



T.C.

**İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TECAVÜZ MAĞDURLARINDA, TRAVMA SONRASI HAYATA
KÜSME BOZUKLUĞU VE PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ
İLİŞKİYE DAYALI OLARAK, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN ARACILIK ROLÜ**

**Cansu Ecem KESGİN
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı**

İSTANBUL

2023

T.C.
İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TECAVÜZ MAĞDURLARINDA, TRAVMA SONRASI HAYATA
KÜSME BOZUKLUĞU VE PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ
İLİŞKİYE DAYALI OLARAK, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN ARACILIK ROLÜ**

Cansu Ecem KESGİN

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Tezin Sunulduğu Tarih: 22/02/2023

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK

İSTANBUL
2023

T.C. İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrenci Adı Soyadı	Cansu Ecem KESGİN
Öğrencinin Numarası	190705312
Anabilim Dalı	Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Programın Adı	Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Tezli
Çalışmanın Başlığı	Tecavüz Mağdurlarında, Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Psikopatoloji Arasındaki İlişkiye Dayalı Olarak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Aracılık Rolü
Çalışmanın Türü	Yüksek lisans tezi <input checked="" type="checkbox"/> Doktora tezi <input type="checkbox"/> Sanatta yeterlilik tezi <input type="checkbox"/> Proje <input type="checkbox"/>

Jürimiz 22.02.2023 tarihinde toplanarak yukarıda detayı verilen tezi incelemiş ve 60 dakika süreyle yapılan sözlü sınav sonunda Cansu Ecem KESGİN'in oybirliği ile başarılı bulmuştur.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Karar			İmza
		Başarılı	Başarısız	Düzeltilme	
Başkan	Prof. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK	✓			
Üye	Prof. Dr. Turan AKBAŞ	✓			
Üye	Prof. Dr. Ercan KOCAYÖRÜK	✓			

ABD Bildirim Tarihi	
EYK Kararı Tarih ve Sayısı	

TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ÖZGÜNLÜK BEYANI

Öğrenci Adı Soyadı	Cansu Ecem KESGİN		
Öğrencinin Numarası	190705312		
ABD - Program	Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı		
Tez Başlığı	Tecavüz Mağdurlarında, Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Psikopatoloji Arasındaki İlişkiye Dayalı Olarak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Aracılık Rolü		
Tez Türü	Yüksek lisans <input checked="" type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	Sanatta yeterlilik <input type="checkbox"/>
Etik Kurul İncelemesi	Yapıldı. Sonuç olumlu <input checked="" type="checkbox"/>	Gerekli Değil <input type="checkbox"/>	
İntihal Raporu	Olumlu <input checked="" type="checkbox"/>		
Danışman Onayı	Var <input checked="" type="checkbox"/>		
Projeyi Destekleyen Kurum			Yok <input checked="" type="checkbox"/>

T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi (Üniversite) Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'ni ve Senato esaslarını inceledim. Tanımlanan azami benzerlik oranlarına göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda verilen tüm bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Yukarıda bilgileri verilen tezin, bilimsel, şekilsel ve etik kurallar çerçevesinde, Üniversite Etik İlkeleri ve Etik Kurulu Yönergesine uygun hazırlandığını ve Jüri karşısında savunulabilir olduğunu bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

CANSU ECEM KESGİN - İMZA

I declare that I have carefully read Rumeli University (The University) Graduate Regulations Senate Principles; that according to the maximum similarity index values specified in the Principles, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the student information provided above is correct to the best of my knowledge. The thesis mentioned above is prepared compliance with The University Ethic Principles and Ethic Board Directives scientifically, formally and ethically. I hereby submit for your information that the thesis is defensible to committee members.

Sincerely

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başladığım günden itibaren, her zaman yanımda olan yardımlarını bir gün olsun benden esirgemeyen, saygı değer tez danışmanım Prof. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK hocama sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Hayatımın en büyük şansı olarak tanımlamış olduğum; beni cesaretlendiren, akademik ve mesleki gelişimimde büyük katkısı olan değerli hocalarım, Dr. Meral AKBIYIK, Dr. Serap ÇAKICI ve Doçent Dr.Elif EROL a çok teşekkür ederim.

Zor günlerimin kahve kokulu destekçileri biricik dostlarım, Didem Nazlı Uygun, Dilek ATMACA, Özlem TEKBAŐ, Dilek SEZER ATMACA ve tez sürecimde, kafama takılan her konuda yumuşacık ses tonu ile beni hiçbir zaman geri çevirmeyen bölüm sekreterimiz sevgili Yeliz ERDOĞAN'a, teşekkür ederim.

Son olarak beni desteklemekten asla vazgeçmeyen, her kötü hissettiğimde motive etmeye çalışan, hayatım boyunca atmış olduğum her adımda yanımda olan vermiş olduğum mücadelenin destekçileri; canım annem Dilek KESGİN ve canım babam Tuğrul Tuğbay KESGİN'e; en büyük hayalimin kabulü olarak tanımladığım canım kardeşim Ali Yusuf KESGİN'e, ömrünün son günlerinde yanımdan biran olsun ayrılmayan ve tezimin son aşamasında hayata gözlerini yuman güzel oğlum Lucky'me, büyük özlem duyduğumuz manevi kardeşim merhum Mert Seyit UYGUN' a, güzel meleğim avukat Aleyna Buse ÇABUK'a; anne yarım, güzel teyzem Hürriyet ÖZER'e sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Cansu Ecem KESGİN

İstanbul, Şubat 2023

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	Amerika Psikoloji Derneği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CBASD	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek
DEP	Depresyon
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
GFI	Uyum İyiliği İndeksi
HKB1	Hayata Küsme Bozukluğu Birinci Boyut
HKB2	Hayata Küsme Bozukluğu İkinci Boyut
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
GFI	Uyum İyiliği İndeksi
KBF	Kişisel Bilgi Formu
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SKAY	Sürekli Kaygı
SKÖ	Sürekli Kaygı Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SRMR	Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü
TSHKBÖ	Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YEM	Yapısal Eşitlik Modeli

ÖZET

TECAVÜZ MAĞDURLARINDA, TRAVMA SONRASI HAYATA KÜSME BOZUKLUĞU VE PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAYALI OLARAK, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ARACILIK ROLÜ

Cansu Ecem KESGİN

İstanbul Rumeli Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK

22/02/2023, LXIII

Bu çalışmada, travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasındaki ilişkide, çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin aracılık etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini, tecavüz saldırısına maruz bırakılan yetişkin kadın katılımcılar (N=536) oluşturmaktadır. Araştırma da katılımcılara; Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Tecavüz saldırısına maruz bırakılan bireylerde, gözlemlenen ruhsal semptomların, travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriterleri altında incelenebilmesi için konunun kavramsal incelemesi yapılarak, teorik alt yapısı oluşturulmuştur. Araştırmada yer alan hipotezler, yol analizi yöntemi ile ölçülmüş olup değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri, dolaylı (indirect effect) ve doğrudan etkileri (direct effect) incelenmiştir. Katılımcılardan elde edilen verilerin düzenlenmesinde “IBM SPSS Statistics 21,0” ve “LISREL 8,80” programı kullanılmıştır. Yapılan analizlerden elde edilen bulgular sonucunda değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu, Sosyal Destek, Tecavüz, Psikopatoloji, Sürekli Kaygı, Depresyon

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN POST-TRAUMATIC EMBITTERMENT DISORDER AND PSYCHOPATHOLOGY IN RAPE VICTIMS BY STUDYING THE ROLE OF MULTIDIMENSIONAL PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Cansu Ecem KESGIN

İstanbul Rumeli University

Graduate Education Institute

Master of Science Thesis in Clinical Psychology

Advisor: Prof.Dr. Omer Faruk SIMSEK

02/22/2023, LXIII

This study, it was aimed to examine the mediation effects of multidimensional perceived social support on the relationship between post-traumatic embitterment disorder and psychopathology. The sample of the study, which was carried out on a voluntary basis, consists of adult female participants (N=536) who were exposed to a rape attack. This study, Demographic Information Form, Post-Traumatic Embitterment Scale, Trait Anxiety Inventory, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Beck Depression Inventory were applied to the participants. Psychological symptoms observed in individuals exposed to rape attack, In order to examine the post-traumatic embitterment disorder under the diagnostic criteria, a conceptual analysis of the subject was made and its theoretical background was created. The hypotheses in the research were measured by the path analysis method, and the relations of the variables with each other, indirect effect and direct effect were examined. "IBM SPSS Statistics 21,0" was used to organize the data obtained from the participants, and "LISREL 8, 80" program was used for structural equation modeling. Findings obtained from the analyzes made; It was determined that the direct effect between posttraumatic embitterment disorder and multidimensional perceived social support, and the direct effect between posttraumatic embitterment disorder and psychopathology were statistically significant.

Keywords: Post-Traumatic Embitterment Disorder, Social Support, Rape, Psychopathology, Trait Anxiety, Depression

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	ii
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ÖZGÜNLÜK BEYANI	iii
TEŞEKKÜR	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.4. Araştırmanın Varsayımları	6
1.5. Araştırmanın Önemi	6
BÖLÜM 2	7
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	7
2.1. Tecavüz Saldırıları	7
2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği	8
2.1.2. Sosyal Risk Faktörleri	9
2.1.3. Klinik Seyir	10
2.1.4. Eş Tanı	11
2.1.5. Tecavüz Saldırıları ve Depresyon	12
2.1.6. Tecavüz Saldırıları ve Kaygı Bozuklukları	12
2.1.7. Tedavi	13
2.1.8. Sosyal Destek ve Tedavi	14
2.2. Küskünlük	15
2.2.1. Küskünlüğün Formülasyonu	16
2.2.2. Travma Sonrası Hayata Küsme	17
2.2.3. Travma Sonrası Ayırıcı Özellikler	18
2.2.4. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Eş Tanı	19
2.2.5. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Tanı Kriterleri	20
2.2.6. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Depresyon	21
2.2.7. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Kaygı Bozuklukları	22
2.2.8. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Sosyal Destek	23
BÖLÜM 3	25
YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Modeli	25
3.1.1. Veri Toplama Araçları	25
3.1.2. Demografik Bilgi Formu	26
3.1.3. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği	26
3.1.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	27
3.1.5. Beck Depresyon Envanteri	28
3.1.6. Sürekli Kaygı Envanteri	28
BÖLÜM 4	30
BULGULAR	30

4.1. Çalışmanın Betimsel İstatistiksel Bulguları	30
4.1.1. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Toplam Puan	34
4.1.2. Örtük ve Gözlemlenen Değişkenler Arasında Korelasyon İlişkisi	35
4.1.3. Örtük Değişkenler Arası İlişkiler	35
4.2. Ölçme Modeli Testi	36
4.2.1. Ölçme Modeline İlişkin Parametre Değerleri	38
4.2.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi	40
4.2.3. Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Parametre Değerleri	41
BÖLÜM 5	44
TARTIŞMA VE ÖNERİLER	44
5.1. Tecavüz Semptomları ve Hayata Küsme Bozukluğu Tanı Kriterleri	44
5.1.1. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Psikopatoloji	46
5.1.2. Sosyal Destek ve Psikopatoloji	48
5.1.3. Araştırmacılar İçin Öneriler	49
5.1.4. Klinisyenler İçin Öneriler	50
5.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
KAYNAKLAR	52
EKLERİ	I
EK 1. Demografik Bilgi Formu	II
EK 2. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği	III
EK 3. Beck Depresyon Envanteri	IV
EK 4. Sürekli Kaygı Envanteri	V
EK 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	VI
ÖZGEÇMİŞ	VII

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Umut ve umutsuzluk modeli.....	17
Şekil 2. Depresyon modeli.....	22
Şekil 3. Araştırmanın modeli	25
Şekil 4. Ölçme modeline ilişkin t değerleri	40
Şekil 5. Yapısal model.....	43



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Farmakolojik tedavi.....	13
Tablo 2. Psikoterapi yöntemleri.....	14
Tablo 3. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriterleri.....	20
Tablo 4. Tshkb ölçeği alt boyutları.....	27
Tablo 5. Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutları.....	28
Tablo 6. Beck depresyon alt boyutları ve madde dağılımı.....	29
Tablo 7. Sürekli kaygı envanteri.....	30
Tablo 8. Yaş dağılımı.....	31
Tablo 9. Eğitim bilgileri.....	32
Tablo 10. Medeni durum.....	32
Tablo 11. Çalışma durumu.....	33
Tablo 12. Sosyal destek algısı ve eğitim düzeyi.....	33
Tablo 13. Sosyal destek alt boyutları.....	34
Tablo 14. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve medeni durum.....	34
Tablo 15. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu puan dağılımı.....	35
Tablo 16. Ölçme modelinde örtük değişkenler arasındaki ilişkiler.....	36
Tablo 17. Ölçme modeli uyum iyiliği değerleri.....	37
Tablo 18. Örtük ve gözlemlenen değişkenler arasında korelasyon ilişkisi.....	37
Tablo 19. Ölçme modeline ilişkin değerler.....	38
Tablo 20. Yapısal modele ilişkin uyum iyiliği değerleri.....	41

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Travmatik yaşam olayları arasında yer alan tecavüz saldırılarının, karmaşık bir yapıya sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunlar üzerine çalışırken; tarihsel süreç içerisinde yapılan klinik vaka çalışmalarının incelenmesi, semptomların seyrinin ve şiddetinin anlaşılabilirliği açısından önem taşımaktadır. Tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen bilişsel ve davranışsal tepkilerin, travmatik yaşam olayları sonrasında önerilen tanı kriterleri ile genel olarak uyumlu olduğu bildirilmektedir (APA, 1987).

Ancak, yapılan klinik gözlemlerden elde edilen bulgular doğrultusunda, önemli bir detaya dikkat çekilmektedir. Tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunların, diğer travmatik yaşam olayları sonrasından önerilen tanı kriterlerini yeterince karşılamadığı tespit edilmiştir (Green, Bonnie, Wilson, Lindy, John, Jacob, 1985, ss.53-69). Bununla birlikte, iyileşmesi beklenen tablonun zaman geçtikçe şiddetlendiği anlaşılmıştır. Diğer yandan ise yapılan boylamsal çalışmalarda; semptomların ilk dört ayda azaldığı ancak seyrinin uzaması ile birlikte şiddetlendiği raporlandırılmıştır. Geriye dönük yapılan karşılaştırmalar da, depresif semptomların üzerinden üç yıl geçmesine rağmen devam ettiği belgelendirilmiştir (Atkeson, Calhoun, Resick, Ellis, 1979;1981; 1982). Dolayısıyla, semptomların seyrinin uzaması sonucunda kronikleştiği açıklanırken, bireysel ve sosyal işlevsellikte bozulmalara neden olduğu doğrulanmıştır (Nadelson, Notman, Zackson, Gornick, 1982, ss.226-270).

Özellikle, saldırı sonrasında yaşanan ruminasyonlar ile birlikte nefret duygusunun açığa çıktığı anlaşılırken, yoğun öfkenin yaşandığı vurgulanmaktadır (Worthington ve Wade, 1999, s.385). Bazı araştırmacılar tarafından, standart tanı kriterleri üzerinden konulan tanılarının ciddi sorunlara yol açtığı ileri sürülürken, DSM ve ICD tanı kriterlerinde teknik incelemelere yer verilmediği gerekçesi sunularak, geleneksel yaklaşım eleştirilmektedir (Luyten ve Blatt 2007, ss.85-90; Widiger ve Gore 2011, ss.3-32). Öte yandan, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen semptomların seyrine dikkat çekilmektedir. Michael, Ehlers, ve Halligan (2005), bu gibi durumlarda klinisyenler tarafından anamnez alınırken sadece saldırı esnasına ilişkin değil, öncesi ve sonrasında da dikkatli bir değerlendirilme yapılması gerektiği açıklamaktadır.

Semptomların tanı kriterlerini yeterince karşılamadığı aşamada ise diğer tanı kriterlerinin de incelenmesi gerektiği bildirilmektedir (Michael, Ehlers, ve Halligan, 2005, s.103). Bununla birlikte, semptomların değerlendirilmesi aşamasında pragmatik yaklaşımın hayati önem taşıdığı savunulmaktadır. Avina ve O'Donohue (2002), tecavüz saldırılarının travmatik yaşam olayları sonrasında özgül olarak önerilen tanı kriterleri altında incelenebilmesi için saldırı esnasında hayati bir tehlikenin yaşanmış olması koşulu aranmaktadır. Aksi takdirde, semptomların TSSB tanı kriterlerini karşılamayacağı açıklanırken, saldırının gerçekleşme şekline göre tanı kriterlerinin değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Avina ve O'Donohue, 2002, ss.69-75).

Diğer yandan ise tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal semptomların, kişiden kişiye farklılıklar gösterdiği ve psikoterapi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerletilebilmesi adına doğru tanının önem taşıdığına dikkat çekilmektedir. Andreasen (2007) tarafından, bu noktada bireysel ve sosyal açıdan değerlendirme yapılması gerektiği savunulurken, önerilen tanı kriterlerinin sınırlı tutulması sonucunda ihmal edilen semptomların yanlış değerlendirmeye yol açabileceği açıklanmaktadır. Bununla birlikte, anamnez alınırken kapsamlı bir şekilde detaylandırılması gerektiği savunulmaktadır (Andreasen, 2007, ss.108-112).

Linden (2003), travmatik yaşam olaylarını açıklarken sınırlandırılma yapılmadan geniş bir perspektiften değerlendirilmesi gerektiği ileri sürülürken, bireyin hayati bir tehlikesi olmadığı durumlarda bile yaşamış olduğu olumsuz deneyimi, nasıl algılayıp açıklandığının yeterli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, bireyin temel inançlarının ihlal edilmesine yol açan yaşam olaylarının, adil dünya inancının kaybı ile sonuçlanabileceğine işaret edilmektedir. Bireyin yaşam olayını adaletsizlik olarak algılaması sonucunda, aşağılanmışlık hissini yoğun olarak yaşadığı bununla birlikte ise tekrar hatırlanması durumunda, yoğun öfke ve acının gözlemlendiği bildirilmektedir (Linden, 2003, ss.195-202).

Yapılan klinik gözlemler sonrasında; küskünlük yaşayan bireylerde çaresizlik, öfke, intikam ve kendini suçlama davranışları raporlanırken, geçmişe ve geleceğe yönelik sorguların yaşandığı tespit edilmiştir (Linden, Baumann, Rotter ve Schippan, 2008, ss. 93-96). Kesin bir varsayımda bulunmadan önce, tecavüz saldırıları sonrasında yapılan klinik vaka çalışmalarından elde edilen argümanlar doğrultusunda araştırmanın problemine, amacına, önemine, hipotezlerine yer verilecektir.

1.1. Araştırmanın Problemi

Tecavüz saldırıları sonrasında yapılan klinik vaka çalışmalarından elde edilen bulgular sonucunda; tecavüz saldırıları ve adil dünya inancı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Dalbert, 2002, s.123). Bununla birlikte, saldırı sonrasında aşağılanmışlık hissinin yoğun olarak gözlemlendiği açıklanırken, maruz bırakılan bireylerde kendini suçlama davranışının geliştiği raporlanmıştır (Wilson, Drozdek, Turkovic 2006, s.122). Benzer bir çalışmada ise tecavüz saldırıları ve utanç arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belgelendirilmiştir (Vidal, Elena, Petrak, ve Jenny, 2007, ss.150-171). Bu nokta da, dikkat çekilen en önemli husus tecavüz saldırıları sonrasında yaşanan ruminasyonların öfkeyi tetiklerken, intikam düşüncesinin beslediği yönündedir (Berry, Worthington, O'Connor, Parrott ve Wade, 2005, s.225). Aynı zamanda, bilişsel işleme sürecinin olumsuz yönde etkilenmesi sonucunda, olay anının tekrar hatırlanması ile birlikte anksiyetenin şiddetlendiği açıklanmaktadır (Kilpatrick, Veronen ve Resick, 1979, s.658). Tüm bunlara, yoğun kaygının eşlik etmesi sonucunda davranışsal bozuklukların gözlemlendiğine dikkat çekilirken, kaçınma davranışı sonrasında yaşam kalitesinde düşüşlerin yaşandığına işaret edilmektedir (Ullmann, 1997, s.204). Dolayısıyla, tecavüz saldırılarının neden olduğu güven ihlalinin, yaşanan kaygı ile birlikte sosyal geri çekilmeye neden olduğu anlaşılmıştır (Sungur, 1999, s.106).

