

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



YAKIN PARTNER ŞİDDETİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ALEKSİTİMİ
VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özlem Özusta

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik

Çanakkale/ 2023

T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YAKIN PARTNER ŞİDDETİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ALEKSİTİMİ
VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özlem Özusta

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik

Çanakkale/ 2023



Babam Nuri Özusta'ya

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde ilgisini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik'e, uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Demet Güleç Öyekçin, Prof. Dr. Murat İlhan Atagün, Doç. Dr. Hülya Ertekin, Doç. Dr. Nurullah Bolat, Dr. Öğr. Üyesi Selma Aksoy'a,

Tezimin istatistik kısmında sabrı tükenmeden yardımcı olan Doç. Dr. Çetin Toraman'a, içten ilgisi için Doç. Dr. Ayşen Melek Aytuğ Koşan'a,

Dostlukları iş arkadaşlığıyla sınırlı kalmayan, kendilerinden çok şey öğrendiğim ve her koşulda güvenebileceğimi bildiğim Gizem Emekdar, İsmail Buçğün, Tildem Turan Yörükoğlu, Begüm Aygen Gümüş ve Ayça Kulaligil'e, zaman zaman oldukça sıkıntılı geçebilen tüm bu süreç boyunca yanımda olan Mehmet Ömer Kırıştioğlu'na, bitmeyen sorularımı bıkmadan yanıtlayan Berna Sert'e,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire ve yardımcı personelimize,

Tezimi gerçekleştirmeme olan katkıları dolayısıyla Çanakkale ŞÖNİM çalışanlarına ve psikiyatrik görüşmelerini yaptığım hastalarım,

Her zaman yanımda olan, sevgi ve desteklerini hep hissettiğim aileme,

Teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Özlem Özusta

Çanakkale, 2023

ÖZET

YAKIN PARTNER ŞİDDETİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ALEKSİTİMİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Kadına yönelik şiddetin en yaygın biçimi olan yakın partner şiddetinin hem birey hem toplum üzerinde yıkıcı etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada yakın partner şiddetine maruz kalan kadınlarda sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve stresle başa çıkma yöntemleri belirlenerek, bu özelliklerin partner şiddeti ile ilişkisinin şiddet maruziyeti bulunmayan kadınlarla karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde oluşturulan Davranış Bilimleri Merkezi'ne (DABİM) başvuran, yakın partner şiddetine maruz kalmış 42 kadın ve şiddet öyküsü bulunmayan 42 kadın olmak üzere toplam 84 kadın dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-5 yönelimli tanısal görüşme kılavuzu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) uygulanarak elde edilen veriler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Katılımcılar yaş, eğitim ve çalışma durumları açısından eşleştirilerek alındığı için vaka ve kontrol grubu arasında fark saptanmadı. Vaka grubunda kontrol grubuna oranla gelir düzeyi, partnerin eğitim düzeyi ve partnerin çalışma oranlarının daha düşük; boşanma, eşyle ayrı yaşama, ailenin rızası dışında evlenme, zorla evlendirilme, çocuklukta aile içi şiddete tanık olma ve çocuğuna şiddet uygulama oranlarının ise daha yüksek olduğu görüldü. Vaka grubunda Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) toplam puanı, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanı, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) etkili yöntem alt ölçek puanı daha yüksek, etkisiz yöntem alt ölçek puanı daha düşük saptandı. Aleksitimi düzeyi ile kullanılan etkili stresle başa çıkma yöntemleri arasında negatif, etkisiz stresle başa çıkma yöntemleri arasında pozitif yönde ilişki

saptandı. Aleksitimi ve çocukluk çağı travmalarının partner şiddetine maruz kalma durumu üzerinde etkili olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızda yüksek aleksitimi düzeyinin ve çocukluk çağı travmalarının partner şiddetine maruz kalma durumu için risk oluşturduğu saptanmıştır. Partner şiddetine maruz kalan kadınlarda hem geçmişte şiddete tanık olma veya istismar öyküsünün hem de çocuklarına şiddet uygulamanın daha sık görülmesi şiddeti önlemede kuşaklararası döngünün kırılmasının önemini göstermektedir. Şiddet mağduru kadınlarda aleksitimik özellikler ve stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilmesi bu kadınlarla yürütülecek terapötik çalışmalara katkı sağlayacaktır. Yakın partner şiddeti ile ilişkili faktörlerin anlaşılması, şiddetin önlenmesi ve olumsuz sonuçlarının azaltılması yönündeki çalışmalarda önem taşır.

Anahtar Kelimeler: aile içi şiddet, yakın partner şiddeti, aleksitimi, başa çıkma, çocukluk çağı travması

ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONS AMONG INTIMATE PARTNER VIOLENCE, CHILDHOOD TRAUMAS, ALEXITHYMIA AND STYLES OF COPING WITH STRESS

Objective: Intimate partner violence, the most common form of violence against women, has devastating effects on both the individual and society. This study aimed to determine the sociodemographic characteristics, childhood traumas, alexithymia and styles of coping with stress in women who were exposed to intimate partner violence, and to examine the relationship of these features with partner violence in comparison with women who were not exposed to violence.

Method: A total of 84 women were included in the study. The control group had 42 women who did not have a history of exposure to violence while the case group had 42 women who were exposed to intimate partner violence and consulted to the Behavioral Sciences Center within the Department of Psychiatry, Çanakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine. Sociodemographic data form, DSM-5 Diagnostic Exam, Toronto Alexithymia Scale (TAS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33) and Coping Style Scale (CSS) were applied to all participants. The obtained data were compared between the two groups.

Results: Since the participants were matched in terms of age, education and employment status, no difference was found between the case and control groups. In the case group, the income levels, education levels of the partner and the employment rate of the partner were lower; divorce, living apart from spouse, elopement, forced marriage, witnessing domestic violence in childhood and perpetrating violence against their children were found to be more common compared to the control group.

In the case group, mean scores of Toronto Alexithymia Scale (TAS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33) and Ineffective Coping subscale of Coping Style

Scale (CSS) were higher whereas mean score of Effective Coping subscale of Coping Style Scale (CSS) was lower, compared to control group. Alexithymia levels were found to be negatively correlated with effective stress coping styles, and positively with ineffective stress coping styles. Alexithymia and childhood traumas were found to be effective on exposure to partner violence.

Conclusion: In our study, high alexithymia levels and childhood traumas were found to pose a risk for exposure to intimate partner violence. The fact that women who have been exposed to partner violence have a higher rate of history of abuse or witnessing domestic violence in childhood and perpetrating violence against their children indicate the importance of breaking the intergenerational cycle in preventing violence. Evaluation of alexithymic traits and styles of coping with stress in women who are victims of violence will contribute to the process of therapy of these women. Understanding the factors associated with intimate partner violence is important in studies on preventing violence and reducing its negative consequences.

Key Words: domestic violence, intimate partner violence, alexithymia, coping, childhood trauma

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xi
TABLOLAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Şiddet Kavramı.....	2
2.2 Kadına Yönelik Şiddet.....	2
2.3 Yakın Partner Şiddeti.....	3
2.4 Yakın Partner Şiddeti Türleri.....	3
2.5 Yakın Partner Şiddeti Yaygınlığı.....	5
2.5.1 Dünyada Yakın Partner Şiddetinin Yaygınlığı.....	5
2.5.2 Türkiye’de Yakın Partner Şiddetinin Yaygınlığı.....	6
2.6 Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM)	9
2.7 Şiddet Oluşumunda Ekolojik Model.....	9
2.8 Yakın Partner Şiddetinde Risk Faktörleri.....	10
2.8.1 Çocukluk Çağında Aile İçi Şiddete Maruz Kalma ve Tanık Olma...11	
2.8.2 Sosyoekonomik Etmenler.....	11
2.8.3 Yaş Farkı.....	12
2.8.4 Sosyal Destek.....	12
2.8.5 Kültürel ve Dini Etkenler.....	12
2.8.6 Psikolojik ve İlişkisel Etkenler.....	13
2.9 Şiddet ve Ruhsal Bozukluklar.....	14
2.10 Çocukluk Çağı Travmaları.....	15
2.11 Çocukluk Çağı Travmaları ve Yakın Partner Şiddeti İlişkisi.....	17

2.12 Aleksitimi.....	17
2.13 Aleksitimi ve Yakın Partner Şiddeti İlişkisi.....	19
2.14 Stresle Başa Çıkma Tarzları.....	19
2.15 Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yakın Partner Şiddeti.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1 Etik İzin.....	22
3.2 Örneklem Seçimi.....	22
3.3 Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri.....	22
3.4 Araştırmaya Dahil Etmeme Ölçütleri.....	22
3.5 Uygulama.....	23
3.6 Veri Toplama Araçları.....	23
3.6.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	23
3.6.2 DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme Kılavuzu.....	24
3.6.3 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	24
3.6.4 Toronto Aleksitimi Ölçeği – 20.....	25
3.6.5 Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	25
3.6.6 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	26
3.7 İstatistiksel Analiz.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	27
4.2 Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	30
4.3 Vaka Grubundaki Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumu Özellikleri.....	33
4.4 Katılımcıların Ölçek Puanları.....	34
4.5 Kontrol ve Vaka Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	35
4.6 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Korelasyon Testleri.....	35
4.7 Aleksitimi, Çocukluk Çağı Travması ve Stresle Başa Çıkma Durumlarının Şiddete Uğrama Durumu Üzerine Etkisi.....	36
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49

KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	67
EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu.....	67
EK 2: Sosyodemografik Veri Formu.....	71
EK 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	73
EK 4: Toronto Aleksitimi Ölçeği – 20.....	75
EK 5: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	76
EK 6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	77



KISALTMALAR VE SİMGELER

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

DABİM: Davranış Bilimleri Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

ŞÖNİM: Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

TABLULAR

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2 Vaka grubu ile kontrol grubunun katılımcının geliri, evlilik/ilişkiye başlama yaşı ve partneri ile arasındaki yaş farkı açısından karşılaştırması

Tablo 4.3 Kadının eğitimi, kadının çalışma durumu, nerede yaşadığı, şiddete tanık olma durumu, partnerin eğitimi, partnerin çalışma durumu ve çocuğa şiddet uygulama durumunun, katılımcının şiddete uğrama durumu ile ilişkisi (ki-kare testi)

Tablo 4.4 Vaka grubundaki kadınların maruz kaldığı şiddetin özellikleri

Tablo 4.5 TAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 4.6 ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 4.7 SBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 4.8 Gruplar arası ölçek puanlarının karşılaştırması

Tablo 4.9 Aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik korelasyon testi sonuçları

Tablo 4.10 Aleksitimi ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Spearman korelasyon testi

Tablo 4.11 Şiddete uğrama durumu ile aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiler (Binary lojistik regresyon)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında kadınların en yaygın olarak yaşadığı şiddet biçimi olan yakın partner şiddeti, yaygınlığı ve türleri değişse de bütün toplumların ortak bir sorunudur. Fiziksel şiddet, duygusal istismar, cinsel şiddet ve kontrol edici ve zorlayıcı davranışlar dahil olmak üzere, mevcut veya eski bir yakın partnere karşı fiziksel, psikolojik veya cinsel zarara neden olan herhangi bir davranışı ifade eder. [1]

Yapılan çok uluslu araştırmalarda, kadınların yaşamları boyunca fiziksel, cinsel veya her iki tür partner şiddetine maruz kalma oranları %15-71, duygusal şiddet oranları ise %20-75 arasında bildirilmiştir. [2,3] Ülkemizde yapılmış olan geniş kapsamlı bir araştırmada kadınların %44'ünün duygusal, %39'unun fiziksel, %15'inin cinsel şiddet yaşadığı saptanmıştır. [4]

Yakın partner şiddeti ile ilgili bildirilen birçok risk faktörü bulunmaktadır. Çocuklukta aile içi şiddete tanıklık eden veya maruz kalan kadınların, yetişkinlik döneminde yakın partner şiddeti açısından daha fazla risk altında bulunduğu saptanmıştır. [5] Bu kadınlarda kendi çocuğuna fiziksel şiddet uygulama oranlarının da artmış olması, çocukluk çağı travmalarının şiddet döngüsündeki önemini göstermektedir. [6]

Şiddete maruz kalmış kadınlarda fazla araştırılmamış ilişkili bir diğer durum aleksitimidir. Farklı patolojilerde görülebildiği gibi sağlıklı popülasyonda da bir kişilik özelliği olarak rastlanan aleksitimi kavramı, duyguları tanımlamak ve ifade etmekte yaşanan güçlüğü ve düşlemlerin yetersizliğine odaklanır. [7] Şiddete maruz bırakılan kadınlarda aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. [8]

Şiddet ile mücadelede kadının kullandığı stresle başa çıkma yöntemleri de önem taşımaktadır. Hepimizin hayatında yer alan stresli durumlar karşısında kişiler farklı baş etme tarzları kullanırlar. Kadınların bazılarının şiddet içeren ilişkilerinden daha az olumsuz sonuçla çıkabilmeleri, şiddete maruz kalan

kadınların ruhsal ve fiziksel iyilik hallerini korumak için kullandıkları başa çıkma tarzlarının incelenmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. [9]

Hem yaygınlığı hem de birey, aile ve toplum üzerinde birçok alandaki yıkıcı sonuçları nedeniyle partner şiddeti ile ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılması, etkili önleme ve müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine de katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada yakın partner şiddetine maruz kalan ve kalmayan kadınlarda şiddete maruz kalma durumu ile ilişkili olduğu düşünülen; aleksitimik özellikler, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şiddet Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şiddet; fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı olarak kişinin kendisine, başka bir kişiye, gruba veya topluluğa karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği veya yoksunluğa neden olacak şekilde uygulanması veya uygulanmakla tehdit edilmesidir. Şiddet türleri kendine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olarak sınıflandırılmıştır. Aile içi şiddet ve yakın partner şiddeti; kişiler arası şiddet başlığı altında bulunmaktadır. [10]

2.2 Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet, toplum içerisinde veya özel yaşamda, cinsiyete dayanan, kadını inciten, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanan veya sonuçlanma tehdidi içeren, kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranış olarak tanımlanmıştır. [11]

Kadına yönelik şiddet terimi, cinsiyet tercihli kürtajdan yaşlı kadınların istismarına kadar kadınları ve kız çocuklarını hedef alan bir dizi istismarı kapsar. Kadın sünneti, çeyiz cinayetleri, asit atma ve namus cinayetleri gibi coğrafi veya

kültürel olarak spesifik istismar biçimlerinin yanı sıra aile içi şiddet ve tecavüz gibi dünya çapında yaygın olan şiddet biçimlerini içerir. [12] Kadına yönelik şiddetin en yaygın biçimleri aile içi şiddet ve cinsel şiddettir. [13]

2.3 Yakın Partner Şiddeti

Yakın partner şiddeti; evlilik, birlikte yaşama veya başka herhangi bir birlik biçimi bağlamında, şimdiki veya daha önceki bir partner tarafından, fiziksel, cinsel ve psikolojik olarak zararlı davranışların yanı sıra duygusal ve ekonomik istismar ve kontrol edici davranışları ifade eder.[10]

Yakın partner şiddeti ciddi bir insan hakları ihlalidir ve küresel bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. [14] Dünya çapında en yaygın şiddet biçimidir. Ruhsal sağlık sorunlarının küresel yükünü önemli oranda arttırmaktadır. Fiziksel, ruhsal, cinsel yaşam ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlar, cinayet veya intihar sonucu ölüm ile ilişkilendirilmiştir. [1]

2.4 Yakın Partner Şiddeti Türleri

Çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilen yakın partner şiddeti; fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet olarak sınıflandırılmaktadır. [12]

Fiziksel Şiddet: Çoğu kez gözle görülebilir bir hasara yol açtığından, dışarıdan fark edilmesi en kolay ve bu nedenle en sık gündeme gelen şiddet türüdür. Mağdurda acıya sebep olarak onu korkutmayı, sindirmeyi, etkisiz hale getirmeyi, denetim altına almayı hedeflemektedir. [15]

Tokat, yumruk ve tekme atmak, ısırarak, kemiklerini kırmak, duvara vurmak, saç çekmek, yaralamak, yakmak, boğmak, sarsmak, silahla saldırı ve adam öldürme gibi eylemler olarak tanımlanmaktadır. [12,16]

Cinsel Şiddet: Kadını istemediği zaman ve şekilde cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel yaşamlarında kadını aşağılayıcı davranışlarda bulunmak, cinsel ilişki sırasında kadına zarar vermek, korunmasız cinsel ilişkiye zorlamak gibi biçimler

alır. [16,17] Çocuk doğurmaya veya doğurmamaya, kürtaja, fuhuşa zorlamak da cinsel şiddet kapsamına girmektedir.

