uğraşıp durur
- (2) işin bitirilmesini zorlaştıran bir mükemmeliyetçilik gösterir (örn. kendisine özgü aşırı katı ölçüler karşılanamadığı için bir tasarımı tamamlayamaz)
- (3) boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinden ve arkadaşlıklarından yoksun kalacak derecede kendisini işe ya da üretkenliğe adanmış (ekonomik gereksinimleri ile açıklanamaz)
- (4) ahlak, doğruluk ya da değerler gibi konularda vicdanının sesini aşırı dinler ve esneklik göstermez (kültürel ya da dinsel özdeşim ile açıklanamaz)
- (5) özel bir değeri olmasa bile eskimiş ya da değersiz şeyleri elden çıkartamaz
- (6) başkaları, tam olarak kendisinin yaptığı gibi yapmayı kabul etmedikçe görev dağılımı yapmak ya da başkaları ile birlikte çalışmak istemez

(7) para harcama konusunda hem kendisine, hem de başkalarına karşı cimri davranır; para, gelecekte ortaya çıkabilecek felaketler için biriktirilmesi gereken bir şey olarak görülür

(8) Katı ve inatçıdır

### **1.6.2. Şiddet ve Somatizasyon**

Kadına yönelik uygulanan şiddetin bir diğer etkilerinden bir de somataform bozukluklardır. Somatizasyon kişinin ruhsal işleyişinin bedeninde bir nevi kendisini ifade etmesidir. Böylece ruhsal işleyişte yaşanan aksaklıklar bedensel sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve kişinin ruhsal süreçlerinin ciddi derecede hasar görmüş olduğunu ispatlamaktadır.

Somatizasyon anksiyetenin fizik semptomlara dönüşümü olup, duygusal problemlerin ve psikososyal streslerin bedeni semtomlar aracılığı ile fizik bir dil kullanılarak ifade edilmesidir (Baştürk, 1989, Arsan, Erdoğanve Oğuz, 1986, Barsky ve Klerman, 1983).

“Bedenselleştirme” olarak Türkçeye çevirebileceğimiz ve ilk olarak 20. yy’ın ilk yarısında Stekel tarafından kullanılan somatizasyon kavramı, kişinin psikolojik amaçlarla bedenini veya bedensel belirtileri kullanması olarak tanımlanabilir (Bolat, 2010).

Katon, Ries ve Kleinman, somatizasyonu psikososyal sorunların bedensel belirtileri ile ifade edilen bir stres görünümü olarak; Ford ise, bedensel belirtilerin psikolojik amaçlar ya da bireysel kazançlar için bilinç dışı düzeyde kullanıldığı durumlar olarak tanımlanmaktadır (aktaran Bolat, 2010).

Genel olarak somatizasyon kavramı, psikolojik ve/veya psikiyatrik kökeni olan patolojilere gönderme yapar (Fabrega 1990).

Somatizasyon Bozukluğu tarihsel olarak histeri ya da Briquet sendromu olarak bilinmekte, 30 yaşından önce başlayan, yıllarca süren ve ağrı belirtilerinin, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik belirtilerin bir bileşkesi ile belirli çoğul belirtili bir bozukluktur (DSM-IV-TR, 2007).

Freud’un histeri üzerine incelemeleri bu konuda ilk önemli kuramsal modeli oluşturmuştur. Freud bedensel olguların bilinçdışı bir anlamı olduğunu ve bu anlamın kendini beden dili ile ortaya koyduğunu belirtir (Parman, 2005)

Freud ayrıca histeri ile ilgili ilk çalışmalarında kadının psikosomatik sıkıntısının ana nedenini çocukluk çağı cinsel travması olduğunu belirtmiştir (Astbury, 2006).

Psikosomatik olan, ortaya çıkışında ve gelişiminde psikolojik etkenlerin veya çatışmaların baskın bir rol oynadığı fiziksel hastalıkları kapsar (Zabcı, 2005).

Somatizasyon bozukluğunun başlıca özelliği, klinik açıdan önem taşıyan, yineleyen, çok sayıda bedensel (somatik) yakınma örüntüsünün bulunmasıdır (DSM-IV-TR, 2007).

Somatizasyon bozukluğu, kronik, ancak dalgalanan bir gidiş gösterir ve tam olarak yatıştığı az görülür. Kişinin, açıklanamayan bedensel yakınmalarından ötürü, tıbbi yardım arayışında olduğu kesintisiz bir yıl geçtiği neredeyse hiç olmaz. İlk belirtileri çoğu zaman ergenlik yıllarında görülür (DSM-IV-TR, 2007).

Belirgin fiziksel bir nedeni görünmeyen, süregelen, çoklu somatik yakınmalar bu bozukluğun temelini oluşturur (Davison ve Neale, 2004).

DSM-IV-TR (2007) tanı kitabında somatoform bozukluğu “genel tıbbi bir duruma işaret eden fiziksel semptomların varlığı ve bunların genel tıbbi durum tarafından, madde kötüye kullanımının doğrudan etkileri tarafından yâda başka bir zihinsel bozukluk tarafından tamamen açıklanamaması” olarak tanımlanmaktadır.

Somatizasyon bozukluğunun kadınlarda yaşam boyu görülme olasılığının %0.2-2 arasında olduğu bildirilmiştir (DSM-IV-TR, 2007).

### **1.6.2.1.Şiddet ve Somatik Belirtiler Arasındaki İlişki**

Şiddet ve somatik belirtilerin arasındaki ilişkinin anlaşılması, uzun süre şiddete maruz kalmanın sonuçlarının açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olacaktır (Crofford, 2005).

Stresin somatik olarak ifade edilmesi ruh sağlığı hizmetlerinin çok gelişkin olmadığı veya psikiyatrik bozuklukların stigmatize edildiği kültürlerde kaçınılmaz bir tercihtir (Kirmayer, 1984, aktaran Bıkmaz, 2010).

Bu tür toplumlarda sıkıntının somatize edilmesi sosyal çevre ile uyumu ve sosyokültürel destek alınmasını sağladığı için daha gelişkin ve daha uyum sağlayıcı bir mekanizma bile olabilir. Bu toplumlarda somatizasyon hemen sosyal desteği sağlar ve hastayı sosyal ilişkileri zedelemekten hoş görülebilir bir zemine sokar (Bıkmaz, 2010).

Yanıkekrem, Kavlak ve Sevil (2007), fiziksel ve cinsel şiddete maruz kadınların, kronik ağrı sendromları, rahatsız edici bağırsak sorunları, boşaltım sistemi enfeksiyonları yaşadıklarını ve fiziksel işlevlerinde azalma gösterdiklerini belirtmektedirler.

Damka'nın (2009) yaptığı araştırmaya göre şiddet gören kadınların somatik belirtiler gösterme oranları yüksek bulunmuştur.

Cinsel şiddetin kurbanı olan kadınlarda somatik belirtiler sık görülmektedir (Yanıkekrem, Kavlak ve Sevil, 2007).

Bıkmaz'ın (2010) çalışmasına göre cinsel şiddet öyküsü olan grupta vücutta yok olma hissi konuşma güclüğü, vücutta his kaybı yakınmalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Yaşamının herhangi bir döneminde şiddete uğramış olan kadınlar, böyle bir deneyimi olmayanlara nazaran iki kat daha fazla ağrı bildirmişlerdir. Şiddet görmüş kadınlar baş ağrısı, iştahsızlık, uyku sorunları, gerginlik, dikkat sorunları, mutsuzluk, değersizlik hissi, çabuk yorulma gibi strese bağlı rahatsızlıkları şiddete uğramamış kadınlardan belirgin düzeyde daha çok bildirmişlerdir (KSGM, 2008).

Travmatik yaşam olaylarının uzun süreli etkilerinden biri olan Somatizasyon bozukluğunun şiddet ile ilişkisi olduğu yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkmaktadır. Somatizasyon bozukluğunun kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmesinin kadınların travmatik yaşam olayları sonucunda daha fazla somatik belirtiler göstermeye yatkın olduğunu ve somatiform bozukluk tanısı alma ihtimallerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

DSM-IV-TR tanı kitabında Somatiform bozuklukları; Somatizasyon bozukluğu, Farklılaşmamış Somatiform Bozukluk, Konversiyon Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu, Hipokondriasis, Vücut Dismorfik Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan Somatiform Bozukluk olarak 7'ye ayrılmıştır.

#### **1.6.2.2. Somatizasyon Bozukluğu İçin DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri**

A. Birkaç yıllık dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir semptom bu bozukluğun gidişi sırasında herhangi bir zaman ortaya çıkabilir:

(1) *dört ağrı semptomu*: En az dört ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması (örn. Baş, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında)

(2) *iki gastrointestinal semptom*: Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom öyküsünün bulunması (örn. Bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olanın dışında kusma, diyare ya da birçok değişik yiyeceğin dokunması)

(3) *bir cinsel semptom*: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili semptom öyküsünün olması (örn. Cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuvar işlev bozukluğu, menstruasyonların düzensiz olması, aşırı menstruel kanama, gebelik boyunca kusma)

(4) *bir psödonörolojik semptom*: Ağrı ile sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması (koordinasyon ya da denge bozukluğu gibi konversiyon semptomları, paralizi ya da lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, halüsinasyonlar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırlık, katılmalar; amnezi gibi dissosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi)

C. Aşağıdakilerden ya (1) ya da (2) vardır:

(1) yeterli bir incelemeden sonra B Tanı Ölçütündeki semptomların hiçbiri bilinen genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.

(2) ilişkili genel tıbbi bir durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır

D. Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır (Yapay Bozuklukta ya da Simülasyonda [Temaruz] olduğu gibi).

### **1.6.3.Şiddet ve Depresyon**

Depresyon, antik çağdan bu yana bilinen bir ruhsal rahatsızlıktır. Tıp literatüründe M.Ö. 400 yıllarında depresyonu ilk olarak tanımlayan Hipokrat

olmuştur. Hipokrat bu tabloyu kara safra fazlalığıyla açıklamış ve melankoli olarak tanımlamıştır (Georgotas ve Cancro, 1988, aktaran Şireli, 2012).

Depresyonun farklı açılardan incelenmiş ve çeşitli yaklaşımlarına göre tanımlamalar yapmışlardır. Psikanalitik kurama göre depresyonun oluşumunda kayıpla ilgili bilinçdışı süreçlerden bahsedilmektedir. Diğer yandan bilişsel kuram kişinin kendine karşı olumsuz düşünce süreçlerine odaklanmaktadır.

Depresyonun psikanalitik kuramı, erken yaşantılar ve içsel psişik süreçlere odaklanırken davranışçı kuramcıları depresyonu uyaran ve tepkilerin genellemesi kavramları ile açıklamaya yönelmişlerdir (Gotlib ve Hammen, 1997, aktaran Batur ve Demir, 2009).

Depresyon derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (Öztürk, 2002).

Depresif belirtiler arasında sürekli üzüntü, enerjisizlik, anhedoni (günlük hayattan tat, haz alamama) ve vejetatif bozukluklar (yeme, uyku, ve kendilik-düzenlemesi alanındaki sorunlar) hemen tespit edilen belirtilerendir (McWilliams, 2010).

Major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama % 17'dir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat sıklıkla gözlenir. Alt sosyo-ekonomik düzeyde ve genç yetişkinlerde daha sıklıkla rastlanır. Major depresyon tekrarlayıcı bir bozukluktur. Depresyon yaşantısı olanların %80'i bir yıl içinde yeni bir dönem içine girerken %15' inin depresyonu iki yıldan uzun sürerek kronik bir bozukluk haline dönüşür (Davison ve Neale, 2004).

Depresyon, oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik ve motivasyonun düşmesi, değersizlik, suçluluk, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Preskorn, 1999).

Bir insanın yaşamı boyunca depresyon geçirme olasılığının % 25 olması, bu hastalığı her dört kişiden birinin yaşaması bir veya birden çok kez etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Seber, Kaptanoğlu ve Öner, 1995).

### **1.6.3.1. Şiddet ve Depresyon Arasındaki İlişki**

Şiddet ve depresyon arasındaki ilişkinin açıklanması şiddet görmüş kişilerin ruh sağlığının incelenmesi açısından kaynak oluşturmaktadır. Şiddetin etkileri arasında bulunan bir diğer ruh sağlığı etkeni de depresyondur. Depresyonun belirtileri ve düzeyi şiddetin ne derecede kişiyi etkilemiş olduğunu yansıtmaktadır.

Dişciğil (2003) tarafından yapılmış bir çalışmada aile içi şiddet gören kadınlara en sık olarak majör depresif bozukluk tanısı konmuştur. Eş şiddetine maruz kalan kadınlarda, geçirilmiş depresyon oranı, şiddet görmeyen kadınlardan belirgin olarak yüksek bulunmuştur.

Pakistan'da depresyon tedavisi alan kadınların %61'i, kontrol grubunun ise %43'ü eşlerinden şiddet gördüklerini bildirmişlerdir. Depresyon grubunun %33'ü, kontrol grubunun da % 13'ü eşinin tecavüzüne uğramıştır. Çalışmada depresyonun görülmesi, genç yaşta evlenme, evliliğe bağımsız karar vermemiş olma, eş tecavüzü ve hakların istismar edilmesi (abuse by in-laws) ile ilişkili bulunmuştur (Ali, Israr, Ali ve Janjua, 2009).

Olumsuz yaşam olayları ve stresörler çocukluktan erişkinliğe depresyonun gelişiminde önemli roller oynarlar (Brown ve Harris, 1998; Monroe SM, Simons 1991).

McCloskey, Treviso, Scionti ve Pozzo (2002) şiddete uğrayan kadınlarda görülen en belirgin sorunun depresyon olduğunu belirlemişler, %41'inde intihar düşünceleri, %44'ünde değersizlik hissi ettiğini ortaya koymuşlardır.

Örselenmiş kadınlardan bazılarında görülen depresyon, aile içi şiddet nedeniyle mevcut kronik depresyonun alevlenmesinden kaynaklanabilse de birçok vakada ilk depresyon belirtilerinin aile içi şiddet ile birlikte ortaya çıktığı, aile içi şiddetin derecesi yükseldikçe, kadınlardaki depresyon ile stres düzeylerinin arttığı ve aile içi şiddetin şiddeti azaldıkça depresyonun şiddetinin de azaldığı belirtilmektedir (Çetiner, 2006).

Kazancı (2010) tarafından yapılan bir araştırmaya göre kadın sığınma evinde şiddet yüzünden bulunan kadınların depresyon düzeyi şiddet görmemiş kadınlara göre 5 kat daha fazla olduğunu tespit edilmiştir.

Şiddete uğrayan kadınlarda sinirlilik, mutsuzluk, isteksizlik, güçsüzlük, engellenmişlik gibi hafif duygusal sorunların yanı sıra depresyon görülme sıklığı da %56 ile %83 arasında bulunmuştur (Oral, Binici, Büyükçelik ve Yazar, 1997).

Psikiyatrik hasta grubunda kadınların depresyon puanları ile aile içi şiddet puanları arasında doğrusal bir ilişkili saptanmıştır (Işıloğlu, 2006).

Psikolojik saldırganlığın, depresif belirtileri fiziksel saldırıdan daha olumsuz etkilediği, sözel saldırının etkisi kontrol edildiğinde fiziksel istismar gören kadınların depresyon ve öz saygı puanlarının şiddet görmeyenlerle benzer düzeyde olduğu bulunmuştur (Matheson, Skomorovsky, Fiocco ve Anisman, 2007).

Akalın tarafından yapılan bir araştırmada kadınların yaşadıkları şiddet türlerinin depresyon yönünden karşılaştırılmasına bakılmış ve depresif belirti yaşayan kadınların % 68,2'sinde fiziksel, % 50,4'ünde sözel, % 34,5'inde ekonomik, % 38,1'inde cinsel şiddet görülmüştür (Akalın, 2010).

Depresyon nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada depresyon oluşumunun %50'den daha fazla oranın aile içi şiddet nedeniyle meydana geldiğini göstermektedir (Riggs ve ark., 2000, aktaran Vahip ve Doğanavşargil, 2006).

Son dönemlerde toplumsal bir sorun olarak ön plana çıkmaya başlayan depresyonun travma sonrası ortaya çıkmaması kaçınılmazdır. Yapılan çalışmalarda depresif belirtiler gösteren kadınların şiddet görme oranının ve şiddet gören kadınların depresyon oranının yüksek olması kadınların ruh sağlığının ciddi bir şekilde etkilendiğini kanıtlamaktadır.

DSM-IV-TR'de depresif bozukluklar; major depresif bozukluk (MDB), distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere üçe ayrılmıştır.

### **1.6.3.2. Majör Depresif Epizod İçin DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri**

- A. İki haftalık dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

**Not:** Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da hallüsinasyon semptomlarını katmayınız.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamalı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarında gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosu %5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. **Not:** Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması).

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da reteradasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkası bunu gözlemiştir)

(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

### **1.5. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları**

Bu araştırmanın temel amacı; şiddete maruz kalmış kadınların kişilik özelliklerinin somatik belirtiler ve depresyon üzerine etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Kadınlara uygulanan şiddet türleri ile kişilik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
2. Kadınlara uygulanan şiddet türleri ile somatik belirtiler arasında ilişki var mıdır?
3. Kadınlara uygulanan şiddet türleri ile depresyon arasında ilişki var mıdır?
4. Şiddet görmüş kadının kişilik özelliklerinin somatik belirtiler ile ilişkisi var mıdır?
5. Şiddet görmüş kadının kişilik özelliklerinin depresyon ile ilişkisi var mıdır?

Bir diğer amaç ise şiddet türlerinin (fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik şiddet) demografik bilgiler ile arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca, şiddet konusunun kadınlar üzerindeki etkisini vurgulamak ve bu alandaki bilimsel boşlukları doldurmak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

Şiddet, şiddet türü, kişilik özellikleri, somatik belirtiler ve depresyon belirtileri;

1. Yaşa göre değişmekte midir?
2. Medeni duruma göre değişmekte midir?
3. Eğitim durumuna göre değişmekte midir?
4. Kadınların iş durumlarına göre değişmekte midir?

