

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PSİKIYATRİ HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI, DEVAM EDEN ŞİDDET VE
PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Leman Elif ERDOĞAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nuray ATASOY

**ZONGULDAK
2018**

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PSİKIYATRİ HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI, DEVAM EDEN ŞİDDET VE
PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Leman Elif ERDOĞAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nuray ATASOY

**ZONGULDAK
2018**

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Devam Eden Şiddet ve Psikopatoloji İle İlişkisi

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Leman Elif ERDOĞAN

Tez Savunma Tarihi : 15/09/2017

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Nuray ATASOY

Prof.Dr. Adnan ÖZÇETİN
Üye

Prof.Dr. Nuray ATASOY
Jüri Başkanı

Doç.Dr. Levent ATİK
Üye



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik, akademik ve hayata dair desteğini her zaman hissettiğim, meslek hayatımın ilk adımlarında bana ilham olan, öğrencisi olmaktan büyük gurur ve mutluluk duyduğum çok değerli hocam Prof. Dr. Nuray ATASOY'a,

4 yıllık uzmanlık eğitimi sürecimi en verimli şekilde geçirmemi sağlayan, üzerimde çok büyük emeği olan, bilgilerini, tecrübelerini, anlayışlarını hiç esirgemeyen, saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Levent ATİK ve Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Çalışma yaşamımı güzelleştiren, asistanlık sürecinde birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Poliklinik ve servis şartlarında iş birliği içinde çalıştığımız, ayrılmaz parçamız olan bütün hemşire, sekreter ve personellerimize,

İstatistiksel analizleri yapmamda yol gösterici olan Dr. Öğr. Üyesi Çağatay BÜYÜKUYSAL'a,

Tezimin yazım aşamasında tecrübeleriyle desteğini esirgemeyen Uzm. Psk. Samet ÇELİK'e,

Üniversite ve asistanlık sürecimde her zaman yanımda olan, can dostum Dr. Özge AĞLAMIŞ'a,

Bugünlere ulaşmamda en büyük paya sahip, tükenmeyen sevgileri ve hoşgörülerini ile beni koruyup kollayan, bana doktorluk mesleğini sevdiren, hayattaki en büyük şansım canım annem Dr. Sevilay ERDOĞAN ve canım babam Dr. Mehmet ERDOĞAN'a,

Hayattaki duruşu ile bana çok şey katan, ilham kaynağım, canımdan çok sevdiğim kardeşim Dr. Mert ERDOĞAN'a,

İkinci annem, canım teyzem Yasemin ALDEMİR'e; ikinci babam, canım eniştem Mehmet ALDEMİR'e,

Hayatıma girdiği andan itibaren yüzümü hep güldüren, en büyük desteğim, hayat arkadaşım Rutkay KÜPÇÜOĞLU'na,

Ve bir Türk kadını olarak bana bilimle uğraşabilme, kutsal hekimlik mesleğini yapabilme fırsatını veren ve daima izinde olacağım ulu önder MUSTAFA KEMAL ATATÜRK'e,

Teşekkürü borç bilirim.

Nisan, 2018

Dr. Leman Elif Erdoğan



ÖZET

Leman Elif Erdoğan, Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Devam Eden Şiddet ve Psikopatoloji İle İlişkisi. Zonguldak, 2018.

Amaç: Son 30 yılda çocukluk çağı travmaları gerek psikiyatri gerekse bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda yapılan pek çok çalışma çocuklukta maruz kalınan travmanın yetişkinlikte görülen pek çok psikopatoloji ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada Zonguldak'ta yaşayan Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların çocukluk çağı travmaları ile devam eden şiddetin mevcut psikopatoloji ile ilişkisi incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Ocak 2017 ile Haziran 2017 arasında yapılmıştır. Katılımcılara içinde şiddet türleri, şiddet algıları ve tutumlarının yer aldığı sosyo-demografik soru formu ile çocukluk çağı travmaları ölçeği verilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 18 ile 65 yaş arasındaki 375 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların %52,8'i şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığını belirtmiştir. Maruz kalınan şiddet alt türlerinde sözel şiddet % 90,1; duygusal şiddet %27,8; fiziksel şiddet %63,64; ekonomik şiddet %30,8 ve cinsel şiddet % 24,7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çocukluk çağında travmaya maruziyet durumları değerlendirildiğinde ise %45,6'sı duygusal istismara, %36,3 fiziksel istismara, %17,6'sı cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir.

Sonuç: Çocuklukta maruz kalınan istismar ile yetişkinlikte devam eden şiddetin intihar düşüncelerini 4 kat artırdığı, şiddet gören bireylerin çocuklarına da 3 kat daha fazla şiddet uyguladıkları bulunmuştur. Dolayısıyla çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddet görmenin ruh sağlığı açısından ciddi sonuçlar doğurduğu, pek çok psikopatoloji ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır. Buradan hareketle yeni yapılacak çalışmaların daha geniş perspektiften önleme çalışmalarına yön vermesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, şiddet, intihar düşünceleri, psikopatoloji, çocuk istismarı.

ABSTRACT

Leman Elif Erdoğan, Childhood Trauma in Psychiatric Patients, Ongoing Violence and Psychopathology. Zonguldak, 2018.

Aim: Over the past 30 years, childhood trauma has become a problem for both public health and psychiatry. Many studies in this context show that childhood trauma is directly related to many psychopathologies seen in adulthood. The aim of this study was to investigate the relationship between childhood traumas and continuing violence of psychopathology of patients applied to the psychiatry polyclinic in Bülent Ecevit University Hospital in Zonguldak.

Method: The survey was conducted between January 2017 and June 2017. Participants filled sociodemographic questionnaire - including types of violence, perceptions of violence and attitudes- and childhood trauma scales.

Findings: 375 patients aged 18 to 65 years were included in the study. Half of the participants are exposed to violence (at least one of the subtype of violence). Ratio of verbal violence was 90.1%; emotional violence 27.8%; physical violence 63.64%; economic violence was found to 30.8% and sexual violence was found to 24.7%. In childhood, the rate of evaluation of exposure to trauma is 45.6% emotional abuse, 36.3% physical abuse, and 17.6% sexual abuse.

Results: It has been found that abuse experienced in childhood and violence continuing in adulthood increase the suicidal ideation by 4 times, and that violent individuals apply violence more than 3 times to their children. Therefore, it has been found that exposure to trauma in childhood and violence in adulthood are directly related to many psychopathologies, which have serious consequences for mental health. From here it is thought that the new work should give importance to the prevention of wider perspective on the present situation.

Keywords: Childhood trauma, violence, suicidal ideation, psychopathology, child abuse.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	14
2. GENEL BİLGİLER	15
2.1. Çocukluk Çağı Travmaları.....	15
2.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Genel Popülasyondaki Oranları	16
2.3. Çocukluk Çağındaki Fiziksel İstismarın Etkileri	20
2.4. Çocukluk Çağındaki Cinsel İstismarın Etkileri.....	21
2.5. Çocukluk Çağındaki Duygusal İstismar ve İhmalin Etkileri.....	26
2.6. Şiddet.....	28
2.7. Şiddet Türleri.....	29
2.8. Şiddet ve Ruhsal Hastalıklar	32
3. YÖNTEM.....	35
3.1. Örneklem	35
3.2. Veri Toplama Araçları.....	35
3.2.1. Demografik Veri Formu.....	35
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	36
3.3. İşlem	37
4. BULGULAR	38
4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi	38

4.2.	Katılımcıların Şiddete Yönelik Algılarının Analizi	39
4.3.	Evli Olan Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Şiddet Maruziyetlerinin Analizi	41
4.4.	Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Oranı ve Şiddetin Alt Türlerinin Analizi	44
4.5.	Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine Vermiş Olduğu Cevapların Değerlendirilmesi	45
4.6.	Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin analizi	46
4.7.	Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin analizi.....	47
4.8.	Şiddete maruz kalma durumu ile çocuklarına şiddet uygulama arasındaki ilişkinin analizi	48
5.	TARTIŞMA	49
5.1.	Katılımcıların Şiddete Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi	49
5.2.	Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Oranı ve Şiddetin Alt Türlerinin Değerlendirilmesi.....	50
5.3.	Evli olan katılımcıların betimleyici özellikleri ile şiddet maruziyet durumunun değerlendirilmesi	51
5.4.	Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi.....	53
5.5.	Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi	54
5.6.	Şiddete maruz kalma durumu ile çocuğuna şiddet uygulama arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	54
5.7.	Sonuç ve Öneriler	55
6.	KAYNAKÇA	56
7.	EKLER	71
7.1.	EK-1: Araştırma Etik Belgesi.....	71

7.2.	EK-2: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	72
7.3.	EK-4: Sosyo-Demografik Soru Formu.....	75
7.4.	Ek- 5: Çocukluk Travma Ölçeği	84
7.5.	Ek- 6: İntihal Raporu	86



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASPB: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Çocukluk Çağı Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Farklı Patolojiler Açısından Karşılaştırılması	24
Tablo 2 : Çocukluktaki Cinsel İstismarın Yetişkinlikte Görülen Psikotik Bozukluklara Etkisi	25
Tablo 3: Evli olan katılımcıların evlilik öyküleri ile şiddet maruziyet durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	42
Tablo 4: Evli olan katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile şiddet maruziyet durumlarının karşılaştırılması	43
Tablo 5: Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Oranı ve Şiddetin Alt Türlerinin Dağılımı	45
Tablo 6: Şiddete maruz kalma durumu ile çocuğa şiddet uygulama arasındaki ilişki	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1: Çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisi..... 46
- Şekil 2: Çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisi 47



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Travma ani ve beklenmedik, bir anda ortaya çıkan, bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ya da yaşamını tehdit eden olayları içerir. Çocukluk dönemi travmalarından çocuk istismarı veya ihmali; ana, baba veya bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen veya kısıtlayan eylem veya eylemsizliklerin tümüdür.

Çeşitli çalışmalardan elde edilen verilere göre yaşamın ilk yıllarında yaşanan stres, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması ve devam etmesi konusunda önemli bir risk etmenidir.

Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu konuda yapılmış olan istatistiksel çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu farklılık, istismar kavramının tanımlanmasından, farklı örnek grupları kullanılmasından, bölgesel farklılıklardan ve sosyal stigmatizasyondan kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmayla psikiyatri hastalarının çocukluk çağı istismarına uğrama yaygınlıkları, bunların tanı gruplarına ve sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması, yetişkinlikte devam eden aile içi şiddetin ruhsal hastalıklar üzerindeki etkisi ve şiddete maruz kalma durumu ile çocuklara şiddet uygulama arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma, kişinin kendi baş etme becerileri ile başa çıkamayacağı ve üstesinden gelemeyeceği, duygusal olarak kişiye acı veren olumsuz olaylar olarak tanımlanmaktadır (Mock ve ark., 2004). Başka bir tanıma göre ise travmatik olaylar, kişinin bedensel yaralanma veya ölümüyle sonuçlanan ya da kişinin kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne zarar veren ve genellikle çaresizlik duygularına yol açan olaylar olarak tanımlanmaktadır (National Library of Medicine, 2013). Travma ilk olarak 1860’larda Tardieu tarafından çalışılmış ve son derece olumsuz sonuçlara sebep olan olaylar silsilesi olarak tanımlanmıştır. Tardieu kendi çalışmasında istismar edilen çocuklar üzerinde çalışmış ve bu istismarın ne gibi sonuçları olabileceğini tartışmıştır (Labbe, 2005). Bunların yanı sıra Tardieu yapmış olduğu otopsielerde istismara uğramış çocukları tanımlamak için “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” kavramını ortaya atmıştır (Töngge, 2011). Amerikan Psikoloji Birliği (2008) travmatik olayları intiharlar, yakınların ölümü, cinsel taciz, toplumsal şiddet, tıbbi travma, kazalar, savaş deneyimleri, doğal ya da yapay felaketler gibi geniş bir yelpazede tanımlamaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ise genel olarak anne karnında başlayıp on sekiz yaşına kadar çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı olaylardır. Çocukluk çağı travmalarını tanımlamaya yönelik sorunlar devam etmekte olup bunun temel sebebinin “çocuk” kavramının ülkeden ülkeye, kültürden kültüre değişmesi sebep gösterilmektedir (Aksel & Irmak, 2012). İskandinav ülkelerinde yasalarca yirmi bir yaşına kadar her birey “çocuk” sayılırken; Türkiye hukukunda on sekiz yaşına kadar herkes “çocuk” olarak sayılmakta, Orta Doğu’da ise bu kriter çok daha farklılık gösterebilmektedir (Aksel & Irmak, 2012). Tüm bunların dışında çocukluk çağı travmaları kendi içinde erken çocukluk çağı travmaları olarak da bir bölüme sahiptir (Buss ve ark., 2015). Bunun sebebi başta Freud olmak üzere, daha sonra yapılan pek çok araştırmaya göre erken çocuklukta travmalarının kişilik ve gelişim üzerinde daha yıkıcı sonuçlara sebep olması şeklinde gösterilebilir (Polat, 2007). Pek çok araştırmacı bunun temel sebebinin 0-6 yaş döneminde çocuğun diğer yaş

dönemlerine göre kendini zihinsel olarak koruyabilecek bir dayanıklılık geliştirememiş (resilience) olması, kendisini tam anlamıyla ifade edemiyor olması ve “diğerlerinin” korunmasına daha fazla muhtaç olması şeklinde açıklamaktadır (Kourt, 2011; Kara ve ark., 2004). Bunların dışında doğal afetler, kazalar da travma tanımının içinde yer almasına rağmen bu çalışmanın içine dahil edilmemiştir.

Türkiye yasalarınca da Çocuk Koruma Kanunu’na göre çocuk: “ *daha erken yaşlarda ergin olsa dahi, on sekiz yaşını doldurmamış kişi*” olarak tanımlanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde ise çocuk: “ *çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır*”.

Çocuk istismarı ise Gil tarafından (1981) yetişkinlerin yaptıkları ya da yapmadıkları eylemlerle çocukta bulunan yeteneklerin gelişmesini engelleme şeklinde tanımlanmıştır. Taner ve Gökler ise (2004), yetişkinlerin, toplumun ahlaki kurallarının dışında ya da bu alanda uzman kişilerin “hasar verici” ya da “uygunsuz” olarak tanımladığı, çocuğun fiziksel, zihinsel gelişimini engelleyen eylem ya da eylemsizliklerin tamamı şeklinde tanımlamıştır.

2.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Genel Popülasyondaki Oranları

Çocukluk çağı travmalarının genel popülasyondaki oranlarını tahmin etmek çok zordur ve oranlar ülkeden ülkeye değiştiği gibi, aynı ülkedeki farklı çalışmalarca da değişiklik göstermektedir. İstismarlara yönelik ilk tahmin çalışmaları gerçeği yansıtmadığı şeklinde eleştirilmiştir (Ross ve ark., 1992). Bunun temel sebeplerinden bazıları bu oranların sadece devlet kayıtlarından alınıyor olması, her istismar vakasının adli takibe girmemesi, aile içinde gizli tutulması gibi sebepler gösterilebilir. Bunların yanı sıra ilk araştırmalar çocuk istismarının daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde, kız çocuklarına yönelik olduğu yönünde bildirilmiştir (Finkelhor ve Dziuba-Leatherman, 1994); ancak daha sonra bazı araştırmacılar kız ve erkek çocuklarının istismar oranlarının hemen hemen aynı olduğunu, yüksek sosyo- ekonomik düzeye sahip ailelerde de çocuk istismarı

oranlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Aksel ve Irmak (2012) yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin bu olayı daha “iyi” sakladıklarını söylemektedirler.

