



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

ADLİ PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**HIRPALANMIŞ KADIN SENDROMU YAŞAYANLARDA
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İLE PSİKOLOJİK
BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Sibel ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Remziye KESKİN

İSTANBUL-2021

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

ADLİ PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**HIRPALANMIŞ KADIN SENDROMU YAŞAYANLARDA
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İLE PSİKOLOJİK
BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Sibel ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Remziye KESKİN

İSTANBUL-2021

ETİK KURUL METNİ



Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: 61351342/MART 2021-18

26/03/2021

**Sayın Dr.Öğr.Üyesi Remziye KESKİN
(Sibel ŞAHİN)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun **25/03/2021** tarihinde yapılan **03** no.lu toplantısında **“Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyo-demografik Değişkenler ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki”** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr.-Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını, intihal yapmadığımı ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

Adı SOYADI
Sibel ŞAHİN

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans ve tüm eğitimim süresince her konuda yanımda olan başta annem, babam ve kardeşlerim olmak üzere tüm aileme, bana ilham olan ve bana yardımcı olan bütün kadınlara, desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Remziye Keskin'e teşekkürü borç bilirim. Bir gün bütün bu şiddetlerin son bulması dileğiyle.



ÖZET

ŞAHİN, Sibel, Yüksek Lisans, İstanbul, 2021

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

Kadına yönelik şiddet; kadının, hem travmatik bir süreç yaşaması hem de toplumun aktif ve üretken bir bireyi olması önünde ciddi bir engel oluşturması sebebiyle dünyanın ve ülkemizin ivedi olarak çözüm bulunması gereken önemli konuları arasında yer almaktadır. Bir travma sonrası stres bozukluğu olarak kabul edilen ve kadının partneri tarafından sürekli ve farklı biçimlerde şiddete uğraması olarak tanımlanan hırpalanmış kadın sendromunun oluşmasında birçok değişkenin etkili olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada, hırpalanmış kadın sendromu yaşayanlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenerek, literatüre katkı sağlanması, kadına şiddet ve sonuçları üzerine farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Çalışmada katılımcıların şiddet gördükleri kişilerin %48,6 ile eşleri olduğu belirlenmiş olup, şiddet görme süresinde ise %21'inin 7-12 aydır şiddet gördüğü, %22,9'unun ise 2-5 yıldır şiddet gördüğü anlaşılmıştır. Şiddet görme sıklığı incelendiğinde; %22,9'unun haftada birkaç kez, %32,4'ünün ayda birkaç kez şiddet gördüğü ortaya konmuştur. Katılımcıların bu süreçte aldıkları destekler incelendiğinde ise; %28,7'sinin desteğinin olmadığı, 22,8'inin ebeveynlerinin, 23,8'inin kardeş/kardeşlerinin, %4'ünün akrabalarının ve %20,8'inin arkadaş/arkadaşlarının destek olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşadıkları ilişki süresi ile psikolojik belirtiler incelendiğinde anksiyete ($F=3,122$; $p<,05$) ve olumsuz benlik ($F=4,871$; $p<,05$) puanlarında, şiddet görme sıklığına göre anlamlı farklılık olduğu anlaşılmıştır.

Yapılan çalışmalarda da şiddete maruz kalan kadınların depresyon, somatizasyon, hostilite, anksiyete ve olumsuz benlik düzeylerinin, şiddete uğramayan kadınlara oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu nedenle şiddete uğrayan kadınlara yönelik destekleyici hizmetlerin sağlanması, toplumsal alanda

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

bilinçlendirmelerin yapılması, eğitim amaçlı programların geliştirilmesi, bu programların uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hırpalanmış Kadın Sendromu, Kadına Yönelik Şiddet, TSSB, Psikolojik Belirtiler



ABSTRACT

ŞAHİN, Sibel, Degree, İstanbul, 2021

The Relationship Between Sociodemographic Variables and Psychological Symptoms in Those Experiencing Battered Woman Syndrome

Violence against women; is among the important issues that must be immediately solved in the world and our country, as it causes women to experience a traumatic process and creates a serious obstacle for women to be active and productive members of society. It is known that are many effective variables in the formation of battered woman syndrome, which is accepted as a post-traumatic stress disorder and defined as the woman's exposure to continuous and different forms of violence by her partner. In this study, it was aimed to contribute to the literature by examining the relationship between sociodemographic variables and psychological symptoms in patients with battered woman syndrome and to increase awareness of violence against women and its consequences.

When sociodemographic variables are examined in terms of research analysis results; in terms of age variable, a significant difference was found in negative self score from psychological symptoms ($F=3, 898$; $p<.05$). In the study, it was determined that 48.6% of the participants were exposed to violence by their spouses, and in for the period of being exposed to violence, it was understood that 21% of them were exposed to violence for 7-12 months, and 22.9% of them were exposed to violence for 2-5 years. When the frequency of violence is examined; it was revealed that 22.9% of them were exposed to violence several times a week, and 32.4% of them were exposed to violence several times a month. When the support received by the participants in this process is examined; it was observed that 28.7% did not have any support, 22.8% had support from their parents, 23.8% from their siblings, 4% from relatives and 20.8% had support from their friends. When the duration of the relationship and the psychological symptoms of the participants were examined, it was understood that there was a

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

significant difference in anxiety ($F=3,122$; $p<.05$) and negative self ($F=4.871$; $p<.05$) scores, according to the frequency of being exposed to violence.

Studies have also concluded that women exposed to violence have higher levels of depression, somatization, hostility, anxiety and negative self concept than women who have not been exposed to violence. For this reason, it is recommended to provide supportive services for women who have been exposed to violence, to raise awareness in the social area, to develop educational programs and implement these programs.

Keywords: Battered Woman Syndrome, Violence Against Women, PTSD, Psychological Symptoms

İÇİNDEKİLER

ETİK KURUL METNİ.....	i
.....	i
YEMİN METNİ.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
TABLolar	x
1. BÖLÜM GİRİŞ.....	1
1.1.Problem Tanımı.....	2
1.2.Çalışmanın Amacı.....	2
1.3. Çalışmanın Önemi	3
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.5. Sayıtlılar	4
1.6. Sınırlılıklar	4
2. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şiddet	5
2.1.1. Şiddet Nedir?	5
2.1.2. Kadına Yönelik Şiddet.....	5
2.1.3. Kadına Yönelik Şiddet Türleri	7
2.1.3.1. Fiziksel şiddet	8
2.1.3.2. Duygusal şiddet.....	8
2.1.3.3. Ekonomik şiddet	9
2.1.3.4. Cinsel şiddet.....	9
2.1.4. Kadına Yönelik Şiddetin Kuramsal Arka Planı	10
2.1.4.1. Ekolojik kuram.....	10
2.1.4.2. Psikodinamik kuram	10
2.1.4.3. Biyolojik kuram	11
2.1.4.4. Sosyal öğrenme kuramı.....	12
2.1.5. Hırpalanmış Kadın Sendromu.....	12
2.1.5.1. Hırpalanmış kadın sendromunda şiddet döngüsü	13
2.1.5.1.1. Gerginliğin tırmanması	13

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

2.1.5.1.2. Şiddet aşaması.....	14
2.1.5.1.3. Balayı aşaması.....	14
2.1.5.2. Hırpalanmış kadın sendromu aşamaları.....	15
2.1.5.2.1. İnkar	15
2.1.5.2.2. Suçluluk	15
2.1.5.2.3. Aydınlanma.....	16
2.1.5.2.4. Sorumluluk.....	16
2.1.5.3. Hırpalanmış kadın sendromu ve öğrenilmiş çaresizlik	16
2.2. Kadına Yönelik Şiddetin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	17
2.2.1. Hırpalanmış Kadın Sendromu ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi	17
2.2.2. Kadına Yönelik Şiddetin Beden Algısı Üzerine Etkileri	19
2.3. Psikolojik Belirtiler	20
2.3.1. Anksiyete	20
2.3.2. Depresyon	21
2.3.3. Olumsuz Benlik	23
2.3.4. Somatizasyon	24
2.3.5. Hostilite.....	25
3. BÖLÜM: YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Yöntemi	27
3.2. Araştırmanın Örneklemi	27
2.3. Veri Toplama Araçları	28
2.3.1. Demografik bilgi formu	28
2.3.2. Kısa semptom envanteri.....	28
2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	29
4. BÖLÜM: BULGULAR	30
5. BÖLÜM TARTIŞMA.....	57
6. BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKÇA.....	66
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	77
EK-2 KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)	84
ÖZGEÇMİŞ	88

TABLolar

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımının İncelenmesi	30
Tablo 2. Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Dağılımları	33
Tablo 3. Katılımcıların Partner ile İlişki Süresi ve Yaşadıkları Şiddet Durumuna Yönelik Dağılımları.....	33
Tablo 4. Katılımcıların Yaşadıkları Şiddet Türlerine Yönelik Dağılımları.....	35
Tablo 5. Katılımcılara Destek Olanlara Yönelik Dağılımları	35
Tablo 6. Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	36
Tablo 7. Katılımcıların Yaşlara Göre Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 9. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 10. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 11. Katılımcıların Mesleklerine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 12. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 13. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 14. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 16. Katılımcıların Yaşadıkları Bölgeye Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	41

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

Tablo 17. Katılımcıların Yaşadıkları Kişiye Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 18. Katılımcıların Kardeş Sayısına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 19. Katılımcıların Yaşadıkları İlişkinin Süresine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 20. Katılımcıların Şiddet Gördüğü Kişiye Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 21. Katılımcıların Fiziksel Şiddete Uğrama Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 22. Katılımcıların Duygusal Şiddete Uğrama Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 23. Katılımcıların Cinsel Şiddete Uğrama Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 24. Katılımcıların Şiddet Görme Süresine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 25. Katılımcıların Şiddet Görme Sıklığına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	55

1. BÖLÜM GİRİŞ

Kadına yönelik şiddet son günlerde Türkiye'nin ve dünyanın gündeminde olan önemli bir konudur. Kadına yönelik şiddet; kadının bütünlüğüne zarar vermesinin yanı sıra, toplumun aktif ve üretken bir bireyi olması önünde de ciddi bir engel oluşturmaktadır. Partnerinden devamlı olarak fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet gören kadınların yaşadığı travma sonrası stres bozukluğu hırpalanmış kadın sendromu olarak tanımlanmaktadır. Kadına şiddet konusundaki tartışmaların temeli Amerikalı psikolog Lenore Walker tarafından atılmıştır (Walker L. , 1984).

Kadına yönelik şiddet; her alanda olumsuz sonuçlara sebep olduğu için bir bütün olarak ele alınması gereken bir hak ihlalidir (Garcia-Moreno, 2006).

Kadına yönelik şiddet dünyanın her yerinde, her ırktan, coğrafyadan, sosyoekonomik düzeyden kadının maruz kalabileceği ortak bir sorundur. Kadına uygulanan şiddet ciddi şekilde yaralanmalara, travmalara ve hatta ölümlere bile sebep olabilmektedir.

2013 yılındaki Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre; dünyadaki kadınların %30'unun şiddete maruz kaldığı; şiddetin %42'sinin fiziksel ve cinsel olduğu, %38'inin ise eşi tarafından öldürüldüğü saptanmıştır. Kadına uygulanan cinsiyetçi şiddete kadının sünnet edilmesi, töre cinayetleri olarak verilebilmektedir (Bal, 2014). Şiddete maruz kalmak, sadece bedensel sorunlara sebep olmayıp aynı zamanda ruhsal sorunlara da sebep olmaktadır. Şiddet öyküsü olan kadınlarda psikopatolojiye rastlanma oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) şiddete maruz kalan kadınların yaşadığı ruhsal sorunlardan en önemlisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırma ile; hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların sosyodemografik değişkenleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki incelenerek konu hakkındaki bilgi ve literatüre katkı sağlanması, kadına şiddet ve sonuçlarına farkındalığın artırılması, üzerinde çalışılan değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmıştır.

1.1.Problem Tanımı

Kadına şiddet sorunu günümüzde uğraşlara rağmen artarak devam etmektedir. Şiddete maruz kalan kadın, birçok alanda fakir bırakıldığından yaşanan şiddeti normalleştirerek hayatına devam etmektedir. Çoğu kadın duygusal, ekonomik, cinsel ya da fiziksel olarak yaşadığının şiddet olduğunu dahi bilmemektedir.

Şiddete maruz kalmak, ruh sağlığına ciddi zararlar verebilmektedir. Şiddet öyküsü olan kadınlarda yüksek oranda psikopatolojiye rastlanmaktadır.

Bu bilgiler ışığında kadına yönelik şiddetin, kadının hem fiziksel hem de psikolojik bütünlüğüne tehdit oluşturduğu göz önünde bulundurularak; hırpalanmış kadın sendromu yaşayan kadınlardaki sosyodemografik özellikleri ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Hırpalanmış kadın sendromu yaşayan kadınların gösterebileceği psikolojik belirtiler ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmanın problem konusunu oluşturmaktadır.

Çalışmada aşağıdaki problemlere değinilmiştir;

Hırpalanmış kadınlarda hangi psikolojik belirtiler daha sık görülmektedir?

Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların sosyodemografik değişkenleri (medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, evlilik süresi gibi) ile psikolojik belirtileri (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) arasında bir ilişki var mıdır? Var ise bu ilişkilerin özellikleri nelerdir?

1.2.Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların sosyodemografik değişkenleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma ile; konu hakkındaki bilgi ve literatüre katkı sağlanması, kadına şiddet ve sonuçlarına farkındalığın artırılması, üzerinde çalışılan değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmıştır.

1.3. Çalışmanın Önemi

Hırpalanmış kadın sendromu; fiziksel veya zihinsel istismarın tekrarlanan modelleriyle karşılaşan kadınların yaşadığı psikolojik tablo için kullanılan bir terimdir. Yerleşik bir psikiyatrik tanı olmasa da, özellikle cinayet vakalarında kendini savunmanın bir parçası olarak yasal bir savunma olarak kullanılmıştır. Hırpalanmış kadın sendromu tanımı ilk olarak 1970'lerde Lenore Walker tarafından 400 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, tekrarlanan aile içi şiddetine maruz kalmış kadınlarda gözlemlenen klinik tablo için kullanılmıştır (Dutton & Painter, 1993)

Maruz kaldığı şiddet bir zamandan sonra kadının öğrenilmiş çaresizlik içine düşmesine sebep olmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik nedeniyle kadın, içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için çaba göstermeyip şiddeti kabullenmektedir. Bununla birlikte öğrenilmiş çaresizliğin kişilerde tepkisizlik, pasif davranışlar, öğrenme güçlükleri, depresyon gibi sonuçlara neden olduğu bilinmektedir (Gondolf, 1988).

Hırpalanmış kadın sendromunun etiyolojik faktörleri ile bu sendromu yaşayan kadınların psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle yapılacak olan bu tez çalışması, alandaki açığa katkı sağlaması bakımından önem arz etmektedir.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

“Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki”ye yönelik hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

H1: Sosyodemografik değişkenlerden; gelir düzeyi ve meslek ile şiddete maruz kalma arasında pozitif ilişki vardır.

H2: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların gördükleri şiddet türü (fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik) ile psikolojik belirtileri (depresyon, hostilite, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik) arasında anlamlı ilişki vardır.

H3: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların yaş ve eğitim düzeyleri ile psikolojik belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

H4: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların çalışma durumu ile psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H5: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların şiddet görme süresi ile psikolojik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların psikolojik belirti düzeyleri yaşadıkları bölgeye göre farklılık göstermemektedir.

H7: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların alkol kullanımı ile psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H8: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların kardeş ve çocuk sayıları ile psikolojik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H9: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların şiddet görme sıklığı ile psikolojik belirti düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H10: Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların şiddet gördüğü kişi ve medeni durum ile psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.5. Sayıtlar

1. Bu araştırmada kullanılan ölçme araçlarının araştırma değişkenlerini ölçmek için geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu varsayılmaktadır.
2. Araştırmaya katılanların ölçeklerdeki soruları tarafsız, tam ve doğru cevaplandığı varsayılmaktadır.
3. Araştırmada değişkenleri çözümlmek için kullanılan istatistiksel veri analiz yöntemlerinin bulguları elde etmek açısından geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma; Şanlıurfa Yaşamevi Kadın Dayanışma Derneği, İstanbul Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu, Ankara Kadın Dayanışma Vakfı, Kız Başına isimli sosyal medya sitelerine başvurmuş ve ilgili kuruluşlardan psikolojik ve maddi destek alan 18 yaş ve üzeri 104 kadınla sınırlıdır.
2. Veri formu ve ölçek aracılığıyla elde edilen veriler öz bildirime dayalıdır.
3. Çalışma Aralık 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.
4. Sadece sosyoekonomik düzeyi düşük kadınların katılacağı öngörülerek gelir düzeyi sorusu en son 3000 ve üzeri ile sınırlandırılmıştır.

2. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

2.1.1. Şiddet Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet; bilerek karşı tarafa zarar vermek için uygulanan fiziksel, psikolojik güçtür. Türk Dil Kurumu şiddet tanımını; aynı fikirde olunmayan kişiye kuvvet uygulama olarak açıklamıştır. Kadına yönelik şiddet; hak ve özgürlüklerin ihlal edilerek şiddet uygulanan kadının fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan ihlal edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Suata, 2018).

Başka bir anlamda kişilerin beden ve ruhuna acı veren kaba eylemlerdir. Bunun sonucunda kişinin bedensel bütünlüğünün bozulması ve özgürlüğünün elinden alınmasıyla sonuçlanabilmektedir (Ünsal, 1996).

Şiddet kişinin üzerinde fiziksel, duygusal, cinsel yöndeki eylemler olarak tanımlanmaktadır (Erten & Ardalı, 1996).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılındaki raporuna göre dünya genelinde kadınların %30'u şiddet görmüş %42'si istismar edilmiş ve %38'i ise öldürülmüştür. Cinsiyete dayalı şiddet olarak kız çocuklarının istenmeyip öldürülmesi, töre cinayetleri ve kadınların sünnet edilmesini gösterilmektedir (Polat, 2014).

2.1.2. Kadına Yönelik Şiddet

Kadına karşı şiddet, cinsiyetinden dolayı psikolojik, cinsel ve fiziksel zararlar sebebiyle olan, kadının her alanda özgürlüğünün engellenip baskı altına alınarak kadına zarar veren davranışlar olarak ifade edilmektedir (Özmen, 2004).

