



T.C.

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

**KADINLARDA YAKIN PARTNER ŞİDDETİ MARUZİYETİNİN
ÖZKİYIM OLASILIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE MADDE
KULLANIMI VE TRAVMATİK STRESİN ARACI ROLÜ**

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

İSTANBUL

2025

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

KADINLARDA YAKIN PARTNER ŞİDDETİ
MARUZİYETİNİN ÖZKİYIM OLASILIĞI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE MADDE KULLANIMI VE
TRAVMATİK STRESİN ARACI ROLÜ

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Tezin Sunulduğu Tarih: 11/02/2025

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN

İSTANBUL

2025

T.C. İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrenci Adı Soyadı	Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU
Öğrencinin Numarası	211107313
Anabilim Dalı	Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Programın Adı	Klinik Psikoloji
Çalışmanın Başlığı	Kadınlarda Yakın Partner Şiddeti Maruziyetinin Özkiyım Olasılığı Üzerindeki Etkisinde Madde Kullanımı ve Travmatik Stresin Aracı Rolü
Çalışmanın Türü	Yüksek lisans tezi ☒ Doktora tezi ☐ Sanatta yeterlilik tezi ☐ Proje ☐

Jürimiz **11.02.2025 tarihinde** toplanarak yukarıda detayı verilen tezi incelemiş ve **60 dakika** süreyle yapılan sözlü sınav sonunda **Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU''nu oybirliği ile başarılı bulmuştur.**

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Karar			İmza
		Başarılı	Başarısız	Düzeltilme	
Başkan	Doç.Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN	✓			
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKÇAY USUN	✓			
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Anıl Özge ÜSTÜNEL	✓			
Üye					
Üye					

ABD Bildirim Tarihi	
EYK Kararı Tarih ve Sayısı	

TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ÖZGÜNLÜK BEYANI

Öğrenci Adı Soyadı	Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU		
ABD - Program	Klinik Psikoloji Anabilim Dalı		
Tez Başlığı	Kadınlarda Yakın Partner Şiddeti Maruziyetinin Özkıyım Olasılığı Üzerindeki Etkisinde Madde Kullanımı ve Travmatik Stresin Aracı Rolü		
Tez Türü	Yüksek lisans ☒	Doktora ☐	Sanatta yeterlilik
Etik Kurul İncelemesi	Yapıldı. Sonuç olumlu ☒	Gerekli Değil ☐	
İntihal Raporu	Olumlu ☒		
Danışman Onayı	Var ☒		
Projeyi Destekleyen Kurum			Yok ☐

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

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU - İMZA

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

Sincerely

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleştirilmesinde, çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Doç. Dr. İmran GÖKÇEN YILMAZ KARAMAN'a, danışman hocam ile tanışmama vesile olan kıymetli hocam Prof. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ ve sevgili arkadaşım Uzm. Psk. Merve ÇELİK'e, engin bilgileri ile istatistiği sevdiren sayın bölüm başkanımız Prof. Ömer Faruk ŞİMŞEK'e, çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan bütün kadın katılımcılara, veri toplama aşamasında başta Dr. Tuğçe DOĞAN olmak üzere, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'nin tüm asistan doktor, öğretim üyeleri ve çalışanlarına, fiziksel uzaklığa rağmen çokça destek olan eski mesai arkadaşım, sevgili ablam Şebnem CEYLİ'ye, tüm sancılarımı tanıdık olan, benimle birlikte kaygılanan, çözümler bulan sevgili arkadaşım Meryem DOĞAN ve ailesine, lisans ve yüksek lisans süreçlerimde maddi manevi ikinci ailem olan YILMAZ ailesine, bir çocuğun sahip olabileceği en güzel rol model olduğu için sevgili ablam, sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Anıl Özge ÜSTÜNEL'e;

Hep sesimin daha yüksek çıkması için beni teşvik eden, savaşçı, şu an olduğum kişiyi borçlu olduğum, hayatımda gördüğüm en çalışkan, azimli insan ve şahsına münhasır bir baba olduğu için Turgay ÖMERÜLFARUKOĞLU'na;

Her düştüğümde beni kaldıran, özgür bir kadın olarak beni yetiştiren, çok sevdiğim, tarafından çok sevildiğim ve çok özlediğim, şu an'ımı paylaşmak istediğim tek kişi olan, unutkanlığın bulaşıcı olduğu bu çağda, hatırlama mücadelesi veren canım annem Gönül ÖMERÜLFARUKOĞLU'na teşekkürü bir borç bilirim.

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU

İstanbul, Ocak 2025

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HIAA	5-hidroksiindolasetik asit
APA	American Psychological Association
APB	Amerikan Psikiyatri Birliği
BAPİRT	Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama
BİÖ-KF	Bileşik İstismar Ölçeği-Kısa Form
BOS	Beyin omurilik ıvısı
CASr	Composite Abuse Scale revised
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CRF	Kortikotropin salgılatıcı faktör
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DFA	Doğrulayıcı faktör analizi
DSM-5	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GAS	Genel Adaptasyon Sendromu
HPA	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
İÖÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
KBYZ	Kendi bedenine yönelik zarar
KGİ	Klinik Global İzlenim
KKT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
LGBTİ	Lezbiyen Gey Biseksüel Transseksüel İnterseksüel
NMDA	N-metil-D-aspartat
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PCL-5	DSM-5 için TSSB Kontrol Listesi
SNS	Semptatik sinir sistemi
TCK	Türk Ceza Kanunu
THC	Delta-9-tetrahidrokannabinol
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	World Health Organization
YPŞ	Yakın Partner Şiddeti

ÖZET

KADINLARDA YAKIN PARTNER ŞİDDETİ MARUZİYETİNİN ÖZKIYIM ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE MADDE KULLANIMI VE TRAVMATİK STRESİN ARACI ROLÜ

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU

İstanbul Rumeli Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN

11/02/2025, LXXV

Bu çalışmanın ilk aşamasında yakın partner şiddetini ölçümleyen Composite Abuse Scale revised (CASr) Türkçe'ye geçerliliği ve güvenirliği sağlanmaya çalışılmış daha sonra, kadınlarda yakın partner şiddeti maruziyetinin özkıyım olasılığı üzerindeki etkisinde madde kullanımı ve travmatik stresin aracı rolü incelenmiştir. Çalışma, 2024 yılında bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuruda bulunan 126 kadın katılımcı ile yürütülmüş, sosyodemografik ve klinik veri formu, Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama (BAPİRT)-Alkol, Madde, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), DSM-5 için TSSB Kontrol Listesi (PCL-5), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve çalışmanın ilk safhasında Türk dil ve kültürüne adaptasyonu sağlanan Bileşik İstismar Ölçeği-Kısa Form uygulanmıştır. Betimsel analizler SPSS 23.0 ile doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modeli Lisrel 8.80 programı ile hesaplanmıştır. Normal dağılımın sağlanamadığı gerekçesi ile aracılık analizleri için AMOS 28 programında bootstrap metodu uygulanmıştır. Gerçekleştirilen analizler sonucu, yakın partner şiddeti maruziyetinin özkıyım olasılığı üzerindeki etkisinde madde kullanımı ve travmatik stres değişkenlerinin aracı rolü olduğu bulunmuş, madde kullanımı ile travmatik stres değişkenleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Anahtar sözcükler: Yakın Partner Şiddeti, İntihar Olasılığı, Madde Kullanım, Travmatik Stres

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF SUBSTANCE USE AND TRAUMATIC STRESS IN THE EFFECT OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE EXPOSURE ON SUICIDE IN WOMEN

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU

İstanbul Rumeli University

Graduate Education Institute

Master of Science Thesis in Clinical Psychology

Advisor: Assoc. Prof. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN

11/02/2025, LXXV

In the first stage of this study, the validity and reliability of the Composite Abuse Scale revised (CASr), which measures intimate partner violence, was tried to be ensured, and then the mediating role of substance use and traumatic stress in the effect of intimate partner violence exposure on the probability of suicide in women was examined. The study was conducted with 126 female participants who applied to the psychiatry outpatient clinic of a university hospital in 2024, and a sociodemographic and clinical data form, Addiction Profile Index Risk Screening (BAPIRT)-Alcohol, Substance, Fagerström Nicotine Addiction Test (FNBT), PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Suicide Probability Scale (SPS) and Composite Abuse Scale-Short Form, which was adapted to Turkish language and culture in the first phase of the study, were applied. Descriptive analyses were calculated with SPSS 23.0, confirmatory factor analysis and structural equation model with Lisrel 8.80 program. On the grounds that the normal distribution could not be achieved, the bootstrap method was applied in the AMOS 28 program for mediation analysis. As a result of the analyzes, substance use and traumatic stress played a mediating role in the effect of intimate partner violence exposure on the probability of suicide, no significant relationship was found between substance use and traumatic stress variables.

Keywords: Intimate Partner Violence, Suicide Probability, Substance Use, Traumatic Stress

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	ii
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ÖZGÜNLÜK BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
BÖLÜM 1	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Sayıtlar.....	6
1.4. Araştırmanın Önemi.....	6
BÖLÜM 2	
KURAMSAL/KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	7
2.1. İntihar.....	7
2.1.1. Endokrinolojik Açıklama.....	9
2.1.2. Aşırı Genel Otobiyografik Bellek Modeli	9
2.1.3. Psikanalitik Kuram.....	10
2.1.4. Kaçış Kuramı.....	10
2.1.5. Kişilerarası İntihar Kuramı	10
2.1.6. Üç Aşamalı İntihar Kuramı	11
2.1.7. Bütünleyici Güdüsel İradesel Model.....	11
2.1.8. Toplumbilimsel Açıklama	11
2.2. Yakın Partner Şiddeti.....	12
2.2.1. Ekolojik Model.....	13
2.2.2. Feminist Yaklaşım.....	13
2.3. Madde Kullanımı.....	14
2.3.1. Bağımlılığın Nörobiyolojisi	15
2.3.2. Bağımlılığın Bileşenleri	15

2.3.3. Tütün	17
2.3.4. Alkol.....	17
2.3.5. Esrar	18
2.3.6. Opiyatlar.....	18
2.3.7. İlaç Kötüye Kullanımı	19
2.4. Travmatik Stres.....	19
2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	20
2.4.2. Örselenmiş Kadın Sendromu.....	20
2.4.3. Travmatik Bağlanma Kuramı	21
2.4.4. Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) Aksı.....	21
2.4.5. Genel Adaptasyon Sendromu (GAS).....	21
2.5. Alanyazın	22
2.5.1. Yakın Partner Şiddeti, İntihar, Madde Kullanımı ve Travmatik Stres İle İlişkili Çalışmalar.....	22
BÖLÜM 3	
GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Modeli.....	26
3.2. İstatistiksel Analiz.....	27
3.3. Etik Kurul Onayı.....	27
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	27
3.4.1 Dahil Etme Kriterleri.....	28
3.4.2 Dışlama Kriterleri	28
3.5. Uygulama.....	33
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	34
3.6.2. Composite Abuse Scale Revised – Short Form (CASr-Kısa Formu).....	34
3.6.3. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama - Alkol Ölçeği (BAPİRT-Alkol Ölçeği)	35
3.6.4. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama - Madde Ölçeği (BAPİRT-Madde Ölçeği)	35
3.6.5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	35
3.6.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5).....	36
3.6.7. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	36
BÖLÜM 4	
BULGULAR	37

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	37
4.2. CASr-Kısa Formu Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik İstatistikler	40
4.2.1. Alternatif Modellerin Karşılaştırılması.....	42
4.3. Ölçme Model Testi	47
4.4. Yapısal Model Testi.....	52
BÖLÜM 5	
TARTIŞMA VE SONUÇ	54
5.1. Sınırlılıklar ve Güçlü Yönler	56
5.2. Klinik Alan Önerileri	57
5.3. Araştırma Alanı Önerileri	59
KAYNAKLAR	60
EKLERİ	I
EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	II
EK 2. Sosyodemografik ve Kinik Veri Formu	III
EK 3. BAPİRT - Alkol Ölçeği	IV
EK 4. BAPİRT - Madde Ölçeği	V
EK 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	VI
EK 6. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL – 5).....	VII
EK 7. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	VIII
EK 8. Bileşik İstismar Ölçeği - Kısa Form (BİÖ - KF)	XII
ÖZGEÇMİŞ	XV

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Araştırma kapsamında test edilecek model.....	26
Şekil 2. Alternatif model 1'in standardize faktör yükleri	42
Şekil 3. Hata atanmış alternatif model 1'in standardize edilmiş faktör yükleri.....	44
Şekil 4. Alternatif model 2'nin standardize faktör yükleri	46
Şekil 5. Ölçme model testine ilişkin standardize değerler	50
Şekil 6. Yapısal model	52



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Güç analizi sonuçları	27
Tablo 2. Katılımcılara ait sosyo-demografik istatistikler	28
Tablo 3. Katılımcılara ait klinik istatistikler	29
Tablo 4. Normal dağılıma ilişkin istatistikler	33
Tablo 5. Değişkenlere ilişkin ortalama puan ve standart sapma değerleri	37
Tablo 6. Alkol ve psikoaktif madde kullanımına ilişkin istatistikler	38
Tablo 7. Tütün kullanımına ilişkin istatistikler	38
Tablo 8. CASr-Kısa Formu maddelerine ilişkin sıklık değerleri	39
Tablo 9. Madde-toplam istatistikleri	40
Tablo 10. Madde-toplam istatistikleri (revize)	41
Tablo 11. Alternatif model 1'e ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri	43
Tablo 12. Hata atanmış alternatif model 1'e ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri	45
Tablo 13. Alternatif model 2'ye ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri	47
Tablo 14. Alternatif model 2'ye ilişkin faktörler arası ilişkiler	47
Tablo 15. Değişkenler arası Spearman korelasyon değerleri	49
Tablo 16. Ölçüm modeline ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri	51
Tablo 17. Örtük değişkenler arası ilişkiler	52

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Bu araştırma, kadınlarda yakın partner şiddetinin intihar olasılığı üzerindeki etkisinde madde kullanımı ve travmatik stresin aracı rolünü incelemektedir. Giriş bölümünde çalışmanın problemi ele alındıktan sonra, sırası ile araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, ve araştırmanın sayıtları açıklanmıştır. İkinci bölümde, çalışmada tartışılan kavramlara yönelik tanım, kavram ve kuramlara yer verilmiş, alanyazındaki ilgili çalışmalara atıfta bulunulmuştur. Üçüncü bölümde, çalışmanın gereç ve yöntem kısmı açıklanmış, araştırmada kullanılan istatistiksel analiz metodu, araştırmanın modeli, katılımcılar ile ilgili klinik, sosyodemografik bilgiler ve kullanılan ölçme araçlarına yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise araştırmanın istatistiksel bulguları rapor edilmiştir. Araştırmanın beşinci bölümü olan tartışma ve sonuç bölümünde ise sonuçlar değerlendirilmiş, araştırmanın kısıtlılıkları tartışılmış, sonraki araştırmalara ve klinisyenlere yönelik görüşler belirtilmiştir.

1.1. Araştırmanın Problemi

Alanyazın incelendiğinde, yakın partner şiddetini (YPŞ) ölçmeye yönelik yaklaşımların fiziksel (bazen de cinsel) odaklı olmaları ve YPŞ'nin karmaşık ve çok boyutlu doğasını ölçümlemede yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Composite Abuse Scale (CASr) kısa formunun da amacı YPŞ'nin karmaşık doğasını katılımcı yükünü hafifleterek ölçmektir (Ford-Gilboe ve ark., 2016). Ancak CASr-kısa formunun Türkçe'ye geçerli ve güvenilir uyarlaması gerçekleştirilmemiş olması klinik ve akademik alandaki eksikliklerden biridir.

Yakın tarih olan 2000'den 2022'ye kadar ki intihar vakaları incelendiğinde, 22 yılda yaklaşık %36 oranında artış gözlemlenmektedir. 2022 verilerine göre 13,2 milyon kişide ciddi düzeyde intihar düşünceleri mevcut iken, 3,8 milyon kişi intihar düşüncesini davranışa çevirmek amacıyla plan yapmış ve 1,6 milyon kişi intihar girişiminde bulunmuştur. Her 11 dakikada bir tamamlanmış intiharın gerçekleştiği 2022 yılında 49 binin üstünde kişi intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. 10-14 ve 25-34 yaş grupları arasında intihar en yaygın ikinci ölüm sebebi olması, genç kuşakların intihar girişimi açısından risk grubu olduğunun bir göstergesidir (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her yıl 100 binden fazla kişi intihar girişimi sonucu hayatını

kaybediyor. Ayrıca 15-29 yaş aralığındaki ölümlerde intihar dördüncü sırada yer almaktadır. Birçok intihar, kişinin başa çıkmakta zorlandığı durumlarda meydana gelmektedir. 2019 verilerine göre dünya çapında gerçekleşen intiharların %77'sinden fazlası düşük ve orta gelir sahibi ülkelerde görülmektedir. İntiharların %20'si çoğunlukla düşük ve orta gelirli ülkelerde kendini zehirlenme metodu ile görülmektedir (World Health Organization [WHO], 2021). İntiharlara yönelik betimsel özellikleri belirlemede güçlükler yaşanmaktadır. Özellikle veriler incelendiğinde, tamamlanmış intihar vakalarının büyük bir kısmının nedeni bilinmemektedir. Bu durum, intihar davranışının dini, sosyal ve politik bağlamlardan etkileniyor olması, intihar hakkında konuşmak istenmemesi, verilerin birtakım gerekçelerle çarpıtılıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Alptekin ve Duyan, 2021, ss. 31-39). İntihar toplumsal dinamiklerle yakından ilişkilidir: Kişinin yaşadığı toplum normlarına uymayan eylemleri sonucu, bu eylemin getirdiği utanç veya toplum yönlendirmesi ile de kişinin kendini öldürme davranışı görülebilir (Eskin, 2023, s.12).

Ata, Bayrak ve Yılmaz (2021) tarafından 1 Ağustos 2018 ile 1 Ağustos 2019 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesine intihar vakası olarak gelen 135 hastanın retrospektif incelenmesine göre, hastaların büyük çoğunluğunun bir yıl içinde, birden fazla kez intihar girişimi olduğu saptanmıştır. İntihar sıklıkla psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilse de toplumun her kesiminde görülebilir. Özellikle, psikiyatrik tanısı bulunmayan kişilerde yaşam stresörleri ve sosyal desteğin eksikliği kişiyi intihara sürükleyebilir (Sher, 2024). 2002-2022 yılları arasında Türkiye'deki tamamlanmış intiharların sosyodemografik incelemesine göre, 2019 yılına kadar tamamlanmış intiharlar düşük eğitim seviyesine sahip kişilerde yoğunlukta gerçekleşmektedir. 2019 yılından itibaren ise lise ve dengi eğitim seviyesine sahip kişilerde tamamlanmış intihar davranışı daha sık görülmektedir (Türkkan ve Yücel, 2024). Yıllar içinde, intihar davranışındaki risk grubunun düşük eğitim seviyesinden orta eğitim seviyesine çıkmış olması, intihara yönelik çeşitli araştırma ve önleme programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla, intihar olgusu ve intiharı önlemede akademik alanda yapılacak yeni çalışmalar klinik alanın da önünü açacaktır.

Her birey yaşam, özgürlük ve güvenlik hakkına sahiptir (United Nations, 1948, md.3). 2023 yılında Mor Çatı'ya başvuran kadınların neredeyse hepsi şiddetin birden fazla formuna maruz kalmışlardır. 2023 yılı başvurularında, şiddet faillerinin %53,5'i partner, %12'si ise eski partnerlerden oluşmaktadır (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2024). Şiddet uygulayanların yarısından fazlasının kadınların yakın ilişki yaşadıkları kişiler olması, YPŞ'nin günümüzdeki problematik halini devam ettirmektedir. Kadın Cinayetlerini

Durduracağız Platformu'nun (2025) 2024 yılı raporuna göre, kadın cinayet ve şüpheli ölümleri en yüksek seviyeye çıkmıştır. 394 kadın cinayeti işlenmiş ve kadınların %57'si kendileri için en güvenilir yer olması gereken evlerinde öldürülmüşlerdir. İstanbul Sözleşmesi'nin imzalandığı 2011 yılı haricinde her geçen yıl kadın cinayetlerinde artış görülmektedir.

YPŞ, fiziksel şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet ve kontrol edici davranışlar dahil olmak üzere, yakın bir partner veya eski partner tarafından fiziksel, cinsel veya psikolojik hasara neden olan davranışları ifade eder. Global çerçevede her üç kadından biri yaşamları boyunca fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. YPŞ önemli bir halk sağlığı sorunu olup yaralanma, depresyon, anksiyete bozuklukları, planlanmamış gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV ve diğer birçok sağlık sorunu riskinin artmasıyla ilişkilidir (WHO, 2010). Infertilite tedavisi için bir eğitim araştırma hastanesine başvuran kadınların %47,9'u yaşam boyu YPŞ'ye maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Akpınar ve ark., 2017). Türkiye'de 2000-2010 yılları arasında kadınlara yönelik YPŞ'yi araştıran 21 nicel araştırmanın sonuçlarına göre, maruz kalan YPŞ oranları %13 ila %78 arasında değişmektedir. Ancak kadına yönelik YPŞ yaygınlığını belirlemenin zor olduğunun da altını çizmek gerekir. Çünkü birçok mağdur şiddeti ev içi mahrem bir konu olarak görerek yardım arama davranışında bulunmamaktadır (Güvenc, Akyüz ve Cesario, 2014). 2015-2016 yılları arasında yapılan çalışmada ise örneklemdaki kadınların yaklaşık yarısının son bir yılda psikolojik şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Psikolojik şiddete maruz kalan kadınlar şiddetle başa çıkabilmek için boyun eğici bir yaklaşımda bulunurken, fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalan kadınlar kendine güven ve iyimser başa çıkma stratejilerini daha az kullanmışlardır. Genel çerçevede ise şiddete maruz kalan kadınlar sosyal desteği başa çıkma stratejisi olarak kullanmamışlardır (Gümüüş, Şıpkın ve Erdem, 2020). Akadlı-Ergöçmen, Yüksel-Kaptanoğlu ve Jansen (2013) YPŞ ve yardım arama davranışı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, örneklemdaki kadınların %36'sının YPŞ'ye maruz kaldığı ve yarısının ise şiddetli YPŞ'ye maruz kaldığını saptamışlardır. Şiddet arttıkça kadınların yardım arama davranışları da artmaktadır ancak burada önemli olan nokta kadınların YPŞ için ne tür bir başa çıkma stratejisi izledikleridir. Araştırma, kadınların YPŞ'ye tepki göstermeleri durumunda, çoğunlukla şiddetle karşılık verme ve evi terk etme gibi gayri resmi stratejileri tercih ettiklerini göstermiştir. Kadınların resmi kurumlardan yardım arama davranışında bulunmamasının nedeni, maruz kaldıkları şiddetin ciddi düzeyde olmadığına ilişkin algılarıdır. Özetle, kadınlar YPŞ'yi aile sırrı olarak görmekte, saklamakta, boyun

eğmekte, şiddetin boyutunu normalize etmekte, şiddetin artmasıyla birlikte kendileri de şiddet uygulamakta veya evi terk etmektedir.

Sessiz bir yıkım olan YPŞ, mağdurların bugününü ve geleceğini etkilerken aynı zamanda toplumu da etkilemektedir. Campbell'e (2002) göre dünya genelinde istem dışı gebeliklerin %3 ila %13'ü YPŞ sonucunda görülmektedir. Bu durum hem mağdur, hem bebek dolayısıyla da toplum geleceği açısından risk teşkil etmektedir.

Ölümle sonuçlanmış intihar vakalarında, yakın partner ilişkilerinde çatışma yaşayan ve/veya diğer kişilerarası ilişkilerinde çatışma yaşayanlar, hiçbir ilişki alanında çatışma yaşamayanlara kıyasla madde kullanımı ile ilişkili sorunlara daha yatkındırlar (Choi, Marti ve Choi, 2023). Brown ve Seals (2019) yürüttükleri çalışmalarında, intihar vakalarının yüzde kaçının yakın partneri ile sorunları olduğunu bildirdiğine ve bu kişilerin yüzde kaçının YPŞ'ye maruz kaldığını belirlemeye yönelik bir kodlama sistemi oluşturmuşlardır. Çalışmalarında, intihar vakalarının dörtte birinin yakın partnerleri ile sorunları olduğu, bu dilimin ise yaklaşık yarısının YPŞ'ye maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu oranlar, intihar vakalarında YPŞ'nin etkisini yadsınamaz bir şekilde göstermektedir.

YPŞ'ye maruz kalan bireylerde depresyonla ilişkili bozukluklar görülme sıklığı 3 kat, anksiyete ve ilişkili bozuklukların görülme sıklığı 4 kat, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarının görülme sıklığı ise 7 kat daha fazla iken madde kötüye kullanımı ile anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Oram, Khalifeh ve Howard 2016). Kadın ve erkeklerde YPŞ'yi inceleyen meta-analiz çalışmasının bulgularına göre, YPŞ maruziyetinin ilişkili olduğu faktörler arasında intihar düşüncesi, travmatik, depresif, anksiyöz semptomlar yer almaktadır. Ancak cinsiyet değişkenine göre kategorize edildiğinde, kadınlarda YPŞ maruziyeti ile TSSB ve intihar düşüncesi, erkek grubuna kıyasla daha güçlü korelasyonel ilişki içindedir (Spencer, Keilholtz, Palmer ve Vail, 2022). Yalch ve Rickman'ın (2022) yürüttüğü çalışmaya göre YPŞ, TSSB semptomları ve tehlikeli madde kullanımı birbirleriyle pozitif yönde ilişkili oldukları bulunmuştur. YPŞ'nin alt boyutları (fiziksel, cinsel, psikolojik) birbirleriyle yüksek korelasyona sahipti. YPŞ alt tipleri ve TSSB semptomları arasında ($r=.26$, $p<0.05$), alkol kullanımı ile arasında ($r=.17$, $p<0.05$), psikoaktif madde kullanımı ile arasında ($r=.20$, $p<0.05$) ilişki saptanmıştır. TSSB semptomları ile madde kullanımı da ilişkilidir ($r=.19$, $p<0.05$). Ayrıca fiziksel YPŞ, TSSB semptomları ve madde kullanımı ile ilişkisi en yüksek olan alt boyuttur. Yapılan önyüklemeli regresyon analizlerine göre, fiziksel ve cinsel YPŞ'nin TSSB semptomları üzerinde düşük düzeyde anlamlı bir etkisi olduğu, sadece fiziksel YPŞ'nin alkol kullanımı üzerinde yüksek, psikoaktif madde kullanımı üzerinde ise orta düzeyde etkisi olduğu bulunmuştur.