## **2. YÖNTEM**

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanmasında izlenen yol ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel teknikler açıklanmıştır.

### **2.1. Örneklem**

Araştırmanın evrenini; Aralık 2012-Haziran 2013 yılları arasında İstanbul Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı İlk Adım İstasyonları, Ataşehir Belediyesi, Küçükçekmece Belediyesi, Eyüp Belediyesi ve Pendik Belediyesinin kadın konukevlerinde barınmakta olan katılımcılardan kadına yönelik şiddet öyküsü olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri 85 kadından oluşmaktadır. Bu çalışmada kullanılan ölçekler, Tplam 112 kadına uygulanmıştır. Ancak çalışmanın güvenilirliğini sağlamak amacıyla eksik doldurulduğu ölçekler çıkarılarak 85 kişinin veri girişi yapılmıştır. İstanbul ilinde bulunan kadın konukevlerinin farklı sosyoekonomik düzeylerdeki kadınları bir arada bulundurmasından dolayı İstanbul ili örnekleme araştırmanın amacına uygun olduğu için seçilmiştir.

### **2.2. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, SCID Kişilik Envanteri, SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu başta olmak üzere Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, SCID Kişilik Envanteri, SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği sırasıyla verilmiştir.

### **2.2.1. Kişisel Bilgi Formu - KBF**

Araştırmaya katılan kadınlardan öncelikle araştırmacı tarafından hazırlanmış olan kişisel bilgi formunu doldurmaları istenmiştir. Bu Formda katılımcıların yaşı, eğitim durumu, medeni hali, gelir durumu gibi demografik bilgileri toplamak amacıyla 13 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile aynı zamanda katılımcıların en uzun yaşadıkları yer, geçmiş şiddet yaşantıları, ne tür şiddete maruz kaldıkları, travma öncesi ve/veya sonrası psikiyatrik ilaç alınıp alınmadığı, travma öncesi ve/veya sonrası psikolojik destek alınıp alınmadığı ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formunu bir örneği EK 2’de yer almaktadır.

### **2.2.2. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği - TSSTÖ**

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) travma sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla Foa ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (Işıklı, 2006). Elli maddeden oluşan dört bölüm içermektedir. Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) tanı kriterleri esas alınarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın amacı doğrultusunda ilk iki bölüm şiddet türünün belirlenebilmesi ve şiddetin düzeyinin araştırılabilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin ilk bölümü kişinin yaşadığı travmatik olayın türünü belirlemeye yöneliktir. İkinci bölümde eğer birden fazla travmatik olay varsa, kişiyi en fazla etkileyen yaşantı belirlenmektedir. Bu bölümde ayrıca travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik evet-hayır olarak cevaplanan 6 sorunun oluşturduğu “Olay Şiddeti Alt Ölçeği” bulunmaktadır. Olay Şiddeti Alt Ölçeği’nin iç tutarlık katsayısının Cronbach  $\alpha=.45$  olduğu görülmektedir. Türkçe formun geçerlilik, güvenilirliği Işıklı ve ark (2006) tarafından yapılmıştır. Envanterin bir örneği EK 3’te yer almaktadır.

### **2.2.3. SCID Kişilik Envanteri**

Spitzer ve Williams tarafından 1985’te geliştirilmiştir. 120 sorudan oluşmaktadır. Envanterdeki sorular DSM-III-R’deki kişilik bozuklukları kriterlerine göre hazırlanmıştır. Kişi bu anketi evet-hayır olarak kendisi yanıtlar, tamamlanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Sonraki aşamada kişinin yanıtlarını tekrar gözden

geçirmesine olanak sağlayan bir görüşme yaparak sorulardaki ifadelerin tam olarak anlaşılıp anlaşılmadığını denetler. Görüşmeci, SCID kişilik envanterinde ‘evet’ olarak yanıtlanan soruları işaretleyip, bunlarla ilgili konulara odaklanır. Önce görüşme çizelgesindeki ilgili soruları, daha sonra da gerekirse bunlara benzer başka sorular sorarak ‘evet’ olarak işaretlenen sorularla ilişkili maddeleri açıklığa kavuşturmak için *SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Personality Disorders) DSM IV Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme* formunu kullanır. DSM-III-R için geliştirilmiş versiyonunun Türkçe versiyonunu Sorias, Saygılı ve Elbi (1990), geçerlik güvenirlik çalışması ise Coşkunol, Bağdiken ve Sorias (1994) tarafından yapılmıştır. Güvenilirliği tanı koymak açısından düşüktür. Geçerliliği de, görüşmecinin öznel değerlendirmesini de içerdiği için düşük olarak görülmektedir. Bununla birlikte kişilik bozukluklarının varlığını hızlı ve yapılandırılmış bir şekilde değerlendirmeyi sağlayan, araştırmalarda ve klinik görüşmelerde sıklıkla kullanılan bir ölçektir. SCID Kişilik Envanterinin bir örneği EK 4’te yer almaktadır.

Tablo 2.1: SCID II Alt Ölçek Maddeleri

Alt ölçek	Maddeler
Avoidant Kişilik Bozukluğu	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35
Self-Defeating Kişilik Bozukluğu	36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48
Paranoid Kişilik Bozukluğu	49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64
Şizoid Kişilik Bozukluğu	65, 66, 67, 68, 69
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79
Narsistik Kişilik Bozukluğu	80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90
Borderline Kişilik Bozukluğu	91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

#### **2.2.4. SCL-90-R/Somatoform Alt Ölçeği - SCL-90-R-SOM**

Derogatis tarafından 1977’te geliştirilmiş, Dağ tarafından 1991 yılında Belirti Tarama Listesi olarak uyarlanan SCL-90-R, Likert tipi cevaplanan kendini değerlendirme ölçeğidir. 90 maddeden ve 10 alt testten oluşur. Bu 10 alt testten biri olan Somatizasyon (SOM) 12 maddeden oluşur. Vücudun kalp damar, mide-bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Envanterin norm çalışmaları, Derogatis ve arkadaşları tarafından güvenilirlik(değişmezlik) katsayıları somatizasyon alt testi için .86 olarak saptanmıştır. Kılıç tarafından 1987’de yürütülmüş olan Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği 72 erkek ve 50 kız, toplam 122 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada, Pearson Momentler Çarpımı tekniği ile elde edilen alt testlere ait değişmezlik katsayıları somatizasyon için .82 olarak hesaplanmıştır(Aydemir ve Köroğlu 2012). Somatizasyon Alt Ölçeğinin bir örneği EK 5’te yer almaktadır.

#### **2.2.5. Beck Depresyon Envanteri - BDE**

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Belirti kategorileri; duygu durum, umutsuzluk, doyumsuzluk, suçluluk ve cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme kendini suçlama, intihar fikri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uykusu bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı için derecelendirme yapmaktadır. Klinik olarak çok sık kullanılan Beck Depresyon Envanterinin her maddesi 0-3 arasında puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. BDE’nin kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. 17’den daha fazla BDE puanı depresif semptomların tanı olabileceği anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe formunu geçerlilik ve güvenilirliği sırası ile Tegin (1980), Hisli (1988) ve Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. BDE’nin Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach  $\alpha = .80$  olarak bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu 2012). Beck Depresyon Envanterinin bir örneği EK 6’da yer almaktadır.

### 2.3.İşlem

Araştırma için veriler Aralık 2012-Temmuz 2013 tarihleri arasında İstanbul'da kadın konukevinde barınmakta olan kadınlardan elde edilmiştir. Çalışmaya katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu katılımcılara sözel olarak ifade edilmiştir. Bu doğrultuda kadınlara araştırmanın amacını anlatan Bilgi ve Onay Formu (bkz. EK 1) katılımcılara dağıtılmış ve katılımcıların çalışmaya katılmak için gönüllü olduğunu sözel olarak ifade etmesi istenmiştir. Gizliliğin esası sebebi ile yapılan çalışmada kimlik bilgileri alınmamış, kimlikleri deşifre etmeye ve kayıt altına almaya sebep olabilecek herhangi bir materyal kullanılmamıştır. Çalışmaya gönüllü katılımcılara grup halinde Kişisel Bilgi Formu başta olmak üzere Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği-Olay Şiddeti Alt Ölçeği, SCID Kişilik Envanteri, SCL-90-R Somatizasyon Alt Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği sırasıyla verilmiştir. Katılımcılar tarafından doldurulan SCID Kişilik Envanteri sonrasında katılımcılarla tek tek görüşmeler yapılmış ve SCID II Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Kadınların formlarını doldurmaları 45 ile 90 dakika arası, görüşmeci tarafından doldurulan SCID II Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu'nun doldurulması ise 15-30 dakika arası sürmüştür.

Bu araştırmada toplanılan bilgiler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde öncelikle kadınların kişilik özelliklerinin, somatik belirtiler ve depresyon düzeylerinin yaşa, eğitim durumuna, medeni durumuna, çocukluk veya ergenlik çağı travma öyküsünün olup olmadığına, herhangi bir psikolojik ya da psikiyatrik yardım alıp almamasına göre değişip değişmediği incelenecektir.

Çalışmanın bu bölümünde ilk olarak katılımcıların sosyodemografik değişkenlerine ilişkin betimleyici bulguları, ikinci olarak katılımcılara uygulanan ölçek analizlerinin betimlenmesine yer verilecektir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116);

<i>r</i>	<b>İlişki</b>
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Dağılımları

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	18-25 Yaş	28	32,9
	26-35 Yaş	40	47,1
	36 Yaş Ve üstü	17	20,0
	Toplam	85	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul	39	45,9
	Ortaokul	23	27,1
	Lise	15	17,6
	Üniversite Ve üstü	8	9,4
	Toplam	85	100,0
Medeni Durumu	Bekar	19	22,4
	Evli	55	64,7
	Dul + Boşanmış	11	12,9
	Toplam	85	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	12,9
	Çalışmıyor	74	87,1
	Toplam	85	100,0
Toplam Çalışma Süresi	6 Ay Ve Altı	2	18,2
	1-5 Yıl	3	27,3
	5 Yıl Ve üzeri	6	54,5
	Toplam	11	100,0
Aylık Gelir Düzeyi	0-1000 TL Arası	22	81,5
	1000-2000 TL Arası	1	3,7
	2000-3000 TL Arası	3	11,1
	3000 TL Ve üzeri	1	3,7
	Toplam	27	100,0
En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimi	İl	40	47,1
	İlçe	33	38,8
	Köy + Kasaba	12	14,1
	Toplam	85	100,0

Şiddet görmüş kişilerin yaş değişkenine göre 28'i (%32,9) 18-25 yaş, 40'ı (%47,1) 26-35 yaş, 17'si (%20,0) 36 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşı ise  $30,5 \pm 8,7$ 'dir.

Şiddet görmüş kişilerin eğitim durumu değişkenine göre 39'u (%45,9) İlkokul, 23'ü (%27,1) Ortaokul, 15'i (%17,6) Lise, 8'i (%9,4) Üniversite ve üstü olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin medeni durumu değişkenine göre 19'u (%22,4) Bekar, 55'i (%64,7) Evli, 11'i (%12,9) Dul + Boşanmış olarak dağılmaktadır.

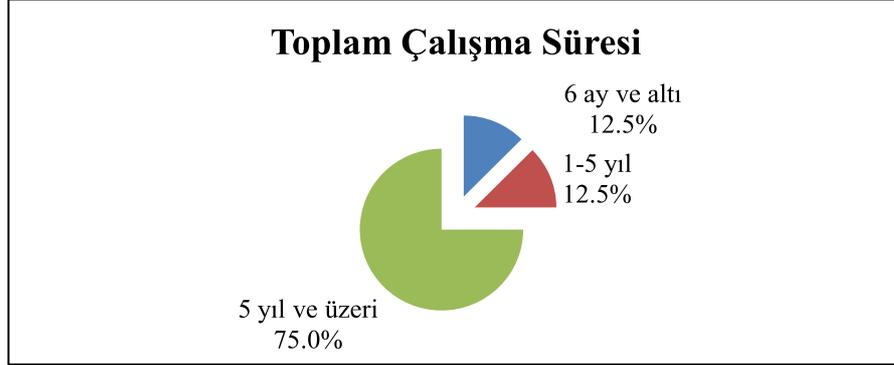
Şiddet görmüş kişilerin çalışma durumu değişkenine göre 11'i (%12,9) Çalışıyor, 74'ü (%87,1) Çalışmıyor olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin toplam çalışma süresi değişkenine göre 2'si (%18,2) 6 ay ve altı, 3'ü (%27,3) 1-5 yıl, 6'sı (%54,5) 5 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin aylık gelir düzeyi değişkenine göre 22'si (%81,5) 0-1000 TL arası, 1'i (%3,7) 1000-2000 TL arası, 3'ü (%11,1) 2000-3000 TL arası, 1'i (%3,7) 3000 TL ve üzeri olarak dağılmaktadır.

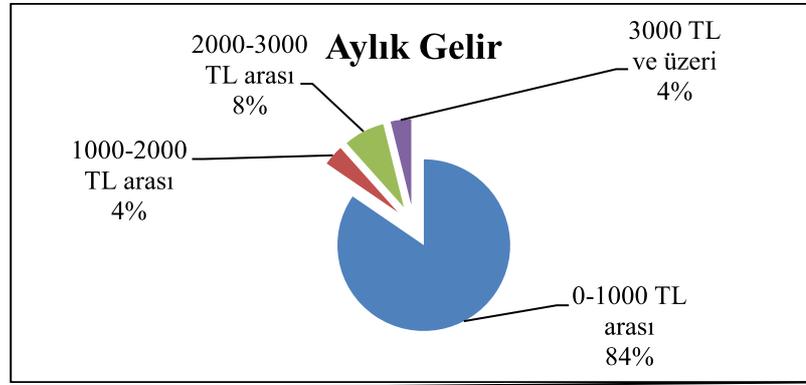
Şiddet görmüş kişilerin en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi değişkenine göre 40'ı (%47,1) il, 33'ü (%38,8) ilçe, 12'si (%14,1) köy + Kasaba olarak dağılmaktadır.

Şekil 3.1: Çalışan Katılımcıların Toplam Çalışma Süresi



Herhangi bir işte çalışanların %75'i 5 yıl ve üzeri süredir çalışırken %12,5'i 6 ay ve altı, %12,5'i de 1-5 yıl arası çalışmaktadır.

Şekil 3.2: Katılımcıların Aylık Gelir Dağılımları



Aylık gelir en fazla %84 oranlar 0-1000 TL arasıdır.

Tablo 3.2. Katılımcıların Çocukluk ya da Gençlik Yıllarında Şiddet Gördükleri Kişilerin Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Anneden Şiddet Görme Durumu	Yok	51	60,0
	Var	34	40,0
	Toplam	85	100,0
Babadan Şiddet Görme Durumu	Yok	41	48,2
	Var	44	51,8
	Toplam	85	100,0
Abiden Şiddet Görme Durumu	Yok	63	74,1
	Var	22	25,9
	Toplam	85	100,0
Kardeşten Şiddet Görme Durumu	Yok	79	92,9
	Var	6	7,1
	Toplam	85	100,0
Yakın Akrabadan Şiddet Görme Durumu	Yok	76	89,4
	Var	9	10,6
	Toplam	85	100,0
Diğer Bireylerden Şiddet Görme Durumu	Yok	70	82,4
	Var	15	17,6
	Toplam	85	100,0

Şiddet görmüş kişilerin anneden şiddet görme durumu değişkenine göre 51'i (%60,0) yok, 34'ü (%40,0) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin babadan şiddet görme durumu değişkenine göre 41'i (%48,2) yok, 44'ü (%51,8) var olarak dağılmaktadır.

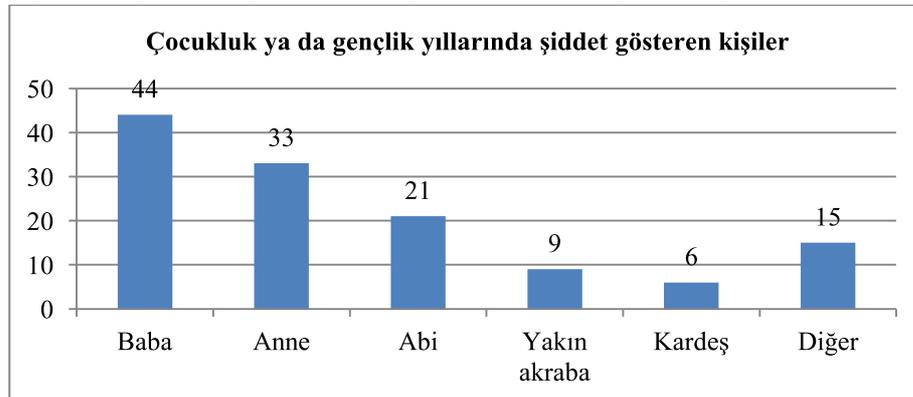
Şiddet görmüş kişilerin abiden şiddet görme durumu değişkenine göre 63'ü (%74,1) yok, 22'si (%25,9) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin kardeşten şiddet görme durumu değişkenine göre 79'u (%92,9) yok, 6'sı (%7,1) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin yakın akrabadan şiddet görme durumu değişkenine göre 76'sı (%89,4) yok, 9'u (%10,6) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin diğer bireylerden şiddet görme durumu değişkenine göre 70'i (%82,4) yok, 15'i (%17,6) var olarak dağılmaktadır.

Şekil 3.3: Çocukluk ya da Gençlik Yıllarında Şiddet Gösteren Kişilerin Dağılımı



Araştırmaya katılanların çocukluk ya da gençlik yıllarında en fazla şiddet gördüğü kişi babaları olmuştur. Anneler tarafından görülen şiddet ikinci sıradayken bunları sırasıyla abi, yakın akraba ve kardeş izlemektedir.