Diğer şiddet türlerine göre daha zor konuşulabilen, genellikle gizli kalması tercih edilen bir şiddet türüdür. Bu sebeple cinsel sağlığa ilişkin sorunların yanında, mağdurun ruhsal durumunu da ağır biçimde etkilemektedir. [15]

Duygusal/ Psikolojik Şiddet: Bu şiddet türü genellikle tehdit unsurunu içermektedir. Duyguların ve duygusal ihtiyaçların baskı altında tutulması ya da istismar edilmesi ile kişiyi korkutmak, sindirmek, cezalandırmak ve kontrol etmek amaçlanmaktadır. [15]

Kadının kendisini ifade etmesini, görüş ve düşüncelerini açıklamasını engellemek, sosyal hayatını katı kurallarla sınırlamak, duygusal sömürü yapmak, kadının ailesini ve arkadaşlarını görmesini yasaklamak, sürekli aşağılamak veya gözdağı vermek, kadının kendisine güvenini ve saygısını yitirmesine neden olmak, kadının kendi mantık sürecinden şüphe etmesine neden olmak, hareket özgürlüğünü kısıtlamak, kıskançlık bahanesiyle sürekli kontrol altında tutmak, kadının sevdiği eşyalara zarar vermek, kadının çocuğuyla ilgilenmesine engel olmak, çocuğu kadına karşı olumsuz etkilemek gibi davranışlar bu başlık altında incelenir. [12,16]

Ekonomik Şiddet: Meslek, mal, para gibi gelir getiren kaynakların kadın üzerinde baskı ve kontrol aracı olarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır. [15]

Kadının bir iş veya meslekle uğraşmasını engellemek, bir iş veya mesleği yapmaya zorlamak, mal ve parasını elinden almak, satın alma hakkını engellemek, evin masraflarını karşılamamak, yeterli geliri olmayan kadına ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli parayı vermemek, yaptığı harcamaları kontrol altında tutmak gibi ekonomik kısıtlamalar ve kontrol edici davranışları içeren şiddet türüdür. [15,16]

2.5 Yakın Partner Şiddeti Yaygınlığı

Yakın partner şiddeti, sosyal, ekonomik, dini veya kültürel farklılıklardan bağımsız olarak her ülkede görülmekte ve kadınların insan haklarından eşit şekilde faydalanmalarını engellemektedir. [10,18] Şiddetin tanımlanması ve ölçülmesinde var olan farklılıklar nedeniyle şiddetin yaygınlığını belirlemek, bölgeler arasında karşılaştırma yapmak ve şiddetle ilişkili faktörleri değerlendirmek konusunda zorluklar bulunmaktadır. [3]

2.5.1 Dünyada Yakın Partner Şiddetinin Yaygınlığı

Yakın zamanlı bir çalışmada, 2000 ile 2018 yılları arasında yapılmış olan araştırmalar taranarak 161 ülkeden iki milyon kadının verileri değerlendirilmiş, herhangi bir zamanda partneri olmuş 15-49 yaşları arasında kadınların %27'sinin yaşamları boyunca fiziksel, cinsel ya da her iki tür yakın partner şiddeti yaşadığı saptanmıştır. Bu oranın 15-44 yaş grubundaki kadınlarda, 60 yaş ve üstüne göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bölgesel farklılıklara bakıldığında; en yüksek oran Okyanusya (%49) ve Sahra Altı Afrika'da (%44) raporlanmıştır. Sonrasında Latin Amerika (%38), Güney Asya (%35), Kuzey Afrika ve Orta Doğu (%31) gelmektedir. En düşük yakın partner yaygınlığının bildirildiği üç bölge ise Orta Avrupa (%16), Orta Asya (%18) ve Batı Avrupa'dır (%20). [2]

DSÖ tarafından gerçekleştirilen çok uluslu bir araştırmada, farklı coğrafi ve kültürel özellikleri temsil edecek şekilde seçilen 10 ülkeden 24 000 kadınla görüşülmüştür. Yakın partneri tarafından fiziksel şiddete uğrama oranları %13-61, cinsel şiddete uğrama oranları %6-59, duygusal şiddet oranları ise %20-75 arasında saptanmıştır. Fiziksel şiddet veya cinsel şiddet türlerinden birine veya her ikisine birden maruz kalan kadınların oranının ise %15 ile %71 arasında değiştiği raporlanmıştır. Hem ülkeler arasında hem de ülkelerin kendi içlerinde şiddet türleri ve yaygınlıkları arasında büyük farklılıklar olduğu belirtilmiştir. [3]

DSÖ'nün 2002 yılında yayınladığı raporunda, dünya genelinde 48 araştırma verisi incelenerek, kadınların %10-69'unun en az bir defa yakın partnerleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Kadınların %20-

70'i yaşadıkları şiddet olayından daha önce kimseye bahsetmemişlerdir. Farklı ülkelerdeki yaygınlık oranları değerlendirildiğinde, önceki yıl içinde yakın partnerleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların oranı Avustralya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %3'ten az, Nikaragua'da %27, Kore Cumhuriyeti'nde %38 ve Filistinli kadınlarda %52 olarak raporlanmıştır. Şiddet olayının yalnızca bir defa yaşanmadığı, kadınların çoğunun başka şiddet davranışlarına da maruz kaldıkları belirtilmiştir. Araştırmalar göstermektedir ki yakın ilişkilerde fiziksel şiddete sıklıkla duygusal şiddet eşik etmekte ve vakaların yaklaşık yarısında cinsel şiddet de bulunmaktadır. [10]

Yakın partner tarafından yaşam boyu fiziksel veya cinsel şiddete uğrama oranı, 81 ülkeden 141 araştırmanın dahil edildiği bir çalışmada %30 olarak saptanmıştır. [14] Birleşmiş milletler verilerine göre 2020 yılında dünya çapında 81 000 kadın ve kız çocuğu öldürülmüş, bunların yaklaşık 47 000'i (%58) yakın partner veya bir aile üyesi tarafından gerçekleştirilmiştir. Şiddete uğrayan kadınların %40'ından azı yardım arayışında bulunmuştur. Yardım isteyenlerin çoğu aile ve arkadaşlarına anlatmış, %10'undan azı polise başvurmuştur. [19]

Birinci basamak sağlık hizmetine başvuran kadınlarda yapılan bir araştırmada, %55'inin ilişkisinde yakın partner şiddetine maruz kaldığı, %20,2'sinin mevcut ilişkisinde şiddete maruz kalmakta olduğu, şiddet yaşantılarının %77,3'ünün fiziksel veya cinsel şiddet olduğu saptanmıştır. [20]

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2015 verilerine göre yakın partnerleri tarafından şiddete uğradığını belirten kadınların oranı %36,4'tür. [21] Yeni Zelanda'da gerçekleştirilen bir çalışmada kadın cinayetlerinin yaklaşık yarısının şimdiki veya geçmişteki bir erkek partner tarafından işlendiği saptanmıştır. [22] Yakın partner şiddeti her yıl yaklaşık 1 200 kadının ölümü ve iki milyon kadının yaralanması ile sonuçlanmaktadır. [23]

2.5.2 Türkiye'de Yakın Partner Şiddetinin Yaygınlığı

Ülkemizde kadınların karşı karşıya kaldığı şiddet ile ilgili verilerin toplanması ve işlenmesi daha kısıtlıdır. Bu tür araştırmalar 1980'li yılların

sonlarında daha çok kadın kuruluşları tarafından gerçekleştirilen yerel veya bölgesel çalışmalarla sınırlı kalmıştır. Bu alandaki en kapsamlı araştırmalardan biri Hacettepe Üniversitesi ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nca ortaklaşa yürütülmüş olan "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması" çalışmasıdır. [24] İlk olarak 2008 yılında yürütülen araştırmadan elde edilen sonuçlara göre ülkemizde kadınların %44'ü duygusal şiddet, %39'u fiziksel şiddet, %15'i cinsel şiddet yaşadığını, %42'si ise fiziksel veya cinsel şiddet türlerinden en az birini yaşadığını ifade etmektedir. Kadınların %92'si resmi kurum veya sivil toplum kuruluşlarına başvurmadıklarını belirtmiştir. [4] Şiddet yaygınlığındaki farklılaşmayı ortaya koymak adına 2014 yılında önceki çalışmanın devamı niteliğinde gerçekleştirilen "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması" sonuçlarına göre duygusal şiddet oranı aynı kalmış, fiziksel şiddet oranı %39'dan %36'ya, cinsel şiddet %15'ten %12'ye değişmiştir. Fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalma oranı %38 olarak saptanmıştır. [25]

Altınay ve Arat'ın 2007 yılında Türkiye genelinde toplam 56 ilde 1800 kadınla yaptığı çalışmada her üç kadından birinin eşinden şiddet gördüğü saptanmıştır. Türkiye, Doğu ve Orta/Batı bölgeleri olarak değerlendirildiğinde; Doğu bölgelerindeki kadınların % 39'u fiziksel şiddete, % 14'ü ise cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etmiş, bu oranlar Orta/Batı bölgelerinde sırasıyla % 33 ve % 14 olarak saptanmıştır. Fiziksel şiddet gören kadınların Türkiye örneğinde %49'u, Doğu örneğinde ise % 63'ü bu durumdan daha önce kimseye bahsetmediklerini söylemişlerdir. Cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin %67'sinin aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldıkları tespit edilmiştir. [6]

Bursa'da 1010 kadın ile yüz yüze görüşülerek yürütülen bir çalışmada, kadınların %32,6'sının evlilikleri boyunca en az bir defa eşleri tarafından şiddete maruz bırakıldığı bildirilmiştir. Şiddet öyküsü bildiren kadınlarda en sık rastlanan şiddet türü %34,1 ile fiziksel şiddet, sonrasında ise %15,8 ile duygusal şiddet olmuştur. [26]

Kırklareli merkezinde yaşayan 900 kadının katıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %43,4'ünün en az bir şiddet türüne maruz kaldığı

saptanmıştır. Bunların %18,4'ü fiziksel, %13'ü duygusal, %2,9'u cinsel, %8,9'u ise ekonomik şiddettir. [27]

Farklı illerden 695 kadının katıldığı bir çalışmada fiziksel veya psikolojik şiddete uğrama oranının %27,5 olduğu ve bunların %89'unda sorumlu kişinin eş olduğu saptanmıştır. [28]

İzmir Tepecik'te yapılan bir çalışmada ise 602 kadın değerlendirilmiş, herhangi bir tür aile içi şiddete maruz kalanların oranı son bir yılda %59, son bir ayda ise %19,3 olarak saptanmıştır. [29]

Aydın ilinde yürütülen bir çalışmada kadınların %27,8'i evlilik hayatları boyunca şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldıklarını, bunların %92,6'sında şiddet uygulayan kişinin eş olduğunu belirtmişlerdir. [30]

Sivas ilindeki bir çalışmada ise aile içinde şiddete uğrama oranının %40,7 olduğu, vakaların %91'inde uygulayan kişinin eş olduğu raporlanmıştır. [31]

İstanbul'da birinci basamak sağlık hizmetine başvuran kadınların değerlendirildiği araştırmada, eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %40,4'tür. [32]

Psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran evli kadın hastalarla yapılan bir çalışmada, %62'sinin evliliğinde en az bir defa fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. [33]

Hassas bir konu olması nedeniyle, kadına karşı şiddet tüm dünyada olduğundan daha düşük oranda bildirilmektedir. Ayrıca raporlanan yaygınlık oranlarındaki değişkenlik araştırmanın yöntemi, şiddetin tanımı, görüşmecinin eğitim ve becerisi, görüşülen kadınların yaşadıklarını paylaşma konusundaki istekliliklerini etkileyen kültürel farklılıklardan da etkilenmektedir. [12]

2.6 Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM)

“Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun” isimli 6284 sayılı yasanın yürürlüğe girmesiyle 2012 yılından itibaren faaliyet göstermeye başlamışlardır. [34]

Şiddet mağduru kadınların ŞÖNİM'lere gelmeleri veya yönlendirilmeleri, kolluk kuvvetleri tarafından, ihbar üzerine, Alo 183 hattını arayarak veya bireysel başvuru yaparak olabilmektedir. Merkezlerde yedi gün yirmi dört saat hizmet verilmekte ve ilk ihbarların alındığı Alo 183 hattı sorumluları, konukevleri ve gerektiğinde bakanlıklarla koordineli şekilde çalışılmaktadır. Şiddetle mücadele ile ilgili tüm birimlerin tek çatı altında toplanması hedeflenen ŞÖNİM'lerde, sosyal çalışmacı, psikolog, sosyolog, çocuk gelişimcisi gibi uzman personel çalışmakta ve ihtiyaca yönelik birçok destek sağlanmaktadır. Belirli miktarda maddi destek, korunma ve barınmada destek, çalışmak isteyen kadınlar için iş bulmada destek, kadınlara ve çocuklara psikososyal destek ve boşanmak isteyen kadınlara hukuki destek sağlanması hizmetler arasındadır. [35]

ŞÖNİM'ler sistemsel olarak ilk başvuruyu alan birimlerdir. Gelen kadınlar gerekli uzman personelle görüştürülerek ön görüşme formu doldurulmakta, kadın ve çocukların eksiklikleri belirlenmekte, bu alanlara yönelik hizmet sağlanmakta, veriler ortak bilgi havuzuna girilmektedir. Sonrasında kadınlar uygun bir kadın konukevine yerleştirilmektedir. [35] Bu merkezlerin kadına yönelik şiddetin önlenmesinde ve izlenmesinde hem uygulayıcı hem de denetleyici olarak görev yapmaları, kadınlara güçlendirici ve destekleyici danışmanlık, rehberlik, yönlendirme ve izleme hizmeti vermeleri amaçlanmaktadır. [34]

2.7 Şiddet Oluşumunda Ekolojik Model

Şiddetin oluşumu tek bir etkene atfetmek mümkün değildir. Şiddet şimdiye kadar birçok teorik model ile açıklanmaya çalışılmıştır. Kadına yönelik aile içi şiddet araştırmalarında sıklıkla “Ekolojik Model” kullanılmaktadır. Heise tarafından 1998'de geliştirilen bu modelde şiddete neden olan risk faktörleri

bireysel, ilişkisel, topluluk ve toplumsal/kültürel olmak üzere 4 farklı seviyede incelenmektedir. [6]

İlk seviye olan bireysel faktörlerde; yaş, eğitim, gelir gibi demografik özellikler, kişilik bozuklukları, madde kullanımı, şiddet içeren davranışta bulunmak, şiddet içeren davranışa maruz kalmak veya tanık olmak gibi kişinin davranışlarını etkileyen özellikler bulunmaktadır. Bu faktörler kişinin hem şiddet uygulama hem de şiddet mağduru olma olasılığını arttırmaktadır.

İkinci seviye, aile ve arkadaşlar gibi yakın ilişkilere odaklanmaktadır. Gençlik çağındaki şiddet için şiddet uygulayan veya şiddeti destekleyen arkadaşlarının olması; yakın partner şiddetinde ilişkideki çatışma veya anlaşmazlıklar bu kategorideki etkenlere örnek verilebilir.

Üçüncü seviye okul, iş yeri, yaşanan mahalle gibi topluluk bağlamını incelemektedir. Bölgesel bir uyuşturucu ticareti varlığı, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek azlığı gibi faktörler bu seviyedeki riski arttırmaktadır.

Son olarak dördüncü seviye, şiddetin teşvik edildiği veya engellendiği bir ortam yaratmaya yardımcı olan geniş toplumsal faktörleri araştırır. Bunlar arasında; adalet sisteminin işleyişi, toplumsal cinsiyet rolleri veya ebeveyn-çocuk ilişkilerine dair sosyal ve kültürel normlar, gelir eşitsizliği, şiddetin toplumda ne oranda kabul gördüğü, ateşli silahlara ulaşım, medya aracılığı ile şiddet maruziyeti ve siyasi istikrarsızlık bulunmaktadır. [10]

2.8 Yakın Partner Şiddetinde Risk Faktörleri

Yakın partner şiddeti, hem sıklık hem de eylem türü olarak değişik derecelerde ortaya çıkar ve sıklıkla farklı şiddet türlerinin kombinasyonu şeklindedir. [1] Kadının ve erkeğin yaşı, sosyal sınıfı, etnik yapısı, işi, yaşadığı ortam, gelir ve eğitim düzeyinden bağımsız olarak toplumun tüm kesimlerinde varlığını sürdürmektedir.

Aile içi şiddeti üreten dinamikler yalnızca aile içinden kaynaklanmamaktadır. Erkek kadın ayrımcılığını meşru kılan toplumsal,

ekonomik, politik, hukuksal ve eğitimsel yapılar da etkili olmaktadır. Şiddeti önleyebilmek için öncelikle sebep olan risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir. [36]

2.8.1 Çocukluk Çağında Aile İçi Şiddete Maruz Kalma ve Tanık Olma

Çocukluk döneminde istismara uğramak veya ebeveyn şiddetine tanıklık etmiş olmanın yetişkinlikte partner şiddeti uygulama veya partner şiddetine maruz kalma riskini arttırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir. [1,37,38]

Eşler arasında yaşanan şiddet ile bireyin kendi geçmişinde var olan şiddet ilişkisini Bandura model olarak öğrenme ile açıklamaktadır. [39] Sosyal öğrenme teorisine göre, kişi gözlemleyerek, model olarak, ebeveynleri arasında yaşanan şiddete tanık olarak ya da şiddetin birebir hedefi olarak, şiddeti bir çeşit stresle başa çıkma yöntemi olarak kullanmayı öğrenmektedir. Çocuklar dolaylı yoldan sorunların ancak öfke ve saldırganlık yoluyla çözülebileceğini öğrenecek, başkalarıyla ilişki kurmada aileden öğrendiği davranış modellerini kullanacaktır. [6]

2.8.2 Sosyoekonomik Etmenler

Eğitim seviyesinin düşük olması, işsizlik, gelirin düşük olması yakın partner şiddeti için risk faktörleri olarak saptanmıştır. [40] Kadının eğitim seviyesinin, mesleki statüsünün veya gelirin erkekten yüksek olması, eşler arasında bir güç dengesizliğinin bulunması kadının şiddet görme riskini arttırmaktadır. [41,42]

Sosyoekonomik olarak zayıf koşullara sahip olmak aile içi şiddet açısından riski arttırmaktadır. Ancak şiddet yalnızca düşük sosyoekonomik gelir düzeyindeki ailelerde yaşanmamakta, eğitim ve gelir düzeyi yüksek birçok kadın da şiddete maruz kalmaktadır. Bununla birlikte, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlar sosyal, hukuki ve psikolojik yardım alma kaynaklarına daha kolay erişebilmektedir. Şiddet içeren ilişkiyle başa çıkmaları ve istediklerinde bu tür bir ilişkiden kurtulabilmeleri daha kolay olmaktadır. [6] Kadınların eğitim seviyesi

artıkça maruz kaldıkları şiddetten şikayetçi olma durumlarında artış olduğu bildirilmektedir. [43]

2.8.3 Yaş Farkı

Şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır. Yakın partner şiddetinin en sık görüldüğü dönem geç ergenlik ve erken yetişkinliktir. [40] Ancak ilerleyen yaşla birlikte fiziksel şiddet oranındaki azalma duygusal şiddette görülmemektedir. [44] Bununla birlikte, erkeğin kadından yaşça daha büyük olduğu evliliklerde aradaki yaş farkının artmasının kadının şiddet görme riskini arttırdığına dair bulgular bulunmaktadır. [45]

2.8.4 Sosyal Destek

Sosyal destek sıklıkla kadınlar için araştırılmış ve yakın partner şiddeti için koruyucu olduğu kabul edilmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda bazı çalışmalar sosyal desteğin şiddet uygulamaya karşı da koruyucu bir faktör olduğunu göstermiştir. Aile, arkadaş ve yakın çevreden görülen destek ve yardım aile içi şiddet riskini azaltan bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer şekilde, ebeveyn desteğinin ergenlik döneminde yaşanan yakın partner şiddeti için koruyucu olduğu saptanmıştır. [40]

2.8.5 Kültürel ve Dini Etkenler

Arap ve Müslüman ülkelerinde ne yazık ki aile içi şiddetin ailenin özelinde bir sorun ve kadının hatalı davranışlarını düzeltmek için uygun bir yöntem olarak görülmesi daha yaygındır. Bu görüş aile içi şiddet riskini arttırmakta ve sosyal bir sorun olarak ele alınmasını engellemektedir.