İran’da kasten kendini zehirleme yöntemi ile intihar girişiminde bulunan 195 kadın 2 yıl boyunca takibe alınmıştır. Kadınların aile içi şiddete yönelik en fazla bildirdikleri şiddet türü fiziksel istismardır ve bunu sözlü istismar, çoklu istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar takip etmektedir (Hassanian-Moghaddam, Zamani ve Sarjami, 2014). Kadın ve erkeklerde YPŞ, depresyon semptomları ve intihar girişimlerini araştıran boylamsal derleme çalışması sonuçlarına göre, hem kadın hem erkeklerde YPŞ ile depresif semptomlar anlamlı bir ilişki içindedir. Ancak, erkeklerde YPŞ maruziyetinin intihar girişimi ile ilişkisi bulunamazken, kadınlarda ilişkili olduğu bulunmuştur (Devries ve ark., 2013). Y PŞ mağdurları sadece kadınlar değildir, ancak kadınlar erkeklere oranla çok daha fazla YPŞ’ye maruz kalmaktadır. Ayrıca LGBTİ bireyler de YPŞ maruziyetinde risk grubundadır. Sosyal, kültürel, etnik azınlık grupları, hamile kadınlar, yaşlı insanlar, düşük gelirli kişiler YPŞ’ye maruz kalma açısından daha fazla risk altındadır. YPŞ mağduriyeti için acil servis çalışanları dikkatli olmalı, mağdur ile yalnız görüşme gerçekleştirilmesi ve yargılayıcı tutum olmadan, hasta gizliliği ve güvenliği sağlanmalıdır. YPŞ’nin sonuçları fiziksel sonuçlarla sınırlı değildir. Mağdurlarda özellikle TSSB semptom belirtileri, depresyon, anksiyete, somatizasyon ve alkol/madde kullanım bozuklukları görülme olasılığı yüksektir (Dolan ve Walsh, 2024; Stewart, MacMillan ve Wathen, 2013). Mevcut literatür, YPŞ’nin sebep olduğu fizyolojik ve psikiyatrik sağlık sorunlarını detaylı bir şekilde açıklamaktadır. Ancak bu sağlık sorunlarının yol açtığı sonuçlara dair çalışmaların yeterli olduğu düşünülmemektedir. YPŞ’ye maruz kalan Afro-Amerikan kadınlar ile yapılan çalışma, YPŞ ile intihar amacı taşımayan kendine zarar davranışı arasındaki ilişkide TSSB semptom şiddetinin aracılık etkisini araştırmıştır. YPŞ boyutlarından fiziksel ve psikolojik YPŞ, TSSB semptom şiddeti ve intihar amacı taşımayan kendine zarar davranışı arasında anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır (Weiss, Dixon-Gordon, Duke ve Sullivan, 2015). Türkiye coğrafyasında da, YPŞ’nin sebep olduğu sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarının sonuçlarının kapsamlı bir şekilde tartışılmasına ihtiyaç vardır.

Şiddet ve intihar kavramları insanlığın ilk yıllarından beri var olan, köklü bir geçmişe sahip ancak günümüzde hala epidemik doğasını koruyan kavramlardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Eskişehir ili genelinde yaşayan 18-65 yaş aralığındaki ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadın hastalarda YPŞ maruziyetinin intihar olasılığını yordama gücü üzerinde madde kullanımı ve travmatik stresin aracı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında CASr kısa formunun Türk dil ve kültürüne geçerli ve güvenilir

adaptasyonunun yapılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın bir diğer amacı ise, madde kullanımı ve travmatik stresin modele anlamlı katkı yapıp yapmadığının belirlenmesidir. Madde kullanımı, alkol kullanımı, psikoaktif madde kullanımı ve tütün kullanımını kapsamaktadır. Bu doğrultuda;

H¹: Yakın partner şiddeti ile intihar olasılığı arasındaki ilişki anlamlıdır.

H²: Kadınlarda yakın partner şiddeti maruziyetinin intihar olasılığındaki etkisinde madde kullanımı ve travmatik stres değişkenlerinin aracı rolü vardır.

H³: Madde kullanımı ve travmatik stres arasındaki ilişki anlamlıdır.

1.3. Sayıtlar

Bu çalışmaya katılan herkesin, soruların hepsine içtenlikle cevap verdikleri varsayılmıştır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Şiddetin birçok türü bulunmaktadır. YPŞ, penetratif şiddet, zorbalık, intihar davranışları, yaşlı, çocuk istismar ve ihlali şiddet türlerinden bazılarıdır. Şiddetin bu türleri birbirinden bağımsız değerlendirilmemelidir. Her biri birbiriyle ilişki içindedir (Wilkins, Tsao, Hertz, Davis ve Klevens, 2014). YPŞ’de öteki tarafından bir maruziyet söz konusu iken, intihar davranışındaki şiddet eyleminde fail kişinin kendisidir, ancak her iki şiddet durumunda da mağdur edilgen roledir. Şiddetin varlığı değişmemiş, ancak faili değişmiştir. Çünkü, son nokta olan intihar davranışı, kişinin içinde bulunduğu zorlu durumu çözümsüz olarak algılaması sonucuyla meydana gelir (Eskin, 2023, s.50). Bu çalışma, şiddeti ve şiddetin sonucu olarak şiddetin varlığını göstermektedir. Gerçekleştirilen mevcut çalışma, Klinik Psikoloji, Psikiyatri ve Halk Sağlığı başta olmak üzere disiplinlerarası çalışma alanlarından olan YPŞ ve intihar arasındaki ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Yazar tarafından incelenen literatür taramasına göre Türkiye’de benzer çalışma yürütülmemiştir. YPŞ maruziyetinin sağlık çalışanları tarafından tanınması ve fark edilmesi, mağdurun iyileşmesi için en temel, ilk adımdır (Dicola ve Spaar, 2016). CASr kısa formunun Türkçe’ye adaptasyonu ile YPŞ maruziyetini klinik alanda anlamlandırmak ve yol açabileceği süreçlere dair bulgular mevcut çalışmanın bir diğer önemini göstermektedir. Madde kullanımı ile travmatik stresin, YPŞ ile intihar arasındaki ilişkide aracılık etkileri, ve bu aracı değişkenlerin klinik alanda kontrol altına alınabilecek değişkenler olması çalışmanın bir diğer önemini yansıtmaktadır.

BÖLÜM 2

KURAMSAL/KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Araştırmanın bu bölümünde intiharın tanımı, risk faktörleri, cinsiyet farklılığından bahsedilmiş, intihara yönelik endokrinolojik açıklama, aşırı genel otobiyografik bellek modeli, psikanalitik kuram, kaçış kuramı, kişilerarası intihar kuramı, üç aşamalı intihar kuramı, bütünleyici güdüsel iradesel model ve toplumbilimsel açıklamalara yer verilmiştir. İkinci olarak YPŞ tanımı, yaygınlığı, risk faktörleri ve maruziyetin sonuçlarına değinilmiş, YPŞ'ye yönelik ekolojik model ve feminist açıklamalara yer verilmiştir. Üçüncü olarak tartışılan kavram olan madde kullanımına yönelik riskler, popülasyondaki sıklık ve kullanılan maddelerdeki sıklık açıklanmıştır. Bağımlılığın nörobiyolojisi, bağımlılığın bileşenleri, tütün, alkol, esrar, opiyatlar ve ilaç kötüye kullanım, madde kullanım alt başlıklarında açıklanmıştır. Araştırmanın son kavramı olan travmatik stres ile ilgili genel bilgiler verilerek, TSSB, örselenmiş kadın sendromu, travmatik bağlanma kuramı, Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksı ve genel adaptasyon sendromuna (GAS) yer verilmiştir. Alanyazın bölümünde ise, YPŞ, intihar, madde kullanımı ve travmatik stres kavramlarının birbirleriyle ilişkilerine yönelik literatürden çalışmalara yer verilmiştir.

2.1. İntihar

İntihar, bireyin kendi yaşamına son verme eylemi olarak tanımlanmakta olup genellikle major depresyon süresince gerçekleşebilir, madde kullanım bozukluğu veya başka bir psikiyatrik bozukluk sonucunda görülebilir. Ancak psikiyatrik bir bozukluk olmaksızın, zorlu yaşam olayları da kişiyi intihar davranışına sürükleyebilir (American Psychological Association [APA], t.y).

İntihar kavramını bir sonuçtan ziyade süreç olarak ele almak önem arz etmektedir. İntihar kavramı, tamamlanmış intiharlar, intihar girişimleri ve intihar düşünceleri olarak üç alt başlıkta incelenebilir, sadece kişinin kendi yaşamına son veren bir eylemde bulunması olarak anlaşılmamalıdır. Tamamlanmış intihar kavramı, kişinin intihar davranışının ölümle sonuçlandığı intiharları kapsar, intihar girişimleri kavramında ise kişinin intihar davranışı ölümle sonuçlanmamıştır. İntihar, psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği gibi her intihar davranışında bulunan kişi psikiyatrik hastalığa sahiptir anlamına gelmez. Örneğin toplumsal cinayet ile intihar kavramını ayırt etmek gerekir. Ötanazi veya açlık grevlerinin de intihar adı altında incelenip incelenmemesi ile ilişkili farklı görüşler bulunmaktadır. Öte

yandan, tüm intiharlarda görülen ortak dinamiklerden biri psikolojik acıdır (Eskin, 2023). Shneidman'ın "psychache" kavramı zihindeki psikolojik acı, ıstırap olarak ifade edilmektedir. Psikolojik acı, yüksek oranda utanç, suçluluk, yalnızlık, korku ve pişmanlık ile ilişkilidir. Shneidman'e göre intihar, cinsiyet, yaş, ırk, sosyo-ekonomik statü gibi demografik bilgilerle veya sıklıkla intiharla ilişkilendirilen depresyonla açıklanması yeterli değildir. Tolere edilemez psikolojik acı intiharı yordamada önemli bir olgudur, depresyon aslında intiharın sebebi olarak düşünülmemelidir. İntihar davranışı, disfori, algısal aralığın daralması ve ölüm fikrinin eşlik ettiği ciddi düzeyde psikolojik acının sonucunda olur (Shneidman, 1993, s.145). Çalışmalar, psikolojik acı ile intihar riski ve davranışını ilişkili bulmuştur (Tanrıverdi, Bekircan ve Koç, 2022; Üzer ve Kurtses Gürsoy, 2022).

İntihar riskini arttıran faktörler; bireysel risk faktörleri, kişilerarası risk faktörleri, toplumsal risk faktörleri ve sosyal risk faktörleri olarak dört alt başlıkta incelenebilir. Kişinin daha önceki intihar girişimleri, ruhsal hastalık öyküsü, kronik ağrı gibi ciddi fiziksel hastalıklar, maddi sorunlar, dürtüsellik ve madde kullanımı bireysel düzeydeki risk faktörleridir. Kişilerarası risk faktörleri olarak, zorbalık, aile bireyinin veya sevilen birinin intiharı, yakın partner ilişkisinin sonlanması, şiddet içeren ilişkiler, ve sosyal olarak izole olma durumu sayılabilir. Asimilasyona maruz kalma, toplumsal şiddet, tarihsel travma ve ayrımcılık toplumsal düzeydeki risk faktörleri iken, intihara yönelik araç ve gereçlere erişimin kolaylığı ve medyanın intihar tasvirleri sosyal düzeydeki risk faktörleridir (CDC, 2024a). Her yıl intihar girişiminde bulunan ve hayatta kalan kişi sayısı, tamamlanmış intihar girişimlerinden yaklaşık 10-20 kat daha fazladır. Kadınların intihar girişiminde bulunma oranları erkeklere kıyasla daha yüksek iken, erkeklerin intihar eylemini tamamlama oranları kadınlara kıyasla daha yüksektir. Özellikle Batı coğrafyasında erkeklerin ateşli silah kullanım yöntemi, kadınların ise kendini zehirleme yöntemi ile intihar girişiminde bulundukları bilinmektedir. Tercih edilen yöntem farklılığı kadınların hayatta kalma olasılıklarını arttırmaktadır (Holland ve Crosby, 2022). Haziran 2008 ile Ocak 2010 tarihleri arasında intihar girişimi sebebiyle psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların incelendiği araştırmanın sonuçlarına göre, başvuranların %78'si kadın olup, ortalama yaş 24.6'dır. Girişimlerin %79'u ilaç içme yöntemi ile gerçekleşmiştir (Şevik, Özcan ve Uysal 2012).

2.1.1. Endokrinolojik Açıklama

İntihara ilişkin endokrinolojik açıklamalara göre, serotonin nörotransmitteri ile intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki vardır. Düşük serotonin seviyesi intihar davranışı için bir risk faktörüdür. Ayrıca, beyinde serotonin gibi çeşitli nörotransmitterlerin parçalanmasını sağlayan monoamin oksidaz etkinliğinin düşük olması intihar davranışı ile ilişkili olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (Cantor, 2015; Eskin 2023). Beyin omurilik sıvısındaki (BOS) 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) düzeyinin intihar davranışı ile ilişkili olduğuna yönelik literatürde çeşitli çalışmalar mevcuttur. BOS'taki düşük 5-HIAA seviyesi depresyon hastalarında da görülmektedir. Ancak, düşük 5-HIAA seviyesi ile intihar davranışı arasındaki ilişki depresyonla açıklanamaz. Şizofreni ve bazı dürtü kontrol bozukluklarına sahip kişilerde de düşük 5-HIAA ve intihar davranışı ilişkisi mevcuttur. 5-HIAA düzeyi ile intihar yöntemi de farklılaşmaktadır. Düşük 5-HIAA düzeyine sahip intihar girişiminde bulunan kişiler saldırgan yöntemler ile intihar davranışında bulunurken, normal 5-HIAA düzeyine sahip intihar girişiminde bulunan kişilerin yüksek doz ilaç/madde kullandığı görülmektedir. Depresyon tanılı intihar girişiminde bulunan kişilerin BOS'taki kortizol seviyesinde artış gözlemlenirken, depresyon tanısı bulunmayan intihar girişiminde bulunan kişilerin kortizol seviyelerinde farklılık gözlemlenmemektedir (Asberg, Traskman ve Thoren, 1976; Asberg ve Traskman, 1981; Asberg, 1997).

2.1.2. Aşırı Genel Otobiyografik Bellek Modeli

Otobiyografik bellek, epizodik bellek gibi geçmiş anıların kopyası değil, o anıların şekillendirilmiş biçimi, geçmiş, gelecek ve şimdi'nin öğelerini barındırır. Otobiyografik bellek kendimizi nasıl ilişkilendirdiğimizle, benlik şeması, geçmişin anlamlandırılması, bugünün eylemleri ve gelecek düşünceleri ile ilgilidir (Brewer, 1986). Williams ve Broadbent'in (1986) geliştirdiği aşırı genel otobiyografik bellek kavramı, intihar davranışında otobiyografik belleğin rolünü açıklamaktadır. Aşırı genel otobiyografik bellek, olumlu anıların bellekten çağırılmasının olumsuz anılara kıyasla daha uzun olduğu, hatırlanan olumlu anıların spesifik detaylardan yoksun, sığ, aşırı genel bir biçimde hatırlanmasıdır. Bu aşırı genelleme, intihar davranışı ile ilişkilidir. Jiang ve ark. (2020) major depresif bozukluk tanılı hasta grubu ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları araştırmalarında, depresyon grubunda aşırı genel otobiyografik bellek hem çalışmanın yapıldığı zaman ki intihar düşüncesini, hem de geçmişteki en yoğun intihar düşüncesinde rol oynamaktadır. Kontrol grubunda ise aşırı genel otobiyografik bellek, geçmişteki en yoğun intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

2.1.3. Psikanalitik Kuram

Ölüm itkisi, kişinin bilinçdışı süreçte varolmamaya yönelik arzudur (Freud 1920/1961). Freud (1917/1953)'a göre melankolide ego değersizleşir ve kişinin kendine ve geçmişine yönelik olumsuz tutumları söz konusudur. Yoğun acılı hal, dış dünya ile bağın kesilmesi, yapılan aktivitelerin azalması, ve kendini yermeye hatta sanrısız cezalandırma beklentisi ile kişinin kendisine olan saygısında azalma meydana gelir. Bunun beraberinde kişide uykusuzluk, yeme reddi görülebilirken sonucunda intihar davranışı beklenebilir. Kendine yönelik olumsuz tutum, suçlamalar derinlemesine incelendiğinde kişinin sevgi nesnesine yönelik olumsuz tutum ve suçlamaları olduğu görülür. Kayıp nesneye yönelik öfke ve kızgınlığın kişinin kendisine yönelmesi ile birlikte intihar davranışı görülür (Eskin, 2023, s.117).

Lacanyen bir kavram olan jouissance, haz ve acının beraber bulunduğu, gerçek düzenin bir ögesidir. Gerçek düzende ise hiçbir eksiklik yoktur, çünkü gerçek düzende dil yoktur. Sembolik düzenin aksine, gerçek, bir bütünlük düzenidir. Dil ile ifadesi güç olan jouissance, tatminin imkânsız olduğu bir doyumdur. İntihar davranışı nihayetinde ölümün kendisi Öteki tarafından yasaklanmıştır ve bu yasağa ulaşmanın doyumunu jouissance ile ilişkilidir. Ölüm, jouissance'ın zirvesi ve sınırıdır. Bu noktada intihar, Öteki'ne yönelik protesto hali olarak değerlendirilebilir. (Apollon, Bergeron ve Cantin, 2002, s. 29; Çoban, 2005; Lacan, 1986/1992; Nobus, 2017; Tuzgöl, 2018).

2.1.4. Kaçış Kuramı

Baumeister (1990) tarafından geliştirilen Kaçış Kuramı, intihar ve intihar davranışına yönelik süreci altı adımda açıklamaktadır. Kurama göre, intiharın sadece depresyon ve umutsuzluk kavramı ile açıklanamayacak kadar çok yönlü nedensel bir zincirin sonucunda meydana geldiği belirtilir. Kişi beklenti ve standartların altında kaldığına yönelik olumsuz bir öz-farkındalık geliştirir ve kendini suçlar. Bu suçlamalar sonucu kişinin kendi benliğine yönelik algısı değişir, olumsuz duygudurum değişiklikleri görülebilir. Dolayısıyla kişinin bilişsel süreçlerinde de bozulmalar görülür (dar zaman algısı, gelecekteki ziyade şu ana odaklanma, hedeflerin kısa vadeli olması, anlamsızlık). Bu bilişsel yıkım ile birlikte kişi intihara yatkın bir hale gelebilir.

2.1.5. Kişilerarası İntihar Kuramı

Kişilerarası İntihar Kuramı'na göre, intihar düşüncesi algılanan aidiyet hissinin engellenmesi ve hastalık, işsizlik gibi gerekçelerle diğer kişilere yük olma algısının

artmasıyla oluşmaktadır (Joiner, Van Orden, 2008). İntihar edebilirlik ve intihar etme düşüncesi birbirinden farklı kavramlar olup, intihar girişiminde bulunan kişiler intihar edebilirliği bulunan, intihar etmeye yönelik herhangi bir koruyucu faktörün olmadığı, intihar etmeye yönelik koşulların sağlanabildiği ve intihar etme isteğinin yüksek olduğu kişilerdir (Van Orden ve ark., 2010).

2.1.6. Üç Aşamalı İntihar Kuramı

İntihara ilişkin güncel bir model olan Üç Aşamalı İntihar Kuramı'nın çalışma çerçevesi “düşünce eyleme geçme” üzerine kurulu bir modeldir ve acı, umutsuzluk, bağlılık ile intihar kapasitesini değerlendirir. Modele göre ilk olarak, intihar düşüncesini acı ve umutsuzluk meydana getirir. İkinci olarak, bu düşünce oluşurken kişide bağlılığın olmaması (herhangi bir alanda yatırımın olmaması) kişiyi intihara yaklaştırır. Başka bir deyişle, acı ve umutsuzluğun karşısında koruyucu bir faktör olarak bağlılığın olmaması risk teşkil etmektedir. Son olarak üçüncü adım ise, kişinin intihar eylemini gerçekleştirebileceğine yönelik algısıdır (Klonsky ve May, 2015).

2.1.7. Bütünleyici Güdüsel İradesel Model

İntihar davranışına yönelik en yeni modellerden biri olan Bütünleyici Güdüsel İradesel Model, Rory O'Connor tarafından önce 2011'de önerilmiş, daha sonra model Rory C. O'Connor ve Olivia J. Kirtley tarafından 2018 yılında güncellenmiştir. Bu modele göre intihar davranışının 3 aşaması bulunmaktadır. Bunlar: Güdülenme öncesi dönem, güdülenme dönemi, irade dönemi olarak adlandırılır. Güdülenme öncesi dönemde, kişinin geçmişi çok önemlidir. Kişinin geçmiş dönem yaşantıları, sosyal çevresi ve diyatez bu dönemde rol oynar. Güdülenme dönemi ise intihar düşüncelerinin oluştuğu, bilişsel bir dönemdir. Son aşama olan irade dönemi ise intihar düşüncesinin netlik kazandığı, intihar davranışına yönelik hazırlığın yapıldığı ve intihar ile sonuçlanan dönemdir (O'Connor, 2011; O'Connor ve Kirtley, 2018).

2.1.8. Toplumbilimsel Açıklama

Fransız sosyolog Emilie Durkheim (1897/2006) intihar kavramını toplumbilimsel yaklaşım ile ele almıştır. Kişinin kendisini yaşadığı toplum ile uyumlu görmesine “sosyal bütünleşme” denilmektedir. Sosyal bütünleşme düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda elcil (altruistic) intiharlar görülürken, sosyal bütünleşmenin düşük olduğu toplumlarda bencil (egoistic) intiharlar görülmektedir. Bir diğer yandan, kişinin toplum tarafından kontrol

edilmesi gerekmektedir. Bu kontrol edilme düzeyine “sosyal düzenleme” denilmektedir. Sosyal düzenleme düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda ölümcül (fatalistic) intiharlar görülürken, sosyal düzenleme düzeyinin düşük olduğu toplumlarda kuralsızlık (anomic) intiharları görülmektedir.

2.2. Yakın Partner Şiddeti

YPŞ, mevcut veya eski eş/partner tarafından maruz kalınan şiddet türüdür. Fiziksel, psikolojik ve cinsel istismar alt boyutlarına sahip olmakla birlikte, kısıtlayıcı/kontrolcü davranışları içerir. Kadınlara yönelik YPŞ, erkekliğin saldırganlık, güç ve otoriteyle ilişkilendirildiği toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayanmakta olup, toplumsal ve yasal yaptırımlardaki yetersizlikler şiddeti sürdürmektedir (WHO, 2002).

YPŞ maruziyeti kadınlarda fiziksel sağlık sorunlarına sebep olma riskini de arttırmaktadır. Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.), preeklampsi, madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV, ağrılar ve menopoz sürecinde semptomların kötüleşmesi görülebilir. Dolayısıyla, YPŞ maruziyeti akut sağlık sorunlarının ötesinde kronik sağlık sorunlarına sebebiyet verebilmektedir (Stubbs ve Szoek, 2022). YPŞ sessiz gibi görünse de aslında epidemiktir. Bu şiddet türü kadınların yaşamları boyunca meme kanseri, diyabet veya depresyona yakalanmalarından daha yaygın olarak görülmektedir. Dolayısıyla tüm sağlık çalışanları YPŞ'nin değerlendirilmesi, tanınması ve tedavi seçenekleri hususunda bilgili olmalıdır (Feldman, Moreno-John, 2019). YPŞ alt boyutlarını çoklu olarak deneyimleyen bireylerde oluşan sağlık sonuçları daha yıkıcı olabilmektedir (Gilbert, Zhang, Basile, Breiding ve Kresnow 2022).

YPŞ uygulama ve maruz kalma açısından ortak risk faktörleri arasında düşük eğitim seviyesi, çocukluk ihmal/istismar geçmişi ve riskli alkol kullanımı vardır. Geçmişte şiddet maruziyeti bulunan kişiler, partnerleri tarafından kontrol edilen kişiler, partnerleriyle iletişim zorlukları ve ilişki memnuniyetsizliği yaşayan kişiler YPŞ maruziyeti açısından risk grubundadırlar. Ayrıca, cinsiyet eşitliği, erkek şiddetini onaylayan toplumsal normlar, cinsel şiddet için zayıf yaptırımlar ve kadın istihdamındaki eşitsizlik YPŞ ile ilgili faktörlerdir (WHO, 2024). Yüksek sosyo-ekonomik durum ve resmi evlilik YPŞ'ye yönelik koruyucu faktörler olduğu düşünülmektedir (Abramsky ve ark., 2011). Thompson ve ark. (2006) 18-64 yaş aralığındaki en az 3 yıldır Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık kuruluşlarında herhangi birinde kayıtlı olan 3568 kadın katılımcıyla yapmış oldukları çalışmalarında YPŞ'nin genç, düşük gelirli, bekar anne ve çocukluk çağı istismarı öyküsü olan kadınlarda daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

ABD’de 2016 ve 2017 yıllarında yürütölen ulusal çalışmanın raporuna göre, YPş’ye maruz kalan kişilerin ilk mağduriyetleri çoğunlukla 25 yaşından önce meydana geliyor. Çalışmadaki ABD’li kadınların yaklaşık olarak yarısı cinsel şiddet ve ısrarlı takip mağduriyeti bildirmişlerdir (Leemis ve ark., 2022).