Znoj ve Grawe (2000) tarafından, söz konusu semptomların hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde gözlemlendiği vurgulanırken, yaşanan kaygının süreklilik kazandığına önemle dikkat çekilmektedir. Nitekim yaşanan bu ruhsal sorunlar sonrasında bireyin yardım arayışını sonlandırıldığı anlaşılırken, başa çıkma becerilerinde düşüşlerin yaşanması ile birlikte ruhsal reaksiyonların şiddetlendiği gözlemlenmiştir (Znoj ve Grawe, 2000, s.241). Benzer bir şekilde, yapılan araştırmalar da, tecavüz saldırısı sonrasında yaşanan sosyal geri çekilmenin komorbidite riskini tetiklediği saptanırken, tecavüz saldırısı ile psikopatoloji arasında ki ilişki de, sosyal desteğin güçlü bir aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Üstün, Mateos, Chatterji, Mathers ve Murray, 2004, ss. 386-392). Yapılan çalışmalar sonucunda küskünlüğün işlevsellikte bozulmalara yol açtığı anlaşılırken, semptomların seyrinin uzaması ve diğer ruhsal hastalıkların eş tanı olarak görüldüğüne önemle vurgu yapılmaktadır (Hasanoğlu, 2008, ss. 94-100). Bu gibi durumlarda, algılanan sosyal desteğin ruhsal semptomlar üzerinde iyileştirici nitelikte olduğu açıklanmaktadır (Dworkin, Emily, Heidi Ojalehto, Michele, Bedard-Gilligan, Cadigan ve Kaysen, 2018, s.135).

Buraya kadar ki tespitlerimizi özetleyecek olursak; tecavüz saldırıları sonrasında yaşanan ruhsal sorunlar, ICD-11R ve DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitapçığında yer alan travma sonrası spesifik olarak önerilen tanı kriterleri ile incelenmektedir. Ancak bu durum, semptomların şiddeti ve seyri açısından yeterince karşılanmadığı durumlarda ciddi sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Mevcut tanı kitaplarında yer alan stresör kaynaklı bozuklar da, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen semptomlar, tepkisel bozukluk olarak incelenirken, hayati tehlikenin yaşanma koşulunun arandığı yaşam olayları ile ilişkilendirilerek değerlendirilmektedir. Tecavüz saldırıları sonrasında tepkilerin, bireyin kişilik özelliklerine göre farklılıklar gösterdiği anlaşılmıştır. Diğer yandan, semptomların DSM ve ICD tanı kriterleri ile değerlendirilebilmesi için ruhsal bozukluğun yaşanıyor olması koşulu aranmaktadır. Bu nokta da, tecavüz saldırılarını takip eden süreçte semptomların ilk 4 ay da hafiflediği hatta ortadan sonlandığı boylamsal araştırmalar doğrultusunda belgelendirilmiştir Sahte uyum olarak adlandırılan bu durum, üzerinden geçen 3 yıllık süreç sonrasında bile şiddetlenerek gözlemlendiği kanıtlanmıştır (bkz. Atkeson, Calhoun, Resick, Ellis, 1979, 1981, 1982).

Semptomların gözlemlenememesi ile birlikte tedavi sürecinin sonlandırılması ve bireyin yardım arayışını bırakması, tablonun şiddetlenerek ağırlaşmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte, diğer ruhsal hastalıkların eş tanı riskinin tetiklenmesine yol açarken, işlevsellikte bozulmalara zemin hazırlayabilmektedir. Tüm bunlar ile paralel bir şekilde yüksek komorbidite tanı riski taşıyan depresyon ve kaygı bozuklukları sonucunda kaçınma davranışları gözlemlenebilmektedir. Diğer yandan ise toplumsal tutumların etkisi sonucunda olumsuz sosyal desteğe maruz bırakılma, ikincil travmalara yol açabilmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından yapılan araştırmalarda, sosyal desteğin ruhsal semptomların şiddeti ile doğrudan ilişki içerisinde olduğu bildirilirken, olumsuz sosyal desteğin semptomları şiddetlendirdiği açıklanmıştır (Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000, ss.3-23).

Sonuç olarak, hem hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde, hemde tecavüz saldırısına maruz bırakılan bireylerde, sosyal destek algısının önemi kanıtlanmıştır. Ancak, söz konusu güven ihlali ile birlikte sosyal destek algısında düşüşlerin yaşandığı üzerinde durulmuştur. Dolayısıyla, hayata küsme bozukluğunun şiddetlenmesi sonucunda sosyal destek algısı üzerinde doğrudan bir etkisinin olacağı üzerinde yoğunlaşmıştır. Tüm bu argumanlar doğrultusunda, bu araştırmanın teorik alt yapısı hazırlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, tecavüz mağdurlarında gözlemlenen ruhsal sorunlar, “travma sonrası hayata küsme bozukluğu” tanı kriteri altında incelenecektir. Psikopatoloji ile arasındaki ilişki de ise algılanan çok boyutlu sosyal desteğin aracılık rolünü araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde çok boyutlu algılanan sosyal destek ve tecavüz saldırıları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (bkz. Nautiyal ve Velayudhan, 2018; Woodward 2021; Pohane, Jaiswal, Vahia, 2020; Kruger, 2016). Ancak, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen semptomları travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriterleri altında inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tarihsel süreç içerisinde yapılan çok sayıda klinik gözlem sonrasında, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunların, diğer travmatik yaşam olayları sonrasında gözlemlenen tabloyu yeterince karşılamadığı savunulmuştur. Bu araştırmada, klinik vaka çalışmaları ve bilimsel araştırmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen semptomlar, travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriteri ile ilişkilendirilerek açıklanacaktır. Takip eden başlıkta, araştırmanın amacı doğrultusunda test edilecek hipotezlere yer verilecektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın temel amacı, tecavüz saldırısına maruz bırakılan bireylerde, travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasındaki ilişkide, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin etkisini incelemektedir.

Test edilecek hipotezler aşağıda yer aldığı gibidir.

Hipotez-1: Travma sonrası hayata küsme bozukluğunun çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek arasında doğrudan ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez-2: Travma sonrası hayata küsme bozukluğunun şiddeti arttıkça, sosyal destek algısında zayıflamalar görülmektedir.

Hipotez-3: Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin, psikopatoloji arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez-4: Sosyal destek algısı düşük olan bireylerde psikopatolojinin şiddeti artmaktadır

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırmada, 18 yaş ve üzeri tecavüz saldırısına maruz bırakılan kadın katılımcıların örneklemini oluşturduğu varsayılmıştır. Anket çalışmaları gönüllülük ilkesine dayalı olarak gerçekleştirilmiş olup kullanılan ölçeklerin dürüst ve güvenilir bir şekilde doldurulduğu varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal semptomların, travmatik yaşam olayları sonrasında önerilen tanı kriterlerini yeterince karşılamıyor olması sonucunda uzun vadede sorunların yaşandığına dikkat çekilmektedir. Bununla birlikte, semptomların seyrinin zaman içerisinde kronikleşmesi, psikoterapi sürecinin gidişatının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Diğer yandan ise saldırıya bağlı olarak yaşanan güven ihlalinin, yardım arayışının sonlandırılmasına yol açtığı bilinmektedir. Bu araştırma da, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunlar, travmatik yaşam olayları sonrasında önerilen farklı bir tanı kriteri altında incelenmiştir.

Mevcut çalışmalar incelendiğinde, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal semptomları, TSHKB tanı kriterleri altında inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, yapılan klinik gözlemlerden elde edilen bulgular doğrultusunda, semptomların TSHKB tanı kriterleri ile benzerlik gösterdiği anlaşılmıştır. Literatürde yer alan araştırmalarda, tecavüz saldırıları ve psikopatoloji arasında güçlü bir ilişkinin olduğu açıklanmış, söz konusu ilişki de sosyal desteğin aracılık etkisinin kanıtlanmıştır (La Flair, Franko ve Herzog, 2004, s.248). Aynı zamanda, küresel bir sorun haline tecavüz saldırılarına dikkat çekilirken, biyopsikososyal açıdan çok boyutlu mağduriyetlerin yaşanmasına neden olan saldırıların, uzun vadede ciddi sorunlara yol açması, bireyin yaşam kalitesinin bozulması ile sonuçlandığına vurgu yapılmaktadır.

Sonuç olarak, tecavüz saldırıları fiziksel olarak “tek seferlik-miş” gibi gösterilmek istensende, bireyin yaşamış olduğu ruhsal sıkıntıların uzun yıllar devam etmesi ile birlikte süreklilik kazandığı bilinmektedir. Bu araştırma, tecavüz mağdurlarında travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasındaki ilişkide algılanan çok boyutlu sosyal desteğin aracılık etkisi var mı? sorusuna cevap arama gerekçesi ile yapılmıştır. Kadınların yaşamış oldukları “haksızlık” olarak kabul edilen yaşam olayları sonrasında, ruhsal süreçlerine bir nebze de olsa fayda sağlamak amacı ile bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM 2

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde sırasıyla, tecavüz saldırıları, travma sonrası hayata küsme bozukluğu, çok boyutlu algılanan sosyal destek, süreklilik kaygı ve depresyon değişkenlerine ilişkin kuramsal temeller ele alınacaktır. Takip eden bölümde ise araştırmaya konu olan değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerine yönelik yapılan araştırmalardan elde edilen bulgulara yer verilecektir.

2.1. Tecavüz Saldırıları

Dünya sağlık örgütü tarafından, tecavüz saldırıları “*penis, nesne ya da diğer vücut organları kullanarak vajina ya da anüse fiziksel zorlamanın gerçekleşmesi*” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Yapılan tanımlamaya göre, söz konusu saldırının tecavüz olarak adlandırılabilmesi, bireyin rıza göstermemesi, saldırı esnasında zorlamanın gerçekleşmesi ve cinsel penetrasyonun yaşanmış olması koşulu aranmaktadır. Ancak yapılan resmi tanımlamaların, yetersiz olduğu gerekçesini sunan bazı araştırmacılar tarafından, bu tanımlamanın kısmi bir tanımlama olduğu açıklanmıştır (MacKinnon, 1987, s.315). Bu nokta da eğer bir tanımlama yapılacak ise objektif ve gerçekçi bir yaklaşımın büyük önem taşıdığı savunulmaktadır. Söz konusu tanımlamanın kabul edilebilir olması için bireyin cinsellik üzerinden bedeninin ihlal edildiği saldırılarının, tümünün tecavüz olarak kabul edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Haslanger, 1993, ss.209-253). Aksi takdirde, yapılan bütün tanımlamaların eksik ve yetersiz olduğuna dikkat çekilirken, bu durumun tecavüz saldırılarına yönelik geliştirilen, doğruluk payı olmayan eril tutumların, eksik bir tanımlama sonucunda beslendiği gerekçesi sunulmaktadır.

Öyle ki bazı araştırmacılar tarafından, bireyin benliği üzerinde hâkimiyet kurabilmek için aşırı güç kullanılarak gerçekleşen cinsel birlikteliklerin, tümünün tecavüz saldırısı olarak kabul edilmesi gerektiğine önemle vurgu yapılmaktadır (Chapleau ve Oswald, 2010, s.66). Bunun yanı sıra, ruhsal ve fiziksel açıdan yaralanmalara neden olan saldırıların temel nedeni olarak, eril ideolojinin “güç” ve “cinsellik” ile bütünleşmiş olması üzerinden açıklanmaktadır. Saldırı esnasında, rıza gösterilmemesi durumunda failerin farklı stratejilere başvurabileceklerine işaret edilirken, bireyin karar verme yetisine yönelik manipülatif yaklaşımlar sergileyebileceklerine işaret edilmektedir (McGinn, 2014, s.76; MacKenzie, 2015, ss.26-234).

Diğer yandan ise tecavüz saldırıları ve cinsel şiddet tanımlamalarının her toplumda farklılıklar gösterdiği açıklanırken, saldırı esnasından faillerin diğer şiddet çeşitlerine de başvurdukları bildirilmektedir. Nitekim bireyin karar verme yetisi olmadığı durumlarda, uygulanan baskı, tehdit, şiddet, zorlama sonucunda gerçekleşen birlikteliklerin, “*rıza inşası*” olduğu, rıza anlamına gelmediği ve geçerliliği olmadığı açıklanmaktadır (TPD, 2021).

2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği; toplumsal ve kültürel olarak, “kadınlık ve erkeklik ile ilişkilendirilen normlar” toplumsal sınıflandırılma olarak tanımlanmaktadır (Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, 2019:6). Eril ideolojinin, sosyal hâkimiyeti sağlayabilmesi amacıyla geliştirilen tutumlar sonucunda, tecavüz saldırılarının sistematik meşrulaştırma eğilimi ve ahlaki öfke üzerinden beslenmesi, çok boyutlu mağduriyetlerin yaşanmasına neden olmuştur. Simone de Beauvoir tarafından 1949 yılında kaleme alınan “İkinci Cins” adlı eserde, toplum ve cinsiyetlerin birbirinden farklı kavramlar olduğuna dikkat çekilmiş, kadının toplum tarafından ikincilleştirilmek istendiği açıklanmıştır. Öyle ki, biyolojik farklılıklar nedeniyle kadın bedeninin baştan çıkartıcı olduğu ve erkeğin kontrolden çıkmasına yol açtığına yönelik eril inançlar sonucunda, kadının suçlanmasına ve tecavüz saldırılarının sorumlusu olarak gösterilmesine yol açtığı savunulmuştur.

Tarih öncesi döneme ilişkin dini kaynaklarda kadının şeytanla işbirliği içerisinde tasvir edilmesi, günahkâr olarak gösterilmesi, kadının suçlanıp cezalandırılması, kahramanlık hikâyesi olarak nesilden nesille aktarılmıştır. Âdem ve Lilith’e ilişkin kaynaklarda; aynı topraktan yaratılan Lilith’in, Âdem ile eşit haklara sahip olduğunu savunması üzerine yaşanan kavga sonrasında cenneti terk etmesi, kadının güvenilmez olduğuna yönelik inançların gelişmesine zemin hazırlamıştır. Bununla birlikte, Lilith’in itaatkârlığa karşı çıkararak cenneti terk etmesi, şeytanla birliği yaptığına yönelik algıya yol açtığı savunulmuştur (Çınar, 2018, ss.363-393). Antik Yunan mitolojisine ilişkin kaynaklarda ise kadının baştan çıkartıcı olarak betimlenmesi dikkat çekmektedir. Güzelliğin ve zekânın sembolü olarak bilinen Medusa’ya ilişkin kaynaklarda; denizlerin tanrısı olarak bilinen Poseidon tarafından uğramış olduğu tecavüz saldırısının sorumlusu olarak gösterilen Medusa’nın, Athena tarafından lanetlenerek vahşi bir canavara dönüştürülmesi kahramanlık hikâyesi olarak tasvir edilmiştir.

Güzellik ve baştan çıkartıcılığın ilişkilendirilmesine neden olan efsanenin, ahlaki değerler üzerinden düşmancıl yaklaşımlara yol açtığı vurgulanmıştır (Cixous, 1975, s.20). Dolayısıyla, eril ideolojik yaklaşımların, kadının psikolojik olarak sindirilmesini amaçlandığı anlaşılmıştır.

2.1.2. Sosyal Risk Faktörleri

Tecavüz saldırılarına yönelik geliştirilen inançların kadınların irade dışı saldırının sorumluluğunu üstlenmelere neden olduğu tespit edilirken, kadınların ömür boyu tecavüz saldırılarına yönelik korku yaşadıkları açıklanmaktadır (Bruggen ve Grubb, 2014, s.523; Qİ, Starfelt, ve White, 2016, ss.20-35). Diğer yandan ise sosyal ve bireysel tetikleyici risk faktörlerinin etkisi sonucunda, tecavüz saldırılarına maruz bırakın kadınların yardım arayışını sonlandırdıkları bilinmektedir. Bu durum, yaşanan sorunların zaman içerisinde karmaşık bir hal almasına neden olurken, eril ideolojinin tahakküm arzularının amacı doğrultusunda, tecavüz saldırılarının sistematikleştirilmesine zemin hazırladığı anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğrultusunda ise tecavüz saldırılarına maruz bırakılan kadınların %20'sinden fazlasının yaşamış oldukları saldırıyı yetkililere dahi bildiremedikleri tespit edilmiştir (Çelbis, Karaca, Özdemir ve Isır, 2004, s.48). Bunun yanı sıra, eş tecavüzleri sonrasında, kadının evlilik birliği içerisinde kadınlık görevlerini yerine getirmediği gerekçesi sunulduğuna dikkat çekilirken, kadının suçlandığı savunulmuştur (Bennice ve Resick, 2003, s.228).

Deniz ve Koralp (2015) tarafından, tüm bunların sonucunda kadınların adli birimlere dahi başvuramadıklarını açıklanırken, kadınların yaşamış oldukları saldırı sonrasında adli birimlere başvurması esnasında bile toplumsal tutumlara maruz bırakıldıklarına dikkat çekilmektedir. Yapılan anket çalışmaları sonrasında, adli makamlara başvuran kadınların,

%18,5 jandarma, %12,5 polis, %9-1'nin ise savcılık tarafından kötü muameleye maruz bırakıldıkları bildirilmektedir (Barutçu, Yavuz, ve Çetin, 1999, ss.41-52). Nitekim tecavüz saldırılarının romantik ilişkinin yaşanması ya da yaşanmasına yönelik bir yaklaşımın olması durumunda, tecavüz suçunun hafifletilmesine neden olduğu, benzer birçok durumda faillerin suçlu görülmediği doğrulanmıştır (Lynch, Jewell, Wasarhaley ve Golding, 2017, s.17). Ayrıca, sosyal destek kaynağının yetersiz ve olumsuz yaklaşımlar da bulunulması durumunda, ikinci kez saldırıya uğramışlık hissini yaşanması üzerinde durulmaktadır. Tecavüz saldırıları ve sosyal destek üzerine yapılan çalışmalar doğrultusunda, sosyal desteğin kendine özgü bir mekanizmasının olduğu açıklanmaktadır.

Toplumsal tutumlar üzerinde güçlü bir koruyucu etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Ullman, Townsend, Filipas, ve Starzynski, 2007, s.23). Öyle ki, sosyal destek algısı yüksek olan bireylerin, saldırıya yönelik geliştirilen toplumsal tutumlardan daha az etkilendikleri kanıtlanmıştır (Anderson ve Lyon, 2006, s.1400). Tüm bu argumanlar doğrultusunda; toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkileri sonucunda kadınların yaşamış oldukları mağduriyetlere yer verilmiştir. Mevcut çalışmalar doğrultusunda, sosyal desteğin toplumsal tutumların etkisi karşısında koruyuculuk etkisinin olduğu anlaşılmıştır. Bu bağlamda, takip eden başlıkta tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen klinik tabloya yer verilecektir.

2.1.3. Klinik Seyir

Bireysel ve sosyal risk faktörlerinin etkisi sonucunda uzun vadede çok boyutlu risk teşkil eden tecavüz saldırıları, uzun yıllardır çok sayıda çalışmaya konu olmuştur. Psikiyatrist Krafft-Ebing tarafından yapılan vaka çalışmaları sonrasında, tecavüz saldırısı sonrasında yaşanan ruhsal sorunlara ilk kez “*Psychopathia Sexualis*” adlı kitapta yer verilmektedir. Cinsel kaynaklı yaşanan ruhsal sorunlar başlığı altında ele alınan saldırıların; bireyin ahlaki değerlerinin ihlal edilmesine neden olduğu açıklanırken, bunun sonucunda ruhsal ve somatik işlevsellikte bozulmalara yol açtığı savunulmaktadır (Krafft-Ebing, 1894). Bununla birlikte, 1971 yılında kurulan tecavüz kriz merkezi ile birlikte artan çalışmalar, klinik tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Burgess ve Holmstrom (1974) tarafından yapılan gözlemler sonrasında, hastaların kliniğe başvurmuş oldukları ilk süreçte yaşamış oldukları saldırıyı aktarabildiklerini ve kendilerini yeterince ifade edebildikleri raporlanırken, saldırının üzerinden geçen iki ila altı hafta sonrasında ise yoğun kaygının yaşandığı beraberinde öfke, utanç, kendini suçlama ve intikam düşüncelerinin eşlik ettiğine dikkat çekilmektedir. Travmatik olaylar sonrası, travmaya sebep olan stresin benlik gelişimini etkileyeceği ve benlik gelişiminde bozulmalara, duraklamalara ve yavaşlamaya yol açtığı açıklanmaktadır (Herman, 2019, s. 427). Tecavüz saldırılarına maruz bırakılan bireylerde, yaşamış oldukları travmatik olay sonrasında gözlemlenen disosiyatif belirtiler başlangıçta gerginlik hali gibi gözüksede ilerleyen süreçte; kendine yabancılaşma çevreye yabancılaşma şeklinde yaşanabilmektedir. Kişi maruz kalmış olduğu olumsuz deneyim sonrasında gerçeklik sorgulayabilmektedir. Bununla birlikte, çevresinden ve tüm yaşananlardan uzaklaşabildiği gibi bu durum süreklilik kazanabilmektedir.

Depresyon ve kaygı bozukluğunun eşlik etmesi sonucunda, semptomlar şiddetlenebilmektedir. Nitekim tecavüz saldırısına maruz bırakılan bireylerde, yaşamış oldukları travmatik saldırıya bağlı olarak korku, kendini değersiz hissetme, işlevsellik kayıpları, yetersizlik ve kendini suçlama düşüncelerinin yoğun olarak gözlemlendiği ve buna bağlı olarak duygudurum bozukluklarının gelişme riskinin arttığı doğrulanmıştır. Bireyin yaşam standartlarının sekteye uğramasına neden olan bu durumun uzun vadede ciddi sorunlara neden olduğu tespit edilirken, kronikleşen semptomların işlevsellik üzerinde bozulmalara neden olduğu bildirilmektedir (Suris, Lind, Kashner ve Borman, 2007, s.97). Benzer bir şekilde sosyal desteğin yeterli olmadığı durumlarda yaşandığı raporlanırken, tecavüz saldırısına uğrama düşüncesinin yoğun stres, kaygı ve korkuya neden olduğu, intihar düşünce ve girişimlerinin artmasına yol açtığı gözlemlenmiştir (Ekinci, Savaş ve Citak, 2001, s.204).