Tablo 3. 3. Katılımcıların Görmüş Oldukları Şiddet Türlerinin Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Fiziksel Şiddet Görme Durumu	Görülmemiş	21	24,7
	Görülmüş	64	75,3
	Toplam	85	100,0
Cinsel Şiddet Görme Durumu	Görülmemiş	62	72,9
	Görülmüş	23	27,1
	Toplam	85	100,0
Ekonomik Şiddet Görme Durumu	Görülmemiş	53	62,4
	Görülmüş	32	37,6
	Toplam	85	100,0
Psikolojik Şiddet Görme Durumu	Görülmemiş	31	36,5
	Görülmüş	54	63,5
	Toplam	85	100,0

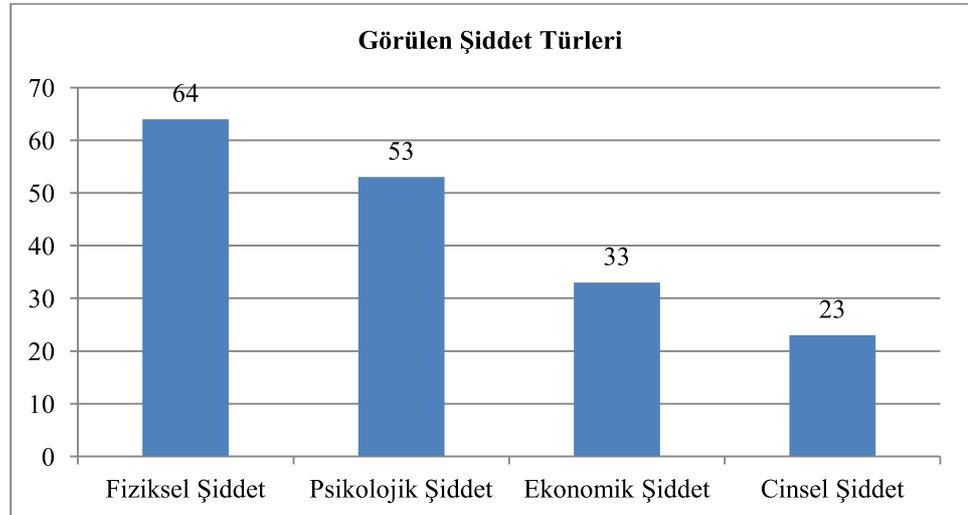
Şiddet görmüş kişilerin fiziksel şiddet görme durumu değişkenine göre 21'i (%24,7) Görülmemiş, 64'ü (%75,3) Görülmüş olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin cinsel şiddet görme durumu değişkenine göre 62'si (%72,9) Görülmemiş, 23'ü (%27,1) Görülmüş olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ekonomik şiddet görme durumu değişkenine göre 53'ü (%62,4) Görülmemiş, 32'si (%37,6) Görülmüş olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin psikolojik şiddet görme durumu değişkenine göre 31'i (%36,5) Görülmemiş, 54'ü (%63,5) Görülmüş olarak dağılmaktadır.

Şekil 3.4: Görülen Şiddet Türlerinin Dağılımı



Tablo 3.4. Katılımcıların Psikiyatrik/Psikolojik Destek Alıp Almadıklarının Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Travmadan Önce Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Yok	73	85,9
	Var	12	14,1
	Toplam	85	100,0
Travmadan Önce Psikiyatrik/psikolojik Tedavi Süresinin Olma Durumu	Yok	78	91,8
	Var	7	8,2
	Toplam	85	100,0
Travmadan Sonra Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Yok	59	69,4
	Var	26	30,6
	Toplam	85	100,0
Travmadan Sonra Psikiyatrik/psikolojik Tedavi Süresinin Olma Durumu	Yok	62	72,9
	Var	23	27,1
	Toplam	85	100,0

Şiddet görmüş kişilerin travmadan önce psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkenine göre 73'ü (%85,9) Yok, 12'si (%14,1) Var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin travmadan önce psikiyatrik/psikolojik tedavi süresinin olma durumu değişkenine göre 78'i (%91,8) Yok, 7'si (%8,2) Var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin travmadan sonra psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkenine göre 59'u (%69,4) Yok, 26'sı (%30,6) Var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin travmadan sonra psikiyatrik/psikolojik tedavi süresinin olma durumu değişkenine göre 62'si (%72,9) Yok, 23'ü (%27,1) Var olarak dağılmaktadır.

Tablo 3.5. Katılımcıların Yaşamış Oldukları Travmatik Olayların Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	Yok	61	71,8
	Var	24	28,2
	Toplam	85	100,0
Doğal afet	Yok	55	64,7
	Var	30	35,3
	Toplam	85	100,0
Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	Yok	9	10,6
	Var	76	89,4
	Toplam	85	100,0
Tanımadığımız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	Yok	69	81,2
	Var	16	18,8
	Toplam	85	100,0
Aile üyelerinden biri ya da tanımadığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	Yok	52	61,2
	Var	33	38,8
	Toplam	85	100,0
Tanımadığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	Yok	72	84,7
	Var	13	15,3
	Toplam	85	100,0
Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma	Yok	83	97,6
	Var	2	2,4
	Toplam	85	100,0
18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	Yok	71	83,5
	Var	14	16,5
	Toplam	85	100,0

Hapsedilme	Yok	75	88,2
	Var	10	11,8
	Toplam	85	100,0
İşkenceye maruz kalma	Yok	53	62,4
	Var	32	37,6
	Toplam	85	100,0
Hayatı tehdit eden bir hastalık	Yok	81	95,3
	Var	4	4,7
	Toplam	85	100,0
Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	Yok	47	55,3
	Var	38	44,7
	Toplam	85	100,0
Bunların dışında bir travmatik olay	Yok	79	92,9
	Var	6	7,1
	Toplam	85	100,0

Şiddet görmüş kişilerin ‘Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı’ değişkenine göre 61’i (%71,8) yok, 24’ü (%28,2) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘Doğal afet’ değişkenine göre 55’i (%64,7) yok, 30’u (%35,3) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma’ değişkenine göre 9’u (%10,6) yok, 76’sı (%89,4) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma’ değişkenine göre 69’u (%81,2) yok, 16’sı (%18,8) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘Aile üyelerinden biri ya da tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma’ değişkenine göre 52’si (%61,2) yok, 33’ü (%38,8) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma’ değişkenine göre 72’si (%84,7) yok, 13’ü (%15,3) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma’ değişkenine göre 83’ü (%97,6) yok, 2’si (%2,4) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas’ değişkenine göre 71’i (%83,5) yok, 14’ü (%16,5) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘hapsedilme’ değişkenine göre 75’i (%88,2) yok, 10’u (%11,8) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin ‘İşkenceye maruz kalma’ değişkenine göre 53’ü (%62,4) yok, 32’si (%37,6) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin 'Hayatı tehdit eden bir hastalık' değişkenine göre 81'i (%95,3) yok, 4'ü (%4,7) var olarak dağılmaktadır.

Şiddet görmüş kişilerin 'Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü' değişkenine göre 47'si (%55,3) yok, 38'i (%44,7) var olarak dağılmaktadır..

Şiddet görmüş kişilerin 'Bunların dışında bir travmatik olay' değişkenine göre 79'u (%92,9) yok, 6'sı (%7,1) var olarak dağılmaktadır.

Tablo 3.6. Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman Biriminin Dağılımı

Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman Birimi	1 Aydan Daha Az	18	21,2
	1-3 Ay Arası	10	11,8
	3-6 Ay Arası	6	7,1
	6 Ay-3 Yıl Arası	15	17,6
	5 Yıldan Daha Fazla	36	42,4
	Toplam	85	100,0

Şiddet görmüş kişilerin yaşadığı travmanın ne kadar süre önce meydana geldiği zaman birimi değişkenine göre 18'i (%21,2) 1 aydan daha az, 10'u (%11,8) 1-3 ay arası, 6'sı (%7,1) 3-6 ay arası, 15'i (%17,6) 6 ay-3 yıl arası, 36'sı (%42,4) 5 yıldan daha fazla olarak dağılmaktadır.

### 3.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere İlişkin Bulgular

Tablo 3.7. Şiddet Gören Kadınlarda Kişilik Bozukluğu Oranları

Kişilik Bozukluğu Olanların Oranı	Eşik Değeri 3 Olanların Sayısı										Toplam	Kişilik Bozukluğu Kriteri	Kişilik Bozukluğu Olan Kişi Sayısı	Oran (%)
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
<b>Avoident (Çekingen)</b>	19	15	23	16	7	5	0	0	0	0	85	4+	12	14,1%
<b>Bağımlı</b>	37	18	20	7	3	0	0	0	0	0	85	5+	0	0,0%
<b>Obsesif</b>	31	20	19	7	4	4	0	0	0	0	85	5+	4	4,7%
<b>Pasif</b>	19	30	21	11	4	0	0	0	0	0	85	5+	0	0,0%
<b>Self-Defeating</b>	26	25	15	13	5	1	0	0	0	0	85	5+	1	1,2%
<b>Paranoid</b>	5	29	28	16	4	1	2	0	0	0	85	4+	7	8,2%
<b>Şizotipal</b>	21	23	20	15	4	2	0	0	0	0	85	5+	2	2,4%
<b>Şizoid</b>	24	47	8	5	0	1	0	0	0	0	85	4+	1	1,2%
<b>Histriyonik</b>	34	24	18	7	0	2	0	0	0	0	85	4+	2	2,4%
<b>Narsistik</b>	20	33	18	9	3	2	0	0	0	0	85	5+	2	2,4%
<b>Borderline</b>	8	15	18	14	19	3	5	2	0	1	85	5+	11	12,9%
<b>Antisosyal</b>	63	14	6	1	1	0	0	0	0	0	85	3+	2	2,4%
<b>A KÜMESİ</b>	50	99	56	36	8	4	2	0	0	0	255	-	10	3,9%
<b>B KÜMESİ</b>	125	86	60	31	23	7	5	2	0	1	340	-	17	5,0%
<b>C KÜMESİ</b>	87	53	62	30	14	9	0	0	0	0	255	-	16	6,3%

Yukarıdaki tabloda 85 kişilik örneklemden eşik değeri 3 olanların oranları alınmıştır. Buna kritere göre avoident kişilik bozukluğu gösterenlerin oranı %14,1'dir. Obsesif kişilik bozukluğu olanların oranı %4,7, Self-defating kişilik bozukluğu gösterenlerin oranı %1,2, Paranoid kişilik bozukluğu gösterenlerin oranı %8,2, Şizotipal kişilik bozukluğu gösterenlerin oranı %2,4, Şizoid kişilik bozukluğu gösteren kadınların oranı %1,2, Histriyonik kişilik bozukluğu olan kadınların oranı %2,4, Narsistik kişilik bozukluğu gösteren kadınların oranı %2,4, Borderline kişilik bozukluğu gösteren kadınların oranı %12,9, Antisosyal kişilik bozukluğu gösteren kadınların oranı %2,4'tür.

A Kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan kadınların oranı %3,9, B Kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan kadınların oranı %5 ve C Kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan kadınların oranı %6,3'tür.

Tablo 3.8. Katılımcıların Kişilik Bozukluğunun Yaşa Göre Dağılımı

		18-25 Yaş		26-35 Yaş		36 Yaş Ve üstü		P
		n	%	N	%	n	%	
Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu	Yok	23	%82,1	34	%85,0	16	%94,1	$X^2=1,300$ $p=0,522$
	Var	5	%17,9	6	%15,0	1	%5,9	
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Yok	28	%100,0	40	%100,0	17	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Yok	24	%85,7	40	%100,0	17	%100,0	$X^2=8,545$ $p=0,014$
	Var	4	%14,3	0	%0,0	0	%0,0	
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Yok	28	%100,0	40	%100,0	17	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Self-defeating Kişilik Bozukluğu	Yok	28	%100,0	39	%97,5	17	%100,0	$X^2=1,138$ $p=0,566$
	Var	0	%0,0	1	%2,5	0	%0,0	
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Yok	24	%85,7	38	%95,0	16	%94,1	$X^2=2,035$ $p=0,362$
	Var	4	%14,3	2	%5,0	1	%5,9	
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	Yok	27	%96,4	39	%97,5	17	%100,0	$X^2=0,594$ $p=0,743$
	Var	1	%3,6	1	%2,5	0	%0,0	
Şizoid Kişilik Bozukluğu	Yok	28	%100,0	39	%97,5	17	%100,0	$X^2=1,138$ $p=0,566$
	Var	0	%0,0	1	%2,5	0	%0,0	
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Yok	27	%96,4	39	%97,5	17	%100,0	$X^2=0,594$ $p=0,743$
	Var	1	%3,6	1	%2,5	0	%0,0	
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Yok	26	%92,9	40	%100,0	17	%100,0	$X^2=4,170$ $p=0,124$
	Var	2	%7,1	0	%0,0	0	%0,0	
Borderline Kişilik Bozukluğu	Yok	23	%82,1	36	%90,0	16	%94,1	$X^2=1,688$ $p=0,430$
	Var	5	%17,9	4	%10,0	1	%5,9	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Yok	27	%96,4	39	%97,5	17	%100,0	$X^2=0,594$ $p=0,743$
	Var	1	%3,6	1	%2,5	0	%0,0	

Avoident (çekingen) kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,300$ ;  $p=0,522>0,05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 23 kişinin (%82,1)

avoident (çekingen) kişilik Bozukluğu olmadığı, 5 kişinin ise (%17,9) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 34 kişinin (%85,0) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 6 kişinin (%15,0) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 16 kişinin (%94,1) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin ise (%5,9) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir.

Bağımlı kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 28 kişinin (%100,0); yaşı 26-35 yaş olan 40 kişinin (%100,0); yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=8,545$ ;  $p=0,014<0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 24 kişinin (%85,7) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişinin (%14,3) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 40 kişinin (%100,0) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı; yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Pasif agresif kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 28 kişinin (%100,0); yaşı 26-35 yaş olan 40 kişinin (%100,0); yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin de (%100,0) Pasif agresif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Self-defeating kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,138$ ;  $p=0,566>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 28 kişinin (%100,0); yaşı 26-35 yaş olan 39 kişinin (%97,5) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı, 26-35 yaş olan 1 kişinin (%2,5) self-defeating kişilik bozukluğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişide (%100,0) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Paranoid kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,035$ ;  $p=0,362>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 24 kişide (%85,7) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişide (%14,3) olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 38 kişide (%95,0) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%5,0) olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 16 kişinin (%94,1) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%5,9) olduğu görülmektedir.

Şizotipal kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,594$ ;  $p=0,743>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 27 kişinin (%96,4) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%3,6) olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 39 kişinin (%97,5)

şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%2,5) olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Şizoid kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,138$ ;  $p=0,566>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 28 kişide (%100,0) Şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; yaşı 26-35 yaş olan 39 kişide (%97,5) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%2,5) olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Histriyonik kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,594$ ;  $p=0,743>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olanların 27'si (%96,4) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%3,6) olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 39 kişinin (%97,5) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%2,5) olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Narsistik kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,170$ ;  $p=0,124>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 26 kişinin (%92,9) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişinin (%7,1) olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 40 kişinin (%100,0) ve yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,688$ ;  $p=0,430>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 23 kişinin (%82,1) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 5 kişinin (%17,9) olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 36 kişinin (%90,0) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişinin (%10,0) olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 16 kişinin (%94,1) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%5,9) olduğu görülmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,594$ ;  $p=0,743>0.05$ ). Yaşı 18-25 yaş olan 27 kişinin (%96,4) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%3,6) olduğu; yaşı 26-35 yaş olan 39 kişinin (%97,5) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişinin (%2,5) olduğu; yaşı 36 yaş ve üstü olan 17 kişinin (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.9. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite Ve üstü		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu	Yok	36	%92,3	18	%78,3	12	%80,0	7	%87,5	$X^2=2,875$ p=0,411
	Var	3	%7,7	5	%21,7	3	%20,0	1	%12,5	
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	23	%100,0	15	%100,0	8	%100,0	$X^2=0,000$ p=0,000
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Yok	38	%97,4	21	%91,3	14	%93,3	8	%100,0	$X^2=1,739$ p=0,628
	Var	1	%2,6	2	%8,7	1	%6,7	0	%0,0	
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	23	%100,0	15	%100,0	8	%100,0	$X^2=0,000$ p=0,000
Self-defeating Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	23	%100,0	15	%100,0	7	%87,5	$X^2=9,740$ p=0,021
	Var	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%12,5	
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Yok	36	%92,3	23	%100,0	12	%80,0	7	%87,5	$X^2=5,019$ p=0,170
	Var	3	%7,7	0	%0,0	3	%20,0	1	%12,5	
Sizotipal Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	22	%95,7	15	%100,0	7	%87,5	$X^2=5,285$ p=0,152
	Var	0	%0,0	1	%4,3	0	%0,0	1	%12,5	
Sizoid Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	23	%100,0	15	%100,0	7	%87,5	$X^2=9,740$ p=0,021
	Var	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%12,5	
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Yok	38	%97,4	23	%100,0	15	%100,0	7	%87,5	$X^2=4,508$ p=0,212
	Var	1	%2,6	0	%0,0	0	%0,0	1	%12,5	
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	22	%95,7	14	%93,3	8	%100,0	$X^2=2,746$ p=0,433
	Var	0	%0,0	1	%4,3	1	%6,7	0	%0,0	
Borderline Kişilik Bozukluğu	Yok	38	%97,4	21	%91,3	10	%66,7	6	%75,0	$X^2=11,461$ p=0,009
	Var	1	%2,6	2	%8,7	5	%33,3	2	%25,0	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%100,0	22	%95,7	15	%100,0	7	%87,5	$X^2=5,285$ p=0,152
	Var	0	%0,0	1	%4,3	0	%0,0	1	%12,5	

Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,875$ ;  $p=0,411>0.05$ ). Eğitim durumu ilkökul olan 36 kişide (%92,3) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%7,7) olduğu; eğitim durumu ortaokul olan 18 kişide (%78,3) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 5 kişide (%21,7) olduğu; eğitim durumu lise olan 12 kişide (%80,0) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%20,0) olduğu;

eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Bağımlı Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0); eğitim durumu ortaokul olan 23 kişide (%100,0); eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) ve eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 8 kişide (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,739$ ;  $p=0,628>0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 38 kişide (%97,4) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%2,6) olduğu; eğitim durumu ortaokul olan 21 kişide (%91,3) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 2'si (%8,7) var; eğitim durumu lise olan 14 kişide (%93,3) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%6,7) olduğu; eğitim durumu üniversite ve üstü olanların 8 kişide (%100,0) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0); eğitim durumu ortaokul olan 23 kişide (%100,0); eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) ve eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 8 kişide (%100,0) pasif agresif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Self-defeating Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=9,740$ ;  $p=0,021<0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0) self defeating kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu ortaokul olan 23 kişide (%100,0) self defeating kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) self defeating kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) self defeating kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Paranoid Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,019$ ;  $p=0,170>0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 36 kişide (%92,3) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%7,7) olduğu; eğitim durumu ortaokul olan 23 kişide (%100,0) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu lise olan 12 kişide (%80,0) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%20,0) olduğu; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,285$ ;  $p=0,152>0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu ortaokul olan 22 kişide (%95,7) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%4,3) olduğu; eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Şizoid Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=9,740$ ;  $p=0,021<0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu ortaokul olan 23 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Histriyonik Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,508$ ;  $p=0,212>0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 38 kişide (%97,4) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%2,6) olduğu; eğitim durumu ortaokul olan 23 kişide (%100,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Narsistik Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,746$ ;  $p=0,433>0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu ortaokul olan 22 kişide (%95,7) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%4,3) olduğu; eğitim durumu lise olan 14 kişi (%93,3) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%6,7) olduğu; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 8 kişide (%100,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Borderline Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=11,461$ ;  $p=0,009<0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 38 kişide (%97,4) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%2,6) olduğu; eğitim durumu ortaokul olanların 21 kişide (%91,3) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%8,7) olduğu; eğitim durumu lise olan 10 kişide (%66,7) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 5 kişide (%33,3) olduğu; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan

6 kişide (%75,0) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%25,0) olduğu görülmektedir.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,285$ ;  $p=0,152>0,05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan 39 kişide (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu ortaokul olanların 22 kişide (%95,7) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%4,3) olduğu; eğitim durumu lise olan 15 kişide (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı; eğitim durumu Üniversite ve üstü olan 7 kişide (%87,5) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%12,5) olduğu görülmektedir.