Ataerkil özellikleri baskın olan toplumlarda kadın doğduğu andan itibaren toplumun kendisi için uygun gördüğü normlarla karşı karşıya kalmaktadır. Her iki cinsiyet için de toplumsal sistem tarafından rollerine uygun davranış kalıpları belirlenmektedir. Kırsal kesimdeki aile yapılarında erkeğin aile içindeki otoritesinin sorgulanamaz olması daha sık görülmektedir ve kadının şiddete uğrama riskini arttırmaktadır.

Değinilmesi gereken bir başka önemli kavram namustur. Kadının ailesinin isteği dışında birisiyle duygusal bir ilişkiye girmesi, evlilik dışı bir ilişkide hamile kalması, sevdiği kişiyle evden kaçması gibi nedenlerle kadınlar töre cinayetlerine kurban gitmektedir. Namus cinayetleri planlı ve kasıtlı olarak yapılır ve toplumda kabul gören ahlaki kurallar ve acımasız törelere dayanmaktadır. [6]

Bu etkenler dışında, azınlık bir grubun üyesi olmanın yakın partner şiddeti riskini arttırdığı gösterilmiştir. [40]

2.8.6 Psikolojik ve İlişkisel Etkenler

Bu konuda en sık araştırılan alanlardan biri alkol ve madde kullanım bozukluğudur. Alkol ve madde kullanımı, saldırganlık üzerindeki disinhibisyon etkileri nedeniyle, yakın partner şiddeti uygulama ve şiddete maruz kalma riskini arttırmaktadır.

Dürtüsellik, saldırganlık ve toplum kurallarını çiğneyen davranışların görüldüğü antisosyal kişilik bozukluğu da yakın partner şiddeti uygulama riskini arttıran faktörlerdendir.

Depresyonun şiddete etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, yakın partner şiddeti uygulama veya şiddete maruz kalma oranı ile ilişkili olduğu ancak bu ilişkinin zayıf olduğu gösterilmiştir. [40]

İlişki ile ilgili etkenlere baktığımızda; en önemli faktörlerden biri erkeğin geçmişte bir kez bile olsa eşine şiddet uygulamış olmasıdır. Uygulanan sözel veya duygusal şiddet, fiziksel şiddet uygulanması açısından büyük risk taşımaktadır. [6]

İlişkide veya evlilikteki çatışmalar yakın partner şiddeti için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Daha sık anlaşmazlık yaşayan veya bunu daha düşmanca sergileyen çiftlerde şiddet oranları daha yüksek saptanmıştır. [40] Partnerler arasındaki güç dengesizliklerinin de ilişkide yaşanan gerginliği arttırarak, şiddet riskini arttırabileceği belirtilmiştir. [46] Yaşadıkları çatışmaları

çözümlerken çiftlerin etkili başa çıkma yöntemleri kullanmamaları bir diğer risk faktördür. [6]

Birlikte yaşayan çiftlerin, evli olanlardan veya romantik ilişkisi olup birlikte yaşamayan çiftlerden daha yüksek risk altında olduğu raporlanmıştır. [47] Bekar, boşanmış, ayrılmış veya dul kalmış kadınların şiddete maruz kalma riskinin evli olanlardan 10 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. [48]

2.9 Şiddet ve Ruhsal Bozukluklar

Şiddetin kadın üzerindeki etkileri söz konusu olduğunda ruh sağlığı bu konuda önemli yer tutmaktadır. Bu etkiler yaşanan şiddetin tipi, süresi, seviyesi, kişinin yaşı, kullandığı başa çıkma mekanizmaları ve sahip olduğu sosyal desteğe göre değişkenlik göstermektedir. Başlangıçta şok ve hissizlik, ilerleyen zamanlarda şiddetin tekrar yaşanacağına dair korku, güven duygusunda sarsılma, çaresizlik, umutsuzluk hisleri, özsaygıda düşüş ve kendini suçlama gözlenmektedir. [6]

Yakın partner şiddeti, bireyin işlevselliği üzerine farklı derecelerde etkileri olan bir dizi ruhsal sağlık sorunuyla ilişkilendirilmiştir. [1] Yakın partnerleri tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda daha yüksek oranlarda depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, psikosomatik şikayetler, cinsel işlev bozuklukları, fobiler, yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu, uykusuzluk, özkıyım düşünceleri ve kendine zarar verme davranışları görülmektedir. [49] Bunlar arasında en yaygın olanlar depresyon ve travma sonrası stres bozukluğudur. [50] Aile içi şiddet mağdurlarında ruhsal bozukluklarda 1,5 ile 11,9 kat arasında artış olduğu bildirilmiştir. [22] Şiddetin derecesi ve sıklığı arttıkça, semptomların da şiddetinin arttığı bir doz-yanıt ilişkisi gözlenmektedir. [51]

Yapılan bir kohort çalışmasında, yüksek derecede şiddete uğrayan kadınlarda depresif bozukluk sıklığı %42,9, anksiyete bozukluğu sıklığı %47,6, özkıyım düşünceleri ise %23,8 oranında saptanmıştır. [22] Kemp ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, fiziksel şiddete maruz kalmış 179 kadının

%81'inin, sözel şiddete maruz kalmış 48 kadının ise %63'ünün TSSB kriterlerini karşıladığı raporlanmıştır. [52] Aynı araştırmacıların bir başka çalışmasında saptanan önemli bir bulgu ise, şiddetin boyutu ve şiddet içeren ilişkinin süresi ile TSSB varlığı ve düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğudur. [53]

Yakın partner şiddetine maruz kalmış kadınlarda ruhsal bozuklukların araştırıldığı bir metaanalizde, %47,6'sında depresyon, %17,9'unda özkıyım düşüncesi veya davranışı, %63,8'inde TSSB, %18,5'inde alkol kullanım bozukluğu, %8.9'unda madde kullanım bozukluğu saptanmıştır. Bununla birlikte yaşanan şiddet ile depresyon ve TSSB arasında pozitif bir doz-yanıt ilişkisi bulunduğu bildirilmiştir. [54]

Yakın partner şiddetinin psikiyatrik bozukluklara yol açmasının yanında psikiyatrik bozuklukların şiddete maruz kalma riskini arttırdığına dair çalışmalar mevcuttur. Ruhsal bozukluğu olan kişilerde yakın partner şiddetine maruz kalma sıklığının 2-3 kat arttığı tahmin edilmektedir. [1] Psikiyatri hastaları ile genel toplumun karşılaştırıldığı bir çalışmada son bir yıl içinde partner şiddetinin herhangi bir türüne maruz kalma oranı, ağır ruhsal bozukluğu olan kadınlarda %62,1, kontrol grubunda ise %29,7 olarak raporlanmıştır. [55]

Psikiyatrik bozukluk tanıları bulunan 16 140 katılımcının dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasında, ağır ruhsal bozuklukları olan kadınların son bir yıl içinde partner şiddetine maruz kalma oranları %15-22 olarak bildirilmiştir. [56] Aynı çalışmada; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve TSSB tanıları olan bireylerde, aile içi şiddete maruz kalma sıklığının ve olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. [56] 41 çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde ise; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve TSSB tanılarına sahip kadınların yaşam yaşam boyu partner şiddetine maruz kalma riski, ruhsal bozukluğu olmayan kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. [57]

2.10 Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları başlığı altında, bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveyn

kaybı, ebeveynlerden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler de değerlendirilmektedir.

Çocuk istismarı veya ihmali, ebeveynler ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü şeklinde tanımlanabilir. Bu davranışlar çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesiyle sonuçlanmaktadır. [58]

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımı, çocuğa zarar verme niyetine dayanmamaktadır, çocukla olağan etkileşim normlarının dışında ve çocuğa fiilen veya potansiyel olarak zararlı olması yeterlidir. İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak; ihmal ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak sınıflandırılmaktadır. Tek bir olay, tekrarlanan olaylar veya çocuk ile istismarcı arasındaki bir etkileşim modeli şeklinde görülebilmektedir. [59]

Tüm dünyada yapılan araştırmalarda farklı tanımlar ve yöntemler kullanılması nedeniyle veri karşılaştırması yapılamaması bu alanda önemli bir sorun olarak nitelendirilmektedir. DSÖ verilerine göre, uluslararası çalışmalarda çocuklarda %25-50 oranında değişen fiziksel şiddet raporlanmıştır. Kadınların %20'si, erkeklerin %5-10'u çocukluk çağında cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Duygusal istismar ve ihmal sıklıkla diğer istismar biçimleriyle birlikte görülmekle birlikte yaygınlıklarını belirlemek zordur. [60]

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal yaygınlığın araştırıldığı bir çalışmada, 2020 yılında çocukluk çağı travması yaşayanların %76,4'ünün ihmale uğradığı, %16,5'inin fiziksel istismar, %9,4'ünün ise cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. [61]

Ülkemizde yapılan araştırmaların gözden geçirildiği bir çalışmada, incelenen toplumdaki fiziksel istismar oranının %15-75, cinsel istismar oranının ise yaklaşık %20 oranında olduğu belirtilmiştir. [58]

2.11 Çocukluk Çağı Travmaları ve Yakın Partner Şiddeti İlişkisi

Çocukluk çağında maruz kalınan istismar, erişkinlik döneminde depresyon, anksiyete bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, özkıyım düşüncesi ve davranışı gibi birçok ruhsal bozukluğun görülme riskini arttırmaktadır. [62]

Nesiller arası aile içi şiddet aktarımı teorileriyle bağlantılı olarak, çocuklukta istismar yaşantısı yakın partner şiddeti için risk faktörü olarak sıkça çalışılmaktadır. Çocuklukta aile içi şiddete maruz kalmak veya tanıklık etmek, hem kadın hem erkekte partner şiddeti uygulama veya partner şiddetine maruz kalma riskini arttırmaktadır. [38,40]

Çocukların erişkinlik dönemine kadar izlendiği iki prospektif çalışmada, çocukluk çağında ebeveynler arası şiddete tanık olmanın ve fiziksel istismarın, erişkinlikte yakın partner şiddetini mağduru olma riskini arttırdığı gösterilmiştir. [63,64] Bir çalışmada bu risk artışı dört ila altı kat olarak bildirilmiştir. [5] Çocuklukta yaşanan olumsuz olayların sayısı ile mağduriyet riski arasında dereceli bir ilişki olduğu saptanmıştır. [65]

Renner ve Slack tarafından yapılan çalışmada çocukluk çağında yaşanan ihmal, istismar, ebeveynler arası şiddete tanıklık etme ile yakın partner şiddetine maruz kalma arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir. En güçlü ilişki fiziksel istismar ve şiddete tanıklık etme alt boyutlarında saptanmıştır. Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda, kalmayanlara oranla, yakın partner tarafından şiddete uğrama riskinde 2,58 kat artış raporlamıştır. [66] Bir başka çalışmada ise istismara maruz kalan çocukların yakın partner şiddeti mağduru olma riskinde %210 artış saptanmıştır. [67]

2.12 Aleksitimi

Yunanca kökenli aleksitimi kavramı, “duygular için söz yokluğu” anlamına gelmektedir. [7] Nemiah ve Sifneos tarafından 1970’lerde tanımlanan kavram bazı belirgin özellikleri kapsamaktadır. Bunlar; duyguları tanımakta ve

tanımlamakta zorluk, duygular ve duygusal uyarılmanın yarattığı bedensel duyular arasında ayırım yapmakta zorluk, fantezilerin azlığı ile gözlemlenen kısıtlı hayali süreçler ve dışsal odaklı bir bilişsel tarzıdır. [68]

Aleksitimik kişiler, içsel uyarıların farkına varma, bunların hangi duygulara karşılık geldiğini anlama ve bunlar üzerine konuşmada sorun yaşayabilmektedir. Aleksitimi günümüzde normal dağılım gösteren bir kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. İki kutuplu olmaktan çok, süreklilik arz eden bir kavram olarak kabul görmektedir. [7] Depresyon, anksiyete bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar, somatoform bozukluk, yeme bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluk ve diğer tıbbi patolojilerle ilişkilendirilmekle birlikte, sağlıklı popülasyonda da aleksitimik özellikler görülmektedir. [69,70]

İlk tanımlandığı dönemde aleksitimi istikrarlı bir kişilik özelliği olarak kabul edilmiş ancak sonrasında Freyberger tarafından, hayati riskin bulunduğu hastalıklar gibi kişide yoğun sıkıntıya sebep olan durumlarda gelişen ve acı verici duygulanımlara karşı savunma görevi gören sekonder aleksitimi kavramı gündeme getirilmiştir. [71] Bu görüşü destekleyen ve travmatik yaşantıların kişiyi daha aleksitimik hale getirdiğini savunan çalışmalar bulunmaktadır. [7,72] Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda kişilerdeki psikolojik sıkıntı durumu değişiklik gösterse de aleksitimi düzeyinin sabit kaldığı gösterilmiştir. [73,74] Majör depresif bozukluğu olan hastalarla yapılan bir izlem çalışmasında, aleksitiminin duruma bağlı bir olgu değil stabil bir kişilik özelliği olduğu belirtilmiştir. [75] Aleksitimi çeşitli kaynaklarda bir karakter özelliği ve bağımsız bir yapı olarak tarif edilmektedir. [76,77]

Aleksitimi kavramı, immatür ego savunma mekanizmaları ve uyuma yönelik olmayan stresle başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile de ilişkilendirilmiştir. [68,78] Aleksitimik özelliklerin, travmaya verilen stres cevabını olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmiştir. [79]

2.13 Aleksitimi ve Yakın Partner Şiddeti İlişkisi

Yakın partner şiddeti ve aleksitimi ilişkisinin araştırıldığı literatürde kısıtlı kaynak bulunmaktadır. Çeşitli şiddet suçlarının faillerinde aleksitimi kapsamlıca incelenmiş olmasına rağmen, yakın partner şiddeti mağdurlarındaki yaygınlığı ve etkileri ile ilgili oldukça az şey bilinmektedir. [80]

Aleksitiminin aile içi şiddete olan etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda aleksitimik kişilerin başkalarıyla ilişkilerini sürdürmekte güçlük yaşadığı saptanmıştır. Aleksitimik bireylerin, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmekteki yetersizlikleri nedeniyle, fakir kişilerarası ilişkilere sahip olma eğilimleri bulunmaktadır. Ayrıca bu kişilerin duygu düzenleme ile ilgili sorunları nedeniyle stresli durumlarda abartılı tepki verebilecekleri belirtilmiştir. [81] Craparo ve arkadaşları, aleksitimide görülen duygu düzenleme güçlüklerinin yakın partner şiddetine karşı savunmasızlığı arttırdığı görüşünü öne sürmüştür. [80]

Yakın partner şiddetine maruz kalan ve kalmayan kadınların karşılaştırıldığı iki çalışmada, şiddet öyküsü bulunan kadınların aleksitimi skorlarının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. [8,80] Şiddet yaşantısı olan çiftlerde aleksitimik özelliklerin ve duygu ifadesinin araştırıldığı bir başka çalışmada, şiddete maruz kalan kadınlarda, şiddet içermeyen bir ilişki içerisinde olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek aleksitimi düzeyleri raporlanmıştır. [81]

2.14 Stresle Başa Çıkma Tarzları

Stres, çok güçlü olduğunda veya çok uzun sürdüğünde olumsuz etkilere sebep olur ve bireyin uyum sağlama kapasitesini aşar. Stresle başa çıkma, stresli bir durumda gerçekleştirilen tüm faaliyetler olarak tanımlanır. [82] Bireyin, kaynaklarını aşan taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarını ifade etmektedir. [83] Tarz, tipik olarak zor durumlarda kullanılan, birbiriyle ilişkili başa çıkma stratejileri kümesini ifade eder. Durumlar arasında tutarlı olan bireysel bir tepki modelidir. [82]

Stres, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. Stresin sonuçlarıyla ilgili fark yaratan ise başa çıkma yöntemleridir. [84] Birey, stres verici olayların olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak veya azaltmak için bazı etkili ya da etkisiz başa çıkma tarzları kullanmaktadır. Kullanılan başa çıkma tarzları başarılı olduğunda stres giderek ortadan kalkarken, başarısız olduğunda kaygı ile başlayan çeşitli psikolojik ve fizyolojik tepkiler gelişmektedir. [85]

2.15 Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Yakın Partner Şiddeti

Yakın bir partner tarafından uygulanan istismar, birçok kadın için büyük bir psikolojik sıkıntı kaynağıdır. Yine de bazı kadınlar bu ilişkilerden, diğerlerinden daha az olumsuz sonuçla çıkmayı başarır. Bu nedenle şiddet mağduru kadınların kullandıkları baş etme stratejilerini incelemek önemlidir. Başa çıkma stratejileri, zor bir durumu yönetmek için kullanılan çok çeşitli düşünce ve davranışları içerir. Yapılan çalışmalarda birçok farklı kategoriye ayrılmalarına rağmen, sıklıkla kullanılan sınıflama aktif/probleme yönelik ve pasif/duygulara yönelik başa çıkma stratejileri şeklindedir. Yaklaşma ve kaçınma olarak da ifade edilmektedir. Bu ayırım, bireyin olumsuz sonuçları azaltmak için durumu değiştirme veya kendini stres etkeninden uzaklaştırma girişiminde bulunup bulunmadığını belirtir. [9]

Problem odaklı başa çıkmada; birey karşılaştığı tehdit edici durumun etkisini azaltmak veya ortadan kaldırmak için çaba göstermekte ve durum içerisinde aktif bir rol oynamaktadır.