2.1.4. Eş Tanı

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar doğrultusunda; saldırıya maruz bırakılan bireylerin %74'ünde gözlemlenen semptomların uzun vadede ciddi sorunlara yol açtığı, üzerinden geçen 6 ay sonrasında ise diğer ruhsal hastalıkların komorbidite tanısı olarak görüldüğü raporlanmıştır (Tükel ve Alkın, 2006, ss.385-466). Bununla birlikte, işlevselliğin yavaşlaması sonucunda eş tanısı olarak görüldüğü doğrulanmıştır (Lam, Kennedy, McIntyre, ve Khullar, 2014-54). Yapılan çalışmalarda, depresyonun komorbidite riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Wickramasinghe, Almeida ve Samarasekera, 2019). Aynı zamanda, kaybolmuşluk hissinin yoğun olarak yaşanması sonucunda intihar ve kendine zarar verme girişimlerinin arttığı saptanmıştır (Silverman, Raj, Mucci ve Hathaway, 2001, s.572).

Özellikle saldırı sonrasında kadınların yaşamış oldukları ruhsal sorunlar başa çıkma çıkabilmek adına alkol madde kullanımına yöneldikleri klinik gözlemler doğrultusunda ortaya konmuştur (Rew, Taylor ve Fitzgerald, 2001, s.40). Tüm bunlara ek olarak, tecavüz saldırısı sonrasında en yaygın görülen eş tanılar; duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol-madde kullanımı, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, fobi çeşitleri, majör depresyon, uyum bozuklukları olarak açıklanmıştır (Akçay, Özgen, Erdem, Balıkcı ve Öznur, 2013, ss.441-460). Takip eden başlıkta tecavüz saldırıları ve depresyon üzerine yapılan araştırmalara yer verilecektir.

2.1.5. Tecavüz Saldırıları ve Depresyon

Depresyon, ICD-11' de duygudurum bozuklukları altında incelenirken, üzümlük, öfke, zevk kaybı ile karakterize edilmektedir. İşlevselliği büyük ölçüde etkileyen bir bozukluğa neden olduğu, bununla birlikte bilişsel, davranışsal, nörovegetatif semptomların eşlik ettiği depresif ruh hali olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal bozukluklar arasında en yaygın komorbidite tanısı olarak görülen depresyonun, çok sayıda faktör ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, tecavüz saldırılarına maruz bırakılan kadınların %13-51'inde depresif semptomların yaşandığı saptanmıştır (Campbell, Dworkin ve Cabral, 2009, s.225). Bununla birlikte, bağışlayıcılık ve öfke arasında intikam düşüncelerine güçlü bir aracılık etkisi olduğu açıklanmış, tepkisizlik, dalgınlık, huzursuzluk, depersonalizasyon ya da dissosiyatif bozuklukların yaşandığı raporlanırken, özellikle ruminasyona vurgu yapılmaktadır (Berry, Worthington, O'Connor, Parrott ve Wade, 2005, s.183). Diğer yandan ise öfkenin şiddetlenmesine neden olan ruminasyonların, intikam düşüncesini beslediğine dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla, tecavüz saldırısı sonrasında yaşanan suçluluk hissinin bağışlanamaması ile birlikte karmaşık bir hal aldığı anlaşılmaktadır.

Literatürde yer alan çok sayıda çalışmaya konu olan affetmemek üzerine yapılan çalışmalar sonrasında, depresyon ile arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğu kanıtlanmış, özellikle travmatik yaşantıya maruz bırakılan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, depresyonun şiddetinin artmasına yol açtığı ortaya konmuştur (Witvliet, Phipps, Feldman ve Beckham 2004, s.269). Tecavüz saldırıları sonrasında duyulan utanç ve depresif semptomlar arasında güçlü bir ilişkinin olduğu klinik çalışmalar doğrultusunda belgelendirilmiştir (Adrews, Brewin, Rose ve Kirk, 2000, s.69). Aynı zamanda, bağışlamanın bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevsellik üzerinde hayati etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Enright ve Fitzgibbons 2000). Takip eden başlıkta, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen kaygı bozukluğuna ilişkin yapılan çalışmalara yer verilecektir.

2.1.6. Tecavüz Saldırıları ve Kaygı Bozuklukları

Tecavüz saldırıları sonrasında, yaşanan kaygının kronikleşmesi çok sayıda çalışmaya konu olurken, bireylerin yaşamış oldukları saldırının tekrarlanmasına yönelik yoğun kaygı duyulmasına yönelik kaçınma davranışı geliştirdiklerine dikkat çekilmektedir. Ellis (1983) tarafından, tecavüz saldırıları sonrasında yaşanan kaygının 3 ay ile 1 yıl arası devam ettiği, zaman geçtikçe şiddetlendiği bildirilirken, uyum bozukluklarının yaşandığı raporlanmıştır.

Whaley ve Koenen (2001) tarafından, tecavüz saldırıları sonrasında yaşanan kaygının, davranışsal bozukluklara neden olduğu bildirilirken, kaçınma davranışının şiddetlenmesi sonucunda bireyin yaşam kalitesinde düşüşlerin yaşandığı açıklanmıştır. Diğer yandan ise depresyon ve kaygının neden olduğu tepkilerin endişe ile ilişkilendirilmesi üzerine yapılan çalışmalarda, somatik tepkilerin endişe halinde arttığı saptanmıştır (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, DePree, 1983, s.9). Travmatik yaşam olayları sonrasında yaşanan depresif semptomlara ek olarak, şok, aşırı uyarılmışlık, küntleşme, çaresizlik, yalnızlık ve sosyal geri çekilme ile birlikte anksiyetenin komorbidite tanı riskinin tetiklendiği raporlanmıştır (Campbell, Dworkin, ve Cabral, 2009, s.225). Sonuç olarak, tecavüz saldırıları sonrasında yaşanan kaygının, sosyal geri çekilme ile birlikte şiddetlendiği anlaşılmıştır.

2.1.7. Tedavi

Bu bölümde, tecavüz saldırıları sonrasında en yaygın olarak uygulanan tedavi yöntemleri açıklanacaktır. Tablo 1' farmakolojik tedavi ve hastalıklara yer verilmiştir.

Tablo 1. Farmakolojik tedavi

İlaçlar	Hastalıklar
SSRI	Depresyon-Kaygı Bozuklukları-OKB
Trisiklik Antidepresanlar	Kaygı Bozuklukları
MonoaminOksidazİnhibitörleri	Kaygı Bozuklukları-Panik Atak
Nefazodon	Depresyon-Kaygı Bozuklukları- OKB- Sosyal Fobi
Trazodon	Major Depresyon- Uyku Bozuklukları- Kaygı Bozuklukları
Antipsikotikler	Psikotik Bozukluklar

Tablo 1' de, tecavüz saldırıları sonrasında farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar ve tedavisinde kullanıldığı hastalıklar açıklanmıştır. Saldırı sonrasında uzmanlar tarafından psikoterapi ile birlikte uygulanan farmakolojik tedavi de en sık kullanılan ilaçlara yer verilecektir (Köroğlu ve Güleç, 2007, ss.353-359; APA, 2007; Bayar, 2000, ss.100-102).

Tablo 2' de tecavüz saldırıları sonrasında uygulanan psikoterapi yöntemlerine yer verilecektir (Tükel ve Alkın, 2006, ss.385-466).

Tablo 2. Psikoterapi yöntemleri

EMDR	Grup Terapi
Bilişsel Davranışçı Terapi	ADDT
Hipnoterapi	Şema Terapi

Yukarıda yer alan, Tablo 2’de tecavüz saldırıları sonrasında en sık kullanılan psikoterapi yöntemlerine yer verilmiştir. Bununla birlikte, tecavüz saldırıları sonrasında uygulananan tedaviye ek olarak sosyal desteğin önemi üzerinde durulmuştur. Yapılan klinik çalışmalar doğrultusunda, sosyal destek algısı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişkinin olduğu kanıtlanırken, bu ilişkinin psikolojik dayanıklılık sağladığı belgelendirilmiştir (Parastoo ve Marzিয়েh, 2022, s.13). Diğer yandan ise bireyin sosyal destek algısının artması ile birlikte semptomların şiddetinde düşüşlerin yaşandığı saptanmıştır (Lincoln, Chatters ve Taylor, 2005, s.754).

2.1.8. Sosyal Destek ve Tedavi

Tecavüz saldırısına maruz bırakılan kadınların, olumsuz sosyal destek karşısında yaşamış oldukları saldırının sorumluluğunu iradeleri dışında üstlendiklerine dikkat çekilirken, sessizlik sürecine girdikleri açıklanmaktadır (Frese, Moya, ve Megías, 2004, s.143). Aynı zamanda, kendi suçlama davranışının gelişmesi ile birlikte başa çıkma becerilerinin düşüşlerin yaşandığı bildirilmektedir. Vidal ve Petrak (2007) tarafından yapılan çalışmalar sonrasında, saldırı sonrasında kadınların %75’inin maruz bırakıldıkları saldırı sonrasında, yoğun utanç yaşadıklarına dikkat çekilmektedir. Diğer yandan ise tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen semptomlar ve toplumsal tutumların güçlü bir ilişki içerisinde olduğu doğrulanırken, sosyal destek algısı yüksek olan bireylerin, saldırıya yönelik geliştirilen toplumsal tutumlardan daha az etkilendiği kanıtlanmıştır (Anderson ve Lyon, 2006, s.1416). Benzer bir çalışmada ise tecavüz saldırıları sonrasında çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin, yaşam doyumu üzerinde etkisinin olduğu açıklanırken bilişsel açıdan büyük önem taşıdığı tespit edilmiştir (Türkseven, Öner, Çetin, ve Şimşek, 2020, ss.50-56). Tecavüz saldırıları sonrasında yaşanan ruhsal sorunların, bireysel ve sosyal işlevselliği etkilemesi, psikoterapi sürecinin gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle saldırı sonrasında yaşanan geri çekilme sonucunda, yardım arayışının dururulması, terapi sürecinin sonlandırılmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Mevcut çalışmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda, bireylerin hayatlarında bulunan sosyal destek kaynaklarının önemi ortaya konulurken, sosyal destek kaynağı olan bireylerin, ruhsal açıdan daha iyi oldukları anlaşılmıştır. Klinisyenler tarafından yapılan gözlemler sonucunda, aileden algılanan destek arttıa ruhsal sorunların hafiflediği belgelendirilmiştir (Procidano ve Heller 1983, s.1). Bununla birlikte, aileden ve arkadaşlardan sosyal destek algılayan bireylerin, günlük yaşantılarında karşılaşmış oldukları sorunlar ile daha rahat başa çıktıkları savunulmaktadır. Bireyin yakın ilişkilerde bulunduğu kişilerden sosyal destek görmesinin önem taşıdığı açıklanmaktadır. Depresyon ve çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek üzerine yapılan çalışmalar da, algılanan sosyal desteğin depresif bireylerde iyileşme sürecinde önem taşıdığı bildirilirken, araştırmacılar ruhsal açıdan iyi oluşun artmasına, beraberinde ise başa çıkma becerilerinde olumlu artışların görülmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür (Coyne, Aldwin ve Lazarus, 1981, s.439).

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin aileden sağlanmasının çok sayıda ruhsal bozukluk üzerinde etkisinin olduğu iddia edilmektedir (Lincoln, Taylor, Bullard, Chatters, Woodward, Himle, 2010, s.612). İlerleyen yıllarda yapılan çalışmalar sonrasında ise intihar girişimi ve düşüncesinin gelişmesinde önemli bir rol oynadığı kesinlik kazanmıştır (Lincoln, Taylor, Chatters ve Joe, 2012, s.1947). Tüm bu argumanlar doğrultusunda; tecavüz saldırıları ve psikopatoloji arasında ki ilişki kanıtlanırken, sosyal desteğin aracılık etkisi olduğu doğrulanmıştır. Literatürde yer alan klinik vaka çalışmaları ve bilimsel araştırmalar sonucunda varsayımda bulunmuş olduğumuz ilişkilerin desteklendiği grlmektedir. Bu bağlamda, takip eden başlıklarda hayata küsme bozukluğuna yer verilecektir.

2.2. Küskünlük

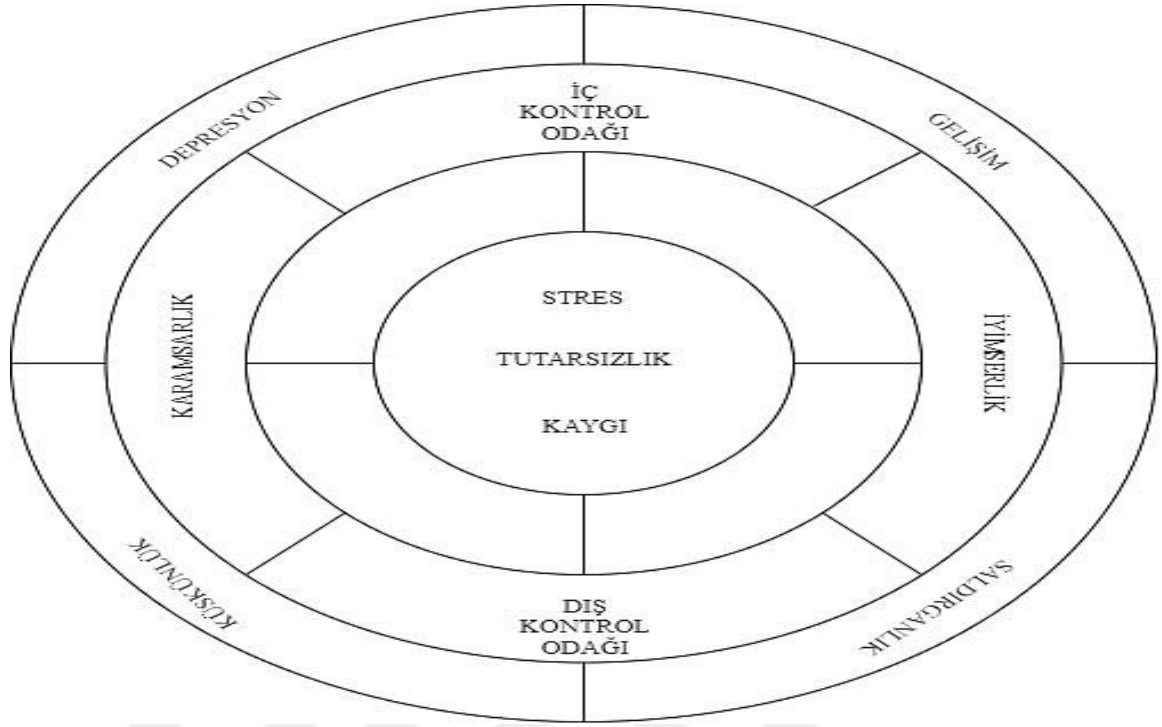
Ruh sağlığı üzerine yapılan çalışmalarda, bireyin yaşamış olduğu acı sonrasında vermiş olduğu tepki “küsme” olarak tanımlanmaktadır (Znoj, 2011, s.5-16). Her insanın yaşam boyunca en az bir kez deneyimlemiş olduğu bir tepki olarak açıklanan küskünlüğün, haksızlık olarak görülen yaşam olayları sonrasında çok sayıda olumsuz duygunun kombinasyonu sonucunda yaşandığı bildirilmiştir (Znoj ve Grawe 2000, s.241). İnsanların yaşam boyunca haksızlığa uğramaya yönelik kaygı duyduklarına dikkat çekilirken, yaşanan haksızlığının geri dönüşümü olmadığı savunulmaktadır (Hasanoğlu, 2008, ss.94).

Bununla birlikte, kişinin haksızlık ve adaletsizlik olarak tanımladığı yaşam olayı sonrasında, başa çıkma mekanizmasının tetiklenmesi sonucunda küskünlüğün duygusal tutarsızlıklara neden olduğu anlaşılmıştır Znoj ve Grawe (2000) tarafından, bireyin travmatik olarak algıladığı yaşam olayları sonrasında; yaşamış olduğu olay ve gelecekte yaşanacaklar üzerine tutarsızlık yaşamasına neden olan bu durumun, başa çıkma mekanizmasının devreye girmesi sonucunda duygusal dengesizliğe yol açtığı bildirilmektedir. Diğer yandan ise bu tutarsızlığın kaygıya yol açtığı açıklanmaktadır.

Bandelow (2011), adaletsizlik sonrasında yaşanan küskünlük sonrasında öfkenin açığa çıktığına dikkat çekilirken, buna neden olan kişilere yönelik intikam düşüncesinin şiddetlediği vurgulanmaktadır. Her insanın adaletsizlik karşısında verebileceği tepkinin şiddetinin değiştiğine vurgu yapılırken, beraberinde yoğun olarak umutsuzluğu ve depresif ruh halinin yaşandığı savunulmuştur. Aynı zamanda, güven ihlali ile sonuçlandığı tespit edilmiştir (Linden, 2020, s.396). Dolayısıyla, verilen tepkinin şiddeti arttıkça, beraberinde diğer olumsuz duyguların eşlik ettiği anlaşılmıştır.

2.2.1. Küskünlüğün Formülasyonu

Bireyin travmatik olarak adlandırdığı yaşam olayları sonrasında yaşanan küskünlüğün; bilişsel, duygusal ve davranışsal açıdan tutarsızlıklara yol açtığına dikkat çekilmektedir. Bununla birlikte, yaşanan olumsuz duyguların kombinasyonu sonucunda karmaşık bir hal aldığı açıklanmaktadır (Linden ve arkadaşları, 2009, s.139). Bireyin haksızlık karşısında göstermiş olduğu tepkinin şiddetlenmesi sonucunda ruhsal açıdan patolojik bir bozukluk haline geldiği anlaşılırken, işlevsellik üzerinde bozulmalara yol açtığı tespit edilmiştir (Linden ve ark. 2007, s.139). Tüm bu bulgular, travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu ortaya kanıtlanmıştır (Linden,2003, s.195). Znoj (2011), önemli olanın, bireyde umuda dair değişimlerin gözlemlenmesi, açığa çıkan öfke, güvensizlik, nefret duygularının açığa çıkması, küskünlüğün görülmesi, depresif ruh hali ve cana kıyma davranışları olduğu bildirilmiştir. Bu noktada, Plutchik modeli üzerinden küskünlüğün yapısı formüle edilmiştir. Umut-umutsuzluk modelin’de, saldırganlık ve depresyon arasında yer alan küskünlüğün “kayıp halka” olduğuna vurgu yapılmaktadır. Şekil 1’de umut ve umutsuzluk modeli yer almaktadır.



Şekil 1. Umut ve umutsuzluk modeli

Ancak bu nokta da iki tanı arasında dikkat edilmesi gereken en belirgin semptom farklılığı, hayata küsme yaşayan hastaların stresöre yönelik saldırgan tutumların olduğu açıklanmıştır. “Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğunda” da gözlemlenen ruhsal semptomların, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, huzursuzluk, çaresizlik, saldırganlık, sosyal geri çekilme ve fobik belirtiler ile paralel bir şekilde ilerleyebileceği bildirilmiştir. Aynı zamanda, küskünlüğün işlevsellik üzerinde ki etkileri incelenirken, semptomların seyrinin uzamasına ve komorbidite gelişimine neden olduğuna dikkat çekilmiştir (Hasanoğlu, 2008, s.94). Araştırmacılar, “kendini hayal kırıklığına uğratma, adaletsizlik ve çaresizlik ile birlikte mücadele etme dürtüsü ve uygun bir hedef belirleyememe” olarak şiddetli küskünlük tanımlanmaktadır (Linden ve diğerleri, 2007, ss. 160). Dolayısıyla, yaşanan olay sonrasında küskünlüğün, patolojik bir bozukluğa yol açabildiği doğrulanmıştır.

2.2.2. Travma Sonrası Hayata Küsme

Psikiyatrist Michael Linden tarafından 2003 yılında literatüre küskünlüğün kronikleşmesi sonucunda işlevselliğin bozulduğu tablo, “verbiterrung” tanı kriteri olarak açıklanırken, Hasanoğlu (2008) tarafından türk literatürüne “hayata küsme” olarak

önerilmiştir. “Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu Ölçeği” ile değerlendirme yapılmasının ardından klinik karar verilmesinin önemli olduğu açıklanmıştır. Ancak bu nokta da önemle dikkat çekilen en büyük sorunun, travma sonrası hayata küsmeye bozukluğu tanı kriterlerinin, ICD ve DSM’ de kendisine özgü bir tanı kriteri altında yer verilmemesidir. Söz konusu, tanı kriterleri stres ile ilişkili bozukluklar kategorisinde yer alması gerektiğine dikkat çekilirken, klinik tanı koyabilmek için DSM ve ICD sınıflandırılmasında yer alması gerektiği bildirilmiştir (Linden ve arkadaşları, 2009, s.140).