Evli kadınların maruz kaldığı YPş’ye yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmada yüksek ekonomik ve eğitim düzeyine sahip olmak, karar alma konusunda partnerle ortak gücün olması YPş’yi onaylamayan tutumlarla ilişkilidir. Patriyarkal sistemin içinde olan kadınlarda ise, YPş’yi onaylayan tutumlar görölmektedir (Fidan, 2012). Benzer şekilde, 2013 yılındaki kadın örneklemindeki sonuçlar da patriyarkal düzeni destekleyen kadınların, YPş’yi meşrulaştırma eğiliminde olduklarını göstermektedir (Fidan, 2023).

2.2.1. Ekolojik Model

Kadına yönelik şiddeti, farklı bağlamların birbirleriyle ilişkisi içerisinde açıklayan ekolojik modele göre, şiddet dört bağlamda açıklanabilir. Bu dört bağlam, katmanlaşarak birbirini kapsar. Çekirdek yapı kişisel geçmiştir, geçmiş yaşantılar ve kişilik özellikleri ön plandadır. Bir sonraki katman olan mikrosistem hane içi yaşamı kapsar ve şiddetin de gerçekleştiği yerdir. Üçüncü katman olan ekzosistemde ise hane halkının bizzat etkileşimde olduğu ve maruz kaldığı topluluk düzeyidir. İşsizlik, suçun ve illegalin kabul görđüđü ortamlar buna örnek gösterilebilir. Dördüncü ve hepsini kapsayan son katman ise makrosistemdir. Makrosistemde patriyarka egemenliği, toplumda kabul edilen ve içselleştirilmiş “erkeklik” normları görölür. Açıklanan dört katmanın birbiri ile etkileşimi sonucu şiddet görölür (Heise, 1998).

2.2.2. Feminist Yaklaşım

Toplumsal cinsiyet rolleri, “kadın” olmak ve “erkek” olmak ile ilgili toplumun beklentilerini içeren bir dizi davranış, tutumlarla ilişkilidir. Cinsiyet rolleri coğrafyadan coğrafyaya ve dönemden döneme değişkenlik gösterebilir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, erkek egemen yapılanma, kadına yönelik şiddeti destekler ve meşrulaştıran niteliktedir. Dolayısıyla şiddet önleme çalışmaları da yalnızca bireysel psikopatolojiye değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde norm değişikliğine odaklanmalıdır (Blackstone, 2003; Jewkes, Flood ve Lang, 2015).

Hegemonik erkekliğin politik olduğunun altını çizmek gerekir. Şiddet, toplumsal ve yasal düzlemde önlenebileceği varsayılırken, kadınların hala sistematik biçimde erkek şiddetine maruz kalması, failin cezasızlığı ile açıklanabilir (İnce, 2021). Tarihte, Türkiye

Cumhuriyeti'nde 1990 yılına kadar Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 438.maddesine göre seks işçisi kadınların tecavüze uğraması durumunda 2/3 oranında ceza indirimine gidiliyordu. 1986 yılında feminist hareket, TCK'nın bu maddesinin iptali ile ilgili başvuruda bulundu ancak 11 erkek üyeden oluşan Anayasa Mahkemesi üyeleri oy çokluğu ile o yıllarda iptali onaylamamıştır (Zengin, 2011, s.102).

Kadına yönelik erkek şiddeti psikopatolojik bir durumdan ziyade, Roma patriyarkal yasalarına kadar uzanan, köklü bir geçmişe sahip, güç eşitsizliğinin bir sonucudur. Şiddet mağduru kadınlarla yapılan röportajlar, çoğunlukla şiddetin erkeğin otorite ve iktidarının sarsılması durumunda ortaya çıktığını göstermektedir (Dobash ve Dobash, 1977).

2.3. Madde Kullanımı

Madde kullanımı ve bağımlılığı, global çerçevede antik çağlardan beri süregelen köklü geçmişe sahip bir konudur. Bazı topluluklarda madde kullanımı kabul görmezken, kimi toplumlarda ise gündelik yaşamın bir parçası halini almıştır (Doğan, 2001). Bağımlılığın ne kadar sürede gelişeceği ile ilgili yeterli veri olmaması ile birlikte kullanılan maddenin dozajına, sıklığına, türüne ve saflığına göre değişkenlik gösterebilir. Ancak madde kullanımı olan her kişi bağımlı değildir (Ögel, 2023).

Madde ile ilişkili bozukluklara sahip hastaların yarısından fazlasında komorbid hastalıklar görülmektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda aynı zamanda depresyon da görülüyorsa intihar girişimi açısından risk grubundadırlar. Psikoaktif madde kullanım bozukluğu olan hastalarda ise 20 kat daha fazla intihar girişimi görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2009).

İlhan ve meslektaşları (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışma, genel popülasyonda insanların yaşam boyu alkol, tütün, psikoaktif madde kullanım ve reçeteli ilaç kötüye kullanım sıklığını sorgulamıştır. 2016 yılında gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre, Türkiye'de insanların yarısından fazlasının tütün, %28,3'ünün alkol, %10,5'inin reçeteli ilaç kötüye kullanımı, %2,8'inin ise psikoaktif madde kullanımı olmuştur. Özellikle yaşlı bireyler arasında reçeteli ilaç kötüye kullanımı daha fazla görülürken, kadın olmak, yalnız olmak, psikiyatrik bozukluğa sahip olmak etmenleri yaşlı bireyler arasında reçeteli ilaç kötüye kullanımını arttırmaktadır. Çatak, Koçdemir ve Aydın (2018) 2015-2016 yılları arasında bir eğitim araştırma hastanesinde idrar taramasına giren kişiler ile yürüttükleri çalışmada, en sık kullanılan psikoaktif maddeler sırasıyla esrar, amfetamin/ekstazi, opiyat türevleri, benzodiazepin ve kokaindir. Ünübol ve Sayar (2021) tarafından genel popülasyonda yaşam boyu psikoaktif madde kullanım sıklığını araştıran çalışmanın

sonuçlarına göre ise tek psikoaktif madde kullanım sıklığı %4,5, çoklu psikoaktif madde kullanım sıklığı %2,6'dır. Diğer çalışmalarla benzer şekilde esrar en yaygın kullanılan psikoaktif madde iken araştırmacılar sentetik kannabinoid kullanım sıklığındaki artışa dikkat çekmektedirler.

2.3.1. Bağımlılığın Nörobiyolojisi

Bağımlılık bir hastalıktır. Beyinde birçok nörokimyasal ve nörofizyolojik değişiklikler mevcut olup genetik özellikler saptanmıştır (Ögel, 2023).

Tüm maddelerin birden fazla etkisi vardır. Bir maddenin asıl kullanım amacı olan etkiye “ana etki”, diğer tüm etkilere ise “yan etki” denir. Bir maddenin farklı dozlarının vücutta ne gibi etkileri olduğu doz-yanıt eğrileri grafiğinde anlaşılır. Bir maddenin, başka bir maddenin etkisini arttırması veya azaltması durumuna madde etkileşimi denir. Eğer bir madde diğerinin etkisini azaltıyorsa “antagonistik”, arttırıyor ise “potansiyasyon” veya “süperadditif etki” adı verilir (Mckim, 2002).

Fiziksel bağımlılık modeline göre, aşırı madde kullanım davranışı, kişi maddeyi kestiğinde oluşabilecek potansiyel yoksunluk semptomlarının korkusuyla daha fazla madde kullanımına teşvik eder. Ancak 1950'lere gelindiğinde, insan olmayan hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda fiziksel bağımlılık modeli reddedilmeye başlanmıştır. Araştırmacılar, madde kullanımının, yiyecek ve su gibi olumlu pekiştireçlerle aynı şekilde işlediğini fark ettiler. Maddelerin pekiştiren özellikleri, mezolimbik dopaminerjik sisteme dayanmaktadır. Madde kullanımı, beyinde dopaminerjik sistemdeki mezolimbik yolağı aktive eder (Mckim, 2002).

Bağımlılık yapan maddeler beyinde mezotelensefalik dopamin nörotransmisyonunu arttırır. Bu haz verici uyarana “motivasyonel belirginlik” adı verilir. Motivasyonel belirginlik, kişinin haz duygusuna ulaşma isteğine denir. Motivasyonel belirginliğin olması ve madde kullanımı ilişkisel öğrenme ile sağlanır. Ancak yeterli maruziyetten sonra tolerans gelişir ve alınan zevk önemsizleşir. Artık alınan maddeden haz duyulmamasına ve kişi çeşitli sosyal sorunlar yaşamasına rağmen tekrarlayıcı şekilde madde kullanımı devam eder (Johnson, 1999).

2.3.2. Bağımlılığın Bileşenleri

Bağımlılığın bileşenleri tolerans, yoksunluk, başarısız bırakma girişimleri, zarar görmesine rağmen kullanmaya devam etme, zamanın büyük bölümünü ayırmak, tasarlandığından fazla kullanmak ve madde kullanım isteğidir. Tolerans; kişinin normalde

kullandığı madde dozajının bir süre sonra yeterli gelmemesi ile oluşur ve kişi madde kullanım dozajını madde etkisine ulaşabilmek adına arttırır. Bu arttırım, madde entoksikasyonuna ve ölüme neden olabilir. Pavlov’un çalışmalarına göre, bir uyaran yeterli sayıda bir madde maruziyeti ile eşleştirildiğinde, uyaran maddenin bazı etkilerini tetikleme eğilimindedir. Sonraki araştırmalar ise madde verildiğinde ortaya çıkan etkiyi tetikleyen uyaran, bu etkisinin tersi bir tepkimeye de yol açabileceğini göstermiştir. Madde kullanımı kesildiğinde kişide yoksunluk semptomları ortaya çıkar. Bunlar, kas ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, uykusuzluk, endişe hali, depresyon, anhedoni gibi fiziksel ve psikolojik semptomlar olabilir. Kişi, bu semptomları ortadan kaldırmak için tekrar madde kullanımına başvurur. Bağımlı bir kişide başarısız bırakma girişimleri görülür. Kişi maddeyi bıraksa da tekrar kullanıma başlar. İş, sosyal hayat, akademik başarı, aile ilişkilerinde bozulmalara rağmen kişi madde kullanımına devam eder ve madde temini, kullanımı, madde etkisinde olma süreçleri kişinin zamanının büyük bir kısmını kapsar. Planladığı madde dozajından daha fazla kullanım gerçekleştirebilir, bu durum, kişinin madde kullanım üzerindeki etkisinin ortadan kalktığını gösterir. Diğer bir bileşen olan madde kullanım isteği (craving), şiddetli ve karşı konulması güç şekildeki madde kullanım isteğidir (Mckim, 2002; Ögel, 2023).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı’na (DSM-5) göre, kişide madde kullanım bozukluğu tanısı için belirtilen 11 maddeden son bir yıl içinde en az ikisi olması gerekmektedir. Klinik olarak ve işlevsellikte belirgin sıkıntılara sebebiyet verir. Planlanandan daha fazla veya daha uzun süreli madde kullanımının olması, madde kullanmayı bırakmak için yoğun istek duyma ve başarısız bırakma girişimlerinin olması, kişinin temel sorumluluklarını yerine getirememesi ile sonuçlanan yineleyici madde kullanımı, maddeyi elde etmek, kullanmak ve yarattığı etkilerden kurtulmayı kapsayan kişinin zamanının büyük bir bölümünü maddeye harcaması, toplumsal ve kişilerarası sorunlar yaratmasına rağmen madde kullanımına devam etme, madde kullanmak için sosyal, işle veya eğlenme-dinlenme ile ilgili etkinliklerin azaltılması veya bırakılması, tehlikeli olabilecek koşullarda dahi madde kullanımının olması, maddenin neden olduğu veya alevlendirdiği psikiyatrik ve/veya fizyolojik sorunu olduğu bilgisine sahip olmakla birlikte kullanımın sürdürülmesi, madde ile ilişkili toleransın gelişmiş olması ve madde ile ilişkili yoksunluk semptomlarının gelişmiş olması belirtileri kişinin madde kullanım bozukluğunu saptamaya yöneliktir. İki ila üç belirtinin olması durumunda “ağır olmayan”; dört ila beş belirtinin durumunda “orta derecede”; altı veya daha fazla belirtinin olması durumunda “ağır” kullanım bozukluğu olarak sınıflandırılır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2014).

2.3.3. Tütün

Tütünün ana etken maddesi nikotindir. Sigara olarak yaygın kullanıma sahiptir. Sigara tütününü, nikotin, katran ve karbon monoksitten oluşmakta olup şiddetli bağımlılık riski vardır. 60 mg nikotin öldürücü bir etkiye sahip iken bir sigarada ortalama 0.5 mg nikotin vardır. Nikotin solunum hızını ve beyinde epinefrin, norepinefrin, serotonin salınımını artırır. Yoksunluk belirtileri arasında ise sinirlilik, gerginlik, öfke, uykusuzluk, baş dönmesi, titreme, tansiyon düşüklüğü ve kas kasılmaları vardır. Ayrıca sigara kullanımı olan kişilerde sigara içmeyenlere oranla esrar kullanma riski 8 kat, kokain kullanma riski 22 kat daha fazladır (Ögel, 2023).

Nikotinin hem merkezi hem periferik sinir sistemi üzerinde etkileri vardır. Katakolamin seviyelerini yükseltir ve dopamin uyarımı yapar. Nikotin beyinde uyarılma seviyelerini arttırsa da, sigara içenler daha çok rahatlama hissi yaşadıklarını belirtirler (Mckim, 2002).

2.3.4. Alkol

Alkol fiziksel bağımlılık yapar ve tedavi edilmezse ölümcül sonuçlar beklenebilir. İçkilerde bulunan alkol etil alkoldür ve etil alkol meyve ve tahıllardaki şekerin fermentasyonu sonucu oluşur. Etil alkol vücutta hızla emilerek kan-beyin bariyerini ve plasenta bariyerini geçer. Alınan alkolün büyük bir kısmı alkol dehidrogenaz enzimi tarafından metabolize edilir. Alkolün bağlandığı belirli bir reseptör olmamakla birlikte, N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörünü bloke ederek glutamat nörotransmitterinin işlevini etkileyebilir. Alkolün etkileri barbitüratlara benzer, kalp-damar sistemi üzerinde ciddi etkileri vardır. Böbrek üstü bezlerinden adrenalın, noradrenalin, adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasını artırır. Alkolün önemli sonuçları arasında erkeklerde testosteron seviyesini düşürmesi, psikomotor bozukluklara sebebiyet vermesi, tepki verme süresinde uzama, muhakeme yeteneğinin azalması, duygusal değişiklikler ve kişilerarası ilişki sorunları vardır. Alkol kullanımına bağlı akut olumsuz olaylar genellikle bir anda ve aşırı miktarda alkol kullanan kişilerde görülür. Kronik alkol kullanımına bağlı olarak ise, siroz, kanser türleri, kalp-damar hastalıkları, Wernicke-Korsakoff sendromu görülebilir. Hamilelik sırasında alkol kullanımı ise fetal alkol sendromuna yol açabilmektedir (Mckim, 2002; Ögel, 2023).

Riskli alkol kullanımını belirlemek için “standart içki” tanımı geliştirilmiştir. 33 cc bira, bir tek rakı, bir kadeh şarap, bir tek cin veya viski bir standart içkiye tekabül eder. Bir standart içkide yaklaşık olarak 10 gr. alkol vardır. Erkekler için haftada 14 standart içkiden

fazlası, kadınlar için ise haftada 7 standart içkiden fazlası riskli alkol kullanımıdır. Alkol miktarından bağımsız olarak haftada 5 kezden fazla alkol kullanımı da riskli alkol kullanımına girer (Ögel, 2023).

2.3.5. Esrar

Esrar, Cannabis Sativa veya Cannabis Indica olarak bilinen hint keneviri bitkisinin çiçek, yaprak, tohum ve saplarından oluşmakta olup iki farklı fenotipi vardır. Biri, düşük aktif madde içeriğine sahip iken, diğer fenotip ise daha sıcak iklimlerde yetişir, yüksek madde içeriğine sahiptir ve uyuşturucu madde olarak kullanılır. Esrarın ana etken maddesi olan delta-9-tetrahidrokannabinol (THC) beyindeki kannabinoid reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterir. THC, gözlerde kızarma, göz içi basıncının azalması, iştah artışı ve kalp atış hızının artması gibi fizyolojik etkilere sahiptir. Psikolojik ve fizyolojik bağımlılık yaratır ve kişide amotivasyonel sendroma yola açar. Esrar içildiğinde etkisi birkaç dakika içinde ortaya çıkar, yarım saat içerisinde en yüksek etkiye ulaşır ve 2-4 saat sonra etkiler sonlanır. Ancak hareket becerilerindeki bozukluklar 8-12 saat devam eder. Esrar kullanımında öfori, algıda değişiklikler gibi etkiler gözlemlenir. Yüksek dozlarda ise halüsinojenik etkiler görülebilmektedir. Esrar yoksunluğunda ise, terleme, ishal ve burun akıntısı görülür. Esrarın idrarda saptanması akut kullanımda 4-6 gün, kronik kullanımda ise 20-30 gün süre ile tespit edilebilir (Mckim, 2002; Ögel, 2023).

2.3.6. Opiyatlar

Opiyatlar, papaver somniferum bitkisinden elde edilen afyon ve türevleridir. Doğal ve sentetik formları bulunur. İnsan bedeninde opiyatlar nörotransmitter ve nöromodülatör olarak görev alır. Mu, kappa ve delta opiyat reseptörlerinden bazılarıdır. Özellikle mu reseptörü ağrı kesici etkiden sorumludur. İntravenöz enjeksiyon ile “rush” adı verilen orgazma benzetilen öforik etki yaratır. Opiyat bağımlılığı çok hızlı bir şekilde, ortalama bir ila iki hafta içerisinde meydana gelebilmektedir. Tolerans gelişimi ile birlikte kişi öforik etkiden ziyade, yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için madde kullanımını sürdürür. Dolayısıyla umutsuzluk, çaresizlik, sosyal izolasyon ve depresyon ile birlikte intihar davranışı gözlemlenmektedir. Eroin kullanıcılarında bu intihar davranışı sıklıkla “altın vuruş” olarak bilinen yüksek doz eroin kullanımı ile olmaktadır. Günümüzde opiyat bağımlılığında yaygın olarak metadon tedavisi kullanılmaktadır (Mckim, 2002; Ögel, 2023).

Morfin analjezik etkisinin yanı sıra aynı zamanda güçlü öksürük kesici etkiye sahiptir. Düşük dozlarda uyarıcı etkisi de görülmektedir. Eroin ise morfin molekülünün değiştirilmesi ile oluşur ve morfinden çok daha güçlü etkilere sahiptir (Ögel, 2023).

Opiyat kullanımını bırakanlar arasında, 10-30 yıllık gözlemler sonucunda kalıcı olarak kullanımın bırakılma oranı %30'un altındadır ancak, en az 5 yıl opiyat kullanımının olmaması kişinin ileriki zamanları için önleyici bir faktördür (Hser, Evans, Grella, Ling ve Anglin, 2015).

2.3.7. İlaç Kötüye Kullanımı

Hızla artan ilaç kötüye kullanımı, global bir sorun haline gelmiştir. Araştırmalar ilaç kötüye kullanımı ile ilgili tedavi süreçlerinin yasadışı psikoaktif madde kullanım tedavilerine kıyasla daha umut vaat edebileceği yönündedir (McHugh, Nielsen ve Weiss, 2015). Ancak, başka bir çalışmanın sonuçlarına göre reçeteli ilaç kötüye kullanımı diğer yasadışı psikoaktif madde kullanımı ile de ilişkilidir (Drazdowski, Jäggi, Borre ve Kliever, 2015). 2007-2011 yılları arasında ABD'de lise son sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre her 10 gençten 1'inin reçetelendirilmiş veya illegal bir şekilde temin edilmiş medikal ilaç kötüye kullanımı bulunmaktadır (McCabe ve West, 2014).

2.4. Travmatik Stres

Travma, kişinin tutum, davranış ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen deneyimlere denmektedir. Travma, insan eliyle (örn. tecavüz, savaş, endüstriyel kazalar) veya doğadan kaynaklanabilir (örn. depremler). Travmatik olaya maruz kalmak, bireyin içinde bulunduğu dünyayı adil ve güvenli olarak algılayabilme kabiliyetini bozar (APA, t.y).

Geleneksel ruhsal travma tanımları, kadınların ve azınlık grupların deneyimlerini göz ardı ederek kavramsallaştırmıştır (Brown, 1991). Toplum, travmatik deneyim doğadan kaynaklanıyorsa, mağdura sempati duyar. Fakat travma insan eliyle gerçekleşiyorsa toplum taraf seçmeye gider. Kurban, toplumdan acısının paylaşılmasını bekler. İyileşme de toplumun desteği önem teşkil etmektedir. Kişi yalnızca en yakınlarından değil, toplumdan da yardım ve anlayış görmek ister. Travmatik olaylar insanlarda kontrol, bağ ve anlam duygusunu zorlar. Dolayısıyla kişi, inkar etme isteğiyle, kabul etme isteği arasında çatışma içerisinde. Bu çatışma, travmanın merkezi odak noktasıdır. Fail ise olayı unutturmak, yaşanmamış saymak için elinden geleni yapar. Kişi kabul ettiğinde iyileşme başlar ancak genelde inkar davranışı görülür. İnkâr, travmatik semptomlara sebebiyet verir. Travma semptomları üç ayrı kategoride açıklanabilir: Aşırı uyarılma, müdahale ve büzülme. Aşırı

uyarılma kişinin sürekli tetikte olması, koruma mekanizmalarının sürekli aktif olduğu kategoridir. Müdahale ise, travmatik deneyimin şimdiki an’da da tekrar etmesine denir, adeta zaman travma anında donmuş denilebilir. Kişi uykusunda da travmatik olayla ilişkisi kabuslar görür. Büzülmede ise, bilinç durumunda değişiklik gözlemlenebilir, kişi donma tepkisi içerisinde. Büzülme semptomları bilinçdışı bir savunma mekanizması olarak görülse de uzun vadede, insan yaşamını kısıtlar ve travmatik deneyimin etkilerinin devam etmesini sağlar (Herman, 2020).

2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, DSM-5’e göre kişinin fiziksel ve/veya psikolojik bütünlüğünü tehdit eden örseleyici olaylar sonucu meydana gelir. Bu olaylar, doğrudan örseleyici olaylar yaşama, başkalarının başına gelen örseleyici olayları doğrudan görme/tanıklık etme, aile yakınının veya yakın bir arkadaşın başına gelen örseleyici olayları öğrenme, örseleyici olayların sevimsiz ayrıntılarına yineleyici bir biçimde maruz kalma yollarından bir veya birden fazlası ile karşılaşılmasına travma denir. Travmatik olaydan sonra başlayan, travmatik olayla ilgili istenç dışı gelen sıkıntı veren düşler, yeniden yaşantılama, travmatik olayı simgeleyen uyaranlarla karşılaşınca oluşan ruhsal sıkıntı ve travmatik olayı simgeleyen uyaranlarla karşılaşınca oluşan fizyolojik belirtiler görülebilir. Kişi travmatik olayı simgeleyen ve/veya çağrıştıran uyaranlardan belirgin bir biçimde kaçınma eğilimi içerisinde. Örseleyici olaylardan sonra ortaya çıkan veya daha da kötüleşen olumsuz biliş ve duygudurum semptomları görülür. Örseleyici olaylarla ilişkili uyarılma ve belirgin tepki gösterme görülür. Belirtiler bir aydan uzun sürer (APB, 2014).

2.4.2. Örselenmiş Kadın Sendromu

Walkers (1979, 1984) tarafından öne sürülen “örselenmiş kadın sendromu” şiddet döngüsünü ve sonuçlarını çarpıcı bir şekilde açıklamaktadır. Örselenmiş kadın sendromu, TSSB’nin bir alt kategorisi olarak klinik çerçevede kabul edilmektedir. Kadınların şiddet döngüsü içerisinde kalmasını sağlayan, sürekli olarak birbirini takip eden üç aşama mevcuttur. İlk aşama, gerilimin artması olarak ifade edilir. Bu aşamada, fikir ayrılıkları, küçük tartışmalar görülür. İkinci aşama, şiddetin gerçekleştiği aşamadır. Üçüncü aşama ise balayı evresi olarak tanımlanır. Fail pişmanlık dile getirir, sevecen bir tutum sergiler ve mağdur tarafından failin değişimine yönelik inanç yaratır. Ancak balayı evresi her zaman özür, pişmanlık içermek zorunda değildir. Bazen sadece şiddetin olmaması durumudur.

Devamlı travmatik olaya maruz kalma tutsaklıkla ilişkilidir. Evlerin içlerinde genellikle demir parmaklıklar, zincirler yoktur ancak görünmez bariyerler vardır. Bu görünmez bariyerler çocuklar için bağımlılık, kadınlar için ise maddi kaynaklara erişimin olmaması, zorluk ve toplumsal baskıdır. Mağdurlar genellikle birkaç defa öldürüleceklerine inandırılıp canları bağışlanınca faili kurtarıcı olarak görme eğilimi içerisine girerler (Herman, 2020).