Kadına yönelik şiddetle ilgili yapılan çalışmalar durumun küresel ve bölgesel boyutta ciddiyetini göstermektedir. Dünya'da şiddet oranlarına bakıldığında, örneğin, kadınların Kuzey Hindistan %17'sinin fiziksel şiddete, %22'lik diliminin cinsel şiddet yaşadığı, Doğu Londra'da aile içi şiddetin oranı %61, %87 ise cinsel şiddetin oranı olarak belirlenmiştir. Nikaragua'da yaşayan kadınların şiddet görme oranı %52, Japonya'da cinsel şiddet yaşayan kadınların oranı %67 olarak bulunmuştur. Ayrıca Washington'da yapılan bir araştırma da ise kadınların %27'lik diliminin fiziksel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmaktadır (Köse & Beşer, 2007).

Kadına yönelik şiddet olgusu, cinsiyet anlamında eşitsizliği gözler önüne sermektedir. Kadınlara karşı ayrımcılık, “medenî durumlarının önemi olmadan cinsiyet eşitsizliğine maruz kalarak özgürlüklerinin ve haklarının ellerinden alınması şeklinde tanımlanmaktadır (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 1979).

Kadına yönelik şiddet konusunda en gelişmiş, en yeni uluslararası tanım; 31 Ağustos-4 Eylül 1992 tarihleri arasında Viyana’da toplanan, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi’nin, Kadın Statüsü Komisyonu Kadına Karşı Şiddet Çalışma Grubu’nun kabul ettiği “Kadına Karşı Şiddetin Engellenmesi İçin Bildiri’nin taslağındaki 1. ve 2. maddelerdeki tanımdır. Bildirinin amaçları açısından kadına yönelik şiddete getirilen tanım: "...toplumda her alanda, tehdit, cebren ya da keyfi olarak özgürlükleri ellerinden almak, kadına fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar ve acı veren, cinsiyete dayalı her türlü şiddet hareketi" biçimindedir" (The World Conference on Human Rights, 1993)

Bildiri, kadınlara karşı şiddetin geniş ve açık bir tanıma kavuşturulması zorunluluğunu, kadınlara karşı şiddetin engellenmesi için temel amaç olarak görmektedir. 1. maddedeki tanımı "açık ve geniş" bir tanıma dönüştüren 2. maddede, kapsam şöyle çizilmektedir: "Hırpalama, dayak, ailedeki kız çocukların cinsel istismarları, tecavüzler, kadın ticareti gibi işlenen ve devletin görmezden geldiği cinsel, psikolojik, fiziksel sorunları kapsamaktadır (The World Conference on Human Rights, 1993).

Kadına yönelik şiddet, toplumdaki eşitsizliğe dayanan şiddettir. Bu şiddet, toplumda sürekli olan cinsiyet eşitsizliğinin de göstergesidir. Toplumsalda cinsiyetçilik yaklaşımından, kadınlar değil erkeklerde olumsuz etkilenebilmekte; kadınların ve erkeklerin toplumsal olarak atfedilmiş cinsiyetçilik rollerinden kaynaklı olarak yaşadıkları tüm şiddet türlerini içermektedir (Arat & Ayşegül, 2008).

Erkek egemen toplumda elbette ki erkek, yaşamın her safhasında ve alanında iktidar sahibi olmak isteyebilmektedir. Fikir olarak iktidar sahibi olamazsa, fiziksel anlamda egemen olma yolunu seçmektedir. Üstelik kadına yönelik şiddet, kadın erkek arasındaki güç eşitsizliği, eşitlik ilkesinin oturmadığı ataerkil toplumlarda, sosyalleşme süreciyle kazanılan ve öğrenilen bir davranış biçimi haline gelmiştir. Kadına uygulanan

şiddet; fiziksel, psikolojik ve nihayet cinsel olarak uygulanmakta ve erkek toplumunda ne yazık ki meşrulaşmaktadır. Şiddete maruz kalan kadın, bunu mutlaka hak etmiş ya da erkeği bunun için kıskırtmıştır ve böylelikle hak etmiştir! Bu toplumsal bir sorundur ve temelinde eğitim ve toplumsal gerçeklerin sapması yatmaktadır (Ümran, 2000). Kadına yönelik şiddetin gün yüzüne çıkmasını engelleyen en büyük etkenlerden biri de kadının tahrik ettiğine inanılmasıdır. Toplumda oluşan bu tek düze yargı sebebiyle birçok kadın şiddeti dışarı yansıtamamaktadır.

2.1.3. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Hangi davranışın şiddet olduğu toplumdan topluma farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle farklı şiddet türleri karşımıza çıkmaktadır (Çetiner, 2006). Şiddet denildiğinde ilk akla gelen fiziksel şiddettir. Fakat fiziksel şiddet dışındaki şiddet türleri de aslında oldukça yaygındır. Diğer şiddet türleri de en az fiziksel şiddet kadar yıpratıcı etkiler bırakmaktadır (İşiloğlu, 2006).

Erich Fromm, (1990) a göre şiddet; oyuncu şiddet, dengeleyici şiddet, tepkisel şiddet ve kana susamışlık olarak dörde ayrılmaktadır (Fromm, 1990).

Oyuncu şiddet; Amacın kendisini göstermek, üstün olduğunu ortaya koymak olan şiddet türüdür.

Tepkisel Şiddet; Bu şiddet türünün ana kaynağı tehdit edilme korkusudur. Kişinin kendisini veya yakınındaki kişiyi korumak amacıyla uyguladığı şiddettir. Bu şiddet türünde kıskançlık ön plandadır ve kişinin davranışlarında belirleyicidir; kişi karşısındakiyle tüm engelleri aşmak için savaşır. İntikam almak önemli noktadır.

Dengeleyici şiddette sağlıklı olmayan bir şiddet türü söz konusudur. Yaşanmış olgular karşısında yaşam biçimi haline gelmiş hastalıklı bir durum vardır. Temelinde ‘yaratmayan insan yok etmek ister’ felsefesi yatmaktadır. Güçsüzlüğünü dengelememek için zayıf tarafını saklar ya da telafi etmek için intikam duygusuyla beslenir.

Son şiddet türü ise kana susamışlıktır. Bu şiddet türünde kişi kan akıtarak kendisinin var olduğunu ve diğer insanlardan farklı olduğunu hissetmektedir. Kişi kendisini böylece iyi ve üstün olarak görmektedir.

Diğer şiddet türleri olarak fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik şiddet olarak tanımlanmaktadır.

2.1.3.1. Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet kuvvetin tehdit unsuru olarak kullanılmasını ifade etmektedir. Fiziksel şiddet itmek, eşya fırlatmak, boğmaya çalışmak, tekmelemek gibi kaba kuvvetin kullanıldığı şiddet türüdür. (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Danışma ve Dayanışma Merkezi, 2013).

Fiziksel şiddet olarak vurmak, kesici aletle yaralamak, üstünde sigara söndürmek, işkence etmek, sağlıksız koşullarda yaşatmak gibi tüm durumlar fiziksel şiddettir (TC Kadın Statüsü Başkanlığı Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı, 2008).

Şiddetin en sık rastlanan türü olan fiziksel şiddet, dünyanın her yerinde oldukça yaygındır. Fiziksel şiddetin gerçek nedeninin, erkeğin kadından üstün olduğunu gören anlayış olduğu düşünülmektedir (Yanikkerem, 2002). Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Danışma ve Dayanışma Merkezi,(2013)'ne göre 1,131 kadın ve çocuktan %55'inin fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır.

2.1.3.2. Duygusal şiddet

Duygusal anlamda haz almak ve kendi duygusal ihtiyaçlarını giderebilmek için karşı tarafın duygularını baskı uygulayarak ihmal edip, duyguların tehdit amacıyla kullanıldığı olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; duygusal olarak desteğe ihtiyacı olan kadınların duygularını ihmal edip, sürekli aşağılayarak küçük düşürülmesi amacıyla uygulanan şiddet türüdür (Kazancı, 2010).

Duygusal şiddet, kendi duygusal tatminini sağlayabilmek için karşı tarafın ihtiyaçlarını göz ardı ederek konuşmamak, iletişimi reddedip surat asmak, hor görmek olduğunu söyleyebilmektedir (Uçar, 2003).

Türkiye'de duygusal şiddete uğrayan kadınların dilimi %44 olarak diğer şiddet türlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2009).

Duygusal şiddet kapsamında erken yaşta evlilik problemi ayrıca önem taşımaktadır. Kız çocuklarının rızası olmadan yapılan bu evlilikler, söz konusu kişilerde duygusal şiddet yaşamalarına neden olmaktadır. Genellikle kendisinden yaşça büyük kişilerle yapılan bu evlilikler başlık parası almak için yapılmaktadır. Bu nedenle kadınlara yapılan şiddet kapsamında ele alınabilmektedir (Gökkaya, 2009).

2014 yılı verilerine göre ise, 504 kadın ve çocuktan %43'ü eşinin duygusal şiddetine uğradığını ifade etmiştir (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2014).

2.1.3.3. Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet paranın egemen olduğu ve yaptırım elde etme aracı olarak görüldüğü şiddet türüdür. Bu şiddet türü, toplumsal cinsiyet adı altında meydana gelen kadın-erkek arasındaki her tür eşitsizliğin ekonomik olarak da karşımıza çıktığını göstermektedir (Özkan, 2017).

Kadını bağımlı hale getirme amaçlayan, kısıtlayıp parasını, ekonomik gücünü kontrol ederek kadını elinde tutmayı amaçlayan şiddet türüdür (Fawole, 2008).

Ekonomik şiddeti artıran nedenlerin temelinde düşük benlik, zayıf kişilik, kendine yetememe, fakirlik gibi özellikler gelmektedir (World Health Organization, 2002). Toplumun erkeğin para kazanırken, kadının evinde oturup kocasını beklemeli şeklindeki roller ekonomik şiddete temel hazırlamaktadır. Toplum tarafından erkeğe biçilmiş bu rol ekonomik şiddeti fark etmeyi ve tepki göstermeyi engelleyebilmektedir (Özgentürk, 2012).

2014 yılı verilerine göre, 832 kadından %16'sı ekonomik şiddete maruz kalmaktadır (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Danışma ve Dayanışma Merkezi, 2013).

2.1.3.4. Cinsel şiddet

Kişi istemediği halde kişiyi cinsel ilişkiye zorlamak, başkasıyla cinsel ilişkiye zorlamak, kişinin organlarına zarar vermek gibi davranışlar cinsel şiddet kapsamına yer almaktadır (Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu, 2008).

Cinsel şiddet, tecavüz, başkalarıyla cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, kadına cinsel bir eşya gibi davranmak, kıskanmak, cinsel içerikle sözcükler söylemek, çocuk doğurmaya ya da doğurmamaya zorlamak, zorla evlendirmek, kadını aldatmak, istemediği cinsel pozisyonlara zorlamak gibi eylemlerden oluşmaktadır (Uçar, 2003).

Yanikkerem (2002) İzmir'de yaptığı çalışmada; kadınların %40,58'inin istemediği halde cinsel ilişkiye zorlandığını saptamaktadır (Yanikkerem, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2005) yaptığı çalışmada fiziksel şiddetten sonra %6 ile %59 oranı arasında görülen en yüksek dilime sahip şiddet cinsel şiddet olmuştur. 2015 yılında Türkiye'de yapılan şiddet araştırmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınlardan eşi ya da cinsel partneri tarafında cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı %7.4, son 12 ayda ise %2.7 olmuştur (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015).

Cinsel şiddete uğrayan kişinin çevresindeki insanlara yeniden güven duyması çok güçtür (Öztürk E. , 2010). Kişi aileden birinin cinsel şiddetine maruz kaldığında daha büyük bir kıyım yaşamakta ve güven duygusunu kaybetmektedir.

2.1.4. Kadına Yönelik Şiddetin Kuramsal Arka Planı

2.1.4.1. Ekolojik kuram

Bu model, şiddeti açıklarken kişilerin kültürel çevresi ve insanlarla iletişimine bakmaktadır. Bu model öncelikle çocuk istismarını araştırırken sonrasında yakın ilişki şiddetini araştırmaya başlamıştır. Şiddet davranışı kişinin çevresiyle kurduğu ilişkiye bakmaktadır. Şiddetin daha çok ekonomik sıkıntı yaşayan, işsizlik oranının yüksek, kendisini toplumdan izole eden kişilerde görüldüğünü belirtmektedir (World Health Organization, 2002).

Toplum seviyesinde, kadının erkek kontrolünde olması gerektiği ve şiddetin sorun çözme aracı olarak kullanıldığı görülmektedir. Topluluk seviyesinde, kadının ailesiyle arasına mesafe koyması gerektiği şeklindedir. İlişki seviyesinde ise aile içindeki kararları erkeğin alması ve çatışmaların iletişim ile çözümlenememesiyle ilgilidir. Suçu işleyen bireyin özelliklerine baktığımızda aile de izole edilmiş, şiddete maruz kalmış, babayla ilişki kuramayan kişiler olduğu saptanmıştır (Page & İnce, 2008).

Ekonomik durumu kötü kadınların şiddete karşı savunmasızlığı artmakta ve şiddet ile yoksulluk gözler önüne serilmektedir (Hotaling, 1986).

2.1.4.2. Psikodinamik kuram

Kadına yönelik şiddeti, kişilerin sahip olduğu psikolojik sorunlarla açıklamaya çalışan ana görüşlerden biridir (Dutton, 1999).

Psikoloji biliminin önemli isimlerinden Sigmund Freud'a göre, saldırganlık ile içgüdüler arasında kaçınılmaz bir bağ vardır. Yalnız bu durum, gerekli zaman ve yerlerde dizginlenebilir bir edinimden başka bir şey değildir. Freud erken dönem kuramında, insanların davranışlarının temelinde eros veya libidonun yani yaşam enerjisinin olduğunu söylemektedir. Thanatos (ölüm içgüdüğü), yaşamın tahrip edilmesine ve sona erdirilmesine yönelik enerjidir. Freud'a göre, davranışlarımız thanatos ve eros arasındaki gerginlikten oluşmaktadır. Ölüm içgüdüğü eğer kısıtlanmazsa, kişiye zarar verebilmektedir. İnsanlar ölüm içgüdüğini kısıtlayabilmek amacıyla savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Bu savunma mekanizmalarıyla, enerji dışarıya aktarılırken saldırganlık ortaya çıkmaktadır (Görmez, 1998).

Kadınların şiddete maruz kalmasına rağmen eşlerine dönme sebeplerini psikanalitik açıdan açıklamaya çalışmaktadırlar. Young & Gerson (1991), mazoşizmi, psikanalitik teori sebebiyle yüklenen anlam ve negatif çağrışımlardan farklı olarak erken dönemdeki istismar yaşamakla ilişkilendirilir. Çocukken istismara uğrayan, şiddete maruz kalan kadınların şiddet döngüsüne tekrar geri döndüğü saptanmaktadır. (Young & Gerson, 1991)

Eşlerine fiziksel şiddet gösteren erkeklerin saldırganlığı dürtesel ve tasarlanmış olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tasarlayan erkeklerin psikopatik kişilik özelliği ve psikopatolojik özellikleri olabildiği saptanmıştır (Standford, Houston, & Baldrige, 2008).

Kişilik bozuklukları saldırganlıkta ve kadınlara uygulanan şiddette psikopatolojilerin ilk sıralarındadır (Dutton, 1999).

2.1.4.3. Biyolojik kuram

Saldırganlığın temporal ve frontal lob ile limbik sistemin arasındaki ilişkiden kaynaklı olduğu saptanmıştır. Bu bölge ile ilgili bilgi henüz net bir şekilde yanıtlanamamıştır (Bear, 1991).

Endokrin ve merkezi sinir sistemi saldırganlığın ortaya çıkmasında oldukça etkilidir. Limbik sistem duygu ve davranış yönetme merkezi olduğundan, biyolojik kuramlar sinir sistemimizde şiddetin bulunduğu yeri karakterize etmektedir (Güleç, Topaloğlu, Ünsal, & Altıntaş, 2012).

2.1.4.4. Sosyal öğrenme kuramı

Aile üyeleri sosyal öğrenme kuramının belirleyicisidir. Kişinin nasıl davranacağını ve çevresini belirleyen aile üyeleridir. Şiddet olgusu ile iç içe büyümüş kişiler şiddetten uzakta büyütülen kişilere oranla daha fazla saldırgan ve şiddet içeren davranışlar göstermektedir. Bu teori sonucuna göre kişinin saldırgan davranışları incelenerek sebebine yönelik argümanlar oluşturulmaktadır (Vatandaş, 2003).

Şiddet kavramını açıklamaya çalışanlardan Bandura tarafından geliştirilmiştir. Bandura, davranışları örnek alarak öğrendiğimizi söylemektedir. Bandura'ya göre, çocuklar davranışları görerek ve ödül-ceza yöntemiyle öğrenmektedir (Öztürk E. , 2010).

2.1.5. Hırpalanmış Kadın Sendromu

Hırpalanmış kadın, bir kadının sürekli olarak farklı şekillerde fiziksel şiddete uğramasıdır (Browne, 1987). Bu yaklaşım 1979'da hırpalanma döngüsü olarak adlandırılıp, 1984'de Lenore Walker tarafından geliştirilmiştir. Walker, hırpalanmış kadın sendromunun bir tür travma sonrası stres bozukluğu olduğunu da belirtmektedir (Ogle & Jacobs, 2002).

Hırpalanmış kadın sendromu kadının ilişkisi içinde olduğu erkek tarafından fiziksel, duygusal veya cinsel yönden şiddete uğramış kadınların tıbbi ve psikolojik olarak nasıl olduklarını ifade etmektedir (Vidmar & Schuller, 1992). Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) bir alt kategorisi olarak teşhis edilebilmektedir. Walker, 1970'lerin başında hırpalanmış kadın sendromu konusunda çalışmalarını sürdürürken hırpalanan kadınların; yoksul, eğitimsiz, kendilerine ve çocuklarına bakım sağlayamayan, işten yoksun ve toplum içindeki haklarından mahrum olduklarını saptamaktadır (Walker L. , 2000).

Kişilerin maruz kaldıkları şiddet sadece fiziksel değil psikolojik olarak da gerçekleşebilmektedir. Bu bağlamda değinmemiz gereken ilk kavram ruhsal travmadır. Bireylerde aniden yaşanan ölüm, doğal afetler, kazalar gibi durumlar ruhsal travmaya yol açmaktadır.

Bireylerde travma sonrası stres bozukluğunun en önemli sebepleri arasında cinsel şiddet, çocuklukta istismara uğramak, fiziksel saldırıya maruz kalma, kazalar,

savaşa maruz kalma olarak gözlenmektedir. Bunların dışında soyguna uğramak, kaza geçirmek, hayatını tehdit edecek olaylar yaşamak, örgüt saldırıları da travma sonrası stres bozukluğunun gelişmesi ile sonuçlanabilmektedir. TSSB; yaşanan olayı farklı şekillerde yeniden hatırlamak ve sonucunda olay anında yaşadığı endişe ve korkuyu tekrar yaşamaya sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda fiziksel şiddete uğrayan kadınlarda TSBB görülmesi daha yüksektir. Hırpalanmış kadın sendromunun birçok nedeni vardır. Bazı kadınlar ekonomik olarak erkeğe bağımlıdır ve ihtiyaç duydukları iş becerilerinden yoksun hissederken, diğerleri ayrılmaya kalkarsa eşlerinin onları bulacağından ve şiddeti arttıracığından korkmaktadır (Dutton, 1993).