2.2.3. Travma Sonrası Ayırıcı Özellikler

TSHKB ve TSSB tablosunda yer alan semptomların, ayırt edilebilir olduğuna dikkat çekilmiş olup (Maercker, Beauducel, Schützwohl 2000, s.651), TSSB tanı kriterlerinde travmatik yaşantıya, TSHKB travmatik nedensellik ile ilişkilendirilmiştir (Joe ve arkadaşları,2017, s.392). Bu noktada, TSSB’ da gözlemlenen duygusal semptomların kaygı odaklı olduğu, TSHKB ise küskünlük olduğu belirtilmiştir (Linden 2003, s.139). Diğer yandan ise TSHKB ve TSSB semptomlarının yer aldığı tablolarının “aşağılanma” ya da “adaletsiz” bir olay mı sorusunun sorulması ile ayırt edilebileceği öne sürülmüştür (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Benjet, Bromet, Cardoso, 2017, s.1353383).

Yapılan klinik gözlemler doğrultusunda, bireylerde yaşamış olduğu olayı bütün ayrıntılarıyla hatırladıkları raporlanırken, intikam alma duygularının yoğun olarak gözlemlendiğini tespit edilmiştir. Öyle ki, yoğun hiddetin eşlik ettiği bu durumun sosyal geri çekilmeyle sonuçlanabildiği bildirilmiştir (Linden, 2003, s.141). Travma sonrası hayata küsmeye bozukluğunun, biyopsikososyal açıdan pek çok risk faktörü ile ilişkili olduğu düşünülürken, tüm bu risk faktörlerinin küsmeyi kronikleştirdiği anlaşılmıştır (Dodek ve Barnow, 2011, s.83). ICD-11(R)’ de küskünlük reaksiyonu olarak uyum bozuklukları altında incelenen küskünlük reaksiyonu, stresöre maruz bırakıldıktan bir ay sonra gözlemlenen “uyumsuz tepki” olarak yer alması tepkilere neden olmuştur. Stresörün ortadan kalktıktan “6 ay” içerisinde semptomların görülmeyeceği belirtilmiştir (ICD-11, 6B4Y).

TSHKB tanı kriterinde gözlemlenen tablonun ‘6 ay’ dan daha uzun sürdüğünü açıklayan araştırmacılar, tablonun DSM-5’te yer alan “stresle ilişkili bir bozukluk” kategorisinde ve ICD-11’in “stresle ilişkili diğer tanımlanmış bozukluk” sınıflandırılması altında incelenmesinin daha uygun olduğu ileri sürülmüştür (Linden 2020; Dobricki ve Maercker 2010; Linden ve Noak 2018). Bu durumun, tanı ve tedavi sürecinde ciddi

sorunlara yol açtığı savunulmuştur (Linden ve Arnold 2021, s.73). Bireyin ruhsal ve sosyal işlevselliğinde bozulmaların yaşanması ile birlikte sosyal geri çekilmeye neden olan bu durumun, semptomların seyrini şiddetlendirdiği ve tablonun ağırlaşarak kötüye gitmesine yol açtığı açıklanmıştır (Linden ve ark. 2009, s.139).Yapılan çalışmalarda, ajitasyon, öfke, sosyal geri çekilme, suicid girişleri, şüphecilik, anksiyete, depresyon, duygusal ambivalansın yaşandığı tespit edilmiştir (Bandelow, 2011, s.187).

Bununla birlikte, çaresizlik, umutsuzluk gibi duyguların görüldüğü vurgulanırken, intihar risk faktörlerine işaret edilmektedir (Linden ve diğerleri, 2007, s.159).Nitekim gözlemlenen duygudurumun intihar riskini yükselttiği anlaşılmıştır. Aynı zamanda, benlik saygısının kaybı ile sonuçlanması ise sosyal ve duygulanım bozukluklarına yol açtığı doğrulanmıştır (Ege, 2010, ss.234-236). Buraya kadar özetleyecek olursak, mevcut argumanlar doğrultusunda hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasında ilişkinin olduğu belgelendirilmiştir. Diğer yandan, TSHKB yaşayan bireylerde küsmenin etkisi ile sosyal izolasyon davranışı görüldüğü açıklanırken bu durumun ruhsal hastalıkların semptom ve seyrinin şiddetlendirdiğine dikkat çekilmiştir (bknz; Linden ve diğerleri, 2011, s.30). Sonuç olarak, diğer ruhsal bozuklukların komorbiditesinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

2.2.4. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Eş Tanı

Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasında ki ilişki üzerine yapılan çalışmalar doğrultusunda, güçlü bir ilişkinin varlığı açıklanırken, Hasanoğlu (2008) “yaygın anksiyete, agorafobi, panik bozukluğu, distimi” nin eş tanı olarak görüldüğü bildirilmiştir (Hasanoğlu A., 2008, s.96). Bununla birlikte, TSHKB’ nun yüksek eş tanı gösterdiği açıklanmış, mevcut çalışmalar doğrultusunda depresyon, anksiyete ve intihar riskinin yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Kim, Baik, SY, Jin, MJ, Choi ve Lee, 2020, s.395). Diğer yandan ambivalans duygulanımın görüldüğüne ve kendine zarar verme eğiliminin yoğun olarak görüldüğü tespit edilmiştir (Bandelow, 2011, s.188).

Linden ve Arnold (2021), depresyon ile sıklıkla karıştırıldığını vurgularken, depresyon hastalarında kendine yönelik suçlamaların gözlemlendiğini ancak TSHKB hastaları başkalarını suçlarken, intikam, öfke ve saldırgan bir tutum sergilediklerine dikkat çekilmiştir (Linden ve arkadaşları, 2007; Linden ve Arnold, 2021).

2.2.5. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Tanı Kriterleri

Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu tanı kriterleri, TSHKB ölçeğine uygun olarak Tablo 3’ de ki gibidir (Linden, Baumann, Lieberei ve Rotter, 2009, ss.93-96).

Tablo 3. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriterleri

-
- A) Normal bir olumsuz yaşam olayı olsa da, klinik gelişimde duygusal ve davranışsal açıdan önemli belirtilerin takip ettiği tek bir nadir yaşanan olay vardır.
- B) Travmatik deneyimlerin oluşum şekilleri:
1. Kişi yaşadığı olayı hastalığının nedeni olarak görür;
 2. Söz konusu olay adaletsizlik, hakaret ve aşağılama olarak algılanır;
 3. Söz konusu olaya ilişkin küsme tepkisi öfke ve çaresizlik duygularını içerir;
 4. Olayı hatırladığında duygusal uyarılma tepkisi verir.
- C) Söz konusu olaydan kaynaklanan karakteristik belirtiler, aniden beliren hatırlatmalar ve ruhsal iyi oluşun sürekli bir şekilde olumsuz yönde değişimidir.
- D) Söz konusu olaya verilen normal dışı tepkileri net biçimde açıklayan öncelikle konulmuş bir ruhsal tanı yoktur.
- E) Günlük faaliyetler ve toplumsal becerilerin sergilenmesinde bozulma vardır.
- F) Belirtiler altı aydan daha uzun bir süredir devam etmektedir.
-

Söz konusu semptomların görülmesine neden olan bozukluğun, 6 aydan daha uzun bir süredir gözlemleniyor olması gerektiğine dikkat çekilmiştir.

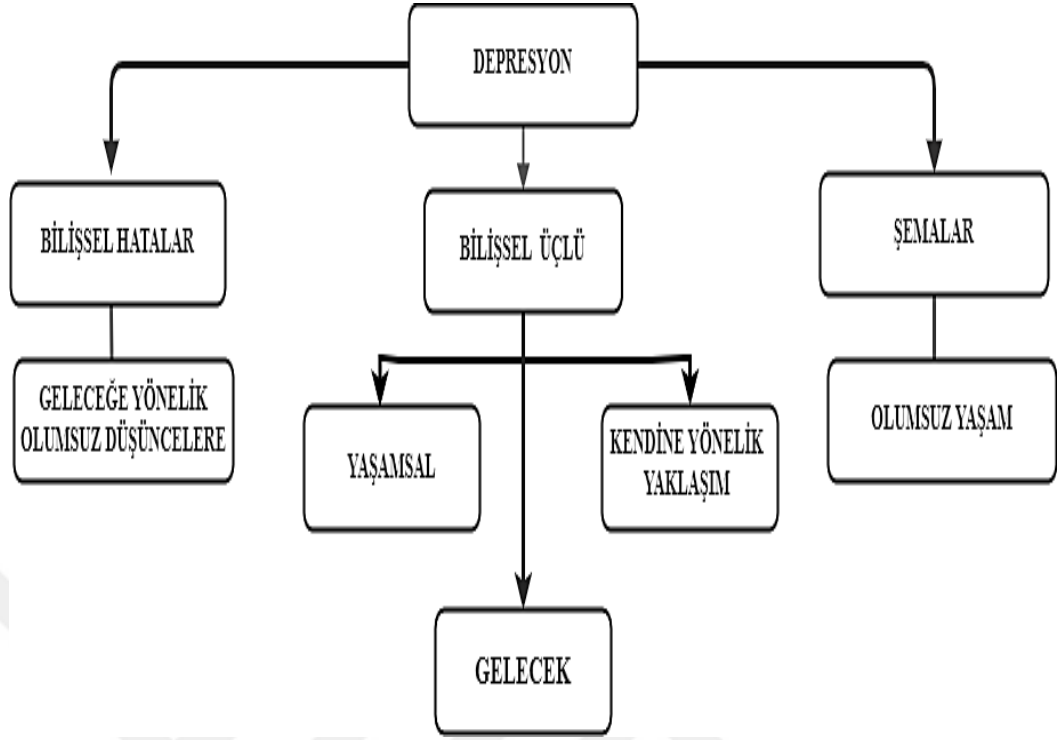
Diğer yandan ise hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde, başa çıkma becerilerin sosyal etkileşimin bozulduğu açıklanmıştır (Linden, 2003, s.140). “Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğunda” da gözlemlenen ruhsal semptomların, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, huzursuzluk, çaresizlik, saldırganlık, sosyal geri çekilme ve fobik belirtiler ile paralel bir şekilde ilerleyebileceği bildirilmiştir. Linden ve arkadaşları (2008) tarafından, Travma sonrası hayata küsme bozukluğunda depresyonun eş tanı olarak görülmesinin %50 olduğu açıklanırken, bu nokta da altı çizilmesi gereken önemli bir detaya vurgu yapan araştırmacılar tarafından, travmatik yaşantı sonrası gözlemlenen hayata küsme bozukluğunda iştah, uyku problemleri, umutsuzluk ve kendine yönelik suçlayıcı tutumların görülebileceğini bildirilmektedir. Aynı zamanda, küskünlüğün işlevsellik

üzerinde ki etkileri incelenirken, semptomların seyrinin uzamasına ve komorbidite gelişimine neden olduğuna dikkat çekilmiştir (Hasanoğlu, 2008, s.94).

2.2.6. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Depresyon

Travma sonrası hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde gözlemlenen atfedilme şeklinin haksızlığa uğramışlık hissi ve öfke ile açığa çıkması sonucu dış kaynaklara atfedildiği bilinmektedir. Noak ve Linden (2020) tarafından yapılan bilimsel çalışmada, saldırgan tutum, psiko-somatik tepkiler ve suisid düşünceler arasında bir fark ciddi anlamda bir farklılığın olmadığına dikkat çekilirken, küskünlük ile ilişkili olduğuna vurgulanmıştır. Bununla birlikte, saldırganlığın stresöre odaklanıldığında açığa çıktığı ancak dikkatin dağılması ile birlikte duygulanımın normalleşmesi ile açıklanabilir olduğu savunulmuştur. Trzebiński ve Zięba (2004), Erikson'un teorisine işaret edilirken, depresyon ve umut arasında olumsuz bir ilişkinin olduğuna vurgu yapılmaktadır. Aynı zamanda bireylerin haksızlık olarak gördükleri yaşam olaylarında, umut' un bağışlama üzerinde güçlü bir aracılık rolünün olduğu yapılan çalışmalar da bildirilmiştir (Thompson, Snyder, Hoffman, Michael, Rasmussen, Billings, 2005, ss.277-282). Tüm bunların yanı sıra, travma sonrası hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerin, yaşamış oldukları travmatik olayı hatırlatan düşüncelerin gelişmesine bağlı olarak kaygı ve panik atak yaşamaları, sosyal izolasyon davranışına yol açmaktadır (Linden 2020). Öyle ki, tehdit olarak algılanan yaşam olaylarında, başa çıkma becerileri üzerinde güçlendirici nitelikte olduğu açıklanmaktadır. Beck (1976) tarafından yapılan çalışmalar sonrasında geliştirilen model depresyonun yapısını, bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hatalar şeklinde açıklamaktadır.

Arkar (1992) tarafından, açıklanan modelin ilk aşamasında yer alan bilişsel üçlünün birinci kısmında, bireyin yaşamsal tecrübeleri, geleceği ve kendisine yönelik yaklaşımını içermektedir. Bireyin kendisine yönelik olumsuz bir tutum içerisinde olduğunun vurgulandığı bilişsel üçlünün ikinci kısmın da olumsuz yaşam olayları yer alırken, üçüncü kısmında ise geleceğe yönelik olumsuz düşünceler yer almaktadır. Modelin ikinci aşamasında bilişsel şemalar yer almaktadır. Arkar (1992), depresif birey tarafından yaşamın değerlendirilme aşaması olarak açıklanırken, üçüncü kısımda yer alan bilişsel hatalar, mantıksal olmayan düşüncelerin yer aldığı, tek bir detaya odaklanması, kişiselleştirmelerin yapıldığı, doğru değerlendirilmenin yapılamadığı aşama olarak bildirilmiştir. Beck tarafından geliştirilen model Şekil 2' de yer aldığı gibidir.



Şekil 2. Depresyon modeli

Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve depresyon arasında ki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda semptomların birbirinden ayrı değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılırken, mevcut çalışmalarda karakteristik açıdan farklarına dikkat çekilmiştir.

2.2.7. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Kaygı Bozuklukları

Küskünlüğe neden olan yaşam olayları esnasında, bireylerde gözlemlenen tepkilerin tehlikeli bir olay karşısında verilen tepkiler ile aynı olduğu ve yaşanan olayın sonlanması sonucunda tepkilerin azaldığı bilinmektedir. Araştırmacılar, kaygılı bireylerde küskünlüğün daha sık görüldüğü açıklanırken (Rajappa, Gallagher ve Miranda, 2012, s.833), depresyon, kaygı ve intihar arasında ki ilişkide küskünlüğün güçlü bir aracılık etkisi olduğu bildirilmiştir (Kim, Baik, Jin, Choi ve Lee 2020, s.395). Travma sonrası hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde, yaşam olayı sonrası tepkilerin süreklilik gösterdiği tespit edilmiştir (Linden ve Arnold, 2020, s.8). Diğer yandan, TSHKB ve psikopatoloji arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu açıklayan araştırmacılar bu durumun yüksek komorbiditeye yol açtığı doğrulanmıştır. Travmatik yaşantı sonrasında gelişen hayata küsme bozukluğunda gözlemlenen semptomların, kaygı bozukluğuna özgü semptomları

içerdiğini açıklamış olup, genetik ya da kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceği ihtimaline dikkat çekilmiştir (Michailidis ve Cropley, 2017,s.1197).

Znoj (2011) bireyin yaşamış olduğu olumsuz deneyim sonrası emosyonel dengesizlik yaşadığını ve olumsuz duygularının arttığını bildirirken, bu dengesizliğin kaygıyı arttırdığına önemle vurgu yapılmaktadır. Linden ve arkadaşları (2007) travmatik bir olay sonrasında gelişen küskünlüğün kaygıya oran ile daha ciddi olumsuz etkileri olduğu açıklanmaktadır. Znoj (2011) yaşanan kaygının gelebilecek tehlikeye karşı koruyucu nitelikte olduğuna vurgu yapılırken, küskünlük ve kaygı bozukluklarının bir arada görülmesinin ciddi sonuçlar doğurabileceği savunulmuştur. Takip eden başlıkta, travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve sosyal destek algısı üzerine yapılan çalışmalara yer verilecektir.

2.2.8. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu ve Sosyal Destek

Hayata küsme bozukluğu, “yüzüstü bırakılma, aşağılanma veya kaybeden olma, intikamcı ama çaresiz olma” gibi duyguların birarada görüldüğü tablo olarak açıklanmaktadır (Linden, 2003, s.197). Bununla birlikte, güven ihlali sonucunda sosyal geri çekilme yaşandığı bildirilmektedir (bkz.Arnold ve Linden, 2021). Bu durum, yardım arayışının sonlandırılmasına neden olurken, ciddi sorunları da beraberinde getirmektedir. Sosyal desteğin, olaylarla başa çıkma üzerinde büyük rolü olduğu bilinmektedir. Ruhsal sağlık üzerinde tampon görevinin olduğunu açıklayan araştırmacılar, stresörün neden olduğu olumsuz etkilerin azaldığını doğrulamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Diğer yandan ise olumsuz yaşam olayına maruz kalan bireylerde, sosyal destek eksikliğini, psikopatoloji gelişmesinde rol oynadığı saptanmıştır (Schaefer, Coyne ve Lazarus, 1981, s.381). Özellikle, birinci derece sosyal destek olan ailenin yetersiz gelmesi durumunda bireylerin arkadaş ya da özel insandan sosyal destek arayışına girdiği açıklanmıştır (Litwin ve Howard, 2000, s.213). Araştırmacılar aileden algılanan sosyal desteğin sorumluluk duygusu ile bağlantılı olduğuna dikkat çekilmektedir. Aile ile birlikte alınan ortak kararların ciddiyet içerdiği savunulurken, ailenin haysiyet ve onuruna göre bireyin davranışlarını düzenlendiği bildirilmiştir (Steidel ve Contreras, 2003, s.312). Bununla birlikte, olumsuz yaşam olayları sonrasında sosyal desteğin koruyuluğunun yüksek olduğu, tedavi sürecine olumlu bir şekilde ilerlemesine katkı sağladığı tespit edilmiştir (Maheux ve Price, 2016, s.102). Buraya kadar özetleyecek olursak; travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasında ki ilişkide çok boyutlu olarak

algılanan sosyal desteğin aracılık etkisi olduğu, mevcut çalışmalardan elde edilen argümanlar doğrultusunda desteklendirilmiştir. Takip eden bölümde araştırmanın modeline, kullanılan ölçme araçlarına yer verilecektir.



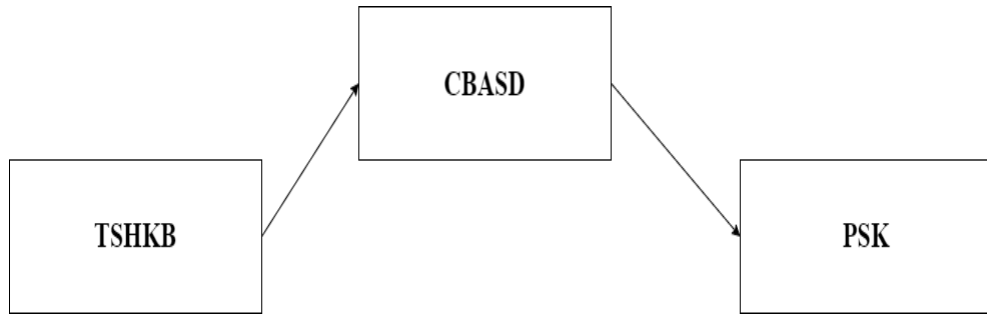
BÖLÜM 3

YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin toplanması, ölçekler, verilerin çözümü ve yorumlanması hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu araştırmada, tecavüz saldırısına maruz bırakılan bireyler de, travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve psikopatoloji arasında ki ilişki test edilirken, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin aracılık etkisi yapısal eşitlik modeli ile test edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen verilerin düzenlenmesinde “IBM SPSS Statistics 21.0”, Yapısal eşitlik modellemesi için “LISREL 8.80” programı kullanılmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada yer alan değişkenlerin literatür de yer alan çalışmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda teorik alt yapısı oluşturulmuş, sonraki aşamada ise değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri ve hipotezlerinin test edilmesi için veriler toplanıp düzenlenmiştir. Araştırmaya konu olan değişkenler arasındaki varsayılan ilişkiler yapısal model ile test edilmiştir. Şekil 3’ te yer araştırmanın modeline yer verilmiştir.



Şekil 3. Araştırmanın modeli

3.1.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aşamasında; Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği (PTED), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler hakkında ayrıntılı bilgilere yer verilecektir.

3.1.2. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formun iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara, yaş, medeni durum, aylık gelir, çalışma durumu, eğitim durumları sorulmuş olup, kimliğin tespit edilebileceği herhangi bir soruya yer verilmemiştir. İkinci bölümde cinsel saldırı hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuş olup cinsel saldırılar üzerine kısa bir bilgi verilmiştir. Saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulduğunda, saldırıya uğramadığını bildiren katılımcıların anketleri sistem üzerinden otomatik olarak sonlandırılmıştır.. Anket çalışmasında rahatsız edici bir soruya yer verilmemiştir. Ancak katılımcılara rahatsızlık hissettikleri anda anketi sonlandırabilecekleri bildirilmiştir. Araştırmada kullanılan demografik bilgi formu EK 1.' de verildiği gibidir.