Duygu odaklı başa çıkmada ise; birey yaşadığı stresten kurtulmak için duygularını kontrol etme çabası içerisine girerek ilgisini ve düşüncelerini başka konulara yöneltmektedir. [83]

Yakın partner şiddetine maruz kalmış kadınlarda başa çıkma yöntemlerini inceleyen literatür nispeten sınırlıdır. Genel popülasyonda yapılan araştırmalarda ise farklı ölçüm yöntemlerinin kullanılması, sonuçlar arasında anlamlı bir karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. Halen istismarcı bir ilişki içinde bulunan ve süregelen şiddetle başa çıkmaya çalışan kadınların, daha çok kaçınma stratejisini kullandıkları saptanmıştır. [9]

Yakın partner şiddetine maruz kalan ve kalmayan kadınların baş etme tutumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, iki grup arasında aktif baş etme yöntemlerinden olan sosyal destek ve problem çözme alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Baş etme becerilerinin yetersiz olmasının, yakın partner şiddetine maruz kalma oranını arttırabileceği öne sürülmüştür. [80]

Clements ve arkadaşları, şiddet mağduru kadınların aktif ve problem odaklı baş etme davranışlarını, şiddete maruz kalmamış olanlara göre daha az kullandıklarını belirtmiştir. [86]

Bir başka çalışmada ise çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalan kişilerin problem çözme becerilerinin olumsuz etkilendiği ve yetişkinlik döneminde maruz kaldıkları şiddet ile etkin baş edebilme becerilerinin zayıf olduğu tespit edilmiştir. [87]

Çevresel, kişisel kısıtlamalar veya aşırı tehdit varlığı başa çıkma stratejilerinin seçimini etkilemektedir. Örneğin kültürel veya ekonomik durum, kadının çocuklarına olan bağlılığı ve onların bakımı için gereken kaynaklar, kadının kendi çocukluğu ve geçmiş ilişki deneyimleri, partnerine bağlılığı, şiddetin seviyesi, ruhsal durumu, sosyal destek varlığı ve daha birçok faktör bu konuda etkilidir. İstismarcı bir ortamın yarattığı kısıtlamalar göz önüne alındığında, şiddete maruz kalan kadınların başa çıkma davranışları, kronik fiziksel ve duygusal istismar bağlamı içinde değerlendirilmelidir. [88]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmada veriler “Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi’nden (ŞÖNİM)” yönlendirilmiş ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi psikiyatri bölümüne başvurmuş şiddete maruz kalmış ve kalmamış kadın katılımcılardan elde edilmiştir. Bu yönüyle araştırma vaka-kontrol bir araştırmadır.

3.1 Etik İzin

Yakın partner şiddeti, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi isimli çalışma için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 21.07.2022 tarihinde başvuru yapılmıştır. Çalışma, 03.11.2022 tarih ve 2022/13-15 sayılı etik kurur kararı ile onaylanmıştır.

3.2 Örneklem Seçimi

Araştırmaya, 15.10.2022-28.02.2023 tarihleri arasında "Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM)" tarafından, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde oluşturulan Davranış Bilimleri Merkezi'ne (DABİM) yönlendirilen, son bir yıl içinde partneri tarafından şiddete uğrama nedeniyle kurumsal bir başvurusu olan kadınlar olgu grubu olarak dahil edilmiştir. Hayatının bir döneminde romantik ilişkisi olmuş, herhangi bir partner şiddeti türüne maruz kalmamış kadınlar kontrol grubu olarak dahil edilmiştir.

3.3 Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri

Araştırmaya, DABİM'e yönlendirilen, yakın partnerinden şiddet görme nedeniyle kurumsal başvurusu olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaşından büyük 65 yaşından küçük erişkin kadınlar alınmıştır.

3.4 Araştırmaya Dahil Etmeme Ölçütleri

Bipolar bozukluk, psikotik bozukluk gibi yargılama bozukluğuna neden olabilecek psikiyatrik hastalığı olan, ölçekleri doldurmasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi engeli (demans, mental retardasyon, işitme veya görme engeli gibi) olan, okuryazar olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Depresif bozukluk dışında aktif psikiyatrik bozukluk bulgusu olan kişiler ve depresif bulguları olan kişiler arasından Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'ne göre hafif derecenin üzerinde depresyonu olan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5 Uygulama

Çalışmaya, belirtilen tarihler arasında DABİM'e başvuran ve dahil olma kriterlerini karşılayan tüm kadınlar dahil edilmiştir. Yönlendirilmesine rağmen belirlenen randevu tarihinde gelmeyen 24 kadın çalışmaya alınamamıştır. Başvuran kişiler arasından çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 2 kadın, partneri dışındaki kişiler tarafından aile içi şiddete maruz kalan 3 kadın, depresif bozukluk dışında aktif psikiyatrik bozukluk bulgusu olan 2 kadın ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden 15 puanın üzerinde alan 4 kadın çalışmaya dahil edilmemiştir. Toplam 42 kadın olgu grubu olarak çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan katılımcılara araştırma yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi verilip katılmayı kabul edenlere onam formu imzalatıldıktan sonra, sosyodemografik veri formu, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı - 5 (DSM-5) yönelimli tanısal görüşme kılavuzu ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği araştırmacı tarafından uygulanmış, psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Sonrasında öz bildirim ölçekleri olan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) verilerek doldurmaları sağlanmıştır. Her bir katılımcıya 40-50 dakika zaman ayrılmıştır.

3.6 Veri Toplama Araçları

3.6.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda kişilerin ve partnerlerinin sosyodemografik özelliklerini ve şiddet yaşantısını değerlendirmek amacıyla hazırlanan 25 soru bulunmaktadır.

Gelir düzeyi çalışmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücret olan 5500tl referans alınarak sınıflandırılmıştır. Şiddet türünün sorgulandığı sorularda fiziksel şiddet açıklaması; tokat atma, bir şey fırlatma, itme, tartaklama, yumrukla veya bir cisimle vurma, tekmeleme, sürükleme, dövme, boğazını sıkma, bir yerini yakma, bıçak, silah gibi aletlerle tehdit etme ya da bunları kullanma olarak

yapılmıştır. Cinsel şiddet; kadını istemediği zaman ve şekilde cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel yaşamlarında kadını aşağılayıcı davranışlarda bulunmak, cinsel ilişki sırasında kadına zarar vermek, korunmasız cinsel ilişkiye zorlamak, çocuk doğurmaya veya doğurmamaya, kürtaja, fuhuşa zorlamak şeklinde tanımlanmıştır. Kadının özgürlüğünü kısıtlama, hakaret etme, küfür etme, küçük düşürme, aşağılama, korkutma, tehdit etme şeklindeki davranışlar duygusal şiddet olarak tanımlanmıştır. Ekonomik şiddet ise; kadının çalışmasına engel olmak, bir iş veya mesleği yapmaya zorlamak, mal ve parasını elinden almak, evin masraflarını karşılamamak, yaptığı harcamaları kontrol altında tutmak gibi ekonomik kısıtlamalar ve kontrol edici davranışları şeklinde açıklanarak sorulmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların ilişki ve partner özelliklerine dair soruları yaşadıkları son ilişkiye göre cevaplamaları istenmiştir.

3.6.2 DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme Kılavuzu

DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci baskısına göre tanı koymak için görüşme yapmaya yol göstermek üzere tasarlanmıştır. Kılavuzda, tanısal görüşmenin yapısı, tanısal görüşme sırasında nasıl bağ kurulacağı, 30 dakikalık bir tanısal görüşmenin taslağı ve boyutsal tanının yanı sıra DSM-5'te tanımlanan her bir ruhsal bozukluk için soru örnekleri vardır.

3.6.3 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, Hamilton tarafından 1960 yılında depresyon düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. [89] Son bir hafta içinde deneyimlenen depresyon belirtilerini sorgular. 17 maddeden oluşmaktadır ve klinisyen tarafından uygulanır. Bazı maddeler 0-2, bazı maddeler 0-4 arasında puanlanır, alınabilecek en yüksek puan 53'tür. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 puan arası orta ve 29 puan ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe formunun geçerlik ve

güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,75 olarak bildirilmiştir. [90]

3.6.4 Toronto Aleksitimi Ölçeği – 20

İlk olarak Taylor ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen, 26 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşan likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (TAÖ-26). Sonrasında kısaltılarak günümüzde kullanılan 20 madde ve 3 alt boyuttan oluşan TAÖ-20 geliştirilmiştir. [91] Ölçeğin alt boyutları duyguları tanıma zorluğu (7 madde), duyguları ifade etme zorluğu (5 madde) ve dışavuruk düşüme (8 madde) şeklindedir. Ölçekten 61 puan ve üstünde alan kişiler aleksitimik olarak kabul edilir. 51 ve altındaki değerler aleksitimi yokluğunu, 51-61 arasındaki değerler sınırda aleksitimi varlığını ifade eder. Alınan puanın artması kişinin aleksitimik eğiliminin arttığını gösterir. Türkiye’de en güncel geçerlik güvenirlik çalışması Güleç, Köse ve Güleç tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık incelemesinde Cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0,78; alt ölçekler için sırasıyla 0,80; 0,57 ve 0,63 olarak saptanmıştır. [92]

3.6.5 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

Çocukluk ve adölesans döneminde istismar ve ihmal yaşantılarını değerlendirmekte kullanılan, Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen öz bildirim dayalı bir ölçektir. [93] Beşli likert tipinde toplam 28 maddeden oluşur. Üç madde travmanın minimizasyonunu ölçer. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Puanlamada cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine evet yanıtının verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiği, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7, duygusal ihmal içinse 12 puan olduğu belirtilmiştir. Alt puanlar toplanarak hesaplanan ölçek toplam puanı için sınır 35 kabul edilmektedir. Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. [94]

3.6.6 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Kişilerin stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla Lazarus ve Folkman tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır [95]. Ölçeğin uyarlama çalışması; üniversite öğrencileri, kamu ve özel banka çalışanları, Ankara'da ikamet eden yetişkinler olmak üzere üç ayrı grup üzerinden tamamlanmıştır. Ölçeğin kısaltılmış formu 30 maddeden oluşmaktadır ve öz bildirim şeklinde uygulanarak dördümlü likert şeklinde değerlendirilmektedir. "Kendine güvenli yaklaşım", "çaresiz yaklaşım", "boyun eğici yaklaşım", "iyimser yaklaşım" ve "sosyal desteğe başvurma" olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır.

Ölçek iki farklı şekilde hesaplanmaktadır. Bunlardan ilki, "etkili / aktif" ve "etkisiz / pasif" yöntemler olarak iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Etkili tarzda kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutları, etkisiz tarzda ise çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları bulunmaktadır. Ölçeğin ikinci hesaplanma tarzı ise birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı alt ölçek puanlarının hesaplamasıdır.

Güvenirlik çalışmasında üç aşamalı faktör analizi sonrası alt boyutların Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı "Kendine Güvenli Yaklaşım" alt boyutu için 0,62 ile 0,80 arasında, "Çaresiz/kendini suçlayıcı Yaklaşım" alt boyutu için 0,64 ile 0,73 arasında, "Boyun Eğici Yaklaşım" alt boyutu için 0,47 ile 0,72 arasında, "İyimser Yaklaşım" alt boyutu için 0,68 ile 0,49 arasında ve "Sosyal Desteğe Başvurma" alt boyutu için 0,45 ile 0,47 arasında olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak hesaplanmıştır. [95]

3.7 İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (ver 25.0) programına aktarılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ile incelenmiştir. Kadının eğitimi, kadının çalışma durumu, nerede yaşadığı, şiddete tanık olma durumu, partnerin eğitimi ve partnerin çalışma durumunun şiddete uğrama durumu ile ilişkisi ki-kare

analiziyle incelenmiştir. Parametrik varsayımların kontrolü için Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk normallik analizleri yapılmıştır. Parametrik varsayımları karşılayan iki grup arası karşılaştırma analizleri için İki Bağımsız Grup T Testi, bu varsayımları karşılamayan analizler için Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. TAÖ ve SBTÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Pearson ve Spearman korelasyon testleri uygulanmıştır. Şiddete uğrama durumu üzerinde aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzlarının etkisi binary lojistik regresyon analizi uygulanarak incelenmiştir. Analizlerde katılımcı sayısının az olması (n=84) nedeniyle, aleksitimi, çocukluk çağı travması ve stresle başa çıkma tarzları ölçekleri genel toplam puan alınarak kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Dahil etme ölçütlerine göre analize alınan 42 şiddete maruz kalmış ve 42 şiddete maruz kalmamış kadın katılımcı ile çalışılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Kontrol N(%)	Vaka N(%)
Yaş (Ort±SS)	40,14 (±9,51)	42,30 (±9,46)
Eğitim Durumu		
Okuryazar	3 (%7,1)	3 (%7,1)
İlkokul	10 (%23,8)	12 (%28,6)
Ortaokul	8 (%19,0)	8 (%19,0)
Lise	10 (%23,8)	10 (%23,8)
Üniversite	8 (%19,0)	7 (%16,7)
Lisansüstü	3 (%7,1)	2 (%4,8)
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	26 (%61,9)	22 (%52,4)
Çalışmıyor	16 (%38,1)	20 (%47,6)
Gelir Düzeyi		
Geliri yok	10 (%23,8)	18 (%42,9)
Asgari ücretten düşük	8 (%19,0)	10 (%23,8)
Asgari ücretten yüksek	24 (%57,2)	14 (%33,3)

Tablo 4.1 (devam) Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Nerede Yaşıyor		
Köy	2 (%4,8)	1 (%2,4)
İlçe	7 (%16,7)	11 (%26,2)
İl	33 (%78,5)	30 (%71,4)
Kiminle Yaşıyor		
Yalnız	11 (%26,2)	5 (%11,9)
Çocuklar ile	0 (%0)	16 (%38,1)
Anne baba ile	2 (%4,8)	1 (%2,4)
Çekirdek aile	20 (%47,6)	13 (%30,9)
Geniş aile	2 (%4,8)	1 (%2,4)
Eş/partner ile	6 (%14,2)	5 (%11,9)
Arkadaş ile	1 (%2,4)	1 (%2,4)
İlişki Durumu		
Evli	28 (%66,7)	20 (%47,6)
Bekar (hiç evlenmemiş)	10 (%23,8)	2 (%4,8)
Boşanmış	3 (%7,1)	9 (%21,4)
Ayrı ama boşanmamış	-	8 (%19,1)
Eşi vefat etmiş	1 (%2,4)	3 (%7,1)
Evlilik Şekli*		
Kendi isteği ve ailenin rızası ile	25 (%78,1)	25 (%62,5)
Ailenin rızası dışında	1 (%3,1)	9 (%22,5)
Görücü usulü	6 (%18,8)	4 (%10)
Ailenin zoruyla	-	1 (%2,5)
Partnerin zoruyla	-	1 (%2,5)
Evlilik/İlişkiye Başlama Yaşı (Ort±SS)	23,28 (±4,09)	24,57 (±9,10)
Erkek Partnerle Kadın Partner Arası Yaş Farkı (Ort±SS)	2,35 (±3,21)	4,30 (±5,96)
Çocuk		
Var	31 (%73,8)	34 (%81,0)
Yok	11 (%26,2)	8 (%19,0)
Çocuğa Şiddet Uygulama**		
Evet	5 (%16,1)	13 (%38,2)
Hayır	26 (%83,9)	21 (%61,8)
Görüşme Sırasında Psikiyatrik İlaç Kullanımı		
Evet	9 (%21,4)	21 (%50,0)
Hayır	33 (%78,6)	21 (%50,0)

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Yüzdelerin ondalık kısımlarındaki yuvarlamalar nedeniyle grup toplamı %100 olmayabilir.

*: Yüzde değeri evlilik yapmış olan katılımcılar içinden hesaplanmıştır.

** : Yüzde değeri çocuğu olan katılımcılar içinden hesaplanmıştır.

Partner şiddetine maruz kalmamış kontrol grubunun yaş ortalaması 40,14, ortancası 39,0 (min:23,0, maks:62,0) yıl, partner şiddetine maruz kalmış vaka grubunun yaş ortalaması 42,30, ortancası 42,0 (min:22,0, maks:61,0) yıldır.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında kontrol grubunda kadınların %50'si ortaokul veya altı, %50'si lise ve üstü eğitim durumuna sahiptir. Vaka grubunda ortaokul veya daha düşük eğitim durumuna sahip kadınların oranı %54,7, lise ve üstü ise %45,3'tür.

Kontrol grubundaki kadınların %61,9'u, vaka grubundaki kadınların %52,4'ü düzenli bir işte çalışmaktadır. Vaka ve kontrol grubu; yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumları eşleştirilerek alınmış olup, iki grup arasında bu özellikler açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Eğitim düzeyi ve çalışma durumu Tablo 4.3'te belirtilmiş olup yaş ortalamaları için $t= 1,046$, $p=0,299$)

Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde herhangi bir geliri olmayan kadınların oranı kontrol grubunda %23,8, vaka grubunda %42,9'dur. Kontrol grubunda kadınların %19,0'ı asgari ücretin altında, %57,2'si ise asgari ücretin üstünde gelire sahiptir. Vaka grubunda bu oranlar sırasıyla %23,8 ve %33,3 şeklindedir.

Kontrol grubunun %78,5'i, vaka grubunun %71,4'ü il merkezinde yaşamaktadır. Kontrol grubunda eşiyile birlikte yaşayan (eş/partner ile, çekirdek aile, geniş aile) kadınların oranı %66,6, vaka grubunda %45,2'dir.

Evli olan kadınlar kontrol grubunun %66,7'sini, vaka grubunun ise %47,6'sını oluşturmaktadır. Boşanmış olanların oranı kontrol grubunda %7,1, vaka grubunda %21,4'tür. Eşiyile kendi isteği ve ailesinin rızası ile evlenmiş olanlar kontrol grubunda %78,1, vaka grubunda %62,5'tir. Kontrol grubundaki kadınların %3,1'i ailenin rızası dışında, %18,8'i görücü usulü ile evlenmiştir. Vaka grubunda ailenin rızası dışında evlenenlerin oranı %22,5, görücü usulü ile evlenenlerin oranı %10, aile veya partnerin zoru ile evlenenlerin oranı ise %5'tir.

Evlilik/ilişkiye başlama yaşına bakıldığında kontrol grubunda ortalama 23,28, vaka grubunda 24,57'dir. Partnerler arasındaki yaş farkı ortalaması kontrol grubunda 2,35, vaka grubunda 4,30'dur.

Kontrol grubunda çocuğu olanların oranı %73,8'dir ve çocuğu olan kadınların %16,1'i çocuğuna fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir. Vaka grubunda çocuğu olanların oranı %81, bunların içinde çocuğuna şiddet uyguladığını söyleyenler ise %38,2'dir.