Hırpalanmış kadınların genellikle özgüvenleri düşüktür ve kendilerini istismardan sorumlu hissetmektedirler. Bazıları bilinmeyenden korkmakta, bazıları ise erkeğin iyileşeceğini veya değişeceğini ummaktadır. Hırpalanmış kadın sendromu TSSB olarak ortaya çıktığında; şiddeti tekrar ediyormuş gibi yaşamak, hırpalanmanın psikolojik etkisinden kaçınmaya çalışmak, aşırı uyarılma (hipervijilans), bozulmuş kişilerarası ilişkiler, vücut imajının bozulması veya diğer somatik endişeler, cinsellik ve yakınlık sorunları gibi semptomlardan oluşmaktadır (Dutton, 1993).

Bu kurama göre, hırpalanan mağdurlar psikolojik problemler sonucunda öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadırlar. Bunun sonucunda da doğru ve yanlış birbirinden ayıramamakta ve beklenmedik olumsuz davranışları gerçekleştirmektedirler (Ogle & Jacobs, 2002)

Hırpalanmış kadın sendromunun feminist hareket sonucunda ortaya çıkmasının sebebi, şiddet içeren ilişkilerde, istisnalar dışında mağdur olan tarafı kadınların oluşturmasıdır (Biggers, 2008).

Şiddet genellikle döngü olarak 3 aşamadan oluşmaktadır: (Sevil & Yanikkerem, 2006)

2.1.5.1. Hırpalanmış kadın sendromunda şiddet döngüsü

2.1.5.1.1. Gerginliğin tırmanması

Bu aşamada kadın da erkek de normal gitmeyen bir şeylerin olduğunu fark etmektedir. Zaman içinde şiddet azalmakta bazense artabilmektedir. Gerginlik nedeni incir çekirdeğini doldurmayan nedenlerdir genellikle sofranın kurulmaması,

çamaşırların yıkanmamış olması gibi. Kadın sürekli ortamı sakinleştirmek için uğraşmaktadır. Bu yöntem bir süre işe yarar ve kadının şiddet içeren davranışını kontrol edebiliyorum gibi doğru olmayan bir yaklaşım geliştirmesini desteklemektedir. Bir süre sonra kadın pes etmektedir. Erkek bu durumu hissetmekte ve kızgınlığı artarak devam ettirmektedir. Gerginlik artmakta ve kızgınlık, suçlama, tartışma derken kavga meydana gelmektedir. Bu durumun ne kadar süreceği belli olmamaktadır (Kemerli, 2004).

2.1.5.1.2. Şiddet aşaması

Eylem olarak gösterilmektedir bu aşamada şiddet. Saldırgan kendisini kaybetmiştir ve uyguladığı şiddet türe ne ise onu uygulamaktadır. Süresi net olarak bilinmemektedir. Kadının kontrolünde değildir artık erkeğin davranışları. Şiddet uygulayanın amacı eşine ders vermektir. Kadın karşılık veremez çünkü durumun daha kötü olacağını düşünmektedir. Kadınlar bu aşama da şiddet başlamadan ya da şiddet sonrası yardım kuruluşlarına başvurmaktadır (Sevil & Yanıkkerem, 2006).

2.1.5.1.3. Balayı aşaması

Barışma dönemidir. Şiddet yaşandıktan sonra sürekli özür diler ve pişman olduğunu söyleyerek jestler yapmaya başlar bu aşamada erkek. Bu aşamada, erkek pişmanlık belirtir, değişme sözü verir, ağlar, yalvarır, kadını kendisine zarar vereceğini söyleyerek tehdit eder. Bir daha tekrarlanmayacağını söyler ve kendisini affettirmek için hediyeler, jestler yapmaya başlar. Kadın ikna olmaya ve aslında erkeğin kendisini sevdiğini söylemeye başlar. Bu aşama da ilişkinin düzeleceği konusunda erkek kadını ikna etmekte ve kadın her şey daha güzel olacak diyerek kabul etmektedir (Sevil & Yanıkkerem, 2006).

Şiddet döngüsünde yer alan üç aşamada bazen süre uzasa da değişmeden devam etmektedir. Bu dönem de müdahale edilmezse şiddet birinci aşamaya dönmektedir. Bu hava zaman geçtikçe yerini gerginliğe bırakır böylece döngü başa dönerek ve devam etmektedir (Sevil & Yanıkkerem, 2006).

Aile içinde şiddete maruz kalan kadınlarda aslında benzer bir duygusal süreç yaşamaktadır. Her bir aşamada şiddete yönelik düşünce değişmektedir. Bu aşamalar şu şekilde özetlenebilir: (Kadın Dayanışma Vakfı , 2005)

Şiddetin yaşanmasının ardından kadının eşinden ayrılamama ve tekrar eşine dönmesinin nedenleri şöyledir:

- Cezalandırılma ya da artan bir şiddetle karşılaşma korkusu
- Ekonomik özgürlüğünün olmaması
- Çocuklarını, evini ve bulunduğu ekonomik güvenliğini kaybetme korkusu
- Şiddetin sebebinin kendisi olduğuna inanması veya kendisine inanılmaması korkusu
- Evliliği bitirmesinin sahip olduğu inançlara göre yanlış olduğunu düşünmesi
- Çocukların iyiliği için ilişkisine devam etmesi gerektiğine inanması
- Şiddetin tekrarlanmayacağına inanması ve şiddetin abartılacak kadar çok olmadığına inanması
- Sevdiği için ayrılamayacağına inanması (Sheafor & Horejsi, 2002).

2.1.5.2. Hırpalanmış kadın sendromu aşamaları

2.1.5.2.1. İnkâr

Kadının şiddete uğradıktan sonra şiddeti kabul etmediği ve kendisine itiraf edemediği aşamadır. Her şiddetten sonra erkeğin istemeden yaptığına ve tekrar olmayacağına inandığı aşamadır. Kocasının uyguladığı şiddet sonucu özür dileyeceğini düşünmekte ve kocasının asla tekrarlamayacağına inanmaktadır (Güneri, 1996).

2.1.5.2.2. Suçluluk

Bu aşamada kadın sorun olduğunu kabul etmekte; fakat kendini yaşanan şiddetten dolayı sorumlu olarak görmektedir. Şiddeti, kendisi bir şeyleri eksik yaptığı için hak ettiğine inanmaktadır. Kadın kendisini suçladığından değişmek için uğraşmaktadır. Ne olursa olsun itaat etmenin en iyi yol olduğu fikrine sahiptir. Kendisini şiddeti gizleyerek bilinmemesi için toplumdan izole etmektedir. Çevresinden gelen destekleri genellikle reddetmektedir (Güneri, 1996).

2.1.5.2.3. Aydınlanma

Bu aşamada şiddetin sorumlusu olmadığını ve hak etmediğini görmektedir. Her şeye rağmen düzeleceğini ummakta; eşiyle yaşamaya devam ederek ilişkiyi sürdürmektedir (Güneri, 1996).

2.1.5.2.4. Sorumluluk

Kadın, şiddetin artık sona ermeyeceğini kabul etmektedir. Yeni bir hayata atılmaya karar verir. Neler yapabileceğini araştırmaktadır. Şiddetten kurtulmak için çabalamaya başlamakta ve somut adımlar atmaktadır. Destek almaya açıktır (Güneri, 1996).

2.1.5.3. Hırpalanmış kadın sendromu ve öğrenilmiş çaresizlik

Psikoloji ve davranış bilimlerinde yer alan, davranışın sonuç ile ilişkisindeki sonucu kontrol edemeyen davranışı kontrol etmek için ortaya çıkmıştır. İlk kez 1960’larda, Seligman ve arkadaşlarının hayvanlarla yaptığı deneyler sonucunda bulunmuş bir süre sonra insanlarla yapılan deneyler için söylenmiştir. Kontrol edilemeyen durum ya da olay karşısında, aslında kontrol edebileceği zaman bile yapamayacağını düşünüp tepki vermemektedir (Gül & Oktay, 2015).

Toplumlarda çok sayıda kadın gerek aile içinde gerekse aile dışında erkeklerin şiddetine maruz kalmaktadır. Bu sebeple intihar, cinayet ile sonuçlanan olaylar oldukça fazladır ve her gün karşımıza çıkmaktadır.

Şiddete uğrayan her kadın, öfke, acı, aşağılanma gibi pek çok duyguyu yaşamaktadır. Şiddetin klasikleşmesi ve şiddetten kurtulmak için yapılan hamlelerin olumlu olmadığı bir hal alması durumunda ise, şiddet mağduru kadın şiddeti kabul edip boyun bükmekte, özgüven eksikliği yaşamakta ve hatta bu şiddetten kendisini sorumlu görmektedir (Walker L. , 1984).

Kadın bu şekilde zamanla öğrenilmiş çaresizlik içine düşmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik, artık kontrol edemeyeceğini gören kişinin bulunduğu ruhsal halini ifade etmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik, sürekli şiddet gören kadının bu döngüden kurtulamaması sonucu kurtulmaktan vazgeçmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik kişilerde depresyon, tepkisizlik, stres ve hatta öğrenme güçlükleri gibi sonuçlara neden olabilmektedir (Callahan, 1994).

2.2. Kadına Yönelik Şiddetin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

ABD’de kadınların bir yıl boyunca maruz kaldığı şiddet oranının %59’unun psikolojik rahatsızlıklar yaşadığı görülmektedir (General Assembly of the United Nations, 2006).

Şiddete maruz kalmış kadınlar arasında ruh hastalıklarının oldukça yaygın olduğu ve bu durumun ruhsal anlamda pek çok soruna yol açtığı literatürde yapılan çalışmalar ile desteklenmektedir. Bir araştırmada şiddet görmüş kadınların %47.6’sının depresyon, %17.9’unun intihar riski, % 63.8’inin TSSB, % 18.5’inin alkolün kötüye kullanımı, %8.9’unun da maddenin kullanımı gibi problemleri çoğunlukla yaşadıkları belirtilmiştir. Ruh sağlığı ile ilgili çalışmalarda geçmişinde koca şiddetine uğrayan kadınlarda ‘depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımı, intihar’ oldukça yaygın olduğu gözlemlenmektedir (Golding, 1999).

Güney Asya’da 208 kadın ile yapılan bir araştırmada %21’inin şiddet gördüğü, şiddet görmeyen kadınlara göre çok daha fazla fiziksel sağlık sorunları, depresyon, anksiyete gördükleri saptanmaktadır (Hurwitz, Silverman, & Raj, 2006).

1991 yılında bir araştırmada şiddete maruz kalmış ve sığınma evinde ilk haftalarını geçiren 77 kadınla araştırma yapılmış ve sonuç olarak %84’ünde TSSB olduğunu saptamışlardır. Ayrıca istismarın boyutu ve yaşanan üzüntü, TSSB, anksiyete ve depresyonun varlığı ile pozitif bir ilişki varken ilişkinin süresini TSSB’nin boyutunun belirlediği saptanmıştır. Aynı araştırmacılar (1995) fiziksel şiddete uğramış 179 kadının %81’inin, sözel şiddete uğramış 48 kadının %63’ünde TSSB tanısına saptanmıştır (Kemp ve ark., 1991).

Yapılan araştırmalar şiddetin kadının bütünlüğüne ciddi zararlar verdiğini saptamaktadır. Şiddetin sebep verdiği psikolojik sorunları tespit etmek, bu sorunlar için çözüm yolları aramak oldukça önemlidir. Fiziksel sorunlar kadar ruhsal sorunların da belirlenip müdahale edilmesi son derece önem taşımaktadır.

2.2.1. Hırpalanmış Kadın Sendromu ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi

“Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olağandışı fiziksel bir durum ya da ruhsal olayla karşılaştıktan sonra, olayı yeniden yaşıyormuş gibi olmak, tepki

verememek ve kendini dış dünyadan izole etmek, otonomik, disforik ve kognitif semptomların farklı seviyelerde bulunması ile belirli ruhsal bir bozukluktur” (Battal & Özmenler, 1997).

Travma sonrası stres bozukluğu, kişinin veya bir başkasının bütünlüğüne zarar verecek bir olayı yaşaması, yaşadığı olayın sonucunda çaresizlik, korku gibi hislere sahip olması ve yaşadığı olay ile ilgili rüyalar görme, unutulamayan düşüncelere sahip olmak, olayı hatırlatacak her şeyden uzak durmak ve odaklanma sorunları yaşaması şeklinde tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Hırpalanmış kadın sendromu olan kişiler genellikle istismarla ilgili travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterirler. Bu semptomlar kötü kişiden ayrıldıktan sonra bile devam edebilmektedir (Russel, 2010).

- Kabuslar ve uykuya dalmakta zorluk
- İstismar hakkında ani müdahaleci düşünceler
- İstismardan bahsetmekten kaçınmak
- Öfke, üzüntü, umutsuzluk ve değersizlik duyguları
- Yoğun korku duyguları
- Panik atak ve korkutan geriye dönüşler

Travma sonrası stres bozukluğuna ek olarak hırpalanmış kadınlar kafa karıştırıcı semptomlarda gösterebilmektedir.

- Öğrenilmiş çaresizlik
- İlişkiyi bırakmayı reddetme
- İstismarcının güçlü olduğuna ve her şeyi bildiğine inanmak
- Suistimali hak ettiğine inanmak

TSSB tanısı alan kişilerde depresyon görülme olasılığı oldukça yüksektir. TSSB ve birlikte görülen rahatsızlıklara bakılan bir çalışmada; depresyon %35.5, fobik bozukluk %29, obsesif-kompulsif bozukluk %12.5, panik bozukluk %6.4, alkol bağımlılığı %6.4 şeklinde olduğu saptanmaktadır (Özgen & Aydın, 1999).

TSSB gören kişiler için üç belirti oluşmaktadır. Bunlar; yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılmışlık şeklindedir. Ancak bu belirtilerin nasıl bir sıra izleyeceği, travmatik olayın özellikleri, bu olaya maruz kalma biçimi, bireysel farklılıklar,

psikopatoloji öyküsü gibi travma öncesine, anına ve sonrasına bağlı birtakım değişkenlerin etkisiyle değişebilmektedir. (Hacıoğlu, Gönüllü, & Kamberyan, 2002).

2.2.1.1.Yeniden yaşantılama

Yeniden yaşantılama, travmatik olaylarda en sık görülen yanıtlardan biridir. Bu durumu rüyalarında görme, hatırlama ve sürekli olayı yeniden yaşıyor gibi hissederek de ortaya çıkmaktadır. Yeniden yaşantılama bir tehdit ile ortaya çıkabilmekte ya da herhangi bir tetikleyicinin olmadığı durumlarda da ortaya çıkabilmektedir. Yeniden yaşantılama, bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik cevapları içermektedir (Hacıoğlu, Gönüllü, & Kamberyan, 2002).

2.2.1.2. Kaçınma ve küntlük

Travmayı hatırlatan her türlü olay, aktivite, düşüncelerden kaçınma; ilgi kaybı, umutsuzlukları içermektedir (Şalcıoğlu, 2003).

Kaçınma davranışını, çoğunlukla mağdur bilinçli olarak yapmaktadır. Özellikle travmayı hatırlatan olay, kişi ve yerlerden uzak durma; travmatik olayı düşünmeme, bahsetmeme gibi davranışlar sergilenmektedir (Hacıoğlu, Gönüllü, & Kamberyan, 2002).

2.2.1.3. Aşırı uyarılmışlık

Aşırı uyarılmışlık, her zaman tetikte olma olarak tanımlanmaktadır. Tehdit olup olmaması durumu değiştirmemektedir. Bu bakımdan sürekli tetikte olma hali, öfke patlamaları ve aşırı irkilme belirtisi görülmektedir. (Bolu, Erdem, & Öznur, 2014).

Aşırı uyarılmışlık, dışardan gelen uyaranlara karşı sürekli tehdit beklentisi içinde olma şeklinde tanımlanmaktadır. Uyku bozuklukları; uyaranlara karşı tetikte olma, öfke patlaması gibi belirtilerdir. Depresyon tanısında da aynı durum sıklıkla görülebilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.2. Kadına Yönelik Şiddetin Beden Algısı Üzerine Etkileri

Şiddete uğrayan kadınlar fiziksel zarar gördüklerinde hayatlarına devam etmekte sıkıntı yaşamakta ve bazı durumlarda günü yatakta geçirebilmektedir. Çalışmalarda

bulunan fiziksel sağlık sorunları; karın ağrısı, kas ağrısı, kalp ağrısı, baş ağrısı, vajinal problemler, tansiyon şeklinde ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2011).

Cinsel taciz ve fiziksel istismarlar kadınların bedenlerine büyük ölçüde zarar vermektedir. Fiziksel ve psikolojik şiddet yaşamaları ile bedenlerinden hoşlanmamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Harned, 2000).

Başka bir yönden anormal doğumlar, kanama, düşük ve riskli gebelik gibi sonuçlara sebep olmaktadır. Habersiz ve planlı olmayan gebelik riski de %3-8 oranında değişmektedir (Goodman, 2003).

Heise, Ellsberg ve Gottemoeller (1999) şiddeti ölümcül ve ölümcül olmayan şeklinde ayırmaktadır. Kadına yönelik şiddetin ölümcül olan etkileri intihar, bulaşıcı hastalık, cinayete kurban gitme şeklinde olabilmektedir. Ölümcül olmayan etkileri olumsuz davranışlar, fiziksel ve ruhsal sorunlar şeklinde olmaktadır. Ölümcül olmayan sağlık problemlerinin en önemlisi fiziksel sağlık sorunlarıdır.

Fiziksel şiddete uğrayan kadınlar da birçok sorun yaşamaktadır. Yaralanmalar, morarmalar, sakatlıklar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Cinsel şiddette ise istenmeyen gebelik, bulaşıcı hastalıklar, idrar yolu rahatsızlıkları gibi olumsuz etkileri görülmektedir. Erkek şiddeti yaşayan kadınların bedenlerindeki ağrının sebebi strese olabilmektedir. (Brashfield, 2014)

2.3.Psikolojik Belirtiler

2.3.1.Anksiyete

Anksiyete, sebebi olmayan korku ve tedirginlik halidir. Dilimizde anksiyete yerine endişe, şüphe gibi kelimeler de kullanılmaktadır. Sebep yokken kişi kötü bir şey olacakmış gibi hisseder fakat buna kaynak gösterecek bir şey yoktur. Anksiyete sürekli bir hastalık belirtisi olarak düşünülmemelidir, çünkü sık yaşanan bir durum olarak karşımıza çıkabilmektedir (Connors & Johnson, 1987).