3.1.3. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği

Linden ve arkadaşları (2009) tarafından, olumsuz yaşam olayları sonrasında gözlemlenen küskünlük tepkileri üzerine geliştirilmiş olan öz bildirim ölçeğidir. Araştırmacıların birbirinden farklı dört örneklem grubu üzerinde uygulamış oldukları ölçek 17 maddeden oluşturulmuştur. İki maddenin kendi arasında bölünmesi sonucu, 19 maddelik son halini almıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Ünal ve arkadaşları (2011) tarafından, yapılmış olan 19 maddelik ölçek için, iç tutarlılık $\alpha=.89$ olarak tespit edilmiş olup, $r=.93$ olarak gözlemlenmiştir. İki faktörlü yapıya sahip olan ölçeğin, birinci faktörü duygusal tepkilerin, ruhsal durumun ve sosyal işlevselliği içeren maddelerden, ikinci faktör ise sosyal duyguların ve işlevselliğin yer aldığı maddelerden oluşmaktadır. Faktör analizi sonucu iki faktörlü bir yapısı olduğu bildirilen ölçeğin, toplam varyansı %55.25 olarak açıklanmıştır. Yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu açıklanan ölçeğin $\alpha= .93$, korelasyon katsayısı $r=.71$ olarak gözlemlenmiştir (Linden, Baumann, Lieberei, Rotter, 2009). Beş noktalı likert tip olan ölçek, (0) 'hiç doğru değil', (1) 'pek doğru değil', (2)'kısmen doğru', (3) 'çok doğru', (4) 'tamamen doğru' olarak cevaplandırılmaktadır. Ölçekten 0-76 arası puan toplan alınabileceğini açıklayan araştırmacılar, puanının yükseldikçe "patolojinin şiddetlendiği" bildirilmiştir. Ölçekte ters kodlanmış madde bulunmamaktadır (Ünal, Güney, Kartalıcı, Reyhani, 2011, s.32).Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ölçeği alt boyutları ve maddelerin dağılımı Tablo 4' te verildiği gibidir.

Tablo 4. Tshkb ölçeği alt boyutları

HKB1	3	HKB2	1	HKB2	18
HKB1	6	HKB2	2	HKB1	16
HKB1	9	HKB2	4	HKB1	12
HKB1	10	HKB2	5	HKB1	13
HKB1	11	HKB2	7	HKB1	14
HKB1	17	HKB2	8	HKB1	19
HKB1	15	HKB1	12		

Birinci faktörün toplam varyansın %48.40'nı, ikinci faktörün ise %6.08 olarak açıklanırken, iki faktörün toplam varyansın %54.47' sini açıkladığı tespit edilmiştir. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ölçeği **EK 2.**' de verilmektedir.

3.1.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen “Multidimensional Scale of Perceived Social Support” ölçek, Eker ve arkadaşları (2001) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” olarak türk literatürüne sunulmuştur. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları altında yer alan maddeler Tablo 5' te yer almaktadır.

Tablo 5. Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutları

Alt Boyut	Madde	Alt Boyut	Madde	Alt Boyut	Madde
Özel İnsan	1	Aile	8	Özel İnsan	5
Özel İnsan	2	Arkadaş	9	Arkadaş	6
Aile	3	Özel İnsan	10	Arkadaş	12
Aile	4	Aile	11	Arkadaş	7

Toplamda 12 maddeden oluşan ölçek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ve özel bir insandan algılanan sosyal destek olarak 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekte yer alan maddeler düz kodlanırken, kadınların arkadaştan algılanan sosyal desteklerinin, erkeklerin ise özel insandan algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Ölçeğin her bir maddesi 7 noktalı likert ile puanlandırılmış olup, iç tutarlık $\alpha=.80$ ile $\alpha=.95$ olarak gözlemlenmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği EK.5' te verildiği gibidir.

3.1.5. Beck Depresyon Envanteri

Beck tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmış olup, $r=.65$ olarak gözlemlenmiştir. 21 maddeden oluşan ölçek, 4 li likert tipi ile ölçülürken, 0 ila 3 arası her maddenin puanlandırılmaktadır. 6 faktörlü bir yapıya sahip olan ölçeğin iç tutarlılığı depresyon hastaları için $\alpha=.61$ olarak gözlemlenmiştir. Araştırmacı 6 faktörlü yapıya sahip olan ölçeğin 4 faktörünün yorumlanabilir olduğunu bildirilmiştir. Araştırmada kullanılan alt boyutlar ve maddeler Tablo 6 da yer almaktadır.

Tablo 6. Beck depresyon alt boyutları ve madde dağılımı

Alt Boyutlar	Madde	Alt Boyutlar	Madde
Umutsuzluk	1	Olumsuz Duygular	3
Umutsuzluk	2	Umutsuzluk	4
Suçluluk	8	Suçluluk	5
Umutsuzluk	9	Suçluluk	6
Umutsuzluk	11	Olumsuz Duygular	7
Umutsuzluk	12	Olumsuz Duygular	3
Suçluluk	13	Umutsuzluk	15
Bedensel Kaygı	14	Umutsuzluk	17
Bedensel Kaygı	20		

17 ve üstü puan alan hastalarda, tedavinin başlatılması gerektiği açıklanmıştır. Ölçekten 0-63 arası puan alınabilmektedir (Hisli, 1989, ss.118-122). Beck depresyon envanteri EK 3'te verilmiştir.

3.1.6. Sürekli Kaygı Envanteri

Speilberger (1968) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık $\alpha=.83$ olarak gözlemlendiği bildirilmiş olup 20 sorudan oluşan ölçek ‘1-hemen hiçbir zaman’, ‘2-bazen’, ‘3- çok zaman’, ‘4-hemen her zaman’ şeklinde yanıtlanmaktadır. İki tür ifadenin yer aldığı ölçekte, doğrudan ifadelerin olumsuz duyguları, dönmüş olan ifadelerin ise olumlu duyguları açıkladığı bildirilmiştir.

Tablo 7. Sürekli kaygı envanteri alt boyutları

Alt Boyutlar	Madd e	Alt Boyutlar	Madd e	Alt Boyutlar	Madd e
Olumlu	1	Olumsuz	2	Olumsuz	12
Olumlu	6	Olumsuz	3	Olumsuz	14
Olumlu	7	Olumsuz	4	Olumsuz	15
Olumlu	10	Olumsuz	5	Olumsuz	17
Olumlu	13	Olumsuz	8	Olumsuz	18
Olumlu	16	Olumsuz	9	Olumsuz	20
Olumlu	19	Olumsuz	11		

Ölçekten elde edilen toplam puan 20 ve 80 arasında değişmektedir. Puan yükseldik anksiyetenin şiddeti artmaktadır. Olumlu ve olumsuz maddelerin toplam puanlarının ayrı ayrı alındığı ölçekte, olumsuz duyguların toplam puanından, olumlu duyguların toplam puanı çıkartılıp, elde edilen puana 35 eklenerek, sürekli kaygı puanı edilmektedir. Sürekli kaygı ölçeği EK 4’ te verildiği gibidir.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda kurulan hipotezlerin doğruluğu test edilmiş olup, toplanan verilerin istatistiksel analizlerine yer verilmiştir. Modelde yer alan değişkenlerin korelasyon ilişkileri açıklanırken, yapısal eşitlik modellemesinin kullanıldığı çalışmada, modelin çözümlemesi, faktör yükleri, uyum iyiliği değerleri, t değerleri açıklanacak olup, değişkenler arası ilişkiler tablolar halinde verilirken, analizlerden elde edilen bulgular yorumlanacaktır. Araştırmaya katılan katılımcı sayısı n=1083 olup, tecavüz saldırısına uğrayan n= 536 kadın katılımcının verileri ile sınırlı tutulmuştur. Yanlış doldurulmuş, boş bırakılmış ölçekler değerlendirilmeye alınmamıştır. Bu bölümde katılımcılara ilişkin demografik bulgular açıklanacaktır. Takip eden başlıkta katılımcılardan elde edilen bulgulara yer verilecektir.

4.1. Çalışmanın Betimsel İstatistiksel Bulguları

Araştırmanın örneklemini oluşturan n=536 kadın katılımcıya ilişkin yaş dağılımı Tablo 8’ de yer almaktadır.

Tablo 8. Yaş dağılımı

Yaş	n	%
18- 22 yaş	26	4,9
23-27 yaş	60	11,2
28-32 yaş	83	15,5
33-37 yaş	95	17,7
38-42 yaş	101	18,8
43-47 yaş	96	17,9
48 yaş ve üstü	75	14,0

Çalışmaya, 18-22 yaş arası n= 26 kişi (%4,9). 23-27 yaş arası n= 60 kişi (%11,2), 28-32 yaş arası n=83 kişi (%15,5), 33-37 yaş arası n=95 kişi (%17,7), 38-42 yaş arası n=101 kişi (%18,8). 43-47 yaş arası n= 96 kişi (%17,9), 48 yaş ve üstü n=75 kişi (%14,0)

katılım sağlamıştır. Bununla birlikte, katılımcılara ilişkin eğitim bilgileri Tablo 9’da yer aldığı gibidir.

Tablo 9. Eğitim bilgileri

Eğitim	n	%
İlkokul	5	,9
Ortaokul	6	1,1
Lise	100	18,7
Lisans	327	61,0
Yüksek Lisans	75	14,0
Doktora	23	4,3

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı; n=23 (%4,3) katılımcı doktora mezunu, n=75 (%14,0) katılımcı yüksek lisans mezunu, n=327 (%61,0) katılımcı lisans mezunu, n=100 (%18,7) katılımcı lise mezunu, n=6 (%1,1) katılımcı ortaokul mezunu, n=5 (%0,9) katılımcı ilkokul mezunu olduğunu bildirmiştir. Katılımcılara ilişkin medeni durum bilgileri Tablo 10’ da yer almaktadır.

Tablo 10. Medeni durum

Medeni Durum	n	%
Bekar	207	38,6
Boşanmış	96	17,9
Evli	216	40,3
Dul	10	1,9
Diğer	7	1,3

Katılımcılara medeni durumlarına göre; n=207 (%38,6) katılımcı bekar olduğunu, n=96 (%17,9) katılımcı boşanmış olduğunu, n=10 (%1,9) katılımcı dul olduğunu, n=216 (%40,3) katılımcı evli olduğunu, n=7 (%1,3) katılımcı ise diğer olarak bildirilmiştir. Katılımcıların çalışma durumları sorulduğunda, N=338 (%63,1) katılımcı bir işte çalıştığını bildirirken, n=198 (%36,9) katılımcı ise çalışmadığını bildirmiştir. Katılımcıların aylık gelir düzeyi sorulduğunda, 85 (%15,9) katılımcının 1000-2000 TL olduğunu, 86 (%16,0) katılımcı 2000-3000 TL arasında, 75 (%14,0) katılımcı 3000-4000 arasında aylık gelirinin olduğunu, 73 (13,6) katılımcının 4000-5000, 217 (40,5)

katılımcının 5000 TL üstü gelire sahip olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11. Çalışma durumu

Çalışma Durumu	n	%
Çalışıyor	338	63,1
Çalışmıyor	198	36,9

Tablo 12’de sosyal destek algısının eğitim düzeyine göre; Yüksek lisans mezunu olan katılımcıların sosyal destek algısının ortalaması (\bar{X} = 60,01), doktora mezunlarının ortalamasından (\bar{X} = 55,78) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Lisans mezunlarının ortalaması (\bar{X} = 54,51) ve lise mezunlarının ortalaması ortalaması (\bar{X} = 51,55) anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 12. Sosyal destek algısı ve eğitim düzeyi

	m	n	Sd	Min	Max	%
Doktora	55,7826	23	18,54958	12,00	78,00	4,3%
İlkokul	30,2000	5	16,33095	16,00	52,00	0,9%
Lisans	54,5168	327	19,39560	12,00	84,00	61,0%
Lise	51,5500	100	23,35340	12,00	84,00	18,7%
Ortaokul	43,3333	6	29,67603	12,00	84,00	1,1%
Ylisans	60,0133	75	17,49015	12,00	84,00	14,0%
Toplam	54,4347	536	20,24124	12,00	84,00	100,0%

Lisans, lise, yüksek lisans ve doktora mezunlarının ortalamasının, ortaokul mezunlarının ortamasından (\bar{X} = 43,33) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, en düşük sosyal destek algısı ortalamasının ilkokul mezunu katılımcılara (\bar{X} = 30,200) olduğu anlaşılmıştır. Aileden, arkadaştan ve özel insandan algılanan sosyal destek algısı Tablo 13’de yer almaktadır.

Tablo 13. Sosyal destek alt boyutları

Sosyal Destek	m	n	Sd	Min	Max
AILE	18,00	536	7,87	4	28
OZEL	16,72	536	9,24	4	28
ARK	19,23	536	7,89	4	28

Yukarıda yer alan tabloda sosyal destek algısının alt boyutlarına göre; aileden algılanan sosyal destek algısına baktığımızda ortalamasının ($\bar{X} = 18,0$), özel insandan algılanan sosyal destek algısının ortalamasından ($\bar{X} = 16,72$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, arkadaştan algılanan sosyal destek algısının iki alt boyuta göre ortalamasının ($\bar{X} = 19,23$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen veriler doğrultusunda, travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve medeni duruma ilişkin bulgular Tablo 14' de yer almaktadır.

Tablo 14. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve medeni durum

Medeni Durum	m	n	Sd	Min	Max	%
Bekar	45,82	27	16,95	4,00	76,00	38,6%
Boşanmış	46,17	96	16,55	3,00	74,00	17,9%
Diğer	41,71	7	17,39	21,00	68,00	1,3%
Dul	53,70	10	17,31	23,00	75,00	1,9%
Evli	43,93	216	17,27	,00	76,00	40,3%
Total	45,21	536	17,03	,00	76,00	100,0%

Yukarıda yer alan tabloda travma sonrası hayata küsme bozukluğu medeni durumlara göre incelenmiştir. Katılımcılardan medeni durumu bekar olan n=207 kişinin ölçeğe vermiş oldukları en yüksek puan: 76,00, en düşük puan: 4,00 olarak gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, medeni durumu bekar olan katılımcıların ($\bar{X} = 45,82$) olduğu gözlemlenmiştir. Bekar katılımcıların ortalamasının, medeni durumunu diğer olarak bildiren katılımcıların ortalamasından ($\bar{X} = 41,71$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni durumunu diğer olarak bildiren katılımcıların en yüksek almış oldukları puan: 68, en düşük almış oldukları puan: 23,00 olarak gözlemlenmiştir. Katılımcılardan medeni durumu boşanmış olarak bildiren olan n: 96 kişinin ölçeğe vermiş

oldukları en yüksek puan: 74,00, en düşük puan: 3,00 olarak gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, medeni durumu boşanmış olan katılımcıların ($\bar{X}= 46,17$) olduğu gözlemlenmiştir. Medeni durumunu dul olarak bildiren katılımcıların en yüksek ortalamaya ($\bar{X} = 53,70$) oldukları anlaşılırken, ölçekten almış oldukları en düşük puanın 23; en yüksek puanın ise 75 olduğu tespit edilmiştir. Evli katılımcıların ortalaması ($\bar{X} = 43,93$) olarak gözlemlenirken en yüksek almış oldukları puan: 76, en düşük almış oldukları puan: 00 olarak saptanmıştır. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu öz bildirim ölçeğinden elde edilen bulgular doğrultusunda; 47,5 ve üstü puan alan n=427 kişinin olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlarına göre ise; HKB1 ($\bar{X} = 28,98$) ortalamasının, HKB2 ortalamasından ($\bar{X}= 16,72$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.

4.1.1. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Toplam Puan

Travma sonrası hayata küsme bozukluğu öz bildirim ölçeğine ilişkin 19 ile 47 puan arası alan n=80 katılımcı bulunmaktadır. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu öz bildirim ölçeğine ilişkin katılımcıların almış oldukları puanlar Tablo 15’ de yer almaktadır.

Tablo 15. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu puan dağılımı

n	Puan Aralıkları
80	19-47
226	48-70
212	71-95

Çalışmaya katılan N=536 katılımcıdan N=98’inde travma sonrası hayata küsme bozukluğu tespit edilmemiştir. Linden, Bauman, Lieberei ve Rotter (2009) tarafından, öz bildirim ölçeğinden 47.5 ve üstü puan alan kişilerde travma sonrası hayata küsmenin yaşandığı bildirilirken, puanın artması sonucunda reaktif küsme bozukluğunun yaşandığı açıklanmıştır. Araştırmaya katılan n=536 katılımcıdan 48 ile 70 puan arasında alan, n= 226 katılımcının olduğu tespit edilmiştir. 71 puan ile 95 puan alan toplam n=212 katılımcının olduğu anlaşılmıştır. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu öz bildirim ölçeğinden, 47.5 ve üstü puan alan toplam n= 438 katılımcı bulunmaktadır. Ölçekten en düşük alınan puan 19, ölçekten en yüksek alınan puan ise 95’tir. Ölçeğin toplam ortalaması (n=536, m= 64,22) olarak bulunmuştur.

4.1.2. Örtük ve Gözlemlenen Değişkenler Arasında Korelasyon İlişkisi

Travma sonrası hayata küsme bozukluğu ve birinci alt boyutu olan HKB1 ile ($r = 0,882, **p<01$) arasında, ikinci alt boyutu olan HKB2 ile ($r = 0,985, **p<01$) arasında çok yüksek korelasyon ilişkisinin olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, HKB1 ve HKB2 alt boyutları arasında yüksek korelasyon ilişkisinin anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($r = 0,790, **p<01$). Diğer yandan ise çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek ve travma sonrası hayata küsme bozukluğu arasında korelasyon ilişkisinin ($r = -0,357, **p<01$) zayıf olduğu tespit edilmiştir. Psikopatoloji ve travma sonrası hayata küsme bozukluğu arasında ise ($r = 0,479, **p<01$) korelasyon ilişkisinin orta düzeye yakın ve anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin, aileden algılanan sosyal destek boyutu ile ($r = 0,765, **p<01$), çok boyutlu algılanan sosyal desteğin, arkadaştan algılanan sosyal destek boyutu ile ($r = 0,821, **p<01$), özel insandan algılanan sosyal destek boyutu ile ($r = 0,792, **p<01$), yüksek düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikopatoloji arasında ($r = -0,341, **p<01$) düzeyinde anlamlı ilişkisinin olduğu gözlemlenmiştir. Diğer yandan ise CBASD ve depresyon arasında ($r = -0,372, **p<01$), süreklilik kaygı ve CBASD arasında ise ($r = -0,223, **p<01$), korelasyon ilişkisinin negatif yönde olduğu anlaşılmıştır.

4.1.3. Örtük Değişkenler Arası İlişkiler

Örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin yer aldığı tablo 16 da görüldüğü gibi, travma sonrası hayata küsme ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arasında ($r = 0.69$) pozitif yönde korelasyon ilişkisi gözlemlenmektedir. Bununla birlikte, travma sonrası hayata küsme ile psikopatoloji arasında ($r = -0.39$) korelasyon ilişkisi, çok boyutlu algılanan sosyal destek ile psikopatoloji arasında ($r = -0.37$) negatif yönde korelasyon ilişkisi, tespit edilmiştir.

Tablo 16. Ölçme modelinde örtük değişkenler arasındaki ilişkiler

Örtük Değişkenler	TSHK	PSK	CBASD
TSHK	-		
PSK	-0.39	-	
CBASD	0.69	-0.37	-

TSHK: Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu; PSK: Psikopatoloji; CBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek.

4.2. Ölçme Modeli Testi

Bu bölümde, ölçme modelinin uyum iyiliği değerleri, örtük değişkenler arasında ki ilişkilerden elde edilen bulgular değerlendirilecektir. Değişkenlerin kullanıldığı ölçme modeli testi sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri Tablo 17' de yer almaktadır.

Tablo 17. Ölçme modeli uyum iyiliği değerleri

Uyum Ölçüsü	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			25.87	
Sd			12	
χ^2/Sd	2	5	2,1	İyi Uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05< RMSEA<.10	.04	İyi Uyum
SRMR	0<RMSEA<.05	.05< RMSEA<.08	.03	İyi Uyum
NFI	.95<NFI<1	.90<NFI<.95	.97	İyi Uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.99	İyi Uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.99	İyi Uyum

Tablo 17'de görülen uyum iyiliği değerleri incelendiğinde ölçme modelinin uyum iyiliği puanları; $\chi^2 = 25.87$, Sd = 12, $\chi^2_{sd} = 2,1$, RMSEA = 0.04, SRMR = 0.03, NFI = 0.97, CFI = 0.99, GFI = 0.99 olarak bulunmuştur. Model içerisinde kullanılan değişkenlerden elde edilen verilerin genelinin iyi uyum içerisinde olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 18. Örtük ve gözlemlenen değişkenler arasında korelasyon ilişkisi

	TSHK B	HK B1	HKB 2	CB AS D	AR K	AI LE	OZ EL	SK A Y	D E P
TS HK B									
HK B1	882**								
HK B2	985**	79 0* *							
CB AS D	- ,357**	- ,33 9	- ,342**						
AR K	- ,377**	- ,33 8* *	- ,368**	,821 **					
AIL E	,327* *	- ,29 9* *	- ,318**	,765 **	,57 5* *				
OZ EL	- ,174**	- ,17 7* *	- ,163**	,792 **	,46 9* *	- ,46 9* *			
SK AY	,326* *	,27 0**	,325* *	- ,223 **	- ,23 6* *	,23 6**	,13 2* *		
DE P	477**	,37 8**	,484* *	- ,372 **	- ,33 8* *	- ,33 8* *	- ,26 9* *	,63 1* *	
□	3 , 3 7	3,7 0	3 , 2 2	4,53	4,8 0	4,6 1	4,1 8	,44	, 8 1 5
□	, 8 9 6	,86 1	, 9 6 9	1,68	1,9 7	1,9 6	2,3 1	,28 6	, 5 5 6

Not: AILE= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Aile Boyutu; OZEL= Çok

Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Özel İnsan Boyutu; ARK = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Arkadaş Boyutu. SKAY= Süreklilik Kaygı Toplam Puan, DEP= Depresyon Toplam Puan; HK1= Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Bireysel Boyutu; HK2 = Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Sosyal Boyutu.