Araştırmalar genel popülasyonda travmaların oranının %60- 70 oranında olduğunu göstermektedir (Kilpatrick ve ark., 2000). 60 yaş ve üstü bireylerle yapılan çalışmalarda, örneklemin % 69- %86’ sının, hayatlarının en az bir döneminde duygusal, fiziksel, cinsel istismar ya da ihmale maruz kaldıklarını raporlayan çalışmalar mevcuttur (Thorp ve ark., 2012). Hoven ve arkadaşları (2004) ise bu travmaların büyük bir kısmının çocukluk döneminde olduğuna işaret etmektedir. Cook ve Niederehe (2007) erken dönemde travmaya maruz kalan yetişkinlerde psikiyatrik semptomların çok çeşitli olabileceğini söylemektedir. Araştırmalar erken travmaların yetişkinlik dönemindeki etkileri üzerine çelişkili bulgular bildirmektedir. Genel olarak iki görüş hakimdir. Bunlardan ilki aşılama hipotezi (inoculation hypothesis) olarak bilinen ve çocukluk döneminde travmaya maruz kalan çocukların yetişkinlik döneminde daha dayanıklı ve sonraki travmalar için zihinsel olarak daha koruyucu olduğunu ileri sürmektedir (Lapp ve ark., 2011; Owen ve ark., 2009; Stein ve ark., 2005). Diğer bir görüş ise yaralanabilirlik hipotezidir (vulnerability hypothesis). Bu hipoteze göre travmatik olaylar üst üste bindiğinde kişi görece olarak daha az travmatik olaylar karşısında daha negatif tepkiler verebilmektedir (Busuttil, 2004; Fridman ve ark., 2011) ve bir önceki yaşanan travma bir sonrakine zemin hazırlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, Çocuk İstismarı Önleme Toplantısı’nda (1999) çocuklara kötü muamelenin dört farklı şekilde olabileceğini belirtmiştir. Bunlar sırasıyla fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak tanımlanmıştır.

Çocuğa yönelik fiziksel istismar, yetişkinin çocuğa karşı kullandığı fiziksel gücün bir sonucu olarak, küçüğün fiziksel, zihinsel ve ruhsal açıdan gelişimini etkileyen davranışların tümü olarak tanımlanır (Kaplan ve ark., 1999) . Vurma, tokat atma, zehirlleme, yaralama gibi her türlü fiziksel temas bu gruba girmektedir.

Cinsel istismar ise, çocuklar üzerinde en zor saptanan istismar türü olarak raporlanmıştır (Lindberg & Distad, 1985; Briere & Runtz, 1986). Bunun sebepleri arasında çocuğun cinsel saldırıyı sevgi davranışı olarak algılaması, özellikle ebeveynlerin çocuğa inanmaması, yapılan tacizin aile içinde gizlenmesi ve bazen de cinsel taciz olarak kabul gören davranışlardan bazılarının kültürün bir parçası olarak görülmesi gösterilebilir (Beitchman ve ark., 1991). Cinsel istismar, cinsel ilişkiye teşebbüs, genital ya da anüs bölgesi ile doğrudan temas, kıyafetler üstünden temas, teşhircilik, çocukları yetişkinlerin cinsel aktivitelerine maruz bırakma, porno izletmek gibi pek çok şekilde olabilmektedir (Putnam, 2003; Green, 1996)). Cinsel istismar 1970'lere kadar çok nadir çalışılan bir konu olmuştur. Bunun sebebi, o dönemde cinsel istismar vakalarının oranının çok az olduğunun düşünülmesine bağlıdır; ancak özellikle 1980'lerin başında resmi kurumlara raporlanan cinsel istismar vakalarının ilginç bir şekilde katlanarak artması yasa koyucuları ve bu alandaki akademisyenleri bu konuda düşünmeye sevk etmiştir (Finkelhor, 1979). Atabaki ve Paradise (1999) bu durumun gerçek sebebinin 1970'lere gelindiğinde toplumun ve uzmanların cinsel istismar ile ilgili bilgilerinin ve farkındalığının artmış olmasına bağlamaktadır. Özellikle teknolojinin gelişmesi, medyanın yaygınlaşması bu süreci daha da hızlandırmıştır.

Amerika'da 1986 ile 1993 yılları arasında resmi kurumlara bildirilen istismar vakalarına bakıldığında 7 yılda cinsel, fiziksel, duygusal olarak istismara uğrayan çocukların oranının %67 arttığı bildirilmiştir (Birleşik Devletler Sağlık Bakanlığı, 1996). Bu rapora göre sadece 1992 yılında 149.800 çocuk cinsel istismara maruz kalmıştır.

Her ne kadar cinsel istismarın toplumdaki yaygınlığı belirlenmeye çalışılsa da araştırmalar değerleri daha çok resmi kurumların yayınladıkları raporlardan almaktadır. Gorey ve Leslie (1997) yaptıkları çalışmada 18 yaşından önce cinsel istismara en az bir kez maruz kalanların %12 ile %35 arasında olduğunu bildirmiştir. Saraçlı ve arkadaşları tarafından yapılan (2015) başka bir çalışmada da cinsel istismara uğrayanların oranı %9,7 olarak saptanmıştır.

Cinsel istismar ile ilgili literatür incelendiğinde, bir grup araştırmanın cinsel istismar için risk faktörleri etrafında toplandığı görülmektedir. Araştırmalar kız

çocuklarının erkek çocuklara oranla 2.5 -3 kat daha fazla istismar edildiğini, cinsel istismar vakalarının % 22- 29 arasında kalan bölümünün erkek olduğunu bildirmektedir (Fergusson ve ark., 1996; Sobsey ve ark., 1997). Ancak özellikle son zamanlarda yapılan çalışmalarda, kız çocukları ile erkek çocukları arasında cinsel istismara uğrama oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ajdukovic ve ark., 2013; Asscher, 2015). Araştırmacılar araştırmalarda kız çocuklarının istismara maruziyet oranlarının erkek çocuklardan daha fazla çıkmasının, kız çocuğunun istismara uğradığında daha fazla resmi kurumlara bildirilmesi, buna nazaran erkek çocuğunun istismara uğradığı bilgisinin aile içinde gizli tutulması, bir nevi erkek çocuğunun “bakireliğini kaybetme” gibi bir riski olmadığı için istismarın gizlenmesi gibi sebeplere dayandırmaktadır.

Cinsiyet değişkeninin yanında diğer bir risk faktörünün yaş olduğu bilinmektedir. Cinsel istismara uğramış vakaların %10'unun 0-3 yaş grubu çocuklar, %28'inin 4-7 yaş grubu çocuklar olduğu tahmin edilmektedir (Birleşik Devletler Sağlık Bakanlığı, 1998). En riskli grup 12 – 18 yaş arası çocuklar olarak bildirilmiştir. Bazı yazarlar kız çocuklarında cinsel istismar yaşının erkek çocuklara göre daha düşük olduğu ve istismarın daha fazla tekrarladığı yönünde raporlar sunmaktadır (Putnam, 2003).

Fiziksel engeli olmak çocuklar için bir risk oluşturmaktadır. Westcott ve Jones'a göre (1999) görme, işitme ya da zihinsel geriliği bulunan çocuklar sağlıklı çocuklara göre daha fazla istismara maruz kalmaktadır. Bunun temel sebepleri fiziksel ya da zihinsel engeli olan çocukların kendilerini ifade etmelerinde güçlüklerin olması ve yetişkenlere bağımlı olmaları gösterilmektedir.

Bu risk etmenlerinin dışında sosyo- ekonomik düzey (Finkelhor, 1993; Hedin, 2000), ırk ve etnik köken (Shaw ve ark., 2001; Paolucci ve ark., 2001) gibi değişkenler halen cinsel istismarda risk faktörleri için çelişkili sonuçlar vermektedir.

Son yirmi yılda araştırmacılar fiziksel ve cinsel istismarın dışında, bazen bu türlere eşlik eden, bazense tek başına da görülebilen duygusal istismar konusuna önem vermişlerdir (Varia & Abidin, 1999). Pek çok araştırmacı duygusal istismarın bazı koşullarda sözel, fiziksel istismardan daha önemli sonuçlar doğurduğunu ileri

sürmektedir (Bifulco et al., 2002; Boyle, 2001; Ferguson and Dacey, 1997; Gibb et al., 2001); ancak duygusal istismar çoğu zaman fiziksel, sözel ve cinsel istismarla birlikte görüldüğünden bu alanla ilgili boylamsal ampirik çalışmaları yürütmek bu alanın bir kısıtlılığı olarak görülmektedir (Spertus et al., 2003). Garbarino ve arkadaşları (1996) konunun önemine dikkat çekmek için duygusal istismarı “ruh cinayet” (soul murder) olarak tanımlamışlardır. Duygusal istismar çocuğu yok sayma, reddetme, yalnız bırakma, izole etme, korkutma, yıldırma, suça yöneltme gibi pek çok davranışla kendini gösterebilmektedir (Binngeli ve ark. 2001).

Çocukluktaki duygusal istismara bakıldığında oranlar epey yüksek olarak bulunmaktadır. Dinleyici ve Dağlı (2016) tarafından yapılan çalışmada örneklemin %78’i duygusal istismara uğradığını bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise duygusal istismar için oran %46 olarak verilmiştir. İngiltere Ulusal İstatistik Servisine göre çocukluğunda duygusal istismara uğradığını bildirenlerin oranı %18 olarak belirtilmiştir (Cowen, 1999).. Amerika’da yapılan bir çalışmada ise her 1000 çocuktan 552’sinin duygusal istismar ve ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002).

2.3. Çocukluk Çağındaki Fiziksel İstismarın Etkileri

Çocukluk çağında fiziksel istismara uğramış yetişkinlerle ilgili yapılan boylamsal çalışmalara bakıldığında, pek çok çalışma fiziksel istismar ile ruhsal hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Kaplan ve ark., 1999; Silverman ve ark., 1996). Örneğin Silverman ve arkadaşları (1996) 375 genç yetişkini boylamsal olarak takip ettikleri bir araştırmada, ergenlik döneminde fiziksel istismara uğramış olanlar ile ergenlik döneminde fiziksel istismara uğramamış olanları karşılaştırmışlardır. Fiziksel istismara uğramış olan genç yetişkinlerde belirgin olarak daha fazla intihar düşünceleri, depresyon, antisosyal davranış ve madde kullanım bozukluğu belirtileri olduğunu tespit etmişlerdir. Bu boylamsal izlem çalışmasında, fiziksel istismara uğramış kadınlarda 15 yaşına gelindiğinde kontrol grubuna göre daha fazla depresyon, anksiyete, somatik semptomlar ve intihar düşüncelerine

rastlanmıştır. Ancak sonuçlar tartışmalı gözükmemektedir. Widom ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları araştırmada alkol kullanım bozukluğu için fiziksel istismara uğrama yordayıcı bir değişken olarak bulunmuşken, erkekler için yordayıcı olarak bulunmamıştır.

Fergusson ve Lynskey ise (1997) Yeni Zelanda’da yeni doğan çocukları takip ettikleri bir araştırmada çocuklukta maruz kalınan fiziksel istismar ile daha sonra meydana gelen ruhsal bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Araştırma 1000 yeni doğan çocuk üzerinde yapılmış, çocuklar yirmi beş yaşına kadar takip edilmiş ve ara ölçümler yapılmıştır. Sonuç olarak özellikle çocukluk döneminde fiziksel istismara uğramış olan grupta, kontrol grubuna göre 25 yaşına gelindiğinde depresyon, anksiyete, antisosyal kişilik bozukluğu, intihar düşüncesi ve girişimi, madde kullanım bozukluğu %5 ile %32 arasında daha fazla görülmektedir.

2.4. Çocukluk Çağındaki Cinsel İstismarın Etkileri

Çocukluk travmalarının yetişkinlikteki psikiyatrik hastalıklar üzerindeki etkisine baktığımızda pek çok araştırma, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik dönemindeki sonuçları hakkında önemli sonuçlara değinmektedir (Sheffield ve ark., 2013; Shevlin ve ark., 2007). Özellikle Nelson ve arkadaşlarının (2002) yetişkin ikizlerle yaptığı çalışmalar cinsel istismarın uzun dönem etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Araştırmacılar istismara uğramış ikiz kardeş ile istismara uğramamış ikiz kardeşleri kıyaslamışlar ve yetişkinlik dönemindeki ruhsal hastalıklarla doğrudan ilişki kurmuşlardır. Bu hastalıklar depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, cinsel işlev bozukluğu, alkol kullanım bozukluğudur. Bunların yanı sıra çocuklukta cinsel istismara uğramış yetişkinlerde yaşamlarının diğer kısımlarında tekrar fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kalma riskleri artmaktadır (Briere, 1992; Browne ve Finkelhor, 1986).

Fromuth ve Burkhart (1989) tarafından üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada çocuklukta cinsel istismara uğramış öğrencilerde strese dayanıklılık düzeyleri, cinsel istismara uğramamış akranlarına göre daha düşük çıkmıştır. Yine

aynı çalışmada araştırmacılar Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) ve Symptom Belirti Tarama Listesi- 90 (SCL-90) ile belirti taradıklarında daha fazla psikolojik semptom barındırdıklarını tespit etmişlerdir. Hunter (1991) ise MMPI kullanarak kontrol grubu ile istismara uğramış olan yetişkinleri taradığında, MMPI'nin tüm skalalarındaki puanlar istismara uğramış yetişkinlerde belirgin olarak artmıştır.

Genel stres düzeyinin yanında cinsel istismara uğramış olan bireylerde majör depresyon görülme sıklığı üç kat artmaktadır (Palusny & Follette, 1995). Başka bir çalışmada majör depresyon prevalansı cinsel istismara uğramış grupta %13 ile % 88 arasında bulunurken; cinsel istismara uğramamış grupta %4 ile % 66 arasında bildirilmiştir (Pribor ve Dinwiddie, 1992).

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalmanın kendine zarar verme davranışı üzerinde de etkisi olduğu bilinmektedir. Bunlardan ilki cinsel istismar ile intihar düşünceleri arasındaki ilişkidir (Briere & Runtz, 1991, 1993). Saunders ve arkadaşları (1992) çocuklukta cinsel istismara uğramış yetişkinlerin %63'ünün intihar düşüncelerinin olduğunu, bu grubun %50'sinin de daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. Brown ve Anderson ise (1991) psikiyatrik hasta örnekleminde yapmış olduğu bir çalışmada cinsel istismara uğrayanların %75'inin intihar girişiminden dolayı en az bir kez hospitalize edildiğini bildirirken; istismar geçmişi olmayan hasta grubunda bu oran %57 olarak bildirilmiştir.

İstismara uğramış grupta intihar düşüncesi ve girişimi dışında sıklıkla görülen diğer bir durum ise kendini yaralama davranışdır (Self-mutilation behavior) (Linehan, 1993). Walsh ve Rosen'e göre (1988) kendini yaralama davranışı, sosyal olarak kabul edilmeyen, kişinin kasıtlı olarak yaptığı, hayatı tehdit etmeyen; ancak bedene zarar veren davranışlar olarak tanımlamaktadır. Rodriguez ve arkadaşları (1992) klinik örnekleme cinsel istismara uğramış yetişkinlerin %47'sinde kendini yaralama davranışı olduğunu bildirmiştir.

Aşağıda çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış klinik örneklem ve genel popülasyonda olan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar genel olarak özetlenmiştir.

Tablo.1’de özetlenen bozuklukların yanında son yıllarda çocukluk çağında cinsel istismara uğrama ile psikotik özellikler ve ilişkili bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Varese ve ark., 2012). Bentall ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada (2014) halüsinasyonları çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma ile ilişkilendirmiştir. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalmanın ileriki dönemde psikotik özelliklere etki oranına yönelik araştırmalar Tablo.2’de özetlenmiştir.



Tablo 1: Çocukluk Çağı Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Farklı Patolojiler Açısından Karşılaştırılması

Araştırmacılar ve yılı	Örneklem Tipi	N	Cinsel İstismar Olan %	Cinsel İstismar Olmayan
Agorafobi				
Pribor & Dinwiddie (1992)	Klinik	75	44,2	17,4
Sosyal Fobi				
Saunders ve ark. (1992)	Genel	391	8,8	5,4
Panik Bozukluk				
Stein ve ark. (1988)	Genel	3102	8,4	1,3
Obsesif Kompulsif Bzk.				
Pribor & Dinwiddie (1992)	Klinik	75	17,3	4,3
PTSD /TSSB				
Rodriguez ve ark. (1992)	Klinik	123	86	6
Krinsley ve ark. (1992)	Genel	104	64,1	4
Alkol Kullanım Bzk.				
Peters (1988)	Genel	119	22	6
Briere & Runtz (1987)	Klinik	152	26,9	10,5
Bulimia Nervosa				
Beckman & Burns (1990)	Klinik ¹	109	49	27

¹ Üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı almış hastalarla yapılmıştır.