Anksiyete, bir ruh halidir. Duygusal tepkinin yanı sıra gerginlik halidir (Işık, 2006).

Herhangi bir tehlikeli durumda istemsizce ortaya çıkan bedensel ve duygusal semptomlar olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete, sebebi bilinmeyen, korku ve kaygı halidir (Beck, 2008).

Anksiyeteyi şiddete göre hafif, orta ve çok şiddetli olarak sınıflandırabilmekteyiz. Şiddetli yaşanan anksiyete durumunda, belirsizlik ve kimsenin faydasının olmayacağı düşüncesi hakimdir. Geleceğe dair korku ve endişe durumu görülebilmektedir (Beşer & Öz, 2003).

Anksiyete de ortaya çıkan fizyolojik belirtilerin sebebi olarak savunma mekanizması görülmekte ve kişinin kendisini savunma sonucu ortaya çıktığı söylenmektedir. Davranışsal olarak donma, kaçma, huzursuz olma, konuşamama gibi belirtiler gösterilebilmektedir. Fiziksel belirtiler olarak ise, nefes almada güçlük, çarpıntı, cinsel sorunlar yaşanabilmektedir (Işık, 2006).

DSM-5 'in tanımlamalarına göre;

- Altı ay boyunca, olaylarda yüksek seviyelerde kaygı ve kuruntu vardır.
- Kişi, kaygıyı kontrol etmekte sorun yaşar.
- Kaygıya odaklanamama, uyku bozukluğu, kızgınlık gibi belirtiler de eşlik edebilmektedir.
- Fiziksel belirtiler, bedensel tepkiler ve kaygı gibi sorunlar kişinin enerjisinin düşmesine sebep olmaktadır.
- Bu bozukluk fizyolojik sebeplere bağlı değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

2.3.2. Depresyon

Depresif bozukluk en sık rastlanan psikolojik hastalıktır. Latince depressus olarak bilinen depresyon kelimesi içine kapanmak, durağanlaşmak, cesaretini kaybetmek, bastırmak gibi birçok anlama gelmektedir. Depresyon Türkçede ruhsal anlamda çöküntü şeklinde tanımlanmaktadır (Türkçarpar, 2008).

Genel olarak depresyonda görülen belirtileri şöyle sıralamıştır (Öztürk O. , 2004).

- Hüzünlü kederli durumlar
- Halsizlik ve güçsüzlük
- Odaklanma problemi
- Değersiz hissetme
- Harekette yavaşlama
- Eskiden keyif aldığı şeylerden keyif alamama

Depresyonun duygusal belirtileri kişinin kendisini çökkün hissetmesi ve depresif duygu durum yaşaması olarak ifade edilebilir. Depresyonun davranışsal/fizyolojik belirtileri; yaşadıklarından haz almaması, önemli ölçüde kilo kaybetmesi veya kiloda önemli bir artış, uykuda bozulmalar yaşaması, psikomotor gerginlik (ajitasyon) veya hareketlerde yavaşlama, yorgunluk gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Son olarak depresyonun bilişsel belirtileri ise kişinin değersizlik, aşırı suçluluk, tekrarlayan ölüm düşünceleri şeklinde kendini göstermektedir. Ayrıca kişinin odaklanma ve düşünmesinde sorun yaşanması depresyonun bilişsel görünümüne katkıda bulunabilmektedir (Craighead, 2008).

Adsall'a (1976) göre depresyon, bireyde sonradan dış faktörler sonucu ortaya çıkmaktadır. Hamilton (1982) ise depresyonu, yaşam aktivitelerinin yapılamaması olarak tanımlamaktadır (Güven, 2008).

Depresyonun görülme olasılığı %10 ile %21 arasındadır (Noble, 2005).

Depresyon farklı şekillerde değerlendirilmelidir. (Adıyaman, 2010).

- Duygusal Belirtiler: Duygusal belirti olarak isteksizlik, ilgisizlik, umutsuzluk, suçluluk, hayattan zevk almama gibi duygu durum rahatsızlıklarından bahsedilmektedir (Adıyaman, 2010).
- Davranışsal Belirtiler: Ortada bir sebep yokken ağlamak, dış görünümüne önem vermemek, tedirgin olmak, gereksiz sinirlenmek sabit duramamak, anlamsız yürümek gibi belirtiler olabilmektedir (Adıyaman, 2010).

- **Bedensel Belirtiler:** Diğer adı fiziksel belirtiler olan bu belirtiler; aşırı yemek yeme veya iştah kaybı, uykuda düzensizlik, zayıflama, kilo alma, kabızlık, cinsel ilgisizlik, bedende ağrı, adet düzensizliği görülmesi, hareket edememe gibi belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Adıyaman, 2010).
- **Düşünsel Belirtiler:** Kişinin geliştirdiği düşünce anlamındaki belirtilerdir. Karamsar olma, ölüm düşünme, kendini eleştirme, özsaygısını yitirme gibi (Adıyaman, 2010).

Depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda daha fazla görülmektedir. Sebebi ise kadınların şiddete uğramış, boşanmış, dul ya da ayrı yaşıyor olmasıdır. Şehirlerde depresyon daha fazla görülmektedir. Bireyin hayatta depresyon geçirme olasılığı %20-30 civarındadır (Bursa, 2010). Şiddet görmek bu belirtiler oluşmasına zemin hazırlamakta ve böylece depresyona giren kadınlar her gün artmaktadır. Bu durum toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Cinsel şiddete maruz kalmış 14-19 yaş gurubu ile yapılan bir çalışmada, tecavüze maruz kalmış kadınların depresyon benlik saygıları arasındaki oran uğramamış olanlardan oldukça yüksektir (Cecil & Matson, 2005).

2.3.3.Olumsuz Benlik

Benlik, bireyin kendisini nasıl tanımladığı ile ilgili tüm özellikleri kapsayan geniş bir kavramdır. Bireyin kendisini algılama ve değerlendirme biçimi benlik kavramıyla açıklanmaktadır. İçinde bulunulan toplumun beklentileri, aile ve arkadaşlar gibi önem verilen kişiler bireyin kendisini değerlendiriş biçimine etki etmektedir (Baymur, 1994).

Psikolojide psikolog William James'in benlik konusuna ilişkin ilk açıklamalarına göre; kişinin kim ve ne olduğuna dair tanımlanan her şeydir. James, benliğin iki boyutta düşünülmesi gerektiğini savunur: "Düşüncem ne olursa olsun kendimin farkındayım. Ayrıca kendi varlığımın da farkındayım. Aynı zamanda bu farkında oluşu kendim gerçekleştiriyordum. Böylelikle benlikte çift olma gibi bir durum çıkmaktadır (James, 1963).

Benlik saygısı kişinin kendini ne kadar sevdiğinin ve değer verdiğinin yani kendini ne kadar olumlu değerlendirdiğinin derecesini ifade eder. Yapılan bu değerlendirme ise genelde kişinin kendisini başkalarıyla karşılaştırmasına dayanır. Olumsuz benlik ise benlik saygısının olumsuzluğu olarak ifade edilebilir. Kişinin kendisini başkalarıyla karşılaştırması sonucunda, kişisel yetersizlik ve küçüklük duyguları yaşaması ve kendini başka kişilerden daha değersiz, aşağıda ve başarısız olarak algılaması olumsuz benliğin göstergelerindendir (Düzgün, 2010).

Yapılan çalışmalarda şiddete maruz kalan kadınlarda maruz kalınan şiddetten etkilenme düzeyi ile düşük benlik saygısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; maruz kalınan şiddetin işlevsellikte bozulmaya yol açtığı yaşam alanlarının sayısı arttıkça kadınların benlik saygısı düzeylerinde de düşme görülmektedir (Bolu, Erdem, & Öznur, 2014).

İsrail’de nişanlı olan kadınlarla yapılan bir çalışmada, duygusal (%73), fiziksel (%19) ve cinsel (%13) şiddetine maruz kaldığı; bu grupta yer alan kadınların şiddet yaşantısı olmayanlara göre daha düşük benlik saygısı ve daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Hotaling, 1986).

2.3.4.Somatizasyon

Somatizasyon fiziki bulgularla tanımlanamayan sadece bedensel sorun ve işlev bozukluklarına rastlanması, çok sayıda tedavi yöntemleri aranması fakat sonuca ulaşılamayan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Lipowsk, 1988).

Somatizasyonu 1943 de Steckel kullanılmıştır. Steckel, derinde olan bir ruhsal yaranın nevrozunun fiziksel olarak bir organa vurması olarak tanımlamaktadır. Steckel, Freud’un konversiyon tanımına benzetmektedir. Somatizasyon kavramı ile ilgili konversiyon bozukluğu tanımlayan pek çok kaynak farkları olduğuna vurgu yapmaktadır (Richards, 1996).

Somatizasyon, organik ve fiziksel bir dayanağı olmayan fiziksel yakınmaları ifade eden bir kavramdır. Herhangi bir psikolojik bozukluğu olmayan bireylerde ya da anksiyete ve depresyon gibi belirli bir tanı grubu içerisinde de geçici yakınmalar şeklinde karşılaşılan somatizasyon; başka bir tıbbi/ruhsal hastalık ile bağlantılı olmadığı, bireye ciddi düzeye sıkıntı verdiği ve günlük yaşamın işlevselliğini bozduğu takdirde tek başına bir bozukluk olarak kabul edilir. DSM-5'te “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında ele alınan somatoform bozukluklar, tıbbi olarak açıklanamayan, önemli ölçüde işlev bozukluğuna sebep olan ve birey tarafından ciddi bir sıkıntı olarak görülen zorlayıcı fiziksel belirtiler olarak tarif edilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

İstismara uğramış ve uğramamış kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada; fiziksel şiddet ve cinsel şiddette maruz kalan kadınlarda daha yüksek bedensel şikayetler olduğunu bildirilmiş, özellikle çoklu istismar bildiren kadınlarda yalnız cinsel şiddet ya da fiziksel şiddette maruz kalanlara göre daha fazla baş ağrısı saptanmaktadır (Browne, 1987).

Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda; çocukluk çağında, anlamlı oranda yüksek duygusal istismarı, fiziksel istismar yaşadıklarını belirlemişler. Bu sebeple açıklanamayan bedensel şikayetlerin en iyi öngördürücüsü olarak kronik duygusal istismara dikkat çekilmektedir (Browne, 1987).

2.3.5.Hostilite

Hostilite (düşmanlık), bireyi başkalarına, etrafına ve çevresindeki nesnelere zarar verecek düzeyde saldırgan davranışa iten bir tavır biçimi olarak tanımlanır (Vural & Başar, 2006).

Hostilite belirtilerine sahip bireyler, başkalarının değersiz ve güvenilmez olduğu inancını taşımaktadır. Düşmanca bir tavır sergileyen bireyler, başkalarıyla sıkça çatışma içine girmekte ve bu nedenle çevrelerinden yeterli sosyal desteği alamamaktadır. Bu durum da sosyal ilişkilerinde izole ve yalnız kalmalarının yanında ruh sağlıklarına olumsuz etki edebilmektedir (Smith, 1992).

Şiddete uğrayan kadın kendisini çevresinden izole etmektedir. Çünkü hırpalanmış kadın sendromunda kadın uğradığı şiddetin bilinmesini istememekte, erkeğin sevdiğine inanmakta ve şiddetin geçeceğini düşünmektedir (Dutton & Painter, 1993).



3.BÖLÜM: YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın bu bölümünde, veri toplama aracının geliştirilmesi, seçilen bir örneklem esasında uygulanması, toplanan verilerin bilgisayar ortamında işlenmesi, çözümlenmesi ve araştırmaya ilişkin bulguların genelleştirilmesi konularına yer verilmektedir. Araştırmamız bir "Anket Çalışması"dır. Araştırma analizleri için istatistiksel paket programı olan SPSS 25.0 kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde demografik bilgilerde yüzde ve frekans, ölçeğin tanımlayıcı bilgilerinde ise en az, en çok, ortalama değer ve standart sapma testleri uygulanmıştır. Verilerin analizlerinde ölçeklerin normal dağılım sergilemesinden dolayı parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ve ikiden fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bu araştırma "Hırpalanmış kadınların sosyodemografik değişkenleri ile psikolojik belirtileri arasında bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt aramaktadır. Araştırmamızın amaçlarına uygun olarak gereken bilgiler, çalışmamıza katılan kadınlardan toplanmıştır.

Araştırmanın etik kurul onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olup 61351342/Mart 2021-18 sayı ile onaylanmıştır. Tüm katılımcılar yazılı olarak bilgilendirilmiş ve kendilerinden onam alınmıştır.

3.2.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini; Aralık 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında, Türkiye'de yaşayan ve online platformdan ulaşılan Şanlıurfa Yaşamevi Kadın Dayanışma Derneği, İstanbul Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu, Ankara Kadın Dayanışma Vakfı, Kız Başına isimli sosyal medya sitelerine başvurmuş ve ilgili kuruluşlardan psikolojik ve maddi destek alan 18 yaş ve üzeri 104 kadınla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterleri 18 yaş üstü ve kadın olmak şeklinde belirlenmiştir. Örneklem sayısını düşürmemek adına boş bırakılan soruların olduğu veri

formları da sınıflandırılarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmadaki yardım kuruluşlarına başvuran kadınlara google form üzerinden ulaşılmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada yer alan katılımcılardan demografik bilgilerini almak amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulmuş Sosyodemografik Bilgi Formunu doldurmaları istenmiştir. Ayrıca katılımcılara, psikolojik belirtilerinin ortaya konması amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden katılımcılara aydınlatılmış onam formunu doldurmaları istenmiş ve araştırma ölçeklerini doldurmaları için yeterli süre tanınmıştır.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Kişilerin sosyodemografik bilgilerini almak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı bölge, gelir düzeyi, eğitim durumu gibi bilgiler sorulmuştur. Demografik Bilgi Formu Ek-1’de gösterilmektedir.

2.3.2. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory,) genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapacak kısa ancak geçerli ve güvenilir olan ölçeklere duyulan ihtiyaç üzerine Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş Likert tipi kendini değerlendirme türü bir envanterdir (Derogatis, 1992). Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R’ nin kısa formudur. SCL-90-R’ nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5- 10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Normal örneklemelerde olduğu gibi çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacı ile geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, dokuz alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeksten oluşmuştur. Alt ölçekler, sırası ile “Somatizasyon”, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk”, “Kişilerarası Duyarlılık”, “Depresyon”, “Anksiyete Bozukluğu”, “Hostilite”, “Fobik Anksiyete”, “Paranoid Düşünceler”, “Psikotizm” olarak isimlendirilmiştir. Şahin ve Savaşır (1994) tarafından yapılan Türkiye uyarlamasında

KSE'nin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz Benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş faktörden oluştuğu bulunmuştur (Şahin & Savaşır, 1997). Bu alt ölçekteki maddeler aşağıda sıralanmıştır:

- "Anksiyete" 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddeler.
- "Depresyon" 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddeler.
- "Olumsuz Benlik" 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddeler.
- "Somatizasyon" 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33 maddeler.
- "Hostilite" 1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddeler.

Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölündüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. "Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)" stres düzeyini gösterir. Bu değer 0-4 arası değişmektedir. Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi sonucu elde edilen puandır. "Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)" 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki pozitif olan tüm değerlerin bir olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. Bu puan 0- 53 arası değişmektedir. "Sempton Rahatsızlık İndeksi (SRİ)" alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir (Şahin & Savaşır, 1997).

2.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma analizleri istatistiksel paket programı olan SPSS 25.0 kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde demografik bilgilerde frekans ve yüzde, ölçeğin tanımlayıcı bilgilerinde ise minimum, maksimum, ortalama değer ve standart sapma testleri uygulanmıştır. Verilerin analizlerinde ölçekler normal dağılım sergilemesinden dolayı parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ve ikiden fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < ,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde Sosyodemografik Bilgi Formu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılarak elde edilen veriler ve verilerin istatistiksel analizleri paylaşılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımlarının İncelenmesi

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
18-25	21	20,0
25-35	30	28,6
35-45	49	46,7
45 ve üstü	4	3,8
Toplam	104	100
Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlkokul	9	8,6
Ortaokul	15	14,3
Lise	30	28,6
Lisans	42	40,0
Yüksek lisans/Doktora	8	7,6
Toplam	104	100
Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	61	58,1
Bekar	36	34,3
Boşanmış	6	5,7
Toplam	103	98,1
Çocuk	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	45	42,9
1 çocuk var	16	15,2
2 çocuk var	33	31,4
3 çocuk var	10	9,5
Toplam	384	100

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğretmen	6	5,7
Ev hanımı	24	22,9
Sağlık çalışanı	4	3,8
Diğer	69	65,7
Toplam	103	98,1
Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	60	57,1
Hayır	42	40,0
Emekliyim	1	1,0
Toplam	103	98,1
Gelir Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-500 TL	8	7,6
501-1000 TL	11	10,5
1001-1500 TL	6	5,7
1501-2000 TL	3	2,9
2001-3000 TL	20	19,0
3001 TL ve üzeri	50	47,6
Toplam	98	93,3
Yaşadığınız Bölge	Sayı (n)	Yüzde (%)
Köy	3	2,9
İlçe	20	19,0
Şehir	81	77,1
Toplam	104	100
Yaşadıkları Kişiler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yalnız	14	13,3
Eş ve çocuk/çocukları ile	56	53,3
Çocuk/çocukları ile	8	7,6

Ebeveynleri ile	19	18,1
Ebeveynleri ve çocuk/çocukları ile	4	3,8
Toplam	104	100
Kardeş Sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir kardeşi var	23	21,9
İki kardeşi var	28	26,7
Üç kardeşi var	30	28,6
Kardeşi yok	5	4,8
Dört kardeş ve üzeri	17	16,2
Toplam	103	98,1

Tablo 1’de katılımcıların demografik dağılımları yer almaktadır. Buna göre 21’i (%20) 18-25 yaş, 30’u (%28,6) 25-35 yaş, 49’u (%46,7) 35-45 yaş ve 4’ü (%3,8) 45 yaş ve üstüdür. Eğitim durumlarında 9’u (%8,6) ilkokul, 15’i (%14,3) ortaokul, 30’u (%28,6) lise, 42’si (%40) lisans ve 8’i (%7,6) yüksek lisans/doktora mezunudur. Medeni durumlarda 61’i (%58,1) evli, 36’sı (%34,3) bekar ve 6’sı (%5,7) boşanmıştır. Çocuk sayılarında 45’inin (%42,9) çocuğu yok, 16’sının (%15,2) 1 çocuğu var, 33’ünün (%31,4) 2 çocuğu var, 10’unun (%9,5) 3 çocuğu vardır. Mesleklerinde 6’sı (%5,7) öğretmen, 24’ü (%22,9) ev hanımı, 4’ü (%3,8) sağlık çalışanı ve 69’u (%65,7) diğerdir. Çalışma durumlarında 60’ı (%57,1) “Evet”, 42’si (%40) “Hayır” ve 1’i (%1) emeklidir. Gelir düzeylerinde 8’i (%7,6) 0-500 TL, 11’i (%10,5) 501-1000 TL, 6’sı (%5,7) 1001-1500 TL, 3’ü (%2,9) 1501-2000 TL, 20’si (%19) 2001-3000 TL ve 50’si (%19) 3001 TL ve üzeridir. Yaşadıkları bölgede 3’ü (%2,9) köyde, 20’si (%19) ilçede ve 81’i (%77,1) şehirdedir. Yaşadıkları kişilerde 14’ü (%13,3) yalnız yaşıyor, 56’sı (%53,3) eş ve çocuk/çocukları ile, 8’i (%7,6) çocuk/çocukları ile, 19’u (%18,1) ebeveynleri ile ve 4’ü (%3,8) ebeveynleri ve çocuk/çocukları ile yaşamaktadır. Kardeş sayısında 23’ü (%21,9) bir kardeşi var, 28’i (%26,7) iki kardeşi var, 30’u (%28,6) üç kardeşi var, 17’sinin (%16,2) dört kardeş ve üzeri ve 5’inin (%4,8) kardeşi yoktur.