2.4.3. Travmatik Bağlanma Kuramı

Dutton ve Painter (1981) tarafından geliştirilen travmatik bağlanma kuramı, sistematik biçimde istismar edilen kişilerin neden bu şiddet döngüsü içinde kaldıklarını açıklamaktadır. Bu kuram güç eşitsizliğine dayalı bağlılığın geliştiğini ileri sürer. Şiddet döngüsü içerisindeki şiddet ve ardından gelen özür ile ilgi şefkat ambivalan durumu şiddet mağduru kişide faile yönelik bağlılık geliştirir. Şiddet sonra gelen iyilik hali aralıklı pekiştireç görevi görür. Mağdurun çeşitli aralıklarla ilgi ve şefkat görmesi umudu artırır ve ilişkide kalmasını sağlar. Şiddet döngüsünde ki mağdurda travma semptomları ve benlik saygısında düşüş gözlemlenir (Dutton ve Painter, 1993).

2.4.4. Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) Aksı

HPA aksı, hipotalamus, hipofiz bezi ve adrenal bezlerden oluşur. Stresle mücadelede önemli bir hormon olan kortizolün salgılamasında önemli bir rol oynar. Ancak, stres kronikleşmeye ve uzamaya başladığında, HPA aksında bir düzensizlik meydana gelir. HPA aksındaki tepkiler ve kortizol salgılaması azalır. Bu durum, adrenal yorgunluğa neden olabilir (Guilliams, Edward, 2010).

HPA aksındaki hormonal değişiklikler, TSSB ve depresyon ile karşılaştırıldığında, her ikisinde de kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) salgılamasında artış gözlemlenir. Ancak, depresyondan farklı olarak TSSB'de düşük kortizol seviyeleri, artmış glukokortikoid reseptör duyarlılığı ve negatif geri bildirim sisteminde engeller ortaya çıkar (Özgen, Aydın, 1999, s.36-37).

2.4.5. Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)

Genel Adaptasyon Sendromu (GAS), Hans Selye tarafından önerilmiş ve stresin neden olduğu fizyolojik tepkileri inceleyen bir teoridir. GAS üç aşamadan oluşur: Alarm, direnç ve tükenme. Alarm aşamasında, stres algılanır ve sempatik sinir sistemi (SNS) aktif hale gelir. Organizma, stresi ortadan kaldırmak için kendini hazırlamaya başlar. Epinefrin,

norepinefrin ve kortikosteroid salınımı başlar. İkinci olarak direnç aşamasında hormonların salınımı devam eder ve organizma stres faktörüyle mücadele eder. Eğer bu aşama başarıyla aşılsa, vücut ve hormonlar eski durumlarına dönmeye başlar. Son olarak tükenme aşamasında adaptasyon başarılı olmazsa tükenme aşaması başlar. Bu aşama, bağışıklık sisteminin aşırı baskılanması ve yüksek kortikosteroid seviyeleri ile ilişkilidir. Sonuç olarak stresle bağlantılı hastalıklar gelişebilir ve nihayetinde ölümle sonuçlanabilir. (Civan, Özdemir, Gencer, Durmaz, 2018, s.3-4; Mills ve ark., 2010, s.282). Ancak, GAS, insan doğasının karmaşık yapısını ve strese karşı önemli faktörler olan psikososyal unsurları içermemektedir. GAS, özellikle adrenal korteks üzerine yoğunlaşmıştır (De Villiers, 2003, s.9-10).

2.5. Alanyazın

Araştırmanın bu bölümünde, tartışılan kavramlar olan YPŞ, intihar, madde kullanımı ve travmatik stresin birbirleriyle ilişkileri alanyazın baz alınarak açıklanmaya çalışılmıştır.

2.5.1. Yakın Partner Şiddeti, İntihar, Madde Kullanımı ve Travmatik Stres İle İlişkili Çalışmalar

İki cinsiyet için de intihar ederek yaşamına son veren kişilerde, yakın zamanda intihar niyetini açıklaması, genç yaşta olması, ateşli silah kullanması ve adli sicil kaydı geçmişi olması durumunda YPŞ yaygın olarak görülmüştür (Kafka ve ark., 2022). Şubat 2009 ile Mart 2010 tarihleri arasında üniversite doğum kliniğinde yatan kadın gebeler ile yapılan bir araştırmanın bulgularına göre doğum öncesi depresyon semptomları gösteren ve YPŞ'ye maruz kalmış kadınlarda intihar düşüncesi yaygındır (Alhusen, Frohman ve Purcell, 2015). McManus ve ark. (2022) İngiltere'de yürüttükleri araştırmalarında YPŞ maruziyetinin intihar düşünce/davranış ve kendine zarar davranışı arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamışlardır. Çalışmanın bulgularına göre, 2021 yılında (araştırmadan bir yıl önce) intihar girişiminde bulunan kişilerin %49,7'si YPŞ'ye maruz kalmıştır. Çalışmadan bir yıl önce YPŞ'ye maruz kalmış kişilerin intihar olasılıkları, YPŞ'ye maruz kalmamış kişilere oranla 2.82 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Wingood, DiClemente ve Raj, (2000) Alabama'daki beş sığınma evinden 203 kadınla yürüttükleri araştırmalarında istismara maruz kalmanın sağlık sonuçları üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Hem fiziksel hem cinsel istismara maruz kalan kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olması ve baş etme stratejisi olarak alkol/madde kullanımı ve intihar girişimi olduğu saptanmıştır.

Özsoy (2018) Türkiye genelinde 492 kadın katılımcı ile yürüttüğü çalışmasında örneklemin %73,6'sı YPŞ'ye maruz kalmış, YPŞ'ye maruz kalma ile TSSB semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Dağ-Karataş'ın (2016) yürüttüğü çalışmada, cinsel saldırı mağduru olarak psikiyatri polikliniğine başvuru yapan 60 kadın incelendiğinde, kadınların TSSB geliştirme oranı %68,3 iken, TSSB saptanan kadınların kendilerini düşük sosyoekonomik statüde algıladıkları bulunmuştur.

Kadın ve erkeklerde sorunlu alkol kullanımı, kadına yönelik YPŞ ile ilişkiliyken, kadınların psikoaktif madde kullanımı ciddi düzey şiddete maruz kalma ile ilişkilidir (Cunradi, Caetano ve Schafer, 2002). Ogden, Dichter ve Bazzi (2022) on çalışmayı inceledikleri derleme çalışması sonuçlarına göre YPŞ maruziyeti madde kullanım bozukluğuna yönelik tedavi programlarına katılımı azalttığı ve tedaviyi yarıda bırakma ve nüks olasılıklarını arttırdığı bulunmuştur.

Pico-Alfonso ve ark., (2006) istismara uğramamış, psikolojik istismara uğramış, psikolojik ve fiziksel istismara uğramış 3 kadın grubu ile yürüttükleri araştırmalarında, kadınların depresif semptomları, TSSB, anksiyete, intihar düşünce ve girişimlerini, gruplar arası anlamlı farklılıkları saptamayı amaçlamışlardır. Psikolojik istismara uğrayan ve fiziksel/psikolojik istismara uğrayan kadınlar aynı zamanda cinsel istismara da maruz kalmışlardır. Depresyon, anksiyete ve TSSB semptom puanları istismara uğrayan iki grupta da anlamlı bir şekilde yüksek iken, bu iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktur. İntihar girişimlerinin ise fiziksel/psikolojik istismara uğramış grupta cinsel istismara ilişkin grup içi karşılaştırma yapıldığında ise, cinsel istismara uğrayanların daha yüksek intihar girişimleri olduğu bulunmuştur. İntihar girişimlerinin belirli semptomlarla spesifik olarak ilişkili bulunamaması, intihar girişimlerinin kompleks doğasına bir örnektir.

Heteroseksüel olmayan kadın ve erkeklerde travmatik olaylara maruz kalmanın intihar girişimi üzerinde etkisinde kompleks travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin aracılık etkisi olduğu saptanmıştır (Ellis, Wieling ve Tate, 2023).

İntihar düşüncesi veya girişimi sebebiyle psikiyatri kliniğinde tedavi gören hastaların TSSB semptom düzeyleri diğer psikiyatrik gerekçelerle (madde kullanım, major depresyon) tedavi gören hastalara oranla daha yüksek olduğu ve olası bir TSSB tanısı alma olasılıklarının yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca TSSB semptom şiddeti arttıkça, intihar düşünce şiddeti de artmaktadır (Stanley, Marx, Keane ve Vujanovic, 2021).

Madde kullanımı olan kişilerde madde kullanımı bulunmayanlara göre intihar düşüncesi, intihar girişimi ve ölümle sonuçlanan intihar davranışı görülme riski daha fazladır (Pooralajal, Haghtalab, Farhadi ve Darvishi, 2016). Wilcox, Conner ve Caine (2004)

tarafından yürütölmüş meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, madde kullanımı olan kişilerin kullanmayan genel nüfusa oranla intihar olasılıkları yaklaşık 15 kat daha fazladır. Madde kullanımı olan bireylerde psikiyatrik tanı, aile içi şiddet geçmişı, ekonomik zorluklar, erken yaşta madde kullanımı intihar düşüncesini etkilediğı bulunmuştur (Görgölü, 2017). Rasskazova ve Sadovnichaja (2022) daha yüksek yük algısı ve duygusal zorluklar bildiren kadınların, daha yüksek alkol kullanımı ($r=.25-.29$), saldırgan davranış ($r=.37-.42$) ve intihar düşünceleri ($r=.64-.84$) olduğunu vurgulamışlardır. Harris ve Barraclough (1997) göre, ağır düzey alkol kullanım bozukluğuna sahip kişilerin, sosyal ortamlarda alkol tüketenlere oranla intihar riski 5 kat daha fazladır. Spesifik olarak maddelerin intihar riski üzerindeki etkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. İsveç'te 2003-2016 yılları arasında yapılan kohort bir çalışmanın sonuçlarına göre, maddeler arasında opiyat kullanımı intihar için en yüksek risk faktörüne sahip olduğı bulunmuştur (Crump, Sundquist, Kendler, Edwards ve Sundquist, 2021). Bohnert, Ilgen, Louzon, McCarthy ve Katz (2017) kokain kullanımının erkeklerde intihar riskini 1.35 kat arttırdığı, sedatif kullanımının ise 4.74 kat arttırdığı; kadınlarda esrar kullanımının intihar riskini 3.89 kat arttırdığı, sedatif kullanımının ise 11.36 kat arttırdığını belirtmişlerdir. Uğur ve ark. (2021) denetimli serbestlik polikliniğine başvuran madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerde psikolojik acı puanlarının intihar riskini 1.082 kat arttırdığını aktarmaktadır.

Kanada'nın Ontario eyaletinde özel bir ruh sağlığı merkezine ayaktan tedavi programına başvuran ergenler arasında yapılan çalışmada hastalar 3 gruba ayrılmıştır: Madde kullanımı ve duygusal/davranışsal bozukluk sıklığı/şiddeti düşük olanlar, madde kullanım sıklığı/şiddeti düşük, duygusal/davranışsal bozukluk sıklığı/şiddeti yüksek olanlar ve madde kullanımı ve duygusal/davranışsal bozukluk sıklığı/şiddeti yüksek olanlar. Çalışmanın sonuçlarına göre, travmatik deneyimler, intihar girişimleri ve başkalarına zarar verme düşünceleri bulunan ergenlerin maddde kullanım bozukluğu ve duygusal/davranışsal sorunlara sahip olma olasılığı yüksek bulunmuştur (Halladay ve ark., 2023).

Opiyat ve/veya kokain bağımlısı hamile kadınlar ile yürütölen bir çalışmaya göre, mevcut/eski intihar düşüncesi olan kadınlar ile hiç intihar düşüncesi olmamış iki kadın grubu karşılaştırılmıştır. İntihar düşüncesi olan bağımlı hamile kadınlar, intihar düşüncesi olmayan bağımlı hamile kadınlara kıyasla daha fazla YPŞ maruziyeti bildirmişlerdir. Ek olarak, intihar düşüncesi olan bağımlı kadın grubun geçmişte veya güncelde TSSB tanısına sahip olma olasılıkları daha yüksek görölmüştür (Copersino, Jones, Tuten ve Svikis, 2008).

Madde kullanım bozukluğu ve TSSB'nin birlikte görölmesi tedavi sürecini zorlaştırır ve kötü prognoz gösterir. Bu komorbidite, kişinin travmatik stres semptomlarını azaltmaya

veya hafifletmeye yönelik öz tedavide bulunması olarak değerlendirilmektedir (Patton, Watkins, Killeen ve Hien, 2024). Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde travmatik yaşam deneyimi de mevcut ise, bu kişilerde travmatik stres düzeyinin yüksekliği ile madde kullanım bozukluğu şiddeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilidir ($r=0,378$; $p<0,01$) (Kutluer ve Arslan, 2024).



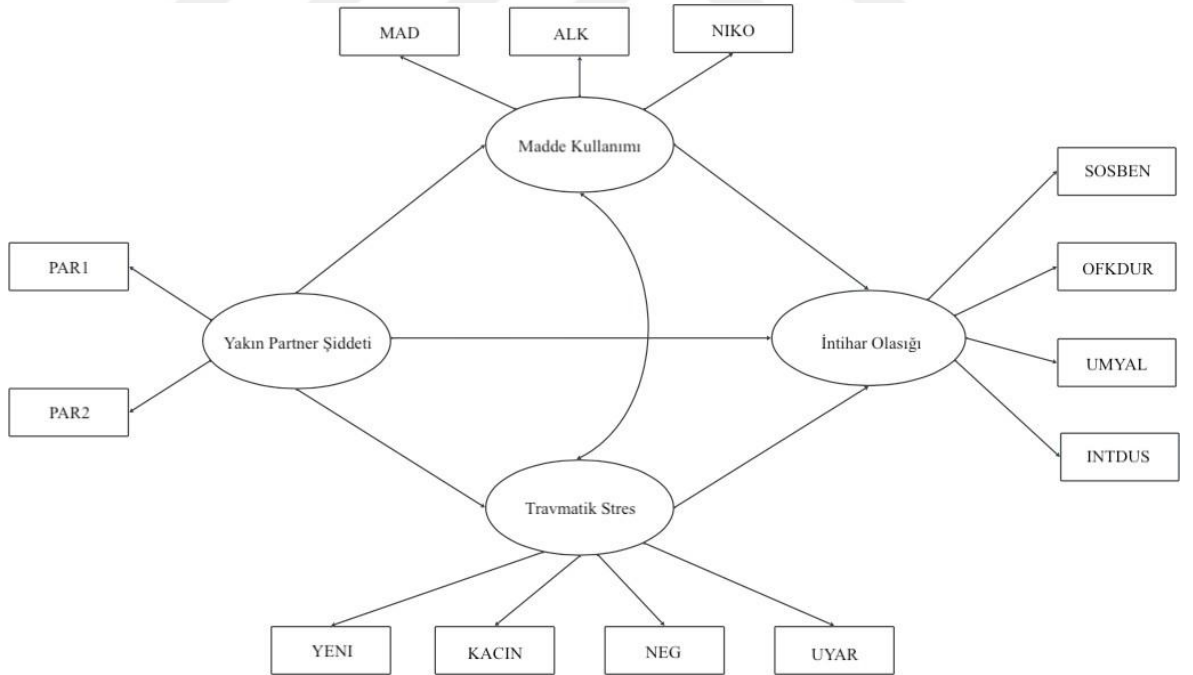
BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, araştırmada kullanılan ölçüm araçları, evren ve örneklem, örnekleme ilişkin klinik-sosyodemografik bilgiler ve araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler tanıtılmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Yürütülen araştırma nicel bir çalışma olup, ilişkisel tarama modeline dayalı yordayıcı korelasyonel desene sahip bir çalışmadır. Çok faktörlü yordayıcı korelasyonel desen iki veya daha fazla yordayıcı değişkenin olduğu korelasyonel desendir. Doğrudan ve aracılı ilişkileri anlamaya yönelik dizayn edilmiştir (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2013, ss.104-105). Bu çalışmada YPŞ maruziyetinin intihar olasılığı üzerinde etkisinde madde kullanımı ve travmatik stresin aracılık rolü incelenecektir.



Şekil 1. Araştırma kapsamında test edilecek model

Not: N=126

3.2. İstatistiksel Analiz

SPSS 23.0 programı ile betimsel istatistikler değerlendirilmiş, Lisrel 8.80 programı kullanılarak yapısal eşitlik modeli uygulanmıştır. Çalışma bulguları, normal dağılım varsayımını sağlamadığı gerekçesi ile aracılık ilişkileri AMOS 28.0 programı ile bootstrap analizi yapılarak rapor edilmiştir. CASr-kısa formu'nin güvenilirlik analizleri, doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) ile alternatif modeller kıyaslanmıştır. Normal dağılım olmadığı gerekçesiyle asimptotik kovaryans matrisi ile çalışılmış, Maximum Likelihood metodu uygulanmıştır. Yapısal eşitlik modeli ile çalışılan araştırmada, değişkenler arasındaki dinamik ilişkiler rapor edilmiştir. İki aşamalı yaklaşım benimsenerek, önce ölçme model testi gerçekleştirilmiş daha sonra yapısal model testine geçilmiş, sonuçlar rapor edilmiştir.

3.3. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 27.02.2024 tarihinde 49 karar numarası ile onaylanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini için seçkisiz olmayan örneklemelerden amaçsal örnekleminin bir alt türü olan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Eskişehir ili genelinde 16 yaşından sonraki dönemde, halen süren veya bitmiş, bir aydan uzun yakın ilişkisi olan, 18-65 yaş aralığında ve ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınlar araştırma evrenini oluşturmaktadır.

Önsel Örnek Hacminin Hesaplanmasında etki büyüklüğü varsayımına göre hesaplama yapılmıştır. Çalışmada bağımlı değişkenine (İntihar Olasılığı) etki ettiği düşünülen; YPŞ, madde kullanımı ve travmatik stres değişkenlerinin ilişkisi değerlendirileceğinden, doğrusal regresyon modeline göre önsel güç analizi hesaplanmıştır. Hipotez testinde sıfır hipotezine karşı oluşturulan karşıt hipotezin p^2 değeri 0.10 olacak şekilde hesaplama yapılmış olup, çalışmaya en az 124 katılımcı dahil edilmesi planlanmış olup 126 kadın hasta araştırmaya katılmıştır. Gerçekleştirilen güç analizi Tablo 1'de gösterilmektedir. Katılımcılara ilişkin klinik, sosyodemografik bilgiler ve normallik analizi ile ilgili bilgiler Tablo 2, Tablo 3 ve Tablo 4'te açıklanmıştır.

Tablo 1. Güç analizi sonuçları

Seçenek	Kesin dağılım
Analiz Türü	Gerekli örneklem büyüklüğünü hesaplama

Girdi Değerleri	
Kuyruk Sayısı	İki
H1	0,1
H0	0
α Hata Olasılığı	0,05
Güç (1- β Hata Olasılığı)	0,80
Prediktör Sayısı	3
Çıktı Değerleri	
Alt Kritik R ²	0.001789256
Üst Kritik R ²	0.0746501
Gerekli Toplam Örneklem	124
Gerçekleşen Güç	0.8012017

3.4.1 Dahil Etme Kriterleri

Kendi başına anket doldurabilecek derecede iyi okuma yazma bilen, Türkçe okuyabilen ve anlayabilen, anket sorularını anlamasına engel olacak mental retardasyonu, organik mental bozukluğu, demansı olmayan, klinik global izlenim (KGİ) ölçeğinden 3 veya daha az puan alan hastalar dahil edilmiştir.

3.4.2 Dışlama Kriterleri

Aktif ve şiddetli ruhsal hastalık belirtileri olanlar, KGİ ölçeğinden >3 puan almış olanlar ve daha önce hiç yakın partner ilişkisi içinde olmamış kadın katılımcılar çalışmadan dışlanmışlardır.

Tablo 2. Katılımcılara ait sosyo-demografik istatistikler

Değişken			
Yaş (Ort $\pm$ SS)	35,63 $\pm$ 12,624		
		n	%
Medeni Durum	Bekar	57	45,2
	Evli	52	41,3
	Boşanmış	12	9,5
	Eş kaybı yaşamış	5	4,0
Eğitim Durumu	İlkokul	17	13,5
	Ortaokul	8	6,3
	Lise	31	24,6
	Üniversite	61	48,4

	Yüksek lisans	6	4,8
	Doktora	3	2,4
Çalışma Durumu	Düzenli çalışıyor	56	44,4
	Çalışmıyor	54	42,9
	Düzensiz çalışıyor	16	12,7
Ekonomik Gelir	Düşük gelir düzeyi	53	42,1
Düzeyi	Orta gelir düzeyi	69	54,8
	Yüksek gelir düzeyi	4	3,2
Çocuk Sayısı	0 (çocuğu yok)	65	51,6
	1	22	17,5
	2	32	25,4
	3	5	4,0
	4	2	1,5

Not: N=126

Tablo 2’de belirtildiği üzere katılımcılara ait yaş ortalaması 35,63, yaş değişkeninin standart sapması 12,624’tür. Katılımcıların 57’si (%45,2) bekar, 52’si (%41,3) evli, 12’si (%9,5) boşanmış, 5’i (%4) eş kaybı yaşamıştır. Katılımcıların 17’si (%13,5) ilkokul, 8’i (%6,3) ortaokul, 31’i (%24,6) lise, 61’i (%48,4) üniversite, 6’sı (%4,8) yüksek lisans, 3’ü (%2,4) doktora mezunudur. Katılımcıların 56’sı (%44,4) çalışıyor, 54’ü (%42,9) çalışmıyor, 16’sı (%12,7) düzensiz çalışıyorlardır. Katılımcıların 53’ü (%42,1) düşük gelir düzeyine, 69’u (%54,8) orta gelir düzeyine, 4’ü (%3,2) yüksek gelir düzeyine sahiptir. Katılımcılardan çocuk sahibi olmayanların sayısı 65 (%51,6), 1 çocuğu olanlar 22 kişi (%17,5), 2 çocuğu olanlar 32 kişi (%25,4), 3 çocuğu olanlar 5 kişi (%4), 4 çocuğu olanlar 2 kişidir (%1,5).

Tablo 3. Katılımcılara ait klinik istatistikler

Değişken	Kategori	n	%
KGI	Normal, hasta değil	39	31,0
	Hastalık sınırında	44	34,9
	Hafif düzeyde hasta	43	34,1
Algılanan genel sağlık durumu	Kötü	14	11,1
	Fena değil	40	31,7
	İyi	58	46,0
	Çok iyi	14	11,1
Tamı	Yok	7	5,6

	Var	119	94,4
Ruhsal hastalık	Depresyon	59	46,8
	Kaygı Bozukluğu	41	32,5
	DEHB	8	6,3
	OKB	2	1,6
	Dissosiyatif	1	0,8
	Bozukluk		
	Eşik altı ruhsal	18	14,3
	sıkıntı		
	TSSB	2	1,6
	Uyum Bozukluğu	2	1,6
	Konversiyon	2	1,6
	Bozukluğu		
	Yeme Bozukluğu	1	0,8
Fiziksel hastalık	Var	66	52,4
tanısı			
KBYZ Davranışı	Yok	98	77,8
	Var	28	22,2
KBYZ sonucu	Yok	10	35,7
vücutta iz (n=28)*	Var	18	64,3
KBYZ yöntemi	Cildi	7	25,0
(n=28)*	eşmek/tırmalamak		
	Cildi yakmak	5	17,9
	Cildi kesmek	13	46,4
	Saç çekerek	1	3,6
	kopartmak		
	Diğer (Duvara	2	7,1
	vurmak(n=1), çoklu		
	davranış(n=1))		
İntihar davranışı	Yok	104	82,5
	Var	22	17,5
İntihar yöntemi	İlaç içme	14	63,6
(n=22)*	Kesi	3	13,6

	Yüksekten atlama	1	4,5
	Diğer (çoklu davranış)	4	18,2
Yaşam boyu alkol kullanımı	Yok	24	19,0
	Var	102	81,0
Son bir yıl alkol kullanımı	Yok	50	38,9
	Var	76	61,1
Yaşam boyu psikoaktif madde kullanımı	Yok	97	77,0
	Var	29	23,0
Son bir yıl psikoaktif madde kullanımı	Yok	106	84,1
	Var	20	15,9
Kullanılan psikoaktif maddeler (n=20)*	Esrar	20	100
	Sentetik	2	10,0
	Kannabinoid		
	Metamfetamin	2	10,0
	Kokain	2	10,0
	Ekstazi	1	5,0
	MDMA	1	5,0
	Pregabalin	7	35,0
	Tramadol	1	5,0
	Benzodiazepin	1	5,0
	Metilfenidat	1	5,0
Yaşam boyu tütün kullanımı	Yok	44	34,9
	Var	82	65,1
Güncel tütün kullanımı	Yok	59	46,8
	Var	67	53,2

Not: N=126. KGİ: Klinik global izlenim DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu OKB: Obsesif kompulsif bozukluk TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu KBYZ: Kendi bedenine yönelik zarar *Aksi belirtilmedikçe n=126'dır.