Başvurdukları sırada düzenli psikiyatrik ilaç kullanıyor olanlar kontrol grubunun %21,4'ü, vaka grubunun %50'sidir. Görüşme sırasında düzenli psikiyatrik ilaç kullanıyor olan grup ile kullanmayan grup arasında aleksitimi puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ($t=0,642$, $p=0,524$).

4.2 Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Vaka ve kontrol grubunun bazı sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo 4.2'de verilmiştir. Vaka grubu ile kontrol grubu arasında evlilik/ilişkiye başlama yaşı ve katılımcının partneri ile arasındaki yaş farkı arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$) Gelir açısından iki grup arasında fark saptanmış olup, kontrol grubundaki kadınların geliri vaka grubundaki kadınlardan daha yüksektir ($p=0,044$).

Tablo 4.2 Vaka grubu ile kontrol grubunun katılımcının geliri, evlilik/ilişkiye başlama yaşı ve partneri ile arasındaki yaş farkı açısından karşılaştırması

	Kontrol	Vaka	U Puanı	p
Gelir	6000 (0-25000)	2750 (0-15000)	661,500	0,044*
Evlilik/İlişkiye Başlama Yaşı	22,50 (15-31)	21 (14-47)	804,500	0,487*
Erkek Partnerle Kadın Partner Arası Yaş Farkı	2,00 (-4-11)	3,00 (-6-22)	731,000	0,175*

*: Mann Whitney U, Ortanca (Minimum-Maksimum) değerleri verilmiştir

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile içi şiddete tanık olma durumu, partnerinin eğitim ve çalışma durumu, çocuğuna şiddet uygulama durumu ile şiddete maruz kalma durumu arasındaki ilişkiler ki-kare analizi ile incelenmiştir (Tablo 4.3). Kadının eğitimi, çalışma durumu ve yaşadığı yerle şiddete uğrama durumu arasında bir bağıntı bulunmamıştır ($p>0,05$)

Kadının daha önceden aile içi şiddete tanık olması ile şiddete uğrama durumu arasında bağıntı bulunmaktadır ($p=0,025$). Kadın eğer şiddete tanıklık etmiş ise şiddete uğrama durumu da artmıştır. Partnerin eğitim durumu ile şiddete uğrama durumu arasında bağıntı bulunmaktadır ($p=0,009$). Partnerin eğitim durumu arttıkça kadının şiddete uğrama durumunda da azalış net bir şekilde frekans ve yüzdeler bazında görülmektedir. Partnerin çalışma durumu ile şiddete uğrama durumu arasında bağıntı bulunmaktadır ($p=0,015$). Partneri çalışmayan kadınlar partnerleri tarafından daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Çocuğu olan katılımcılar arasında çocuğa şiddet uygulama durumu ile partneri tarafından şiddete uğrama durumu arasında bağıntı bulunmaktadır ($p=0,047$). Şiddete maruz kalan kadınlarda çocuğuna şiddet uygulama daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.3 Kadının eğitimi, çalışma durumu, nerede yaşadığı, şiddete tanık olma durumu, partnerin eğitimi, partnerin çalışma durumu ve çocuğa şiddet uygulama durumunun, katılımcının şiddete uğrama durumu ile ilişkisi (ki-kare testi)

			Vaka kontrol		X ²	p
			Kontrol	Vaka		
Eğitim	Okuryazar	N %	3 %50,0	3 %50,0	0,448	0,997
	İlkokul	N %	10 %45,5	12 %54,5		
	Ortaokul	N %	8 %50,0	8 %50,0		
	Lise	N %	10 %50,0	10 %50,0		
	Üniversite	N %	8 %53,3	7 %46,7		
	Lisansüstü	N %	3 %60,0	2 %40,0		

Tablo 4.3 (devam) Kadının eğitimi, çalışma durumu, nerede yaşadığı, şiddete tanık olma durumu, partnerin eğitimi, partnerin çalışma durumu ve çocuğa şiddet uygulama durumunun, katılımcının şiddete uğrama durumu ile ilişkisi (ki-kare testi)

Çalışma Durumu	Çalışıyor	N %	26 %54,2	22 %45,8	0,778	0,378
	Çalışmıyor	N %	16 %44,4	20 %55,6		
Yaşadığı Yer	Köy	N %	2 %66,7	1 %33,3	1,365	0,563
	İlçe	N %	7 %38,9	11 %61,1		
	İl	N %	33 %52,4	30 %47,6		
Şiddete Tanıklık	Evet	N %	11 %33,3	22 %66,7	6,039	0,025
	Hayır	N %	31 %60,8	20 %39,2		
Partner Eğitimi	Okuryazar	N %	1 %50,0	1 %50,0	14,465	0,009
	İlkokul	N %	1 %8,3	11 %91,7		
	Ortaokul	N %	6 %35,3	11 %64,7		
	Lise	N %	18 %62,1	11 %37,9		
	Üniversite	N %	10 %71,4	4 %28,6		
	Lisansüstü	N %	6 %60,0	4 %40,0		
Partner Çalışma Durumu	Çalışıyor	N %	38 %57,6	28 %42,4	7,071	0,015
	Çalışmıyor	N %	4 %22,2	14 %77,8		
Çocuğa Şiddet	Evet	N %	5 %27,8	13 %72,2	3,957	0,047
	Hayır	N %	26 %55,3	21 %44,7		

4.3 Vaka Grubundaki Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumu Özellikleri

Vaka grubundaki kadınların maruz kaldığı şiddetin özellikleri Tablo 4.4'te özetlenmiştir. Kadınların %97,6'sı şiddet olayının tekrarladığını, %26,2'si geçmiş ilişkilerinde şiddet yaşantısı olduğu belirtmiştir. Başvuru sırasında şiddet gördüğü partneriyle birlikteliği devam etmekte olan kadınların oranı %33,3, maruz kaldığı şiddet sürmekte olanların %16,7'dir.

Tablo 4.4 Vaka grubundaki kadınların maruz kaldığı şiddetin özellikleri

	Vaka (N=42)
Şiddet tekrarladı mı?	
Evet	41 (%97,6)
Hayır	1 (%2,4)
Geçmiş ilişkilerinde şiddete uğradı mı?	
Evet	11 (%26,2)
Hayır	31 (%73,8)
Şiddet gördüğü partneriyle halen birlikte mi?	
Evet	14 (%33,3)
Hayır	28 (%66,7)
Halen şiddete uğramakta mı?	
Evet	7 (%16,7)
Hayır	35 (%83,3)
Fiziksel şiddete uğradı mı?	
Evet	40 (%95,2)
Hayır	2 (%4,8)
Duygusal şiddete uğradı mı?	
Evet	41 (%97,6)
Hayır	1 (%2,4)
Ekonomik şiddete uğradı mı?	
Evet	20 (%47,6)
Hayır	22 (%52,4)
Cinsel şiddete uğradı mı?	
Evet	15 (%35,7)
Hayır	27 (%64,3)

4.4 Katılımcıların Ölçek Puanları

Katılımcılara uygulanan ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutların puanları Tablo 4.5, 4.6 ve 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.5 Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek	Alt Boyutlar	Kontrol (Ortalama \pm Standart Sapma)	Vaka (Ortalama \pm Standart Sapma)
TAÖ	Toplam Puan	42,95 (\pm 9,54)	50,78 (\pm 12,64)
	TAÖ-A	13,40 (\pm 5,25)	17,19 (\pm 6,21)
	TAÖ-B	11,28 (\pm 2,83)	13,00 (\pm 4,56)
	TAO -C	18,20 (4,27)	20,59 (\pm 4,59)

TAÖ toplam puanına göre kontrol grubunda 2 katılımcıda (%4,8) aleksitimi saptanmış, 6 katılımcıda (%14,2) sınırdaki aleksitimi saptanmış, 34 katılımcıda (%81) ise aleksitimi saptanmamıştır. Vaka grubunda 6 katılımcıda (%14,2) aleksitimi saptanmış, 13 katılımcıda (%31) sınırdaki aleksitimi saptanmış, 23 katılımcıda (%54,8) ise aleksitimi saptanmamıştır.

Tablo 4.6 ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek	Alt Boyutlar	Kontrol (Ortalama \pm Standart Sapma)	Vaka (Ortalama \pm Standart Sapma)
ÇÇTÖ	Toplam Puan	31,54 (\pm 6,58)	41,61 (\pm 18,82)
	Duygusal İstismar	5,90 (\pm 1,57)	8,61 (\pm 4,67)
	Fiziksel İstismar	5,16 (\pm 0,76)	7,50 (\pm 5,46)
	Fiziksel İhmal	6,35 (\pm 2,50)	7,71 (\pm 3,42)
	Duygusal İhmal	8,71 (\pm 3,36)	11,42 (\pm 5,73)
	Cinsel İstismar	5,40 (\pm 1,12)	6,33 (\pm 3,71)

Tablo 4.7 SBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek	Alt Boyutlar	Kontrol (Ortalama \pm Standart Sapma)	Vaka (Ortalama \pm Standart Sapma)
SBTÖ	Etkili Tarz Toplam Puan	51,09 (\pm 5,5)	47,28 (\pm 7,85)
	Kendine Güvenli Yaklaşım	23,26 (\pm 3,21)	21,66 (\pm 4,58)
	İyimser Yaklaşım	15,57 (\pm 2,25)	14,52 (\pm 3,56)
	Sosyal Destek Arama	12,30 (\pm 3,35)	11,09 (\pm 2,3)
	Etkisiz Tarz Toplam Puan	30,30 (\pm 9,76)	34,28 (\pm 6,64)
	Çaresiz Yaklaşım	17,47 (\pm 4,47)	21,28 (\pm 4,54)
	Boyun Eğici Yaklaşım	11,71 (\pm 3,59)	13,00 (\pm 3,38)

4.5 Kontrol ve Vaka Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Gruplar arası ölçek puanlarının karşılaştırılması için İki Bağımsız Grup T Testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Toplam puan karşılaştırmaları Tablo 4.8’de verilmiştir. Partnerleri tarafından şiddet görmüş olan vaka grubu ve herhangi bir şiddet türüne maruz kalmamış kontrol grubu arasında tüm ölçeklerin toplam puanları arasında fark saptanmıştır ($p < 0,05$). TAÖ ve ÇÇTÖ toplam puan ortalamaları vaka grubunda daha yüksektir. SBTÖ’de, kontrol grubunda etkili yöntem puanları, vaka grubunda ise etkisiz yöntem puanları daha yüksektir.

Tablo 4.8 Gruplar arası ölçek puanlarının karşılaştırması

	Kontrol	Vaka	t puanı	p
TAÖ Toplam Puanı	42,95 (±9,54)	50,78 (±12,64)	3,205	0,002*
SBTÖ Etkili Yöntem Puanı	51,09 (±5,50)	47,28 (±7,85)	-2,574	0,012*
	Kontrol	Vaka	U değeri	P değeri
SBTÖ Etkisiz Yöntem Puanı	29,50 (14-74)	35,00 (17-50)	540,000	0,002**
ÇÇTÖ Toplam Puanı	31,00 (25-55)	36,50 (25-93)	610,000	0,015**

*: İki Bağımsız Grup T Testi, N: Ortalama ±:Standart Sapma

** : Mann Whitney U, N: Ortanca (Minimum-Maksimum)

4.6 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Korelasyon Testleri

Tablo 4.9 Aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik korelasyon testi sonuçları

		N	r	p
Kontrol	TAÖ Toplam Puan	84	-0,291	0,007*
	SBTÖ Etkili Yöntem Puanı			
Vaka	TAÖ Toplam Puan	84	0,333	0,002**
	SBTÖ Etkisiz Yöntem Puanı			

*Pearson korelasyon testi

** Spearman korelasyon testi

Aleksitimi puanları ile kullanılan stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Pearson ve Spearman korelasyon testleri yapılmıştır (Tablo 4.9). Toplam aleksitimi puanı ile stresle başa çıkmada kullanılan etkili yöntemler arasında düşük düzeyde, ters yönde ilişki vardır ($r = -0,291$, $p = 0,002$). Aleksitimi puanı ile stresle başa çıkmada kullanılan etkisiz yöntemler arasında ise orta düzeyde, pozitif yönde ilişki vardır ($r = 0,333$, $p = 0,002$).

Tablo 4.10 Aleksitimi ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Spearman korelasyon testi

		N	r	p
Kontrol	TAÖ Toplam Puan	42	0,338	0,029
	ÇÇTÖ Toplam Puan			
Vaka	TAÖ Toplam Puan	42	0,146	0,355
	ÇÇTÖ Toplam Puan			

Kontrol ve vaka grubunun aleksitimi puanları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Spearman korelasyon testi yapılmıştır (Tablo 4.10). Toplam aleksitimi puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında kontrol grubunda orta düzeyde, pozitif yönde ilişki vardır ($r = 0,338$, $p = 0,029$). Vaka grubunda ise ölçekler arasında ilişki gözlenmemiştir.

4.7 Aleksitimi, Çocukluk Çağı Travması ve Stresle Başa Çıkma Durumlarının Şiddete Uğrama Durumu Üzerine Etkisi

Şiddete uğrama durumu üzerine aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzları değişkenlerinin etkisi lojistik regresyonla modellenmiştir. Sonuçlar Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11 Şiddete uğrama durumu ile aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiler

Değişken	B	OR (95% CI)	p değeri*
TAÖ Toplam	0,052	1,004-1,106	0,035
ÇÇTÖ Toplam	0,053	1,009-1,103	0,019
SBTÖ Etkili	-0,047	0,881-1,033	0,244
SBTÖ Etkisiz	0,028	0,970-1,092	0,348

*: Binary lojistik regresyon analizi

Analiz sonuçlarına göre aleksitimi düzeyi şiddete uğrama durumu üzerinde etkilidir (OR: 1.07, $p=0,035$). Şiddete uğrayan kadınların aleksitimi düzeyleri (aritmetik ortalama= $50,79\pm 12,6$) şiddete uğramayan kadınların aleksitimi düzeylerinden (aritmetik ortalama= $42,9\pm 9,5$) yüksektir.

Çocukluk çağı travmaları değişkeninin şiddete uğrama durumu üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$).

Stresle başa çıkma tarzlarından etkili ve etkisiz yöntem alt gruplarının şiddete uğrama durumu üzerine etkisi anlamlı değildir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde oluşturulan DABİM'e yönlendirilen yakın partner şiddetine maruz kalmış ve kalmamış kadın katılımcıların aleksitimik özellikler, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki farkları ve bu değişkenlerin şiddet maruziyeti ile olan ilişkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmamızda yakın partner şiddetine maruz kalmış 42 kadın birinci grubu oluşturmuştur. Herhangi bir şiddet maruziyeti olmayan 42 kadın ise ikinci grubu oluşturmuştur. Şiddet maruziyeti olmayan kadınların yaşları 23 ile 62 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 40,14'tür. Şiddete maruz kalan gruptaki kadınların yaşları ise 22 ile 61 arasında değişmektedir ve ortalaması 42,30'dur. Yakın partner şiddetine maruz kalmış olan vaka grubunun yaş ortalaması literatür ile uyumludur. [8,96,97] Çeşitli çalışmalarda düşük yaşın yakın partner şiddeti riskini arttırdığı bildirilmiştir. [25,40,98] Ancak çalışmamızda kontrol grubundaki katılımcılar, yaş açısından vaka grubu ile eşleştirilerek

çalışmaya dahil edildikleri için yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Eğitim durumu incelendiğinde, ilkokul mezunu veya daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınların oranı vaka grubunda %35,7'dir. Kontrol grubundaki katılımcılar, eğitim düzeyi açısından vaka grubu ile eşleştirilerek çalışmaya dahil edildikleri için eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Literatürde düşük eğitim seviyesi, şiddet görme riski ile ilişkili bulunmuştur. [42,97] Çalışmamızda, vaka grubunda ortaokul veya altında eğitim seviyesine sahip kadınların oranı (%54,7), lise ve üstünde eğitim seviyesine sahip kadınlardan (%45,3) yüksektir. Bu oranlar polikliniğe başvuran partner şiddeti mağduru kadınlar ile yapılmış olan yakın zamanlı bir çalışma ile benzerdir. [43]

Daha önce Çanakkale bölgesinde örneklem alınarak yapılmış kesitsel çalışmada, lise ve üstü eğitim seviyesine sahip kadınların oranı %63,2 bulunmuştur. [99] Çanakkale'de şiddete maruz kalmış kadınlarda lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olma oranının, Çanakkale genelinden düşük olması, düşük eğitim düzeyi ve şiddet maruziyeti arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

İki grup eşleştirilerek alındığı için, gelir getiren bir işte çalışmakla ilgili vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Samsun ilinde ŞÖNİM başvurusu olan şiddet mağduru kadınların özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, kadınların %32,4 'ünün çalıştığı, %67,6'sının ise çalışmadığı belirtilmiştir. [100] Bir başka çalışmada şiddet maruziyeti ile başvuran kadınlarda çalışma oranı %40,8 bulunmuştur. [43] Bizim çalışmamızda, çalışan kadınların oranı vaka grubunda %52,4'tür. Yapılan bölgesel incelemelerde, Çanakkale'yi içine alan Balıkesir bölgesinde kadınların çalışma oranı %32,4 olarak belirtilmiştir. [101] Çalışmamıza çoğunlukla il merkezinde ikamet eden kadınların katılmış olması, gelir getiren bir işte çalışma oranlarının literatüre göre daha yüksek olmasına sebep olmuş olabilir.

Grupların gelir düzeylerine bakıldığında, kontrol grubundaki kadınların %23,8'i herhangi bir gelire sahip değilken, vaka grubunda bu oran %42,9'dur. Aylık geliri asgari ücretten yüksek olanların oranı kontrol grubunda %57,2 iken,

vaka grubunda %33,3'tür. Yapılan bir çalışmada şiddet maruziyeti ile ŞÖNİM'e başvuran kadınların %45'inin kendine ait geliri olmadığı saptanmıştır. [100] Bir başka çalışmada şiddet mağduru kadınlarda asgari ücretin üzerinde gelir sahibi olanların oranı %28'dir. [97] Oranlar çalışmamız ile benzer özelliktedir. Literatürde düşük gelir düzeyine sahip olmanın yakın partner şiddetine maruz kalma riskini arttırdığı bildirilmektedir. [40,102] Bu görüşü destekleyecek şekilde, çalışmamızda iki grubun gelirleri karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki kadınların gelir düzeylerinin vaka grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılarda en yüksek oranı çekirdek aile ile yaşayan kadınlar oluştururken, vaka grubunda en sık çocukları ile yaşayanlara rastlanmaktadır. Vaka grubundaki kadınlarda boşanma veya eşiyile ayrı yaşamının kontrol grubundan belirgin olarak fazla olması nedeniyle, çocuklarıyla yaşama durumunun daha yüksek oranda görülmesi beklenen bir durumdur. Eşiyile birlikte yaşayan (eş/partner ile, çekirdek aile, geniş aile) kadınların oranı kontrol grubunda vaka grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla %66,6 ve %45,2). İki grupta evli kadınların oranları arasında da benzer bir fark bulunmaktadır.