Tablo 2. Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Dağılımları

Sigara Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanmıyorum	51	48,6
Kullanıyorum	53	50,5
Toplam	104	100
Alkol Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanmıyorum	41	39,0
Ayda bir kullanıyorum	51	48,6
Haftada bir kullanıyorum	9	8,6
Hemen hemen her gün kullanıyorum	3	2,9
Toplam	104	100
Madde Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanmıyorum	101	96,2
Ayda bir kullanıyorum	2	1,9
Toplam	103	98,1

Tablo 2’de katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımına yönelik dağılımları yer almaktadır. Buna göre sigara kullanımına 51’i (%48,6) “Kullanmıyorum” ve 53’ü (%50,5) “Kullanıyorum” yanıtını vermiştir. Alkol kullanımında, 41’i (%39) “Kullanmıyorum”, 51’i (%48,6) “Ayda bir kullanıyorum”, 9’u (%8,6) “Haftada bir kullanıyorum” ve 3’ü (%2,9) “Hemen hemen her gün kullanıyorum” yanıtını vermiştir. Madde kullanımında, 101’i (%96,2) “Kullanmıyorum” ve 2’si (%1,9) “Ayda bir kullanıyorum” yanıtını vermiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Partner ile İlişki Süresi ve Yaşadıkları Şiddet Durumuna Yönelik Dağılımları

İlişki Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir aydır devam ediyor	4	3,8
1 yıldır devam ediyor	12	11,4
2-5 yıldır devam ediyor	27	25,7
5-10 yıldır devam ediyor	30	28,6
15 yıl ve üstü süredir devam ediyor	16	15,2
Toplam	89	84,8
Şiddet Gösteren Kişi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eş	51	48,6
Cinsel partner (Sevgili)	20	19,0
Toplam	71	67,6
Şiddet Görme Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
1 aydır şiddet görüyorum	4	3,8
2-6 aydır şiddet görüyorum	10	9,5
7-12 aydır şiddet görüyorum	22	21,0
2-5 yıldır şiddet görüyorum	24	22,9
5 ve üstü süredir şiddet görüyorum	12	11,4
Toplam	103	68,6
Şiddet Görme Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Haftada birkaç kez	24	22,9
Ayda birkaç kez	34	32,4
3-5 ay arayla	4	3,8
Her gün	6	5,7
Yılda birkaç kez	5	4,8
Toplam	73	69,5

Tablo 3'te katılımcıların partner ile ilişki süresi ve yaşadıkları şiddet durumuna yönelik dağılımları yer almaktadır. Buna göre partnerleri ile ilişki süresine 4'ü (%3,8) "Bir aydır devam ediyor", 12'si (%11,4) "1 yıldır devam ediyor", 27'si (%25,7) "2-5 yıldır devam ediyor", 30'u (%28,6) "5-10 yıldır devam ediyor" ve 16'sı (%15,2) "15 yıl ve üstü süredir devam ediyor" yanıtını vermiştir. Şiddeti gösteren kişilere 51'i (%48,6) eş ve 20'si (%19) partner olduğunu belirtmiştir. Şiddet görme süresine 4'ü (%3,8) "Bir aydır şiddet görüyorum", 10'u (%9,5) "2-6 aydır şiddet görüyorum", 22'si (%21) "7-12 aydır şiddet görüyorum", 24'ü (%22,9) "2-5 yıldır şiddet görüyorum" ve 12'si (%11,4) "5 yıl ve üstü süredir şiddet görüyorum" yanıtını vermiştir. Şiddet görme sıklığına 24'ü (%22,9) "Haftada birkaç kez", 34'ü (%32,4) "Ayda birkaç kez", 4'ü (%3,8) "3-5 ay arayla", 6'sı (%5,7) "Her gün" ve 5'i (%4,8) "Yılda birkaç kez" olarak belirtmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Yaşadıkları Şiddet Türlerine Yönelik Dağılımları

Şiddet Görme Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fiziksel Şiddet (Tokat atmak, itip kakmak, dövmek, yakmak vb.)	42	34,1
Duygusal Şiddet (Kişiye lakap takmak, küçük düşürmek, alay etmek, aşağılamak vb.)	51	41,5
Cinsel Şiddet (İstenmeyen cinsel temaslar, sözlü cinsel ifadeler, tecavüz vb.)	30	24,4
Toplam	123	100

Tablo 4'te katılımcıların yaşadıkları şiddet türlerine yönelik dağılımları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların 42'si (%34,1) Fiziksel Şiddet (Tokat atmak, itip kakmak, dövmek, yakmak vb.), 51'i (%41,5) Duygusal Şiddet (Kişiye lakap takmak, küçük düşürmek, alay etmek, aşağılamak vb.) ve 30'u (%24,4) Cinsel Şiddet (İstenmeyen cinsel temaslar, sözlü cinsel ifadeler, tecavüz vb.) yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5. Katılımcılara Destek Olanlara Yönelik Dağılımları

Destek Olanlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	29	28,7
Ebeveynlerim destek oluyor.	23	22,8
Kardeş/kardeşlerim destek oluyor.	24	23,8
Akrabalarım destek oluyor.	4	4,0
Arkadaş/arkadaşlarım destek oluyor.	21	20,8
Toplam	101	100

Tablo 5’te katılımcılara destek olanlara yönelik dağılımları yer almaktadır. Buna göre 29’u (%28,7) “Yok”, 23’ü (%22,8) “Ebeveynlerim destek oluyor”, 24’ü (%23,8) “Kardeş/kardeşlerim destek oluyor.” 4’ü (%4) “Akrabalarım destek oluyor.” ve 21’i (%20,8) “Arkadaş/arkadaşlarım destek oluyor.” olarak belirtmişlerdir.

Tablo 6. Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Kısa Semptom Ölçeği	n	En Düşük	En Yüksek	$\bar{x}$	Ss.
Anksiyete	102	2,00	45,00	19,6569	10,26818
Depresyon	102	5,00	44,00	23,6078	10,63541
Olumsuz_Benlik	102	3,00	38,00	22,1667	10,04059
Somatizasyon	102	,00	32,00	10,4706	7,32918
Hostilite	102	3,00	25,00	11,7843	5,35775

Tablo 6’da katılımcıların kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının aldıkları en düşük, en yüksek, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir. Buna göre anksiyete toplam değerleri 2 ile 45 arasında değişmekte olup ortalama $19,66 \pm 10,27$ puandır. Depresyon toplam değerleri 5 ile 44 arasında değişmekte olup ortalama $23,61 \pm 10,63$ puandır. Olumsuz benlik toplam değerleri 3 ile 38 arasında değişmekte olup ortalama $22,17 \pm 10,04$ puandır. Somatizasyon toplam değerleri 0 ile 32 arasında

değişmekte olup ortalama $10,47 \pm 7,33$ puandır. Hostilite toplam değerleri 3 ile 25 arasında değişmekte olup ortalama $11,78 \pm 5,36$ puandır.

Tablo 7. Katılımcıların Yaşlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Anksiyete	Gruplar arası	629,879	3	209,960	2,054	,111	-
	Gruplar içi	10019,111	98	102,236			
Depresyon	Gruplar arası	355,565	3	118,522	1,049	,374	
	Gruplar içi	11068,748	98	112,946			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	1085,503	3	361,834	3,898	,011*	26-35; 26-45>18-25
	Gruplar içi	9096,664	98	92,823			
Somatizasyon	Gruplar arası	122,602	3	40,867	,755	,522	-
	Gruplar içi	5302,810	98	54,110			
Hostilite	Gruplar arası	61,390	3	20,463	,707	,550	-
	Gruplar içi	2837,865	98	28,958			

* $p<,05$

Tablo 7’de katılımcıların yaşlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanlarında yaş durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Olumsuz benlik puanında ise anlamlı farklılık vardır ($F=3,898; p<,05$). Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre 26-35 yaş ($\bar{x}=24,93$) ve 26-45 yaş ($\bar{x}=23,35$) aralığına sahip olanların, 18-25 yaş ($\bar{x}=16,55$) aralığına sahip olanlara göre daha fazla olumsuz benlik puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	395,317	4	98,829	,935	,447	-
	Gruplar içi	10253,673	97	105,708			
Depresyon	Gruplar arası	276,187	4	69,047	,601	,663	
	Gruplar içi	11148,126	97	114,929			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	1160,714	4	290,178	3,120	,018*	Ortaokul> Lisans
	Gruplar içi	9021,453	97	93,005			
Somatizasyon	Gruplar arası	277,797	4	69,449	1,309	,272	-
	Gruplar içi	5147,615	97	53,068			
Hostilite	Gruplar arası	55,425	4	13,856	,473	,756	-
	Gruplar içi	2843,830	97	29,318			

* $p<,05$

Tablo 8’de katılımcıların eğitim düzeylerine göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanlarında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Olumsuz benlik puanında ise eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır ($F=3,120$; $p<,05$). Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ortaokul mezunu ($\bar{x}=28,27$) olanların, lisans mezunu ($\bar{x}=18,79$) olanlara göre daha fazla olumsuz benlik puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	48,699	2	24,349	,226	,798	-
	Gruplar içi	10571,460	98	107,872			
Depresyon	Gruplar arası	66,791	2	33,395	,290	,749	-
	Gruplar içi	11302,338	98	115,330			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	75,476	2	37,738	,371	,691	-
	Gruplar içi	9965,276	98	101,686			
Somatizasyon	Gruplar arası	222,800	2	111,400	2,111	,127	-
	Gruplar içi	5172,388	98	52,779			
Hostilite	Gruplar arası	89,771	2	44,885	1,568	,214	-
	Gruplar içi	2804,526	98	28,618			

Tablo 9’da katılımcıların medeni durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında medeni durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 10. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	142,005	3	47,335	,442	,724	-
	Gruplar içi	10506,985	98	107,214			
Depresyon	Gruplar arası	119,526	3	39,842	,345	,793	-
	Gruplar içi	11304,788	98	115,355			
Olumsuz_Benlik	Gruplar arası	415,311	3	138,437	1,389	,251	-
	Gruplar içi	9766,856	98	99,662			
Somatizasyon	Gruplar arası	69,610	3	23,203	,425	,736	-
	Gruplar içi	5355,802	98	54,651			
Hostilite	Gruplar arası	118,675	3	39,558	1,394	,249	-
	Gruplar içi	2780,580	98	28,373			

Tablo 10’da katılımcıların çocuk sayısına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında çocuk sayısına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 11. Katılımcıların Mesleklerine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	83,810	3	27,937	,261	,853	-
	Gruplar içi	10376,823	97	106,978			
Depresyon	Gruplar arası	136,415	3	45,472	,399	,754	-
	Gruplar içi	11041,882	97	113,834			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	185,848	3	61,949	,624	,601	-
	Gruplar içi	9625,320	97	99,230			
Somatizasyon	Gruplar arası	55,554	3	18,518	,340	,796	-
	Gruplar içi	5279,278	97	54,426			
Hostilite	Gruplar arası	88,350	3	29,450	1,039	,379	-
	Gruplar içi	2749,710	97	28,348			

Tablo 11’de katılımcıların mesleklerine göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında mesleklerine göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 12. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	160,120	2	80,060	,764	,469	-
	Gruplar içi	10271,920	98	104,816			
Depresyon	Gruplar arası	336,812	2	168,406	1,522	,223	-
	Gruplar içi	10841,485	98	110,627			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	195,916	2	97,958	,998	,372	-
	Gruplar içi	9615,252	98	98,115			
Somatizasyon	Gruplar arası	16,745	2	8,373	,154	,857	-
	Gruplar içi	5318,086	98	54,266			
Hostilite	Gruplar arası	50,008	2	25,004	,884	,416	-
	Gruplar içi	2771,319	98	28,279			

Tablo 12’de katılımcıların çalışma durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 13. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	641,577	5	128,315	1,219	,307	-
	Gruplar içi	9471,162	90	105,235			
Depresyon	Gruplar arası	415,431	5	83,086	,717	,612	-
	Gruplar içi	10427,528	90	115,861			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	407,593	5	81,519	,830	,531	-
	Gruplar içi	8834,397	90	98,160			
Somatizasyon	Gruplar arası	122,340	5	24,468	,428	,828	-
	Gruplar içi	5141,400	90	57,127			
Hostilite	Gruplar arası	99,233	5	19,847	,672	,646	-
	Gruplar içi	2657,673	90	29,530			

Tablo 13’de katılımcıların gelir düzeylerine göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 14. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumuna Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Sigara Kullanım	N	Ort.	ss	t	p
Kısa Semptom Ölçeği						
Anksiyete	Kullanmıyorum	49	18,0204	11,37338	-1,559	,122
	Kullanıyorum	53	21,1698	8,97376		
Depresyon	Kullanmıyorum	49	21,3061	11,90974	-2,138	,035*
	Kullanıyorum	53	25,7358	8,89717		
Olumsuz Benlik	Kullanmıyorum	49	19,7347	10,75247	-2,407	,018*
	Kullanıyorum	53	24,4151	8,85228		
Somatizasyon	Kullanmıyorum	49	10,1633	7,87228	-,406	,686
	Kullanıyorum	53	10,7547	6,85258		
Hostilite	Kullanmıyorum	49	10,5714	5,15590	-2,242	,027*
	Kullanıyorum	53	12,9057	5,34309		

* $p<,05$

Tablo 14’de katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete ve somatizasyon puanlarında sigara içme durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Depresyon ölçeğinde sigara kullananlar lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t=-2,138$; $p<,05$). Bir diğer ifadeyle sigara kullananların ($\bar{x}=25,74$) depresyon puanı, sigara kullanmayanların ($\bar{x}=21,31$) depresyon puanlarından anlamlı şekilde yüksektir. Olumsuz benlik ölçeğinde sigara kullananlar lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t=-2,407$; $p<,05$). Bir diğer ifadeyle sigara kullananların ($\bar{x}=24,41$) olumsuz benlik puanı, sigara kullanmayanların ($\bar{x}=19,73$) olumsuz benlik puanından anlamlı şekilde yüksektir. Hostilite ölçeğinde sigara kullananlar lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t=-2,242$; $p<,05$). Bir diğer ifadeyle sigara kullananların ($\bar{x}=12,91$) hostilite puanı, sigara kullanmayanların ($\bar{x}=10,57$) hostilite puanından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	198,140	3	66,047	,619	,604	-
	Gruplar içi	10450,850	98	106,641			
Depresyon	Gruplar arası	521,388	3	173,796	1,562	,203	-
	Gruplar içi	10902,925	98	111,254			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	83,066	3	27,689	,269	,848	-
	Gruplar içi	10099,100	98	103,052			
Somatizasyon	Gruplar arası	252,187	3	84,062	1,592	,196	-
	Gruplar içi	5173,224	98	52,788			
Hostilite	Gruplar arası	397,930	3	132,643	5,197	,002*	Hemen hemen her gün kullanıyorum> Haftada bir kullanıyorum, Kullanmıyorum, Ayda bir kullanıyorum
	Gruplar içi	2501,325	98	25,524			

Tablo 15’de katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon puanlarında alkol kullanım durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Hostilite puanında ise alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık vardır ($F=3,120$; $p<,05$). Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre hemen hemen her gün alkol kullananların ($\bar{x}=22,67$), haftada bir alkol kullananlara ($\bar{x}=9,78$), ayda bir alkol kullananlara ($\bar{x}=11,82$) ve alkol kullanmayanlara ($\bar{x}=11,40$) göre daha fazla hostilite puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların Yaşadıkları Bölgeye Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	644,285	2	322,142	3,188	,046*	Köy>Şehir
	Gruplar içi	10004,70	99	101,058			
Depresyon	Gruplar arası	729,217	2	364,608	3,375	,038*	İlçe>Şehir
	Gruplar içi	10695,097	99	108,031			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	478,170	2	239,085	2,439	,092	
	Gruplar içi	9703,996	99	98,020			
Somatizasyon	Gruplar arası	317,578	2	158,789	3,078	,061	-
	Gruplar içi	5107,834	99	51,594			
Hostilite	Gruplar arası	163,515	2	81,758	2,959	,066	-
	Gruplar içi	2735,740	99	27,634			

Tablo 16’da katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanlarında yaşadıkları bölgeye göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Anksiyete ($F=3,375$; $p<,05$) ve depresyon ($F=3,188$; $p<,05$) puanlarında ise yaşadıkları bölgeye göre anlamlı farklılık vardır. Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre köyde yaşayanların ($\bar{x}=26,33$), şehirde yaşayanlara ($\bar{x}=18,31$) göre daha fazla anksiyete puanına sahip olduğu görülmektedir. İlçede yaşayanların ($\bar{x}=14,15$), şehirde yaşayanlara ($\bar{x}=11,10$) göre daha fazla depresyon puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Yaşadıkları Kişiye Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	1572,76	5	314,553	3,327	,008*	Yalnız> Ebeveynler,Eş ve çocuk/çocuklar
	Gruplar içi	9076,22	96	94,544			
Depresyon	Gruplar arası	1423,40	5	284,680	2,733	,024*	Yalnız>Eş ve çocuk/çocuklar
	Gruplar içi	10000,91	96	104,176			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	978,59	5	195,718	2,041	,080	
	Gruplar içi	9203,58	96	95,871			
Somatizasyon	Gruplar arası	948,04	5	189,609	4,065	,002*	Yalnız, çocuk/çocuklar> yakınları (akraba/arkadaş)
	Gruplar içi	4477,37	96	46,639			
Hostilite	Gruplar arası	422,80	5	84,561	3,278	,009*	Yalnız> Eş ve çocuk/çocukları
	Gruplar içi	2476,45	96	25,796			