Tablo 2 : Çocukluktaki Cinsel İstismarın Yetişkinlikte Görülen Psikotik Bozukluklara Etkisi

Araştırmacılar ve yılı	Örneklem Grubu ve Dizayn	Dışlanan değişkenler	edilen	Etki Odds Ratio)	Oranı (
Fisher ve ark. (2010)	Epidemiyolojik araştırma- Kontrol grubuna göre, İlk Psikotik Atak	Kesitsel- genetik etnisite, psikiyatrik hastalıklar	cinsiyet, yaş, SED ² , yatkınlık, diğer	2,23 (4,83)	(1.03-
Trauelsens ve ark. (2015)	Kesitsel – kontrol grubuna göre, İlk psikotik atak	İlk genetik etnisite, psikiyatrik hastalıklar	cinsiyet, yaş, SED, yatkınlık, diğer	8,51 (31,50)	(2,30-
Afifi ve ark. (2008)	Genel Kesitsel, Kişilik Bzk.	popülasyon Şizotipal Kişilik Bzk.	Yaş, cinsiyet, etnik köken, ırk, diğer kişilik bzk. ile diğer psikiyatrik bzk. dışlanmıştır.	2,05 (1,59- 2,65)	
Galletly ve ark. (2016)	Prospektif, kontrol grubuna göre pozitif belirtiler taranmıştır.			7,90 (20,66)	(3,02-
Kelleher ve ark. (2008)	Kesitsel, genel popülasyon, pozitif belirtiler taranmıştır.		Cinsiyet ve SED	4,16 (50,51)	(0,34-

² Sosyo- ekonomik düzey.

Tablo 2.'ye bakıldığında genetik yatkınlık, demografik değişkenler gibi faktörler elimine edildiğinde cinsel istismara maruz kalmanın, özellikle pozitif semptomlar üzerinde güçlü bir etkisi olduğu görülmektedir; ancak istismar türlerinin genelde bir arada görülmesi, cinsel istismar ve fiziksel istismarın aynı zamanda birer duygusal istismar da olması etki araştırmalarında ortaya çıkan bir güçlülüdür (Duhig ve ark., 2015).

Bazı çalışmalar cinsel istismarın yanında, son yıllarda çocukta fiziksel istismara maruz kalanların sayısı ile psikotik bozukluğu olan bireylerin sayısının korele olarak arttığını bildirmektedir (Bonoldi ve ark., 2013; Larsson ve ark., 2013). Buradan hareketle de psikoz için çocuklukta fiziksel istismarın bir risk faktörü olduğunu ileri sürmektedirler. Afifi ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada ise çocuklukta cinsel istismarın özellikle konversiyon ve şizotipal kişilik bozukluğuna yüksek oranda neden olduğu bulunmuştur. Bu bulgu Thompson ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırma sonuçları ile desteklenmiştir.

Bentall ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları bir çalışmada çocuklukta tecavüze uğramış (childhood rape) kişiler ile psikotik semptomları incelemişlerdir. Bu araştırma sonucunda çocuklukta tecavüze uğrama ile halüsinasyonlar ve paranoyanın ilişkili olduğu bulunmuştur. Burns ve arkadaşları (2010) ise cinsel istismarın özellikle şüphecilik ve kontrol sanrıları ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

2.5.Çocukluk Çağındaki Duygusal İstismar ve İhmalin Etkileri

Son yıllarda pek çok araştırmacı duygusal istismar ve ihmalin önemine dikkat çekmektedir (Ball & Links, 2009; Norman ve ark., 2012). Bentall ve arkadaşları (2008) günümüzde diğer istismar türlerine nazaran araştırmacıların duygusal istismar ve ihmale yönelmesinin temel sebebinin, bunların ciddi sonuçlar doğurması olarak belirtmiştir. Özellikle araştırmacılar bu süreçte Bowlby'nin yapmış olduğu çalışmalara atıfta bulunarak konunun önemine değinmektedir. Araştırmacılara göre istismar bağlanmanın önündeki en büyük engeldir ve ileriki patolojilerle de doğrudan ilişkilidir. Gerek retrospektif gerekse prospektif çalışmalar göstermektedir ki,

çocuklukta duygusal istismar ve ihmale maruz kalma ile yetişkinlikte yaşanan her türlü psikolojik ve fiziksel semptom arasında kuvvetli bir ilişki vardır (de Bellis ve ark., 2009; Nanni ve ark., 2012). Yapılan araştırmalar çocuklukta duygusal istismara ve ihmale uğramış olmanın yetişkinlikteki metabolik sendrom (Danese ve ark., 2009), artrit (Spitzer ve ark., 2013), iskemik kalp hastalığı (Dong ve ark., 2014) ve kanser (Brown ve ark., 2010) ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur.

Saraçlı ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu araştırmada duygusal istismar intiharla en ilişkili değişken olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocuklukta duygusal istismarın yetişkinlikteki sonuçlarına yönelik araştırmaların sınırda kişilik bozukluğu çerçevesinde toplandığı görülmektedir (Kuo ve ark., 2015). Sınırda kişilik bozukluğu tüm klinik popülasyonun %20 ile %40'ı arasında olduğu düşünülen bir kişilik örgütlenmesidir (Grant ve ark., 2008; Lieb ve ark., 2004). Soloff ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2002) sınırda kişilik bozukluğu tanısı almış olanların yaklaşık %84'ünün intihar girişiminde bulunduğu; %8'inin ise intihardan dolayı yaşamını kaybettiği bulunmuştur. Gerek klinik gerekse genel popülasyonu sonuçları mahiyetinde etkileyen bu bozukluğa yönelik bazı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bunlardan biri Linehan'ın öne sürmüş olduğu (1993) biyo-sosyal modeldir. Bu model, sınırda kişilik bozukluğunun biyolojik ve çevresel mekanizmaların bir kombinasyonu sonucunda şekillendiğini, çevresel boyutunda da özellikle bağlanma ile ilişkili bir patolojinin olduğunu ileri sürmektedir. Linehan'a göre (1993) sınırda kişilik bozukluğu, kişinin yetiştirilme ortamındaki sosyal aksaklıklar sebebiyle sağlıklı gelişmeyen duygu düzenleme (emotion regulation) sistemi ile bireyin biyolojik yatkınlığı arasında bir işlemin sonucudur. Özellikle Linehan kişinin yetiştirildiği ortamın burada anahtar rol oynadığının altını çizmektedir. Kuo ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu bir çalışmada duygusal istismarın, sınırda kişilik bozukluğunun bir yordayıcısı olduğunu; çocuklukta duygusal istismara maruz kalmanın kişinin duygu düzenleme sisteminde bazı hasarlara sebep olduğunu, bunların başında duygusal farkındalığın eksikliği (lack of emotional awareness), duygusal netliğin/ sınırın olmaması (lack of emotional clarity), stresle karşılaştıklarında hedefe yönelik davranışlarda ve gayreti sürdürmede zorluklar, olumsuz duygular yaşandığında dürtüsel davranışları kontrol etmede güçlük gibi problemlerin yaşandığını bulmuşlardır.

Çocuklukta maruz kalınan duygusal istismar ve ihmalin sınırda kişilik bozukluğu dışında, yetişkinlik döneminde görülen depresyon (Siyez, 2003), yeme bozuklukları, beden algısı bozukluğu (Özko, 2014) gibi bozukluklarla da ilişkili olduğunu söyleyen çalışmalar mevcuttur.

2.6. Şiddet

Şiddet, eğitim düzeyi, ekonomik statü, ülkenin gelişmişliği ya da sosyo-politik konumu farketmeksizin dünyanın her ülkesinde, coğrafyasında ve kültüründe görülen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Trevillion ve ark., 2012). Sözlük anlamına baktığımızda şiddet: “ *Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, duygu veya davranışta aşırılık*” olarak tanımlanmıştır (TDK, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=veritbn&limsec=298685 14.02.18 tarihinde erişilmiştir.). Dünya Sağlık Örgütüne göre ise “*fiziksel gücün kasıtlı olarak bir tehdit veya eylem biçiminde kullanılmasının, kişinin kendisinde, başka bir kişide ya da grup veya toplulukta, yaralanma, ölüm ya da psikolojik zarara; gelişim bozukluğuna veya yoksunluğa yol açması ya da yol açma olasılığı bulunması durumu*” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2002).

Davranışsal olarak vurma, itme gibi fiziksel davranışların yanı sıra psikolojik anlamda kişiye zarar vermektan, düşmanca davranışlara, aşağılamaya kadar geniş bir davranış yelpazesinde kendini gösterebilmektedir (Güneri, 2016). Bazı araştırmacılar bir “davranış” olarak görülen şiddet ile saldırganlık arasında bir ayrım yapmaktadır. İlk yapılan tanımlamalarda şiddet, saldırganlığın “ aşırı güç ve fiziksel teması içeren” bir alt boyutu olarak tanımlanmış ve fiziksel saldırganlığın diğer adı olarak görülmüştür (Steinmetz, 1977; Strasburg, 1978). Özellikle sosyal psikologlar şiddeti “aşırılık içeren ve fiziksel hasar vermeyi (yaralama ya da öldürme) içine alan saldırganlığın bir alt boyutu” olarak görmektedir (Bushman & Huesmann, 2006; Huesmann & Taylor, 2006). Bushman ve Huesman’a göre (2006) her türlü şiddet davranışı aynı zamanda bir saldırganlık iken; her saldırgan davranış bir şiddet değildir. Örneğin; bir çocuğun başka bir çocuğu itmesi saldırganlık olarak tanımlanırken şiddet olarak tanımlanmaz. Ancak son yıllarda fiziksel olmayan bazı eylemler doğurduğu sonuçlar nedeniyle şiddet başlığı altında incelenmeye

başlamıştır (Allen & Anderson; 2017). Örneğin sözel saldırganlığın belli biçimleri, duygusal şiddet olarak tanımlanmaktadır. Buna en tipik örnek olarak ebeveynlerin çocuklarına duygusal ya da sosyal iyi oluşlarını etkileyecek hakaretler etmesi verilebilir. Bu çalışmada şiddet ve saldırganlık yarattığı uzun ve kısa vadeli ciddi sonuçlara dikkat çekmek amacıyla eş anlamlı olarak kullanılmıştır.

2.7. Şiddet Türleri

Literatüre bakıldığında şiddetin sınıflandırılmasına yönelik pek çok çalışma olduğu görülmektedir (Krahe, 2013; Parrott & Giancola, 2007). Bu sınıflamalardan ilki tepkinin türüne (response modality) göre yapılan sınıflamadır. Buna göre şiddet, sözel (birine bağırarak ya da küfür etmek gibi), fiziksel (birine vurmak, itmek vb.), ilişkisel (birisi hakkında dedikodu çıkarmak, siber zorbalık yapmak gibi) ve cinsel (tecavüz, porno izlemeye zorlamak vb.) şiddet olmak üzere sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmanın dışında, hasarın türüne göre (fiziksel- psikolojik); etkinin süresine göre (geçici- kalıcı); şiddet eyleminin başlama durumuna göre (reaktif- proaktif) olan sınıflandırmalar da vardır (Krahe; 2013; Allen & Anderson; 2017).

Yukarıda bahsedilen şiddet türleri dışında son 20 yıldır yoğun olarak üzerinde durulan flört şiddeti ve aile içi şiddet de şiddetin türleri arasında yerlerini almıştır (Arslan, 1998).

Aile içi şiddet kadının (çoğunlukla) aile üyelerinden birinden ya da birkaçından görmüş olduğu şiddet türüdür. Bu aile üyesi anne, baba, kardeşler olabildiği gibi eş ya da çocuklar da olabilmektedir (Uysal, 2006). Bu durumla ilgili 2008 yılında Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesi Bildirgesi yayınlanmış ve kadına yönelik aile içi şiddet “*ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel ya da psikolojik olarak acı veya ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem, uygulama ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma*” olarak tanımlanmıştır. Watts ve Zimmerman’a göre (2002) kadına yönelik aile içi şiddet; kadına yapılan itme, vurma, hakaret etme gibi davranışların yanında tecavüz etmek, kadını fahişeliğe zorlamak, iş gücünün sömürülmesi gibi farklı örüntülerle de

karşımıza çıkmaktadır. Ancak özellikle kültürün bazı özellikleri kadına yönelik şiddeti meşru görmesi bu durumu halk sağlığı sorunu olarak görmenin yanı sıra toplum bazında önüne geçilmez kılmaktadır. Bunların en tipik örneği kültürümüze yerleşmiş olan “ kadının sırtından sopayı, karnında bebeyi eksik etmemek” ya da “dövülmeyen kadın, tımarsız ata benzer” gibi atasözleri ve deyimlerdir.

Aile içi şiddetin oranlarına bakıldığında ülkenin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak, oranların çok yüksek olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu çalışmada (2002) ABD’de evli kadınların evlilikleri süresince %50-60’ının en az bir kez dayak yediğini bildirmiştir. Bu oran Fransa için %51; Şili için %80; Tayland için %50 olarak bildirilirken; Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi’nin 15000 evli çift üzerinde yaptığı bir çalışmada (2014) bu oran %36 olarak bildirilmiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın benzer aralıklarla yapmış olduğu çalışmalara bakıldığında bu oran yıllara göre giderek artıyor gözükmektedir. Örneğin 1997’de yapmış olduğu araştırmada bu oran %29.6 olarak bildirilmiştir. Bu bilgilere ek olarak 2014’teki rapora göre kadınların %12’si yaşamlarının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirirken, bu oran duygusal şiddet için %44, ekonomik şiddet için %30 olarak bildirilmiştir. McClennen tarafından yapılan bir araştırmada (2005) heteroseksüel ailelerdeki aile içi şiddet oranları ile homoseksüel ailelerdeki aile içi şiddet oranları birbirine yakın bulunmuştur.

Flört şiddetine bakıldığında ise Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Koruma ve Önleme Merkezi’nce (Centers for Disease Control and Prevention) “*bir flört ilişkisi kapsamındaki herhangi bir cinsel saldırı, fiziksel şiddet, sözel ve duygusal kötü muamele*” olarak tanımlanmıştır. Bu alandaki ilk çalışmalar Makepeace (1981, 1987) tarafından yapmış olup özellikle ergenlik ve beliren yetişkinlik (Emerging adulthood) dönemlerinde olan bireyleri etkilediği görülmektedir. Makepeace (1981) flört şiddetine yönelik sebepleri incelediği bir çalışmada başlıca nedenleri kıskançlık, kadının cinsel ilişkiyi istememesi olarak göstermektedir. Marquart ve arkadaşlarının Amerika’da yapmış olduğu bir çalışmada (2007) Amerika’nın güney bölgelerinde flört şiddetinin, kuzey bölgelerine göre daha fazla olduğunu, güneyde daha fazla flört şiddeti gözükmesinin ise;

- Şiddeti kültürün bir parçası haline getirmek,
- Daha fazla geleneksel ve muhafazakar tutumlara sahip olmak,
- Toplumsal cinsiyet rollerinin daha baskın ve egemen olması şeklinde açıklamaktadırlar.

Yine aynı çalışmada flört şiddet oranı Amerika'nın güney bölgeleri için ortalama %43 civarı olarak bulunurken, diğer bölgeler için ortalama %20 ile %25 olarak bulmuşlardır.