Tablo 3.10. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Bekar		Evli		Dul + Boşanmış		P
		n	%	n	%	n	%	
Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu	Yok	17	%89,5	46	%83,6	10	%90,9	$X^2=0,660$ $p=0,719$
	Var	2	%10,5	9	%16,4	1	%9,1	
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Yok	19	%100,0	55	%100,0	11	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Yok	18	%94,7	52	%94,5	11	%100,0	$X^2=0,625$ $p=0,732$
	Var	1	%5,3	3	%5,5	0	%0,0	
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Yok	19	%100,0	55	%100,0	11	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Self-defeating Kişilik Bozukluğu	Yok	19	%100,0	54	%98,2	11	%100,0	$X^2=0,552$ $p=0,759$
	Var	0	%0,0	1	%1,8	0	%0,0	
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Yok	16	%84,2	53	%96,4	9	%81,8	$X^2=4,414$ $p=0,110$
	Var	3	%15,8	2	%3,6	2	%18,2	
Sizotipal Kişilik Bozukluğu	Yok	19	%100,0	53	%96,4	11	%100,0	$X^2=1,117$ $p=0,572$
	Var	0	%0,0	2	%3,6	0	%0,0	
Sizoid Kişilik Bozukluğu	Yok	19	%100,0	54	%98,2	11	%100,0	$X^2=0,552$ $p=0,759$
	Var	0	%0,0	1	%1,8	0	%0,0	
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Yok	18	%94,7	54	%98,2	11	%100,0	$X^2=1,034$ $p=0,596$
	Var	1	%5,3	1	%1,8	0	%0,0	
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Yok	18	%94,7	54	%98,2	11	%100,0	$X^2=1,034$ $p=0,596$
	Var	1	%5,3	1	%1,8	0	%0,0	
Borderline Kişilik Bozukluğu	Yok	16	%84,2	49	%89,1	10	%90,9	$X^2=0,411$ $p=0,814$
	Var	3	%15,8	6	%10,9	1	%9,1	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Yok	19	%100,0	53	%96,4	11	%100,0	$X^2=1,117$ $p=0,572$
	Var	0	%0,0	2	%3,6	0	%0,0	

Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,660$ ;  $p=0,719>0,05$ ). Medeni durumu bekar olan 17 kişide (%89,5) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%10,5) olduğu; medeni durumu evli olan 46 kişide (%83,6) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 9 kişide (%16,4) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan

10 kişide (%90,9) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%9,1) olduğu görülmektedir.

Bağımlı kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 19 kişide (%100,0), medeni durumu evli olan 55 kişide (%100,0), medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı olduğu görülmektedir.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,625$ ;  $p=0,732>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 18 kişide (%94,7) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%5,3) olduğu; medeni durumu evli olan 52 kişide (%94,5) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%5,5) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Pasif agresif kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 19 kişide (%100,0), medeni durumu evli olan 55 kişide (%100,0 ve medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) pasif agresif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Self-defeating kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,552$ ;  $p=0,759>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 19 kişide (%100,0) self defeating kişilik bozukluğu olmadığı; medeni durumu evli olan 54 kişide (%98,2)self defeating kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%1,8) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) self defeating kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Paranoid kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,414$ ;  $p=0,110>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 16 kişide (%84,2) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%15,8) olduğu; medeni durumu evli olan 53 kişide (%96,4) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%3,6) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 9 kişide (%81,8) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%18,2) olduğu görülmektedir.

Şizotipal kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,117$ ;  $p=0,572>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 19 kişide (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı; medeni durumu evli olan 53 kişide (%96,4) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%3,6) olduğu; medeni

durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Şizoid kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,552$ ;  $p=0,759>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 19 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; medeni durumu evli olan 54 kişide (%98,2) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%1,8) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Histriyonik kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,034$ ;  $p=0,596>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 18 kişide (%94,7) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%5,3) olduğu; medeni durumu evli olan 54 kişide (%98,2) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%1,8) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Narsistik kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,034$ ;  $p=0,596>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 18 kişide (%94,7) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 1'i (%5,3) olduğu; medeni durumu evli olan 54 kişide (%98,2) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%1,8) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,411$ ;  $p=0,814>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 16 kişide (%84,2) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%15,8) olduğu; medeni durumu evli olan 49 kişide (%89,1) borderline avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 6 kişide (%10,9) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 10 kişide (%90,9) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%9,1) olduğu görülmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu ile medeni durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,117$ ;  $p=0,572>0.05$ ). Medeni durumu bekar olan 19 kişide (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı; medeni durumu evli olan 53 kişide (%96,4) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%3,6) olduğu; medeni durumu dul + boşanmış olan 11 kişide (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.11. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve İş Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Çalışıyor		Çalışmıyor		P
		n	%	n	%	
Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	62	%83,8	$X^2=2,077$ $p=0,167$
	Var	0	%0,0	12	%16,2	
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	74	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	70	%94,6	$X^2=0,624$ $p=0,568$
	Var	0	%0,0	4	%5,4	
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	74	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Self-defeating Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	73	%98,6	$X^2=0,150$ $p=0,871$
	Var	0	%0,0	1	%1,4	
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Yok	10	%90,9	68	%91,9	$X^2=0,012$ $p=0,635$
	Var	1	%9,1	6	%8,1	
Sizotipal Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	72	%97,3	$X^2=0,304$ $p=0,757$
	Var	0	%0,0	2	%2,7	
Sizoid Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	73	%98,6	$X^2=0,150$ $p=0,871$
	Var	0	%0,0	1	%1,4	
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	72	%97,3	$X^2=0,304$ $p=0,757$
	Var	0	%0,0	2	%2,7	
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	72	%97,3	$X^2=0,304$ $p=0,757$
	Var	0	%0,0	2	%2,7	
Borderline Kişilik Bozukluğu	Yok	10	%90,9	65	%87,8	$X^2=0,087$ $p=0,618$
	Var	1	%9,1	9	%12,2	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Yok	11	%100,0	72	%97,3	$X^2=0,304$ $p=0,757$
	Var	0	%0,0	2	%2,7	

Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,077$ ;  $p=0,167>0,05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 62 kişide (%83,8) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 12 kişide (%16,2) olduğu görülmektedir.

Bağımlı kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) ve çalışma durumu çalışmıyor olan 74 kişide (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,624$ ;  $p=0,568>0,05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 70 kişide (%94,6) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişide (%5,4) olduğu görülmektedir.

Pasif agresif kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide

(%100,0) ve çalışma durumu çalışmıyor olanların 74 kişide (%100,0) pasif agresif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Self-defeating kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,150$ ;  $p=0,871>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 73 kişide (%98,6) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%1,4) olduğu görülmektedir.

Paranoid kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,012$ ;  $p=0,635>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 10 kişide (%90,9) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%9,1) olduğu; çalışma durumu çalışmıyor olan 68 kişide (%91,9) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 6 kişide (%8,1) olduğu görülmektedir.

Şizotipal kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,304$ ;  $p=0,757>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 72 kişide (%97,3) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%2,7) olduğu görülmektedir.

Şizoid kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,150$ ;  $p=0,871>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 73 kişide (%98,6) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%1,4) olduğu görülmektedir.

Histriyonik kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,304$ ;  $p=0,757>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 72 kişide (%97,3) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%2,7) olduğu görülmektedir.

Narsistik kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,304$ ;  $p=0,757>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 72 kişide (%97,3) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%2,7) olduğu görülmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,087$ ;  $p=0,618>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 10 kişide

(%90,9) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%9,1) olduğu; çalışma durumu çalışmıyor olan 65 kişide (%87,8) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 9 kişide (%12,2) olduğu görülmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,304$ ;  $p=0,757>0.05$ ). Çalışma durumu çalışıyor olan 11 kişide (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı; çalışma durumu çalışmıyor olan 72 kişide (%97,3) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%2,7) olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu ve En Uzun Yaşadıkları Şehire Göre Karşılaştırılması

		İl		İlçe		Köy + Kasaba		P
		n	%	n	%	n	%	
Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu	Yok	36	%90,0	29	%87,9	8	%66,7	$X^2=4,322$ $p=0,115$
	Var	4	%10,0	4	%12,1	4	%33,3	
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Yok	40	%100,0	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Yok	37	%92,5	33	%100,0	11	%91,7	$X^2=2,678$ $p=0,262$
	Var	3	%7,5	0	%0,0	1	%8,3	
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Yok	40	%100,0	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$
Self-defeating Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%97,5	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=1,138$ $p=0,566$
	Var	1	%2,5	0	%0,0	0	%0,0	
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Yok	37	%92,5	30	%90,9	11	%91,7	$X^2=0,061$ $p=0,970$
	Var	3	%7,5	3	%9,1	1	%8,3	
Sizotipal Kişilik Bozukluğu	Yok	38	%95,0	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=2,304$ $p=0,316$
	Var	2	%5,0	0	%0,0	0	%0,0	
Sizoid Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%97,5	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=1,138$ $p=0,566$
	Var	1	%2,5	0	%0,0	0	%0,0	
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Yok	39	%97,5	32	%97,0	12	%100,0	$X^2=0,359$ $p=0,836$
	Var	1	%2,5	1	%3,0	0	%0,0	
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Yok	38	%95,0	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=2,304$ $p=0,316$
	Var	2	%5,0	0	%0,0	0	%0,0	
Borderline Kişilik Bozukluğu	Yok	34	%85,0	30	%90,9	11	%91,7	$X^2=0,767$ $p=0,682$
	Var	6	%15,0	3	%9,1	1	%8,3	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Yok	38	%95,0	33	%100,0	12	%100,0	$X^2=2,304$ $p=0,316$
	Var	2	%5,0	0	%0,0	0	%0,0	

Avoident (çekingen) Kişilik Bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,322$ ;  $p=0,115>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 36 kişide (%90,0) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişide (%10,0) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 29 kişide (%87,9) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişide (%12,1) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 8 kişide

(%66,7) avoident (çekingen) kişilik bozukluğu olmadığı, 4 kişide (%33,3) olduğu görülmektedir.

Bağımlı kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 40 kişide (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide (%100,0) bağımlı kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,678$ ;  $p=0,262>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 37 kişide (%92,5) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%7,5) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 11 kişide (%91,7) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%8,3) olduğu görülmektedir.

Pasif agresif kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,000<0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 40 kişide (%100,0); en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) ve en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide (%100,0) pasif agresif kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Self-defeating kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,138$ ;  $p=0,566>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 39 kişide (%97,5) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%2,5) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide (%100,0) self-defeating kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Paranoid kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,061$ ;  $p=0,970>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 37 kişide (%92,5) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%7,5) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 30 kişide (%90,9) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%9,1) olduğu; en uzun süre

yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 11 kişide (%91,7) paranoid kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%8,3) olduğu görülmektedir.

Şizotipal kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,304$ ;  $p=0,316>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 38 kişide (%95,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%5,0) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide de (%100,0) şizotipal kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Şizoid kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,138$ ;  $p=0,566>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 39 kişide (%97,5) yok, 1 kişide (%2,5) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide de (%100,0) şizoid kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Histriyonik kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,359$ ;  $p=0,836>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 39 kişide (%97,5) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%2,5) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 32 kişide (%97,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%3,0) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide (%100,0) histriyonik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Narsistik kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,304$ ;  $p=0,316>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 38 kişide (%95,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%5,0) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) ve en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide (%100,0) narsistik kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,767$ ;  $p=0,682>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 34 kişide (%85,0) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 6 kişide (%15,0) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 30 kişide (%90,9) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 3 kişide (%9,1) olduğu; en

uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 11 kişide (%91,7) borderline kişilik bozukluğu olmadığı, 1 kişide (%8,3) olduğu görülmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,304$ ;  $p=0,316>0.05$ ). En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi il olan 38 kişide (%95,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı, 2 kişide (%5,0) olduğu; en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi ilçe olan 33 kişide (%100,0) ve en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy + kasaba olan 12 kişide de (%100,0) antisosyal kişilik bozukluğu olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.13. Somatizasyonun En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimi Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Somatizasyon	İl	40	1,686	0,929	5,676	0,059
	İlçe	33	1,230	0,926		
	Köy + Kasaba	12	1,236	0,850		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin somatizasyon puanları ortalamalarının en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3. 14. Somatizasyon ve Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman Birimi Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Somatizasyon	1 Aydan Daha Az	18	1,449	0,917	1,271	0,866
	1-3 Ay Arası	10	1,550	0,996		
	3-6 Ay Arası	6	1,625	1,293		
	6 Ay-3 Yıl Arası	15	1,522	0,680		
	5 Yıldan Daha Fazla	36	1,353	0,996		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin somatizasyon puanları ortalamalarının yaşadığı travmanın ne kadar süre önce meydana geldiği zaman birimi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3.15: Görülen Şiddet Türüne Göre Kişilik Özellikleri ile Somatizasyon Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Korelasyon Analizi

		Somatizasyon			
		Fiziksel Şiddet	Cinsel Şiddet	Ekonomik Şiddet	Psikolojik Şiddet
Avoident (Çekingen) Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,072	,272	-,006	,114
	Anlamlılık (P)	,572	,209	,973	,418
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,212	,267	-,204	,174
	Anlamlılık (P)	,092	,218	,255	,213
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,413(**)	,644(**)	,356(*)	,404(**)
	Anlamlılık (P)	,001	,001	,042	,003
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,203	,011	,110	,250
	Anlamlılık (P)	,107	,961	,542	,071
Self-Defeating Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,211	-,014	,138	,176
	Anlamlılık (P)	,094	,950	,445	,206
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,221	,110	,179	,061
	Anlamlılık (P)	,079	,618	,318	,663
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,566(**)	,433(*)	,368(*)	,469(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,039	,035	,000
Şizoid Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,151	,177	,295	,315(*)
	Anlamlılık (P)	,234	,419	,095	,022
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,350(**)	,219	,217	,254
	Anlamlılık (P)	,005	,316	,225	,066
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,253(*)	,042	,009	,193
	Anlamlılık (P)	,044	,847	,961	,167

Borderline Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,359(**)	,129	,107	,315(*)
	Anlamlılık (P)	,004	,557	,553	,021
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,425(**)	,480(*)	,380(*)	,419(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,020	,029	,002
A KÜMESİ	Korelasyon (r)	,525(**)	,412(*)	,426(*)	,469(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,050	,013	,000
B KÜMESİ	Korelasyon (r)	,443(**)	,287	,221	,372(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,185	,217	,006
C KÜMESİ	Korelasyon (r)	,306(*)	,572(**)	,068	,324(*)
	Anlamlılık (P)	,014	,004	,707	,018

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile somatizasyon arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Kadınların obsesif kompulsif kişilik bozukluklarında artış olduğu zaman somatizasyon düzeylerinde de artış olmaktadır. Cinsel şiddet gören kadınlarda somatizasyon düzeyi obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu daha fazla etkilemektedir ( $r=0,644$ ). Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyon düzeyinde 1 birimlik değişim obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda 0,644 birimlik değişime neden olmaktadır.

Somatizasyon ile şizotipal kişilik bozukluğu arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). En güçlü ilişki ise fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmektedir ( $r=0,566$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyonda meydana gelen 1 birimlik değişim şizotipal kişilik bozukluklarında 0,566 birimlik değişime neden olmaktadır.

Somatizasyon ile histriyonik kişilik bozukluğu arasındaki ilişki sadece fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyonda meydana gelen 1 birimlik değişim histriyonik kişilik bozukluklarında 0,350 birimlik değişime neden olmaktadır. Cinsel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda

somatizasyon özelliği ile histriyonik kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir.

Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyon ile narsistik kişilik bozukluğu arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki varken ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ) diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlarda somatizasyon ile narsistik kişilik özelliği arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Borderline kişilik bozukluğu ile somatizasyon arasındaki ilişki sadece fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlar için anlamlı ve aynı yönlüdür ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). İlişkinin gücü fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda daha yüksektir ( $r=0,359$ ).

Antisosyal kişilik bozukluğu ile somatizasyon arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). En güçlü ilişki ise cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmüştür ( $r=0,480$ ).

A kümesi kişilik bozuklukları ile somatizasyon arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). En güçlü ilişki ise fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmektedir ( $r=0,525$ ).

B kümesi kişilik bozuklukları ile somatizasyon arasındaki ilişki sadece fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda anlamlı ve aynı yönlüdür ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü daha yüksek düzeydedir ( $r=0,443$ ).

C kümesi kişilik bozuklukları ile somatizasyon arasındaki ilişki ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda anlamlı değilken ( $p>0,05$ ) fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). En güçlü ilişki ise cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmektedir.

Tablo 3.16. Katılımcıların Somatizasyon Puan Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Somatizasyon	85	1,445	0,935	0,000	4,000

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin “somatizasyon” ifadesine çok zayıf ( $1,445 \pm 0,935$ ); düzeyde katıldıkları görülmektedir.

Tablo 3.17. Somatizasyonun Yaşa Göre Ortalaması

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Somatizasyon	18-25 Yaş	28	1,395	0,906	0,318	0,853
	26-35 Yaş	40	1,438	0,929		
	36 Yaş Ve üstü	17	1,546	1,043		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin somatizasyon puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3.18. Somatizasyonun Eğitim Durumuna Göre Ortalaması

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Somatizasyon	İlkokul	39	1,463	1,049	0,971	0,808
	Ortaokul	23	1,346	0,794		
	Lise	15	1,361	0,741		
	Üniversite Ve üstü	8	1,802	1,115		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin somatizasyon puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3.19. Somatizasyonun Medeni Duruma Göre Ortalaması

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Somatizasyon	Bekar	19	1,223	1,018	3,736	0,154
	Evli	55	1,457	0,933		
	Dul + Boşanmış	11	1,773	0,757		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin somatizasyon puanları ortalamalarının medeni durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3.20. Somatizasyonun Çalışma Durumuna Göre Ortalaması

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Somatizasyon	Çalışıyor	11	1,663	0,825	337,000	0,359
	Çalışmıyor	74	1,413	0,951		

Şiddet görmüş kişilerin somatizasyon puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.21. Katılımcıların Depresyon Puan Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Beck Depresyon	85	23,840	12,420	2,000	55,000

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin “beck depresyon” ifadesine (23,840 ± 12,420); düzeyde katıldıkları görülmektedir.

Tablo 3.22. Depresyonun Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Beckdepresyon	18-25 Yaş	28	27,110	12,635	2,865	0,239
	26-35 Yaş	40	22,700	12,047		
	36 Yaş Ve üstü	17	21,120	12,524		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin beckdepresyon puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 3.23. Depresyonun Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Beckdepresyon	İlkokul	39	23,080	12,524	1,883	0,597
	Ortaokul	23	22,390	12,456		
	Lise	15	26,870	12,124		
	Üniversite Ve üstü	8	26,000	13,522		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin beckdepresyon puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 3.24. Depresyonun Medeni Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Depresyon	Bekar	19	24,320	12,379	0,119	0,942
	Evli	55	23,910	13,125		
	Dul + Boşanmış	11	22,640	9,362		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin beckdepresyon puanları ortalamalarının medeni durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 3.25. Depresyonun İş Durumu Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Beck Depresyon	Çalışıyor	11	18,270	7,016	278,000	0,091
	Çalışmıyor	74	24,660	12,861		

Şiddet görmüş kişilerin beck depresyon puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.26. Depresyonun En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimi Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Beckdepresyon	İl	40	26,320	13,178	5,772	0,056
	İlçe	33	19,760	11,606		
	Köy + Kasaba	12	26,750	9,421		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin beckdepresyon puanları ortalamalarının en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3.27. Depresyonun Yaşadığı Travmanın Ne Kadar Süre Önce Meydana Geldiği Zaman birimi Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Beckdepresyon	1 Aydan Daha Az	18	22,000	10,911	2,232	0,693
	1-3 Ay Arası	10	21,600	12,112		
	3-6 Ay Arası	6	22,830	16,810		
	6 Ay-3 Yıl Arası	15	28,070	13,285		
	5 Yıldan Daha Fazla	36	23,780	12,357		

Araştırmaya katılan şiddet görmüş kişilerin beckdepresyon puanları ortalamalarının yaşadığı travmanın ne kadar süre önce meydana geldiği zaman birimi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

Tablo 3.28: Görülen Şiddet Türüne Göre Kişilik Özellikleri ile Beck Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Korelasyon Analizi

		<b>DEPRESYON</b>			
		<b>Fiziksel Şiddet</b>	<b>Cinsel Şiddet</b>	<b>Ekonomik Şiddet</b>	<b>Psikolojik Şiddet</b>
Avoident (Çekingen Kişilik Bozukluğu)	Korelasyon (r)	,362(**)	,169	,244	,296(*)
	Anlamlılık (P)	,004	,440	,193	,037
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,378(**)	,183	,070	,418(**)
	Anlamlılık (P)	,003	,403	,714	,002
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,459(**)	,073	,135	,529(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,742	,478	,000
Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,274(*)	-,102	,372(*)	,213
	Anlamlılık (P)	,032	,642	,043	,138
Self-Defeating Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,332(**)	,256	,323	,245
	Anlamlılık (P)	,009	,238	,081	,087
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,130	-,280	,156	,039
	Anlamlılık (P)	,319	,195	,412	,788
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,371(**)	,142	,060	,230
	Anlamlılık (P)	,003	,518	,753	,108
Şizoid Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,346(**)	,157	,451(*)	,317(*)
	Anlamlılık (P)	,006	,475	,012	,025
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,170	-,115	,006	,050
	Anlamlılık (P)	,191	,601	,975	,728
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,231	,033	,009	,118
	Anlamlılık (P)	,074	,880	,964	,414
Borderline Kişilik Bozukluğu	Korelasyon	,560(**)	,366	,570(**)	,524(**)

	(r)				
	Anlamlılık (P)	,000	,086	,001	,000
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Korelasyon (r)	,306(*)	,264	,251	,349(*)
	Anlamlılık (P)	,017	,224	,180	,013
A KÜMESİ	Korelasyon (r)	,435(**)	,031	,290	,301(*)
	Anlamlılık (P)	,000	,887	,120	,034
B KÜMESİ	Korelasyon (r)	,462(**)	,234	,333	,367(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,282	,073	,009
C KÜMESİ	Korelasyon (r)	,527(**)	,202	,219	,576(**)
	Anlamlılık (P)	,000	,356	,246	,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda avoident (çekingen) kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasında aynı yönlü ve anlamlı ilişki varken ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ) cinsel ve ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki anlamlı değildir. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda aradaki bu ilişki daha güçlüdür ( $r=0,362$ ).

Bağımlı kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü daha yüksektir ( $r=0,378$ ).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür ( $r=0,529$ ).

Pasif agresif kişilik bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki fiziksel ve ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü diğer şiddet türlerine maruz kalanlara göre daha yüksektir ( $r=0,372$ ).

Fiziksel şiddete maruz kadınların depresyon düzeyi ile self-defeating kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r>0$ ;  $p<0,05$ ). Cinsel,

ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki anlamlı değildir ( $p < 0,05$ ).

Depresyon düzeyi ile paronoid kişilik bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Fiziksel şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile şizotipal kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r > 0$ ;  $p < 0,05$ ). Cinsel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki anlamlı değildir.

Şizoid kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki fiziksel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r > 0$ ;  $p < 0,05$ ). Ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür ( $r = 0,451$ ). Cinsel şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile şizoid kişilik bozukluğu arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Depresyon düzeyi ile histriyonik kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Depresyon düzeyi ile narsistik kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Depresyon düzeyi ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişki fiziksel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r > 0$ ;  $p < 0,05$ ). En güçlü ilişki ise ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda görülmüştür ( $r = 0,570$ ).

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile antisosyal kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r > 0$ ;  $p < 0,05$ ). Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür ( $r = 0,349$ ).

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon düzeyi ile A kümesi kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r > 0$ ;  $p < 0,05$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü ( $r = 0,435$ ) diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlara göre daha yüksektir.

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile B kümesi kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r > 0$ ;  $p < 0,05$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü ( $r = 0,462$ ) diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlarda daha yüksektir.

Depresyon düzeyi ile C kümesi kişilik bozuklukları arasındaki ilişki sadece fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır ( $r > 0$ ;

$p < 0,05$ ). Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlardan daha yüksektir ( $r=0,576$ ).

Tablo 3.29. Araştırmaya Katılan Şiddet Görmüş Kişilerin Beck Depresyon, Somatizasyon ve Olaydan Etkilenme Şiddeti Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		Somatizasyon	Beck Depresyon	Olaydan Etkilenme Şiddeti
Somatizasyon	r	1,000		
	p	0,000		
	N	85,000		
Beck Depresyon	r	0,247*	1,000	
	p	0,022	0,000	
	N	85,000	85,000	
Olaydan Etkilenme Şiddeti	r	-0,163	0,062	1,000
	p	0,137	0,573	0,000
	N	85,000	85,000	85,000

Beck depresyon ile somatizasyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,247$ ;  $p=0,022 < 0,05$ ). Buna göre beck depresyon arttıkça somatizasyon artmaktadır.

Olaydan etkilenme şiddeti ile somatizasyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Olaydan etkilenme şiddeti ile beck depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

## 4. TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Bu araştırmanın amacı şiddet görmüş kadınların kişilik bozukluklarının somatik belirtiler ve depresyon üzerine etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda yürütülen analiz sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde konuyla ilgili literatür ışığında tartışılacaktır. Bu amaç doğrultusunda ilk bölümde önce araştırmadan elde edilen genel bulgulara yer verilirken diğer bölümde de araştırma sorularına ilişkin bulgular literatür ışığında tartışılacaktır. Son olarak da çalışmadaki sınırlılıklar belirtilerek gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

### 4.1. Araştırmadan Elde Edilen Genel Bulgular

Yapılan araştırmada kadın konukevinde kalmakta olan şiddet mağduru kadınların ortalama yaşları  $30,5\pm 8,7$  arasında bulunmuştur. Araştırmaya katılan 74 kişinin çalışmadığı çalışanların da aylık gelirinin 1000 TL altında olduğu tespit edilmiştir. Şiddet görmüş kadınların en uzun süre yaşadıkları yere bakıldığında 40 kişinin İl, 33 kişinin ilçe, 12 kişinin de köy+kasabada yaşamış oldukları saptanmıştır.

Şiddet görmüş kadınların çocukluk ya da gençlik yıllarında yaşadıkları şiddeti uygulayanın yakınlığına bakıldığında; 44 kişinin baba, 33 kişinin anne, 21 kişinin abi, 15 kişinin diğer, 9 kişinin yakın akraba ve 6 kişinin de kardeşi tarafından şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Genel olarak kadınların şiddet uygulayan kişilere yakınlıklarına bakıldığında şiddet uygulayanların aile üyeleri içerisinde olduğu saptanmıştır.

Katılımcı kadınlar içerisinde 64 kişinin fiziksel şiddete, 53 kişinin psikolojik şiddete, 33 kişinin ekonomik şiddete ve 23 kişinin de cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Araştırmada 12 kadının travma öncesi psikiyatrik ilaç kullanımının olduğu ve 5 kadının da travma öncesi psikiyatrik/psikolojik tedavi aldığı görülmektedir.

59 kadının yaşadıkları travma sonrası psikiyatrik ilaç kullanımının olduğu ve travma sonrası 23 kadının psikiyatrik/psikolojik tedavi aldığı görülmektedir. Bu analiz sonucunda şiddet görmüş kadınların travma sonrası psikiyatrik ilaç ve psikiyatrik/psikolojik tedavi almaya daha fazla ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları travmatik olaylardan en çok etkilendikleri olaylara bakıldığında 76 kişinin (%89,4) tanıdıkları biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya uğradıkları görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların depresyon puanı ortalaması 23,840 olarak bulunmuştur.

Araştırmada yaş faktörünün uygulanan testler açısından etkisine bakıldığında kadınların narsistik kişilik bozukluğu, eğitim durumunun uygulanan testler açısından etkisine bakıldığında lise eğitimine sahip olan kadınlar diğer eğitim düzeyine sahip olan kadınlara göre daha fazla B kümesi kişilik bozukluğu, medeni durumun uygulanan testler açısından etkisine bakıldığında pasif kişilik bozukluğu, iş durumunun uygulanan testler açısından etkisine bakıldığında bağımlı, self-defating ve C kümesi kişilik bozuklukları ile arasında anlamlı farklılık göstermektedir.

SCID'e göre şiddet görmüş kadınlar üzerinde yapılan bu araştırmada avoident(çekingen) kişilik bozukluğu gösterenlerin oranı %14,1, borderline kişilik bozukluğu gösteren kadınların oranı %12,9 ise bulunmuştur. A Kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan kadınların oranı %3,9, B Kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan kadınların oranı %5 ve C Kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan kadınların oranı %6,3'tür.

Cinsel şiddet türüne maruz kalan kadınlarda çekingen, bağımlı, obsesif, pasif, self-defeating, şizotipal, histriyonik, borderline, B kümesi ve C kümesi kişilik bozukluğu görülme durumu diğer şiddet türüne maruz kalan kadınlardan fazladır. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda paranoid, şizoid, narsistik ve A kümesi kişilik bozukluğu görülme durumu diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlardan daha fazladır. Antisosyal kişilik bozukluğu psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda daha fazla görülmektedir. Fiziksel,cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet görmüş kadınlarda bağımlı ve pasif agresif kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

SCID ve SCL-90-R-SOM'un korelasyon analizinde elde edilen bulgular neticesinde, obsesif kompulsif, şizotipal, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu ile somatizasyon arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bunun anlamı

kadınların obsesif kompulsif kişilik bozukluklarında artık olduğu zaman somatizasyon düzeylerinde de artış olmaktadır. Cinsel şiddet gören kadınlarda somatizasyon düzeyi obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu daha fazla etkilemektedir. Cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyon düzeyindeki değişim obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda değişime neden olmaktadır.

Somatizasyon ile şizotipal kişilik bozukluğu arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. En güçlü ilişki ise fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyonda meydana gelen değişim şizotipal kişilik bozukluklarında değişime neden olmaktadır.

Somatizasyon ile histriyonik kişilik bozukluğu arasındaki ilişki sadece fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyonda meydana gelen değişim histriyonik kişilik bozukluklarında değişime neden olmaktadır. Cinsel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyon özelliği ile histriyonik kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir.

Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda somatizasyon ile narsistik kişilik bozukluğu arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki varken diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlarda somatizasyon ile narsistik kişilik özelliği arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Borderline kişilik bozukluğu ile somatizasyon arasındaki ilişki sadece fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlar için anlamlı ve aynı yönlüdür. İlişkinin gücü fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda daha yüksek düzeydedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu ile somatizasyon arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. En güçlü ilişki ise cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmüştür.

A kümesi kişilik bozuklukları ile somatizasyon arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. En güçlü ilişki ise fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmektedir.

B kümesi kişilik bozuklukları ile somatizasyon arasındaki ilişki sadece fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda anlamlı ve aynı yönlüdür. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü daha yüksek düzeydedir.

C kümesi kişilik bozuklukları ile somatizasyon arasındaki ilişki ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda anlamlı değilken fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddete

maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. En güçlü ilişki ise cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda görülmektedir.

SCID ve BDE'nin korelasyon analizinde elde edilen bulgular neticesinde şiddete maruz kalan kadınlarda obsesif kompulsif, şizotipal, narsistik, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasında aynı yönlü ve anlamlı ilişki vardır. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda aradaki bu ilişki daha güçlüdür.

Bağımlı kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü daha yüksektir.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür.

Pasif agresif kişilik bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki fiziksel ve ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü diğer şiddet türlerine maruz kalanlara göre daha yüksektir.

Fiziksel şiddete maruz kadınların depresyon düzeyi ile self-defeating kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Cinsel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki anlamlı değildir.

Depresyon düzeyi ile paronoid kişilik bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Fiziksel şiddete maruz kadınların depresyon düzeyi ile şizotipal kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Cinsel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki anlamlı değildir.

Şizoid kişilik bozukluğu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki fiziksel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür. Cinsel şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile şizoid kişilik bozukluğu arasında anlamlı ilişki görülmemiştir.

Depresyon düzeyi ile histriyonik kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Depresyon düzeyi ile narsistik kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Depresyon düzeyi ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişki fiziksel, ekonomik ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. En güçlü ilişki ise ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda görülmüştür.

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile antisosyal kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür.

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon düzeyi ile A kümesi kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlara göre daha yüksektir.

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyi ile B kümesi kişilik bozuklukları arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlarda daha yüksektir.

Depresyon düzeyi ile C kümesi kişilik bozuklukları arasındaki ilişki sadece fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda aynı yönlü ve anlamlıdır. Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda ilişkinin gücü diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## **4.2.Araştırmadan Elde Edilen Bulguların Literatür Işığında Tartışılması**

### **4.2.1.Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmaya alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde şiddet öyküsü bildiren kadınların yaş ortalaması  $30,5\pm 8,7$  olarak bulunmuştur. Bu sonuç, şiddet mağduru kadınlarla yapılmış farklı çalışmalarda tespit edilen yaş ortalamaları ile paralellik göstermektedir. Sezgin (2007) tarafından yapılmış kadın sığınma evinde kalan kadınların oluşturduğu çalışma grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları 30.36 bulunmuştur. Bir diğer şiddet mağduru 200 kadın ile yapılan çalışmada ise kadınların yaş ortalamasının  $34,05\pm 7,2$  olduğu belirlenmiştir(Arıkan, 2010). Kazancı (2010) tarafından kadın sığınma evinde kalan kadınlarla yapılan araştırmada ise örneklemin yaş ortalaması 32,3421 bulunmuştur. Araştırmamızda kadın sığınma evinde kalan şiddet görmüş kadınların yaş ortalamalarının diğer

çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir. Ancak hayatı boyunca herhangi bir sosyal destek alamayan ve aynı zamanda uzun süreli şiddet gören kadınların kadın konukevlerine başvurmadıkları, yaşadıkları şiddete boyun eğmeye devam ettikleri göz ardı edilmemelidir.

Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %22,6'sının bekar, %64,3'ünün evli, %4,8'inin dul ve %8,3'ünün boşanmış olduğu görülmektedir. Bu sonuç, yapılan diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Kadınlar ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %54,7'si resmi nikahlı, %20,8'i imam nikahlı, %1,9'u dul, %18,9'u boşanmış ve %3,8'i bekar olduğu bulunmuştur (Sezgin, 2010). Çiftçi (2007) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların evlilik şekilleri değerlendirilmiş ve %78,5'inin resmi nikahlı, %21,5'inin ise sadece dini nikahlı olduğu saptanmıştır. Arıkan'ın (2010) yaptığı çalışmada ise kadınların % 91'inin resmi nikâhlı olduğu, % 57'sinin anlaşarak evlendiği saptanmıştır. Araştırmalarda bulunan sonuçlar değerlendirildiğinde resmi nikahlı kadınların diğer medeni durumlara oranla şiddet görme oranı yüksektir. Evliliğinde şiddet gören kadının eşinden ayrılması durumunda yaşayacağı sıkıntılar nedeniyle ve ataerkil bir toplum yapısından dolayı ebeveynlerin ve eşin uyguladığı şiddetin göz ardı edilmesine neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında; % 7,1'inin okur-yazar, % 38,8'inin ilkokul mezunu, % 27,1'inin ortaokul mezunu, % 17,6'sının lise, %7,'inin üniversite ve % 2,4'ünün yüksek lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgu literatür ile tutarlılık göstermektedir. Sezgin (2010) tarafından yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların %7,5'i okur-yazar, %69,8'i ilköğretim, %15,1'i lise, %3,8'i yüksekokul, %3,8'i fakülte mezunu olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada kadınların % 29'u okuryazar ve ilkokul mezunu, % 29,5'i üniversite mezunu ve % 32'si lise mezunudur (Arıkan, 2010). Kadın sığınma evinde yapılan bir çalışmada kadınların % 7.894'u okur-yazar değildir, %5.263' u okur-yazar, % 50'si ilkokul mezunu, % 15,789' u ortaokul mezunu, % 21,052'si lise mezunudur (Kazancı, 2010). Elazığ'da yapılan bir çalışmada şiddet gören kadınların %77,3'ünün eğitim durumunun ilköğretim veya altı olduğu bulgulanmıştır (aktaran Tanrıverdi ve Şıpkın,2007). Ergin ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığı saptanmıştır (aktaran Gökmen, 2009). Yapılan araştırmalar eğitim durumunun yükselmesi ile şiddete maruz kalma oranının azalmakta olduğunu

göstermektedir. Ancak eğitim durumunun yükselmesi ile kadınların yaşadıkları şiddet türünü dile getirmekte zorlanabileceği göz ardı edilmemelidir.

Araştırmada şiddet öyküsü olan kadınların yaklaşık %84'ü ekonomik düzeylerinin 1000 TL ve altında olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan şiddet görmüş kadınlara bakıldığında yaklaşık dörtte üçünün (%74) çalışmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürdeki araştırmalarla tutarlılık göstermektedir. Sezgin (2007) tarafından kadın sığınmaevinde yapılmış araştırmaya göre kadınların %94,3'ünün çalışmadığı saptanmıştır. Benzer bir çalışmada kadınların % 54,5'inin ev hanımı olduğu ve herhangi bir işte çalışmadıkları saptanmıştır (Arıkan, 2010). Şiddete maruz kalan kadınların ekonomik durumlarına bakıldığında sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerde şiddet oranı daha yüksektir. Bu araştırma sonuçlarına göre katılımcıların tamamına yakınının herhangi bir geliri yoktur (Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması, 2008; Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2006). Ekonomik olarak dışa bağımlı olan kadınların şiddete diğer kadınlara nazaran daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir. Ancak kadınların gelir getiren bir işlerinin olup olmaması eşlerinden şiddet görüp görmeyecekleri konusunda açıklayıcı bir değişken olarak görünmemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların % 40'ının yaşamının çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği bulunmuştur. Bu bulgu diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Bıkmaz'ın (2010) çalışmasında polikliniğe başvuran hastaların çoğu halen İstanbul gibi bir büyük kentte yaşamakla birlikte yaklaşık yarısının yetiştiği yerin kırsal bölge olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmaya göre kadınların % 41,5'inin yaşamının çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği saptanmıştır (Arıkan, 2010). Kır-kent farkına bakıldığında; nerede doğulduğu, nerede yaşadığı değişkeniyle incelendiğinde şehirde oturanların fiziksel şiddete maruz kalma oranları ilçelerde oturanlara göre yaklaşık %42 daha fazla olduğu tespit edilmiş ve bu duruma göre dayağın en az yaşandığı yerlerin ilçeler en çok yaşandığı yerlerin ise şehirler olduğu saptanmıştır (Altınay ve Arat, 2008). Şiddetin tespit edilebilmesi için yapılan araştırmalar genellikle şehir merkezlerinde bulunan kadın konukevleri ve sağlık kurumlarına başvurmuş kadınlarla yapılmış olduğundan, kırsal kesimde yaşamakta olan kadınların şiddetin evliliklerinde ya da aile içinde normal karşılandığı bu sebeple şiddeti dile getirmediikleri unutulmamalı ve aynı zamanda kırsal kesimdeki kadınlara ulaşılmakta yaşanan sıkıntıların göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Çalışmamızda çocukluk ya da ergenlik döneminde şiddet öyküsü olan 85 kadının belirtmesi üzerine çoğunlukla şiddet uygulayan kişilerin aile içinden olduğu görülmektedir. Sırasıyla en çok baba, anne ve abi şiddet uygulayan kişilerdir. Bu bulgu kadınlarla ilgili yapılmış olan araştırmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir. Özyurt ve Deveci (2011) tarafından yapılan bir araştırmada kadınların %47.1'i çocukluk ve gençlik dönemlerinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Mertin ve Mohr (2000) tarafından kadın sığınma evlerinde yapılan bir çalışmada, kadınların yarısının çocukluklarında anne-baba arasında veya ebeveynen çocuğa karşı şiddet olduğu bulunmuştur (aktaran Bıkmaz, 2010). Çalışmada çocukluk ya da ergenlik döneminde şiddet uygulayan saldırganların sırasıyla baba, anne, abi ve diğer kişilerden oluşması saldırganlar ile ilgili literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Bu çalışma şiddetin toplumsal bir sorun olduğunu ve aile içinde şiddetin ne kadar fazla yaşandığının ispatıdır. Aile içinde yaşanan şiddetin etkilerinin yetişkinlik döneminde kişide ne tür yansımalar bırakabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Araştırmaya katılan kadınların %75'e yakını (64/85) çocukluk çağından itibaren fiziksel şiddet görürken %62'si psikolojik şiddet, %39'u ekonomik şiddet ve %27'si de cinsel şiddete maruz kalmıştır. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde literatür ile paralellik göstermektedir. Çiftçi'nin (2007) kadın sığınma evinde kalmakta olan 65 kadın ile yaptığı araştırmasında, kadınların yaşadıkları şiddet türleri incelendiğinde birden fazla şiddet türünü yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Oranlarına göre yaşadıkları şiddet türlerinin dağılımları incelendiğinde; %87.7 sözel, %83.1 fiziksel, %80 duygusal, %60 cinsel ve %50 oranında da ekonomik şiddet olduğu görülmüştür. Coker ve ark. (2000) tarafından yapılan bir araştırmada kadınların %77,3'ü fiziksel ya da cinsel şiddete %22,7'si de psikolojik ya da duygusal şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. 10 ülkede 24.000 kadınla yapılan araştırmaya göre fiziksel şiddete maruz kalanlar %13-61, cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı %6-59, duygusal şiddete maruz kalanların oranının %20-75 aralığında olduğu görülmektedir (DSÖ, 2005). Kadınların yaşadıkları şiddet türlerinin içinde, özellikle de cinsel şiddet yaşamış olmaları, yaşadıkları cinsel şiddeti ifade etmekte zorluk çekebildikleri göz ardı edilmemelidir. Toplumumuzda şiddet denildiği zaman fiziksel ve cinsel şiddetin daha yaygın olarak bilindiği düşünülmektedir. Psikolojik ve ekonomik şiddetin varlığı ile ilgili çok az

bilginin olması değerlendirme yapılırken kadınların yaşadıkları şiddet türlerini ayırt etmelerinde yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşündürmektedir.

Araştırmada yaşanan şiddet sonrası psikiyatrik ilaç ve psikiyatrik/psikolojik tedavi süresinin şiddet öncesi psikiyatrik ilaç ve psikiyatrik/psikolojik tedavi süresine göre daha fazla ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu sonuç literatür ile paralellik göstermektedir. Kadın psikiyatri hastalarında yapılan çalışmalardan; Vahip ve Doğanavşargil (2006) hastalarının %62'sinde, Akyüz, Kuğu ve Doğan (2002)'ın hastalarının da %57'sinde fiziksel şiddete maruz kalma öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar yaşadıkları travma sonrası ilaç kullanımına ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Kadınların psikiyatri polikliniğine özellikle şiddet yüzünden değil başka sebeplerle başvurdukları bilinmektedir. Kadınların şiddet sonrası sağlık kuruluşlarını psikolojik destek alabilmek için değil travmanın izlerini kapatabilmek amaçlı kullandıkları göz ardı edilmemelidir.

#### **4.2.2. Şiddet Türleri, Kişilik Özellikleri, Somatik Belirtiler ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmada şiddet görmüş kadınlar arasında 43 kişiye kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Kişilik bozukluğu tanısı almış olan kadınlar arasında en çok borderline kişilik bozukluğu %14,1, avoident kişilik bozukluğu % 12,9 ve paranoid kişilik bozukluğu %8,2 tanısı konmuştur. Araştırmada şiddet türleri ve kişilik bozuklukları karşılaştırıldığında Cinsel şiddet türüne maruz kalan kadınlarda çekingen, bağımlı, obsesif, pasif, self-defeating, şizotipal, histriyonik, borderline, B kümesi ve C kümesi kişilik bozukluğu görülme durumu diğer şiddet türüne maruz kalan kadınlardan fazladır. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınlarda paranoid, şizoid, narsistik ve A kümesi kişilik bozukluğu görülme durumu diğer şiddet türlerine maruz kalan kadınlardan daha fazladır. Antisosyal kişilik bozukluğu psikolojik şiddete maruz kalan kadınlarda daha fazla görülmektedir. Elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda şiddete maruz kalmış kadınların benlik saygısı düşük, değersizlik duyguları olan, öğrenilmiş çaresizliğe bağlı olarak problem çözme davranışı azalmış, çekingen, içe kapanık, bağımlı kişilik özelliği vardır (aktaran Akalın, 2010). Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) tarafından; 793 anne ve çocukla yapılan bir araştırmaya göre hayatında psikolojik şiddete maruz kalmış çocukların yetişkinlikte sınıır, narsistik,

obsesif-kompulsif ya da paranoid kişilik bozukluğu olma ihtimali sözel şiddete maruz kalmamış çocukların 3 katı olmaktadır. Çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismar öyküsü olan erişkinlerin kişilik bozukluğu oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (Pribor ve Dinwiddie 1992). Akyazı (2010) tarafından yapılmış çalışmaya göre şiddet görmüş kadınların % 76,3'ü en az bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu bildirilmiştir. Atman (2003)'ın kadın psikiyatri hastaları ile yaptığı çalışmasında kadınların % 30-50'sinde şiddete uğrama öyküsü vardır.

Kadınların şiddet türlerine göre somatizasyon düzeyi karşılaştırıldığında cinsel şiddet gören kadınlarda somatizasyon düzeyi daha yüksektir. Bu bulgular literatür ışığında incelendiğinde diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Yanıkekrem, Kavlak ve Sevil (2007), fiziksel ve cinsel şiddete maruz kadınların, kronik ağrı sendromları, rahatsız edici bağırsak sorunları, boşaltım sistemi enfeksiyonları yaşadıklarını ve fiziksel işlevlerinde azalma gösterdiklerini belirtmektedirler. Bıkmaz'ın (2010) çalışmasına göre cinsel şiddet öyküsü olan grupta vücutta yok olma hissi konuşma güçlüğü, vücutta his kaybı yakınmalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Cinsel şiddetin kurbanı olan kadınlarda somatik belirtiler sık görülmektedir (Yanıkekrem, Kavlak ve Sevil, 2007). Somatik semptomlar kültüre ve ülkenin sosyoekonomik durumuna da bağlı olarak birçok psikiyatrik hastalıkta görülebilmektedir (Bıkmaz, 2010).

Araştırmada şiddet görmüş kadınların %65,4'ü depresyon belirtileri göstermektedir. Kadınlara uygulanan şiddet türlerine göre depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında tüm şiddet türlerinde depresyon belirtilerinin olduğu ve cinsel şiddet görmüş kadının diğer şiddet türlerine göre daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği bulgulanmıştır. Dişciğil (2003) tarafından yapılmış bir çalışmada aile içi şiddet gören kadınlara en sık olarak majör depresif bozukluk tanısı konmuştur. Pakistan'da depresyon tedavisi alan kadınların %61'i eşlerinden şiddet gördüklerini ve %33'ünün eşi tarafından tecavüzüne uğradığını bulgulamışlardır (Ali, Israr, Ali ve Janjua, 2009). Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlarda psikiyatrik bozukluklar en basitinden depresyon oranı yüksektir (Vahip, 2002). Şiddete maruz kalan kadınlarda; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar girişimleri, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır (DSÖ, 2005).

Aile içi şiddete maruz kalan kadınların sıklıkla somatik, depresif veya anksiyoz yakınmalarla başvurduğu tespit edilmiştir (Akyüz, Kuğu ve Doğan, 2002).

Bir çalışmada, psikiyatrik tanı konan olguların %35.8'inde hastalık öncesinde en az bir önemli yaşam olayı deneyimi olduğu bulunmuştur (Faravelli, Catena, Scarpato ve Ricca, 2007). Yapılan araştırmalara bakıldığında şiddet görmüş kadınlarda oluşan kişilik bozukluklarının, somatik belirtilerin ve depresyonun ortaya çıkmasında yaşamış oldukları şiddetin rolünün ne derecede etkisi olup olmadığının tespit edilmesinde geçmiş travmatik yaşantıların da etkisi unutulmamalıdır.

#### **4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecekteki Çalışmalar İçin Öneriler**

Araştırmada veri toplama işlemine yönelik belirli sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle bu bölümde veri toplama sınırlılıkları belirtildikten sonra ileride yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

Araştırmanın veri toplama aşamasında kadın konukevlerinin gizliliği ve girişlerinde uygulanan yasal zorunluluklar nedeniyle kurumlarla izin yazışmalarının oldukça uzun sürmesi ve başvuru yapılan birçok kuruluştan red cevabının alınması şiddet görmüş kadınlara ulaşılması açısından sıkıntı yaratmıştır. Kadın konukevlerine girmek için onay veren kurumlara araştırmacı davet edilmiş ve kadınlarla birebir görüşmeler yapılarak ölçeklerin bire bir uygulanması sağlanmıştır. Çoğu kurum tarafından verilen izinlerin bir kerelik olması ve ölçeklerin uygulanmasının uzun sürmesinden dolayı kadın konukevinde kalan şiddet görmüş tüm kadınlarla görüşme imkanını kısıtlamıştır. Birden fazla izin verilen kadın konukevlerine tekrar görüşmeler için gidilmiş ancak 6284 Sayılı Ailenin Korunması Kanununa göre kadın konukevlerinde kalış sürelerinin 6 ay'a kadar uzatılmasından dolayı yeterli katılımcıya ulaşılmasında sıkıntı yaşanmıştır. Veri toplama süreci açısından ulaşılan katılımcı sayısı yetersiz olarak değerlendirilmektedir. Şiddetin bu derece yaygın olduğu ülkemizde daha fazla katılımcıya ulaşılması beklenmiştir.

Kadın konukevlerinde yapılacak araştırmaya onay vermeyen bazı kurumların araştırmalara bu derece kapalı olmaları dikkat çekicidir. Kadın konukevlerinde barınmakta olan kadınlar ile ilgili ayrıntılı incelemeler yapılabilmesi için meslek elemanlarına uygulama alanlarının oluşturulması literatüre yeni kaynaklar sağlanmasına ve şiddet gören kadınların ihtiyaçlarına yönelik kadın konukevlerinde yapılması gerekebilecek çalışmalara zemin hazırlayacaktır.

Yapılan çalışmalara bakıldığında araştırma sonuçları birbirleri ile tutarlılık göstermektedir. Ancak sınırlı sayıda olan çalışmaların literatürde önemli bir eksiklik olduğu düşünülmektedir.

Bir diğer sınırlılık araştırmanın kontrol grubunun olmamasıdır. Kontrol grubu kullanılarak yapılacak yeni çalışmaların yeni bakış açıları kazandırabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada evlilik şekli, evlilik süresi, çocuk sayısı, çocuklara yönelik şiddetin olup olmaması, şiddetin süresi, şiddetin başlangıç zamanı gibi faktörler değerlendirilmemiştir. Bu faktörlerin de değerlendirmeye alındığı daha geniş örneklemli çalışmaların daha ayrıntılı bilgiler vereceği düşünülmektedir. Katılımcıların aile öykülerinde psikolojik bozukluk ve intihar girişimleri olup olmadığına dair bilgiler, yapılan değerlendirme ile şiddetle ilişkisini daha açık bir biçimde ortaya koyulmasını sağlayacaktır. Şiddet üzerine yapılacak çalışmaların koruyucu ruh sağlığı açısından önemli etkileri olacağı düşünülmektedir.