*p<.05; **p<.01.

4.2.1. Ölçme Modeline İlişkin Parametre Değerleri

Ölçme modeline ilişkin faktör yükleri, standart hata değerleri ve t değerleri Tablo 19’ da görüldüğü üzere, standardize edilmiş faktör yüklerinin 0,42 ile 1.00 arasında değiştiği, değişkenlere ilişkin değerlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<.05) anlaşılmaktadır. Tabloda yer alan değerler incelendiğinde, standardize edilmemiş faktör yükleri, çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkeninin alt boyutu olan aileden algılanan sosyal destek 1.35, özel insandan algılanan sosyal destek 1.30, arkadaştan algılanan sosyal destek 1.60 olarak verilmiştir. Psikopatoloji altında yer alan süreklilik kaygı değişkeni için 0.18, depresyon için ise 0.56 olarak gözlemlenmiştir. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu için ise standardize edilmemiş faktör yükleri birinci alt boyutunda 0.42, ikinci alt boyutunda ise 0.60 olarak verilmiştir.

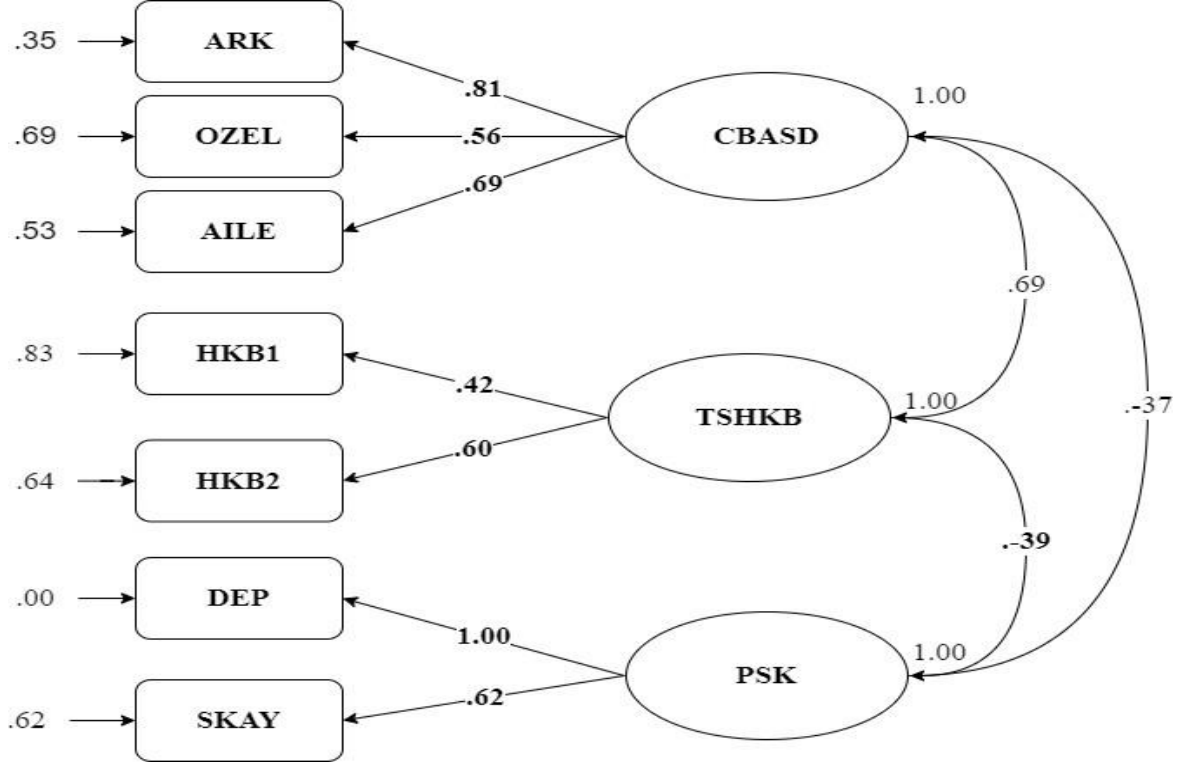
Tablo 19. Ölçme modeline ilişkin değerler

Örtük ve Gözlenen Değişkenler	Standardize	SH	T	Standardize
	Edilmemiş Faktör Yükleri			Faktör Yük Değerleri
CBASD				
AILE	1.35	0.08	15.46*	0.69
OZEL	1.30	0.01	12.37*	0.56
ARK	1.60	0.08	18.30*	0.81
PSK				
SKAY	0.18	0.01	9.15*	0.55
DEP	0.56	0.05	11.75*	1.00
TSHK				
HKB1	0.71	0.01	7.45*	0.42
HKB2	0.94	0.07	8.95*	0.60

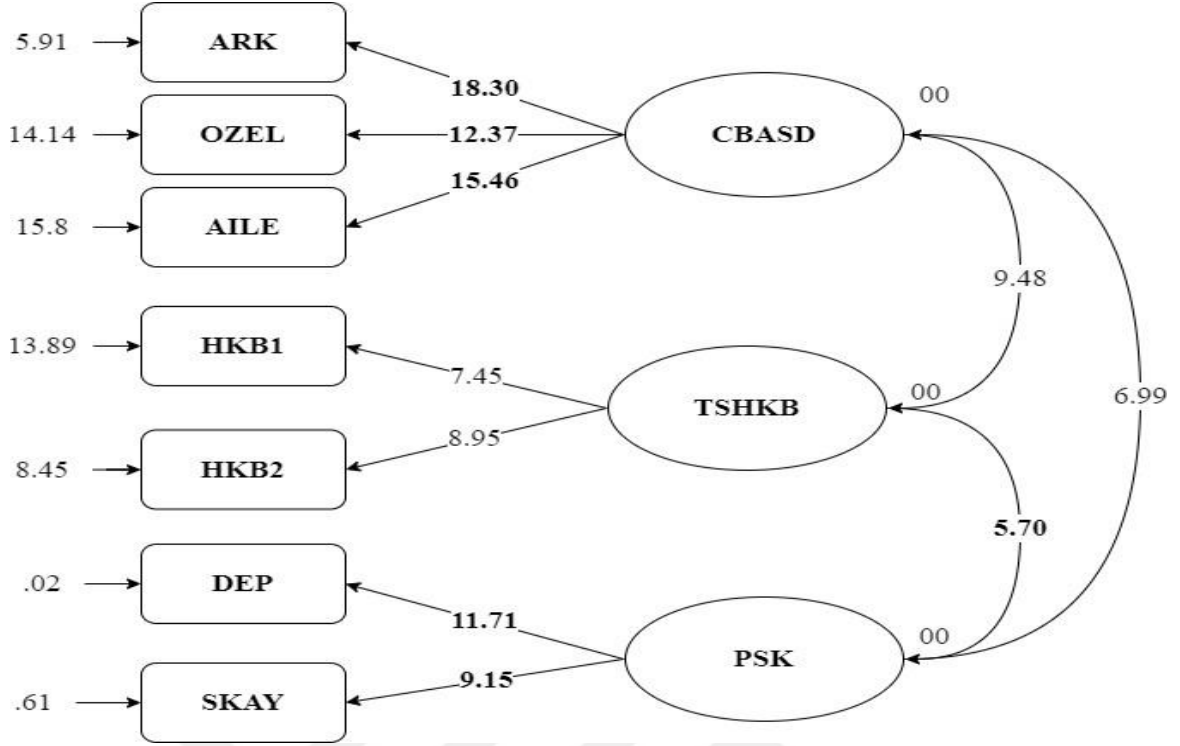
n=536 AILE = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Aile Boyutu; OZEL= Çok

Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Özel İnsan Boyutu; ARK = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Arkadaş Boyutu. SKAY= Süreklilik Kaygı Toplam Puan, DEP= Depresyon Toplam Puan. HKB1= Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Bireysel Boyutu; HKB2= Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Sosyal Boyutu.

*p<.05; **p<.01



n=536 AILE=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Aile Boyutu; OZEL=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Özel İnsan Boyutu; ARK=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Arkadaş Boyutu. SKAY=Sürekli Kaygı Toplam Puan, DEP= Depresyon Toplam Puan. HK1= Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu 1. Boyutu; HK2 = Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu 2. Boyutu



Şekil 4. Ölçme modeline ilişkin t değerleri

n=536 AILE=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Aile Boyutu; OZEL=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Özel İnsan Boyutu; ARK=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Arkadaş Boyutu. SKAY=Sürekli Kaygı Toplam Puan, DEP= Depresyon Toplam Puan. HK1= Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu 1. Boyutu; HK2 = Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu 2. Boyut.

Tabloda ve şekilde yer alan t değerler incelendiğinde, çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkeninin alt boyutu olan aileden algılanan sosyal destek ($t = 15.46, p < .05$) özel insandan algılanan sosyal destek ($t = 12.37, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($t = 18.30, p < .05$) olarak verilmiştir. Psikopatoloji altında yer alan süreklilik kaygı değişkeni için ($t = 9.15, p < .05$) depresyon için ise ($t = 11.71, p < .05$) olarak gözlemlenmiştir. Travma sonrası hayata küsmeye bozukluğu için ise birinci alt boyutunda ($t = 7.45, p < .05$) ikinci alt boyutunda ise ($t = 8.95, p < .05$) olarak tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

4.2.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi

Bu araştırmaya konu olan yapısal modele ilişkin uyum iyiliği değerleri, LISREL

tarafından hesaplanmıştır. Söz konusu modele ilişkin uyum iyiliği değerleri Tablo 20’de yer almaktadır.

Tablo 20. Yapısal modele ilişkin uyum iyiliği değerleri

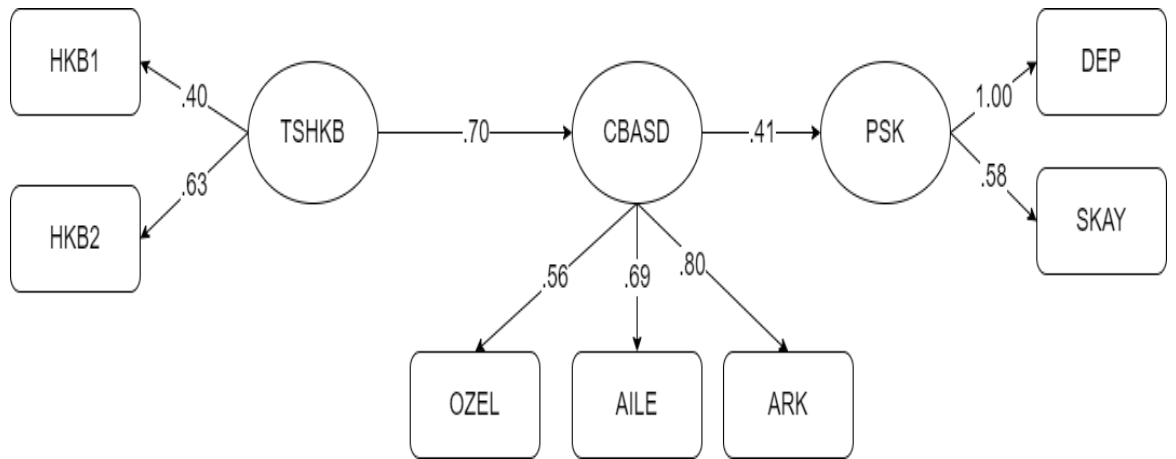
Uyum Ölçüsü	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			31.21	
Sd			12	
χ^2 / sd	2	5	2.6	İyi Uyum
RMSEA	0 < RMSEA < .05	.05 < RMSEA < .10	055	İyi Uyum
SRMR	0 < RMSEA < .05	.05 < RMSEA < .08	026	İyi Uyum
NFI	.95 < NFI < 1	.90 < NFI < .95	.97	İyi Uyum
CFI	.95 < CFI < 1	.90 < CFI < .95	.98	İyi Uyum
GFI	.95 < GFI < 1	.90 < GFI < .95	.98	İyi Uyum

Tablo 20’ de görülen uyum iyiliği değerleri incelendiğinde ölçme modelinin uyum iyiliği puanları; $\chi^2 = 31.21$, Sd = 12, $\chi^2 / sd = 2.6$, RMSEA = 055, SRMR = 026, olarak bulunmuştur. Tablo 20’ de yer alan uyum iyiliği değerlerinin hepsinin iyi uyum içerisinde olduğu anlaşılmıştır.

4.2.3. Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Parametre Değerleri

Yapısal modele ilişkin t değerleri, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin aileden algılanan sosyal destek alt boyutu (t = 15.46, p < 05), özel insandan algılanan sosyal destek alt boyutu (t = 10.69, p < 05), arkadaştan algılanan sosyal destek boyutu (t = 12.64, p < 05) olarak verilmiştir. Bununla birlikte, süreklilik kaygı (t = 9.15, p < 05), depresyon (t = 5.78, p < 05) olarak gözlemlenmiştir. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu bireysel boyutu (t = 7.25, p < 05), travma sonrası hayata küsme bozukluğu sosyal boyutu için (t = 8.90, p < 05) olarak verilmiştir. Değişkenlere ilişkin standardize edilmiş faktör yükleri ise, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin aileden algılanan sosyal destek alt boyutu (0.60), özel insandan algılanan sosyal destek alt boyutu (0.61), arkadaştan algılanan sosyal destek boyutu (0.71) olarak gözlemlenmiştir. Sürekli kaygı (0.56), depresyon (1.00), travma sonrası hayata küsme bozukluğu bireysel boyutu (0.41), travma sonrası hayata küsme

bozukluğu sosyal boyutu için (0.61) olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, travma sonrası hayata küsme bozukluğunun çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek üzerinde dolaylı ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır. Model testi sonucunda elde edilen değerler, buradaki modelin, travma sonrası hayata küsme bozukluğunun çok boyutlu algılanan sosyal destek üzerinde 0.70 doğrudan etkisinin olduğu anlaşılmıştır. Bu etkinin ($t = 7.93, p < .05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin, psikopatoloji üzerinde -0.41 doğrudan etkisinin olduğu, dolayısıyla bu etkinin ($t = -4.47, p < .05$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Model testi sonucunda elde edilen değerler doğrultusunda; çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin varyansın %49'unu, psikopatolojinin varyansın %41'ini, travma sonrası hayata küsme bozukluğunun ise varyansın %70'ini açıkladığı anlaşılmıştır. Bu araştırmanın amacı doğrultusunda test etmiş olduğumuz hipotezler sonucunda; travma sonrası hayata küsme bozukluğunun, çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek üzerinde doğrudan ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla, hayata küsme bozukluğunun şiddetlenmesi ile birlikte sosyal destek algısında düşüşlerin yaşanacağı saptanmıştır. Diğer yandan ise çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek algısı ve psikopatoloji arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Nitekim sosyal destek algısının düşmesi ile birlikte psikopatolojin şiddetlendiği gözlemlenmiştir.



Şekil 5. Yapısal model

N=536 AILE=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Aile Boyutu; OZEL=Çok Boyutlu

Algılanan Sosyal Destek Özel İnsan Boyutu; ARK=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Arkadaş Boyutu. SKAY=Süreklilik Kaygı Toplam Puan, DEP= Depresyon Toplam Puan. HK1= Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu 1. Boyutu; HK2 = Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu 2. Boyut.



BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Lisrel 8.51 programı tarafından yapılan analizler doğrultusunda; travma sonrası hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde sosyal destek algısında düşüşlerin yaşandığı anlaşılmıştır. Yapılan analizler doğrultusunda; travma sonrası hayata küsme bozukluğunun çok boyutlu algılanan sosyal destek üzerinde 0.70 doğrudan etkisinin olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte, çok boyutlu algılanan sosyal destekte düşüşlerin yaşanması, depresyon ve süreklilik kaygıyı arttırdığı gözlemlenmiştir. Nitekim çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin psikopatoloji ile -0.41 doğrudan etkisinin olduğu analizlerden elde edilen bulgular doğrultusunda tespit edilmiştir. Model testi sonucunda elde edilen değerler doğrultusunda; çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin varyansın %49'unu, psikopatolojinin varyansın %41'ini, travma sonrası hayata küsme bozukluğunun ise varyansın %70'ini açıkladığı belirlenmiştir. Aynı zamanda, uyum iyiliği değerlerine baktığımızda araştırmanın amacı doğrultusunda test edilen modelde yer alan değişkenlerin; $\chi^2 = 31.21$, $Sd = 12$, $\chi^2 / sd = 2.6$, $RMSEA = 055$, $SRMR = 026$, olarak iyi uyum içerisinde olduğu anlaşılmıştır. Tüm bu bulgular, söz konusu örtük değişkenlerin arasındaki ilişkiler, mevcut çalışmalardan elde edilen bulgular ve kuramsal literatür çalışmalarıyla tutarlı bir açıklanmıştır. Bu çalışmada test edilen hipotezler doğrulanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular, literatürde yer alan argümanlar ile desteklendirilerek açıklanacaktır.

5.1. Tecavüz Semptomları ve Hayata Küsme Bozukluğu Tanı Kriterleri

Ruhsal bozuklukların tanı aşamasında geleneksel bir yaklaşım ile semptomların değerlendirilmesi, psikoterapi sürecinin gidişatı açısından ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Semptomların, önerilen tanı kriterlerini yeterince karşılamadığı durumlarda, ruhsal sorunların zaman içerisinde karmaşık bir hal alması, iyileşmesi beklenen tablonun şiddetlenmesiyle sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle, anamnez alınırken detaylandırma yapılması gerektiği aksi takdirde sınırlı bir yaklaşım değerlendirilen semptomların tanı aşamasında hata neden olabileceği anlaşılmıştır. Dolayısıyla, tanı değerlendirme aşamasında yararlı yaklaşımın hayati açıdan önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal

sorunlar, travmatik yaşam olayları sonrasında önerilen farklı bir tanı kriterleri altında incelenmiştir. Linden, Bauman, Lieberei ve Rotter (2009) tarafından, öz bildirim ölçeğinden 47.5 ve üstü puan alan kişilerde travma sonrası hayata küsmenin yaşandığı bildirilirken, puanın artması sonucunda reaktif küsme bozukluğunun yaşandığı açıklanmıştır. Tarihsel süreç içerisinde yapılan çalışmalar ve klinik gözlemlerden elde edilen argümanlar doğrultusunda teorik alt yapısı hazırlanan çalışmada, tanı kriterleri üzerinden hazırlanan Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Öz bildirim ölçeği ile veriler toplanmıştır. Aynı zamanda, psikososyal açıdan ciddi sorunların yaşanmasına neden olan küskünlüğün, stresöre yönelik karakteristik bir tepki olduğuna dikkat çekilmiştir. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu öz bildirim ölçeğinden elde etmiş olduğumuz bulgular doğrultusunda; tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunların, travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriterleri altında incelenebilir olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan N=536 kadın katılımcıdan, n=438’inde reaktif küsme bozukluğunun yaşandığı tespit edilmiştir. Ancak, söz konusu tanı kriterlerinin yeterince karşılanabilir olması adına, klinik çalışmalar ile desteklendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Wilson, Drozbek ve Turkovic (2006) tarafından, kişilerarası travmatik yaşam olaylarında ihanet duygusunun baskın olarak gözlemlendiği açıklanırken, aşağılanmışlık hissine neden olan bu durumun haksızlık olarak algılandığına vurgu yapılmıştır. Bu nedenle, hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerin travmatik olarak adlandırdıkları yaşam olayını nasıl algılıyorlar sorusunun yanıtlandırılması gerektiği bildirilmiştir. Bu bağlam da; katılımcılar tarafından doldurulan öz bildirim ölçeğinin üçüncü sorusu üzerinde yoğunlaşmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda katılımcıların büyük bir kısmı tarafından “Çok haksız ve adaletsiz olarak nitelediğim ciddi bir olay yaşadım” sorusuna “oldukça doğru” ve “tamamen doğru” yanıtları verilmiştir. Bununla birlikte, bireyin deneyimlemiş olduğu yaşam olayı ve ruhsal sorunları arasında ilişki kurabiliyor olması gerektiği bildirilmiştir (bkz.Linden, 2003). Ölçekte yönlendirilen; “Genel olarak ruhsal iyilik halimde kalıcı ve önemli bir olumsuz değişikliğe yol açan yaşantım oldu” maddesine, katılımcıların büyük bir çoğunluğu “oldukça doğru” ve “tamamen doğru” yanıtlarını vermiştir. Diğer yandan ise bireyin yaşamış olduğu yaşam olayı sonrasında kendini suçlama davranışlarının olduğuna dikkat çekilmektedir (bkz.Linden ve Arnold, 2021).