Aile içi olgularında olduğu gibi flört şiddeti de fiziksel şiddet, duygusal şiddet, cinsel şiddet olmak üzere ayrılmaktadır ve oranları birbirinden farklılık göstermektedir. Mason ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (2014) flört şiddetinin fiziksel boyutunun oranı %10 ile %20 arasında bulunmuştur. Yine aynı çalışmada duygusal şiddet oranları %20 ile %50 arasında değişmekte olup en sık karşılaşılan şiddet türü olduğunun altı çizilmektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan benzer bir çalışmada ise duygusal şiddete maruz kalanların oranı %52 olarak bulunmuştur (Kabasakal ve Girli, 2012). Cinsel şiddet oranlarının ise %2 ile %15 arasında değiştiği görülürken (Mason ve ark., 2014); Türkiye'de cinsel şiddet boyutu %5.7 olarak bulunmuştur (Yiğitalp ve ark., 2007). ABD Hastalıkları Koruma, Önleme ve Müdahale Birimi'ne göre (Centers for Disease Control and Prevention) mağdurların ilk olarak flört şiddetini deneyimledikleri dönem 11 ile 17 yaş arası olarak gösterilmektedir (Moore ve ark., 2015). Ames ve arkadaşlarına (2014) göre ise flört şiddeti, bir halk sağlığı sorunu olarak en sık üniversite öğrencilerini etkileyen sosyolojik bir olgudur.

Flört şiddetinin nedenlerine bakıldığında, partnerine şiddet uygulayan zorbaların ailelerinde de şiddet öyküsü bulunduğu saptanmıştır (Offenhauer ve Buchalter, 2011). Wekerle ve Wolfe ise (1999) daha psikanalitik bir yaklaşımla aile içinde şiddete maruz kalan ergenlerin ya da genç yetişkinlerin “yer değiştirme” yoluyla öfkelerini yansıttıklarını belirtmektedir. Bu nedenlerin yanında Chase ve arkadaşları (2002) ebeveynlerle güvenli bağlanmanın kurulamaması, özdeşim yetersizliğinin de flört şiddeti için yordayıcı değişkenler arasında olduğunu belirtmişlerdir.

2.8. Şiddet ve Ruhsal Hastalıklar

Daha önceki bölümlerde bahsedildiği üzere, çocuklukta maruz kalınan şiddet ve istismar, bireyin yetişkinlik döneminde yaşadığı ruhsal zorlukları ve bozuklukları güçlü bir şekilde yordamaktadır; ancak dinamik bir yapıya sahip olan zihin ve ruh, ergenlik ve yetişkinlik boyunca karşılaştığı zorluklar dahilinde de şekillenmeye devam etmektedir. Bu doğrultuda çocukluğunda istismar ve yetişkinliğinde şiddet gören bireyler, diğer gruplara göre ruh sağlığı açısından daha riskli hale gelmektedir (Burger, 2006).

Aile içi şiddetin ruhsal bozukluklar üzerine etkisine bakıldığında fiziksel yaralanma ve organik kökenli hastalıkların yanı sıra (Ratner, 1993; Tollestrup ve ark., 1999; McCauley ve ark., 1995) başta depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu için bir risk faktörü olmaktadır (Cascardi ve ark., 1999; Silva ve ark., 1997). Golding (1999) tarafından yapılan bir metaanaliz çalışmasında aile içi şiddete maruz kalmanın çocukluk döneminde cinsel istismara uğrama ile benzer sonuçlar yarattığı, hatta semptomların daha akut ve şiddetli başladığı, hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise aile içi şiddete maruz kalan kadınların yaşamış olduğu problemler listelendiğinde, bu kadınların diğer yaşam stresörlerine daha dayanıksız oldukları, çocukluklarında daha fazla istismara maruz kaldıkları (aile içi şiddete maruz kalmayanlara göre), eşleri tarafından zorla cinsel ilişkiye zorlandıkları tespit edilmiştir (Cascardi ve ark., 1999; Campbell & Soeken, 1999). Aile içi şiddete maruz kalan bazı kadınlarının yaşamış oldukları depresyonun kronikleşme özelliği gösterdiğine yönelik kanıtlar olsa da bu alanda yapılan çalışmalar yetersiz gözükmektedir (Silva ve ark., 1997).

Travma sonrası stres bozukluğu açısından değerlendirildiğinde aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda TSSB görülme oranının 3 kat daha fazla olduğu raporlanmıştır (Silva ve ark., 1999). Benzer şekilde gelişmiş ülkelerde yaşayan ve aile içi şiddete maruz kalan kadınların, gelişmemiş ülkelerde aile içi şiddete maruz kalan kadınlara göre alkol ve uyuşturucu kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Amaro ve ark., 1990; Golding, 1999). Bu farktaki temel sebebin gelişmemiş ülkelerdeki kadınların ekonomik özgürlüğünün ve yaşam standartlarının

gelişmiş ülkelerdekilere göre daha kötü olduğu ve bu yüzden alkol ve uyuşturucuya erişim imkanlarının daha az olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Yapılan çalışmalar şiddet gören kadınlarda sadece ruhsal bozukluklar açısından değil; aynı zamanda bu kadınların daha düşük benlik saygısının olduğunu, kendine güvenin yitirildiğini de ortaya koymaktadır (Schofield & Hussain, 2006). Sevil ve Atan ise (2006) şiddet karşısında boşanmayı göze alamayan kadınların yaşadığı değersizlik ve aşağılık duygularının daha kronikleşme eğiliminde olduğunu belirtmektedir.

Perez ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (2007) aile içi şiddete maruz kalan kadınların hospitalizasyon oranlarına bakıldığında, şiddet görmeyen kadınlara göre 13 kat daha fazla nedeni belirsiz tıbbi şikayetlerle hastaneye geldiklerini ve daha fazla psikiyatrik tedavi gördüklerini bulmuşlardır.

Hem fiziksel hem de ruhsal açıdan ciddi derecede problemler yaşayan kadınların, neden aile içi şiddete yönelik sürecin devam etmesine yönelik davranışlarda bulunduğu dair bazı modeller geliştirilmiştir. Buna dair açıklayıcı bir model Foa ve arkadaşlarından gelmektedir (2000). Foa ve arkadaşlarına göre geçmişte çocukluktan itibaren kadınlara problem çözme becerileri, stresle başa çıkma gibi süreçler erkeklere göre daha az öğretildiğinde ya da ekonomik olarak bağımlı olduğu zaman ilişkiyi sonlandırmaya yönelik motivasyonlarının daha az olduğu, bunlara ek olarak şiddet gören kadının zaman zaman kendisini suçladığı ya da kültürel olumsuz değerlerin normalleştirilerek kadına öğretildiği zaman kadın ilişkiyi sonlandırmaya daha az gönüllü olduğu düşünülmektedir.

Bu faktörlerin dışında kişi kendi ve varsa çocuklarının bakımını karşılayabilecek maddi kaynağa sahipse, aile üyeleri ve çevresinden ayrılmaya yönelik destek görüyorsa, makro düzeyde devletler şiddet gören kadını korumaya ve desteklemeye yönelik hukuki düzenlemelere sahipse, kadın ayrılma kararını daha kolay vermektedir (Foa ve ark.,2000).

Flört şiddetinin sonuçları incelendiğinde bu olgu, en çok ergenleri ve genç yetişkinleri etkiliyor gibi gözükmektedir (Smith ve ark., 2003; Halpem ve ark., 2009). Ergenlik ya da genç yetişkinlik döneminde fiziksel ve/veya cinsel flört

şiddetine maruz kalan kadınların genel sağlık durumlarının bozulduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (Slashinski ve ark., 2003; Ackard ve ark., 2007). Yapılan çalışmalara göre flört şiddetine maruz kalan kadınlarda, sağlıklı gruba göre daha fazla depresyon (Ackard ve ark., 2007), anksiyete bozukluğu (Callahan ve ark., 2003), madde kullanım bozukluğu (Silverman ve ark., 2001; Margolin ve ark., 2013), yeme bozukluğu (Ackard ve ark., 2002), intihar düşüncesi ya da girişimi bulunduğu (Coker ve ark., 2000); bunların yanında daha fazla risk alma davranışı gösterdikleri–riskli cinsel ilişki, korunmasız cinsel ilişki vb.- (Decker ve ark., 2005; Wingood ve ark., 2001) ve daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.

Cinsel ya da fiziksel flört şiddetine maruz kalan erkek kurbanlara bakıldığında ise kadın kurbanlardan farklı olarak antisosyal davranışlar ve madde kullanım bozukluğu daha fazla gözükmetedir (Ackard ve ark., 2007; Margolin ve ark., 2013).

3. YÖNTEM

3.1.Örneklem

Bu çalışmaya Ocak 2017 ile Haziran 2017 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran 18-65 yaş arası, çalışmada yer alan anket ve ölçekleri yanıtlamayı ve psikiyatrik değerlendirme sonrası görüşme için zaman ayırmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmaya 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olan, zeka geriliği olan, aktif psikopatoloji nedeniyle ölçek ve formlara yanıt veremeyecek hastalar ile araştırmaya gönüllü katılmayı kabul etmeyen hastalar dahil edilmemiştir.

Çalışmamızın sorularının yer aldığı anket toplam 430 kişiye dağıtılmıştır; ancak eksik form doldurma, gelişigüzel doldurma veya ölçek bataryasını tamamlayamama gibi sebeplerle, analizler 375 kişi üzerinden yapılmıştır. (yanıtlanma oranı (response rate) : 87, 21).

3.2.Veri Toplama Araçları

3.2.1. Demografik Veri Formu

Bu form katılımcıların demografik bilgilerinin yanında (“yaşınız?”, “cinsiyetiniz?”, “eğitim seviyesiniz?” gibi), evlilik öyküleri (“Eşinizle nasıl evlendiniz?”, “Kaç yaşında evlendiniz?” gibi) geçmiş yaşamlarındaki aile içi ya da flört şiddeti öykülerini betimsel olarak anlayabilmek (“Eşinizin/babanızın vd. şiddet uygulamasının nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?”, “Yaşadığınız evde sizin veya çocuklarınızın can güvenliğinin olduğunu düşünüyor musunuz?”) adına bölümümüzce geliştirilmiş olan bir ölçek olup ölçeğin tamamı EK-1’de sunulmaktadır.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından (1994) çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal (duygusal, fiziksel, cinsel olmak üzere) değerlendirmek amacıyla kişinin öz bildirimine dayanan (self-report) bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin orijinal çalışmasında toplam 70 madde olup daha sonra ki revize formunda 54 maddeye düşülmüştür. 1996 yılında Şar ve arkadaşları tarafından Türkiye örneklemine standardizasyonu tamamlanan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ise 28 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar her bir maddeye 1 (Hiçbir Zaman) ile 5 (Her Zaman) arasında puan vermektedirler. Araştırmacılar her bir faktörün toplamından elde edilen toplam skoru yanında, her bir alt boyutu da değerlendirebilmektedirler ve tüm yorumlar toplam puan üzerinden yapılmaktadır (Şar ve ark., 2012). Ölçekteki 2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 29 numaralı soruların ters puanlanması gerekmektedir.

Ölçeğin güvenilirliğine bakıldığında ise testin tüm örneklem için Cronbach alfa katsayısı 0,93; test- yarım test güvenilirlik katsayısı ,97 olarak bulunmuştur (Şar ve ark., 2012). Alt faktörlere bakıldığında ise duygusal istismar alt kümesinin güvenilirlik katsayısı ,90; fiziksel istismar güvenilirlik katsayısı ,90; cinsel istismar güvenilirlik katsayısı ,73 olarak saptanmıştır. Alt boyutlara ait soru numaraları ise aşağıda verildiği gibidir:

- Duygusal istismar: 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerden,
- Duygusal ihmal: 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerden,
- Cinsel istismar: 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerden,
- Fiziksel istismar: 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerden,
- Fiziksel ihmal: 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerden oluşmaktadır.

3.3.İşlem

Araştırma sorusuna karar verildiğinde önce Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na çalışmanın etik olarak incelenmesi için gerekli formlar hazırlanıp başvurulmuştur. Araştırma önerisi şeklinde sunulan araştırmamız, etik kurul tarafından onaylanmış olup eklerde sunulmuştur.

Veri toplama aşaması toplam 6 ay sürmüş olup veriler üzerinde betimleyici istatistikler, Ki Kare, Mann Whitney U testi uygulanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi

Araştırmaya katılan toplam 375 katılımcının %63,7'si kadın; % 36,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların toplam yaş ortalaması $33.44 \pm 12,36$ olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %3,2'si okur-yazar değilken, %21,6'sı ilk okul mezunu, %14,9'u orta okul mezunu, %36,8'i lise mezunu ve %23,5'i üniversite mezunudur. Katılımcıların %37,9'u hali hazırda bir işte çalışır durumdayken, %62,1'i çalışmamaktadır. Çalışmayan grubun %14,9'u öğrenci olduğu için çalışmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında ise %47,5'inin bekar, %44,3'ünün resmi nikahlı olduğu görülmektedir. Katılımcıların ailelerinin gelir durumuna bakıldığında ortalama aylık gelir durumu $2950 \pm 1925,0$ TL olarak bulunmuştur.

Katılımcılardan alınan diğer bir bilgi grubu katılımcılarımızın genel sağlık durumlarına ilişkin bilgiler olmuştur. Bu bağlamda ilk olarak katılımcılara sağlık güvenceleri olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %93,3'ü sağlık güvencesi olduğunu belirtmiştir.

Daha önce de belirtildiği üzere örneklem grubunun tamamı Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi psikiyatri anabilim dalı polikliniğine başvuran kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların tanılarına bakıldığında çok geniş bir spektrumda hastalık tanılarının dağıldığı görülmüştür. Hem çok fazla tanı almış hastanın bulunması, hem de her tanı grubunda belli sayıda katılımcının olmayışı nedeniyle tanıların üst başlık altında toplanmasının ileriki istatistikler için daha uygun olacağı kanaatine varılmıştır.³ Buna göre depresyon, uyum bozukluğu, distimi, psikotik

³ Katılımcıların %28'i depresyon; %26,9'u panik bozukluk, %11,5'i depresyon + anksiyete bozukluğu tanısı, %8,3'ü şizofreni, %5,6'sı bipolar afektif bozukluk, %4,5'i yaygın anksiyete bozukluğu, %2,7'si uyum bozukluğu, %2,4'ü obsesif kompulsif bozukluk, %1,1'i travma sonrası stres bozukluğu, %1'den

depresyon tanılarını almış hastalar depresyon başlığı altında (n= 167; %44,5); yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) anksiyete başlığı altında (n= 135; %36,0); şizofreni ve atipik psikoz tanıları psikoz başlığı altında (n= 36; %9,6); bipolar tip 1 ve tip 2 bipolar başlığı altında (n= 21; %5,6); alkol kullanım bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu bağımlılık başlığı altında (n=6; % 1,6); vajinismus, anoreksia, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve konversiyon bozukluğu diğer kategorisinde (n= 10; %2,7) tanımlanmıştır.

Katılımcıların tedavi süreleri ortalaması $34,5 \pm 53,68$ ay şeklinde olup en az 1 ay ile en çok 420 ay (35 yıl) arasında değişmektedir. Hastaların %65,6'sı tedavilerini düzenli bir şekilde aldığını belirtirken geri kalan grup tedavilerini düzgün ve sürekli almadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaneye yatış sayılarına bakıldığında ise, katılımcıların ortalama hastaneye yatış sayıları 2,77 olarak bulunmuştur ($ss= 3,04$). En az bir kez yatış olurken en çok ise 20 kez yatışı olan katılımcı bulunmaktadır.

Tüm bunlara ek olarak katılımcılara kendilerinin ve eşlerinde sigara içip içmedikleri sorulmuştur. Buna göre katılımcıların %43,7'si sigara içtiklerini, %21,1'i alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Eşlerine bakıldığında ise %51,2'si eşinin sigara içtiğini; %22,1'i eşinin alkol kullandığını bildirmiştir.

4.2.Katılımcıların Şiddete Yönelik Algılarının Analizi

Katılımcıların tamamına araştırmanın bir bölümünde şiddeti nasıl tanımladıkları ile şiddeti nasıl algıladıklarına yönelik sorular sorulmuştur.