Tablo 3'de belirtildiği üzere, KGİ ölçeğine göre katılımcıların 44'ü (%34,9) hastalık sınırında, 43'ü (%34,1) hafif düzeyde hasta, 39'u (%31) normal, hasta değil olarak sınıflanmıştır. Algıladıkları genel sağlık durumları, 14 kişinin (%11,1) kötü, 40 kişinin

(%31,7) fena değil, 58 kişinin (%46) iyi, 14 kişinin (%11,1) çok iyidir. Katılımcıların 119'u (%94,4) ruhsal veya ruhsal/bedensel hastalık tanısına sahiptir, 7'si (%5,6) ruhsal veya ruhsal/bedensel tanısı bulunmayan eşik altı ruhsal sıkıntıya sahip kişilerdir. Aktif ruhsal hastalık tanısı bulunan 119 (%94,4) kişiden 59'u (%46,8) depresyon bozuklukları, 41'i (%32,5) kaygı bozuklukları, 8'i (%6,3) DEHB, 2'si (%1,6) OKB, 2'si (%1,6) TSSB, 2'si (%1,6) uyum bozukluğu, 2'si (%1,6) konversiyon bozukluğu, 1'i (%0,8) dissosiyatif bozukluk, 1'i (%0,8) yeme bozukluğu tanısına sahiptir. Ruhsal hastalık tanı kriterlerini karşılamayan ancak çeşitli yaşam zorlukları sebebiyle ruh sağlığı hizmetlerine başvuran 18 kişi (%14,3) eşik altı ruhsal sıkıntıya sahiptir, ancak 11 kişinin fiziksel hastalık tanısı mevcuttur. 66 katılımcının (%52,4) fiziksel hastalık tanısı mevcuttur.

Katılımcıların 28'inin (%22,2) kendi bedenine yönelik zarar (KBYZ) davranışı mevcut iken, 98'inin (%77,8) kendi bedenine yönelik zarar davranışı bulunmamaktadır. KBYZ davranışı olan 28 kişinin 18'inin (%64,3) KBYZ davranışı sonucu vücutlarında kalıcı iz bulunmakta, 10 kişinin (%35,7) bulunmamaktadır. KBYZ davranışı olan 28 kişinin KBYZ davranış yöntemleri 7 kişinin (%25) cildi eşmek/tırmalamak, 5 kişinin (%17,9) cildi yakmak, 13 kişinin (%46,4) cildi kesmek, 1 kişinin (%3,6) saç çekerek kopartmak, 2 kişinin (%7,1) diğer (çoklu davranış n=1, duvara vurmak n=1) belirtilmiştir.

Katılımcıların 22'sinin (%17,5) yaşamları boyu en az bir kere intihar davranışı var, 104'ünün (%82,5) yoktur. Yaşam boyu en az bir kere intihar davranışı olan 22 kişinin 14'ü (%63,6) ilaç içme, 3'ü (%13,6) kesi, 1'i (%4,5) yüksekten atlama, 4'ü (%18,2) çoklu davranış yöntemini kullanmışlardır.

Katılımcıların 102'si (%81) hayatları boyunca en az bir kez alkol kullanmış, 24'ü (%19) kullanmamışlardır. Katılımcıların 77'si (%61,1) son bir yıl içerisinde alkol kullanımı olmuş, 49'unun (%38,9) olmamıştır. Katılımcıların 29'u (%23) yaşam boyu en az bir kez psikoaktif madde kullanmış, 97'si (%77) kullanmamıştır. Katılımcıların 20'si (%15,9) son bir yıl içerisinde psikoaktif madde kullanmış, 106'sı (%84,1) kullanmamıştır. Son bir yıl içerisinde psikoaktif madde kullanan 20 kişinin ortak kullandığı tek madde esrardır (%100). En yaygın ikinci sırada pregabalin gelmektedir (%35,0) ve 7 kişi kullanmaktadır. 2 kişi sentetik kannabinoid (%10,0), 2 kişi metamfetamin (%10,0), 2 kişi (%10,0) kokain kullanmaktadır. 1 kişi (%5) ekstazi, 1 kişi (%5) MDMA, 1 kişi (%5) tramadol, 1 kişi (%5) benzodiazepin, 1 kişi (%5) metilfenidat kullanmaktadır. Psikoaktif madde kullanan katılımcıların bir kısmında çoklu madde kullanımı görülmektedir.

Tablo 4. Normal dağılıma ilişkin istatistikler

Değişken	Çarpıklık	Basıklık
Yakın partner şiddeti	2,547	8,632
Yeniden yaşantılama	0,122	-1,243
Kaçınma	0,029	-1,539
Negatif duygudurum	0,063	-1,226
Uyarılma	0,292	-1,036
Sosyal destek/benlik algısı	0,261	-0,460
Öfke/dürtüsellik	0,556	-0,331
Umutsuzluk/yalnızlık	0,299	-0,482
İntihar düşüncesi	1,031	0,086
Riskli alkol kullanımı	1,416	0,973
Riskli psikoaktif madde kullanımı	3,114	8,618
Nikotin bağımlılığı	1,009	-0,498

Not: N=126

Tablo 4’de belirtildiği üzere verilere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olmadığından dolayı veriler normal dağılıma uygun değildir. Normal dağılım varsayımında bulunabilmek için verilen -1,5 ila +1,5 değerleri arasında olması gerekmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2014). Dolayısıyla çalışmada, parametrik olmayan test ve yöntemler uygulanmıştır.

3.5. Uygulama

Etik kurul onayının ve gerekli idari izinlerin alınmasının takibinde Haziran 2024’te çalışmaya başlanmış olup Ekim 2024’te sonlamıştır. Katılımcılar ile görüşme Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde, boş bir odada, katılımcı ve araştırmacı haricinde başka kimse bulunmadan gerçekleşmiştir. YPŞ'nin varlığını sorgulayan sorulardan herhangi birine “evet” cevabı vermiş olan katılımcıya bu konu ile ilgili olarak yasal destek almak isteyip istemediği, psikolojik destek almak isteyip istemediği sorulmuştur. Katılımcının talep etmesi durumunda, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrist ile görüşmesinin sağlanması; olası gerekli durumda acil psikiyatri konsültasyonu istenmesi planlanmıştır. Katılımcıya kendi onayı olmaksızın herhangi bir yasal bildirimde bulunulmayacağı temin edilmiştir. Hastanedeki ortak alanlarda

araştırmanın konusu hastalar veya yakınları tarafından sorulduğunda Dünya Sağlık Örgütü'nün kadına yönelik şiddet sıklığını araştırdığı çok ülkeli çalışmada olduğu gibi “kadınların yaşam deneyimlerini araştıran bir çalışma” olduğu söylenmiştir (Ellsberg ve Heise, 2005).

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde, araştırmada kullanılan ölçme araçları tanıtılmış, geçerlilik ve güvenilirliklerine dair istatistikler verilmiştir.

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, sosyo-demografik ve klinik bilgileri saptamaya yönelik soruları içerir.

3.6.2. Composite Abuse Scale Revised – Short Form (CASr-Kısa Formu)

CASr-Kısa Formu'nun'nin amacı, YPŞ'nin karmaşık doğasını, kısa, geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçümleyebilmektir. CASr-Kısa Formu 16 maddeden oluşmakta olup, bir öz bildirim ölçeğidir. Bu maddeler, fiziksel, cinsel ve psikolojik istismar alt boyutlarından oluşmaktadır. Psikolojik istismar faktörünün faktör yükleri 0,81 ile 0,91, fiziksel istismar faktörünün faktör yükleri 0,63 ile 0,92, cinsel istismar faktörünün faktör yükleri 0,85 ile 0,93 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,942'dir. Ayrıca, CASr-kısa formu, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile orta düzeyde korelasyon göstermektedir (Ford-Gilboe ve ark., 2016). Araştırmacılar tarafından ölçeğin Türk dil ve kültürüne geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İlk olarak, sorumlu yazardan gerekli izinler alınmıştır. İngiliz Dili ve Edebiyatı mezunu 2 filolog tarafından orijinal ölçek Türkçe'ye çevirilmiş, iyi düzeyde İngilizce bilen alanda çalışan uzman tarafından iki çeviri kıyaslanmış ve ölçeğin son haline karar verilmiştir. İngilizce mütercim tercüman tarafından geri çevirisi yapılmıştır. Geri çeviri, orijinal ölçek ile yüksek oranda tutarlılık göstermektedir. Mevcut çalışmada yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha değeri 0,844 yüksek düzeyde iç tutarlılık göstermektedir. Madde toplam korelasyonları incelendiğinde, 5., 11. ve 13. maddelerin değerleri <0,30 olduğu gerekçesi ile ölçekten çıkarılmıştır. 5, 11. ve 13. maddeleri ölçekten çıkartılarak gerçekleştirilen güvenilirlik analizinde, Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,85'dir. Madde toplam korelasyonları .30 ile .71 arasında değişmektedir. Orijinal ölçeğe göre, 1.,3.,6.,7.,11.(çıkartıldı), 13.(çıkartıldı) maddeleri fiziksel istismar alt boyutunun maddeleri; 4.,8. maddeler cinsel istismar alt boyutunun maddeleri ve 2., 5.(çıkartıldı), 9.,

10., 12., 14., 15.,16. maddeleri ise psikolojik istismar alt boyutunun maddeleridir. Ancak mevcut çalışmada yapılan doğrulayıcı faktör analizinde alternatif modellerin karşılaştırılması ile tek faktörlü bir yapıya karar verilmiştir. Tek faktörlü ölçekte, maddelerin faktör yükleri 0,39 ila 0,63 arasında değişmektedir. Model iyiliği sağlanması amacı ile üç hata kovaryansı eklendiğinde ki-kare farklılığı anlamlıdır (102,13, $p=0.00$). Modelin uyum iyiliği değerleri CFI=0.99 ile iyi uyum, IFI=0.99 ile iyi uyum, SRMR=0.08 ile kabul edilebilir, RMSEA=0.027 (90% GA [0,0 ; 0,062]) ile iyi uyum göstermektedir.

3.6.3. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama - Alkol Ölçeği (BAPİRT-Alkol Ölçeği)

Alkol kullanıcılarına yönelik riskli kullanımı saptamak amacı ile Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)'nden geliştirilmiştir (Ögel, Evren, Karadağ ve Gürol, 2012). Ölçek soruları, araştırmaya katılan katılımcılara görüşmeci tarafından uygulanır. 6 sorudan oluşan ölçek “hiçbir zaman”, “bazen”, “çok sık” yanıtlarını içerir. BAPİRT-Alkol ölçeğinde katılımcı skoru 3 veya daha yüksek ise yüksek risk olarak değerlendirilmelidir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .70, madde toplam puan korelasyonları .64-.69 arasındadır. Açımlayıcı faktör analizinde saptanan 2 faktör toplam varyansın %66'sını açıklamaktadır (Ögel, Koç ve Görücü, 2017). Mevcut çalışmada, diğer ölçekler ile benzer ölçüm standardizasyonunu sağlamak amacıyla maddelerdeki “son 6 ay” ibaresi “son bir yıl” olarak değiştirilmiştir.

3.6.4. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama - Madde Ölçeği (BAPİRT-Madde Ölçeği)

Madde kullanımı olan bireylere yönelik riski saptamak amacı ile Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)'nden geliştirilmiştir (Ögel ve ark., 2012). Ölçek soruları, araştırmaya katılan katılımcılara görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 7 sorudan oluşur, “hiçbir zaman”, “bazen”, “çok sık” yanıtlarını içerir. Ölçekten 4 veya daha üzeri puan yüksek risk olarak değerlendirilir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .88 olup, madde toplam puan korelasyon katsayıları .86-.89 arasındadır. Açımlayıcı faktör analizinden saptanan faktör sayısı 1'dir ve toplam varyansın %64.7'sini açıklamaktadır (Ögel ve ark., 2017).

3.6.5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) Fagerström ve Schneider (1989) tarafından geliştirilmiş, nikotin bağımlılık düzeyini ölçümlemeye yarayan geçerli ve güvenilir bir testtir. Türk dil ve kültürüne geçerli ve güvenilir uyarlaması Uysal ve ark.

(2015) tarafından yapılmış olup 6 sorudan oluşmaktadır. Faktör yükleri ve uyum iyiliği değerleri göz önünde bulundurularak ölçeğin 2 faktörlü bir yapıya sahip olduğu keşfedilmiştir. DFA'ya göre saptanan 2 faktöre göre 3 soru sabah/günün ilk saatlerinde içilen/ilk sigaralar ile ilgili maddelerden, diğer 3 soru ise sigara içme alışkanlıkları ile ilgili maddelerden oluşur. Nikotin bağımlılığı düzeyini ölçmek için toplam skor baz alınır; 0 -2 puan en düşük, 3-4 puan düşük, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek, 8 ve üzeri alınan puanlar ise çok yüksek bağımlılık olarak yorumlanır.

3.6.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), Weathers ve ark. (2013) tarafından TSSB semptom ve sınıflandırılmaları baz alınarak geliştirilmiştir. TSSB'yi değerlendirmede kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Türk dil ve kültürüne geçerli ve güvenilir uyarlaması Boysan ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. 20 sorudan oluşan ölçek 5'li likert (0-4) tipi puanlamaya sahiptir. DSM-5 ile tutarlı olarak 4 faktör saptanmıştır; yeniden yaşantılama, kaçınma, biliş/duygudurumda olumsuz değişiklikler, aşırı uyarılma şeklindedir. Kontrol ve klinik gruptan tüm maddelerin faktör yükleri .40'ın üstündedir. Yapılması planlanan çalışmamızda, YPŞ'ye bağlı travmatik stresi ölçümlemeyi amaçladığımızdan ölçeğin yönergesinde katılımcının partneri ile yaşadığı stresli olayları düşünerek cevaplandırması istenmiştir.

3.6.7. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) Cull ve Gill (1982) tarafından geliştirilmiştir. Batıgün ve Şahin (2018) tarafından yapılan Türk dil ve kültürüne uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .89, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise .95 bulunmuştur. Ters puanlanan maddelerin de mevcut olduğu ölçekte, maddelerin katılımcıyı tanımlama dereceleri %0, %30, %70 ve %100 şeklindedir. Ölçek 36 sorudan ve 4 faktörden (sosyal destek/benlik algısı, öfke/dürtüsellik, umutsuzluk/yalnızlık, intihar düşüncesi) oluşmakta, 4 faktör toplam varyansın %62.34'ünü açıklamaktadır. İÖÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; toplam puanı için .87, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" alt boyutu için .81, "Öfke/Düşmanlık" alt boyutu için .71, "Umutsuzluk/Yalnızlık" alt boyutu için .73 ve "İntihar Düşüncesi" alt boyutu için .74'tür. Ölçeğin tek ve çift maddelerinden oluşturulan iki yarım test arasındaki korelasyon katsayısı .81 ($p < .01$) olarak saptanmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın amaç ve hipotezlerine yönelik istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırma değişkenlerine ilişkin ortalama puan ve standart sapma değerleri Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo 5. Değişkenlere ilişkin ortalama puan ve standart sapma değerleri

	M	SS
Bapirt-Alkol ölçeği	1,3254	1,92179
Bapirt-Madde Ölçeği	,7857	2,28598
Fagerström nikotin bağımlılık testi	2,0556	2,82080
PCL-5 Yeniden yaşantılama boyutu	7,7460	5,91667
PCL-5 Kaçınma boyutu	3,5794	2,95663
PCL-5 Negatif duygudurum boyutu	11,5397	8,56192
PCL-5 Uyarılma boyutu	8,5079	6,94291
İÖÖ Sosyal destek/benlik algısı boyutu,	36,0476	8,44451
İÖÖ Öfke/dürtüsellik boyutu	10,3016	2,98870
İÖÖ Umutsuzluk/yalnızlık boyutu	16,4921	4,81622
İÖÖ İntihar düşüncesi boyutu	11,9603	5,14183

Not: N=126, Bapirt-Alkol Ölçeği: Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama-Alkol Ölçeği, Bapirt-Madde Ölçeği: Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama-Madde Ölçeği, PCL-5: DSM-5 için TSSB Kontrol Listesi, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

Katılımcıların alkol ve psikoaktif madde kullanımına ilişkin istatistikler Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Alkol ve psikoaktif madde kullanımına ilişkin istatistikler

	Alkol kullanımı (n)	Alkol kullanımı (%)	Psikoaktif madde kullanımı (n)	Psikoaktif madde kullanımı (%)
Kullanmıyor	50	39,7	106	84,1
Riskli kullanım negatif	47	37,3	9	7,1
Riskli kullanım pozitif	29	23,0	11	8,7

Not: N=126

Tablo 6’da belirtildiği üzere 50 (%39,7) kişinin son bir yıl içerisinde alkol kullanımı olmamıştır. Ancak son bir yıl içerisinde alkol kullanımı olan 29 (%23) kişinin riskli alkol kullanımı bulunmaktadır. 47 (%37,3) kişinin ise alkol kullanımı riskli düzeyde değildir. Katılımcıların tütün kullanımına ilişkin istatistikler Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Tütün kullanımına ilişkin istatistikler

	n	%
Kullanmıyor	59	46,8
Düşük düzey nikotin bağımlılığı	24	19,0
Hafif düzey nikotin bağımlılığı	14	11,1
Orta düzey nikotin bağımlılığı	8	6,3
Yüksek düzey nikotin bağımlılığı	13	10,3
Çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı	8	6,3

Not: N=126

Tablo 7’de belirtildiği üzere, 59 (%46,8) kişinin güncel tütün kullanımı bulunmamaktadır. Güncel tütün kullanımı bulunan kişiler arasında, 24 (%19) kişi düşük, 12 (11,1) kişi hafif, 8 (%6,3) kişi orta, 13 (%10,3) kişi yüksek, 8 (%6,3) kişi ise çok yüksek

düzy nikotin bağımlılığına sahiptir. Tablo 8’de CASr-Kısa Formu’nun maddelerine katılımcıların verdiği yanıtların sıklıkları sunulmuştur.

Tablo 8. CASr-Kısa Formu maddelerine ilişkin sıklık değeri

	Daha önce	Son 12 ay	Son 12 ay	Son 12 ay	Son 12 ay	Son 12 ay	Son 12 ay
	hiç maruz	içerisinde	içerisinde	içerisinde	içerisinde	içerisinde	içerisinde
	kalmadım	maruz	bir kere	birkaç	ayda bir	haftada bir	her
n(%)	kalmadım	maruz	kere	maruz	maruz	maruz	gün/heme
	n(%)	kaldım	maruz	kaldım	kaldım	kaldım	n hemen
		n(%)	kaldım	n(%)	n(%)	n(%)	her gün
			n(%)				maruz
							kaldım
							n(%)
1.madde	83(65,87)	34(26,98)	5(3,97)	2(1,59)	1(0,79)	1(0,79)	0
2. madde	89(70,63)	19(15,08)	3(2,38)	8(6,35)	4(3,17)	2(1,59)	1(0,79)
3.madde	116(92,06)	8(6,35)	1(0,79)	0	0	0	1(0,79)
	)						
4.madde	85(67,46)	22(17,46)	2(1,59)	7(5,56)	7(5,56)	2(1,59)	1(0,79)
5.madde	85(67,46)	30(23,81)	4(3,17)	4(3,17)	1(0,79)	2(1,59)	0
6.madde	115(91,27)	7(5,56)	2(1,59)	1(0,79)	0	0	1(0,79)
	)						
7.madde	104(82,54)	17(13,49)	2(1,59)	2(1,59)	1(0,79)	0	0
	)						
8.madde	80(63,49)	27(21,43)	2(1,59)	8(6,35)	4(3,17)	4(3,17)	1(0,79)
9.madde	79(62,7)	23(18,25)	3(2,38)	11(8,73)	6(4,76)	1(0,79)	3(2,38)
10.madde	65(51,59)	25(19,84)	2(1,59)	11(8,73)	5(3,97)	9(7,14)	9(7,14)
11.madde	104(82,54)	20(15,87)	0	2(1,59)	0	0	0
	)						
12.madde	85(67,46)	27(21,43)	1(0,79)	2(1,59)	3(2,38)	1(0,79)	7(5,56)
13.madde	122(96,83)	4(3,17)	0	0	0	0	0
	)						
14.madde	97(76,98)	19(15,08)	2(1,59)	4(3,17)	1(0,79)	0	3(2,38)
15.madde	73(57,94)	29(23,02)	6(4,76)	7(5,56)	3(2,38)	4(3,17)	4(3,17)
16.madde	92(73,02)	15(11,90)	1(0,79)	7(5,56)	2(1,59)	5(3,97)	4(3,17)

Not: N=126 1.madde: Beni sarstı, itti, zorla kavradı ya da fırlattı. 2. madde: Ailemi, çocuklarımı veya arkadaşlarımı deli olduğuma inandırmaya çalıştı ya da onları bana karşı kışkırtmaya çalıştı. 3.madde: Bana zarar vermek için bıçak, tabanca ya da başka bir silah kullandı ya da kullanmakla tehdit etti. 4.madde: Yapmayı istemediğim cinsel eylemler yaptırdı. 5.madde: Beni takip etti veya evimin ya da işyerimin çevresinde dolaştı. 6.madde: Beni veya bir yakınımı yaralamakla ya da öldürmekle tehdit etti. 7.madde: Boğazımı sıktı.

8.madde: Beni cinsel ilişkiye zorladıya da zorlamaya çalıştı. 9.madde: Beni telefon, mesaj, e-posta ya da sosyal medya kullanarak rahatsız etti. 10.madde: Benim deli, aptal ya da yeterince iyi olmadığımı söyledi. 11.madde: Bana yumrukla veya bir nesne ile vurdu, tekmeledi veya ısırıldı. 12.madde: Ailemi, arkadaşlarımı görmemi veya onlarla konuşmamı engelledi. 13.madde: Beni bir odaya veya başka bir yere hapsetti ya da kilitledi. 14.madde: İş bulmamızı, para kazanmamı veya mali kaynaklara erişimimi engelledi. 15.madde: Beni şiddet içeren davranışlarına sebep olmakla suçladı. 16.madde: Cinsel geçmişim ya da cinsel performansım hakkında beni utandıran, yetersiz hissettiren, aşağılayan yorumlar yaptı.

Tablo 8’de belirtildiği üzere bir maddeye verilen cevap sıklık değerleri %96,83 ila 0 arasında değişmektedir. 122 (%96,83) kişi 13.maddeye yaşam boyu sıklık bildirmemişlerdir. 34 kişi (%26,98) 1.madde için maruziyetlerini son 12 ay için bildirmemişlerdir.

4.2. CASr-Kısa Formu Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik İstatistikler

Araştırmanın ilk bölümünde hedeflenen CASr-Kısa Formu’nun Türk dil ve kültürüne adaptasyonu gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe ismi “Bileşik İstismar Ölçeği-Kısa Form (BiÖ-KF)” olarak uzmanlar tarafından çevrilmiştir. Araştırmanın bu ve sonraki kısımlarında, ölçeğin Türkçe ismi kullanılmıştır.

Mevcut çalışmada yapılan güvenirlik analizinde Cronbach’s Alpha değeri .844 yüksek düzeyde iç tutarlılık göstermektedir. Madde toplam korelasyonları incelendiğinde, 5. (Beni takip etti veya evimin ya da iş yerimin çevresinde dolaştı), 11. (Bana yumrukla veya bir nesne ile vurdu, tekmeledi veya ısırıldı) ve 13. (Beni bir odaya veya başka bir yere hapsetti ya da kilitledi) maddelerinin değerleri <0,30 olduğu gerekçesi ile ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca, 13.maddeye 0’dan başka yanıt veren katılımcı olmamıştır. Madde toplam korelasyon değerleri Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Madde-toplam istatistikleri

	Madde silindiğinde ölçek ortalaması	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach-alfa
1.madde	4,64	63,591	0,385	0,840
2.madde	4,42	57,350	0,620	0,826
3.madde	4,72	63,594	0,466	0,839
4.madde	4,37	56,188	0,650	0,824
5.madde	4,59	64,292	0,224	0,845
6.madde	4,70	62,724	0,538	0,836

7.madde	4,70	64,772	0,365	0,842
8.madde	4,37	56,490	0,605	0,826
9.madde	4,28	59,866	0,342	0,844
10.madde	3,82	49,558	0,634	0,828
11.madde	4,74	66,163	0,231	0,845
12.madde	4,35	56,725	0,457	0,837
13.madde	4,77	67,171	0,000	0,848
14.madde	4,55	60,074	0,467	0,835
15.madde	4,25	52,639	0,724	0,817
16.madde	4,29	53,214	0,675	0,821

Not: N=126

5, 11. ve 13. maddeleri ölçekten çıkartılarak gerçekleştirilen güvenirlik analizinde, Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı .85'dir. Madde toplam korelasyonları .30 ile .71 arasında değişmektedir. Revize edilmiş ölçeğin madde toplam korelasyonları Tablo 10'da gösterilmektedir.