Tablo 17’de katılımcıların yaşadıkları kişi/kişilere göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan olumsuz benlik puanında yaşadıkları kişi/kişilere göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Anksiyete ($F=3,327$; $p<,05$), depresyon ($F=2,733$; $p<,05$), somatizasyon ($F=4,065$; $p<,05$) ve hostilite ($F=3,278$; $p<,05$) puanlarında ise yaşadıkları kişi/kişilere göre anlamlı farklılık vardır. Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre yalnız yaşayanların ($\bar{x}=27,93$), ebeveynleri ile yaşayanlara ($\bar{x}=16,17$) ve eş ve çocuk/çocuklar ($\bar{x}=18,09$) ile yaşayanlara göre daha fazla anksiyete puanına sahip olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}=31,36$), eş ve çocuk/çocuklar ($\bar{x}=21,40$) ile yaşayanlara göre daha fazla depresyon puanına sahip olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}=14,93$) ve çocuk/çocukları ile yaşayanların ($\bar{x}=17,25$), yakınları

(akraba/arkadaş) ($\bar{x}=2,67$) ile yaşayanlara göre daha fazla somatizasyon puanına sahip olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}=15,71$), eş ve çocuk/çocuklar ($\bar{x}=10,67$) ile yaşayanlara göre daha fazla hostilite puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 18. Katılımcıların Kardeş Sayısına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	660,207	4	165,052	1,600	,180	-
	Gruplar içi	9900,625	96	103,132			
Depresyon	Gruplar arası	741,139	4	185,285	1,665	,164	-
	Gruplar içi	10681,217	96	111,263			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	694,210	4	173,552	1,758	,144	-
	Gruplar içi	9477,830	96	98,727			
Somatizasyon	Gruplar arası	490,512	4	122,628	2,407	,055	-
	Gruplar içi	4891,845	96	50,957			
Hostilite	Gruplar arası	151,618	4	37,905	1,338	,262	-
	Gruplar içi	2720,164	96	28,335			

Tablo 18’de katılımcıların kardeş sayısına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında kardeş sayısına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 19. Katılımcıların Yaşadıkları İlişkinin Süresine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	791,438	4	197,860	2,083	,090	-
	Gruplar içi	7790,079	82	95,001			
Depresyon	Gruplar arası	1081,804	4	270,451	2,973	,024*	15 yıl ve üstü süredir devam ediyor>1 yıldır devam ediyor
	Gruplar içi	7459,115	82	90,965			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	1612,214	4	403,053	5,088	,001*	15 yıl ve üstü süredir devam ediyor>1 yıldır devam ediyor
	Gruplar içi	6496,223	82	79,222			
Somatizasyon	Gruplar arası	70,509	4	17,627	,340	,850	-
	Gruplar içi	4248,112	82	51,806			
Hostilite	Gruplar arası	291,173	4	72,793	2,957	,025*	15 yıl ve üstü süredir devam ediyor>1 yıldır devam ediyor
	Gruplar içi	2018,413	82	24,615			

Tablo 19’da katılımcıların yaşadıkları ilişkinin süresine göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete ve somatizasyon puanlarında yaşadıkları ilişkinin süresine göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Depresyon ($F=2,973$; $p<,05$), olumsuz benlik ($F=5,088$; $p<,05$) ve hostilite ($F=2,957$; $p<,05$) puanlarında ise yaşadıkları ilişki süresine göre anlamlı farklılık vardır. Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ilişkisi 15 yıl ve üstü süredir devam edenlerin ($\bar{x}=31,45$), ilişkisi 1 yıldır devam edenlere ($\bar{x}=18,81$) göre daha fazla depresyon puanına sahip olduğu görülmektedir. İlişkisi 15 yıl ve üstü süredir devam edenlerin ($\bar{x}=27,18$), ilişkisi 1 yıldır devam edenlere ($\bar{x}=14,87$) göre daha fazla olumsuz benlik puanına sahip olduğu

görülmektedir. İlişkisi 15 yıl ve üstü süredir devam edenlerin ($\bar{x}=15,82$), ilişkisi 1 yıldır devam edenlere ($\bar{x}=9,44$) göre daha fazla hostilite puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 20. Katılımcıların Şiddet Gördüğü Kişiye Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Şiddet Gördüğü Kişi	N	Ort.	ss	t	p
Kısa Semptom Ölçeği						
Anksiyete	Eş	50	22,2800	9,81677	-,538	,593
	Cinsel partner (Sevgili)	19	23,6316	7,85430		
Depresyon	Eş	50	25,3800	9,26237	-1,606	,113
	Cinsel partner (Sevgili)	19	29,3684	9,09341		
Olumsuz_Benlik	Eş	50	26,2000	7,38172	-,111	,912
	Cinsel partner (Sevgili)	19	26,4211	7,44846		
Somatizasyon	Eş	50	12,5400	7,42365	,195	,846
	Cinsel partner (Sevgili)	19	12,1579	6,84157		
Hostilite	Eş	50	12,5000	4,45041	-1,486	,142
	Cinsel partner (Sevgili)	19	14,3158	4,74988		

Tablo 20’de katılımcıların şiddet gördüğü kişiye göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarında şiddet gördükleri kişiye göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$).

Tablo 21. Katılımcıların Fiziksel Şiddete Uğrama Durumuna Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Fiziksel Şiddet	N	Ort.	ss	t	p
Kısa Semptom Ölçeği						
Anksiyete	Evet	42	24,4762	9,27687	4,295	,000*
	Hayır	60	16,2833	9,62182		
Depresyon	Evet	42	27,5714	8,41932	3,300	,001*
	Hayır	60	20,8333	11,19650		
Olumsuz Benlik	Evet	42	29,0952	5,22102	7,123	,000*
	Hayır	60	17,3167	9,77456		
Somatizasyon	Evet	42	13,4524	7,19147	3,640	,000*
	Hayır	60	8,3833	6,72736		
Hostilite	Evet	42	13,2381	3,99273	2,343	,021*
	Hayır	60	10,7667	5,95852		

* $p<,05$

Tablo 21’de katılımcıların fiziksel şiddete uğrama durumuna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete ($t= 4,295$; $p<,05$), depresyon ($t= 3,300$; $p<,05$), olumsuz benlik ($t= 7,123$; $p<,05$), somatizasyon ($t= 3,640$; $p<,05$) ve hostilite ($t= 2,343$; $p<,05$) puanlarında fiziksel şiddete uğrama durumuna göre anlamlı farklılık vardır. Fiziksel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=24,48$) anksiyete puanı, fiziksel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=16,28$) anksiyete puanından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=27,57$) depresyon puanı, fiziksel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=20,83$) depresyon puanından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=29,09$) olumsuz benlik puanı, fiziksel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=17,32$) olumsuz benlik puanından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=13,45$) somatizasyon puanı, fiziksel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=8,38$) somatizasyon puanından anlamlı şekilde yüksektir. Fiziksel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=13,24$) hostilite puanı, fiziksel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=10,77$) hostilite puanından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 22. Katılımcıların Duygusal Şiddete Uğrama Durumuna Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Duygusal Şiddet	N	Ort.	ss	t	p
Kısa Semptom Ölçeği						
Anksiyete	Evet	49	20,8776	8,74079	1,156	,250
	Hayır	53	18,5283	11,47003		
Depresyon	Evet	49	25,0816	9,93277	1,351	,180
	Hayır	53	22,2453	11,16641		
Olumsuz Benlik	Evet	49	24,5102	7,97946	2,315	,023*
	Hayır	53	20,0000	11,27284		
Somatizasyon	Evet	49	11,3061	6,81971	1,108	,270
	Hayır	53	9,6981	7,75486		
Hostilite	Evet	49	12,4490	4,59194	1,207	,230
	Hayır	53	11,1698	5,95734		

* $p<,05$

Tablo 22’de katılımcıların duygusal şiddete uğrama durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanlarında duygusal şiddete uğrama durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Olumsuz benlik ölçeğinde duygusal şiddete uğrayanlar lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t= 2,315$; $p<,05$). Bir diğer ifadeyle duygusal şiddete uğrayanların ($\bar{x}=24,51$) olumsuz benlik puanı, duygusal şiddete uğramayanların ($\bar{x}=20$) olumsuz benlik puanından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 23. Katılımcıların Cinsel Şiddete Uğramalarına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsel Şiddet	N	Ort.	ss	t	p
Kısa Semptom Ölçeği						
Anksiyete	Evet	30	23,0667	9,86437	2,206	,030
	Hayır	72	18,2361	10,16275		
Depresyon	Evet	30	26,2333	8,94305	1,622	,108
	Hayır	72	22,5139	11,14058		
Olumsuz Benlik	Evet	30	27,2333	5,70954	3,464	,001*
	Hayır	72	20,0556	10,71117		
Somatizasyon	Evet	30	13,2000	8,48691	2,489	,014*
	Hayır	72	9,3333	6,52190		
Hostilite	Evet	30	12,6667	3,77225	1,074	,285
	Hayır	72	11,4167	5,87846		

* $p<,05$

Tablo 23’de katılımcıların cinsel şiddete uğrama durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bağımsız örneklem t-test analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon ve hostilete puanlarında cinsel şiddete uğrama durumlarına göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Olumsuz benlik ölçeğinde cinsel şiddete uğrayanlar lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t= 3,464$; $p<,05$). Bir diğer ifadeyle cinsel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=27,23$) olumsuz benlik puanı, cinsel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=20$) olumsuz benlik puanından anlamlı şekilde yüksektir. Somatizasyon ölçeğinde cinsel şiddete uğrayanlar lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t= 2,489$; $p<,05$). Bir diğer ifadeyle cinsel şiddete uğrayanların ($\bar{x}=13,20$) somatizasyon puanı, cinsel şiddete uğramayanların ($\bar{x}=9,33$) somatizasyon puanından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 24. Katılımcıların Şiddet Görme Süresine Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	898,974	4	224,743	2,904	,028*	2-6 aydır şiddet görüyorum>7-12 aydır şiddet görüyorum, 5 ve üstü süredir şiddet görüyorum
	Gruplar içi	5030,298	65	77,389			
Depresyon	Gruplar arası	1048,769	4	262,192	3,539	,011*	2-6 aydır şiddet görüyorum> 1 aydır şiddet görüyorum
	Gruplar içi	4815,573	65	74,086			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	607,443	4	151,861	3,317	,016*	2-6 aydır şiddet görüyorum> 5 ve üstü süredir şiddet görüyorum
	Gruplar içi	2975,543	65	45,778			
Somatizasyon	Gruplar arası	591,761	4	147,940	3,323	,015*	2-6 aydır şiddet görüyorum>7-12 aydır şiddet görüyorum
	Gruplar içi	2893,725	65	44,519			
Hostilite	Gruplar arası	202,973	4	50,743	2,595	,044*	1 aydır şiddet görüyorum>7-12 aydır şiddet görüyorum
	Gruplar içi	1270,970	65	19,553			

Tablo 24'te katılımcıların şiddet görme süresine göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete ($F=2,904$; $p<,05$), depresyon ($F=3,539$; $p<,05$), olumsuz benlik ($F=3,317$; $p<,05$), somatizasyon ($F=3,323$; $p<,05$) ve hostilite ($F=2,595$; $p<,05$) puanlarında şiddet görme süresine göre anlamlı farklılık vardır. Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre 2-6 aydır şiddet görenlerin ($\bar{x}=30,60$), 7-12 aydır şiddet görenlere ($\bar{x}=20,36$) ve 5 yıl ve üstü süredir şiddet görenlere ($\bar{x}=19,27$) göre daha fazla anksiyete puanına sahip olduğu görülmektedir. 2-6 aydır şiddet görenlerin ($\bar{x}=34,70$), 1 aydır şiddet görenlere ($\bar{x}=21,33$) göre daha fazla depresyon puanına sahip

olduğu görülmektedir. 2-6 aydır şiddet görenlerin ($\bar{x}=29,20$), 5 yıl ve üstü süredir şiddet görenlere ($\bar{x}=20,67$) göre daha fazla olumsuz benlik puanına sahip olduğu görülmektedir. 2-6 aydır şiddet görenlerin ($\bar{x}=18,30$), 7-12 aydır şiddet görenlere ($\bar{x}=9,36$) göre daha fazla somatizasyon puanına sahip olduğu görülmektedir. 1 aydır şiddet görenlerin ($\bar{x}=16$), 7-12 aydır şiddet görenlere ($\bar{x}=11,13$) göre daha fazla hostilite puanına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Şiddet Görme Sıklığına Göre Kısa Semptom Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		x^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
Kısa Semptom Ölçeği							
Anksiyete	Gruplar arası	977,923	4	244,481	3,122	,021*	Yılda birkaç kez> Her gün
	Gruplar içi	5168,555	66	78,311			
Depresyon	Gruplar arası	786,558	4	196,639	2,395	,059	
	Gruplar içi	5419,921	66	82,120			
Olumsuz Benlik	Gruplar arası	892,782	4	223,196	4,871	,002*	Ayda birkaç kez> 3-5 ay arayla, Yılda birkaç kez; Haftada birkaç kez> Yılda birkaç kez
	Gruplar içi	3024,514	66	45,826			
Somatizasyon	Gruplar arası	204,537	4	51,134	1,007	,410	-
	Gruplar içi	3352,421	66	50,794			
Hostilite	Gruplar arası	126,868	4	31,717	1,554	,197	-
	Gruplar içi	1347,076	66	20,410			

Tablo 25'te katılımcıların şiddet görme sıklığına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Buna göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan depresyon, somatizasyon ve

hostilite puanlarında yaşadıkları ilişkinin süresine göre anlamlı farklılık yoktur ($p>,05$). Anksiyete ($F=3,122$; $p<,05$) ve olumsuz benlik ($F=4,871$; $p<,05$) puanlarında şiddet görme sıklığına göre anlamlı farklılık vardır. Anlamlı farklılık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre yılda birkaç kez şiddet yaşayanların ($\bar{x}=29,50$), her gün şiddet yaşayanlara ($\bar{x}=13,40$) göre daha fazla anksiyete puanına sahip olduğu görülmektedir. Ayda birkaç kez şiddet yaşayanların ($\bar{x}=27,91$), 3-5 ay arayla ($\bar{x}=17,33$) ve yılda birkaç kez şiddet yaşayanlara ($\bar{x}=16,21$) göre ile haftada birkaç kez şiddet yaşayanların ($\bar{x}=27,39$) yılda birkaç kez şiddet yaşayanlara ($\bar{x}=16,21$) göre daha fazla olumsuz benlik puanına sahip olduğu görülmektedir.



5. BÖLÜM TARTIŞMA

Bu araştırmada, hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların sosyodemografik değişkenleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmamızda hırpalanmış kadınların yaşı ile psikolojik belirtiler alt ölçeklerinden depresyon, hostilite, somatizasyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanamazken, olumsuz benlik puanında negatif bir ilişki saptanmıştır. 26-35 yaş ($\bar{x}=24,93$) ve 36-45 yaş ($\bar{x}=23,35$) aralığındaki kadınların 18-25 yaş ($\bar{x}=16,55$) aralığındaki kadınlara göre daha yüksek olumsuz benlik puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça olumsuz benlik puanı artmaktadır. Kadının şiddete en fazla maruz kaldığı yaş aralığı 26-45 yaş aralığı şeklindedir (Coleman vd., 1980). Kadının yaşı arttıkça yardım isteme, şiddetle başa çıkma ve ilişkiden vazgeçme oranı yükselmektedir. Evlenen kadınların ilk yıllarda şiddet görme riski daha yüksektir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2015). Kadın şiddet sonucunda kendisini değersiz, yetersiz, önemsiz hissedebilir. Yaş ilerledikçe ayrılmanın daha zor olduğunu düşünen ve gerekli gücü kendisinde göremeyen hırpalanmış kadın, şiddet görmeye devam etmesine rağmen ilişkisini sonlandırmayabilir. Yaşadığı şiddet sonucunda olumsuz benlik algısı geliştirmektedir. Şiddete uğrayan kadınların, olumsuz benlik algılarının somatizasyon ve depresyonu fazlasıyla arttırdığı saptanmıştır (Campbell, 2002). Bu nedenle kadınların yaşı ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hırpalanmış kadınların eğitim düzeyi ile kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanlarında anlamlı farklılık bulunmazken, olumsuz benlik arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Araştırmamızda üniversite mezunu kadınların oranının %40,0 olması dikkat çekicidir. Türkiye’de her bölgeden katılımcı 10560 kadınla yürütülen çalışmada lise mezunu dört kadından biri; üniversite mezunu beş kadından da birinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015). Eğitim düzeyinin düşük olması çok büyük etken olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, partner seçiminde çoğunlukla özgür olmaları, akılcı ve tartarak karar verme becerilerinin daha gelişmiş olması şiddete uğrama oranını düşürebilmektedir (Jones vd.,

2001). Çalışmamıza katılan kadınlarının çoğunun üniversite mezunu olması eğitim düzeyi arttıkça şiddetin de arttığını göstermektedir. 2015 yılında 6793 kadınla yapılan çalışmada da aynı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu farklılıkların eğitim düzeyi düşük kadınların şiddeti ve olması gerekenleri bilmemesinden ve bu nedenle tanımlayamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015). Yapılan bir çalışmada ise üniversite mezunu ve eğitim almayan kadınların şiddete maruz kalma oranının daha düşük olduğunu göstermektedir. En fazla şiddete maruz kalan kadınların eğitim düzeyine bakıldığında ise ilkokul, ortaokul ve lise şeklinde olduğu görülmektedir (Ediz & Altan, 2017) Korkmaz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmış olan bir çalışmada şiddetin kadınların benliğini zedelediği ve olumsuz duygulara ittiği saptanmıştır (Korkmaz vd., 2016). Haj-Yahia (2000) çalışmasında ise olumsuz benliğin depresyon ve anksiyeteyi arttırdığını saptamıştır (Haj-Yahia, 2000). Bu nedenle eğitim düzeyi ile olumsuz benlik arasındaki pozitif ilişkinin diğer psikolojik belirtileri de arttıracakını söylenebilmektedir.