İlk olarak katılımcılara şiddet eylemi sayılabilecek 7 farklı davranış örneği sunulmuş ve katılımcılardan hangilerini şiddet olarak algıladıkları sorulmuştur. Bu şiddet eylemleri “dövme, tokat atma, itekleme” gibi fiziksel şiddet unsuru olabileceği gibi “ bir yere gitmeye izin vermeme” ya da “aldatma, zorla cinsel ilişkiye girme” gibi şiddetin diğer alt türlerine ait örnekleri de içermektedir. 7 farklı şiddet örneği

az olacak şekilde de sosyal fobi, alkol madde kullanım bozukluğu, atipik psikoz, psikotik depresyon, vajinismus, anoreksia nervosa, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, konversiyon bozukluğu oluşturmaktadır.

içerisinden tümünü şiddet olarak algılayıp işaretleyen 375 katılımcı içerisinden 94 katılımcı (%25,1) olmuştur. Şiddet maddelerini tek tek ele aldığımızda ise katılımcılar en çok % 98,4 ile fiziksel şiddet örneğini (dövme, tokat atma, itekleme) şiddet olarak tanımlamışlardır. Daha sonra sözel şiddet olan “hakaret etme, küfretme” örneğini %78,7’si şiddet olarak tanımlamaktadır. Diğer örneklerde ise katılımcılar “aşağılama, beğenmeme, dalga geçme” için %65,3’ü; “para vermeme, evin ihtiyaçlarını karşılamama, çalıştırmama” davranışını %42,4’ü; “bir yere gitmeye izin vermeme” davranışını %35,7’si; “kıskanma, davranışlarını kısıtlama, giyimine karışma” davranışını %39,7’si; “aldatma, zorla cinsel ilişkiye girme” davranışını %65,5’i şiddet olarak tanımlamaktadırlar.

Katılımcılara daha sonra bir erkeğin kadına yönelik uyguladığı şiddetin suç olup olmadığı sorulduğunda, katılımcıların %95,7’si bu durumu suç olarak görmüştür. Yine katılımcılara uygulanan bu şiddet karşısında erkeğe ceza verilip verilmemesi sorulduğunda katılımcıların %94,9’u şiddet karşısında erkeğin ceza alması gerektiğini düşünmüştür.

Son olarak katılımcılara şiddetin gerekli olduğu durumların olup olmadığı sorulmuştur. Bu durumda ise ortaya çıkan yüzdelikler aşağıdaki gibidir:

- Kocasını/karısını aldatma karşısında şiddetin gerekli olduğunu düşünenler %27,7,
- Ev işini yapmama/ çalışmama karşısında şiddetin gerekli olduğunu düşünenler %5,1,
- Kaynananın sözünü dinlememe, karşı gelme karşısında şiddetin gerekli olduğunu düşünenler %3,5,
- Kocasının/ karısının sözünü dinlememe karşısında şiddetin gerekli olduğunu düşünenler %11,2,
- Çok para harcama karşısında şiddetin gerekli olduğunu düşünenler %1,9 olarak bulunmuştur.

4.3.Evli Olan Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Şiddet Maruziyetlerinin Analizi

Bu bölümde resmi nikahlı olan 166 kişinin evlilik öyküleri ve eşleriyle ilgili değişkenlerin betimleyici istatistikleri verilmiştir. Buna göre ilk olarak evli olan katılımcıların öğrenim durumu ile şiddete maruz kalma durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Ki Kare testi yapılmıştır. Yapılan Ki Kare sonucuna göre öğrenim durumu ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2_{(4)} = 8,524$; $p > .05$).

Aile içi şiddete maruz kalma durumu ile meslek arasındaki farka bakmak için Ki Kare analizi yapılmıştır. Yapılan Ki Kare sonucuna göre iki değişken arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2_{(4)} = 7,704$; $p > .05$). Benzer sonuçlar eşin öğrenim durumu ($X^2_{(4)} = 5,173$; $p > .05$) ile eş ile tanışma biçiminde de bulgulanmıştır ($X^2_{(3)} = 5,692$; $p > .05$).

Daha sonra evli katılımcıların şiddete maruz kalma durumları ile ilk evlilik yaşları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız t testi uygulanmıştır. Yapılan t testi sonucuna göre eşinden şiddet görenler ile görmeyenlerin ilk evlilik yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t_{(163)} = -0,930$, $p > 0.05$).

Evli katılımcıların son evlilik süreleri ile şiddet görme maruziyet durumları arasında fark bulunmamıştır ($t_{(163)} = -1,102$, $p > 0.05$). Benzer sonuçlar çocuk sayısı ile şiddet görme durumu arasında da saptanmıştır ($t_{(163)} = -0,335$, $p > 0.05$).

Tablo 3: Evli olan katılımcıların evlilik öyküleri ile şiddet maruziyet durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Şiddete Maruz Kalanlar (n=78)	Şiddete Maruz Kalmayanlar (n=88)	Toplam (n=166)	p
Eşi ile tanışma biçimi	Tanışıp anlaşılarak	36	49		,270
	Görücü usulü	30	32		
	Kaçarak	12	5		
	Zorla kaçırılarak	-	1		
İlk evlilik yaşı		22,48 ± 5,35	23,21 ± 4,81		,259
Son evlilik süresi		16,25 ± 9,61	18,40 ± 10,71		,182
Çocuk sayısı		1,92 ± 1,08	1,97 ± 1,01		,738

Tablo 4: Evli olan katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile şiddet maruziyet durumlarının karşılaştırılması

		Şiddete Maruz Kalanlar (n=78)	Şiddete Maruz Kalmayanlar (n=88)	Toplam (n=166)	p
Doğum yeri	İl	40	30		,717
	İlçe	32	36		
	Köy	5	22		
Öğrenim Durumu	Okuma-yazma yok	-	3		,074
	Okur-yazar/ ilkokul	26	39		
	Ortaokul	14	19		
	Lise	27	16		
	Üniversite	10	11		
Meslek	Çalışıyor	26	41		,103
	Ev hanımı	44	38		
	Öğrenci	4	1		
	Emekli	3	8		
Eşin Öğrenim Durumu	Okuma-yazma yok	-	2		,270
	Okur-yazar/ ilkokul	23	37		
	Ortaokul	16	14		
	Lise	24	20		
	Üniversite	14	14		

Bunların yanında katılımcılara ailenin yapısı ile ilgili sorular sorulmuştur. Örneğin “evde “aile reisi” kimdir?” sorusuna katılımcılarımızın %80,9’u baba, %10,4’ü anne, geri kalan kısmı ise kayınpeder, kayınvalide gibi diğer seçenekleri bildirmişlerdir. Diğer grubunun oranı ise %8,7 olarak saptanmıştır. Buradan hareketle evde önemli kararlar alınırken katılımcılara danışılıp danışılmadığı sorulduğunda, katılımcıların %79,8’i kendilerinin fikirlerinin alındığını, %8,7’si kendilerine sorulmadığını, %11,5’i ise bazen kendi fikirlerinin alındığını bildirmişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen ikinci bir soru grubu katılımcıların ailelerinde ya da kendilerinde suç öyküsü olup olmadığını anlamaya yöneliktir. Buna göre katılımcıların %13,7’sinin evinde silah bulunmaktadır. Katılımcıların %20,2’sinin eşinin daha önce cezaevinde yatış öyküsü bulunmaktadır. Bu oran 37 kişiye denk gelmektedir. 37 kişinin yarısına yakını (%45,7) kavgaya karışma sonucu cezaevinde yattığını belirtirken, 9 (%25,7) kişi basit yaralama, 3 (%8,6) kişi cinayet ve aile bireylerine şiddet, 2 (%5,7) kişi hırsızlık, 1 (%2,9) kişi ise alkol/ madde kullanımına bağlı yasal sorun ve diğer sebepler olarak bildirmiştir.

4.4.Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Oranı ve Şiddetin Alt Türlerinin Analizi

Araştırmaya dahil edilen 375 kişinin %52,8’inde (n=198) fiziksel, sözel, duygusal, cinsel, ekonomik şiddetin en az bir ya da bir kaçına maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalan katılımcıların en yüksek oranda sözel şiddete maruz kaldıkları, en az ise cinsel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Burada şiddete maruz kalan katılımcının şiddet türlerinden sadece birine maruz kalmış olabileceği gibi birkaç şiddet türü ya da tamamına maruz kalma ihtimali de bulunmaktadır. Diğer oranlar tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5: Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Oranı ve Şiddetin Alt Türlerinin Dağılımı

	Sayı	%
Toplam Şiddet	198	52,8
Fiziksel Şiddet	126	63,64
Sözel Şiddet	180	90,1
Duygusal Şiddet	59	27,8
Cinsel Şiddet	49	24,7
Ekonomik Şiddet	61	30,8

4.5.Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine Vermiş Olduğu Cevapların Değerlendirilmesi

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğine vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde örneklem grubunun çocuklukta en çok %45,6 ile duygusal ihmale maruz kaldıkları bulunmuştur. Bunu sırasıyla %38,4 ile duygusal istismar, %36,3 ile fiziksel ihmal, %22,9 ile fiziksel istismar ve %17,6 ile cinsel istismar takip etmektedir. Tüm istismar türlerine bakıldığında ise katılımcıların %52,8'inin çocukluk çağında bir istismar öyküsü olduğu saptanmıştır.

4.6.Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin analizi

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte aile içi şiddete maruz kalma durumlarının intihar düşüncesi ile ilişkisini anlamak için ki kare analizi yapılmıştır. Buna göre çocuklukta travmaya maruz kalma ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma değişkenleri ile 2 x 2 bir matris oluşturulmuştur.

	İntihar Düşüncesi	
	Var	Yok
CCT ⁴ - Ş ⁵ -	7 (%8,14)	28 (% 34,6)
CCT +; Ş +	52 (%62,46)	20 (% 24,7)
CCT - ; Ş +	18 (%20,9)	17 (%20,9)
CCT + ; Ş -	9 (%10,5)	16 (%19,8)
Toplam	86 (%100)	81 (%100)

Şekil 1: Çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisi

Buna göre depresyon hastalarında çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumu arasında intihar düşünceleri açısından anlamlı bir fark vardır ($X^2_{(3)} = 28,687$; $p < .000$)

⁴ CCT: Çocukluk Çağı Travması

⁵ Ş: Yetişkinlikte Maruz Kalınan Şiddet

+: Maruz kalma

-: Maruz kalmama

4.7.Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin analizi

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte aile içi şiddete maruz kalma durumlarının anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisini anlamak için ki kare analizi yapılmıştır. Buna göre çocuklukta travmaya maruz kalma ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma değişkenleri ile 2 x 2 bir matris oluşturulmuştur. Buna göre anksiyete hastalarında çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumu arasında intihar düşünceleri açısından anlamlı bir fark vardır ($X^2_{(3)} = 11,480$; $p < .009$).

	İntihar Düşüncesi	
	Var	Yok
CCT ⁶ - Ş ⁷ -	7 (%18,9)	47 (%48,45)
CCT +; Ş +	14 (%37,84)	17 (% 17,52)
CCT - ; Ş +	8 (%21,62)	14 (%14,43)
CCT + ; Ş -	8 (%21,62)	20 (%20,61)
Toplam	37 (%100)	97 (%100)

Şekil 2: Çocuklukta travmaya maruz kalma durumu ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisi

⁶ CCT: Çocukluk Çağı Travması

⁷ Ş: Yetişkinlikte Maruz Kalınan Şiddet

+: Maruz kalma

-: Maruz kalmama

4.8. Şiddete maruz kalma durumu ile çocuklarına şiddet uygulama arasındaki ilişkinin analizi

Çocuğuna/ çocuklarına şiddet uygulayıp uygulamadığı tüm katılımcılara sorulmuştur. Toplam 166 evli katılımcı arasından 154'ünün çocuğu vardır. Buna göre şiddete uğrama ile çocuğuna şiddet uygulama arasında anlamlı bir fark vardır ($X^2_{(1)}=11,437$, $p<.001$). Buna göre evli olan katılımcıların %46,7'si şiddet alt türlerinden (fiziksel, sözel, cinsel) en az birine maruz kaldığını belirtmiştir. Buna göre şiddet görenlerin %27,8'i çocuklarına şiddet uyguladıklarını belirtirken, şiddet görmeyenlerin %7,31'i çocuğuna/ çocuklarına şiddet uyguladığını belirtmiştir. Çocuklara yönelik şiddet durumu ile katılımcıların şiddete maruz kalma oranları aşağıdaki tabloda ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 6: Şiddete maruz kalma durumu ile çocuğa şiddet uygulama arasındaki ilişki

		Şiddete Maruz Kalanlar	Şiddet Görmeyenler	Toplam	p
Çocuğa şiddet uygulama	Evet	20	52	72	,001
	Hayır	6	76	82	
Toplam		26	128	154	

5. TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Şiddete Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi

Pek çok araştırmacıya göre kadına yönelik şiddet evrensel bir problemdir (Nayakve ark., 2003; Garcia- Moreno, 2000; Walker, 1999). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her üç kadından biri hayatlarının en az bir dönemde karşı cins tarafından şiddete maruz kalmaktadır (WHO, 1997). Son 20 yılda pek çok örgüt ve hükümet kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik pek çok önleyici müdahale programı geliştirmiştir. Bunların başında bilişsel davranışçı modeller (Dunford, 2000), cinsiyet rollerini yeniden tanımlamaya yönelik (gender role resocialization) feminizm odaklı bilişsel modeller (Saunders, 1996); güven, bağlanma, çocukluk çağı travmaları ile yüzleştirmeyi ön plana alan süreç odaklı psikodinamik modeller (Davis ve Taylor, 1999) gelmektedir. Her ne kadar bu modeller çıktıları itibariyle kadına yönelik şiddeti birey bazında önleyebilir gözüktse de, ulaşabildiği kişilerin sayısı baz alındığında toplumun tümüne genellenebilirlik açısından yetersiz kaldığı gözükmemektedir. Bu bağlamda pek çok sosyal psikolog kadınlara yönelik şiddeti bir halk sağlığı sorunu olarak görmekte ve etkin ve kalıcı çözümler için toplumun kendisiyle topyekün çalışılması gerektiğini ileri sürmektedir (Sullivan ve ark., 1999; Bilgin, 2011; Altemeyer ve ark., 1988). Bu noktada araştırmacılar geleneksel cinsiyet rollerinin yeniden inşa edilmesi gerektiğini (reconstruction), şiddeti olumlayan kültür öğelerinin yeniden yapılandırılmaları gerektiğini önermektedirler (Sullivan ve ark., 1999; Bilgin, 2011). Burada özellikle hem kadınların hem de erkeklerin kadına yönelik şiddete yönelik algılarının anahtar görev gördüğü düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların %25'inin şiddet eylemlerinin tamamını şiddet olarak algılaması buna bir örnek olarak gösterilebilmektedir. Diğer oranlara bakıldığında katılımcıların şiddet türleri içerisinde en fazla fiziksel şiddeti (% 98,4) şiddet olarak tanımladığı görülmektedir. Bunun, yarattığı sonuçlar bakımından fiziksel şiddet eylemlerinin duygusal ve sözel şiddete göre daha kolay tanımlanabilir ve daha kolay ölçülebilir olması sebebiyle olduğu düşünülmektedir (Zeytinoğlu, 1990; Bahçecik, 1993). Bu bağlamda araştırmada katılımcıların en yüksek oranda

fiziksel şiddet eylemlerini tanımlaması literatürle uyumlu bir sonuçtur. Ancak hem bu bulgu hem de duygusal şiddete yönelik soruları katılımcıların çok az bir kısmının (% 35,7) şiddet olarak tanımlaması, psikolojik şiddeti görmezden gelme açısından düşündürücüdür.

Son olarak kadına yönelik şiddeti meşrulaştırıcı kadın algılarına bakıldığında, katılımcılar en fazla kadının eşini aldattığı zaman şiddeti hakettiğine yönelik düşüncelerini bildirmişlerdir (%27,7).