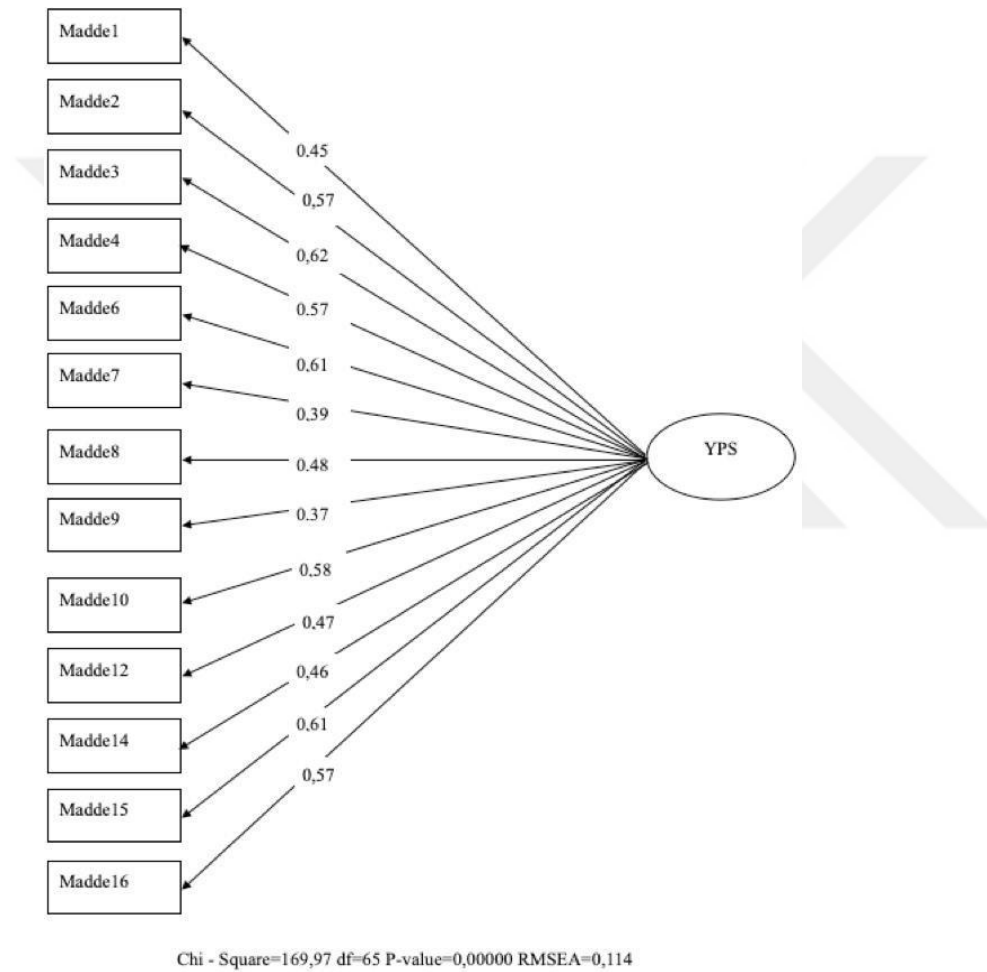
Tablo 10. Madde-toplam istatistikleri (revize)

	Madde silindiğinde ölçek ortalaması	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach-alfa
1.madde	4,43	59,927	0,368	0,850
2.madde	4,21	53,637	0,628	0,835
3.madde	4,51	59,708	0,479	0,848
4.madde	4,16	52,215	0,679	0,830
6.madde	4,48	58,924	0,543	0,845
7.madde	4,48	61,164	0,327	0,853
8.madde	4,15	52,513	0,633	0,833
9.madde	4,06	56,748	0,306	0,856
10.madde	3,60	46,273	0,629	0,838
12.madde	4,13	53,334	0,444	0,848
14.madde	4,33	56,240	0,477	0,844
15.madde	4,04	49,334	0,714	0,826
16.madde	4,07	49,491	0,690	0,828

Not: N=126

4.2.1. Alternatif Modellerin Karşılaştırılması

Çalışma ile en yüksek uyumu sağlayan modeli tespit edebilmek için 2 alternatif model testi gerçekleştirilmiştir. Birinci alternatif model tek faktörden oluşmakta olup, en iyi faktör yükleri ve uyum iyiliği değerlerini sağlamaktadır. İkinci alternatif model, orijinal ölçeğin faktörleşmesi baz alınarak yapılmıştır.



Şekil 2. Alternatif model 1'in standardize faktör yükleri

Not: N=126

Alternatif model 1 için gerçekleştirilen analizde, Şekil 2'de görüldüğü üzere, maddelerin faktör yükleri 0,37 ile 0,62 arasında değişmekte olup faktör yükleri kabul edilebilir sınırlar içerisindedir. Hata kovaryansı atanmadan, alternatif model 1'in uyum iyiliği değerleri kabul edilebilir düzeyde değildir. RMSEA değeri 0,014 olarak hesaplanmıştır (90% GA [0,093 ; 0,13]). CFI değeri 0,87, IFI değeri 0,87, SRMR değeri

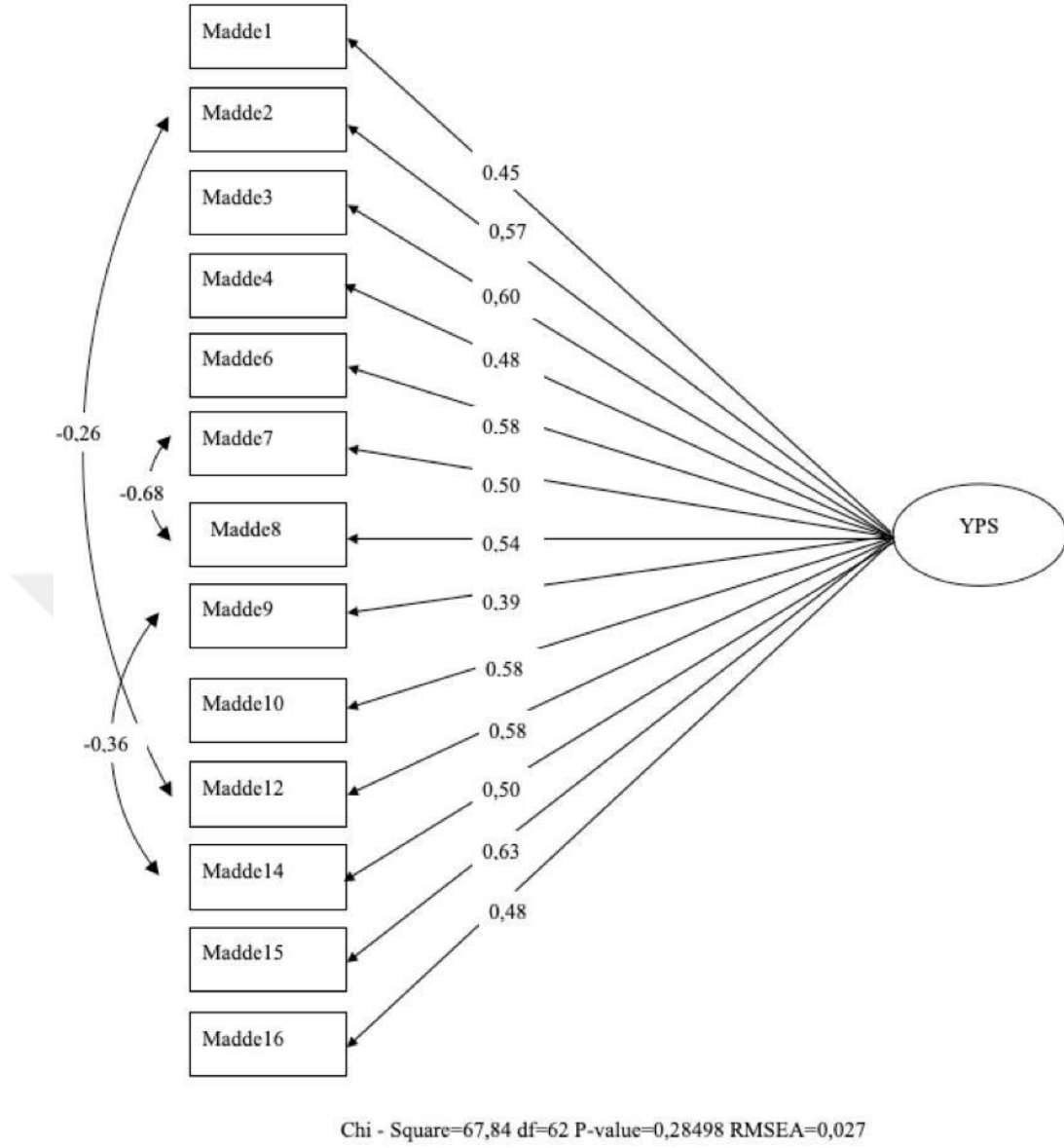
0,11, GFI değeri 0,78 olarak hesaplanmış ve kabul edilebilir değer aralıkları içerisinde değildir. Tablo 11’de standardize edilmemiş faktör yükleri, standart hatalar ve t değerlerine ilişkin bilgiler mevcuttur. Tüm t değerleri anlamlıdır.

Tablo 11. Alternatif model 1’e ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri

	Standardize edilmemiş faktör yük değerleri	Standart hatalar (SH)	t değerleri	Standardize edilmiş faktör yük değerleri
Madde1	0,64	0,80	4,56	0,45
Madde2	0,81	0,67	8,34	0,57
Madde3	0,87	0,62	5,39	0,62
Madde4	0,80	0,68	9,89	0,57
Madde6	0,86	0,63	7,98	0,61
Madde7	0,55	0,85	4,69	0,39
Madde8	0,68	0,77	6,55	0,48
Madde9	0,52	0,86	3,50	0,37
Madde10	0,82	0,66	15,39	0,58
Madde12	0,66	0,78	5,37	0,47
Madde14	0,65	0,79	4,84	0,46
Madde15	0,87	0,63	12,58	0,61
Madde16	0,80	0,68	9,40	0,57

Not: N=126

Modifikasyon indeksleri incelenerek modele 3 hata kovaryansı eklenmiştir. 2.madde ile 12.madde; 7.madde ile 8.madde; 9.madde ile 14.madde arasına hata kovaryansı atanmıştır. Atanan hata kovaryansları ile revize edilmiş alternatif model 1’in standardize edilmiş faktör yükleri Şekil 3’de gösterilmiştir.



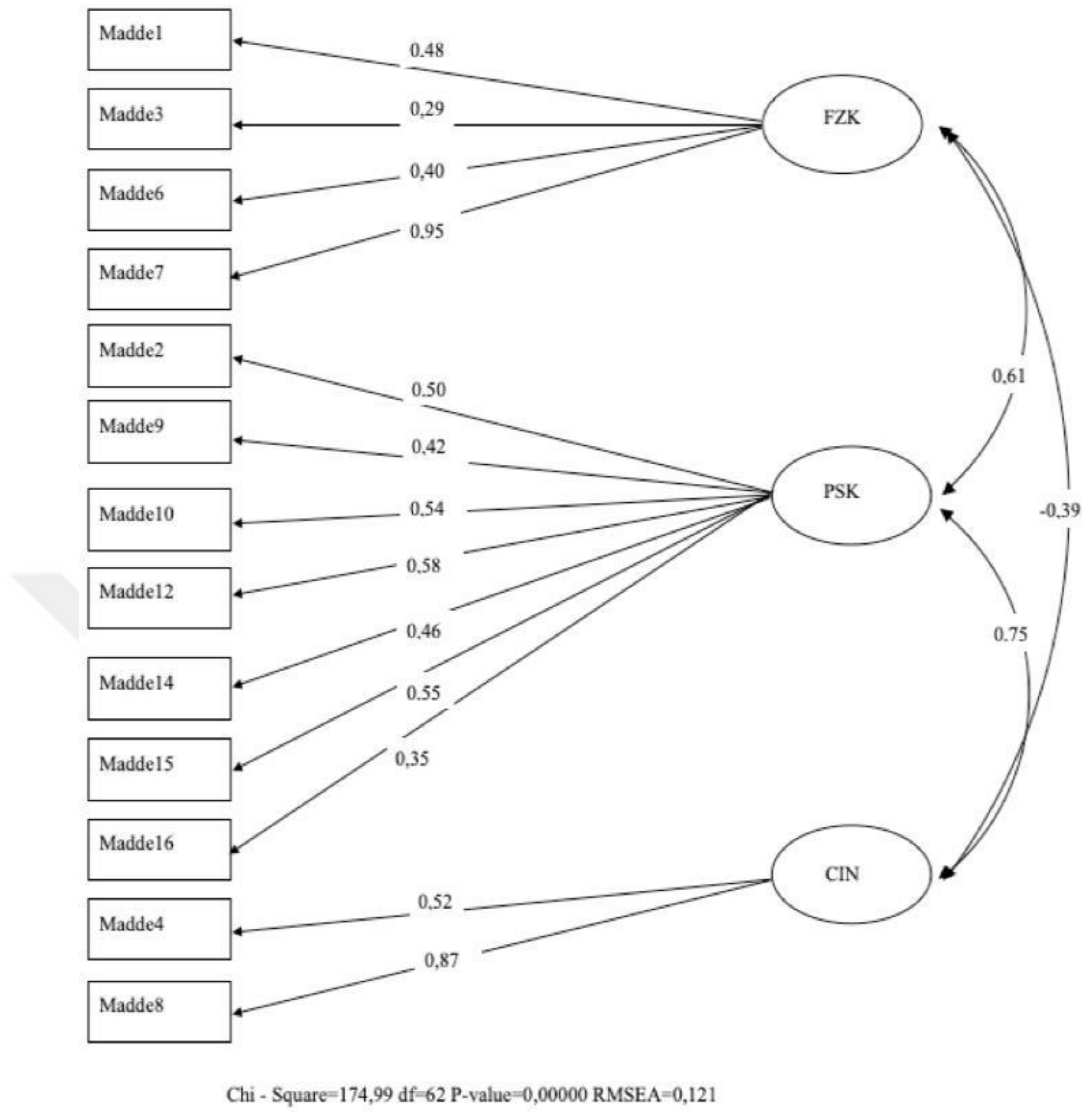
Şekil 3. Hata atanmış alternatif model 1'in standardize edilmiş faktör yükleri
Not: N=126

Gerçekleştirilen analizde, maddelerin faktör yükleri 0,39 ile 0,63 arasında değişmekte olup faktör yükleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde. Modele 3 hata kovaryansı eklendiğinde ki-kare farklılığı anlamlıdır (102,13, $p=0.00$). Modelin uyum iyiliği değerleri CFI=0.99 ile iyi uyum, IFI=0.99 ile iyi uyum, SRMR=0.08 ile kabul edilebilir, RMSEA=0.027 (90% GA [0,0 ; 0,062]) ile iyi uyum göstermektedir. $\chi^2=67,84$, $df=62$ $p>0.05$.

Tablo 12. Hata atanmış alternatif model 1'e ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri

	Standardize edilmemiş faktör yük değerleri	Standart hatalar (SH)	t değerleri	Standardize edilmiş faktör yük değerleri
Madde1	0,63	0,80	5,92	0,45
Madde2	0,81	0,67	8,15	0,57
Madde3	0,84	0,64	7,36	0,60
Madde4	0,68	0,77	5,75	0,48
Madde6	0,82	0,66	5,47	0,58
Madde7	0,71	0,75	6,10	0,50
Madde8	0,76	0,71	7,49	0,54
Madde9	0,56	0,84	4,19	0,39
Madde10	0,82	0,66	12,36	0,58
Madde12	0,82	0,66	6,49	0,58
Madde14	0,71	0,75	4,73	0,50
Madde15	0,89	0,60	11,40	0,63
Madde16	0,67	0,77	5,25	0,48

Not: N=126



Şekil 4. Alternatif model 2'nin standardize faktör yükleri

Not: N=126 FZK=Fiziksel istismar alt boyutu PSK=Psikolojik istismar alt boyutu
CIN=Cinsel istismar alt boyutu

Alternatif model 2 için gerçekleştirilen analizde, Şekil 4'te görüldüğü üzere, maddelerin faktör yükleri 0,29 ila 0,95 arasında değişmekte olup faktör yükleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde. En düşük faktör yükü madde 3'e ait, en yüksek faktör yükü madde 7'ye aittir. Modelin uyum iyiliği değerleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde değildir. Modifikasyon indeksleri baz alınarak modele hata kovaryansı eklendiğinde, uyum iyiliği değerleri kabul edilebilir sınıra yaklaşmamaktadır. Alternatif model 2'ye ilişkin standardize edilmiş ve edilmemiş faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri ve alt faktörler arası ilişkiler Tablo 13 ve Tablo 14'de gösterilmektedir.

Tablo 13. Alternatif model 2'ye ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri

	Standardize edilmemiş faktör yük değerleri	Standart hatalar (SH)	t değerleri	Standardize edilmiş faktör yük değerleri
Madde1	0,68	0,77	7,78	0,48
Madde2	0,71	0,75	7,70	0,50
Madde3	0,41	0,92	3,16	0,29
Madde4	0,74	0,73	8,26	0,52
Madde6	0,56	0,84	4,80	0,40
Madde7	1,35	0,09	13,01	0,95
Madde8	1,23	0,25	9,61	0,87
Madde9	0,59	0,83	3,78	0,42
Madde10	0,76	0,71	10,62	0,54
Madde12	0,82	0,66	6,84	0,58
Madde14	0,65	0,79	4,06	0,46
Madde15	0,78	0,70	9,32	0,55
Madde16	0,49	0,88	2,99	0,35

Not: N=126

Tablo 14. Alternatif model 2'ye ilişkin faktörler arası ilişkiler

Faktörler	FZK	PSK	CIN
Fiziksel istismar	-		
Psikolojik istismar	0,61*	-	
Cinsel istismar	-0,39*	0,75*	-

Not: N=126. FZK=Fiziksel istismar boyutu, PSK=Psikolojik istismar boyutu, CIN=Cinsel istismar boyutu, *p<0,05

Sonuç olarak, gerçekleştirilen alternatif modellerin karşılaştırılması ile tek faktörlü yapıda karar kılınmıştır.

4.3. Ölçme Model Testi

Ölçme model testi yakın partner şiddet sıklığını ölçümleyen tek faktörlü BİÖ-KF, yakın ilişkiler ile ilgili travmatik stresi ölçümleyen dört faktörlü (yeniden yaşantılama,

kaçınma, negatif duygudurum, uyarılma) PCL-5, intihar olasılığını ölçümleyen dört faktörlü (sosyal destek/benlik algısı, öfke/dürtüsellik, umutsuzluk/yalnızlık, intihar düşüncesi) İÖÖ, ve “Madde Kullanımı” örtük değişkeni olarak tanımlanan yapı arasında gerçekleştirilmiştir. Madde kullanım örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri riskli psikoaktif madde kullanımı, riskli alkol kullanımı ve nikotin bağımlılığından oluşmaktadır. Riskli psikoaktif madde kullanımı, riskli alkol kullanımı, nikotin bağımlılığı gözlenen değişkenleri için BAPİRT-Madde, BAPİRT-Alkol, FNBT toplam puanları kullanılmıştır. Tek faktörlü BİÖ-KF için yapay iki parsel oluşturulmuştur.

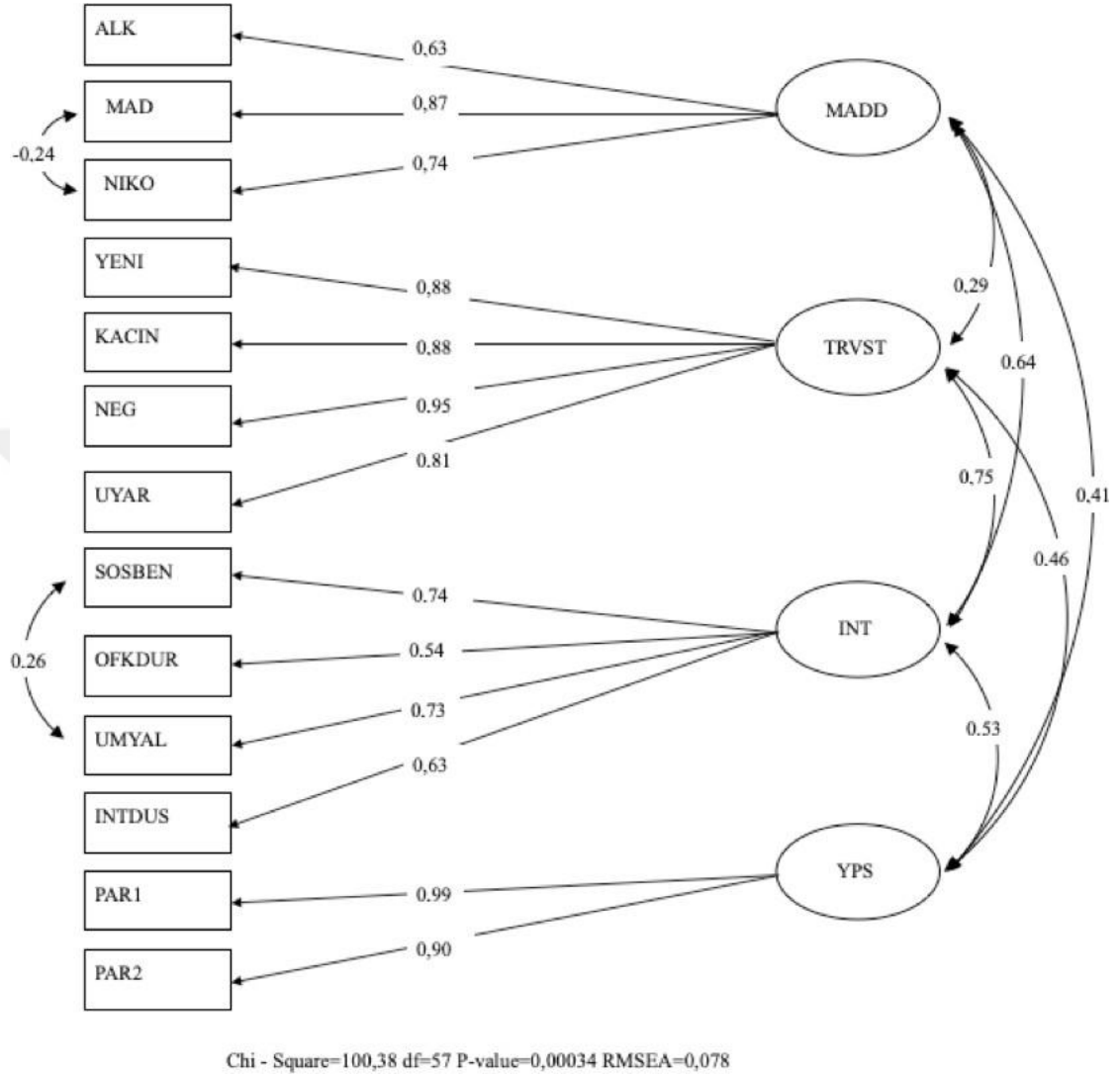
Gözlenen değişkenlere ilişkin spearman korelasyon analizi Tablo 15’de gösterilmektedir. Tablo 15’de belirtildiği gibi, anlamlı korelasyon değerleri 0,827 ile 0,180 arasında değişmektedir. En yüksek anlamlı ilişki negatif duygudurum boyutu ile yeniden yaşantılama boyutu arasında ($r=0,827$ $p<0,01$); en düşük anlamlı ilişki YPŞ birinci parseli ile riskli alkol kullanım boyutu arasındadır ($r=0,180$ $p<0,05$).

Tablo 15. Değişkenler arası Spearman korelasyon değerleri

	PAR1	PAR2	ALK	MAD	NIKO	YENI	KACIN	NEG	UYAR	SOSBEN	OFKDUR	UMYAL	INTDUS
PAR1													
PAR2	,812**												
ALK	,180*	,208*											
MAD	,368**	,350**	,565**										
NIKO	,259**	,267**	,408**	,375**									
YENI	,514**	,448**	,214*	,257**	,276**								
KACIN	,401**	,372**	,155	,164	,266**	,803**							
NEG	,522**	,514**	,151	,213*	,290**	,827**	,820**						
UYAR	,386**	,389**	,094	,017	,324**	,736**	,729**	,788**					
SOSBEN	,305**	,376**	,202*	,381**	,297**	,420**	,376**	,530**	,382**				
OFKDUR	,345**	,351**	,220*	,393**	,161	,433**	,401**	,418**	,438**	,419**			
UMYAL	,340**	,425**	,171	,367**	,288**	,455**	,466**	,593**	,441**	,772**	,383**		
INTDUS	,255**	,274**	,225*	,406**	,268**	,392**	,328**	,408**	,336**	,542**	,257**	,429**	

Not: N=126, PAR1=Yakın partner şiddeti birinci parsel, PAR2=Yakın partner şiddeti ikinci parsel, ALK=Riskli alkol kullanım boyutu, MAD=Riskli psimoaktif madde kullanım boyutu, NIKO=Nikotin bağımlılık boyutu, YENI=Yeniden yaşantılama boyutu, KACIN=Kaçınma boyutu, NEG=Negatif duygudurum boyutu, UYAR=Uyarılma boyutu, SOSBEN=Sosyal destek/benlik algısı boyutu, OFKDUR=Öfke/dürtüsellik boyutu, UMYAL=Umutsuzluk/yalnızlık boyutu, INTDUS=İntihar düşüncesi boyutu, *p<0,05, **p<0,01

Ölçme modeline ilişkin standardize edilmiş değerler Şekil 5’de gösterilmektedir.