Araştırmamızda, psikolojik belirtiler ile (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik) hırpalanmış kadınların alkol kullanımı arasında ilişki saptanamamışken hostilete ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde hırpalanmış kadınların alkol kullanımı ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular sınırlıdır. Fakat alkol kullanan erkeklerin öfkesini kontrol edemediği ve şiddete yatkın olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bir araştırmada elde edilen bulgulara bakıldığında, erkeklerin alkol alışkanlığı ile şiddet arasında olumlu anlamda bir ilişki olduğu saptanmıştır (Karaçam, 2006). Yapılan başka bir çalışmada ise hostilitenin hem kadınlarda hem de erkeklerde alkol tüketimi için yüksek risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Ünüböl & Sayar, 2020)

Araştırmamızda, hırpalanmış kadınların yaşadıkları bölge ile psikolojik belirti alt ölçeklerden olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Psikolojik belirti alt ölçeklerinden depresyon ve anksiyete ile yaşanan bölge arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bulgularımıza göre ilçede yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha fazla depresyon, köyde yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha fazla anksiyete puanına sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye’de kadına yönelik

şiddet faktörlerini belirlemek için yapılan bir çalışmada şiddet ve yaşanan bölge arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, kırsal bölgede yaşamın şiddeti arttırdığı görülmüştür (Vatandaş, 2003). Başka bir araştırmada 2008 yılında kırsal bölgelerde oturan kadınlar kentsel bölgelerdekilere göre daha fazla şiddet görmüştür. 2014 yılına bakıldığında kentte yaşayanların %66.09'u şiddet yaşamaz iken, %33.91'i şiddet yaşamıştır. Şiddete uğramayan kadınların oranı 2014 için kırsal alanda %63.59, şiddete uğrayan kadınların oranı %36.41'dir. 2008 ve 2014 yıllarında kırsal bölgelerde oturan kadınlar kentsel bölgelerde oturanlara göre daha fazla şiddete uğramıştır (İpek & Kızılgöl, 2019). Bu çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir. Köy yaşamı az nüfuslu ve kadınların kendilerini daha yalnız hissettikleri yerleşim yerleridir. Kadınlar nasıl ve nereden yardım alabileceklerini bilmemektedir. Toplumsal öğretiler bazen kadın ayrılmak istese de engel olabilmektedir (Choi & Harwood, 2004). Hırpalanmış kadınlar kendilerini yalnız ve çaresiz hissettiklerinden depresyon ve anksiyete oranları yüksek çıkmaktadır.

Araştırmamızda, hırpalanmış kadınların kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan olumsuz benlik puanında yaşadıkları kişi/kişilere göre anlamlı farklılık yoktur. Bulgularımıza göre hırpalanmış kadınların psikolojik belirtiler (depresyon, anksiyete, somatizasyon ve hostilite) ile yaşadıkları kişi/kişiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}$ =27,93), ebeveynleri ile yaşayanlara ($\bar{x}$ =16,17) ve eş ve çocuk/çocuklar ($\bar{x}$ =18,09) ile yaşayanlara göre daha fazla anksiyete puanına sahip olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}$ =31,36), eş ve çocuk/çocuklar ($\bar{x}$ =21,40) ile yaşayanlara göre daha fazla depresyon puanına sahip olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}$ =14,93) ve çocuk/çocukları ile yaşayanların ($\bar{x}$ =17,25), yakınları (akraba/arkadaş) ($\bar{x}$ =2,67) ile yaşayanlara göre daha fazla somatizasyon puanına sahip olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayanların ($\bar{x}$ =15,71), eş ve çocuk/çocuklar ($\bar{x}$ =10,67) ile yaşayanlara göre daha fazla hostilite puanına sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle yalnız yaşayanların depresyon, anksiyete, somatizasyon ve hostilite alt puanları arasında anlamlı farklılık vardır.

Araştırmamızda, hırpalanmış kadınların kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete ve somatizasyon puanlarında yaşadıkları ilişkinin süresine

göre anlamlı bir artış yoktur. Depresyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında ise yaşadıkları ilişki süresine göre anlamlı bir artış vardır. Yapılan çalışmalar evlilik süresinin artmasının şiddeti azalttığı yönündedir. Kadının şiddete maruz kaldığı süre evlilikte 1-5 yıl arası olduğu saptanmıştır (Tamgoç, 2019). Literatürde yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde farklı sonuçlara ulaşıldığı da görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada da evlilik süresi 1-5 yıl arası olan kadınların daha fazla şiddete uğradığı bulunmuştur (Kılıç, 1999). Hırpalanmış kadın sendromunun birinci döngüsü olan balayı aşaması ilişkinin ilk zamanlarına denk gelmektedir. Bu dönemde kadın şiddetin geçeceğini veya şiddeti sevginin göstergesi olarak görebilmektedir. Bu nedenle depresyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında, yaşadıkları ilişki süresine göre anlamlı bir artış vardır.

Çalışmamızda hırpalanmış kadınların şiddet türüne göre dağılımı fiziksel şiddet %34,1, duygusal şiddet %41,5, cinsel şiddet %24,4 şeklindedir. Bulgularımızda kadınların aynı anda fazla şiddet türüne maruz kaldığı görülmüştür. Çalışmamızda en fazla görülen şiddet türlerinin oranlarda fiziksel ve duygusal şiddet olduğu saptanmıştır. Sivas'ta 583 eşliğinde yapılan bir çalışmada, kadınların %53,8'inin sözel, %38,3'ünün fiziksel ve %7,9'unun cinsel şiddete uğradığı saptanmıştır (Kocacık & Doğan, 2006). 306 kadın ile yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların %54,6'sının sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Şahin E. M., 2012). Türk toplumunun ataerkil toplumsal, kültürel ve ekonomik normlara bakıldığında; sözel ve cinsel şiddete evlilikte maruz kalan kadınların şiddeti kabul ettiği, kadınların cinselliğe yaklaşımının zorunluluk olarak görüldüğü düşünülmüştür. Bu nedenle cinsel şiddetin bilinenden daha fazla olduğu düşünülmektedir (Şahin vd., 2012).

Araştırmamızda, psikolojik belirtiler ile (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) kadınların fiziksel şiddete uğrama durumu arasında anlamlı şekilde yüksektir. Kısa semptom ölçeği alt boyut puanlarından olan anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanlarında duygusal şiddete uğrama durumlarına göre anlamlı farklılık yokken olumsuz benlik puanı anlamlı şekilde yüksektir. Katılımcıların cinsel şiddete uğrama durumlarına göre kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, hostilite arasında anlamlı farklılık yokken

somatizasyon ve olumsuz benlik puanları anlamlı derecede artmıştır. Bizim bulgularımıza benzer olarak ülkemizde 81 kadın ile yapılan çalışmada, şiddet gören kadının ruhsal belirti düzeylerinin tümünün yüksek olduğu saptanmıştır (Gezen & Oral, 2013). 465 katılımcı ile somatizasyon alt ölçeği kullanılarak fiziksel şiddet, cinsel şiddet ve sözel şiddet ile ilişkisini araştıran çalışmada, somatizasyon ile olumsuz benlik arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Garnefski vd, 2017). 10119 kadın ile yapılan başka bir çalışmada, kadınların şiddete uğrama oranı %47; sosyodemografik değişkenlere bakıldığında şiddete uğrayan kadınların depresyon (%57,5), kaygı (%59,3) ve psikotik bozukluk (%24) oranı yüksek çıkmaktadır. Aynı zamanda, şiddet ile depresyon, kaygı ve psikotik bozukluklar arasında olumlu ilişki olduğunu saptanmıştır (Meekers vd., 2013).

Çalışmamızda, katılımcıların şiddet gördüğü kişi (sevgili, eş) ve medeni durum kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteye göre anlamlı bir artış yoktur. Kadının evli olup olmamasının kadına yönelik şiddeti etkilemediği düşünülmektedir. Jewkes ve arkadaşları (2002) 1306 kadın ile yaptığı araştırmanın sonucunda, bulgularımızla uyumlu olarak medeni durumun şiddet için bir risk faktörü olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Jewkes, 2002). Medeni durumla ilgili yapılan bir çalışmada boşanmış kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Yanık, 2014). Başka bir çalışmada medeni durum ile şiddet arasında negatif ilişki belirlenmiştir (Öztürk E. , 2014).

Çalışmamızda, katılımcıların çocuk sayısı ve kısa semptom ölçeği alt boyut puanları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteye göre anlamlı bir artış yoktur. Yapılan bir çalışmada şiddet ile çocuk sayısı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Kocacık, Kurtlar, & Erselcan, 2007). Yapılan bir çalışmada ailedeki kişi ile çocuk sayısı arttıkça kadına yönelik şiddet de artmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise ailedeki çocuk sayısı ile şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Karaçam vd., 2006).

Araştırmamızda, psikolojik belirtiler ile (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite) hırpalanmış kadınların meslekleri arasında anlamlı bir artış yoktur. Bulgularımızda şiddete maruz kalan hırpalanmış kadınlar ile meslekleri arasında

bir ilişki saptanamamış olsa da yapılan çalışmalarda ev hanımlarının daha fazla şiddete maruz kaldığına dair bulgular bulunmaktadır. Şiddete uğrayan kadınlara gerekli maddi destek ve iş imkanı sağlandığında birçoğu şiddet gördükleri kişiden ayrılmaktadır (Ramachandran, Yonas, Silvestre, & Burke, 2002). Bu çalışmalardan ekonomik özgürlüğün koruyucu olduğu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamızda, psikolojik belirtiler ile (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilete) hırpalanmış kadınların çalışma durumları arasında anlamlı bir artış yoktur. Çalışmayan kadın gibi çalışan kadınlarda şiddete maruz kalabilmektedir. Literatürde bulgularımızı destekleyen çalışmalar olduğu gibi kadınların çalışma durumlarıyla pozitif ilişki olduğunu savunan çalışmalarda bulunmaktadır. Bir çalışmada çalışan kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığını saptamıştır (Kocacık, 2004). Başka bir çalışmada ise çalışmayan kadınların daha fazla şiddete uğradığını saptanmıştır (Akyüz vd., 2002). Kadının çalışması hem ekonomik anlamda özgür olması hem de sosyalleşebilmesi açısından hiç şüphesiz oldukça önemlidir. Çalışan hırpalanmış kadın inkar evresinden, sorumluluk evresine geçebilmekte ve şiddetten kurtulmak için yardım isteyebilmektedir. Bu durumu destekleyen bir çalışmada kadının şahsi gelir durumu ile şiddet arasında negatif ilişki bulunduğunu göstermektedir (Kocacık, Kurtlar, & Erselcan, 2007).

Araştırmamızda, psikolojik belirtiler ile (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilete) hırpalanmış kadınların gelir düzeyleri arasında anlamlı bir artış yoktur. Yapılan çalışmalarda, şiddetin her ekonomik düzeydeki kadın için olabileceği ve belirleyici bir etken olmadığı ortaya konmuştur (Gürer, 2015).

Araştırmamızda hırpalanmış kadınların sigara kullanımı ve psikolojik belirtiler arasından somatizasyon ve anksiyete puanlarında azalma görülmektedir. Sigara kullanımı ile hostilete, depresyon ve olumsuz benlik arasında anlamlı derecede yüksektir. Yapılan bir çalışmada bulgularımızın aksine kadınların sigara alışkanlığı ile şiddet arasında istatistiksel olarak pozitif bir ilişki bulunmamaktadır (Karaçam vd., 2006).

Araştırmamızda, psikolojik belirtiler ile (anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilete) hırpalanmış kadınların kardeş sayıları arasında anlamlı bir

artış yoktur. Literatürde bu konuda yapılan araştırmalar sınırlıdır. Fakat kadının kardeşinin olması, etrafında destek olabilecek birilerinin olduğu anlamına gelmektedir. Bu nedenle hırpalanmış kadının destek alabileceği kardeşinin olması psikolojik belirtileri azaltılabileceği düşünülmektedir.

Bulgularımızda, depresyon, anksiyete ve olumsuz benlik belirti düzeyleri şiddete uğrayan kadınlarda anlamlı olarak yüksektir. Depresyon ve anksiyete kadına yönelik şiddette görülen psikolojik belirtilerin başında yer almaktadır (Kalvete , Estevez , & Çınar, 2007). Başka bir araştırmada 100 kadın hastadan 62'sinin şiddet yaşadığı saptanmıştır. %73,9'unda depresyon; %6,5'inde ise anksiyete bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Vahip & Doğanavşargil, 2006). Şiddet süresi uzadığında benlik, güven ve duygusal anlamda zedelenme yaşanmaktadır. Bu zedelenme kadında depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı düşünülmektedir.

6. BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, hırpalanmış kadın sendromu yaşayanlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki ele alınmıştır. Bulgularımıza göre sosyodemografik değişkenlerden şiddet gördüğü kişi, medeni durum, meslek, çalışma durumları, gelir düzeyi ile psikolojik belirtiler arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Medeni durum, meslek, çocuk sayısı, gelir düzeyi, şiddet gördüğü kişi sosyodemografik değişkenleri ile psikolojik belirtiler arasında hipotezlerimizin aksine bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Hırpalanmış kadın sendromu yaşayanların psikolojik belirtiler ile yaş, eğitim düzeyi, alkol kullanımı, yaşadıkları bölge, şiddet türleri, şiddet görme süresi ve sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Kadına yönelik şiddet olgusu, Türkiye’de de tüm dünyada olduğu gibi farklı sosyodemografik özelliklere sahip kadınlar arasında yaşanması oldukça yaygındır. Şiddete maruz kalan kadınların psikolojik belirtilerden depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitenin yüksek oranlarda olduğu görülmüştür.

Türkiye’de daha çok ilde kadına yönelik şiddeti önleyici çalışmaların yapılması desteklenmelidir. Şiddete uğrayan kadınlara yönelik yapılabilecek destek verici hizmetlerden, toplumsal alanda bilinçlendirmeden, eğitim amaçlı programların geliştirilmesine, bu programların uygulanmasına ve politikalar oluşturulmasına kadar her aşama ve süreçte yapılması gereken birçok şey vardır. Kadınlara imkanların sağlanması, kadınların daha bilinçli ve toplumda daha aktif olmalarını, kendi yaşamlarının denetimini tekrar ellerine geçirmelerine ve gerekli kararları verebilmelerine olanak sağlayacaktır. Kadınların bilinçlenmeleri, toplumun diğer alanlarına da olumlu etki yapacak, toplumun daha huzurlu, daha refah yaşamasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine olanak sağlayacaktır. Kadınları bilinçli, karar alabilen ve bu kararları uygulayan toplumlar her zaman gelişmiş toplumlardır. Şiddete uğrayan kadınlara yönelik yapılacak destek verici hizmetlerin, toplum nezdinde uygulanacak psikoeğitim programları ve psikolojik destek çalışmalarından oluşturulması

önerilmektedir. Bu çalışmalar ile toplum ruh sağlığı farkındalığı yaratılarak, kadına yönelik şiddetin önlenmesi kapsamında önleyici ve koruyucu müdahaleler geliştirilmesi, ilgili politikaların gerçekleştirilmesi, aynı zamanda konu üzerine nitel ve nicel yöntemler kullanılarak ve daha geniş örnekleme yapılacak diğer çalışmalara katkı sağlanması beklenmektedir.

Bununla birlikte, kadına yönelik şiddetin temel nedenlerinden biri olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini önlemek ve konuya farkındalık oluşturmak için eğitim programlarının düzenlenip yaygınlaştırılmasının, Türkiye'deki kadına yönelik şiddetin önlenmesinde etkin olacağı düşünülmektedir.

Kırsal alanda yaşayan hırpalanmış kadınların şehirde yaşayanlara göre daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadığı görülmektedir. Kırsal kesimlerde yaşayanlara daha yoğun olmak üzere kadınlara; şiddete ve sonuçlarına yönelik farkındalığı geliştirecek psikoeğitim programlarının oluşturulup eğitimlerin verilmesi, şiddette karşı neler yapılabileceği ve destek mekanizmalarına dair eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Bu konunun, daha geniş örneklem üzerinde, sosyodemografik değişkenler dışında başka boyutlar açısından da ele alınarak, nitel ve nicel araştırma yöntemleri ile değerlendirilmesi önerilir.

KAYNAKÇA

- Adıyaman, B. (2010, Nisan). İlköğretim 2. Kademe Öğrencilerinin Duygusal Zeka Yeterliliklerini Kullanma Düzeyi ve Çocukluk Çağı Depresyonu. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akyüz vd. (2002). Bir psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadın hastalarda aile içi şiddet evlilik sorunları başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı . *Yeni Symposium*, 41-48.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arat, Y., & Ayşegül, A. (2008). Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. *Punto Baskı Çözümleri*, 80-95.
- Bal, M. D. (2014). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış. *KASHED*,1(1), 15-28.
- Battal, S., & Özmenler, N. K. (1997). Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu. Ankara.
- Baymur, F. (1994). *Genel psikoloji*. İnkılap Yayınevi.
- Bear, D. (1991). Neurological perspectives on aggressive behaviour. *Neuropsychology Clinical Neuroscience* (s. 53-58). içinde Springer Yayınları.
- Beck, A. T. (2008). Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar. *Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar*. içinde İstanbul: Litera Yayıncılık.

Beşer, N., & Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomali Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 47-58.

Biggers, J. (2008). A Dynamic Assesment of the Battered Woman Syndrome and Its Legal Relevance. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 3(3), 1-28.

Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T. (2014). Post Traumatic Stress Disorder. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 98-103.

Brashfield, R. (2014, Eylül). “A Review of Domestic Violence and Women”s Mental Health Archives of Women’s Mental Health. 83-89. Chicago, ABD: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.006>.

Browne, A. (1987). When Women Kill. New York.

Bursa, D. (2010). Fiziksel Engelli Bireylerde Depresyon ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya.

Callahan, R. (1994). Will The Real Battered Woman Please Stand Up? In Search Of a Realistic Legal Definition of a Battered Women Syndrome. *American University Journal of Gender*, 117-152.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* (s. 1331-1336). içinde

Cascardi, M. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 227-249.

Cecil, H., & Matson, S. (2005). Differences in psychological health and family dysfunction by sexual victimization type in a clinical sample of African American adolescent women. *The Journal of Sex Research Volume*, 203-215.

Choi, M., & Harwood, J. (2004). A hypothesized model of Korean women's responses to abuse. *Journal of Transcultural Nursing*, 207-216.