İlişki durumu incelendiğinde kontrol grubunda evli kadınların oranı (%66,7) vaka grubundan (%47,6) yüksektir. Kontrol grubunun %7,1'i boşanmıştır, boşanmamış ancak eşiyile ayrı yaşayan katılımcı bulunmamaktadır. Vaka grubunda ise boşanmış veya eşiyile ayrı yaşayan katılımcıların toplamı %40,5'tir. Boşanmış veya ayrı olmak, tüm türlerde yakın partner şiddeti ile ilişkilidir. [103] Vaka grubundaki katılımcılar partner şiddetine maruz kalmış ve bu durumla ilgili resmi başvuruda bulunmuşlardır. Bu nedenle bu grupta boşanmış veya ayrı yaşayan kadınların; kontrol grubunda ise evli kadınların oranının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Yakın partner şiddetine maruz kalmış kadınlar ile yapılan bir vaka kontrol çalışmasında benzer sonuçlar bulunmuştur. [8] Kontrol grubundaki kadınların medeni durum oranları Çanakkale ve Türkiye genelinde yapılmış olan diğer çalışmalar ile uyumludur. [4,99,104]

Evlilik şekline baktığımızda, kendi isteği ve ailesinin rızasıyla evlenen kadınların oranları kontrol grubunda daha yüksekken, kendi isteğiyle ancak ailenin rızası dışında evlenenlerin oranları vaka grubunda daha yüksektir. Görücü usulü ile evlenenlerin oranı kontrol grubunda %18,8 olup zorla evlilik yapan yok iken, vaka grubunda görücü usulü ile evlenme oranı %10, ailenin veya partnerin zoruyla evlenme oranı ise %5'tir.

Vaka grubunu incelediğimizde ailenin rızası dışında evlenenlerin oranı, şiddete maruz kalmış kadınlar ile yapılan diğer çalışmalarla benzerdir. Kendi isteği ve ailenin rızası ile evlenenler çalışmamızın hem vaka hem kontrol grubunda literatüre göre daha yüksek oranda saptanırken, görücü usulü ile evlenenler ise daha düşük oranda saptanmıştır. [42,97,105] Kontrol grubunda evlilik şekli oranları Çanakkale ilinde yürütülmüş bir çalışma ile paralellik göstermektedir. [99] Bu nedenle kendi isteği ve ailenin rızası ile evlenme oranlarındaki yüksekliğin ve görücü usulü ile evlenme oranlarındaki düşüklüğün bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Altınay ve Arat, fiziksel şiddete maruz kalmanın, eş seçimi ve aile desteğiyle ilişkili olduğunu yazmıştır. [42] Çalışmalarda, kendi isteği ve ailesinin rızası ile evlenenlerde şiddet sıklığının; ailesinin onayını almadan, kaçarak, kaçırılarak veya görücü usulü ile evlenenlerden daha düşük olduğu bildirilmiştir. [42,106] Kadınların yalnızlaşmaları, yakın çevrelerinden yalıtılmaları ile şiddet riski arasında ilişki bulunmaktadır. [107] Aile desteğinden mahrum kalmak, bireyin sorun çözme becerileri olumsuz yönde etkileyerek şiddet sıklığının artmasında etkili olabilmektedir.[105] Evlilik veya ilişki çatışmalarının yakın partner şiddetinin güçlü bir yordayıcısı olduğu bilinmektedir. [40] İstmeden yapılan evliliklerde çatışmaların ve şiddet riskinin daha yüksek olması bu görüşle uyumludur. Araştırmamızın sonuçları istmeden veya ailenin rızası olmadan evlenen kadınlardaki şiddet oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar ile uyumlu görülmektedir. [108–110]

Literatürde evlilik yaşının küçük olmasının, özellikle 18 yaş öncesinde yapılan evliliklerin şiddete maruz kalma riskini arttırabileceği belirtilmiştir. [25,105]

Çalışmamızda evlenme/ilişkiye başlama yaş ortalaması kontrol grubunda 23,28, vaka grubunda 24,57 saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmalarda kadınların evlilik yaş ortalamasının 19,91-21,10 arasında bildirildiği gözlenmiştir. [97,105,111,112]

Erken yaşta evliliklerde ailenin isteği daha etkili olmakta, görücü usulü ve zorla evlendirmeler daha sık görülmektedir. Türkiye genelinde evli kadınlar ile yapılan Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’na göre, 18 yaş öncesinde kişinin onayı olmadan ailenin kararı ile yapılan evlilikler üç kat daha fazladır. Kendi isteği ile evlenme oranları ise 18 yaş üstünde iki katına çıkmaktadır. Çalışmamızda kendi isteği ile evlenme oranları (ailenin onayı olarak veya olmadan) kontrol ve vaka grubu arasında benzerdir (sırasıyla %81,2 ve %85). Katılımcıların şiddete maruz kaldıkları evliliğe/ilişkiye başlama yaşları ve kendi isteğiyle evlenme oranları iki grup arasında yakın bulunmuş, görücü usulü evlilikler Türkiye geneline göre daha düşük oranda saptanmıştır. Bu bulguların Çanakkale ilindeki eğitim düzeyi, kadın okuryazarlığının yüksek olması, Türkiye’de en düşük hane halkı sayısına (2,68 kişi) sahip olması gibi sosyokültürel özelliklerinin yansımaları olabileceği düşünülmüştür. [113]

Erkek partnerle kadın partner arasındaki yaş farkı ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda 2,35, vaka grubunda 4,30’dur. Manisa ilinde yürütülen bir çalışmada saptanan 3,14 yaş ortalamaları farkı ile benzerdir. [112] Erkekle kadın partner arasındaki yaş farkının fazla olmasının şiddet riskini arttırabileceği bildirilmiştir. [6,45] Eşleriyle aralarında 5-9 yaş farkı olan kadınlar, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Belirleme Ölçeği’nden daha yüksek puanlar almışlardır. [114] Bizim çalışmamızda kontrol ve vaka grubu arasında yaş farkı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Erken yaşta yapılan evliliklerde zorla evlendirilme daha sık görülmekte ve eşler arasındaki yaş farkı daha yüksek olmaktadır. [115] Çalışmamızda kendi isteğiyle evlenme oranları ve evlilik yaş ortalamalarının yüksek olması ve iki grup arasında benzer bulunması nedeniyle partnerler arası yaş farkı açısından anlamlı fark saptanmamış olabilir.

Kurumumuza başvuruları sırasında düzenli psikiyatrik ilaç kullanıyor olan katılımcılar kontrol grubunda %21,4, vaka grubunda %50'dir. Şiddete maruz kalma durumunun çok çeşitli ruhsal bozukluklara yol açabilmesi nedeniyle şiddet gören kadınlarda psikiyatrik ilaç kullanımına daha sık rastlanması beklediğimiz bir bulgudur. [1,6] Çalışmamızda ölçek puanlarının etkilenmemesi amacıyla depresyon dışındaki ruhsal bozuklukları olan katılımcılar ve depresif bozukluğu olanlar arasından orta veya ağır derecede depresyonu olanlar dahil edilmemiştir. Ancak şiddet maruziyeti sonucunda en sık rastlanan ruhsal bozukluklardan olan depresyonun, partner şiddetine uğrayan kadınların yarısına yakınında görülmesi nedeniyle depresif bulguları tamamen dışlamak mümkün olmamıştır. [8,50] Antidepresan kullanımının aleksitimik özellikler üzerine etkisi olabileceği bildirilmiştir. [116] Olası bir etkiyi değerlendirmek için ilaç kullanan ve kullanmayan grup arasında aleksitimi ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış ve anlamlı fark saptanmamıştır.

Şiddete maruz kalmış kadın katılımcıların partnerlerinde eğitim düzeyi ve çalışma durumu araştırılmıştır. Partner eğitim düzeyinin, kontrol grubunda vaka grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma durumu incelendiğinde de benzer olarak, çalışan erkek partnerlerin çoğunluğunun kontrol grubunda bulunduğu saptanmıştır. Literatürde, bulgularımızla uyumlu şekilde, erkeğin eğitim seviyesinin düşük olması veya işsiz olmasının, kadının şiddete maruz kalma riskini arttırdığı belirtilmektedir. [6,42,117]

Geçmişte ailesinde şiddete tanıklık etme durumları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Aile içi şiddete tanıklık eden kadınların çoğunluğu vaka grubunda bulunmaktadır. Kişinin çocukluğunda ebeveynleri arasında şiddete tanıklık etmesi ile gelecekte hem şiddete maruz kalması hem de şiddet uygulaması arasında ilişki bulunduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. [6,40,98,102] Yapılan prospektif bir çalışmada araştırılan nedenler arasında partner şiddetine maruz kalma riskini en çok arttıran faktörün anne baba arasında şiddete tanık olma durumu olduğu bildirilmiştir. [63] Tanıklık etme veya maruz kalma şeklinde aile kaynaklı her türlü şiddet, ilişki içinde yaşanabilecek diğer şiddet türlerinin riskini arttırmaktadır. [118] Bu şekilde karşımıza çıkan şiddet

döngüsü, şiddet içermeyen bir ortamda büyümenin ve toplumsallaşmanın önemini göstermektedir. [42]

Çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında, kontrol grubunda çocuğu olanların oranı %73,8, vaka grubunda %81'dir. Katılımcılara çocuklarına fiziksel şiddet uygulayıp uygulamadıkları sorulduğunda, çocuğu olan katılımcılar içinden kontrol grubunun %16,1'i, vaka grubunun %38,2'si evet olarak yanıtlamıştır. Çocuğa şiddet uygulama durumu için iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Literatürde kadınlarda şiddete maruz kalma ile çocuğuna şiddet uygulama arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. [6,33,87] Kuşaktan kuşağa aktarılan şiddet ve bu durumu çevreleyen duygusal atmosferin etkileri, yine şiddeti doğuran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır. [119]

Vaka grubundaki katılımcıların maruz kaldıkları partner şiddetinin özellikleri incelendiğinde, bir kişi hariç tümünde şiddet durumunun tekrarladığı görülmektedir. Kadınların %26,2'si geçmiş ilişkilerinde de şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Halen şiddete uğramaya devam ettiğini belirten katılımcıların oranı %16,7'dir. Maruz kalınan şiddet türlerine bakıldığında grubun %95,2'si fiziksel şiddete, %97,6'sı duygusal şiddete, %47,6'sı ekonomik şiddete, %35,7'si ise cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Katılımcılar tarafından en sık duygusal şiddetin bildirildiği, duygusal şiddetin yaşanan diğer şiddet türlerinin neredeyse tamamına eşlik ettiği görülmektedir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nın 2014 yılı sonuçlarına göre ülke genelinde fiziksel şiddete uğrayan kadınların oranı %36, duygusal şiddet %44, ekonomik şiddet %30, cinsel şiddet %12'dir. [25] Yakın partner şiddeti nedeniyle başvuran olguların değerlendirildiği bir çalışmada fiziksel şiddet oranı %98,4, sözel şiddet %86,8, duygusal şiddet %43,7, ekonomik şiddet %37,3 ve cinsel şiddet %16,4 raporlanmıştır. [120]

Yakın partner şiddetine maruz kalan kadınlar ile yapılan araştırmalarda kadınların çoğunlukla birden fazla şiddet türüne maruz kaldıkları bildirilmiştir. Bir çalışmada kadınların %45,1'inin birden fazla türde şiddete maruz kaldığı, şiddet türüne göre %10,7 ila %21 arasında değişen oranlarda, birden fazla ilişkisinde

partneri tarafından şiddete maruz bırakıldığı belirtilmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalanlar arasında bir defadan fazla maruz kalanların oranının %67,5, tüm şiddet türleri dahil edildiğinde ise bu oranın %97 olduğu saptanmıştır. [102]

Bir başka çalışmada kadın konukevinde kalan ve son bir yıl içinde şiddete maruz kalmış kadınlar arasında bir defadan fazla şiddet yaşayanların oranı %99, şiddet görüp evinde kalmaya devam edenlerde ise aynı oran %98'dir. [121] Şiddete maruz kalan kadınlar arasında fiziksel şiddette tekrarlamamanın %71,9, son bir yılda herhangi bir şiddet türünde tekrarlamamanın %98,7 saptandığı araştırmalar bulunmaktadır. [42,122]

Literatürde de fark edildiği gibi eşleri tarafından şiddete maruz kalan kadınlar bu mağduriyeti çoğunlukla bir defadan fazla yaşamakta ve birden çok şiddet türüne maruz kalmaktadır. [6]

Çalışmamızda, uygulanan TAÖ, ÇÇTÖ ve SBTÖ puanlarında kontrol ve vaka grubu arasında fark saptanmıştır. TAÖ toplam puan ortalaması kontrol grubunda 42,95, vaka grubunda 50,78'dir. Vaka grubu ortalaması ölçekte aleksitimi varlığı için bildirilen kesme puanının altındadır ancak kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Günümüzde aleksitimi iki kutuplu bir özellik olarak görülmemekte, süreklilik gösterdiği kabul edilmektedir. [7] Ölçekten alınan puanın artması kişide aleksitimik özelliklerin arttığını gösterir.

Literatürde şiddet ve aleksitimi ilişkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. [81,123,124] Şiddete maruz kalan kadınlarda aleksitimik özellikler üzerine yapılan araştırmalar ise oldukça kısıtlıdır. Kadınlarda partner şiddetine maruz kalma ile aleksitimik özellikler arasında ilişki olduğunu bildiren kaynaklar vardır. Partner şiddetine maruz kalmış kadınlar ile şiddet öyküsü bulunmayan kadınların TAÖ-20 ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, şiddet maruziyeti olan grubun puanları anlamlı olarak yüksek saptanmış ve aleksitiminin bu kadınların şiddet riskine karşı daha korunmasız olmalarına yol açtığı belirtilmiştir. [80] Aleksitimik kişiler, duygusal deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle kendilerini başkalarının yerine koymakta ve ötekilerin duygusal durumlarını anlamakta

zorlanmaktadır. [125] Bu durum partner seçimlerinde etkili olabilir ve karşı taraftan gelen bazı şiddet öncüllerini fark etmekte zorlanabilirler.

Hem şiddet gören hem de şiddet uygulayan kadınların dahil edildiği bir başka araştırmada, şiddete maruz kalan kadınların aleksitimi puanları kontrol grubundan yüksek saptanmış ancak arada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada, aleksitimi düzeyi daha yüksek saptanan şiddet uygulayan kişilerin, başkalarının duygularını tanımak ve anlamakta güçlük yaşadığı belirtilmiştir. [124] Aleksitimi puanları ile aile içi şiddet arasında ilişki saptanan bir başka çalışmada ise aleksitimi puanlarının aile içi şiddeti yordadığı bildirilmiştir. [126]

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ve partner şiddeti arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. İki grubun ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Kontrol grubunda ortalama toplam puan, 35 olarak kabul edilen kesme puanının altında kalacak şekilde 31,54'tür. Vaka grubunda ise ortalama 41,61'dir. Alt boyutlar değerlendirildiğinde vaka grubundaki katılımcılarda bütün alt boyutlarda pozitif bildirim saptanmıştır ve kontrol grubundan daha yüksek puanlar almışlardır. Bu bulgulardan yola çıkarak partner şiddetine maruz kalmış vaka grubundaki katılımcılarda çocukluk çağı travmalarının daha sık görüldüğünü söyleyebiliriz.

Yürütülen birçok çalışmada aile içi şiddet ve çocukluk çağı travmaları arasında ilişki saptanmıştır. [7,40,127] Kuşaklararası şiddet aktarımının incelendiği bir metaanalizde şiddet uygulanan bir ailede büyümenin, erişkinlik döneminde şiddet içeren bir evlilik içinde bulunmak ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. [38] Bir çalışmada şiddet mağduru kadınların %71'inin çocuklukta fiziksel istismar, %53'ünün ise cinsel istismar öyküsü bulunduğu bildirilmiştir. [128] Asya ve Pasifik bölgelerinde farklı ülkelerden kadın ve erkeklerin katıldığı bir araştırmada çocuklukta tüm istismar türlerinin fiziksel ve cinsel partner şiddeti ile ilişkili bulunduğu belirtilmiştir. [129] Çocukluk döneminde istismara uğrama veya şiddete tanıklık etme, erişkinlikte yakın partner şiddeti yoluyla yeniden mağdur olmaya yol açabilmektedir. Şiddet deneyimlerinin erişkinlikte şiddet mağduru olma riskini artırması, öğrenilmiş çaresizlik teorisi ile ilişkilendirilmiştir.