5.2. Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Oranı ve Şiddetin Alt Türlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 3 değerlendirildiğinde araştırmaya katılan katılımcıların yarısından fazlasının hayatlarının en az bir döneminde şiddet türlerinden bir ya da bir kaçına maruz kaldıkları saptanmıştır. Literatüre bakıldığında gerek yurtdışında gerekse yurt içinde kadınların aile içi maruz kaldıkları şiddete yönelik oranların çok farklı aralıklarda olduğu saptanmaktadır. Örneğin, Altınay ve Arat (2007) tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada genel olarak şiddete maruz kalma oranını %36 olarak bildirirken, Ergin ve arkadaşları (2001) bu oranı %59 olarak bildirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yapmış olduğu çalışmada ise bu oran ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak %50-60 arasında bulunmuştur. Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmada da Zonguldak örneklemi için paralel bir sonuca ulaşıldığı kanaatine varılmıştır. Araştırmalarda bulunan sonuçların birbirinden farklı çıkmasının başlıca nedenleri arasında ise şiddet davranışlarının tanımlanması arasındaki fark, özellikle cinsel şiddetin katılımcılar tarafından bildirilmemesi ya da “tokat atma” gibi eylemlerin kültürel olarak şiddet olarak algılanmaması gösterilebilir (Watts ve Zimmerman, 2002).

Fiziksel şiddet için bakıldığında bu çalışmada oran %63,64 olarak saptanırken, Jansen ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir çalışmada ise %39 olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2002) 48 ülkede yürütmüş olduğu bir çalışmada ise fiziksel şiddete maruz kalma oranlarının ülkeden ülkeye %10 ile %69

arasında değiştiği görülmektedir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise fiziksel şiddet oranı %63 olarak bulunmuştur (Watts ve Zimmerman, 2002).

Bu çalışmada tüm şiddet türleri arasından en yüksek maruziyet sözel şiddet boyutunda görülmektedir. şiddete maruz kalanların %90,1'i sözel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Açıkgöz (2014) Zonguldak ilinde genel popülasyonda yapmış olduğu çalışmada tüm şiddet türleri içinde yine en çok maruz kalınan şiddet türünü sözel şiddet olarak tespit etmiştir.

Duygusal şiddete bakıldığında katılımcıların %27,8'i duygusal şiddete maruz kaldıklarını bildirirken bu oranın hem yurt içinde yapılan (Altınay ve Arat, 2007; Ergin ve ark., 2001) hem de yurt dışında yapılan çalışmalardan (WHO, 2002; Watts ve Zimmerman, 2002) genel olarak düşük çıktığı görülmektedir. Buradan duygusal şiddet ile diğer şiddet türleri kıyaslandığında katılımcıların maruz kalmış oldukları sözel, fiziksel ve ekonomik şiddeti aynı zamanda birer duygusal şiddet olarak görmedikleri düşünülmektedir.

Cinsel şiddete maruz kalma değerlendirildiğinde Jansen ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada oran %15 olarak bildirilirken bizim çalışmamızda %24,7 olarak bulunmuştur. Yine Açıkgöz (2014) yapmış olduğu çalışmada genel popülasyonda oranı %7 olarak bulmuştur. Buradan hareketle psikiyatrik popülasyonda cinsel şiddete maruziyetin 3,5 kat daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. şenol ve arkadaşları (2013)  alışmalardaki oranlar ile gerçekteki oranlar arasındaki en büyük farkın bu şiddet türünde olduğunu belirtmektedir.

Benson ve arkadaşları (2003) tarafından ekonomik şiddete maruz kalanların oranı %30 olarak bulunurken, bizim çalışmamız için bu oran %30,8 olarak bulunmuştur.

5.3. Evli olan katılımcıların betimleyici özellikleri ile şiddet maruziyet durumunun değerlendirilmesi

Bu kısımda evli olan katılımcıların yaşadıkları yer, eğitim durumları, eşlerinin eğitim düzeyi, meslekleri ile şiddet görüp görmeme arasında fark olup

olmadığına bakılmıştır. Yapılan analizlerde tüm değişkenlerle şiddet görme açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

İlk olarak eğitim düzeyi ile şiddet görme durumu arasındaki farka bakıldığında, iki değişken arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Genel olarak kadının eğitim seviyesi yükseldikçe aile içi şiddetin azalacağı varsayılsa da, pek çok çalışmada eğitim düzeyi yüksekliği ile şiddet maruziyeti arasında fark çıkmamıştır (McCall & Shields, 1986; Ellsberg ve ark., 1999). Counts ve arkadaşları (1992) eğitim düzeyinin doğrudan şiddet görme ile ilişkisinin olmadığını, eğitim düzeyi yüksekliği ile şiddet arasında fark yaratan kavramın sosyal güçlendirme (social empowerment) olduğunu ileri sürmektedir. Yani kişi hem eğitim düzeyi yüksek olsa, hem de ekonomik olarak bağımsızlığını kazansa dahi sosyal ağları ile özgüven (self-confidence) olmadığını müddetçe, eğitim düzeyi ile ekonomik bağımsızlığın tek başına aile içi şiddette koruyucu bir rolü olmadığını söylemektedir. Aynı zamanda kadın toplumda aktif olarak yer aldığı ve kadınlara yönelik şiddeti kınayan bir kültür geliştirildiğinde bu bakış açısının kadına yönelik şiddete karşı koruyucu olduğunu söyleyen çalışmalar da mevcuttur (Levinson, 1989). Örneğin bazı Afrika kabilelerinde kadına şiddet uygulayan erkekler kabileden dışlanmaktadır (Schuler ve ark., 1996); ancak tüm bunlara rağmen eğitim düzeyi yükseldikçe aile içi şiddetinin azaldığına yönelik çalışmalar da mevcuttur (Altınay ve Arat, 2007; Şahin ve ark., 2012).

Evlilik yaşı ile şiddet görme arasındaki ilişkiye yönelik literatüre bakıldığında, çalışmaların birbiriyle uyumlu olmadığı görülmektedir (Şahin ve ark., 2012; Shrivastava ve Shrivastava, 2013; Öyekçin ve ark., 2012). Bazı çalışmalarda kadının evlenme yaşı düştükçe şiddet görme durumun arttığı yönünde sonuçlar bulunsa da (Şahin ve ark., 2012), bazı çalışmalarda iki değişken arasında bir fark bulunamamıştır (Shrivastava ve Shrivastava, 2013). Bizim çalışmamızda ise evlenme yaşı ile şiddet görme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Evlilik süresine bakıldığında ise hakim olan görüş evlilik süresi arttıkça şiddet maruziyetinin azaldığı yönündedir; ancak bizim çalışmamızda evli olan kadınlarda şiddet görenlerle şiddet görmeyenler arasında evlilik süresi açısından fark

bulunamamıştır. Benzer bir çalışma Açıkgöz (2014) tarafından aynı bölgede yapılmıştır ve çalışmacılarda benzer sonuçlar bulunmuştur.

Evlenme biçimleri ile şiddete maruz kalma arasındaki farka bakıldığında tanışma biçimi ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir fark olduğunu söyleyen çalışmalar mevcut olsa da (Öyekçin ve ark., 2012) bizim çalışmamız için anlamlı bir fark çıkmamıştır.

5.4. Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Çocukluk çağı travmaya maruz kalma ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumunun depresyon hastalarındaki intihar düşünceleri arasındaki farka bakıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Şekil 1 incelendiğinde ilk olarak depresyon hastalarının yarısında (%51,5) intihar düşüncesi bulunduğu görülmektedir.

Hem çocukluk çağı travmasına maruz kalan hem de şiddete maruz kalan grup ile hem çocukluk çağı travmasına hem de şiddete maruz kalmayan grup arasındaki intihar düşüncesi arasındaki farka bakıldığında, ilk grupta intihar düşüncesinin 7,5 kat daha fazla gözüktüğü görülmektedir.

Travma türlerinden birine maruz kalmak (çocukluk çağı travması- şiddet) ile intihar düşüncesi arasında spesifik bir anlamlılık bulunamamıştır. Sadece şiddete maruz kalanlar ile sadece çocukluk çağı travmasına maruz kalanlar intihar düşünceleri bakımından birbirine yakın çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında ise bulunan sonuç önceki çalışmalarla uyumlu çıkmıştır (Saraçlı ve ark., 2015; Ross, 2011).

5.5. Çocukluk çağı travmaları ile aile içi şiddete maruziyet durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşüncesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile yetişkinlikte şiddete maruz kalma durumunun anksiyete hastalarındaki intihar düşünceleri arasındaki farka bakıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Şekil 2 incelendiğinde ilk olarak anksiyete hastalarının %27,4'ünde intihar düşüncesi bulunduğu saptanmıştır.

Hem çocukluk çağı travmasına maruz kalan hem de şiddete maruz kalan grup ile hem çocukluk çağı travmasına hem de şiddete maruz kalmayan grup arasındaki intihar düşüncesi arasındaki farka bakıldığında, ilk grupta intihar düşüncesinin 2 kat daha fazla gözüktüğü görülmektedir.

Travma türlerinden birine maruz kalmak (çocukluk çağı travması- şiddet) ile intihar düşüncesi arasında spesifik bir anlamlılık bulunamamıştır. Sadece şiddete maruz kalanlar ile sadece çocukluk çağı travmasına maruz kalanlar intihar düşünceleri bakımından birbirine yakın çıkmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen diğer hastalık grupları sayıca az olduğu için intihar düşüncesi ile ilgili değişkenler çalışılamamıştır.

5.6. Şiddete maruz kalma durumu ile çocuğuna şiddet uygulama arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Şiddete maruz kalma ile çocuklarına şiddet uygulama durumları arasındaki farka bakıldığında, şiddete maruz kalan katılımcılar ile şiddet görmeyen katılımcıların çocuklarına şiddet uygulama oranları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Yapılan Ki Kare analizi sonucunda birinci gruptaki katılımcıların çocuklarının, ikinci gruptaki katılımcıların çocuklarına oranla yaklaşık 4 kat daha fazla şiddet uyguladıkları bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında şiddete maruz kalma durumu ile çocuğuna şiddet uygulama arasında yüksek derecede korelasyon bulunduğu, şiddet görenlerin çocuklarına, şiddet görmeyenlere göre daha fazla uyguladıkları bildirilmiştir (Vahap ve Doğanavşargil, 2006; Güler ve ark., 2002). Bu bağlamda bu çalışma için literatürle paralel sonuçlar bulunmuştur.

5.7. Sonuç ve Öneriler

Yapılan bu çalışmada psikiyatrik tedavi gören katılımcıların aile içi şiddet, şiddet algısı ve çocuklara yönelik uyguladığı şiddetin sıklığı çalışılmıştır. Yapılan analizler sonucu psikiyatrik popülasyonda genel popülasyona göre kadına yönelik şiddetin daha fazla olduğu, psikiyatrik tanı almış kişilerin çocuklarının da daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Bu bağlamda psikiyatrik tanı almanın şiddete maruz kalma açısından risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Genel popülasyondan farklı olarak bu çalışma için kadınların en fazla sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldıkları, duygusal şiddeti “ bir şiddet eylemi” olarak görmedikleri / algılamadıkları bulunmuştur. Genel popülasyona göre daha fazla şiddete uğrayan kişilere yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi, hem birey bazında hem de devletlerce birer politika haline getirilmesinin önemi giderek artmaktadır. Bu noktada bir psikiyatrist olarak şiddet gören bir hastayla karşılaşıldığında nereye başvurulacağının, hangi destek ve yardım mekanizmalarının kullanılabileceğinin, hangi resmi kurumun ne amaçla ve hangi işleyişle çalışıldığının bilinmesinin, kadına yönelik şiddet karşısında koruyucu olduğu ve rehabilitasyon süreçlerinde hangi kanun ve yönetmeliklerin yürürlükte olduğunun bilinmesinin önem taşıdığı bilinmelidir. Kesitsel olarak bakıldığında her ne kadar şiddete maruz kalan kadınları yönlendirebileceğimiz sığınma evleri gibi kurumlar mevcut olsa da, halihazırda şiddet uygulayan erkeklere yönelik rehabilitasyon merkezleri bulunmayışı şiddete karşı topyekün önlem almada önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra erken yaşlardan başlayıp ileriye dönük izlem çalışmalarına ve koruma/önleme müdahale programlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

6. KAYNAKÇA

Açıkgöz HO. Zonguldak il merkezinde kadına yönelik aile içi şiddetin yaygınlığı, şiddet türleri, şiddet algısı ve kadınların şiddete yönelik tutumları. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2014.

Afifi T, Enns M, Cox B, Asmundson G, Stein M, and Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. Am. J. Pub. Health. 98: 946–952, 2008.

Aksel Ş, Yılmaz- Irmak T. Gelişim Psikolojisi Bakış Açısıyla Çocuk Suçluluğu, Ege Üniversitesi Yayınları. 1. Baskı. İzmir, 2012.

Allen JJ, Anderson CA. Aggression and violence: Definitions and distinctions. Major Reference Works, 2017.

Altınay AY, Arat Y. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Punto Baskı, 72-93, 2007.

Amaro H, Fried L, Cabral H, *et al* .Violence during pregnancy and substance use Am J Public Health, 80 : 575-579, 1990.

Ames T, Glenn L, Simons L. Dating Violence: Promoting Awareness and Mitigating Risk Through Nursing Innovations. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 26: 143-147, 2014.

Ajdukovic D, Ajdukovic D, Bogic M, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, *et al* . Recovery from Posttraumatic Stress Symptoms: A Qualitative Study of Attributions in Survivors of War. PLoS ONE 8(8): e70579, 2013.

Asscher JJ, Van der Put CE, Stams GJJM. Gender differences in the impact of abuse and neglect victimization on adolescent offending behavior. Journal of Family Violence, 30, 215-225, 2015.

Arslan D. Aile İçinde Kadına Yönelen Şiddet ve İstanbul Kadın Misafirhanesi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998.

Atabaki S, Paradise J. The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*, 104:178–186, 1999.

Bahçecik N. Kavaklı A. Çocuk istismarı ve ihmali. *Hemşirelik Bülteni* 1993.

Ball JS, & Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63–68, 2009.

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1997). Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Erişim Yeri: <http://www.aile.gov.tr>, Erişim Tarihi: 26.2.18.

Beckman KA, Burns GL. Relation of sexual abuse and bulimia in college women *International Journal of Eating Disorders*, 9, 487-492, 1990.

Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 15, 537-556, 1991.

Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, & McGorry PD. Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 568–579, 2008.

Bentall RP, Wickham S, Shevlin M, Varese F. Do Specific Early-Life Adversities Lead to Specific Symptoms of Psychosis? A Study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. *The Journal of Psychoses and Related Disorders*. 38(4): 734-740, 2012.

Bentall RP, de Sousa P, Varese F, Wickham S, Sitko K, Haarmans M, & Read J. From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1011–1022, 2014. Erişim Yeri: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-014-0914-0> Erişim Tarihi: 10.04.18.

Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258, 2002.

Binggeli NJ, Hart SN, Brassard MR. *Psychological maltreatment: A study guide*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.

Bushman BJ, Huesmann LR. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160;348-352, 2006.

Bonoldi I, Ercole S, Rocchetti M, Codjoe L, Rossi G, Gambi F, Balottin U, Caverzasi E, Politi P, Fusar-Poli P. Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210(1): 8-15, 2013.

Briere J, Runtz M. Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18, 413-423, 1986.

Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin* 99: 66-77, 1986.

Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse *American Journal of Psychiatry*, 148; 55-61, 1991.

Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, & Giles WH. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10,20, 2010.

Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 1992

Briere J, Runtz M. The long-term effects of sexual abuse: A review and synthesis J. Briere (Ed.), *Treating victims of child sexual abuse*, Jossey-Bass, Newbury Park, CA 1991.

Briere J, Runtz M. Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment *Journal of Interpersonal Violence*, 8; 312-330, 1993.

Burger JM. Kişilik. Çev: İnan Deniz, Erguvan Sarıoğlu. İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2006.

Burns JL. Jackson HG. Harding Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19: 801-819; 2010.