Bunun üzerine ölçekte yönlendirilen madde “Kendime kızmama ve suçlamama yol açan olumsuz bir yaşantım oldu” katılımcıların büyük bir çoğunluğu tarafından “oldukça doğru” ve “tamamen doğru” olarak yanıtlanmıştır. Diğer yandan ise güven ihlaline neden olan bu durumun sosyal geri çekilme ile birlikte seyrinin uzadığı bildirilmiştir (bkz.Hasanoğlu, 2008). Benzer bir şekilde, tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunların seyrinin uzaması sonucunda kronik bir hal aldığı ve işlevselliği bozduğu doğrulanmıştır (bkz. Atkeson, Calhoun, Resick, Ellis, 1979; 1981). Ölçeğin birinci alt boyutunu oluşturan; duygusal tepkilerin, ruhsal durumun ve sosyal işlevselliği açıklayan maddeleri ve ikinci alt boyutunu oluşturan sosyal duyguların yer aldığı maddeleri incelediğimizde, katılımcıların büyük bir çoğunluğu tarafından yüksek puanların verildiği gözlemlenmiştir. Nitekim ölçeğin iki alt boyutu arasında yüksek korelasyon ilişkisi olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, katılımcılardan elde edilen bulgular ve mevcut çalışmalardan elde edilen argümanlar doğrultusunda; söz konusu semptomların varsayımda bulunmuş olduğumuz tanı kriteri altında açıklanabilir olduğu düşünülmektedir.

5.1.1. Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu ve Psikopatoloji

Travma sonrası hayata küsmeye ile çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek arasında güçlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek ve psikopatoloji arasında negatif yönde ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın modelinde yer alan değişkenlerin birbirleri ile anlamlı ilişki içerisinde olduğu gözlemlenirken, yapılan analizler doğrultusunda değişkenlerin iyi uyum içerisinde olduğu anlaşılmıştır. Travmatik olarak adlandırılan yaşam olayları ve sosyal destek arasında ki ilişkiyi kapsam bir şekilde incelemek istediğimizde; küskünlüğe neden olan durumlar üzerine yoğunlaşmak istedik. Kavramsal olarak adaletsizlik ve haksızlık sonrasında verilen doğal tepki olarak tanımlanan küskünlüğün, sosyal destek algısı üzerinde önemli bir etkisinin olduğu varsayımımızı, mevcut çalışmalar doğrultusunda incelemek amaçlanmıştır. Mevcut çalışmalarda, hayata küsmeye bozukluğu ve çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin ilişkisine dikkat çekilirken, sosyal destek algısında düşüşlerin psikopatolojik semptomların şiddetlenmesine, hastalığın seyrinin kötüye gitmesine neden olduğu savunulmaktadır (bkz.Linden, 2003).

Znoj (2011) tarafından bu durumun, duygusal durumlar ile tetiklendiği açıklanırken, bireyin başa çıkma becerilerinde düşüşlerin yaşanmasına yol açtığına dikkat çekilmiştir. Diğer yandan ise süreklilik kazanan kaygı sonucunda savunma mekanizmasının devreye girmesi ile birlikte kaçınma davranışlarının geliştiği tespit edilmiştir. Bazı araştırmacılar tarafından sosyal desteğin küskünlük üzerinde güçlü bir aracılık etkisi olduğu bildirilirken, özellikle karmaşık ilişkiler üzerinde düzenleyici özellikte olduğu açıklanmıştır (Kyu-ManHan^aJi ve diğerleri, 2019, s.507). Ancak hayata küsme bozukluğunun, güvensizlik, düşmanlık ve hiddet gibi duygularla karakterize edilmiş olması üzerine, sosyal destek algısı üzerinde önemli bir etkisinin olduğu yoğunlaşmıştır.

Blom, Thomaes, Bijlsma, Geenen'de (2014) psikolojik faktörler üzerinden, çaresizlik ve olumsuz olarak algılanan sosyal destek sonucunda bireyin kabul görmeyen olarak reddildiğini ve istenmediğini düşünmesi ile birlikte küskünlüğün şiddetlendiği bildirilmiştir. Diğer yandan ise yapılan çalışmalarda, adil dünya inancı ve sosyal destek arasında güçlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (You ve Ju, 2020, s.269). Dolayısıyla, adil dünya inancının kaybı ile birlikte sosyal desteğin doğru orantıda etkileneceği doğrulanmıştır. Bu çalışmada, hayata küsme bozukluğunun, çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek üzerinde doğrudan etkisinin olduğu saptanırken, söz konusu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Hayata küsme bozukluğu ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği mevcut araştırmalar ile tutarlı olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte, hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde güvenin ihlali sonucunda sosyal destek algılarının doğrudan etkilendiği anlaşılmıştır. Bununla birlikte, yaşanan ruminasyonların sıklığı arttıkça yoğun öfke ve saldırganlık gibi davranışlar gözlemlendiği açıklanmaktadır (bkz.Linden, 2006). Küskünlüğün baskın bir duygu olduğuna dikkat çeken araştırmacılar, bireyin kendini suçlama girişimlerinde bulanabileceğine dikkat çekmektedir (Michailidis ve Copley, 2017; Linden ve Arnold, 2021).

TSHKB ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çeşitli yaygın ruhsal bozuklukların yüksek komorbidite oranlarına dikkat çekmektedir (Dobrickı ve Maercker, 2010). Yapılan çalışmalar da TSHKB yaşayan bireylerde duygudurum bozukluklarının eş tanısına dikkat çekilirken, Hasanoğlu (2008) “yaygın anksiyete, agorafobi, panik bozukluğu, distimi” tespit edildiğini bildirmiştir (Hasanoğlu, 2008, s.96).

Çaresizlik, umutsuzluk gibi duyguların görüldüğü, TSHKB’de intihar risk faktörlerine işaret edilirken (Beautrais 2011), gözlemlenen duygudurumun intihar riskini tetiklediğine dikkat çekilmiştir (Linden ve ark. 2007). Sonuç olarak; travma sonrası hayata küsme bozukluğunun şiddetlenmesi ile birlikte sosyal destek algısında düşüşlerin yaşandığı tespit edilmiştir. Bireyin haksızlık olarak algılamış olduğu yaşam olayları sonrasında görülen küskünlüğün, pek çok duygunun birarada görülmesi sonucunda patolojik bir boyut aldığı açıklanırken, küskünlüğün şiddetlenmesi sonucunda diğer ruhsal hastalıkların eş tanı olarak görüldüğü doğrulanmıştır. Bununla birlikte, semptomların kronikleşerek uzun vadede sorunlara neden olduğu açıklanmıştır (Hasanoğlu, 2008). Bireysel işlevselliğin yanı sıra sosyal işlevselliğinde bozulduğu bu tablo da, yardım arayışı sonlanabilmektedir. Aynı zamanda, haksızlık karşısında verilen tepkilerin sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açması, yoğun çaresizlik ve umutsuzluk ile sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla, bu durum kaygı bozukluğu ve depresyon semptomlarının ek tanı olarak görülme riskini tetiklemektedir.

Araştırmada yapmış olduğumuz analizler doğrultusunda, travma sonrası hayata küsme bozukluğunun duygusal ve psikolojik tepkilerin açıklandığı maddelerin yer aldığı bireysel alt boyutu ile sürekli kaygı arasında pozitif yönde korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde, depresyon ve hayata küsme bozukluğunun birinci alt boyutu arasında pozitif yönde korelasyon ilişkisinin olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte TSHKB’unun, sosyal işlevsellik ve sosyal duygusal tepkilerin içerdiği maddelerin yer aldığı alt boyutunun, süreklilik kaygı ve depresyon ile arasında pozitif yönde korelasyon gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, psikopatoloji ve travma sonrası hayata küsme bozukluğu arasında ki korelasyon ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

5.1.2. Sosyal Destek ve Psikopatoloji

Ruhsal sağlık üzerine yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin iyileştirici özellikte olduğu ve bireyin yaşam kalitesini arttırdığı savunulmaktadır. Psikopatoloji ve sosyal destek arasında ki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, sosyal desteğin ruhsal açıdan koruyucu etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Ullman, Townsend, Filipas ve Starzynski, 2007). Özellikle sosyal desteğin psikolojik dayanıklılığı arttırdığı açıklanırken empati, güven ve duygusallık içerdiği bildirilmektedir. Bununla birlikte, algılanan sosyal destek miktarı arttıkça, ruhsal semptomların şiddetinde hafiflemelerin yaşandığı açıklanmaktadır (Lahey ve Cronin, 2008, s.385). Travmatik yaşam olayları sonrasında, yetersiz sosyal destek

sonucunda semptomların şiddetlendiğine dikkat çekilmektedir.

Aileden ve arkadaşlardan sosyal destek algılayan bireylerin, günlük yaşantılarında karşılaşmış oldukları sorunlar ile daha rahat başa çıktıkları bilinmektedir. Depresyon ve çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek üzerine yapılan çalışmalar da, algılanan sosyal desteğin depresif bireylerde iyileşme sürecinde önem taşıdığı bildirilirken, araştırmacılar ruhsal açıdan iyi oluşun artmasına neden olurken beraberinde başa çıkma becerilerinde olumlu artışların görülmesine katkı sağlayacağı savunulmaktadır (Coyne, Aldwin ve Lazarus, 1980, s.439). Bununla birlikte, süreklilik kaygı ve depresyonunda çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin alt boyutları ile negatif korelasyon ilişkisi içerisinde olduğu anlaşılmıştır. Katılımcılardan elde ettiğimiz veriler doğrultusunda; arkadaştan algılanan sosyal destek algısının, özel insan ve aileden algılanan oranla ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; çok boyutlu olarak algılanan sosyal desteğin üç alt boyutu ile hayata küsme bozukluğunun iki alt boyutu arasında negatif yönde korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir.

5.1.3. Araştırmacılar İçin Öneriler

Araştırmada, tecavüz saldırılarına maruz bırakılan yetişkin kadın katılımcılardan elde edilen veriler doğrultusunda istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Demografik bilgi formunda saldırı anına ilişkin tarih, adres bilgisi, ruhsal açıdan zorlamaya neden olabilecek sorulara, faille ilgili bilgiye yer verilmemiştir. Tecavüz saldırıları üzerine çalışırken, veri toplama aşamasında online platformların kullanılması, katılımcıların damgalanmaya ve ötekileştirmeye yönelik kaygı duymalarının önüne geçebilmektedir. Aynı zamanda, katılımcılara online platformlar üzerinden ulaşmanın kolaylık sağlayabilmektedir.

Gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilen veri toplama aşamasında, katılımcıların kendilerini güvende ve rahat hissedebilmeleri adına ölçeklere daha rahat odaklanabilecekleri düşünülmektedir. Gelecekte benzer araştırmalarda bulunacak araştırmacılar tarafından, LGBTIQ+ bireyler üzerine değerlendirmeler yapılabilir. Bununla birlikte, HIV+ tanı alan bireylerden elde edilecek veriler doğrultusunda yapılabilecek değerlendirmelerin literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu öz bildirim ölçeği, Süreklilik Kaygı Envanteri, Çok Boyutlu Olarak Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır.

Ancak, benzer çalışmalarda bulunacak araştırmacılar tarafından, tüm bu ölçeklere ek olarak bireyin kendine olan nefretinin ölçülebilmesi adına; geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan “Kendinden Nefret Ölçeği” eklenerek hayata küsme bozukluğu semptomları daha detaylı bir şekilde incelenebilir. Türk literatüründe, yeni tanı kriteri olan travma sonrası hayata küsme bozukluğu üzerine yapılan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, yapılacak çalışmaların bu alanda önemli bir eksikliği tamamlayacağı düşünölmektedir.

5.1.4. Klinisyenler İçin Öneriler

Bireyin işlevselliğinin sürekliliği adına üç önemli unsur vardır; düşünce, duygu ve davranış. Psikolojik açıdan bu ilişkinin zarar görmesi sonucunda bireyin işlevselliğinde bozulmalar görölmektedir. Albert Ellis (1990) tarafından, bireyin mantıklı olan ve mantıklı olmayan duygularının iç içe geçmesi sonucunda, inançları, yargıları ve hayata yönelik yapmış oldukları değerlendirmelerin doğrudan etkilendiği açıklanmaktadır. Akılcı Duygulanım kuramına göre; düşünceler ve duygular arasında doğrudan bir ilişkinin olduğu açıklanmaktadır (Ellis, 1990, ss.221-231). Bu bağlamda; düşünce yapısında bozulmaların yaşanması, duygusal açıdan çöküşe neden olabilmektedir. Dolayısıyla, hatali bilişsel yorumlamalar, aşırı genellemeler, yanlış çıkarımlara neden olabilecek bir düşünce yapısının gelişmesi ile birlikte, başa çıkma becerilerinde düşüşlerin yaşandığı anlaşılmıştır. Diğer yandan ise bireyin farkındalık kazanabilmesi için “Anaodaklanma Temelli Terapi” yöntemlerinin uygulanması bu süreçte önem taşımaktadır. Nitekim bilişsel açıdan yaşanan karmaşa sonucunda, işlevselliğin bozulmasına yönelik hatalı ve yanlış yargılamalar söz konusudur. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu yaşayan bireylerde, adil dünya inancının sarsılması sonucunda yaşanan duygusal karmaşanın, hatalı bilişsel yorumlara zemin hazırladığı bilinmektedir. Travma sonrası hayata küsme bozukluğu üzerine çalışırken, semptomların detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri ile karıştırılmaması adına, semptomların önerilen tanı kriterleri karışlaştırılması anamnezin detaylandırılması önemlidir. Benzer bir şekilde tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen semptomların değerlendirilme aşamasında; uzmanlar tarafından saldırının öncesi, saldırı anı ve saldırı sonrasında ilişkin anamnez alınması, bireyin yaşamış olduğu sorunların anlaşılabilirliği açısından önem taşımaktadır.

Kişilerarası travmatik yaşam olayları sonrasında, sosyal ilişkilerde bozulmaların yaşanıyor olması, terapi sürecinin gidişatı açısından risk oluşturabilmektedir. Bununla birlikte, güven ihlalinin yaşanması nedeniyle kaçınma davranışları gözlemlenebilmektedir. Bu bağlamda, motivasyonel görüşme yöntemlerinin hassasiyet içerisinde uygulanması, terapi sürecinin gidişatı açısından büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan, yoğun utanç, kaygı ve korku duyulması nedeniyle seanslara katılım sağlamakta zorlanmalar gözlemlenebilir. Terapist'in bu aşamada edilgen kalması, danışanın göstermiş olduğu direncin hafiflemesine katkı sağlayacağı unutulmamalıdır. Bu noktada önemli olan danışan ve terapist ilişkisinin uyum içerisinde ilerletilebilmesidir. Bireysel ve sosyal işlevsellikte bozulmaların yaşanması sonucunda danışanların tekrardan sosyal ilişkilerine dönebilmesi için hedefler belirlenebilir, grup terapisi ve sanat terapisi ile bu süreç desteklendirilebilir. Danışanlarda kendini suçlama, değersizlik hissi, çaresizlik gibi duyguların yoğun olarak yaşanması nedeniyle öz-şefkat çalışmaları artırılabilir. Sosyal ilişkilerin güçlendirilebilmesi adına danışanlar; eğitim, kurs, hobi alanları, sosyal etkinliklere yönlendirilebilir.

5.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada yapılan analizler, tecavüz saldırısına maruz bırakılan kadın katılımcılardan elde edilen veriler ile sınırlı tutulmuştur. Demografik bilgi formunda, katılımcıları rahatsız edecek her hangi bir soruya yer verilmemiştir. Bununla birlikte saldırıyı anımsatacak nitelikte olan detaylı sorular yönlendirilmemiştir. Katılımcılara, online platformlar üzerinden paylaşım yolu ile ulaşılmıştır. Tecavüz saldırıları sonrasında gözlemlenen ruhsal sorunları travma sonrası hayata küsme bozukluğu altında inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığı için araştırmanın teorik alt yapısı, travma sonrası hayata küsme bozukluğu tanı kriterleri ile ilişkilendirilerek desteklendirilmiştir. Bununla birlikte, tarihsel süreç içerisinde tecavüz saldırıları üzerine yapılan klinik vaka çalışmalarından elde edilen argümanlar doğrultusunda açıklanmıştır. Bu araştırma da geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ölçekler kullanılmış olup yapılan analizler ile sınırlı tutulmuştur.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Cilt DSM-III). Washington, DC.
- Abraham, K. (1959). Traumatic neuroses of war. S. Arieti (Dü.) içinde, *American handbook of psychiatry* (s. 245-257). New York: Basic Books.
- Ahrens, C. E. (2006). Being Silenced: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape. *American Journal of Community Psychology*, 31-34.
- Akçay, B., Özgen, F., Erdem, M., Balıkcı, A., & Öznur, T. (2013). Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 441-460.
- Aksakal, A. (2016, Mart 06). *Olay şöyle oldu Hakim Bey*. Şubat 16, 2022 tarihinde Evrensel.net: <https://www.evrensel.net/haber/274257/olay-soyle-oldu-hakim-bey> adresinden alındı
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 108-112.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 277-285.
- Andrews, B. B. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*(1), 69.
- Arkar, H. (1992). Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* (5), 37-40.
- Arnold, M. L. (2020). Embitterment and Posttraumatic Embitterment Disorder (PTED): An Old, Frequent, and Still Underrecognized Problem. *Psychother Psychosom*, 1-8.
- Aruma, E. O., & Hanachor, M. E. (2017). ABRAHAM MASLOW'S HIERARCHY OF NEEDS AND ASSESSMENT OF NEEDS. *International Journal of Development and Economic Sustainability*, 15-27.
- Atkeson, B. M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 96.
- Avigail, M. (2007). When recounting the traumatic memories is not enough: Treating persistent self-devaluation associated with rape and victim-blaming rape myths.

- Women & Therapy*, 19-33.
- Avina, C. a. (2002). *Sexual harassment and PTSD: Is sexual harassment diagnosable trauma?*. 69-75: *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* .
- Avina, C., & O'Donohue, W. (2002). Sexual harassment and PTSD: Is sexual harassment diagnosable trauma?. *Journal of Traumatic Stress:Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 69-75.
- Bandelow, B. (2011). "Embitterment syndrome: Options for psychopharmacological management.". *Springer*, 187-196.
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*., 413-445.
- Barutçu, N., Yavuz, F. M., & Çetin, G. (1999). Cinsel saldırı sonrası mağdurun karşılaştığı sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 4(2), 41-53.
- Beauvoir, S. d. (1949). *İkinci Cinsiyet* (Cilt 2). (G. A. Savran, Çev.) Koç Üniversitesi Yayınları.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bennice, J. A., & Resick, P. A. (2003). Marital rape: History, research, and practice. *Trauma, Violence*, 228-246.
- Berry, J. W. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of personality* (1), 183-226.
- Bertera, E. (2005). Mental health in US adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of social and personal relationships*, 22(1), 33-48.
- Boakye, K. E. (2009). *Attitudes toward rape and victims of rape, a test of the feminist*. 1633-1651: *Journal of Interpersonal Violence*.
- Borkovec, T. D. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 9-16.
- Borwin, B. (2011). Embitterment syndrome Option for psychopharmacological management. *Embitterment* (s. 187-196). içinde Springer.
- Brownmiller, S. (1993). *Against Our Will: Men, Women, and Rape*. Newyork: New York Fawcett Books.