Kadın konukevleri tarafından şiddet ile ilgili çeşitli uzun süreli çalışmaların yapılması kadın konukevlerinin hizmetleri ile ilgili literatüre ışık tutacak ve kadın konukevinde kalan kadınlara yönelik psikolojik ve sosyal desteğin ne derecede faydalı olduğu ile ilgili bilgi sağlayacaktır. Kadın konukevinden ayrıldıktan sonra kendi hayatını kurabilen kadınlara yönelik psikolojik ve sosyal desteğin sürmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı da çalışmanın katılımcılarının sadece kadınlardan oluşmasıdır. Şiddet gören çocuklar ve şiddet uygulayan erkeklerin de katıldığı karşılaştırmalı çalışmaların literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Kadın konukevinde barınmakta olan kadınların ruh sağlığını etkileyen bir diğer faktörün evini, varsa işini, sosyal çevresini, ailesini terk etmek zorunda kaldığından dolayı maddi olarak hayata tutunmakta zorlandığı yaşamsal tehlikesinin olması durumunda ise çocuklarının eğitimi, sağlık giderleri gibi faktörlerin kadının omuzlarına yüklenmesinden dolayı yaşanan çaresizlik duygusu kadını daha da ruhsal çöküntüye uğratmaktadır. Bu anlamda kadın konukevlerinde kadının ruh sağlığını işlevsel kılacak çalışmaların yapılabilmesi için sosyal hizmet uzmanının, psikologun ve çocukların gelişimini takip edecek ve gerekli müdahaleler ile anne-çocuk ilişkisinin düzenlenmesine ve çocuğun adaptasyonuna yardımcı olacak çocuk gelişim uzmanına öncelikli olarak ihtiyaç duyulduğundan; kadın

konukevinde çalışacak meslek elemanlarına dönemsel olarak eğitimler verilmesi sağlanmalıdır.

Kadın konukevlerinin varlığı kamu spotu olarak topluma bilgilendirilmeli ve kadının maddi desteğe olan ihtiyacı göz önünde bulundurularak öncelikli olarak kadın konukevinde kalmakta olan kadınlara iş imkanlarının sağlanması ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır. Kadının iş bulmasında yardımcı olacak iş kaynakları oluşturulmasına iş kaynakları olduğu takdirde, kadının kendine güveni yerine gelecek ve geleceğe umutla bakmasına yardımcı olunacaktır.

Sonuç olarak ortak ruhsal bozuklukların ortaya çıkması sorunların kaynağının belirlenebilmesi amacıyla çok boyutlu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Depresyon ve somatik belirtilerin araştırılmasının yanı sıra diğer ruh sağlığının etkileri ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların varlığı şiddet ile ilgili sorulara ışık tutacaktır.

## 5.KAYNAKLAR

Akalın, A. (2010). *15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akers, R., (2000). *Criminological Theories: Introduction and Evaluation*, Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Akın, A. ve Paksoy, N. (2007). Kadına Yönelik Şiddete Sağlık Boyutundan Bakmak. *Kadın Çalışmaları Dergisi, Aile İçi Şiddet Özel Sayısı, 2 (4)*, 107-111.

Akyazı, S. (2010). *Kadın Sığınma Evinde Kalan Aile İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarda Ruhsal Bozukluklar*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Akyüz, G., Kuğu, N. ve Doğan, O. (2002). Bir Psikiyatrik Polikliniğe Başvuran Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddet, Evlilik Sorunları, Başvuru yakınması ve Psikiyatrik Tanı. *Yeni Symposium Dergisi, 40*, 41-48.

Ali, F.A., Israr, S.M., Ali, B.S. ve Janjua, N.Z. (2009). Association of Various Reproductive Rights, Domestic Violence and Marital Rape with Depression Among Pakistani Women. *BMC Psychiatry, 9 (77)*.

Altınay, A.G. ve Arat, Y. (2008). *Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet*, Ankara: Metis Yayınları.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2003). Personality Disorders. Erişim Tarihi. 20 Nisan 2013. <http://www.apa.org/topics/personality/disorders-causes.aspx>.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV). E. Köroğlu (Çev. Ed.). Ankara: HYB Basım Yayın.

Arın, M.C. (1996). Kadına Yönelik Şiddet. *Cogito Dergisi, 6*, 305, 312.

Arsan, C., Erdoğan, B. ve Oğuz, A. (1986). Somatizasyon ve Tıptaki Önemi. *Dirim Aylık Tıp Gazetesi. 9-10*, 308-318.

Astbury, J. (2006). Violence against women and girls: Mapping the health consequences. *International Congress Series, 49-53*.

Atman, C.Ü. (2003). Kadına Yönelik Şiddet, Cinsel Taciz, Irza geçme. *Sted Dergisi*, 12, 333-335.

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (Ed.). (2012). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Ayrancı, Ü., Günay, Y. ve Ünlüoğlu, İ. (2002). Hamilelikte Aile İçi Eş Şiddeti: Birinci Basamak Sağlık Kurumuna Başvuran Kadınlar Arasında Bir Araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 75-87.

Bachman, R. (1994). *Violence Against Women: A National Crime Victimization Survey Report*. Washington, D.C.: Department of Justice. Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics.

Baltaş, Z. (2000). Şiddet. *Sağlık Psikolojisi-Halk Sağlığında Davranış Bilimleri* içinde (238-257). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bandura, A., (1973). Social Learning Theory of Aggression, *Journal of Communication*, 28 (1), 12-29.

Barsky, A.J. ve Klerman, G.L. (1983). Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles. *Am J Psychiatry*, 140, 273-283.

Baştürk, M. (1989). *Bölgemizde Somatizasyon Bozukluğunun Semptom Profili ve Stresörlerle İlişkisi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi.

Batur, S. ve Demir, H.K. (2009). Depresyonun Tedavisi: Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım. I. Şavaşır, G. Soygüt ve E. Barışkın (Ed.). *Bilişsel Davranışçı Terapiler İçinde* (19-56). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Baybuğa, M.S., Irmak, Z., Talaş, S., Savran, B.M. (2012). Adli Tıp Şube Müdürlüğüne Başvuran Fiziksel ve Cinsel Şiddet Mağduru Kadın Olgularının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3), 173-180.

Bıkmaz, P. S. (2010). *Cinsel Saldırı Sonrası Somatik Belirtiler, İntihar Davranışı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Bolat, T. (2010). *Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Boşgelmez, Ş. ve Aker, T. (2011). Şiddet, Ruhsal Travma ve Sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 4(2):26-31.

Brown, G.W. ve Harris, T.O. (1989). *Life Events and Illness*. New York: Guilford Press.

Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Burger, J. M., (2006). *Kişilik*. İ.D. Erguvan-Sarioğlu (Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Carlson, B.E. (1997). A Stres and Coping Approach to Intervention with Abused Women, *Family Relations*, 46, 291-298.

Coker, A.L., Smith, P.H., McKeown, R.E. ve King, M.J. (2000). Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering., MSPH. *American Journal of Public Health*, 90, 553-559.

Coşkun, A., Savaş, H. A., Tanar, D., Arkonaç, O., Erkoç, Ş. ve Güveli, M. (1995). İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Hastalarında Yaşam Olayları. *Düşünen Adam*, 8, 48-51.

Crofford, L. J., (2005) Violence, stres and somatic syndromes. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6(3), 236-253.

Çiftçi, Ö. (2007). *Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Üreme Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çepik-Kuruoğlu A. (2008). E. Işık, E. Taner, E. ve U. Işık (Ed.). *Psikiyatride Temel Kuramlar*. Güncel Klinik Psikiyatri içinde, 1-9.

Çetiner, G. (2006). *Aile İçi Şiddet Yaşayan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve İntihar Olasılığı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çoşkunol, H., Bağdiken, İ. ve Sorias, S. (1994). SCID-II (Türkçe Versiyonu) Görüşmesinin Kişilik Bozukluklarındaki Güvenirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (32), 26-29.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 5-12.

Damka, Z. (2009). *Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınlar: Anksiyete Duyarlılığı, Travmaya Bağlı Suçluluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikolojik Belirtiler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Davison, C., ve Neale, J. (2004). *Anormal Psikolojisi*. İ. Dağ (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the Revised Version*. Baltimore, MD: John Hopkins Univ., School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit. –

Dişçigil, A.G. (2003). *Aile İçi Şiddet Gören Kadınlarda Psikiyatrik Bozukluklar*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Doksat, M. K. /2011). Şiddet Psikolojisinin Evrimsel Yönü. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 4(2) 1-7.

Doruk, A., Çelik C., Özdemir, B. ve Özşahin A. (2008). Uyum Bozukluğu ve Yaşam Olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 197-202.

Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2005). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: İntial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. Geneva.

DSÖ (1996) Violence Against Women, WHO Consultation, Geneva, 5-7 February, 1996, FRH/ WHD/96.27.

DSÖ. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva.

Emniyet Genel Müdürlüğü [EGM]. (2005). Erişim Tarihi: 10 Haziran 2013, [http://www.egm.gov.tr/asayis/resimler/asayis/töre\\_venamus\\_cinayetleri.pdf](http://www.egm.gov.tr/asayis/resimler/asayis/töre_venamus_cinayetleri.pdf).

Er, E. (2006). *Sinemada Kadına Yönelik Şiddet ve Tecavüz*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ergin, N. ve Bilgel, N. (2001). Bursa İl Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddetle İlgili Durum Saptaması Araştırması. *Hemşire ve Ebeler İçin Hemşire Dergisi*, 51 (1-2), 12-16.

Ertürk, Y. (2007). İleriye Bir Adım Daha Atabilme Cesaretini Göstermemiz Gerekir. *Kadın Çalışmaları Dergisi, Aile İçi Şiddet Özel Sayısı*, 2 (4), 86-94.

Fabrega, H. (1990). The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine. *Psychosom Med*. 52 (6), 653-672.

Faravelli, C., Catena, M., Scarpato, A. ve Ricca, V. (2007). Epidemiology of life events: Life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychother Psychosom*, 76, 361-368.

Faravelli, C. ve Pallanti, S. (1989). Recent Life Events and Panic Disorder. *Am J Psychiatry*, 146, 622-626.

Finkelstein, J., ve Yates, J. K. (2001). Traumatic Symptomatology in Children Who Witness Marital Violence. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 107-114.

Golding, J.M. (1999). Intimate Partner Violence As A Risk Factor For Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14 (2), 99-132.

Goleman, D. (1996). Duygusal Zeka. B. S. Yüksel (Çev). İstanbul: Varlık Yayınları.

Gökkaya, V. B. (2009). Türkiye'de Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 10 (2), 167-179.

Gökmen, D. (2009). *Kadın Sığınma Evi'nde Yaşayan Şiddet Görmüş Kadınlar İle Eşiyle Birlikte Yaşayan Şiddet Görmüş Kadınlar Arasındaki Psikolojik Dayanıklılık Ve Bağlanma Durumlarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Tez. İstanbul: Maltepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gömbül, Ö. (1998). *Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddet ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Hemşirelerin Tutumları ile Cinsiyet Rol Kayıpları Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Güler, N., Tel, H. ve Özkan-Tuncay, H. (2005). Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (2), 51-56.

Gümüş A. (2006). *Şiddetin Nedenleri. Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu*. Ankara: Eğitim Sen Yayınları.

Halıcı, Ç. (2007). *Gazete Haberlerinde Kadına Yönelik Şiddet: Posta ve Takvim Gazetelerinde Kadına Yönelik Şiddet Haberleri Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Harway, M., Geffner, R., Ivey, D., Koss, M. P., Murphy, B. C., Mio, J. S. ve O'Neil, J. M. (2002). *Intimate Partner Abuse and Relationship Violence. A document developed by the Intimate Partner Abuse and Relationship Violence WorkingGroup funded by the Committee on Divisions/APA Relations of the American Psychological Association*. Washington,DC: American Psychological Association.

Herman, J. L. (1992). *Trauma ve Recovery*. New York: Basic books.

Işıklı, S. (2006). *Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayrışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişkiler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

İşiloğlu, B. (2006). *Anksiyete ve Depresyon Tanısı ile İzlenen Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Sosyodemografik Faktörleri, Çift Uyumu ve Hastalıkla İlişkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

Jansen, H. A. M., Yüksel, İ. ve Çağatay, P. (2010). *Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı*. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.

Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (1998). *Personality Disorders. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Egypt: Mass Publishing, 775-796.

Karshoğlu, E.H., Kaymak, S.U., Soygür, H., Erkek, B.M., Koçbıyık, S., Açikel, C.H., Özalp, E. ve Cankurtaran, E.Ş. (2012). *Şizofreniye Eşlik Eden Kişilik Bozuklukları: 75 Hastadan Oluşan Bir Örneklemin Analizi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22 (1), 59-70.

Kaygusuz, C. ve Kalkan, M. (2012). *Kadına Yönelik Şiddete Psikoloji İçinden Bakmak*. D. Şenol, S. Yılmaz, T. Kıymaz ve H. Kala (Ed.). Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları.

Kaymak, Ö.S. (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37 (2), 27-39.

Kazancı, D. (2010). *Evliliklerinde Maruz Kaldıkları Şiddet Nedeniyle Kadın Sığınma Evlerinde Barınan Kadınların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kılıç, M. (1987). *Değişik Psikolojik Arazilara Sahip Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sorunları*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kocacık, F. ve Çağlayandereli, M. (2009). Ailede Kadına Yönelik Şiddet: Denizli İli Örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 24-43.

Köroğlu, E. (2012). *Klinik Psikiyatri*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Levin, A. (2004). *A Content Analysis of Recent Literature on Somatization Disorder*. Unpublished Master Thesis. California: California State University.

Matheson, K., Skomorovsky, A., Fiocco, A., ve Anisman, H. (2007). The Limits of 'Adaptive' Coping: Well-being and Mood Reactions to Stressors Among Women in Abusive Dating Relationship. *Stress*, 10 (1), 75-91.

Mazza, D., Dennerstein, L. ve Ryan, V. (1996). Physical, Sexual and Emotional Violence Against Women: A General Practice-based Prevalence Study. *The Medical Journal of Australia*, 164 (1), 14-17.

McCloskey, L. A., Treviso, M., Scionti, T. ve Pozzo, G. (2002). A Comparative study of battered women and their children in Italy and the United States. *Journal of Family Violence*, 17 (1), 53-74.

McGee, C., (2003). *Childhood Experiences of Domestic Violence*. London: Jessica Kingsley Publisher.

McWilliams, N. (2009). *Psikanalitik Tanı, Klinik Süreç İçinde Kişilik yapısını Anlamak*. E. Kalem (Çev). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Mehmet, N. (2001). *Suç Olgusu Bağlamında Kadına Yönelik Şiddet*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Monroe, S.M. ve Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress Theories in The Context of Life Stress Research: Implications For The Depressive Disorders. *Psychol Bull*, 110 (3), 406-425.

NiCarthy, G. (1982). *Getting Free You Can End Abuse And Take Back Your Life*. Portland: Avalon Publishing Group.

- Oral, E.A., Binici, S.A., Büyükçelik, D. ve Yazar, H.Ö. (1997). Kriz Olgularında Aile İçinde Yaşanan Şiddet. *Kriz Dergisi*, 5 (2), 115-122.
- Özçetin, A., Maraş, A., Ataoğlu, A. ve İçmeli, C. (2008). Deprem Sonucu Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Kişilik Bozuklukları Arasında İlişki. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2, 8-18.
- Özgentürk, İ., Karğın V. ve Baltacı H. (2012). Aile İçi Şiddet ve Şiddetin Nesilden Nesile İletilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 55-77.
- Özmen, S. (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37, 27-39.
- Öztunalı-Kayır, G. (1997). *Geleceğim Elimde*. İstanbul: Mor Çatı Yayınları.
- Öztürk, M. O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Yayınları.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitap Evleri.
- Özyurt, B.C. ve Deveci, A. (2011). Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1), 6-10.
- Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 9 (1), 49-62.
- Preskorn, S.H. (2009). Depresyonun Ayaktan Tedavisi. S. Kırılı (Çev.). Bursa.
- Pribor, E.F. ve Dinwiddie, S.H. (1992). Psychiatric Correlates Ofincest in Childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52-56.
- Psych Central. (2006). Understanding the Effects of Domestic Violence. Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2013, <http://psychcentral.com/lib/understanding-the-effects-of-domestic-violence/000345>.
- Rhodes, N.R. ve Baranoff-McKenzie, E. (1998). Why Do Battered Women Stay? Three Decades Of Research, *Aggression and Violent Behavior*, 3 (4), 391-406.
- Savaşır, I. ve N. H. Şahin (Ed.). (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Saydam, M. B. (2007). Kişilik Bozuklukları Kavramı. E. Köroğlu ve C. Güleç (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı İçinde (493-501)*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Schultz, D.P. ve Schultz, E. M. (2002). *Modern Psikoloji Tarihi*. Y. Aslay (Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Seber, G., Kaptanoğlu, C. ve Önen, R. (1995). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörü İle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3, 88-103.

Sezgin, H. (2007). *Partneri Tarafından Şiddet Görmüş ve Kadın Sığınma Evinde Bulunan Kadınların Kullandıkları Başetme Yöntemleri İle Algıladıkları Sosyal Desteğin Ruhsal Sağlıkları İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. Adli Tıp Enstitüsü.

Sorias, S. (2007). Kişilik Bozuklukları. E. Köroğlu ve C. Güleç (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı İçinde (502-519)*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. ve Gibbon, M. (1990). *DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID II*. S. Sorias (Çev. Ed.). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Sunat, H. (2003). Şiddet ve Ümit: Kendi olmak ya da olamamak. *Psikanaliz Yazıları Çocuk ve Psikanaliz Sayısı*, 7, 93-100.