Buss KE, Warren JM, Horton E. Trauma and Treatment in Early Childhood: A Review of the Historical and Emerging Literature for Counselors. *The Professional Counselor* 5(2): 225-237, 2015.

Busuttill W. Presentations and management of Posttraumatic Stress Disorder and the elderly: a need for investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 429-439, 2004.

Campbell JC, Soeken K. Women's responses to battering over time: an analysis of change *J Interpers Viol*, 14: 21-40, 1999.

Cascardi M, O'Leary KD, Schlee CA. Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women *J Fam Violence*, 14: 227-250, 1999.

Chase K, Treboux D.& O'Leary K. Characteristics of High-Risk Adolescents' Dating Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 17, no. 1, 33– 49, 2002.

Cook JM, Niederehe G. Trauma in older adults. In: Friedman M, Keane T, Resick P, (eds): *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2007.

Counts D, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary*, Westview Press: Boulder, Colorado, 1992.

Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, & Caspi A. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease:

Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 1135–1143, 2009.

Davis RC, Taylor BG. Does batterer treatment reduce violence? a synthesis of the literature. *Women Criminal Justice*. 10:69-93, 1990.

de Bellis MD, Hooper SR, Spratt EG, & Woolley DP. Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 868–878, 2009.

Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi* 38, 2016.

Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, & Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110, 1761–1766, 2004.

Duhig M, Patterson S, Connell M, Foley S, Capra C, Dark F, Gordon A, Singh S, Hides L, McGrath JJ, Scott J. The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 2015.

Dunford FW. The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *J Consult Clin Psychol*. 68:468- 476, 2000.

Güneri E. Akıl Hastaları ve Şiddet: Şiddetim İnsanlığımdan, Deliliğimden Değil!, İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları, 2016.

Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S. A Winkvist Researching violence against women, methodological considerations from three Nicaraguan Studies *Studies in Family Planning*, 32 :pp. 1-16, 1999.

Fergusson D, Horwood L, Lynskey M. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1365–1374, 1996.

Ferguson AG. How good is the evidence relating to the frequency of childhood sexual abuse and the impact such abuse has on the lives of adult survivors? *Public Health* 111:387–391, 1997.

Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 617–630, 1997.

Finkelhor D. *Sexual & victimized children*. New York: The Free Press, 1979.

Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 17:67–70, 1993.

Finkelhor D, Dziuba-Leatherman J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics* 94:413–420, 1994.

Fisher H.L., Jones P.B., Fearon P., Craig T.K., Dazzan P., Morgan K., Hutchinson G., Doody G.A., McGuffin P., Leff J., Murray R.M., Morgan C. The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. *Psychological Medicine*. 40:1967–1978, 2010.

Fridman A, Bakermans-Kranenburg MJ, Sagi-Schwartz A, van IJzendoorn MH. Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges. *Aging & Mental Health*, 15(2), 232-242, 2011.

Fromuth ME, Burkhart BR. Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse & Neglect* 13: 533-542, 1989.

Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 410–472, 2016.

Garbarino J, Kostelny K. The effects of political violence on Palestinian children's behaviour problems: A risk accumulation model. *Child Development*, 67, 33-45, 1996.

Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, Hogan ME. History of childhood maltreatment, depressogenic cognitive style, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 4:425–446, 2001.

Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis *J Fam Viol*, 14 :99-132, 1999.

Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21, 391–398, 1997.

Green BL. Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366-369). Lutherville, MD: Sidran Press, 1996.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [NEE]. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Erişim Tarihi: 08.07.2017. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.

Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12(5): 349-455, 2000.

Hoven CW, Duarte CS, Wu P, Erickson E, Musa G, Mandell DJ. Exposure to trauma and separation anxiety in children after the WTC attack. *Applied Developmental Science*, 8:172–183, 2004.

Hunter JA. A comparison of the psychosocial maladjustment of adult males and females sexually molested as children. *Journal of Interpersonal Violence* 6 :205-217, 1991.

Huesmann LR, Taylor LD. The role of media violence in violent behaviour. *Annual Review of Public Health* 27; 393-415, 2006.

Kabasakal Z, Girli A. Üniversite Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet Hakkındaki Görüşlerinin, Deneyimlerinin Bazı Değişkenler ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi (DEÜ

Buca Eğitim Fakültesi Örneği). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(2), 105-123, 2012.

Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38(10):1214-22, 1999.

Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47(2), 140-51, 2004.

Kelleher I, Harley M, Lynch F, Arseneault L, Fitzpatrick C, Cannon M. Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school based adolescent sample. British Journal of Psychiatry 193, 378–382, 2008.

Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 19–30, 2000.

Kourt R 18-24 Yaş arası üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar ve suçluluk-utanç duyguları ile ilişkisinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.

Krahe B. Violent video games and aggression. Dill KE (Eds). The Oxford Handbook of Media Psychology. 2. Baskı., Oxford University Press, 2013.

Krinsley KE, Young LS, Weathers FW, Brief DJ, Kelley JM. Behavioral correlates of childhood trauma in substance abusing men Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA, 1992.

Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodweill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. Child Abuse & Neglect 39, 147-155, 2015.

Labbe J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abuse & Neglect 29(4): 311-324, 2005.

Lapp LK, Agbokou C, Ferreri F. PTSD in the elderly: The interaction between trauma and aging. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 858-868, 2011.

Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Rossberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agartz I, Melle I, Lorentzen S. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry The Journal of Psychopathology*, 5(2): 123-127, 2013.

Mager AK. Gender and the making of a South African Bantustan. A social history of the Ciskei, 1945–1959. David Phillip, Cape Town, 1999.

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM. and Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432): 453–461, 2004

Lindberg FH, Distad LJ. Post-traumatic stress disorders in women who experienced childhood incest. *Child Abuse & Neglect*, 9(3): 329-334, 1985.

Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder Guilford Press, New York, 1993.

Makepeace J. Courtship Violence Among College Students. *Family Relations*, 30, 97-102, 1981.

Mason MJ, Campbell L, Zaharakis N, Foster R, Richards S. Levels of Teen Dating Violence and Substance Use in an Urban Emergency Department. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(9), 576-581, 2014.

Marquart B, Nannini D, Edwards R. ve Stanley LW. Prevalence of Dating Violence and Victimization: Regional and Gender Difference. *Adolescence*, 42, 645–57, 2007.

McCauley C, Kern DE, Kolodner D, *et al* .The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices *Ann Intern Med*, 123 737-746, 1995.

McDonald M. (Ed.) (1994). Gender, drink and drugs (p.14). Oxford: Berg Publishers.

McClennen JC. Domestic violence between same-gender partners: Recent findings and future research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 149-154, 2005.

Moore A, Sargent KM, Ferranti D, Gonzalez-Guarda R. Adolescent Dating Violence: Support and Barriers in Accessing Services. *Journal of Community Health Nursing*, 32: 39-52, 2015.

Nanni V, Uher R, & Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141–151, 2012.

National Library of Medicine, (2013), Traumatic events. Erişim Yeri: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001924.htm>. Erişim Tarihi: 13.03.18

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, & Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9, e1001349, 2012.

Offenhauer P. & Buchalter A. Teen Dating Violence: A Literature Review and Annotated Bibliography. United States: National Institute of Justice, 2011.

Owens GP, Dashevsky B, Chard KM, Mohamed S, Haji U, Heppner PS. The relationship between childhood trauma, combat exposure, and posttraumatic stress disorder in male veterans. *Military Psychology*, 21, 114–125, 2009.

Öyekçin DG, Yetim D, Şahin EM. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 23(2): 75-81, 2012.

Paolucci E, Genuis M, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 135:17–36, 2001.

Palusny MA, Follette VM. Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology* 4(3); 143-166, 1995.

Parrott DJ, & Giancola PR. Addressing “the criterion problem” in the assessment of aggressive behavior: Development of a new taxonomic system. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3), 280–299, 2007.

Peters SD. Child sexual abuse and later psychological problems. GE Wyatt, GJ Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*, Sage, New York, 1988.

Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Seçkin Yayıncılık. 1.baskı. Ankara, 2007.

Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry* 149 ;52-56, 1992.

Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3):269–27, 2003.

Putnam FW. Ten year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:269–78; 2003.

Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta *Can J Public Health*, 84 , 246-249, 1993.

Rodriguez N, Ryan SW, Foy DW. Tension reduction and PTSD: Adult survivors of sexual abuse Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles, 1992.

Ross CA, Kronson J, Koensgen S, Barkman K, Clark P, Rockman G. Dissociative Comorbidity in 100 Chemically Dependent Patients. *Psychiatric Services*, 43(8), 840-842, 1994.

Saraçlı Ö, Atasoy N, Şenormancı Ö, Atik L, Ozan- Açıkgöz H, Doğan V, Sankır H, Köktürk F, Örsel S. Childhood trauma and suicide risk in the population living in Zonguldak Province. *Asica- Pacific Psychiatry*, 136-144, 2015.

Saunders BE, Villepontoux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental health disorders among women: A community sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 7 ;189-204, 1992.

Saunders DG. Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: interaction of abuser traits and treatment models. *Violence Vict.* 11:393-414, 1996.

Shaw J, Lewis J, Loeb A, Rosado J, Rodrieguez R. A comparison of Hispanic and African-American sexually abused girls and their families. *Child Abuse Negl* 25:1363–1379, 2001.

Sheffield JM, Williams LE, Woodward ND, Heckers S. Reduced gray matter volume in psychotic disorder patients with a history of childhood sexual abuse. *Schizophr Res* 143:185–191, 2013.

Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G. Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiatry.* 164: 166–169, 2007.

Shrivastava PS, Shrivastava SR. A study of spousal domestic violence in an Urban Slum of Mumbai. *Int J Prev Med* 4:27-32, 2013.

Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 20: 709–723, 1996.

Siyez DM. Self esteem, depression and, anxiety levels in emotionally abused and non-abused adolescents. Unpublished Master Thesis, Dokuz Eylül University, İzmir, 2003.

Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27(11):1247–1258, 2003.

Spitzer C, Wegert S, Wollenhaupt J, Wingenfeld K, Barnow S, & Grabe HJ. Gender-specific association between childhood trauma and rheumatoid arthritis: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 296–300, 2013.

Sobsey D, Randall W, Parrila R. Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse Negl* 21:707–720, 1997.

Soloff PH, Lynch KG. & Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behaviour in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 16, 201–214, 2002.

Stein AL, Tran GQ, Lund LM, Haji U, Dashevsky BA, Baker DG. Correlates for posttraumatic stress disorder in Gulf War veterans: A retrospective study of main and moderating effects. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 861–876, 2005.

Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Burnam MA, Sorenson SB. Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles epidemiologic catchment area study G.E. Wyatt, G.J. Powell (eds), *Lasting effects of child sexual abuse*, Sage, New York, 1988.

Steinmetz SK. *The cycle of violence: Assertive, aggressive and abusive family interaction*. New York: Praeger, 1977.

Strasburg PA. *Violent Delinquents: A report to the Ford Foundation from the Vera Institute of Justice*. New York: Monarch, 1978.

Şahin EM, Yetim D, Öyekçin DG. Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete yönelik tutumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 34: 23-32, 2012.

Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86, 2004.

Thompson I, Amatea E, and Thompson E. Personal and Contextual Predictors of Mental Health Counselors' Compassion Fatigue and Burnout. *Journal of Mental Health Counseling: January*, Vol. 36, No. 1, pp. 58-77, 2014.

Thorp SR, Stein MB, Jeste DV, Patterson TL, Wetherell JL. Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20: 276-280, 2012.

Tollestrup K, Sklar D, Frost FJ, Olson L, Weybright J, Sandvig J, Larson M. Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Prev. Med* 29(5): 431-440, 1999.

Töngge Ş. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmali ile mizaç, karakter özellikleri ve öfke arasındaki ilişki. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.

Trauelsens AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen HG, Pedersen MB, Trier CH. et al. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 165, 52–59, 2015.

Trevillion K, Oram S, Feder G, & Howard LM. (2012). Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 7(12), e51740, 2012.

US Department of Health and Human Services, Child Maltreatment 1996: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System. Washington, DC: US Government Printing Office, 1998.

Uysal A. Aile içi şiddet. Aile içi şiddet aile okulu eğitim kitabı, Türkiye Yerel Gündem 21 Programı, Yerel Projelere Destek Programı, /2/İzmir 1/Yayın No 2, 29-35, 2006.

Varese F, Barkus E, & Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine*, 42(05), 1025–1030, 2012.

Varia R, Abidin RR. The minimizing style: perceptions of psychological abuse and quality of past and current relationships. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1041-1055, 1999.

Walsh BW. Rosen P. Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment Guilford Press, Washington, DC, 1988.

Watts C, & Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude. *The Lancet*, 359, 1232-1237, 2002.

Wekerle C. & Wolfe D. Dating Violence in Mid-Adolescence: Theory, Significance, and Emerging Prevention Initiatives. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 435-456, 1999.

Westcott H, Jones D. Annotation: The abuse of disabled children. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 40(4), 497–506, 1999.

Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry 64: 49–56, 2007.

WHO. World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers, Geneva, 2002.

World Health Organisation, (2004), Guidelines for Essential Trauma Care. Erişim Yeri: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/en/guidelines_traumacare.pdf: Erişim Tarihi: 10.04.18.

Yiğitalp G, Ertem M, Özkaynak V. Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Konusundaki Deneyimleri ve Bu Konudaki Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2), 131-136, 2007.

Zeytinoğlu S. Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların, Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. V. Ulusal Psikoloji Kongresi. Psikoloji Seminer Dergisi Özel Sayısı 1990.

7. EKLER

7.1.EK-1: Araştırma Etik Belgesi



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 13/01/2016
TOPLANTI NO : 2016/01

KARARLAR :

- 2- B.E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2016-01-13/01 Protokol no'lu "Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Devam Eden Şiddet ve Psikopatoloji ile İlişkisi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

7.2.EK-2: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Sizi BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI tarafından yürütülen **“PSİKİYATRİ HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DEVAM EDEN ŞİDDET VE PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİ”**

başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir.

Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 200 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakika/saattir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Prof. Dr. Nuray ATASOY

Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dille anlatılmalıdır)

Bu çalışmanın amacı ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağında maruz kalınan travma tiplerini, sıklığını belirlemek ve buna karşı önlem almaktır. Çocuk savunmasız yapısı nedeniyle kötü muameleyle maruz kalabilmektedir. Bu kötü muamele çocukluk çağı travması olarak adlandırılmakta ve fiziksel, duygusal, cinsel istismar veya ihmal olarak gruplandırılmaktadır. Bu yaşantılar sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ve sosyal olarak zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. Erişkinlikte ise yaşanan travmanın psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada psikiyatri hastalarında çocukluk çağında maruz kalınan travmaların ve halen devam eden şiddetin hastalıkla olan ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: 12 AY

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 300

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD POLİKLİNİĞİ

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: PROF. DR. NURAY ATASOY, ARŞ. GÖR. DR. LEMAN ELİF ERDOĞAN

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

7.3.EK-4: Sosyo-Demografik Soru Formu

Anket Formu

Demografik Değişkenler

1.Yaşınız:

Varsa partner/eşinizin yaşı:

2.Cinsiyetiniz:

3.Doğum yeri

☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy

4.Öğrenim durumunuz

☐ Okuma-yazma yok

☐ Okur-yazar/ilkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

5.Mesleğiniz

.....

6.Aile tipi

☐ Çekirdek ☐ Geniş

7.Medeni durum

☐ Bekar ☐ Resmi nikahlı

☐ İmam nikahlı ☐ Boşanmış

☐ Dul ☐ Ayrı yaşıyor

Not: Eğer evliyseniz 8-20 arası soruları yanıtlayın. Değilseniz direkt 20 numaralı soruya geçin

8.Eşinizin öğrenim durumu

☐ Okuma-yazma yok

☐ Okur-yazar/ilkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

9. Esinizle nasıl evlendiniz?

☐ Tanışıp anlaşılarak

☐ Görücü usulü

☐ Kaçarak

☐ Zorla kaçırılarak

☐ Diğer

10.Kaç yaşında evlendiniz?:.....