- Bruggen, v. M., & Grubb, A. R. (2014). A review of the literature relating to rape victim blaming: An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases. *Aggression and Violent Behavior*, 523-531.
- Budak, S. (2009). *Psikoloji Sözlüğü* (Cilt 4). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Burgess, A. W. (1974). Rape Trauma Syndrome. *American journal of Psychiatry*, 981-986.
- Burgess, A. W. (1985). Rape trauma syndrome: a nursing diagnosis. *Occupational Health Nursing* (8), 405-406.
- Campbell, R., Dworkin , E., & Cabral , G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse*, 225-246.
- Chapleau, K. M. (2010). Power, sex, and rape myth acceptance: Testing two models of rape proclivity. *Journal of Sex Research*, 66-78.
- Cixous, H. (1975). *Le Rire de la Méduse*. (K. Cohen, Çev.) France: The University of Chicago Press.
- Cohen Sheldon, G. B. (2000). Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. U. L. Cohen S. içinde, *Social Relationships and Health* (s. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Conklin., J. S. (2011). *Exploring The Dimensions of Human Sexuality* (Cilt 4). USA: Jones and Bartlett.
- Cowan, G. (2000, 03 01). Women's hostility toward women and rape and sexual harassment myths. *Violence against women*, 238-246.
- Coyne, J. C. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of abnormal psychology*, 90(5), 439.
- CŞMD. (2019). *CİNSEL ŞİDDET SONRASI DESTEK ve YÖNLENDİRME RAPORU*. Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, TÜRKİYE.
- Çelbis, O., Karaca, M., Özdemir, B., & Isır, A. B. (2004). Cinsel suçlarda muayene. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(4), 48-52.
- ÇINAR, A. (2018). Lilith: Yahudi Mitolojisinde Ana Tanrıça'nın Düşüş ve Şeytana Dönüşüm Serüveni. *Bilimname*, 363-395.
- Dalbert, C. (2002). Beliefs in a just world as a buffer against anger. *Social Justice Research*(2), 123-145.
- Deniz, Ş., & Korap, E. Ö. (2015). Ethical Issues in the reporting of rape: "It is not enough 5 W and 1 H, conscience is also needed". *Gaziantep University Journal of Social*

- Sciences*(4), 721-759.
- Denson, T. F. (2007). Predictors of posttraumatic distress 1 year after exposure to community violence: the importance of acute symptom severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 683.
- Dodek, A. B. (2011). Personality as risk and resilience in embitterment reactions. In Embitterment . L. Micheal içinde, *Embitterment* (s. 83-100). Vienna: Springer.
- Dworkin, E. R.-G. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of affective disorders*, 135-140.
- Edna B. Foa, Z. L.-C. (2002). Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of traumatic stress* , 49-57.
- Ege, H. (2010). Different typologies of workplace conflict and their connections with post traumatic embitterment disorder (PTED). *Scientific Research Publishing*(3), 234-236.
- Eker, D., Akar, H., & Yıldız, H. (2001). “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Ekinci, G., Savaş, H. A., & Cıtaç, S. (2001). İntihar riskini artıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 204-212.
- ELLIS, A. (1990). Rational and Irrational Beliefs in Counseling Psychology. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, 4(8), 221-231.
- Ellis, E. M. (1983). A review of empirical rape research: Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review*, 473-490.
- Enright, R. D. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington: American Psychiatric Association .
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlık Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Ankara, Eksen tanıtım Ltd.Şti.
- Frese, B., Moya, M., & Megías, J. L. (2004). Social perception of rape: How rape myth acceptance modulates the influence of situational factors. *Journal of interpersonal violence*, 2(19), 143-161.
- Green, B. L. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial

- framework. *Trauma and its wake*, 53-69.
- Green, Bonnie, Wilson, Lindy, John, & Jacob. (1985). Trauma and its wake. *Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework*(1), 53-69.
- Haber, M., Cohen, J., Lucas, T., & Baltes, B. (2007). The Relationship between Self-Reported Received and Perceived Social Support: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Community Psychology*, 133-144.
- Hasanoğlu, A. (2008). Yeni bir tanı kategorisi önerisi: Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* (1), 94-100.
- Haslanger, S. (1993). On Being Objective and Being Objectified, in A Mind of One's Own. L. M. Witt içinde, *Feminist Essays on Reason and Objectivity* (s. 209-253). San Francisco: Oxford: Westview Press.
- Héléné, C. (1975). *The Laugh of the Medusa*. Paris: Petroleuse Press.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress* , 377-391.
- Herman, J. L. (2019). *Travma ve İyileşme* (6th ed b.). (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür yayınları.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 118-122.
- House, J. S. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 293-318.
- Howard, L., & Litwin, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 213-228.
- Isabel, N., & Linden, M. (2021). Complaints about bullying at the workplace are related to fantasies of aggression in psychosomatic patients. *Work*(4), 1343-1349.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Jerrold S. Greenberg, C. E. (2011). *Exploring the Dimensions of Human Sexuality*. USA: Jones and Bartlett.
- Joe, S. J.-h. (2017). Posttraumatic embitterment disorder and hwa-byung in the general Korean population. *Psychiatry investigation*, 14(4), 392.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., &

- Degenhardt, L. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(5), 1353383.
- Kilpatrick, D. G. (1979). The aftermath of rape: Recent empirical findings. " *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 658.
- Kim, Y. B. (2020). The Mediating Effect of Embitterment on the Relationships between Anxiety, Depression, and Suicidality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 395-398.
- Krafft-Ebing, R. V. (1894). *Psychopathia Sexualis* (Cilt 1). (C. G. CHADDOCK, Dü., S. ENLARGED, & R. GERMAN, Çev.) London: The F.A. Davis Company, Publishers.
- Kyu-ManHanaJi , YoungParkbHa, EunParkcSo , & RaAncEun Hee. (2019). Social support moderates association between posttraumatic growth and trauma-related psychopathologies among victims of the Sewol Ferry Disaster. *Psychiatry Research*, 507-514.
- La Flair, L. N. (2008). Sexual assault and disordered eating in Asian women. *Harvard review of psychiatry*, 16(4), 248-257.
- Lakey, B. a. (2008). Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. *Risk factors in depression*, 385-408.
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry*, 649-54.
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lincoln, K. D. (2005). Social support, traumatic events, and depressive symptoms among African Americans. *Journal of Marriage and Family*(3), 754-766.
- Lincoln, K. D. (2010). Emotional support, negative interaction and DSM IV lifetime disorders among older African Americans: Findings from the National Survey of American Life. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences* (6), 612-621.
- Lincoln, K. D. (2012). Suicide, negative interaction and emotional support among black Americans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*(12), 1947-1958.
- Linden, M. &. (2021). Embitterment and posttraumatic embitterment disorder (PTED): an old, frequent, and still underrecognized problem. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(2), 73-80.

- Linden, M. (2003). Posttraumatic embitterment disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 4, 195-202.
- Linden, M. (2011). *Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives*. Germany, Berlin: Springer Science & Business Media.
- Linden, M. B. (2008). Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). *Int J Psychiatr Clin Pract*, 2 (12), 93-96.
- Linden, M. B. (2009). The post-traumatic embitterment disorder self-rating scale (PTED scale). *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 139-147.
- Linden, M. K. (2007). The psychopathology of posttraumatic embitterment disorders. *Psychopathology*, 159-165.
- Linden, S. C. (1976-1988). Shell shock at queen square: Lewis Yealland 100 years on. *Brain* (6), 2013.
- Lugo, S., & Contreras, J. (2003). A new familism scale for use with Latino populations. Hispanic. *Journal of Behavioral Sciences*, 312-330.
- Luyten P, B. S. (2007). Looking back towards the future: is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? . *The case of depression Psychiatry* , 85-99.
- Lynch, K., Jewell, J. A., Wasarhaley, N. E., & Golding, J. M. (2017, May). Great Sexexpectations: The Impact of Participant Gender, Defendant Desirability, and Date Cost on Attributions of a Date Rape Victim and Defendant. *Journal of Interpersonal Violence*, 17-18.
- MacKinnon, C. A. (1987). *Feminism unmodified: Discourses on life and law*. . BOSTON: Harvard university press.
- Maercker, B. &. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners . *Journal of Traumatic Stress: Official Publication The International Society for Traumatic Stress Studies*, 651-660.
- Maheux, A., & Price, M. (2016). "The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion.". *Personality and Individual Differences*, 102-107.
- Mark, W. (1985). Fear of rape among urban women. *Social problems*, 32(3), 238-250.

- McGinn, C. (2014). *Mindfucking: A critique of mental manipulation*. (Cilt 1). Londra: Published by Routledge.
- Michael, E. H. (2005). Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behaviour research and therapy*, 613-628.
- Michael, L. (2020). Querulant delusion and post-traumatic embitterment disorder. *International review of psychiatry*, 32(5-6), 396-402.
- Michael, T. A. (2005). Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD?. *Behaviour research and therapy* , 613-628.
- Michael., L. (2003). Posttraumatic embitterment disorder. *Psychotherap and psychosomatics*, 195-202.
- Michailidis, E., & Cropley, M. (2017). Exploring predictors and consequences of embitterment in the workplace. *Ergonomics*, 60(9), 1197-1206.
- Nadelson, C. C. (1982). A follow-up study of rape victims. *The American journal of psychiatry*(10), 1266–1270.
- NC, A. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophr Bull*(33), 108-12.
- Organization, World Health. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (11R b.)*. Cenevre: WHO.
- Öner, N., & LeCompte, A. (1985). *Durumluk-Süreklı Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özer, Ş. T. (2006). Anksiyete Bozuklukları. *Anksiyete Ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi İçinde* , 3-13.
- Parastoo, T., & Marzıeyeh, M. N. (2022). The Relationship between Perceived Social Support and Psychological Resilience with the Quality of Life of People with Physical Disabilities. *Human Relations Studies*, 4(2), 13-21.
- Plutchik, R. (1997). The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality,in:Circumplex models of personality and emotions. (H. Conte, Dü.) *American Psyehologieal Association*, 1746.
- Procidano, M. E. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. . *American journal of community psychology*, 1- 24.
- Qi, S. J. (2016). Attributions of responsibility, blame and justifiability to a perpetrator and victim in an acquaintance rape scenario: the influence of Marijuana intoxication.

- Journal of Sexual Aggression* , 20-35.
- Qİ, S. J., Starfelt, L. C., & White, K. (2016, Jan 2). Attributions of responsibility, blame and justifiability to a perpetrator and victim in an acquaintance rape scenario: the influence of Marijuana intoxication. *Journal of Sexual Aggression*, 20-35.
- R., B. (2000). Posttravmatik stres bozukluğunun etyopatogenezinde organik faktörler farmakolojik tedavi. *Anadolu Psikiyatri*, 100-102.
- Radecki, L. H. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30(1), 106-116.
- Rajappa., Kristin., , Gallagher., , Michelle., , Miranda., , & Regina. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839.
- Resick , P., Jordan , C., Marhoefer-Dvorak, S., & S, Kotsis , C. (1983). A comparison of three types of group therapy for sexual assault victims. *In World Congress on Behavior Therapy and 17th annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. Washington.
- Resick, P. A. (1981). Social adjustment in victims of sexual assault. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 705.
- Rew L, T.-S. M. (2001). Sexual abuse, alcohol and other drug use and suicidal behaviors in homeless adolescent. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 225-40.
- Salisbury, J. A. (1986). Counseling victims of sexual harassment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 316.
- Sally, H. (1993). On Being Objective and Being Objectified”, in *A Mind of One’s Own. Feminist Essays on Reason and Objectivity*. (B. Louise M. Antony and Charlotte Witt (eds.), Dü.) *Oxford: Westview Press*, 209–253.
- Schaefer, C., James, C., & Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 381-406.
- Scully, P. (2014). Development and Its Discontents: Ending Violence against Women in Post-Conflict Liberia. *Sexual Violence in Conflict and Post-Conflict Societies* (s. 265-279). içinde Routledge.
- Silverman, J. R. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *jama*(5), 572-579.

- SJ, L. P. (2007). Looking back towards the future: is it time to change the he DSM approach to psychiatric disorders? . *The case of depression.*, 85-99.
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Surís Alina, P. D. (2007). Aggression, impulsivity, and health functioning in a veteran population: equivalency and test–retest reliability of computerized and paper-and-pencil administrations. . *Computers in Human Behavior*, 97-110.
- The control of unwanted states and psychological health. (2000). Consistency safeguards. H. J. Znoj içinde, *Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness: Essays in Honor of the 60th Birthday of August Flamme* (s. 241).
- Thompson, M. D. (2007). Reasons for not reporting victimizations to the police: Do they vary for physical and sexual incidents? *Journal of American College Health* (5), 277-282.
- TPD. (2021). *TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ CİNSİYET AYRIMCILIĞI, CİNSEL ŞİDDET VE*. Türk Psikiyatri Derneği.
- Trzebiński, J., & Zięba, M. (2004). Basic hope as a world-view: An outline of a concept. *Polish Psychological Bulletin*, 35(3), 173-182.
- Tükel, R., & Alkın, T. (2006). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Türkseven, E., Öner, C., Çetin, H., & Şimşek, E. E. (2020). Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Doyumu İlişkisi: Bir. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 1(9), 50-56.
- Ullman, S. E. (1997). Review and critique of empirical studies of rape avoidance. *Criminal Justice and Behavior*, 177-204.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 23-37.
- Ünal, S., Güney, S., Reyhani, İ., & Kartalcı, Ş. (2011). Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Kendini Değerlendirme Ölçeğinin (PTED Kendini Değerlendirme Ölçeği) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 32.
- Üstün, T.-M. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British*

- journal of psychiatry*, 386-392.
- Van der Bruggen, M. a. (2014). A review of the literature relating to rape victim blaming: An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases. . *Aggression and violent behavior*, 523-531.
- Vidal, M. E., & Petrak, J. (2007). Shame and adult sexual assault: A study with a group of female survivors recruited from an East London population. *Sexual and Relationship Therapy*, 159-171.
- Walker, L. E. (1994, 06 15). Abused women and survivor therapy: a practical guide for the psychotherapist. 529.
- Wasco, S. M. (2003, November). Conceptualizing the Harm done by Rape: Applications of Trauma Theory to Experiences of Sexual Assault. *Trauma Violence & Abuse*, 309-322.
- Welch, J. a. (2007). *Clinical Review; Rape and sexual assault*. BMJ.
- Wickramasinghe, D. P. (2019). Depression and stressful life events among medical students during undergraduate career: Findings from a medical school in South Asia. *Asia Pacific Scholar*, 42-47.
- Widiger TA, G. W. (2011). Adult Psychopathology and Diagnosis. D. B. M Hersen içinde, *Mental disorders as discrete clinical conditions:dimensional versus categorical classification*. (s. 3-32). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Widiger TA, G. W. (2011). Mental disorders as discrete clinical conditions:dimensional versus categorical classification. G. W. Widiger TA, & D. B. M Hersen (Dü.) içinde, *Adult Psychopathology and Diagnosis* (Cilt 6, s. 3-32). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Wilson, J. P. (2006). Posttraumatic shame and guilt. . *Trauma, Violence, and Abuse* , 122-141.
- Witvliet, C. V. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. . *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 269-273.
- (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, 6, Geneva.
- Worthington Jr, E. L. (1999). The psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *Journal of Social and clinical psychology* (4), 385.
- Zimet, G., Dahlem, N., & Zimet, S. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived

Social Support. *J Pers Assess*, 30-41.

Znoj, H. (2011). *Embitterment—a larger perspective on a forgotten emotion*. Viyana: Springer.

Znoj, H. a. (2000). The control of unwanted states and psychological health: Consistency safeguards. *Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness: Essays in Honor of the 60th Birthday of August Flammer*, 241.





EK 1. Demografik Bilgi Formu

ÇALIŞIYORMUSUNUZ?

- EVET
HAYIR

YAŞINIZ?

- 18-22
23-27
28-32
33-37
38-42
43-47
48+

CİNSEL SALDIRILAR HAKKINDA BİLGİNİZ VAR MI?

- EVET
HAYIR
BİRAZ

MEDENİ DURUMUNUZ

- EVLİ
BEKÂR
DUL
BOŞANMIŞ
DİĞER

EĞİTİM DURUMUNUZ

- İLKOKUL
ORTAOKUL
LİSE
LİSANS
YLİSANS
DOKTORA

AYLIK GELİRİNİZ?

- 1000-2000
2000-3000
3000-4000
4000-5000
5000+

Cinsel saldırı, vücut dokunulmazlığının ihlal edilerek, bedenine fiziksel temasta bulunulması ile oluşan saldırılardır. Bu saldırılar; dokunmak, temas etmek, öpmek, zorla ilişkiye girmek, ilişkiye girmek için ısrar etmek/ikna etmeye çalışmak, cinsel içerikli konuşmalar ve cinsel içerikli eylemlerin tümüdür.

CİNSEL SALDIRIYA UĞRADINIZ MI?

- EVET
HAYIR

EK 2. Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu Ölçeği

Lütfen aşağıdaki her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını, aşağıda ki ölçeklemeyi dikkate alarak değerlendiriniz.	HİÇ DOĞRU DEĞİL	ÇOK DOĞRU DEĞİL	KARARSIZIM	OLDUKÇA DOĞRU	TAMAMEN DOĞRU
1. Büyük ölçüde beni canımdan bezdiren ve inciten bir deneyim yaşadım.					
2. Genel olarak ruhsal iyilik halimde kalıcı ve önemli bir olumsuz değişikliğe yol açan yaşantım oldu.					
3. Çok haksız ve adaletsiz olarak nitelediğim ciddi bir olay yaşadım.					
4. Hakkında tekrar tekrar düşünmek zorunda kaldığım olumsuz bir olay yaşadım.					
5. Hatırladıkça hala beni derinden üzen bir deneyimim oldu.					
6. Beni intikam alma düşüncelerine iten bir yaşantım oldu.					
7. Kendime kızmama ve suçlamama yol açan olumsuz bir yaşantım oldu.					
8. "Çaba göstermeye ve uğraşmaya değmez" diye hissetmeme neden olan ciddi bir yaşam deneyimim oldu.					
9. Beni mutsuz ve somurtkan yapan olumsuz bir yaşam deneyimim oldu.					
10. Genel fiziksel sağlığımı bozacak kadar beni üzen bir yaşam deneyimim oldu.					
11. Bana onu tekrar hatırlatacak kişiler ya da yerlerden kaçınmama neden olacak şiddette bir yaşam deneyimim oldu.					
12. Beni çaresizlik ve güçsüzlük duygularına sürükleyen bir yaşam deneyimim oldu.					
13. Bana bunları yaşatanların aynı duruma düşmelerini çok istememe neden olan bir yaşam deneyimim oldu.					
14. Yaşama istek ve gücümün oldukça azalmasına yol açan bir yaşam deneyimim oldu.					
15. Eskisinden daha kolay sinirlenen bir insan olmama yol açan bir yaşam deneyimim oldu.					
16. Normal ruh haline dönmek için dikkatimi başka şeylere yönlendirmek zorunda kalmama yol açan bir yaşam deneyimim oldu.					
17. Beni ailem ve kendi işlerimle eskisi gibi ilgilenemeyecek hale getiren bir yaşam deneyimim oldu.					
18. Beni sosyal aktivitelerimden ve arkadaşarımla birlikte olmaktan alıkoyacak kadar ağır bir yaşam deneyimim oldu.					
19. Acı veren hatıralarını sıklıkla hatırladığım bir yaşam deneyimim oldu.					

EK 3. Beck Depresyon Envanteri

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir.Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.
Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
Gelecek hakkında karamsarım.
Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
Her şeyden sıkılıyorum.
Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
Cezalandırılmayı bekliyorum.
Cezalandırıldığımı hissediyorum.
Kendimden memnunum.
Kendi kendimden pek memnun değilim.
Kendime çok kızıyorum.
Kendimden nefret ediyorum.
Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
Kendimi öldürmek isterdim.
Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
Çoğu zaman ağlıyorum.
Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
Şimdi hep sinirliyim.
Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

EK 4. Sürekli Kaygı Envanteri

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ	hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kendimi büzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle hayatımdan zevk almazım	(1)	(2)	(3)	(4)
Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygulanma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygulanma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7 kesinlikle evet.

ÖZGEÇMİŞ

Cansu Ecem KESGİN

E-posta Adresi :
ORCID : 0000-0002-5915-6670

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi :Girne Amerikan Üniversitesi Psikoloji
Yüksek Lisans Öğrenimi :İstanbul Rumeli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim
Enstitüsü, Klinik Psikoloji
Bildiği Yabancı Diller :İngilizce

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

a) Yayınlar

- 1) Kesgin, C. E. (2020).Sexual Abuse in Children and Teenagers, *The Journal of Academic Social Sciences*, 8(109), s. 364-375.
- 2) Kesgin, C. E. (2019). The Relationship between Eating Attitudes and Self-Esteem among University Students. *International Journal of Research in Social Sciences*, 9(4),s.384–402.Retrievedfrom
- 3) Kesgin, C. E. & Hashemipour, S. (2020). “Othello Syndrome in Shakespearean Tragedy of Othello”, In *Discrimination is Evil*, S. Hashemipour (ed.), Ankara: Nobel. s. 59-78.
- 4) Kesgin, C. E., & Hashemipour, S. (2021). Frankenstein’s Debate on Science and Nature. In *National Notion Lives Out World Literature* (1st ed., Vol. 1, pp. 89–103). essay, Nobel Akademi.
- 5) Kesgin, C. E., & Hashemipour, S. (2021). Being Woman in Turkey and Iran. In *National Notion Lives Out World Literature* (1st ed., Vol. 1, pp. 129– 142). essay, Nobel Akademi.

b) Bildiriler

- 1) Kesgin, C. E. & Hashemipour, S. (2020). The Imposed Post-Traumatic Stress Disorder by Communities and its Impact on Females: Being Woman in Turkey and Iran. V. International Conference on gender and Women's Studies, *DAKAM*, Athens.
- 2) Kesgin, C. E. & Hashemipour, S. (2020). Frankenstein and Humanness: Mary Shelley's Debate on Science and Nature. IV. *International Applied Social Sciences Congress*, Kuşadası.

c) Katıldığı Projeler

- 1) ÇAGEV "COVID-19 ile mücadele de ben de varım" projesi.

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl:

Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi 2021-2022
İstanbul Rumeli Üniversitesi Psikoloji Uygulama ve
Araştırma Merkezi, 2022-devam ediyor.
Çocuk Anne Gelişim ve Eğitim Vakfı 2023- devam
ediyor.