Şekil 5. Ölçme model testine ilişkin standardize değerler

Not: N=126 MADD=Madde kullanımı örtük değişkeni TRVST=Travmatik stres örtük değişkeni INT=İntihar olasılığı örtük değişkeni YPS=Yakın partner şiddeti örtük değişkeni ALK=Riskli alkol kullanım boyutu MAD=Riskli psikoaktif madde kullanım boyutu NIKO=Nikotin bağımlılık boyutu YENI=Yeniden yaşantılama boyutu KACIN=Kaçınma boyutu NEG=Negatif duygudurum boyutu UYAR=Uyarılma boyutu SOSBEN=Sosyal destek/benlik algısı boyutu OFKDUR=Öfke/dürtüsellik boyutu UMYAL=Umutsuzluk/yalnızlık boyutu INTDUS=İntihar düşüncesi boyutu PAR1=Yakın partner şiddeti birinci parsel PAR2=Yakın partner şiddeti ikinci parsel

Modifikasyon indeksleri baz alınarak, model iyiliği için riskli psikoaktif madde kullanımı ve nikotin bağımlılığı gözlenen değişkenleri arasında; sosyal destek/benlik algısı ve umutsuzluk/yalnızlık gözlenen değişkenleri arasında hata kovaryansı atanmıştır. Örtük

değişkenler arası ilişkiler ve faktör yükleri anlamlıdır. Standardize edilmemiş faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri ve standardize edilmiş faktör yükleri Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Ölçüm modeline ilişkin faktör yükleri, standart hatalar, t değerleri

	Standardize edilmemiş faktör yük değerleri	Standart hatalar (SH)	t değerleri	Standardize edilmiş faktör yük değerleri
ALK	0,63	0,61	8,52*	0,63
MAD	0,87	0,25	10,71*	0,87
NIKO	0,74	0,46	8,24*	0,74
YENI	0,88	0,22	38,56*	0,88
KACIN	0,88	0,23	37,33*	0,88
NEG	0,95	0,10	63,94*	0,95
UYAR	0,81	0,35	23,77*	0,81
SOSBEN	0,74	0,45	14,08*	0,74
OFKDUR	0,54	0,71	7,44*	0,54
UMYAL	0,73	0,47	12,96*	0,73
INTDUS	0,63	0,61	9,75*	0,63
PAR1	0,99	0,03	27,70*	0,99
PAR2	0,90	0,19	24,52*	0,9

Not: N=126 ALK=Riski alkol kullanım boyutu MAD=Riskli psikoaktif madde kullanım boyutu NIKO=Nikotin bağımlılık boyutu YENI=Yeniden yaşantılama boyutu KACIN=Kaçınma boyutu NEG=Negatif duygudurum boyutu UYAR=Uyarılma boyutu SOSBEN=Sosyal destek/benlik algısı boyutu OFKDUR=Öfke/dürtüsellik boyutu UMYAL=Umutsuzluk/yalnızlık boyutu INTDUS=İntihar düşüncesi boyutu PAR1=Yakın partner şiddeti birinci parsel PAR2=Yakın partner şiddeti ikinci parsel

*p<0,05

Gerçekleştirilen analizde, modele 2 hata kovaryansı eklendiğinde ki-kare farklılığı anlamlıdır (19,44, p=0.00). Modelin uyum iyiliği değerleri, CFI=0.97 ile iyi uyum, IFI=0.97 ile iyi uyum, SRMR=0.056 kabul edilebilir uyum, RMSEA=0.078 (90% GA [0,052 ; 0,10]) ile kabul edilebilir uyum göstermektedir. Örtük değişkenler arası ilişkiler Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Örtük değişkenler arası ilişkiler

	MADD	TRVST	INT	YPS
MADD	-			
TRVST	0,29*	-		
INT	0,64*	0,75*	-	
YPS	0,41*	0,46*	0,53*	-

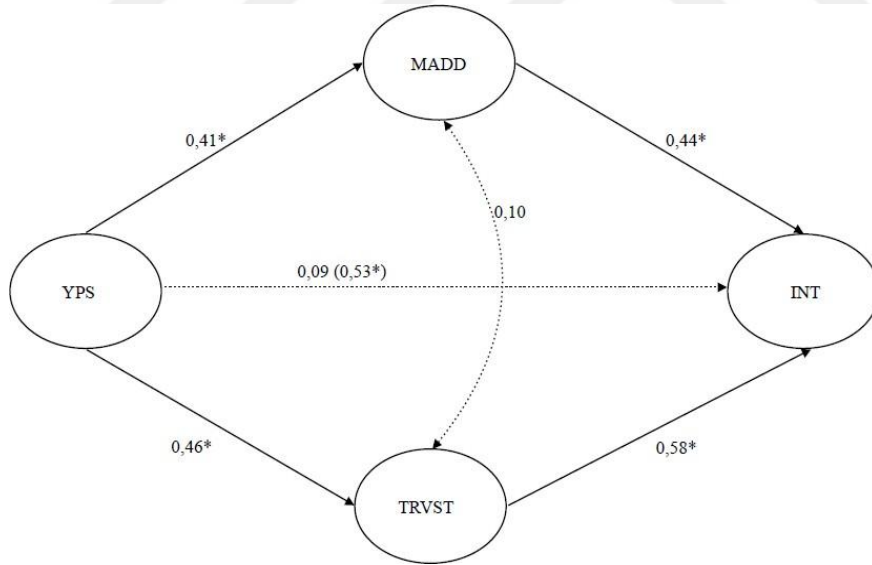
Not: N=126 MADD=Madde Kullanım TRVST=Travmatik stres INT=İntihar Olasılığı
YPS=Yakın partner şiddeti

*p<0,05

Tablo 17’de belirtildiği üzere, ilişkiler pozitif yönde ve anlamlıdır. En yüksek ilişki intihar olasılığı ile travmatik stres arasında, en düşük ilişki ise madde kullanım ile travmatik stres arasında görülmektedir.

4.4. Yapısal Model Testi

Lisrel programı üzerinden gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli Şekil 6’da gösterilmektedir.



Şekil 6. Yapısal model

Not: N=126. YPS:Yakın partner şiddeti, TRVST: Travmatik stres, MADD: Madde kullanımı, INT: İntihar olasılığı

*p<0,05

Yapısal modele ilişkin uyum iyiliği değerleri CFI=0.97 ile iyi uyum, IFI=0.97 ile iyi uyum, SRMR=0.056 ile kabul edilebilir uyum, RMSEA=0.078 (90% GA [0,052 ; 0,10]) ile

kabul edilebilir uyum göstermektedir. $\chi^2=100,38$, $df=57$ ($p<0,05$). $\chi^2/df \approx 1.76$ ile iyi uyum göstermektedir.

Şekil 6’de görüldüğü üzere, yapısal modele aracı değişkenler dahil edildiğinde, intihar olasılığı üzerinde YPŞ’nin ($\beta=0,09$; $p>0,05$) doğrudan anlamlı bir etkisi yoktur. Ancak, YPŞ’nin madde kullanımı üzerinde etkisi ($\beta=0,41$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı; YPŞ’nin travmatik stres üzerindeki etkisi ($\beta=0,46$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı; madde kullanımının intihar olasılığı üzerinde etkisi ($\beta=0,44$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı; travmatik stresin intihar olasılığı üzerindeki etkisi ($\beta=0,58$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlıdır.

YPŞ’nin intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi ($\beta=0,53$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlıdır. YPŞ’nin madde kullanımı üzerindeki toplam etkisi (doğrudan bir etkidir) ($\beta=0,41$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı, madde kullanımındaki varyansın %17’sini açıklamaktadır. YPŞ’nin travmatik stres üzerindeki toplam etkisi (doğrudan bir etkidir) ($\beta=0,46$; $p<0,05$) pozitif yönde anlamlı, travmatik streste toplam varyansın %21’ini açıklamaktadır.

Örneklemin normal dağılım varsayımlarını sağlamadığı gerekçesiyle aracılık ilişkileri AMOS’ta 2000 tekrar ile bootstrap metodu gerçekleştirilmiştir. YPŞ’nin intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisi ($\beta=0,39$, %95 GA [0,22, 0,65]) istatistiksel olarak anlamlıdır.

Madde kullanımı ile travmatik stres arasındaki ilişki $r=0.10$, $p>0.05$ anlamlı değildir.

Analizler sonucunda, yakın partner şiddetinin intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı iken, madde kullanımı ve travmatik stres aracı değişkenleri modele eklendiğinde bu etki anlamsızlaşmaktadır. Bu sonuçlar, araştırma soruları ile tutarlıdır. Sonuç olarak, YPŞ maruziyetinin intihar olasılığı üzerindeki etkisinde madde kullanımı ve travmatik stres değişkenlerinin aracı rolü vardır ancak, madde kullanımı ile travmatik stres arasında mevcut literatürün aksine, ilişki saptanamamıştır.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın bulguları mevcut literatür göz önünde bulundurularak tartışılmıştır. Daha sonra araştırmanın sınırlılıklarına değinilip, klinik alan ve araştırma alanına yönelik öneriler belirtilmiştir.

Analizler sonucunda, YPŞ ile intihar olasılığı ilişkilidir, ancak YPŞ ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide aracı değişkenler olan madde kullanımı ve travmatik stres dahil edildiğinde, YPŞ ile intihar olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamını kaybetmektedir. Bu durum, YPŞ'nin intihar olasılığını madde kullanımı ve travmatik stres değişkenleri aracılığıyla açıkladığını göstermektedir. YPŞ'nin intihar olasılığı üzerindeki etkisinde madde kullanımı ve travmatik stres değişkenlerinin aracı rolü vardır, ancak madde kullanımı ile travmatik stres aracı değişkenleri arasında ilişki anlamlı değildir. Dolayısıyla modelde, madde kullanımı ve travmatik stres değişkenleri, bağımsız şekilde modele katkı yapmaktadırlar. Madde kullanımı dışı atım belirtilerinden biri iken, TSSB içe atım belirtilerinden olarak değerlendirilebilir. Mizaç özelliklerinden duygusal tepkisellik ve perseverasyon TSSB gelişimi veya sürdürülmesi ile pozitif ilişki içindedir, DSM-5 kişilik envanteri negatif duygusallık ve psikotizm boyutları ise TSSB'nin anlamlı yordayıcılarıdır, (Cyniak-Cieciura ve Zawadzki, 2021; Maples-Keller ve ark., 2021). Kişilerin kişilik ve mizaç özellikleri YPŞ'ye maruz kalmanın nasıl ruhsal belirtiler ortaya çıkaracağını etkileyebilir. Bunun için daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmanın ilk aşaması olan BİÖ-KF Türkçe dil ve kültürüne adaptasyon çalışmasında, orjinal ölçeğin üç faktörlü yapısı desteklenmemiş, alternatif modellerin karşılaştırılması ile tek faktörlü yapı kabul edilmiştir. Yakın partner ilişkilerindeki fiziksel, cinsel ve psikolojik istismar birbirlerinden bağımsız kavramlar olmadığına ilişkin literatürde çalışmalar mevcuttur. Bu istismar türleri genellikle iç içedir (Campbell, 2002; WHO, 2002). Dolayısıyla tek faktörlü yapı, teorik olarak gerekçelidir.

BİÖ-KF'ye ilişkin DFA analizinde, model uyum iyiliğinin sağlanması amacıyla 3 hata kovaryansı (2.-12., 7.-8., 9.-14. maddeler) modele eklenmiştir. Maddeler incelendiğinde, 2.madde ile 12.maddenin “aile” kavramı üzerinden ortaklaştığı gözlemlenmektedir. 7.madde ile 8.madde ağır şiddet içeriği olan, fiziksel ve cinsel şiddeti ölçen maddelerdir (Glass ve ark., 2007; Jewkes, 2002). Cinsel şiddet olgularında eşlik eden fiziksel şiddet sıklıkla görülmektedir. Örneğin, cinsel saldırılardaki boğaz sıkma şiddet eylemini inceleyen

araştırmanın sonuçlarına göre, ölümcül olmayan boğaz sıkma şiddet eylemi içeren cinsel saldırıların faillerinin yarısından fazlası mağdurların yakın ilişki içerisinde bulundukları kimselerdir (Zilkens ve ark., 2016). 9.madde ile 14.maddelerin ikisinin de kontrolcü davranışları ölçmesi nedeniyle hata kovaryansı eklenmiştir, bu maddelerdeki eylemlerin zorlayıcı kontrol ile gerçekleştiğinden bahsedilebilir (Üstünel, 2024). Zorlayıcı kontrol, bireyin yaşam alanı, özgürlüğünü, bireyselliğini kısıtlayan, bağımlı kılmaya yönelik bir dizi sistematik davranışları kapsayan, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini devam ettiren bir kavramdır (Stark, 2007). Evlilik içerisinde karar alma süreçlerinde güç eşitsizliğinin bulunması, hegemonik erkekliğin iktidarı, kadına yönelik şiddet ile ilişkilidir (Babcock, Waltz, Jacobson ve Gottman, 1993).

BIÖ-KF'nin 5., 11. ve 13. maddeleri, güvenirlik analizinde, madde toplam korelasyon değerleri $< ,30$ olması gerekçesi ile çıkarılmıştır. Bu maddelerin çalışmamasının nedeni, maddelerin mevcut örneklemde anlamlı olmaması olabilir. 13. Madde son bir yıl için, örneklemde görülmemiştir. Bunun nedeni örneklemin bu maddelerde tanımlanan YPŞ tiplerine maruz kalan kişileri kapsamamış olması olarak yorumlanmıştır.

Yapısal modelde, madde kullanımı örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri olan nikotin bağımlılık düzeyi ile riskli psikoaktif madde kullanımı faktörleri ve intihar olasılığı örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri olan sosyal destek/benlik algısı ile umutsuzluk/yalnızlık faktörlerine hata kovaryansı atanmıştır. Tütün kullanımı, diğer maddeleri kullanmada birinci basamak görevi görür (Demir ve ark., 2022; Yüksel ve Tuzcu, 2024). Ayrıca, psikoaktif madde kullanımı bulunan kişilerin, tütün kullanımının psikoaktif madde kullanım isteği ile baş etmede yardımcı olduğuna dair inançları olduğu belirtilmiştir (Rohsenow, Colby, Martin, Monti, 2005). Dolayısıyla bu iki gözlenen değişken, ortak bağımlılık döngüsünde olabilir. Katılımcılar tütün kullanımını sosyal çerçevede kabul edilebilir, ancak psikoaktif madde kullanımının yasal sonuçları olacağı endişesiyle gizleme eğiliminde bulunmuş olabilirler. Sosyal destek/benlik algısı faktörü ile umutsuzluk/yalnızlık faktörleri arasındaki ilişki, mevcut çalışmada güçlüdür ($r=0,77$, $p<0,01$). Sosyal destek/algılanan sosyal desteğin artması ile yalnızlık düzeyinde düşüş beklendiğine dair literatürde çalışmalar mevcuttur (Aydiner-Boylu, Günay, Ersoy, 2019; Duru, 2008; Özvurmaz, 2018).

Kadınlar sıklıkla YPŞ'ye bağlı şikayetler ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Ancak saptanamayan YPŞ, giderek artan ciddi maruziyet ile tekrar ve tekrar başvurular görülmektedir (Feldman ve Moreno-John, 2019). Gümüş ve ark. (2020) şiddete maruz bırakılan kadınların özgüvenlerinde düşüş ile birlikte sosyal destek arama

girişiminde bulunmadıklarını ve sosyal destek göremediklerini belirtmişlerdir. Sosyal desteğin bulunmaması ile yalnızlık mevcut çalışmada da belirtildiği üzere yüksek ilişki içerisinde olması beklenir. YPŞ yaygınlığının, bilinen verilerden çok daha yüksek olması muhtemeldir (Akpınar ve ark., 2017). Bu bağlamda, kadınların sessizliklerini bozmaları toplumsal güven inşasının sağlanması ile beklenir. Mevcut çalışmada da olduğu gibi, YPŞ'nin kritik sonuçları, maruziyet öncesi önleme çalışmalarının aciliyetini göstermektedir. YPŞ maruziyeti bulunan kişilerin önemli bir kısmı ilk şiddet maruziyetlerini 25 yaşından önce yaşamaktadırlar. Okullarda, topluluklarda, genç kadın ve erkekler için şiddet önleme çalışmalarının yaygınlığı önem arz etmektedir (Leemis ve ark., 2022).

Metadon tedavisi gören kadınlar ile yapılan boylamsal çalışma, YPŞ ile psikoaktif madde kullanımı arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmıştır. Başlangıç görüşmesi (faz 1), altı ay sonraki görüşme (faz 2) ve on iki ay sonra (faz 3) olmak üzere üç görüşme gerçekleştirilmiştir. Faz 2'de YPŞ bildiren kadınların faz 3'te sıklıkla eroin kullanım bildirme riski, faz 2'de YPŞ bildirmeyen kadınlara göre daha fazladır. Yazarlar madde kullanımındaki bu tercihi, YPŞ maruziyeti sonucu kişilerin öz tedavide bulunma girişimleri olarak yorumlamıştır (Bassel, Gilbert, Wu, Go ve Hill, 2005). YPŞ ve madde kullanımı kişiyi intihar davranışına sürükleyen faktörlerdir (Forray ve Yonkers, 2021). YPŞ alt boyutlarından cinsel ve/veya fiziksel istismar maruziyeti opiyat kullanımı ile ilişkiliyken, sosyal destek ve refah iyileştirici faktörlerdir (Hser, Evans, Grella, Ling ve Anglin, 2015)

5.1. Sınırlılıklar ve Güçlü Yönler

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneklem yöntemi ile yalnızca ruh sağlığı hizmetine başvuran kişileri kapsamaması, başvurmayanları kapsamamış olması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Ayrıca, özbildirim ölçeklerinin sosyal beğenirlikten etkilenebileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışma, kesitsel desene sahip olduğundan neden-sonuç ilişkisi sağlamaz. Mevcut çalışmanın sonuçları, 2024 yılında Eskişehir ili genelinde, ruh sağlığı hizmetlerine başvuruda bulunan 18-65 yaş aralığındaki KGİ ölçeğinden 3 ve daha az puan almış yetişkin kadın hastalar ile sınırlıdır. Çalışmada normal dağılım sağlanamamıştır. Çalışmanın, şiddet mağduru kadın popülasyonlarındaki sonuçları farklılık gösterebilir. Tek örneklem üzerinden geçerlik güvenirlik ve yapısal model çalışılmıştır. Örneklem sayısı ve tek örneklem, çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Çalışmanın güçlü yönleri ise BIÖ-kısa formunu Türkçeye kazandırılmış olması ve klinik bir popülasyonda YPŞ maruziyetinin ruhsal sonuçlarını intihar, madde kullanımı ve travmatik stres belirtilerini ele alarak araştırmasıdır.

5.2. Klinik Alan Önerileri

Sağlık çalışanlarının örgün eğitimi ve meslek içi eğitim süreçlerinde YPŞ ve intihar hakkında bilgilendirilmesi, bu durumlarda sosyal destek gereken durumlar için sosyal hizmet uzmanları ile işbirliği yapılması, madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda YPŞ sorgulanması, intihar düşüncesi ve girişiminde YPŞ sorgulanması, YPŞ maruziyeti bildiren kişilerde travmatik stres semptomlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

Primer korunma bağlamında YPŞ'ye yönelik önleyici çalışmalar yapılmalıdır. Türkiye'de YPŞ önleme programları oldukça sınırlıdır. Üstünel (2020) tarafından üniversite öğrencilerine yönelik flört şiddeti önleme programı gerçekleştirilmiş, etkileri değerlendirilmiştir. 8 oturumluk program, şiddeti tanıma, psikoeğitim, beceri gelişimi ile birlikte eşitlikçi ilişki dinamiklerine dikkat çekmektedir. Sonuçlar, programın yapıcı çatışma çözme beceri gelişiminde etkisini saptayamamıştır, ancak, düşmanca cinsiyetçilik tutumunda düşüş rapor edilmiştir. Müdahale çalışmaları ise, YPŞ maruziyetinden sonra travmatik stres düzeylerini azaltmaktadır. 2012 yılında YPŞ'ye maruz kalmış kadınlar ve çocuklarıyla yürütülen grup tabanlı müdahale çalışmasının sonuçlarına göre, kadınların %82'si TSSB tanı kriterlerini karşılamaktadır. Özellikle, anne-çocuk etkileşim odaklı müdahalelerin kadınların travmatik stres düzeylerini azalttığı rapor edilmiştir (Graham-Bermann ve Miller, 2013).

İntiharla ilgili önleyici çalışmalarda YPŞ'de kapsanmalıdır. Mali ve konut güvencesi ile ekonomik destek, sosyal, politik uygulamalarla madde kullanımının azaltılması, sağlık hizmetlerine toplumun her kesiminin ulaşabilirliğinin kolaylaştırılması, toplum aidiyeti sağlanması ve problem çözme becerilerine yönelik programların yaygınlaşması ile intihar önlenabilir. Ek olarak, intihar girişiminde bulunmuş kişilerin takibi ile güvenlik planları oluşturmak önem teşkil etmektedir (CDC, 2024b). Psikiyatri servislerinde yatarak tedavi gören hastalar da TSSB'nin taranması ve tedavi edilmesi hastaların gelecekteki potansiyel intihar riskini azaltabilir (Stanley ve ark., 2021). Panagioti, Angelakis, Tarrier ve Gooding (2017), TSSB semptomlarından aşırı uyarılmanın intihar düşüncesi üzerine en güçlü etkiye sahip olduğunu ve klinik alanda özellikle takip edilmesi ve çalışılmasının intihar riskini azaltabileceğini vurgulamışlardır. Mevcut çalışmanın aracı değişkeni olan travmatik stresin, madde kullanımına kıyasla intihar olasılığına etkisi daha yüksektir. YPŞ maruziyeti ile artmış kortizol seviyeleri arasında ilişki mevcuttur. Sistemik maruziyet ve YPŞ'nin boyutlarını çoklu deneyimleyen kişilerde TSSB gelişimi görülebilir. Ancak YPŞ mağduru kadınlarda TSSB gelişimi sosyal destek mevcudiyeti ve etkili başa çıkma becerilerinin kazanımı ile önlenabilir (DeJonghe, Bogat, Levendosky ve von Eye, 2008).

Etkin psikoterapi yöntemlerinin uygulanması ve kamu hizmetlerinde yaygınlaştırılması önerilmektedir. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), şimdiki an'la temas, kabul, ayrışma, değerler, kararlılık ve bağlamsal benlik terapötik hedefleri ile birlikte psikolojik esneklik üzerine çalışan, ilişkisel çerçeve kuramına dayanan 3.kuşak davranışçı terapidir. KKT, kişinin hayatta anlam bulduğu şekilde yaşamasına teşvik ederken, acının varlığını yok saymaz. Acıya rağmen değerli bir yaşamın mümkünüğünü belirtir (Harris, 2022).

KKT'nin eşik altı ruhsal sıkıntılar, TSSB, madde kullanım bozuklukları, depresyon, anksiyete gibi çeşitli psikolojik sorunlarda etkinliği kanıtlanmıştır. Ayrıca, KKT'nin YPŞ mağdurlarında beceri geliştirme, psikolojik esneklik kazandırma ve faillerinde suç davranışlarının azalmasına yönelik etkinlik çalışmaları mevcuttur. KKT'nin sıklıkla üzerinde durduğu bir kavram olan yaşantısal kaçınma, kültür tarafından desteklenen iyi hissetme ve acıdan kaçınmaya yönelik çabadır. Ancak bu çaba, kaçınılan acının önemini daha da belirginleştirir ve acı, ızdıraba dönüşür. KKT'nin temel amacı, yaşantısal kaçınmayı azaltarak psikolojik esnekliği artırmak, eş zamanlı olarak, kişinin değerleriyle uyumlu bir yaşam sürmesini sağlamaktır. Kişinin düşünceleriyle bilişsel kaynaşmasını engellemek, travmayı tetikleyen deneyimlerden kaçınma eğilimini azaltır. Ayrıca KKT'nin travma sonrası büyümeye katkısı olduğu bilinmektedir. Diğer taraftan, YPŞ faili olarak ceza infaz sisteminde bulunan kişilerle uygulanan KKT tabanlı bir grup müdahalesinden bir yıl sonra, faillerde şiddet ve şiddet içermeyen suç oranlarında düşüş saptanmıştır. Mağdur geri bildirimleri de değerlendirildiğinde, KKT katılımcılarının daha az YPŞ davranışı sergilediği rapor edilmiştir. Madde kullanımı sebebiyle KKT uygulanan kadın grubunda ise, KKT'nin özellikle psikolojik dayanıklılığı arttırdığı bulunmuştur (Aslan ve Kabasakal, 2024; Bektaş-Aydın ve Yüksel-Şahin, 2024; Hayes, Luoma, Bond, Masuda ve Lillis, 2005; Hernández-Chávez, 2022; Zarling ve Russell, 2022; Najafi ve Arab, 2020).

İntihar düşünce ve davranışına yönelik KKT'nin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışma intihar riski ile ilişkili olarak yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında KKT ve progresif gevşeme egzersizlerinin etkinliği karşılaştırılmıştır. Progresif gevşeme egzersiz grubu ile KKT grubu ev ödevlerinin gözden geçirilmesi, yeni terapötik beceri kazanımı gibi benzer çerçeve altında yapılandırılmış, eğitim düzeyleri benzer olan terapistler tarafından oturumlar sürdürülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre KKT grubu, tedavi başlangıcında yüksek düzeyde intihar riski taşıırken terapi süreci sonrasında bu risk anlamlı ölçüde azalmıştır, ancak benzer sonuçlar progresif kas gevşeme grubunda görülmemiştir. KKT'nin yaşam kalitesinde iyileşme etkisi ile birlikte, özellikle intihar davranışı ile ilişkili

bir fenomen olan psikolojik acıyı azaltmada da etkisi olduğu saptanmıştır (Ducasse ve ark., 2018). KKT'nin diğer psikoterapi yöntemlerinden genel çerçevede daha faydalı olduğu söylenemez. Ancak, acının kabulü ve anlamlı bir yaşam için kişinin kendini tanıma yoluna girmesi, değerler kavramı, şimdi'de olmak, YPŞ maruziyeti bulunan kadınlarda güçlenme sağlayarak yaşantısal kaçınmanın önüne geçilmesi nihayetinde madde kullanım ve travmatik stresin azalacağı, dolayısıyla intihar olasılığında da düşüş gözleneceği öngörülmektedir.

Ayrıca, YPŞ'de sanat temelli terapilerin önemi giderek artmakta olup sonuçlar umut vadetmektedir. Naratif anlatımlar ile retrainizasyon riski taşıyan danışanlarda alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir. Sanat temelli grup terapilerinin ruhsal iyileşme süreçlerine ek olarak danışanların kendilerini ifade etme ve sosyal bağlar kurmasında katkısı bulunmaktadır (Skop, Darewych, Root ve Mason, 2022; Srivastava, Sarathe ve Saroha, 2021; Wanting, 2024).