11.Kaçıncı evliliğiniz?:.....

12. Son evlilik süresi:.....

13.Çocuk sayısı:

14. Evde aile reisi kimdir ?

☐ Baba ☐ Anne ☐ Diğer

15. Evde önemli kararları alınırken size danışılır mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

16. Esiniz ya da siz evde silah bulundurur musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

17.Eşiniz ya da kendi ailenizden herhangi birisinin karakola şikayet edildiği, ceza aldığı, cezaevinde yattığı oldu mu ?

☐ Evet ☐ Hayır

19.Evetse nedeni aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

☐ Basit yaralama

☐ Cinayet

☐ Hırsızlık

☐ Kavgaya karışma

☐ Alkol ya da madde kullanımı
nedeniyle oluşan bir yasal sorun

- ☐ Aile bireylerine şiddet
☐ Diğer (açıklayınız)

20.Doğurganlık Özellikleri

İlk doğum yaşı:

Doğum sayısı :

Çocuk sayısı :

21. Varsa sağlık sorunlarınız:

- ☐ Yok
☐ Var (açıklayınız)

- **Mevcut psikiyatrik**
hastalığınızın tanısı:.....
.....
- **Tedavi süresi:**.....
- **Tedaviyi düzenli alıyor**
musunuz?:.....
- **Psikiyatrik hastalık nedeni**
kaç defa hastanede
yattınız?:.....

22. Sigara-alkol alışkanlığınız:

Sigara alışkanlığınız:

- ☐ Hiç ☐ Sosyal içici
☐ haftada.... Günde..... paket

Alkol alışkanlığınız:

- ☐ Hiç ☐ Sosyal içici
☐ haftada.... Günde..... kadeh

Ailede (Eşinizin/babanızın vd.)

sigara alışkanlığı:

- ☐ Hiç ☐ Sosyal içici
☐ haftada.... Günde..... paket

Ailede (Eşinizin/babanızın vd.)

alkol alışkanlığı:

- ☐ Hiç ☐ Sosyal içici
☐ haftada.... Günde..... kadeh

Sosyoekonomik Değişkenler

23. Ailenizin aylık
geliri.....YTL

Evdekişi ikamet etmekte

Kişi başı gelir:

24.Gelir durumunuzu nasıl
değerlendirirsiniz?

- ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

25.Sağlık güvenceniz var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

26.Yaşadığınız konutun mülkiyet
durumu nedir?

- ☐ Ev sahibi ☐ Kiracı

**ŞİDDETE MARUZ KALMA
DURUMU**

**(FİZİKSEL, DUYGUSAL, SÖZEL,
CİNSEL, EKONOMİK)**

27.Sizce şiddet nedir?

.....

28. Sizce aşağıdakilerden hangisi/hangileri şiddete örnektir ?

- ☐ Dövme, tokat atma, itekleme
☐ Hakaret etme, küfretme
☐ Aşağılama, beğenmeme, dalga geçme
☐ Para vermeme, evin ihtiyaçlarını almama, çalıştırmama
☐ Bir yere gitmeye izin vermeme
☐ Kıskanma, davranışlarını kısıtlama, giyimine karışma
☐ Aldatma, zorla cinsel ilişkiye girme
☐ Diğer (açıklayınız)

29. Sizce bir erkeğin/kadının eşine şiddet uygulaması suç mudur ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

30. Bir erkeğin/kadının eşine şiddet uygulaması nedeniyle ceza alması gerekir mi ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

31. Şiddetin gerekli olduğunu düşündüğünüz bir durum var mı ?

- ☐ Kocasını/karısını aldatma
☐ Ev işini yapmama, çalışmama
☐ Kaynananın sözünü dinlememe, karşı gelme
☐ Kocasının/karısının sözünü dinlememe

- ☐ Çok para harcama
☐ Diğer

32. Şimdiye kadar şiddete uğradığınızı düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

33. Aşağıdaki şiddet türlerinde maruz kaldıklarınızı evet olarak işaretleyiniz.

Şiddet Türleri

Fiziksel şiddet

- ☐ Dayak atma (sarsma, hırpalama, tokat atma yumruk/tekme atma, saçından tutup yerlerde sürüklenme)
☐ Cisimler atma/sopa ya da bir eşya ile vurma/duvara vurma
☐ Kesici, delici aletlerle/ateşli silahlarla zarar verme (bıçak, tabanca vb.)
☐ Üzerinde sigara söndürme gibi işkenceler
☐ Diğer (açıklayınız)

Sözel şiddet

- ☐ Azarlar şekilde ismiyle çağırma
☐ Bağırarak korkutma
☐ Hakaret /küfür etme
☐ Sözle saldırı ya da tehdit
☐ Diğer (açıklayınız)

Duygusal şiddet

- ☐ Alay etme/küçümseme ya da isim takma
- ☐ Kendisine karşı soğuk ve katı davranma
- ☐ Saygı göstermeme/başkalarının yanında küçük düşürme
- ☐ Kadının evden çıkmasını/çevresiyle görüşmesini yasaklama
- ☐ Kadının ev dışında olduğu dönemlerde her hareketini denetleme
- ☐ Diğer (açıklayınız)

Cinsel şiddet

- ☐ Cinsel ilişkiye zorlanma
- ☐ İstemeden hamile bırakılma
- ☐ Cinselliği ile alay edilmesi
- ☐ Başkaları ile cinsel ilişkiye zorlanma
- ☐ Diğer (açıklayınız)

Ekonomik şiddet

- ☐ Parasının zorla alınması/çalınması
- ☐ Çalışmasının engellenmesi
- ☐ Çalış Evin temel giderlerinin karşılanmaması(evin faturaları, yiyecek, kira vs.)
- ☐ Diğer (açıklayınız)

Eğer 33 numaralı sorunun alt başlıklarından en az birine verdiğiniz yanıt evet ise aşağıdaki 34-55 numaralı soruları yanıtlayınız, hayır ise direkt 56 numaralı soruya geçiniz.

34.Kim tarafından şiddete maruz kalıyorsunuz?

- ☐ Eşim
- ☐ Eşimin ailesi(kim?)
- ☐ Kendi ailem(kim?)
- ☐ Diğer (açıklayınız)

35.Eşinize/babanıza vb. düşüncelerinizi söylemeye veya karşı gelmeye korkuyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

36.Eşiniz/babanız vb. ile birlikte başkalarının yanındaiken ne dediğinize, nasıl oturduğunuza sürekli dikkat etmek zorunda hissediyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

37.Ne zamandan beri/evliliğinizin kaçınıcı ayı-senesinden beri şiddete maruz kalıyorsunuz?

38.Yaşadığınız şiddetin sıklığını nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Haftada en az 1-2 kez
- ☐ Ayda en az 1-2 kez
- ☐ Yılda en az 1-2 kez
- ☐ Diğer (açıklayınız)

39.En son ne zaman şiddete maruz kaldınız?.....

40.Maruz kaldığınız şiddeti hak ettiğinizi düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

41.Maruz kaldığınız şiddet nedeniyle kimi suçluyorsunuz ?

☐ Ben
☐ Eş/baba vd.
☐ Eşimin ailesi (açıklayınız)
☐ Diğer (açıklayınız)

42.Yaşadığınız evde sizin veya çocuklarınızın can güvenliğinin olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

43.Size şiddet uygulayan kişi şiddet uyguladığı sırada alkollü müdür?

☐ Evet ☐ Genelde ☐ Bazen
☐ Nadiren ☐ Hayır

44.Size şiddet uygulayan kişi şiddet uyguladığı için pişman olur mu?

☐ Evet ☐ Hayır

45.Evetse bunu nasıl anlarsınız?

☐ Özür diler
☐ Ağlar
☐ Evden gider
☐ Alkol alır
☐ Kibar davranmaya çalışır
☐ Diğer (açıklayınız)

46. Eşinizin/babanızın vd. şiddet uygulamasının nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?

Şiddet Nedenleri

☐ Maddi sorunlar (eşin işsiz olması, gelirin düşük olması vs.)
☐ Eşin kötü alışkanlıklarının olması (kumar oynaması, alkol, eroin, hap kullanması vb)
☐ Eşin bir anlık öfkesi
☐ Eşin kıskanç olması
☐ Eşin ruhsal sorununun olması
☐ Eşine göre ev işlerini (çamaşır, yemek, bulaşık) iyi yapamama, çalışmama, eve bakmama
☐ Eşinin eve geç gelmesini sorgulama
☐ Benim davranışlarım(açıklama:.....)
☐ Benim ruhsal hastalığım nedeniyle
☐ Ailevi sorunlar (çocuklarla ilgili, kayınpalide ile yaşanan, akrabalarla ilgili)
☐ Ailelerin zorla evlendirmesi
☐ İzinsiz dışarı çıkmam
☐ Ebeveynimin/eşimin sözünü dinlememem
☐ Ders çalışmamam
☐ Kendime bakamayacak kadar yaşlı ve/veya hasta olmam
☐ Diğer (açıklayınız)

47. Eşiniz/babanız vd. tarafından şiddete maruz kaldığınızda aşağıdaki davranışlardan hangisini gösterirsiniz?

Şiddete gösterilen tepki

- ☐ Hiç tepki vermeme/içine kapanma
- ☐ Ağlama/darılma, kırılma, konuşmama
- ☐ Sözle karşılık verme/bağırma
- ☐ Aynı şekilde vurma dövmeye çalışma
- ☐ Polise telefon etme
- ☐ Diğer (açıklayınız)

48. Eşinizden şiddet görmenize rağmen evliliğinizi sürdürme nedeniniz?

Evliliği sürdürme nedeni

- ☐ Çaresizlik
- ☐ Toplumsal baskı
- ☐ Çocuğum babasız kalmasın diye
- ☐ Her şeye rağmen eşimi sevdiğim için
- ☐ Hiçbir gelirim olmadığı için
- ☐ Bir gün düzeleceğini düşündüğüm için
- ☐ Diğer (açıklayınız)

49.Maruz kaldığınız şiddet hakkında konuşuyor musunuz ?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

50.Hayırsa neden?

- ☐ Utanıyorum
- ☐ Hak ettiğime inanıyorum
- ☐ Eşim sever de döver de
- ☐ Diğer (açıklayınız)

51.Maruz kaldığınız şiddet sonrası yardım talep ettiniz mi?

- ☐ Ailemden yardım istedim
- ☐ Komşularıma arkadaşlarımdan yardım istedim
- ☐ Polise başvurdum
- ☐ Acil servise gittim/ psikiyatriye-aile hekimine gittim
- ☐ Diğer (açıklayınız)

52.Maruz kaldığınız şiddet sonrası psikolojinizin bozulduğunu düşündünüz mü?

- ☐ Evet ☐ Hayır

53.Evetse psikiyatri doktoruna başvurdunuz mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

54.Evetse aile hekimine başvurdunuz mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

55.Evetse psikiyatrik tedavi başladı mı ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

56. Hiç intihar etmeyi düşündünüz mü ?

☐ Evet ☐ Hayır

57.Evetse intihar girişiminde bulundunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

58.Evetse nasıl bir girişimde bulundunuz ? Kaç kere ?

.....

59. Hiç eşinize şiddet uyguladınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

60.Evetse ne sıklıkta?

☐ Haftada en az 1-2 kez

☐ Ayda en az 1-2 kez

☐ Yılda en az 1-2 kez

☐ Diğer (açıklayınız)

ÇOCUKLARA YÖNELİK/ÇOCUKLUKTA ŞİDDET

61.Aynı evde yaşadığınız çocuklara/çocuklarınıza şiddet uygulanır mı?

☐ Evet ☐ Hayır

62.Yanıtınız evetse ne sıklıkta ?

☐ Senede 1-2 kere

☐ Ayda 1-2 kere

☐ Haftada 1-2 kere

☐ Her gün

63. Yanıtınız evetse evde çocuklara kim şiddet uyguluyor?

☐ Sadece ben

☐ Sadece eşim

☐ İkimiz

☐ Eşimin ve/veya benim aile büyüklerimiz (kim?)

☐ Diğer (açıklayınız)

64. Evde çocuklarınız istemediğiniz biçimde davrandığınızda nasıl davranıyorsunuz?

☐ Tepki vermem

☐ Sakince konuşmaya çalışırım

☐ Küserim-ilgilenmem

☐ Bağırırım hakaret ederim

☐ Gideceği yere izin vermem-oyuncaklarını oynatmam

☐ Tokat atarım

☐ Döverim

☐ Diğer (açıklayınız)

65. Çocukken aileniz size hangi cezaları verirdi?

☐ Bağırma

☐ Hakaret etme

☐ Dövme

☐ Sakince konuşma

☐ İlgilenmeme

☐ Sevdığı şeylerin yapılmasına izin verilmemesi

☐ Diğer (açıklayınız)

66.Çocukluğunuzda şiddete tanık oldunuz mu

- ☐ Babam vd. annem vd. döverdi
☐ Babamın ailesi annemi vd. döverdi
☐ Diğer (açıklayınız)

67. Çocukluğunuzda fiziksel şiddete uğradınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

68.Evetse kim tarafından?

- ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş
☐ Dede-nine ☐ Diğer(açıklayınız)

69. Çocukluğunuzda hakarete aşığılanmaya uğradınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

70.Evetse kim tarafından?

- ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş
☐ Dede-nine ☐ Diğer(açıklayınız)

71. Çocukluğunuzda huzursuz olduğunuz-aşırı bulduğunuz okşanma gibi fiziksel temasa maruz kaldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

72.Evetse kim tarafından?

- ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş
☐ Dede-nine ☐ Diğer (açıklayınız)

73.Eşiniz çocukluğunda şiddete tanık olmuş mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır
Bilmiyorum

74.Evetse kim tarafından kime uygulanırmış

- ☐ Bilmiyorum
☐ Babası annesini dövermiş
☐ Babasının ailesi annesini dövermiş
☐ Kızkardeşi dövermiş
☐ Diğer (açıklayınız)

75.Eşiniz/babanız vd. (varsa size şiddet uygulayan kişi) çocukluğunda şiddete uğramış mı ?

- ☐ Evet ☐ Hayır
Bilmiyorum

76.Evetse kim tarafından?

- ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş

77.Eşiniz/babanız vd (varsa size şiddet uygulayan kişi) çocukluğunda hakarete aşığılanmaya uğramış mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır
Bilmiyorum

78.Evetse kim tarafından?

- ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş
☐ Dede-nine ☐ Diğer (açıklayınız)

79.Eşiniz/babanız vd (varsa size şiddet uygulayan kişi) çocukluğunda huzursuz olduğu-aşırı bulduğu okşanma gibi fiziksel temasa maruz kalmış mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Bilmiyorum

80.Evetse kim tarafından?

☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş

☐ Dede-nine ☐ Diğer (açıklayınız)

GEBELİKTE ŞİDDET

81. Gebeyken hiç şiddete maruz kaldınız mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

82.Evetse ne sıklıkta?

☐ Haftada en az 1-2 kez

☐ Ayda en az 1-2 kez

☐ Yılda en az 1-2 kez

☐ Diğer (açıklayınız)

7.4.Ek- 5: Çocukluk 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 içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirlı giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10.Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11.Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12.Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13.Ailemdekiler bana kırııcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5

15.Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16.Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18.Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdiler.	1	2	3	4	5
19.Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28.Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

7.5.Ek- 6: İntihal Raporu

tez

ORJİNALLIK RAPORU

%1	%1	%0	%0
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	turkiyeaileplatformu.com	%1
	İnternet Kaynağı	

Alıntıları çıkart	Kapat	Eşleşmeleri çıkar	< %1
Bibliyografyayı Çıkart	Üzerinde		

BOĞAZİÇİ ÜNİVERSİTESİ
Eğilim ve Öğrenim Enstitüsü
Prof. Dr. MURAT KATASOY
Eğilim No: 80923
Doküman No: 80923

Arş.Gör. Dr. İ. H. ERDOĞAN
BEÜ TIP FAK. HASTAHANESİ
Psikiyatri Uzmanı
Ticari No: 102741