- Coleman vd. (1980). Factors Affecting Conjugal Violence. *The Journal of Psychology*, 197-202.
- Connors, E., & Johnson, L. (1987). Epidemiology Of Bulimia And Bulimic Behaviors. *Addictive Behaviors* (s. 165.179). içinde
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. (1979). Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi.
- Craighead, W. (2008). *Psychopathology: History diagnosis, and empirical foundations*. Wiley Yayınları.
- Çetiner, G. (2006). Aile İçi Şiddet Yasayan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve İntihar Olasılığı. *Yayımlanmış Tez*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Derogatis, L. (1992). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1-41.
- Dutton, D. (1993). Hırpalanmış kadın sendromu: istismarın şiddeti ve kesintili etkileri. *American Journal of Psychiatry Cilt. 63 (4)*, 614–622.
- Dutton, D. (1999). Limitations of social learning models in explaining intimate aggression. X. B. Arriaga, S. Oskamp (Eds.), *Violence in Intimate Relationships. Yayımlanmış Tez*, 73-90. California: <https://psycnet.apa.org/doi/10.4135/9781452204659.n4>.
- Dutton, D., & Painter, S. (1993). Hırpalanmış kadın sendromu: istismarın şiddeti ve kesintili etkileri. *American Journal of Psychiatry Cilt. 63 (4): .*, 614–622.
- Düzgün, Ş. (2010). Öğrencilerin psikolojik belirtileri ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1-2.
- Ediz, A., & Altan, Ş. (2017). Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet Üzerine Bir Alan Araştırması. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 17-29.
- Erten, Y., & Ardalı, C. (1996). Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları. *Cogito*, 143.

Fawole, O. I. (2008, Mayıs 21). Economic Violence to women and girls. Trauma Violence Abuse Online First. *University College Hastanesi*, 67-77. İbadan, Nijerya: doi:10.1177/1524838008319255.

Fromm, E. (1990). *Sevginin ve Şiddetin Kaynağı*. İstanbul: Payel.

Garcia-Moreno, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence. *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Washington, ABD: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8).

Garnefski vd. (2017). Relationships between traumatic life events, cognitive emotion regulation strategies, and somatic complaints. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 144–151.

General Assembly of the United Nations. (2006). Past, Present and Future of Violence Against Women: A Research Based on Forecasting.

Gezen, M., & Oral, E. (2013). Kadın sığınma evinde yaşayan kadınlar ile şiddet gördüğü evde yaşamaya devam eden kadınların bağlanma biçimlerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 65-71.

Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders. *A meta-analysis. Journal of Family Violence*, 99-132.

Gondolf, E. (1988). *Battered Women as Survivors: An Alternative to Treating Learned Helplessness*. Lexington Books.

Goodman, L. (2003, Mart). The Roles of Coping and Social Support in Battered Women's Mental Health. *Boston Koleji*, 323-346. <https://doi.org/10.1177%2F1077801202250075>.

Gökkaya, V. B. (2009). Türkiye’de Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 167-169.

Görmez, K. (1998). Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Ankara: T.C.Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.

Gül, H., & Oktay, E. (2015). Türkiye’de ve Dünya’da Kadınların Çalışma Hayatında Yaşadıkları Cam Tavan Algıları Üzerine Kavramsal Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 421-436.

Güleç, H., Topaloğlu, M., Ünsal, D., & Altıntaş, M. (2012). Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 112-137.

Güneri, F. Y. (1996). Aile İçinde Kadına Yöneltilen Şiddet’, Evdeki Terör: Kadına Yönelik Şiddet. *Mor Çatı Sığınma Vakfı Yazıları* (s. 6-20). içinde İstanbul: Mor Çatı Yayınları.

Gürer, G. A. (2015). Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde kadınların aile içi şiddet algısı “Kayseri örneği” . (*Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*). Kırıkkale Üniversitesi.

Güven, H. (2008). The Relationship Between Depression and Religiosity. İstanbul: ProQuest Dissertations Publishing.

Hacıoğlu, M., Gönüllü, O., & Kamberyan, K. (2002). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısının Gelişimi Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam Dergisi*, 210-214.

Haj-Yahia, M. (2000). Wife Abuse and Battering in the Sociocultural Context of Arap Society. M. Haj-Yahia içinde, *Family Process* (s. 237-235). Research Library Core.

Harned, M. (2000). Harassed bodies: An examination of the relationships among women’s experiences of sexual harrassment, body image, and eating disturbances. *Psychology of Women Quarterly*, 24 (4), 336-348.

Hotaling, G. (1986). *Violence and Victims An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current.*

Hurwitz, H., Silverman, J., & Raj, A. (2006). Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 251-261.

- İpek, E., & Kızılgöl, Ö. A. (2019). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Kadının İşgücüne Katılımına İlişkin Mikroekonometrik Analiz: Türkiye. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 455-474.
- Işık, E. (2006). Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print.
- Işıloğlu, B. (2006). Anksiyete ve depresyon tanısı ile izlenen evli kadınlarda aile içi şiddetin sosyodemografik faktörler, çift uyumu ve hastalıkla ilişkisi. *T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi*. İstanbul.
- James, W. (1963). *The varieties of religious experience*. New York.
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Violence against women III*, 1423-1429.
- Jones vd. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. *Trauma, Violence and Abuse*, 99-119.
- Kalvete , E., Estevez , A., & Çınar, S. (2007, Nisan). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, 794-801. Bilbao, İspanya: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.006>.
- Kadın Dayanışma Vakfı . (2005). Kadın Dayanışma Vakfı El Kitabı. Ankara.
- Kadın Sığınma Evleri Kılavuzu. (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.
- Karaçam vd. (2006). Evli Kadınların Aile içi Şiddet Görmelerini Etkileyen Faktörler ve Kadınların Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 71-88.
- Karaçam, Z. (2006). Evli Kadınların Aile içi Şiddet Görmelerini Etkileyen Faktörler ve Kadınların Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 71-88.

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

Kemerli, N. (2004). Aile içinde kadına yöneltilen şiddet. *Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu Kitabı* (s. 41-58). içinde Ankara: Tabip odası yayınları.

Kemp ve ark. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women. *Journal of Traumatic Stress*, 137-148.

Kılıç, B. Ç. (1999). Aile içi kadına yönelik şiddetin belirlenmesi ve hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. İstanbul.

Kocacık, F. (2004). *Aile İçi İlişkilerde Kadına Yönelik Şiddet: Türkiye'den Örnekler*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.

Kocacık, F., & Doğan, O. (2006). Domestic violence against women in Sivas, Turkey:survey study. *Croatian Medical Journal*, 742-749.

Kocacık, F., Kurtlar, A., & Erselcan, F. (2007). Domestic Violence against Women: A Field Study in Turkey. *The Social Sciences Journal*, 698-720.

Kocacık, F., Kurtlar, A., & Erselcan, F. (2007). Domestic Violence against Women: A Field Study in Turkey. *The Social Sciences Journal*, 698-720.

Korkmaz vd. (2016). Psikiyatri Hastalarında aile içi şiddetin sıklığı ve ilişkili faktörler. *The journal of psychiatry and neurological sciences*, 359-366.

Köse, A., & Beşer, A. (2007). Kadının Değiştirilebilir Yazgısı "Şiddet". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 114-121.

Lipowsk, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145, 1358-1368.

Meekers vd. (2013). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health* (s. 13-28). içinde

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. (2014). 2014 Yılı 6 Aylık Faaliyet Raporu.

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Danışma ve Dayanışma Merkezi. (2013). İstanbul.

Noble, R. (2005). Depression in Women. Metabolism.

Ogle, R., & Jacobs, S. (2002). Self-Defense and Battered Women Who Kill A New Framework.

Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu.

Özgentürk, İ. (2012). Aile İçi Şiddet Ve Şiddetin Nesilden Nesile İletilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 59.

Özkan, G. (2017). “Kadına Yönelik Şiddet-Aile İçi Şiddet ve Konuya İlişkin Uluslararası Metinler Üzerine Bir İnceleme. *Hacettepe HFD*, 545.

Özmen, S. (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*(2), 27.

Öztürk, E. (2010). *Türkiye’de aile, şiddet ve kadın sığınma evleri*. İstanbul: Birey.

Öztürk, E. (2014). Türkiye’de Aile İçi Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum Dergisi*,3, 39-55.

Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozukluklar*. İstanbul: Nobel Yayın.

Page, A., & İnce, M. (2008). Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme.

Polat, O. (2014). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 16-17.

Ramachandran, S., Yonas, M. J., Silvestre, A. J., & Burke, J. G. (2002). Surviving physical and sexual abuse: what helps low-income women? *Patient Education and Counseling*, 205-213.

Richards, M. (1996). Aile İlişkileri. *Aile İlişkileri* (s. 37-40). içinde

Russel, B. (2010). *Battered Women Syndrome As a Legal Defense, History Effectivenessand Implications*. USA.

Sevil, Ü., & Yanikkerem, E. (2006). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. İzmir: Güven Kitapevi.

Sheafor, B., & Horejsi, C. (2002). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. USA.

Smith, T. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis: A review. *Health Psychology* 11 (3), 139-150.

Standford, M., Houston, R. J., & Baldridge, R. M. (2008, 27 Kasım). Comparison of impulsive and premeditated perpetrators of intimate partner violence. *Behavioral Sciences The Law*, s. 709-722.

Suata, C. Ö. (2018). 8 Haftalık Pilates Egzersizlerinin, Kadın Konukevinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınların Bilişsel Çarpıtma, Psikolojik Dayanıklılık Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Tez*. Kocaeli Üniversitesi.

Şahin vd. (2012). Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 23-32.

Şahin, E. M. (2012). Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 23-32.

Şahin, N., & Savaşır, İ. (1997). *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Şalcıoğlu, E. (2003). Travma sonrası stres bozukluğu: Ampirik bulgular. *Psikolojik Travma ve Sonuçları* (s. 65-78). içinde İstanbul.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2015). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2015). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.

TC Kadın Statüsü Başkanlığı Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. (2008).

Tamgoç, Y. (2019). Kadına yönelik şiddetin farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Yüksek lisans tezi.İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Iğdır.

The World Conference on Human Rights. (1993). United Nations Commission on the Status of Women Established a Special Working.

Türkçarpar, H. (2008). *Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2009). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Belirleyenleri*.

Uçar, M. A. (2003). *Aile İçi Şiddet ve Aile Koruma Yasası*. Ankara: Yetkin.

Ümran, D. (2000). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *A.Ü.Hemş.Y.O.Dergisi*, 57-61.

Ünsal, A. (1996). Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi. *Cogito*(6-7), 32.

Ünübol, H., & Sayar, G. H. (2020, Haziran 6). Türkiye’de Hostilitenin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi Cilt 6, Sayı 45. *İslam Medeniyeti Dergisi*, 22-45.

Vahip, I., & Doğanavşargil, Ö. (2006). Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatr Dergisi*, 107-114.

Vatandaş, C. (2003). *Aile Ve Şiddet Türkiye’de Eşler Arası Şiddet*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları.

Vidmar, N., & Schuller, R. (1992). Battered woman syndrome evidence in the courtroom. *Law and Human Behavior*, 273-291.

- Vural, M., & Başar, E. (2006). Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi:Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi? *AnadoluKardiyoloji Dergisi*, 55-59.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*.
- Walker, L. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Walker, L. (2000). *The Battered Women Syndrome*. 2ed Edition Sipringer Publishing Company.
- World Health Organization. (2002). *Violence by intimate partners*.
- Yanık, A. (2014). Kadına Yönelik Şiddet Davranışlarının Değerlendirilmesi: Türkiye’den Kanıt. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 104-111.
- Yanikkerem, E. (2002). 15–49 Yaş evli kadınların aile içi şiddete ilişkin görüşlerinin ve şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Yıldız, T. (2011). Kadına Yönelik Şiddet ve Şiddeti Tanılamada Acil Hemşiresinin Rolü. 59-66.
- Young, G. H., & Gerson, S. (1991). New psychoanalytic perspectives on masochism and spouse abuse. 30-38. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.1.30>.

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Üsküdar Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Adli Psikoloji ve Davranış Delilleri Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sibel Şahin tarafından, Dr. Öğretim Üyesi Remziye Keskin'in danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde 15 dakikanızı ayırmanız yeterli olacaktır. Bu form hırpalanmış kadın sendromu yaşayanlarda sosyodemografik değişkenler ile psikolojik belirtileri arasında ilişkinin incelenmesi için kullanılmaktadır.

Hırpalanmış kadın sendromu, kocasından veya duygusal ilişki yaşadığı partnerinden devamlı fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet gören kadınların psikolojik durumlarını niteleyen bir kavramdır. Kişilerin maruz kaldıkları şiddet yalnızca fiziksel değil psikolojik anlamda da ciddi sorunlar yaratmaktadır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup katılımcılardan herhangi bir ücret talebi ya da katılımcılara bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kapsamında size yöneltilen soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Lütfen her sayfanın başında yer alan yönergeleri dikkatlice okuyarak sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz yanıtı vermeye çalışın. Araştırma bulgularının doğruluğu açısından, soruların samimi bir şekilde cevaplanması ve boş soru bırakılmaması önemlidir. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresi boyunca edinilen tüm bilgiler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz araştırmacı dışında üçüncü bir kişiyle paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılarak hazırlamakta olduğum yüksek lisans tezi kapsamında bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim. Çalışma ile ilgili sorunuz olursa aşağıdaki iletişim adresini kullanabilirsiniz.

Sibel ŞAHİN

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

1.Yaşınız

18-25

25-35

35-45

45 ve üstü

2.Eğitim durumunuz

İlkokul

Ortaokul

Lise

Lisans

Yüksek Lisans /Doktora

3.Medeni durumunuz

Evli

Bekar

Boşanmış

4.Çocuk

Yok

1 çocuk var

2 çocuk var

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

3 çocuk var

4 çocuk ve üstü var

5.Mesleğiniz

Öğretmen

Bankacı

Ev hanımı

Sağlık çalışanı

Diğer

6.Çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

Emekliyim

7.Gelir düzeyiniz

0-500

500-1000

1000-1500

1500-2000

2000-3000

3000 ve üstü

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

8.Sigara kullanımı

Kullanıyorum

Kullanmıyorum

9.Alkol kullanımı

Kullanmıyorum

Ayda bir kullanıyorum

Haftada bir kullanıyorum

Hemen hemen her gün kullanıyorum

10.Madde Kullanımı

Kullanmıyorum

Tek tip madde kullanıyorum

Birden fazla tek tip madde kullanıyorum

11.Yaşadığınız bölge

Köy

İlçe

Şehir

12.Kiminle Yaşıyorsunuz?

Yalnız

Eş ve çocuk/çocukları ile

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

Çocuk/çocukları ile Ebeveynleri ile

Ebeveynleri ve çocuk/çocukları ile

Yakınları (Akraba/Arkadaş) ile

Sosyal kurumda

Sokakta (Evsiz)

13.Kardeş sayınız

Bir kardeşi var

İki kardeşi var

Üç kardeşi var

Kardeşi yok

Dört kardeş ve üzeri

14.İlişkiniz ne kadar süredir devam ediyor?

Bir aydır devam ediyor

1 yıldır devam ediyor

2-5 yıldır devam ediyor

5-10 yıldır devam ediyor

10-15 yıldır devam ediyor.

15 yıl ve üstü süredir devam ediyor

15.Kimden Şiddet Görüyorsunuz?

Eş

Cinsel partner (Sevgili)

16.Ne türde şiddet görüyorsunuz?

Fiziksel Şiddet (Tokat atmak, itip kakmak, dövmek, yakmak vb.)

Duygusal Şiddet (Kişiye lakap takmak, küçük düşürmek, alay etmek, aşağılamak vb.)

Cinsel Şiddet (İstenmeyen cinsel temaslara, sözlü cinsel ifadeler, tecavüz vb.)

17.Ne kadar süredir şiddet görüyorsunuz?

1 aydır şiddet görüyorum

2-6 aydır şiddet görüyorum

7-12 aydır şiddet görüyorum

5 yıldır şiddet görüyorum

5 ve üstü süredir şiddet görüyorum

18.Ne kadar sıklıkla şiddet görüyorsunuz?

Haftada birkaç kez

Ayda birkaç kez

3-5 ay arayla

Her gün

Yılda birkaç kez

19.Size destek olacak insanlar var mı?

Yok

Ebeveynlerim destek oluyor

Kardeş/Kardeşlerim destek oluyor

Akrabalarım destek oluyor

Arkadaş/Arkadaşlarım destek oluyor



EK-2 KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0.Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Oldukça fazla var 4.Çok fazla var

1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	①	①	②	③	④
2.Baygınlık, baş dönmesi	①	①	②	③	④
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	①	①	②	③	④
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	①	①	②	③	④
5.Olayları hatırlamada güçlük	①	①	②	③	④
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	①	①	②	③	④
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	①	①	②	③	④
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	①	①	②	③	④
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	①	①	②	③	④
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	①	①	②	③	④

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

11.İştahta bozukluklar	①	①	②	③	④
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	①	①	②	③	④
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	①	①	②	③	④
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	①	①	②	③	④
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	①	①	②	③	④
16.Yalnızlık hissetmek	①	①	②	③	④
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	①	①	②	③	④
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	①	①	②	③	④
19.Ağlamaklı hissetmek	①	①	②	③	④
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	①	①	②	③	④
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	①	①	②	③	④
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	①	①	②	③	④
23.Mide bozukluğu, bulantı	①	①	②	③	④
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	①	①	②	③	④
25.Uykuya dalmada güçlük	①	①	②	③	④

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	①	①	②	③	④
27.Karar vermede güçlükler	①	①	②	③	④
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	①	①	②	③	④
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	①	①	②	③	④
30.Sıcak, soğuk basmaları	①	①	②	③	④
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	①	①	②	③	④
32.Kafanızın bomboş kalması	①	①	②	③	④
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	①	①	②	③	④
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	①	①	②	③	④
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	①	①	②	③	④
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük	①	①	②	③	④
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	①	①	②	③	④
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	①	①	②	③	④
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	①	①	②	③	④
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	①	①	②	③	④

Hırpalanmış Kadın Sendromu Yaşayanlarda Sosyodemografik Değişkenler ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

41.Birşeyleri kırma, dökme isteği	①	①	②	③	④
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma	①	①	②	③	④
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	①	①	②	③	④
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	①	①	②	③	④
45.Dehşet ve panik nöbetleri	①	①	②	③	④
46.Sık sık tartışmaya girmek	①	①	②	③	④
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	①	①	②	③	④
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	①	①	②	③	④
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	①	①	②	③	④
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	①	①	②	③	④
51.Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	①	①	②	③	④
52.Suçluluk duyguları	①	①	②	③	④
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	①	①	②	③	④

ÖZGEÇMİŞ

SİBEL ŞAHİN

2017 yılında Maltepe Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü'nden mezun oldum. 2017 Ağustos ayından itibaren üç yıl boyunca Çekmeköy Final Özel Öğretim Kursu'nda çalıştım. Ergen psikolojisi, okula uyum, sınav kaygısı, sınava hazırlık süreci, verimli ders çalışma, öğrenme güçlüğü gibi konularda lise grubu öğrencileriyle çalıştım. Bu süreçte gerekli test eğitimlerimi tamamladım. Şuan Yakacık Final Okulları'nda psikolojik danışman olarak görev yapmaktayım.