[1,130] Çocuklukta yaşanan olumsuz yaşam olaylarının sayısı ile kadınlarda şiddet mağduru olma, erkeklerde ise şiddet uygulama riski arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Erişkinlerde yakın partner şiddeti riskinin değerlendirilmesinde çocuklukta yaşanan istismar veya tanık olunan aile içi şiddetin sorgulanması önem taşımaktadır. [131]

Araştırmamızda kontrol grubundaki katılımcıların etkili stresle başa çıkma tarzlarını daha çok kullandığı, vaka grubundaki katılımcıların ise etkisiz tarzları daha çok kullandığı saptanmıştır. Etkili ve etkisiz tarz toplam puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Literatürde yetersiz veya uygun olmayan başa çıkma stratejileri kullanımının, daha yüksek yakın partner şiddeti mağduriyeti ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. [80] Kontrollü çalışmalarda şiddet maruziyeti olan kadınların maruz kalmayanlara göre aktif ve sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları, problemleri daha çok görmezden geldikleri gösterilmiştir. [86] Benzer şekilde evli çiftlerin ilişki özellikleri incelendiğinde, evlilikte yaşadıkları çatışmaları çözümlenmede etkili başa çıkma yöntemleri kullanmamalarının aile içi şiddet riski oluşturduğu belirlenmiştir. [6]

Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama etkili; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ise etkisiz baş etme tarzları arasında bulunmaktadır. Sosyal desteğin partner şiddeti riskine karşı koruyucu olduğu, risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada belirtilmiştir. [40] İstanbul, Ankara ve İzmir'de 1070 evli kadın ile gerçekleştirilen bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınların %83'ünün şiddetin ardından evde kalmayı tercih ettiği, %78.1'inin ise durumu kabullendiği ve sabrettiği saptanmıştır. [132] Bu bulgular çaresiz ve boyun eğici tutumun şiddete maruz kalan kadınlar arasında sıkça görülmesine örnek teşkil etmektedir. Özellikle şiddetin uzun süreli olduğu durumlarda, kadının güven duygusunda sarsılma, çaresizlik ve umutsuzluk hisleri, kontrolün kaybedildiği duygusu, kendini suçlama ve özsaygıda düşüş gözlenmektedir. [6]

Waldrop ve Resick yaptıkları çalışmada, şiddetin sıklığı, ağırlığı ve şiddet içeren ilişkinin süresinin kadının kullandığı başa çıkma stratejilerini etkileyeceğini belirtmiştir. Sosyal destek, maddi kaynaklar ve diğer somut yardım kaynakları da

bu konuda öneme sahiptir. Kadınların kullandıkları başa çıkma yöntemleri ayrılık kararı alıp almamalarını da etkilemektedir. Buna örnek olarak, bazı kadınlar kaçınma stratejisini kullanarak süregelen şiddetle başa çıkmakta, ancak uygulanan şiddetin ciddiyeti ve sıklığı arttıkça daha sıklıkla ilişkilerini bitirmeye yönelik harekete geçmektedirler. [9]

Kişilerin çoğunlukla tercih ettikleri stresle başa çıkma yöntemleri olmakla birlikte, yöntemler stresör durumlara göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle stresle başa çıkma tarzları değerlendirilirken durumların değişkenliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bir kadın iş alanında problem çözmek için daha aktif yaklaşımlar kullanıyorken, şiddet uygulayan kocası karşısında kaçınma stratejisi kullanıyor olabilir. [9] Yapılan niteliksel bir araştırmada, sığınmaevinde yaşayan kadınların şiddetle baş etme sürecinde hem problem odaklı/aktif hem duygusal odaklı baş etme yöntemlerini bir döngü içinde kullandıkları gösterilmiştir. [133]

Baş çıkma yöntemleri tercihinde öneme sahip olan bir diğer konu kısıtlamalardır. Bu kısıtlamalar çevresel kısıtlamalar, kişisel kısıtlamalar ve aşırı tehdit olarak üç kategoride sınıflandırılabilir. Sosyal temas eksikliği çevresel kısıtlamalara, yüksek bağımlılık ihtiyaçları kişisel kısıtlamalara örnek olarak verilebilir. Şiddetin yoğunluğu ise aşırı tehdidin bir göstergesidir. İstismarcı bir ortamın baş etmede yarattığı çoklu kısıtlamalar göz önüne alındığında, şiddet gören kadınların başa çıkma davranışları, kronik fiziksel ve duygusal istismar bağlamı dışında anlamlı bir şekilde anlaşılabilir. [46]

Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan korelasyon testlerinde, TAÖ ve ÇÇTÖ arasında kontrol grubunda pozitif yönde ilişki gözlenirken, vaka grubunda ilişki saptanmamıştır.

Aleksitimi, çocukluk çağından itibaren görülebilen bir özelliktir. Etiyolojisinde hem genetik hem çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. [134] Çocukluk travmaları, özellikle fiziksel ve cinsel istismar, duygu düzenlemede bozukluklara yol açabilmektedir. Fiziksel ve duygusal ihmalin, daha yüksek aleksitimi düzeyleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bakım verenin duyarsızlığı ve cevapsızlığı nedeniyle, çocuğun duygularını kelimelerle nasıl

ifade edeceğini öğrenemediği, kendisinin ve ötekilerin duygularını ayırt edemediği ve olaylar karşısında kendi duygusal cevaplarına güvenemediği belirtilmiştir. [135,136] Çalışmamızda kontrol grubunda gözlenen bu ilişki, vaka grubunda bir nedenle perdelenmiş olabilir.

Aleksitimi ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan korelasyon testi sonuçlarına göre, toplam aleksitimi puanı ile stresle başa çıkmada kullanılan etkili yöntemler arasında düşük düzeyde, ters yönde ilişki; kullanılan etkisiz yöntemler arasında ise orta düzeyde, pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Katılımcıların aleksitimi düzeyleri arttıkça, stresle başa çıkmada etkili yöntemleri daha az, etkisiz yöntemleri ise daha fazla kullandıkları ortaya konmuştur.

Literatürde bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde, aleksitiminin hem psikiyatrik hem de klinik olmayan popülasyonda immatür savunma düzenekleri ve maladaptif stresle baş çıkma yöntemleri ile ilişkili bulunduğu görülmektedir. Kullanılan duygu odaklı baş etme yöntemleri ve kaçınma alt boyutu puanları daha yüksek saptanırken, çözüm odaklı yöntem puanları daha düşük bulunmuştur. Aleksitimik bireylerin stresli durumların uyandırdığı duyguları işlemek ve düzenlemek için bilişsel becerileri kullanma eğilimlerinin düşük olması nedeniyle, bu kişiler çözüm odaklı başa çıkma yöntemlerini daha az kullanıyor olabilirler. [137,138]

Şiddete uğrama durumu ile aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiler lojistik regresyon modeli ile incelendiğinde, aleksitimi düzeyi ve çocukluk çağı travmaları değişkenlerinin şiddete uğrama durumu üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Yüksek aleksitimi düzeyi ve çocukluk çağı travmalarının fazla olması, partner şiddeti maruziyetini arttırmaktadır. Bu iki değişkenin şiddet maruziyeti üzerindeki etkileri birbirine oldukça yakındır. Stresle başa çıkma tarzlarından etkili ve etkisiz yöntem alt gruplarının şiddete uğrama durumu üzerine etkisi ise anlamlı bulunmamıştır. Aleksitimik özelliklerin ve çocukluk çağında travma varlığının erişkinlikte şiddet maruziyeti için risk

oluşturduğu bilinmektedir. [38,40,80] Bulgularımız bu anlamda literatür ile uyumlu olup bu değişkenlerin önemini tekrar vurgulamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yakın partner şiddeti, risk faktörleri ve sonuçlarına olan ilgi ve farkındalık dünyayla birlikte ülkemizde de son yıllarda artış göstermekle birlikte partner şiddetine maruz kalan kadınlarda aleksitimik özellikler üzerine yapılan araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma yöntemlerinin şiddet maruziyeti ile ilişkisini birlikte inceleyen çalışma bilgimiz dahilinde bulunmamaktadır. Çalışmamızda yakın partner şiddet maruziyeti olan ve olmayan iki grup kadının ve partnerlerinin sosyodemografik özellikleri ve maruz kaldıkları şiddetin özellikleri incelenmiştir. Katılımcıların aleksitimik özellikleri, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma tarzları değerlendirilmiş ve bu durumların şiddet maruziyeti ile ilişkisi araştırılmıştır.

Araştırmamızda yönteme ilişkin ve örneklemden kaynaklanan bir takım kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamıza katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve yalnızca Çanakkale ilindeki kadınlar dahil edilmiştir. Şiddete uğrama nedeniyle başvuran kadınların psikiyatrik görüşmeye yönlendirildiğinde çok azının gelmesi olgu sayısının artırılmasını zorlaştırmıştır. Bu nedenle ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkilerin incelenmesi mümkün olmamıştır. Farklı illerin dahil edildiği ve katılımcı sayısının artırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmamızın kesitsel niteliği nedeniyle katılımcıların maruz kaldıkları şiddet özellikleri ve kullandıkları başa çıkma yöntemlerindeki değişimler izlenememiştir. Boylamsal çalışmaların yapılması aleksitimik özellikler ve kullanılan stresle başa çıkma tarzları ile şiddet içeren ilişkiyi sonlandırma girişimleri arasındaki ilişkiyi saptamaya yardımcı olabilir.

Başvuran kadınların büyük bir kısmında depresif belirtilerin bulunması nedeniyle, bütün psikiyatrik bozuklukların dışlanması mümkün olmamış, hafif

düzyeyde depresif bulguları olan katılımcılar da çalışmaya dahil edilmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı dışlanmış olmakla birlikte, katılımcıların travma etkisinde oldukları göz ardı edilemez. Katılımcılar yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumları açısından eşleştirilmiş ancak gelir düzeylerindeki farklılıklar nedeniyle bu alanda eşleştirme yapılamamıştır.

Son olarak yalnızca partner şiddeti nedeniyle resmi bir başvurusu olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ancak şiddete maruz kalan birçok kadın sessiz kalarak şikayette bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları partner şiddeti gören tüm kadınların özelliklerini yansıtmıyor olabilir.

Elde ettiğimiz bulgular değerlendirildiğinde, vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubuna oranla daha düşük gelir düzeyine sahip olduğu, boşanma ve eşiyle ayrı yaşama oranlarının daha yüksek olduğu, ailenin rızası dışında veya zorla evlendirilmenin daha fazla görüldüğü, partnerlerinin eğitim düzeyi ve çalışma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu kadınlarda küçüklükte aile içinde şiddete tanık olma ve çocuğuna şiddet uygulama oranının daha yüksek olması, şiddetin kuşaklararası döngüsüne dikkat çekmektedir. Vaka grubundaki katılımcıların %97,6'sında şiddetin tekrarladığı, %26,2'sinin geçmişteki ilişkilerinde de şiddete maruz kaldıklarını bildirmeleri ise şiddetin tekrarlayıcı özelliğini gösteren önemli bulgulardır.

Şiddete maruz kalan kadınlarda aleksitimik özelliklerin ve çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu, bu kadınların stresle başa çıkmakta etkili yöntemleri daha az, etkisiz yöntemleri daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Aleksitimik özelliklerin ve çocukluk çağı travmalarının şiddete maruz kalma durumu üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Aleksitimik özellikler ile tercih edilen stresle başa çıkma yöntemleri arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızdan elde edilen bulgular ve incelenen birçok çalışma, risk faktörleri olan kadınlarda şiddet maruziyetinin sorgulanmasının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle çocukluk çağında aile içi şiddete tanıklık etmiş, istismar öyküsü bulunan veya geçmiş ilişkilerinde şiddete maruz kalmış kadınlarda bu

ihtimalin her zaman akılda tutulması ve bu kişilerin yakın takibi faydalı olacaktır. Aleksitimik özellikleri olan kişilerde şiddete maruz kalma riskinin artmış olduğunu bilmek, bu özelliklerin saptandığı bireylerin takibinde şiddet maruziyeti açısından dikkatli olmayı ve gerektiğinde erken müdahaleyi sağlayabilir. İlişki sorunları ile başvuran çiftlerde aleksitimik özelliklerin dikkate alınması sorun alanlarının belirlenmesine yardımcı olarak şiddet riskinin azaltılmasına imkan tanıyabilir.

Aleksitimik kişilerin bazı psikoterapi yöntemlerine daha az cevap vermesi nedeniyle, şiddet maruziyeti olan kadınlarda aleksitimik özelliklerin değerlendirilmesi bu kadınlarla yürütülecek terapötik çalışmaların içeriğinin belirlenmesinde yol gösterici olabilir. Takiplerde stresle baş etme yöntemleri belirlenerek kişilerin ihtiyaç duydukları alanlarda destek sağlanabilir. Yakın partner şiddeti ile ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılması, şiddetin önlenmesi ve olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik gerçekleştirilecek çalışmalar için önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Oram S, Fisher HL, Minnis H, Seedat S, Walby S, Hegarty K, Rouf K, Angénieux C, Callard F, Chandra PS, Fazel S, Garcia-Moreno C, Henderson M, Howarth E, MacMillan HL, Murray LK, Othman S, Robotham D, Rondon MB, Sweeney A, Taggart D, Howard LM. The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(6):487–524.
2. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*. 2022;399(10327):803–13.

3. Ellsberg M, Watts C, García-Moreno Henrica C, Jansen AFM, Heise L. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. 2005.
4. T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet. Ankara; 2009.
5. Bensley L, Van Eenwyk J, Simmons KW. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med.* 2003;25(1):38–44.
6. Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları.* 2008;11(22):81–94.
7. şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2013;5(4):507–27.
8. Signorelli MS, Fusar-Poli L, Arcidiacono E, Caponnetto P, Aguglia E. Depression, PTSD and alexithymia in victims of intimate partner violence: a case-control study. *Rev Psiquiatr Clín.* 2020;47(2):45–50.
9. Waldrop AE, Resick PA. Coping among adult female victims of domestic violence. *J Fam Violence.* 2004;19(5):291–302.
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. The world report on violence and health. World Health Organization, Geneva. 2002.
11. World Health Organization. Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. 2021;
12. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002;359(9313):1232–7.

13. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):159–70.
14. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013;340(6140):1527–8.
15. Özkan G. Kadına yönelik şiddet-aile içi şiddet ve konuya ilişkin uluslararası metinler üzerine bir inceleme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2017;7(1):533–64.
16. Karataş S, Şener Ü, Otaran N. Kadın sığınmaevleri kılavuzu. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. 2008;
17. Ali PA, Dhingra K, McGarry J. A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggress Violent Behav*. 2016;31:16–25.
18. Çiltaş Ç, Çalık Var E. Kadına yönelik şiddet ve kadın konukevi hizmetine ilişkin bir araştırma: Ankara örneği. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2019;2(1):13–23.
19. Facts and figures: ending violence against women [Internet]. UN Women. [cited 2022 Nov 11]. Available from: <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
20. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health*. 2000;90(4):553–9.
21. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M jo, Chen J. National intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2015 data brief - updated release. Atlanta, GA; 2018.

22. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and Family*. 2005;67(5):1103–19.
23. Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence--United States 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* . 2008;57(5):113–7.
24. Ediz A, Altan Ş. Türkiye’de kadına yönelik şiddet üzerine bir alan araştırması. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2017;397–410.
25. T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması özet rapor. 2014.
26. Ergin N, Bayram N, Alper Z, Selimoğlu K, Bilgel N. Domestic violence: a tragedy behind the doors. *Women Health*. 2005;42(2):35–51.
27. Yanık A, Hanbaba Z, Soygür S, Ayaltı B, Doğan M. Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye’den kanıt. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2014;104–11.
28. Kocacık F, Kutlar A, Erselcan F. Domestic violence against women: a field study in Turkey. *Soc Sci J* . 2007;44(4):698–720.
29. Güçlü YA, Can H. Ethnic background and alcohol use of the spouse emerge as major risk factors for domestic violence: an observational study from Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2018;68(12):1782–6.
30. Karaçam Z, Çalışır H, Dünder E, Altuntaş F, Avcı HC. Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2006;22(2):71–88.
31. Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;27(2):51–6.

32. Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P, Karavuş M. Kadın ve çocuklara karşı fiziksel şiddeti etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: İstanbul'da sağlık ocağı tabanlı bir çalışma. Yeni Symposium. 2006;44(4):196–202.
33. Doğanavşargil Baysal GÖ, Vahip I. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(2):107–14.
34. Alican şen A. Türkiye'de kadına yönelik şiddetle mücadele kurumlar arası işbirliği süreci ve 6284 sayılı yasanın uygulanabilirliği. Motif Akademi Halk Bilimi Dergisi. 2018;11(22):141–61.
35. Altıparmak İB. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede şÖNİM'lerin rolü: Ankara örneği. The Journal of Academic Social Science Studies. 2015;6(36):449–64.
36. Demir Ü. Kadına yönelik aile içi şiddet. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;3(1):57–61.
37. Jung H, Herrenkohl TI, Skinner ML, Lee JO, Klika JB, Rousson AN. Gender differences in intimate partner violence: a predictive analysis of IPV by child abuse and domestic violence exposure during early childhood. Violence Against Women. 2019;25(8):903–24.
38. Stith S, Rosen K, Middleton K, Busch A, Lundeberg K, Carlton R. The intergenerational transmission of spouse abuse: a meta-analysis. J Marriage Fam. 2000;62(3):640–54.
39. Bandura A. The social learning theory of aggression. In Englewood cliffs: Prentice Hall; 1977.
40. Capaldi D, Knoble N, Shortt J, Kim H. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. Partner Abuse. 2012;3(2):231–80.

41. Goodyear-Smith F, Laidlaw T. Aggressive acts and assaults in intimate relationships: towards an understanding of the literature . Behavior Sci Law. 1999;17(3):285–304.
42. Altınay A, Arat Y. Türkiye’de kadına yönelik şiddet. 2008.
43. Fidancı G. 2018-2019 yılları arasında anabilim dalımıza başvuran partner şiddeti mağduru kadınların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile adli tıp uygulamaları açısından değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [Isparta]: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
44. Jacobson NS, Gottman JM, Gortner E, Berns S, Shortt JW. Psychological factors in the longitudinal course of battering: When do the couples split up? When does the abuse decrease? Violence Vict. 1996;11(4).
45. Tang C. Wife abuse in Hong Kong Chinese families: a community survey. J Fam Violence. 1999;14(2):173–91.
46. Bulut M, Aslan R, Arslantaş H. Kabul edilmemesi gereken toplumsal bir gerçek: Yakın partner şiddeti. Sakarya Tıp Dergisi. 2020;10(2):334–47.
47. Cui M, Durtschi JA, Donnellan MB, Lorenz FO, Conger RD. Intergenerational transmission of relationship aggression: a prospective longitudinal study. Journal of Family Psychology. 2010;24(6):688–97.
48. Hyman I, Forte T, du Mont J, Romans S, Cohen MM. The association between length of stay in Canada and intimate partner violence among immigrant women. Vol. 96, American Journal of Public Health. 2006. p. 654–9.
49. Krahe B, Bieneck S, Möller I. Understanding gender and intimate partner violence from an international perspective. Sex Roles. 2005;52(11):807–27.
50. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002;359:1331–6.

51. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *Int J Family Med*. 2013 Jan 23;5:1–15.
52. Kemp A, Green BL, Hovanitz C, Rawlings EI. Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: shelter and community samples. *J Interpers Violence*. 1995;10(1):43–55.
53. Kemp A, Rawlings EI, Green BL. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: a shelter sample. *Journal of Traumatic Stress* . 1991;4(1):137–48.
54. Golding J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999;14(2):99–132.
55. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, Osborn D, Johnson S, Howard LM. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015;45(4):875–86.
56. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(5):433–51.
57. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51740.
58. Helvacı Çelik FG, Hocoğlu Ç. Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(4):695–711.
59. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain-a review. *J Child Psychol Psychiat*. 2000;41(1):97–116.

60. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence. 2006.
61. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment Report. 2022.
62. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008;32(6):607–19.
63. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):741–53.
64. Linder JR, Collins WA. Parent and peer predictors of physical aggression and conflict management in romantic relationships in early adulthood. *J Fam Psychol.* 2005;19(2):252–62.
65. Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence.* 2003;18(2):166–85.
66. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006;30(6):599–617.
67. Gomez AM. Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth Soc.* 2010;43(1):171–92.
68. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatry.* 1998;39(2):91–8.

69. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Gröger R, Franke GH, Barnow S, Freyberger HJ, Spitzer C. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychother Psychosom.* 2008;77(3):189–94.
70. Haviland MG, Warren WL, Riggs ML. An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics.* 2000;41(5):385–92.
71. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom.* 1977;28(1–4):337–42.
72. Simha-Alpern A. “I finally have words!” integrating a psychodynamic psychotherapeutic approach with principles of emotional intelligence training in treating trauma survivors. *J Psychother Integr.* 2007;17(4):293–313.
73. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Tamminen T. Alexithymia state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *J Psychosom Res.* 1994;38(7):681–5.
74. Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Ortiz-Soria B. Alexithymia--state or trait? *Span J Psychol.* 2003;6(1):51–9.
75. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom.* 2001;70(5):254–60.
76. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom.* 2004;73(2):68–77.
77. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res.* 2011;190(1):43–8.
78. Wise TN, Mann LS, Epstein S. Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study. *Psychother Psychosom.* 1991;56(3):141–5.

79. Grabe HJ, Rainermann S, Spitzer C, Gänssicke M, Freyberger HJ. The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother Psychosom.* 2000;69(3):128–31.
80. Craparo G, Gori A, Petruccelli I, Cannella V, Simonelli C. Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *J Sex Med.* 2014;11(6):1484–94.
81. Yelsma P. Affective orientations of perpetrators, victims, and functional spouses. *J Interpers Violence.* 1996;11(2):141–61.
82. Orzechowska A, Zajackowska M, Talarowska M, Gafiecki P. Depression and ways of coping with stress: a preliminary study. *Med Sci Monit.* 2013;19:1056.
83. Kaya D, Koç H. Öğretim elemanlarının stresle başa çıkma davranışlarının bazı değişkenlere göre belirlenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi.* 2009;1(2):35–50.
84. Lazarus RS, Folkman S. The stress concept in the life sciences. In: *Stress, Appraisal, and Coping* . New York: Springer ; 1984. p. 1–21.
85. Bınar ES. Sığınmaevinde kalan kadınların algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma tarzları ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
86. Clements CM, Sawhney DK. Coping with domestic violence: control attributions, dysphoria, and hopelessness. *J Trauma Stress.* 2000;13(2):219–40.
87. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2012;4(1):112–37.
88. Dutton MA. Hofstra law review understanding women' s responses to domestic violence: a redefinition of battered woman syndrome. *21(4):1993.*

89. Hamilton M. A Rating scale for depression . J Neurol Neurosurg Psychiat. 1960;23:62.
90. Akdemir A, Dönbak Örsel S, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251–9.
91. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994;38(1):23–32.
92. Güleç H, Kose S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2009;19(3):214–20.
93. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. American Journal of Psychiatry. 1994;151(8):1132–6.
94. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2012;32(4):1054–63.
95. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995;10(34):56–73.
96. Cody MW, Jones JM, Woodward MJ, Simmons CA, Gayle Beck J. Correspondence Between Self-Report Measures and Clinician Assessments of Psychopathology in Female Intimate Partner Violence Survivors. J Interpers Violence. 2017 May 1;32(10):1501–23.

97. Irmak Ç, Altıntaş M. Aile içi şiddet mağduru kadınlarda ruhsal dayanıklılık, bağlanma biçimleri, başa çıkma tutumları ve psikopatoloji. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2017;18(6):561–70.
98. Bracken MI, Messing JT, Campbell JC, la Flair LN, Kub J. Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: prevalence and risk factors. *Issues ment health nurs.* 2010;31(2):137–48.
99. Duva Y. Çanakkale il merkezinde kadına yönelik şiddetin yaygınlığının araştırılması, risk faktörleri ile ruhsal dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi [Uzmanlık Tezi]. [Çanakkale]: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; 2019.
100. Kumcağız H, Aydın Avcı İ, Talay T, Gürkan S, Kinsiz DN. Samsun Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi'ne başvuran şiddet mağduru kadınların başvuru durumları ve gereksinimleri . *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2018;7(2):401–14.
101. Türkiye İş Kurumu. İşgücü piyasası araştırması Çanakkale ili 2020 yılı sonuç raporu [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://media.iskur.gov.tr/45153/canakkale.pdf>
102. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, Rivara FP. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med.* 2006;30(6):447–57.
103. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000;90(4):553–9.
104. Görgün Baran A, Şahin Kütük B, Maybek D. Kadınların Eşleri Tarafından Gördükleri Şiddeti Meşrulaştırmaları Üzerinde Kamusal Alanın Etkisi . *Sos ve Beşeri Bilim Derg.* 2012;4(2):41–50.

105. Bildircin Sakarya B. Sığınmaevi ile Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezlerinden (ŞÖNİM) yönlendirilip yatırılarak tedavisi yapılan kadın hastaların klinik özelliklerinin ve sosyodemografik verilerinin incelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ; 2019.
106. Güleç Öyekçin D, Yetim D, Melih Şahin E. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2012;23(2):75–81.
107. UNICEF. Domestic violence against women and girls. Innocenti Digest. 2000;6.
108. Bilgin Şahin B, Erbay Dünder P. Kadına yönelik şiddet ve yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Ders. 2017;18(3):203–10.
109. Yount KM, Li L. Domestic violence against married women in Egypt. Sex Roles. 2010;63(5):47.
110. Kaymaz HE, Öztürk A, Bağcıoğlu E. Psychiatric evaluation of married women who exposed to domestic violence Aile içi şiddete maruz kalan evli Kadınların psikiyatrik değerlendirilmesi. Gaziantep Med J. 2014;20(1):19.
111. Hacıoğlu N. Social and economic resources and physical abuse against women by their husbands. Middle East Technical University. 2006;
112. Sen S, Bolsoy N. Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. BMC Womens Health. 2017;17(1).
113. Kara T, Atasoy E. Eğitim coğrafyası perspektifinden Çanakkale ili. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018;22(2):1233–57.
114. Yaman Efe Ş, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Derg. 2010;11:23–9.

115. Kaya H, Alnak A, Subaşı BZ, Arslan NB, Şahin D. Erken yaşta evliliklerin ruhsal sonuçları: Kadınların ruhsal ve cinsel sağlığındaki uzun dönem etkiler. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2022;25:57–66.
116. Kajanoja J, Scheinin NM, Karukivi M, Karlsson L, Karlsson H. Is antidepressant use associated with difficulty identifying feelings? A brief report. Exp Clin Psychopharmacol. 2018;26(1):2–5.
117. Eisikovits Z, Winstok Z, Fishman G. The first Israeli national survey on domestic violence. Violence Against Women. 2004 Jul;10(7):729–48.
118. Kwong MJ, Bartholomew K, Henderson AJZ, Trinke SJ. The intergenerational transmission of relationship violence. J Fam Psychol. 2003;17(3):288–301.
119. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(4):312–9.
120. Tokgözlü Ö. Yakın partner şiddeti olgularının değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Bitirme Tezi]. [Elazığ]: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
121. Irmak Ç. Aile içi şiddet görüp kadın konukevinde kalan kadınlarla aile içi şiddet görüp evinde kalmaya devam eden kadınların psikolojik dayanıklılık bağlanma biçimleri ve başa çıkma tutumları ve psikopatoloji açısından karşılaştırılması [Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2016.
122. Akyazı S. Kadın sığınmaevinde kalan aile içi şiddete maruz kalmış kadınlarda ruhsal bozukluklar [Tıpta Uzmanlık Bitirme Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ; 2010.

123. Vignola-Lévesque C, Léveillé S. Intimate partner violence and intimate partner homicide: Development of a typology based on psychosocial characteristics. *J Interpers Violence*. 2022;37(17–18):NP15874–98.
124. Mannarini S, Taccini F, Rossi AA. Women and violence: Alexithymia, relational competence and styles, and satisfaction with life: A comparative profile analysis. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 2021 Nov 1;11(11).
125. Tepeli Temiz Z. Bir sınıflandırma çalışması: Aleksitimik belirtiler ve bağlanma örüntüleri. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*. 2018;3(5):21–42.
126. İzgi Ş. Aile içi şiddet, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve bedenselleştirme arasındaki ilişkinin incelenmesi . *Işık Üniversitesi*; 2020.
127. Riggs D, Caufield MB, Street A. Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization . *J Clin Psychol*. 2000;56(10):1289–316.
128. Weaver TL, Clum GA. Interpersonal violence: expanding the search for long-term sequelae within a sample of battered women. *J T Stress*. 1996;9(4):783–803.
129. Fulu E, Miedema S, Roselli T, McCook S, Chan KL, Haardörfer R, Jewkes R, Fulu E, Warner X, Miedema S, Roselli T, Lang J, Naved RT, Huque H, Farah S, Shuvra MMR, Erken A, Xiangxian W, Gang F, Hongtao L, Mudrovic Z, Hua W, Hoekman A, Nikulainen E, Coquelin B, Khan M, Kusuma W, Manero CM, Larsen F, Fulu E, Warner X, Moussavi S, de Mel N, Peiris P, Gomez S, Team SI, Jinadasa K, Sikweyiya Y, Shai N, Drapuluvik-Tinabar F, Magoola P, Agyenta A, Shanahan T, Vienings T, Garcia-Moreno C, Naved RT, Jinadasa K, Vienings T, Kusuma W, Connell R, Barker G, Greig A, Roy R, Verma R, Sen KM, Johnson S. Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *Lancet Glob Health*. 2017;5(5):e512–22.

130. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006;30(6):599–617.
131. Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. *J Interpers Violence.* 2016;18(2):166–85.
132. İçli TG. Aile içi şiddet: Ankara-İstanbul ve İzmir örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi.* 1994;11(1–2):7–20.
133. Erdoğan S, Aktaş A, Onat Bayram G. Sığınma evinde yaşayan bir grup kadının şiddet deneyimleri ve baş etme yaklaşımları: Niteliksel bir çalışma. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.* 2009;6(1):807–24.
134. Taylor GJ, Bagby RM. Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *J Am Psychoanal Assoc.* 2013;61(1):99–133.
135. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample . *J Trauma Stress.* 2001;14(1):177–88.
136. Zlotnick C, Zakriski AL, Shea MT, Costello E, Begin A, Pearlstein T, Simpson E. The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 1996;9(2):195–205.
137. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatry.* 1998;39(2):91–8.
138. Wise TN, Mann LS, Epstein S. Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study. *Psychother Psychosom.* 1991;56(3):141–5.

EKLER

EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

1. Çalışmanın adı: Yakın Partner Şiddeti, Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre ŞEVİK Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tel: 0286 220 0202

Arş. Gör. Dr. Özlem Özusta Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp
Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tel : 0286 220 0202

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti: Kadına yönelik şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygındır. Kadınlarda ruhsal ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Şiddet yaşantısı olan kadınlardaki özelliklerin tanınması, gelişebilecek ruhsal bozuklukların önlenmesi, erken tanınması ve daha etkili tedavisi için önemlidir. Çalışmamızda kadınların yakın partner (eş, sevgili) şiddet yaşantıları ile çocukluk çağı travmaları, aleksitimik (duyguları tanıma ve ifade etme ile ilgili) özellikler ve stresle başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmaktadır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Yakın partner tarafından şiddete uğrama nedeniyle resmi bir kuruma başvurmanız olması nedeniyle bu araştırma için seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak ya da bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. Araştırmadan ayrılmak için Arş. Gör. Dr. Özlem Özusta'yı sözel olarak bilgilendirmeniz yeterli olacaktır ve araştırmacılar tarafından size ait veriler imha edilecektir.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Ruhsal muayenenize ek olarak kimlik bilgileriniz gizli tutularak sizinle ilgili bazı genel bilgilerin yer aldığı tarafımızca oluşturulmuş veri formu ve Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Sonrasında dört adet psikiyatrik öz bildirim ölçeği doldurmanız istenecektir. Bu ölçekler DSM - 5 için travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi, Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği, Toronto aleksitimi ölçeği ve Stresle başa çıkma tarzları ölçeğidir. Elde edeceğimiz veriler gerekli istatistiksel analizden sonra yayınlanacaktır.

7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Bu çalışmaya katılarak bireysel veya toplumsal herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Sizden hiçbir maddi talepte bulunulmayacaktır. Size ait her türlü bilginin, değerlendirmenin ve materyalin gizliliği sağlanacaktır.

8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Ruhsal değerlendirmeniz yapılacak, kadına yönelik şiddetle ilişkili faktörler ve şiddetin kadınlar üzerindeki ruhsal etkilerinin saptanmasına yardımcı olacaksınız. Araştırmanın sonuçlarıyla, şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal destek gereken alanların belirlenmesine katkı sağlayacaksınız.

9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılma durumunuzda herhangi bir masrafınız olmayacak, maddi bir bedel ödemeyeceksiniz.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Kimlik bilgileriniz ve sonuçlarınız size ait dosyanıza kayıt edilerek araştırmacıların özel arşivinde yasal süre boyunca muhafaza edilecektir. Size ait kimlik bilgileri ifşa edilmeyecektir. Size verilecek olan hasta kodları üzerinden (örneğin hasta no:1, 2.. şeklinde) üzerinden sonuçlarınız yayın haline getirilecektir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başka kişi ya da kurum/kuruluşlara verilmeyecektir.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma sonunda polikliniğimizde Arş. Gör. Dr. Özlem Özusta tarafından değerlendirme sonuçlarınız hakkında size sözel bilgilendirme yapılacaktır.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmanın sonuçları uluslararası veya ulusal düzeydeki klinik dergilerde yayınlanacak ve kongre bildirilerinde kullanılacaktır.

13. Daha ayrıntılı bilgi için,

Arş. Gör. Dr. Özlem Özusta'ya danışabilirsiniz.

14. Teşekkür: Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŐAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Yakın Partner Şiddeti, Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş: _____
2. Son bitirdiğiniz okula göre eğitim durumunuz:
Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Lisansüstü (Yüksek lisans, doktora) ()
3. Meslek: _____
4. Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
Evet ise aylık ortalama gelir miktarınız: _____
5. Size ait bir başka gelir var mı? (birden fazla işaretlenebilir)
Emekli maaşı () Kira () Günlük kazanç () Diğer: _____
6. Kiminle yaşıyorsunuz?
Yalnız () Çocuklar ile () Anne baba ile () Çekirdek aile ()
Geniş aile () Eş/Partner ile () Arkadaş ile ()
7. Nerede yaşıyorsunuz:
Köy () İlçe () İl ()
8. Medeni durum:
Bekar () Evli () Boşanmış () Ayrı () Eşi vefat etmiş ()
9. Çocukluğunuzda aile içinde şiddete tanık oldunuz mu?
Evet () Hayır ()

**Sonraki sorular şiddete maruz kalınan ilişki/evlilik için cevaplanacaktır.
Şiddete maruz kalmadıysanız mevcut ilişki/evliliğiniz için cevaplayınız.**

10. Evlilik yaptıysanız nasıl evlendiniz?
Kendi isteğimle ve ailemin rızasıyla () Kendi isteğimle ve kaçarak ()
Görücü usulü () Ailemin zoruyla () Eşimin zoruyla ()
11. Evlilik yaptıysanız kaç yaşında evlendiniz? (evlenmediyseniz ilişkiye başlama yaşı) _____
12. Evlilik öncesi tanışma süreniz ne kadardı? _____
13. Evlendiğinizde/ilişkiye başladığınızda eşiniz kaç yaşındaydı? _____

14. Eşiniz/partnerinizin son bitirdiği okula göre eğitim durumu:
Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Lisansüstü (Yüksek lisans, doktora) ()
15. Eşiniz/partnerinizin mesleği: _____
16. Eşiniz/partneriniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu? Evet () Hayır ()
Evet ise aylık ortalama gelir miktarı: _____
17. Eşiniz/partnerinize ait başka bir gelir var mı? (birden fazla işaretlenebilir)
Emekli maaşı () Kira () Günlük kazanç () Diğer: _____
18. Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()
Evet ise; hayatınızın herhangi bir döneminde çocuğunuza vurduğunuz ya da fiziksel olarak kötü davrandığınız oldu mu?
Evet () Hayır ()
19. Geçmişte yatarak ya da ayaktan psikiyatrik tedavi gördünüz mü?
Evet () Hayır ()
20. Şu anda psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
21. Eşiniz veya partneriniz ile yaşadığınız şiddet türleri hangileri? (birden fazla işaretlenebilir)
Yaşamadım () Fiziksel () Duygusal () Ekonomik () Cinsel şiddet ()

Eğer yaşadıysanız;

22. Yaşadığınız şiddet birden fazla defa tekrarladı mı?
Evet () Hayır ()
23. Geçmiş ilişki veya evliliklerinizde şiddet yaşadınız mı?
Evet () Hayır ()
24. Şu anda şiddet gördüğünüz eşiniz/partneriniz ile birlikte misiniz?
Evet () Hayır ()
25. Halen şiddete maruz kalmakta mısınız?
Evet () Hayır ()

EK 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

Toplam HAM-D skoru:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözüne bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve iritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:
Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

- A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
- 0- Kilo kaybı yok.
 - 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
 - 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 - 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK 4: Toronto Aleksitimi Ölçeği – 20

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., **Her zaman (5)** olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duyularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duyularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

EK 5: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK 6: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle basa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **genellikle neler yaptığınızı** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini **çarpı (X) koyarak** işaretleyin.

Bir sıkıntı olduğunda...	Hiç uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen uygun
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış hissedirim				
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünürüm				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım				
20- Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim				
25- "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27- "Benin suçum ne" diye düşünürüm				
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				