Stith, S. ve Farley, S. (1993). A Predictive Model of Male Spousal Violence, *Journal of Family Violence* 8 (2), 183-201.

Strauss, M.A. (1991), New Theory and Old Canards About Family Violence Research, *Social Problems*, 38 (2), 180-197.

Şahin, D. (2013). Kişilik bozuklukları. *Klinik Gelişim*. 28 Temmuz 2013, [http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg\\_22\\_4/8.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/8.pdf)

Şireli, Ö. (2012). *Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.

Parman, T. (2005). Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği. T. Parman (Ed.). *Psikanaliz Yazıları: Psikosomatik İçinde*, 11, 13-32.

Rassial, J. J. (2003). Mitle Gençlik arasında Gençlik Şiddeti. T. Parman (Çev.). *Psikanaliz yazıları Çocuk ve Psikanaliz*, 7, 101-112.

Taylor, S.E., Peplau, L.A. ve Sears, D.O. (2007). *Sosyal Psikoloji*. A. Dönmez (Çev.). Ankara: İmge Kitabevi.

Taymur, İ. ve Türkçapar, M.H. (2012). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (2), 154-177.

T.C. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. (1997). *Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet*. Ankara.

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (2000). *Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları*. Ankara.

T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (2010). *Aile Sorunlarına bölgesel bir bakış: Yerel Aile Çalıştayları Sonuç Raporu*. Ankara.

- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2012). *Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2013-2015*. Ankara.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2006). *TBMM Araştırma Komisyonu Raporu*. Ankara.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008). *Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu*. Ankara.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi*. Ankara.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2010). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Ankara.
- Tunaboşlu-İkiz, T. (2005). *Psikanaliz Konuşmaları*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Vahip, I. (2002). Evdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı Bir Açıdan Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (4), 312-319.
- Vahip I. ve Doğanavşargil, O. (2006). Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 107-114.
- Weaver, T. L. ve Clum, G. A. (1996). Interpersonal Violence: Expanding The Search for Long Term Sequelae Within a Sample of Bettered Women. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 783-803.
- Yanıkekrem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2007). Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri ve Sağlık Çalışanlarının Rolü. *Kadın Çalışmaları Dergisi*, 2 (4), 32-45.
- Yavuzer, N. (2013). İnsanın Saldırgan ve Yıkıcı Doğasını Anlamak. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 12 (23),43-57.
- Yıldırım, A. (1998). *Sıradan Şiddet: Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları*. İstanbul: Boyut Kitapları.
- Yıldız, Ö. (2007). Aile İçi Şiddetin Çocuklar Üzerindeki Etkisi. *Kadın Çalışmaları Dergisi*, 2 (4), 72-78.
- Yılmaz, B. (2011). Şiddetin Psikolojisi. *Türkiye Klinikleri, J Psychiatry-Special Topics*, 4(2), 8-13.
- Yoshihama, M. ve Sorenson, S. B. (1994). Physical, Sexual and Emotional Abuse by Male Intimates: Experiences of Women in Japan. *Violence and Victims*, 9, 63-77.
- Zabcı, N. (2005). Çocuk ve Psikosomatik. T. Tunaboşlu-İkiz (Ed.). *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*. Psikosomatik Sayısı, 3-4, 17-32.

## **6. EKLER**

## **EK 1: BİLGİLENDİRME ve ONAY FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmekte olan tez çalışması kapsamında şiddet görmüş kadınlardaki kişilik özellikleri ile somatik belirtiler ve depresyon üzerine etkisi hakkında bilgi toplamaktır. Bu çalışma, travmatik bir duruma yönelik verilen tepkileri araştırmaya yöneliktir. Araştırma, kadına yönelik şiddetin kadının üzerindeki psikolojik etkilerini araştırarak literatüre katkı sağlayacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılıp katılmamak tamamıyla size bağlıdır. Araştırmaya katılmanız durumunda, vereceğiniz bilgiler bireysel değerlendirme amacıyla kullanılmayacağından kimlik bilgileriniz istenilmeyecektir. Sizden istenen ölçeklerin ve formların sayfaların başlarında verilen yönergeleri dikkatlice okuyup ölçekleri ve formları eksiksiz bir biçimde doldurmanızdır. Cevapladığınız ölçeklerde doğru ya da yanlış cevaplar bulunmamaktadır. Bu nedenle sorulan sorularla ilgili samimi yanıtlar vermeniz ve soruların tümünü cevaplamanız araştırmanın doğruluğu açısından oldukça önemlidir.

Vereceğiniz bilgiler ve yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak, yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirilecektir ve araştırma haricinde başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmaya katkılarınız için teşekkür ederim.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Psikolog İpek Türkoğlu

T.C. Haliç Üniversitesi

Uygulamalı Psikoloji

Yüksek Lisans Programı

## EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Doğum tarihiniz .....
2. Eğitiminiz (bitirdiğiniz okul)
  - Okur-yazar
  - İlkokul
  - Ortaokul
  - Lise
  - Üniversite
  - Yüksek Lisans ve üstü
3. Medeni durumunuz
  - Bekar
  - Evli
  - Dul
  - Boşanmış
4. İş durumunuz
  - Çalışıyorum
  - Çalışmıyorum

Çalışıyor iseniz toplam çalışma süresiniz

  - 6 ay ve altı
  - 6 ay-1 yıl
  - 1-5 yıl
  - 5 yıl ve üzeri
5. Aylık gelirin ne kadardır?
  - 0-1000 Tl arası
  - 1000-2000 Tl arası
  - 2000-3000 Tl arası
  - 3000tl ve üstü
6. En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi hangisidir?
  - İl
  - İlçe
  - Kasaba
  - Köy
7. Çocukluk ya da gençlik yıllarınızda kim ya da kimler tarafından şiddete maruz kaldınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)
  - Anne
  - Baba
  - Abi
  - Kardeş
  - Yakın akraba
  - Diğer
8. Görmüş olduğunuz şiddet türü hangisidir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)
  - Fiziksel şiddet
  - Ekonomik Şiddet
  - Cinsel Şiddet
  - Psikolojik Şiddet
9. Travmadan önce psikiyatrik ilaç kullanımı var mı?
  - Yok
  - Var
10. Travmadan önce psikiyatrik/psikolojik tedavi süresi var mı?
  - Yok
  - Var (süre).....
11. Travmadan sonra psikiyatrik ilaç kullanımı var mı?
  - Yok
  - Var
12. Travmadan sonra psikiyatrik/psikolojik tedavi süresi var mı?
  - Yok
  - Var

### EK 3: TSSTÖ-OLAY ŞİDDETİ ALT ÖLÇEĞİ

#### 1.Bölüm

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayların HEPSİNİ yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

(1)	<input type="checkbox"/>	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)
(2)	<input type="checkbox"/>	Doğal afet (örneğin, deprem, kasırga, sel baskını)
(3)	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma, fiziksel şiddet (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
(4)	<input type="checkbox"/>	Tanımadığımız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)
(5)	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
(6)	<input type="checkbox"/>	Tanımadığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
(7)	<input type="checkbox"/>	Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma
(8)	<input type="checkbox"/>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)
(9)	<input type="checkbox"/>	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)
(10)	<input type="checkbox"/>	İşkenceye maruz kalma
(11)	<input type="checkbox"/>	Hayatı tehdit eden bir hastalık
(12)	<input type="checkbox"/>	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü
(13)	<input type="checkbox"/>	Bunların dışında bir travmatik olay
(14)		13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz. <hr/> <hr/> <hr/>

## 2. Bölüm

(15) 1. Bölümde birden fazla sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, **canınızı en çok sıkan, sizi en çok rahatsız eden** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde yalnızca bir travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/>	Kaza (araba ya da iş kazası, gibi)
<input type="checkbox"/>	Doğal afet
<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma
<input type="checkbox"/>	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma
<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma
<input type="checkbox"/>	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma
<input type="checkbox"/>	Savaş
<input type="checkbox"/>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas
<input type="checkbox"/>	Hapsedilme
<input type="checkbox"/>	İşkenceye maruz kalma
<input type="checkbox"/>	Hayatı tehdit eden bir hastalık
<input type="checkbox"/>	Bunların dışında bir olay

(16) Yaşadığınız **travma** ne kadar zaman önce meydana geldi? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)

1	1 aydan daha az
2	1-3 ay arası
3	3-6 ay arası
4	6 ay – 3 yıl arası
5	3-5 yıl arası
6	5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, Evet için E harfini Hayır için H harfini daire içine alınız.

(17)	E	H	Yaşadığınız travmada fiziksel bir yara aldınız mı?
(18)	E	H	Travma esnasında başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?
(19)	E	H	Travma esnasında hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?
(20)	E	H	Travma esnasında başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?
(21)	E	H	Travma esnasında kendinizi çaresiz hissettiniz mi?
(22)	E	H	Travma esnasında büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?

#### EK 4: SCID KİŞİLİK ENVANTERİ

Lütfen aşağıda sıralanan sorular için size uygun yanıtı evet ya da hayır şeklinde cevap kağıdına işaretleyiniz. E: Evet, H: Hayır

1	Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?	E	H
2	Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?	E	H
3	Gerçekten istediğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?	E	H
4	İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?	E	H
5	Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?	E	H
6	Başkalarının önünde kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?	E	H
7	Başkalarına kolay gelen birçok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?	E	H
8	Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?	E	H
9	Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?	E	H
10	Yanıldıklarımı düşünseniz bile, başkalarının fikirlerine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?	E	H
11	Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?	E	H
12	İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?	E	H
13	Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?	E	H
14	Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?	E	H
15	Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?	E	H
16	İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? ( Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)	E	H
17	A) İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz? B) Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?	E	H
18	Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?	E	H

19	Sizden başka kimsenin doğru yapamayacağını düşündüğünüz için işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?	E	H
20	Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?	E	H
21	Karar vermekte zorlanır mısınız?	E	H
22	Sık sık uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?	E	H
23	Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızar mısınız?	E	H
24	İnsanlara yakınlık göstermekte zorlanır mısınız?	E	H
25	İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı bulur mu?	E	H
26	Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?	E	H
27	İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?	E	H
28	Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozulur musunuz?	E	H
29	Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da iyi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?	E	H
30	İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?	E	H
31	Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?	E	H
32	Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?	E	H
33	Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?	E	H
34	İnsanlar üzerine düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?	E	H
35	Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?	E	H
36	Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?	E	H
37	Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?	E	H
38	Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?	E	H
39	Başkaları size genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?	E	H
40	Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?	E	H
41	Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırduğunuz ya da bozulduğunuz oldu mu?	E	H
42	Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?	E	H
43	Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz oldu mu?	E	H
44	Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri	E	H

	genellikle ihmal eder misiniz?		
45	Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?	E	H
46	Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?	E	H
47	Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler yapar mısınız?	E	H
48	Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?	E	H
49	Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?	E	H
50	Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?	E	H
51	İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?	E	H
52	Kendinizi ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?	E	H
53	Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?	E	H
54	Alıngan bir insan sayılır mısınız?	E	H
55	Kıskanç bir insan sayılır mısınız?	E	H
56	Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?	E	H
57	Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, ‘‘acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar’’ diye düşündüğünüz oldu mu?	E	H
58	İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?	E	H
59	Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi?	E	H
60	Hiç olağan dışı (ya da doğa üstü) olaylara tanık oldunuz mu?	E	H
61	Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?	E	H
62	Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?	E	H
63	Kimseyi göremesiniz bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?	E	H
64	Hiç, bir insanın yüzünden ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?	E	H
65	İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?	E	H
66	Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı mı tercih edersiniz?	E	H
67	Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?	E	H
68	Cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?	E	H
69	Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem	E	H

	vermeyen biri misiniz?		
70	Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?	E	H
71	Karşı cinsten insanlarla beraber olmak konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?	E	H
72	Güzel görünmek sizin için bir şey midir?	E	H
73	Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?	E	H
74	İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?	E	H
75	Olaylar ya da insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?	E	H
76	Duygularınız çabuk değişir mi? Örneğin, ağlarken gülmeye başladığımız olur mu?	E	H
77	Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce gelir mi?	E	H
78	Hiç insanlar size sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?	E	H
79	Bir şey istediğinizde fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?	E	H
80	İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun uzun süre etkisinde kalır mısınız?	E	H
81	İnsanlardan istediklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığımız oldu mu?	E	H
82	İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?	E	H
83	A) Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı? B) Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz?	E	H
84	Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?	E	H
85	Sorunlarımız çok özel olduğunu bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?	E	H
86	Çok başarılı, güçlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?	E	H
87	Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?	E	H
88	İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?	E	H
89	İnsanlar onların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılamadığınızdan şikayet ederler mi?	E	H
90	İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?	E	H
91	İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Önceleri çok	E	H

	sevdiğiniz birinden daha sonra nefret ettiğiniz oldu mu?		
Hiç başınızı derde sokacak şeyler yaptığınız oldu mu? Aşağıdaki 92-97 maddeleri bu doğrultuda yanıtlandırınız.			
92	Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin, nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?	E	H
93	Hiç daha yeni tanıştığınız birisiyle yattığınız oldu mu?	E	H
94	Hiç fazla içki ya da uyuşturucu aldığınız oldu mu?	E	H
95	Zaman zaman tehlikeli araba kullandığınız olur mu?	E	H
96	Hiç aşırı yemek yediğiniz oldu mu?	E	H
97	Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırıdınız mı?	E	H
98	Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin; sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu?	E	H
99	Hiç kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu?	E	H
100	Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?	E	H
101	Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?	E	H
102	Hiç bilerek kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?	E	H
103	Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?	E	H
104	Geleceğiniz, iş planlarınız ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu?	E	H
105	Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?	E	H
106	Hiç değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?	E	H
107	Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?	E	H
108	Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?	E	H
109	15 yaşından önce okuldan kaçır mıydınız?	E	H
110	Çocukken hiç evden kaçtınız mı?	E	H
111	Kavgacı bir çocuk muydunuz?	E	H
112	15 yaşından önce kavgada alet kullanır mıydınız?	E	H
113	Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?	E	H
114	Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?	E	H
115	Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?	E	H
116	Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?	E	H
117	Hiç yangın çıkardınız mı?	E	H
118	Çocukken yalan söyler miydiniz?	E	H
119	15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?	E	H
120	15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?	E	H

## EK 5: SCL-90-R- SOMATİZASYON ALT ÖLÇEĞİ

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 **15 gün** içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az/ Orta derecede/ Oldukça fazla/ İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirerseniz ilk yaptığımız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığımız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

**Hiç: 0**

**Çok az: 1**

**Orta derecede: 2**

**Oldukça fazla: 3**

**İleri derecede: 4**

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
1.	Baş ağrısı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Baygınlık veya baş dönmesi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Bel ve sırtta ağrılar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Adele (kas) ağrıları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Nefes almada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Soğuk veya sıcak basması	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Boğazınıza bir yumruk tıkanması	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK 6: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. a) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
c) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
d) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.  
b) Gelecekte karamsarım.  
c) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.  
d) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. a) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
b) Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.  
c) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. a) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
b) Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.  
c) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
d) Her şeyden sıkılıyorum.
5. a) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
b) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
c) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
d) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. a) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.  
b) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.  
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. a) Kendimden hoşnudum.  
b) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.  
c) Kendime çok kızıyorum.  
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
b) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.  
c) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
d) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi bir düşüncelerim yok.  
b) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.  
c) Kendimi öldürmek isterdim.  
d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

10. a) İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.  
b) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
c) oğu zaman ağlıyorum.  
d) Eskiden ağlayabilirdim; Őimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Őimdi her zaman olduğundan daha sınırlı değilim.  
b) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.  
c) Őimdi hep sınırlıyım.  
d) Bir zamanlar beni sinirlendiren Şeyler Őimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. a) BaŐkalarıyla görüŐmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
b) BaŐkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüŐmek istiyorum.  
c) BaŐkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.  
d) Hiç kimse ile grŐŐp, konuşmak istemiyorum.
13. a) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.  
b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
c) Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.  
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.  
b) Daha yaŐlanmıŐım ve çirkinleŐmiŐim gibi geliyor.  
c) GrnŐmm çok değiştiğini ve daha irkinleŐtięimi hissediyorum.  
d) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalıŐabiliyorum.  
b) Bir Şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.  
c) Bir Őeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
d) Hiçbir Şey yapamıyorum.
16. a) Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.  
b) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
c) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.  
d) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
17. a) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
b) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
c) Yaptığım her Şey beni yoruyor.  
d) Kendimi hiçbir Şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. a) İŐtahım her zamanki gibi.  
b) İŐtahım eskisi kadar iyi değil.  
c) İŐtahım çok azaldı.  
d) Artık hiç iŐtahım yok.
19. a) Son zamanlarda kilo vermedim.  
b) İki kilodan fazla kilo verdim.  
c) Dört kilodan fazla kilo verdim.  
d) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. a) Sağlığım beni fazla endiŐelendirmiyor.  
b) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endiŐelendiriyor.  
c) Sağlığım beni endiŐelendirdięi için başka Şeyleri dŐnmem zorlaŐıyor.  
d) Sağlığımdan o kadar endiŐeliyim ki başka hiçbir Şey dŐnemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilгимde bir deęiŐme fark etmedim.  
b) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
c) Cinsel konularla Őimdi çok daha az ilgiliyim.  
d) Cinsel konulara olan ilгимi tamamen kaybettim.

## **7. ÖZGEÇMİŞ**

1987 yılında doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Ünye’de tamamladı. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü’ne girmeye hak kazandı ve mesleki alanıyla ilgili bir çok staj yaptı. İstanbul Üniversitesinden 2009 yılında mezun oldu. 2009 yılından itibaren çeşitli mesleki eğitimlere ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarının projelerine gönüllü olarak katıldı. 2011 yılında Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programına başladı. 2013 Şubat ayından itibaren Ataşehir Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğünde görev yapmaktadır.