5.3. Araştırma Alanı Önerileri

İntiharın güçlü yordayıcılarından psikolojik acı, fiziksel acı ile çoğunlukla ortak nöral ağlar üzerinden işlenmektedir (Mee, Bunney, Reist, Potkin ve Bunney, 2006) Psikolojik acıyla ilişkili beyin bölgelerine yönelik çalışmalar, mortalite riskini azaltmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir (Meerwijk, Ford ve Weiss, 2013). Dolayısıyla güçlü ağrı kesici özelliği olan opiyatların YPŞ sonucu oluşan psikolojik acının etkisiyle opiyat kullanımı gözlemleniyor olabilir. Mevcut çalışmada da, en yaygın kullanılan ikinci psikoaktif maddenin nöropatik ağrı kesici etkisi bulunan pregabalin olması, bu bağlamda dikkate değerdir. Sonraki çalışmalar YPŞ maruziyetinin intihar olasılığı üzerinde etkisinde madde kullanımı aracı değişkenine ek olarak, madde kullanım tercihlerinin düzenleyici rolüne vurgu yapması önerilir.

Boylamsal çalışmalar ile YPŞ'nin ruhsal etkilerinin araştırılması, YPŞ maruziyetinden kaynaklanan stresin farklı ruhsal belirtilere neden olma sürecinde etkili olabilecek mizaç gibi faktörlerin araştırılması ve YPŞ maruziyeti olan popülasyonda intiharı önleyici müdahaleler geliştirilmesi ve etkililiğinin sınanması sonraki araştırmalar için önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M. ve Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 1-17. [Doi: 10.1186/1471-2458-11-109](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109)
- Akadlı-Ergöçmen, B. A., Yüksel-Kaptanoğlu, İ., ve Jansen, H. A. (2013). Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in turkey. *Violence Against Women*, 19(9), 1151–1174. [Doi: 10.1177/1077801213498474](https://doi.org/10.1177/1077801213498474)
- Akpınar, F., Yılmaz, S., Karahanoğlu, E., Özelci, R., Coskun, B., Dilbaz, B. ve Tekin, Ö. M. (2017). Intimate partner violence in Turkey among women with female infertility. *Sexual & Relationship Therapy*, 34(1), 3–9. [Doi: 10.1080/14681994.2017.1327711](https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1327711)
- Alhusen, J.L., Frohman, N. ve Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives of Women's Mental Health* 18, 573–578. [Doi: 10.1007/s00737-015-0515-2](https://doi.org/10.1007/s00737-015-0515-2)
- Alptekin, K. ve Duyan, V. (2021). *İntihar ve intihar girişimi* (2. bs.). İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi
- American Psychological Association. (t.y.). *APA dictionary of psychology*. Erişim adresi: <https://dictionary.apa.org>
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı* (5.bs.). E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Apollon, W., Bergeron, D. ve Cantin, L. (2002). After Lacan: Clinical practice and the subject of the unconscious. New York, NY: SUNY Press.
- Åsberg, M., Träskman, L., ve Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33(10), 1193–1197. [Doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770100055005](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770100055005)
- Åsberg, M., ve Träskman, L. (1981). Studies of CSF 5-HIAA in depression and suicidal behaviour. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 133, 739–752. [Doi: 10.1007/978-1-4684-3860-4_41](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3860-4_41)
- Åsberg, M. (1997). Neurotransmitters and suicidal behavior: The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1), 158–181. [Doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb52359.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52359.x)

- Aslan, M. M. ve Kabasakal, H. Z. (2024). Travma odaklı kabul ve kararlılık terapisi. *Social Sciences Studies Journal*, 10(6), 1102-1109. [Doi: 10.5281/zenodo.12592858](https://doi.org/10.5281/zenodo.12592858)
- Ata, E. E., Bayrak, N. G. ve Yılmaz, E. B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: Bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 46(4), 1675–1686. [Doi: 10.17826/cumj.993832](https://doi.org/10.17826/cumj.993832)
- Aydiner-Boylu, A., Günay, G. ve Ersoy, A. F. (2019). Üniversite öğrencilerinde algılanan sosyal desteğin yalnızlık üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Sosyoekonomi*, 27(41), 211–221. [Doi: 10.17233/sosyoekonomi.2019.03.10](https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2019.03.10)
- Babcock, J. C., Waltz, J., Jacobson, N. S. ve Gottman, J. M. (1993). Power and violence: The relation between communication patterns, power discrepancies, and domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 40–50. [Doi: 10.1037/0022-006x.61.1.40](https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.1.40)
- Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H. ve Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95(3), 465–470. [Doi: 10.2105/ajph.2003.023200](https://doi.org/10.2105/ajph.2003.023200)
- Batıgün, A. D., ve Şahin, N. H. (2018). İntihar olasılığı ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(2), 52-64. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3035488>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. [Doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90](https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90)
- Bektaş-Aydın, C. ve Yüksel-Şahin, F. (2024). An acceptance and commitment therapy group intervention for university women survivors of intimate partner violence in Turkey: A pilot feasibility study. *Women S Studies International Forum*, 109, 103042. [Doi: 10.1016/j.wsif.2024.103042](https://doi.org/10.1016/j.wsif.2024.103042)
- Blackstone, A. M. (2003). Gender roles and society. J. R. Miller, R. M. Lerner ve L. B. Schiamberg (Ed.), *Human ecology: An encyclopedia of children, families, communities, and environments* (ss. 335–338) içinde. Greenwood: ABC-CLIO.
- Bohnert, K. M., Ilgen, M. A., Louzon, S., McCarthy, J. F. ve Katz, I. R. (2017). Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration. *Addiction*, 112(7), 1193–1201. [Doi: 10.1111/add.13774](https://doi.org/10.1111/add.13774)
- Boysan M., Özdemir P. G., Özdemir O., Selvi Y., Yılmaz E. ve Kaya N. Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for diagnostic and statistical

- manual of mental disorders, fifth edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310. [Doi: 10.1080/24750573.2017.1342769](https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342769)
- Brewer, W. F. (1986). What is autobiographical memory? D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (s. 25–49) içinde. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, L. S. (1991). Not outside the range: One feminist perspective on psychic trauma. *American Imago*, 48(1), 119–133. Erişim adresi: <http://www.jstor.org/stable/26304034>
- Brown, S. ve Seals, J. (2019). Intimate partner problems and suicide: are we missing the violence?. *Journal of Injury & Violence Research*, 11(1), 53–64. [Doi: 10.5249/jivr.v11i1.997](https://doi.org/10.5249/jivr.v11i1.997)
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2013). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (14. bs.). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336. [Doi: 10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Cantor, P.C. (1990). Symptoms, prevention, and treatment of attempted suicide. B. Wolman, ve G. Stricker (Ed.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods* (s. 189–202) içinde. New York, NY: Wiley.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). Risk and protective factors for suicide. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). Preventing suicide: Suicide prevention fact sheet. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/suicide/pdf/NCIPC-Suicide-FactSheet-508_FINAL.pdf
- Choi, N. G., Marti, C. N. ve Choi, B. Y. (2023). Suicide from intimate partner and other relationship conflicts: demographic and clinical correlates. *Journal of Mental Health*, 33(1), 84–91. [Doi: 10.1080/09638237.2023.2245886](https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2245886)
- Civan, A., Özdemir, İ., Gencer, Y. G. ve Durmaz, M. (2018). Egzersiz ve Stres Hormonları. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-14. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/495684>
- Copersino, M. L., Jones, H., Tuten, M. ve Svikis, D. (2008). Suicidal ideation among drug-dependent treatment-seeking inner-city pregnant women. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 3(2–4), 53–64. [Doi: 10.1300/j126v03n02_07](https://doi.org/10.1300/j126v03n02_07)
- Crump, C., Sundquist, J., Kendler, K. S., Edwards, A. C. ve Sundquist, K. (2021). Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort

- study. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 247–254. [Doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.10.017](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.017)
- Cull, J. G. ve Gill, W. S. (1982). Suicide probability scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [Doi: 10.1037/t01198-000](https://doi.org/10.1037/t01198-000)
- Cunradi, C. B., Caetano, R. ve Schafer, J. (2002). Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 26(4), 493–500. [Doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02566.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02566.x)
- Cyniak-Cieciura, M. ve Zawadzki, B. (2021). The relationship between temperament traits and post-traumatic stress disorder symptoms and its moderators: Meta-analysis and meta-regression. *Trauma, violence & abuse*, 22(4), 702–716. [Doi: 10.1177/1524838019876702](https://doi.org/10.1177/1524838019876702)
- Çatak, Z., Koçdemir, E. ve Aydın, U. (2018). The prevalence and pattern of illicit drug use in a mental health hospital from Turkey. *Bionature*, 38(1), 24-33.
- Dağ-Karataş, R. (2016). *Cinsel saldırı mağdurlarında travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörler* (Tıpta uzmanlık tezi). Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez. No. 426672).
- DeJonghe, E. S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A. ve von Eye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294–300. [Doi: 10.4103/0022-3859.41435](https://doi.org/10.4103/0022-3859.41435)
- Demir, F. Ü., Aslan, E. A., Batmaz, S., Çelikbaş, Z., Hızlı, G. ve Ünübol, H. (2022). Sigara, alkol veya madde kullanan üniversite öğrencilerinin bağımlılığa yönelik farkındalık, olumsuz tutum ve damgalama düzeyleri. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 86–94. [Doi: 10.51982/bagimli.978640](https://doi.org/10.51982/bagimli.978640)
- De Villiers, A. (2003). The development of stress theories and their implications for therapeutic interventions: a review (Yüksek lisans tezi, Stellenbosch University, Stellenbosch, Güney Afrika). Erişim adresi: <https://core.ac.uk/reader/37377150>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., . . . Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001439. [Doi: 10.1371/journal.pmed.1001439](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439)
- Dicola, D. ve Spaar, E. (2016). Intimate partner violence. *American Family Physician*, 94(8), 646-651. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27929227/>

- Dobash, R. E. ve Dobash, R. P. (1977). Wives: The appropriate victims of marital violence. *Victimology*, 2(3-4), 426–442. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/1979-08633-001>
- Dolan, B. ve Walsh, J. (2024). Intimate partner violence. M.A. Papadakis, S.J. McPhee, M.W. Rabow, K.R. McQuaid. ve M. Gandhi (Ed.), *Current Medical Diagnosis & Treatment* içinde. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Doğan, Y. B. (2001). Madde kullanımı ve bağımlılığı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4, 1-8. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/198219>
- Drazdowski, T. K., Jäggi, L., Borre, A. ve Kliwer, W. L. (2015). Use of prescription drugs and future delinquency among adolescent offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 48(1), 28–36. Doi: 10.1016/j.jsat.2014.07.008
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., . . . Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 211–222. Doi: 10.1159/000488715
- Durkheim, E. (2006). *İntihar: Sosyolojik bir inceleme*. T. Pekin (Çev.). Ankara: Doğu-Batı Yayınları (Orjinal çalışma 1897 yılında yayımlanmıştır).
- Duru, E. (2008). Yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağılılığın rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(61), 15-24. Erişim adresi: <https://gcris.pau.edu.tr/bitstream/11499/41414/1/document%20%2820%29.pdf>
- Dutton, D. G. ve Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6(1-4), 139-155.
- Dutton, D. G. ve Painter, S. (1993). Emotional attachments in abusive relationships: A test of traumatic bonding theory. *Violence and Victims*, 8(2), 105–120. Doi: 10.1891/0886-6708.8.2.105
- Ellis, É., Wieling, E. ve Tate, A. (2023). Complex posttraumatic stress disorder links trauma exposure and suicidal behaviors among sexual minority populations: a new target in suicide prevention? *Journal of Homosexuality*, 71(10), 2300–2318. Doi: 10.1080/00918369.2023.2233654
- Ellsberg M, ve Heise L. (2005). Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists. Washington, DC: World Health Organization, PATH. Erişim adresi:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42966/9241546476_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Eskin, M. (2023). *İntihar: açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme* (2. bs.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Fagerstrom, K. O., Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 159-182. Doi: 10.1007/BF00846549
- Feldman M.D. ve Moreno-John G. (2019). Intimate partner violence. M. D. Feldman, J. F. Christensen, J. M. Satterfield ve R. Laponis (Ed.), *Behavioral medicine: A guide for clinical practice* (5.bs.) içinde. Boston: McGraw-Hill Education.
- Fidan, A. (2012). Married women's attitudes toward intimate partner violence against women in Turkey: An investigation of cultural and structural explanations (Yüksek lisans tezi). ProQuest Dissertations and Theses veri tabanından erişildi. (UMI No. 1518677). Erişim adresi: <https://www.proquest.com/openview/36572f0e4f8fc079f06ab9230b173700/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Fidan, A. (2023). Women's attitudes toward intimate partner violence in Turkey: The role of leisure activities, religiosity, and patriarchy. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 111–127. Doi: 10.58620/fbujoss.1189271
- Flynn, A., Wheildon, L., Powell, A. ve Bentley, K. (2024). Technology-facilitated coercive control: Mapping women's diverse pathways to safety and justice (CRG Report no.2021–22). Australian Institute of Criminology web sitesinden erişildi: <https://www.aic.gov.au/crg/reports/crg-2021-22>
- Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., MacMillan, H. L., Scott-Storey, K., Mantler, T., . . . Perrin, N. (2016). Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)—Short Form (CASR-SF). *BMJ Open*, 6(12), e012824. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-012824
- Forray, A. ve Yonkers, K. A. (2021). The collision of mental health, substance use disorder, and suicide. *Obstetrics and Gynecology*, 137(6), 1083–1090. Doi: 10.1097/aog.0000000000004391
- Freud, S. (1953). Mourning and melancholia. J. Strachey (Ed. ve Çev.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Cilt:14, s.237–258) içinde. Erişim adresi: <https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf->

- [library/Freud_MourningAndMelancholia.pdf](#) (Orjinal çalışma 1917 yılında yayımlanmıştır).
- Freud, S. (1961). Beyond the pleasure principle. J. Strachey (Ed. ve Çev.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Cilt:18, s.1-64) içinde. Erişim adresi: <https://ia902907.us.archive.org/17/items/SigmundFreud/Sigmund%20Freud%20%5B1920%5D%20Beyond%20The%20Pleasure%20Principle%20%28James%20Strachey%20Translation%201961%29.pdf> (Orjinal çalışma 1920 yılında yayımlanmıştır).
- Gilbert, L. K., Zhang, X., Basile, K. C., Breiding, M. ve Kresnow, M. (2022). Intimate partner violence and health conditions among U.S. adults—National intimate partner violence survey, 2010–2012. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1–2), 237–261. Doi: [10.1177/08862605221080147](https://doi.org/10.1177/08862605221080147)
- Glass, N., Laughon, K., Campbell, J., Block, C. R., Hanson, G., Sharps, P. W. ve Taliaferro, E. (2007). Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. *Journal of Emergency Medicine*, 35(3), 329–335. Doi: [10.1016/j.jemermed.2007.02.065](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.02.065)
- Görgülü, T. (2017). Madde kullanımı olan bireylerde umutsuzluk ve intihar düşünceleri: Ankara denetimli serbestlik örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(2), 7-26. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/514776>
- Graham-Bermann, S. A. ve Miller, L. E. (2013). Intervention to reduce traumatic stress following intimate partner violence: An efficacy trial of the moms' empowerment program (MEP). *Psychodynamic Psychiatry*, 41(2), 329–349. Doi: [10.1521/pdps.2013.41.2.329](https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.329)
- Guilliams, T. G. ve Edwards, L. (2010). Chronic stress and the HPA axis: clinical assessment and therapeutic considerations. *The Standard* 9(2) 1–12. Erişim adresi: https://www.pointinstitute.org/wp-content/uploads/2012/10/standard_v_9.2_hpa_axis.pdf
- Gümüş, A. B., Şipkin, S. ve Erdem, Ö. (2020). Prevalence of intimate partner violence against women and women's methods of coping. *Journal of Psychiatric Nursing*. 11(2), 79-87. Doi: [10.14744/phd.2020.58561](https://doi.org/10.14744/phd.2020.58561)
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Güvenc, G., Akyüz, A. ve Cesario, S. K. (2014). Intimate partner violence against women in Turkey: A synthesis of the literature. *Journal of Family Violence*, 29(3), 333–341. [Doi: 10.1007/s10896-014-9579-4](https://doi.org/10.1007/s10896-014-9579-4)
- Halladay, J., Georgiades, K., MacKillop, J., Lipman, E., Pires, P. ve Duncan, L. (2023). Identifying patterns of substance use and mental health concerns among adolescents in an outpatient mental health program using latent profile analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 739–747. [Doi: 10.1007/s00787-023-02188-7](https://doi.org/10.1007/s00787-023-02188-7)
- Harris, E. C. ve Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. [Doi: 10.1192/bjp.170.3.205](https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205)
- Harris, R. (2022). İnsanın mücadelesi. F. B. Esen ve K. F. Yavuz (Ed. ve Çev.), *ACT'i kolay öğrenmek: Kabul ve kararlılık terapisi için hızlı bir başlangıç* (s. 23-45) içinde. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Hassanian-Moghaddam, H., Zamani, N. ve Sarjami, S. (2014). Violence and abuse against women who have attempted suicide by deliberate self-poisoning. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(7), 1257–1273. [Doi: 10.1177/0886260514564157](https://doi.org/10.1177/0886260514564157)
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A. ve Lillis, J. (2005). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. [Doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290. [Doi: 10.1177/1077801298004003002](https://doi.org/10.1177/1077801298004003002)
- Herman, J. L. (2020). *Travma ve iyileşme: şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre* (Göz. geç. 7.bs.). T. Tosun (Çev.). İstanbul: Literatür Yayınları.
- Hernández-Chávez, L. E. (2022). Acceptance and commitment therapy and its application in women living under a situation of intimate partner violence. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 4(7), 1-7. [Doi: 10.29057/jbapr.v4i7.7742](https://doi.org/10.29057/jbapr.v4i7.7742)
- Holland K.M., ve Crosby A.E. (2022). The epidemiology and prevention of self-directed violence. M. L. Boulton ve R. B. Wallace (Ed.), *Public health and preventive medicine* (16.bs) içinde. Boston: McGraw Hill.
- Hser, Y., Evans, E., Grella, C., Ling, W. ve Anglin, D. (2015). Long-term course of opioid addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 76–89. [Doi: 10.1097/hrp.0000000000000052](https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000052)
- İlhan, M. N., Arıkan, Z., Kotan, Z., Tunçoğlu, T., Pınarcı, M., Taşdemir, A., . . . Koçak, N. (2016). Prevalence and socio-demographic determinants of tobacco, alcohol,

- substance use and drug misuse in general population in Turkey. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53(3), 205–212. Erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5378212/pdf/npa-53-3-205.pdf>
- İnce, D. (2021). Hegemonik erkekliğin şiddeti karşısında kadınları düşünmek. *Moment Dergi*, 8(2), 439-458. [Doi: 10.17572/mj2021.2.439458](https://doi.org/10.17572/mj2021.2.439458)
- Jewkes, R., Flood, M. ve Lang, J. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*, 385(9977), 1580–1589. [Doi: 10.1016/s0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61683-4)
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315), 1423–1429. [Doi: 10.1016/s0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08357-5)
- Jiang, W., Hu, G., Zhang, J., Chen, K., Fan, D., ve Feng, Z. (2020). Distinct effects of over-general autobiographical memory on suicidal ideation among depressed and healthy people. *BMC Psychiatry*, 20(1), 501–510. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02877-6>
- Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 791–815. [Doi: 10.1177/00030651990470031301](https://doi.org/10.1177/00030651990470031301)
- Joiner, T. E., ve Van Orden, K. A. (2008). The interpersonal–psychological theory of suicidal behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 80–89. [Doi: 10.1521/ijct.2008.1.1.80](https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.80)
- Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu. (2025). *2024 yıllık veri raporu*. İstanbul: Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu. Erişim adresi: <https://kadincinayetlerinidurduracagiz.net/veriler/3129/2024-yilinda-erkekler-tarafindan-en-az-394-kadin-olduruldu-259-kadin-supheli-sekilde-olu-bulundu>
- Kafka, J. M., Moracco, K. B. E., Taheri, C., Young, B. R., Graham, L. M., Macy, R. J. ve Proescholdbell, S. (2022). Intimate partner violence victimization and perpetration as precursors to suicide. *SSM-Population Health*, 18, 101079. [Doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101079](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101079)
- Klonsky, E. D. ve May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. [Doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114](https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114)
- Kutluer, Ö. N., Arslan, C. E. (2024). Alkol ve madde bozukluğu olan bireylerde travmatik yaşantılar ile bağımlılık şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Current Addiction*

- Lacan, J. (1992). *The ethics of psychoanalysis 1959-1960: The seminar of Jacques Lacan*. J. A. Miller (Ed.). D. Porter (Çev.). Oxfordshire: Routledge (Orjinal alışma 1986 yılında yayımlanmıştır).
- Leemis R.W., Friar N., Khatiwada S., Chen M.S., Kresnow M., Smith S.G.....Basile, K.C. (2022). The national intimate partner and sexual violence survey: 2016/2017 report on intimate partner violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/nisvs/documentation/nisvsreportonipv_2022.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs/NISVSReportonIPV_2022.pdf
- Maples-Keller, J. L., Hyatt, C. S., Sleep, C. E., Stevens, J. S., Fenlon, E. E., Jovanovic, T.... ve Michopoulos, V. (2021). *DSM–5 alternative model for personality disorders trait domains and PTSD symptoms in a sample of highly traumatized African American women and a prospective sample of trauma center patients. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(6), 491–502. [Doi: 10.1037/per0000477](https://doi.org/10.1037/per0000477)
- McCabe, S. E. ve West, B. T. (2014). Medical and nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics among U.S. high school seniors. *Addictive Behaviors*, 39(5), 959–964. [Doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.009](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.009)
- McHugh, R. K., Nielsen, S. ve Weiss, R. D. (2015). Prescription drug abuse: from epidemiology to public policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 48(1), 1–7. [Doi: 10.1016/j.jsat.2014.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.08.004)
- McKim, W. A. (2002) *Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology*, (5.bs.). New York, NY: Pearson Education
- McManus, S., Walby, S., Barbosa, E. C., Appleby, L., Brugha, T., Bebbington, P. E., ... Knipe, D. (2022). Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *The Lancet Psychiatry*, 9(7), 574–583. [Doi: 10.1016/S2215-0366\(22\)00151-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00151-1)
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G. ve Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 680-690. [Doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.003)

- Meerwijk, E.L., Ford, J.M. ve Weiss, S.J. (2013). Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain. *Brain Imaging and Behavior* 7, 1–14. [Doi: 10.1007/s11682-012-9179-y](https://doi.org/10.1007/s11682-012-9179-y)
- Mills, D. S., Marchant-Forde, J. N., McGreevy, P. D., Morton, D. B., Nicol, C. J., Phillips, C. J. C. ... Swaisgood, R. R. (Ed.). (2010). *The encyclopedia of applied animal behaviour and welfare*. Egham: CABI.
- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. (2024). 2023 yılı faaliyet raporu. İstanbul: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. Erişim adresi: <https://morcati.org.tr/wp-content/uploads/2024/02/mor-cati-2023-yili-faaliyet-raporu.pdf>
- Najafi, L. ve Arab, A. (2020). The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological resilience in women with substance use disorder. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 9(2), e92102. [Doi: 10.5812/ijhrba.92102](https://doi.org/10.5812/ijhrba.92102)
- Nobus, D. (2017). *Key concepts of Lacanian psychoanalysis*. Oxfordshire: Routledge
- O'Connor, R. C. ve Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*, 373, 20170268. [Doi: 10.1098/rstb.2017.0268](https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268)
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–298. [Doi: 10.1027/0227-5910/a000120](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120)
- Ogden, S. N., Dichter, M. E. ve Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 127, 1-9. [Doi: 10.1016/j.addbeh.2021.107214](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214)
- Oram, S., Khalifeh, H. ve Howard, L. M. (2016). Violence against women and mental health. *The Lancet*, 4(2), 159–170. [Doi: 10.1016/s2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30261-9)
- Ögel, K. (2023). *Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı*. (5.bs.). İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., ve Gürol, T. (2012). Bağımlılık profil indeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273. Erişim adresi: <https://turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/9bp5ch.pdf>
- Ögel, K., Koç, C., ve Görücü, S. (2017). Study on development, validity and reliability of a risk-screening questionnaire for alcohol and drug use. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 164–172. [Doi: 10.1080/24750573.2017.1326744](https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1326744)
- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41). Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/kpd_2_1_34_41.pdf

- Özsoy, E. (2016). Kadına yönelik yakın partner/eş şiddeti ile yetişkin bağlanma stilleri ve travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez No. 601641).
- Özvurmaz, S. (2018). Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 118-125. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/550641>
- Panagioti, M., Angelakis, I., Tarrier, N. ve Gooding, P. (2017). A prospective investigation of the impact of distinct posttraumatic (PTSD) symptom clusters on suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 41(4), 645–653. [Doi: 10.1007/s10608-016-9829-2](https://doi.org/10.1007/s10608-016-9829-2)
- Patton, S. C., Watkins, L. E., Killeen, T. K. ve Hien, D. A. (2024). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder screening, assessment, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 26, 843–851. [Doi: 10.1007/s11920-024-01547-8](https://doi.org/10.1007/s11920-024-01547-8)
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. ve Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women S Health*, 15(5), 599–611. [Doi: 10.1089/jwh.2006.15.599](https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599)
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. ve Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), 282–291. [Doi: 10.1093/pubmed/fdv148](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148)
- Rasskazova, E., Sadovnichaja, V. (2022). Relationship to physical and psychological pain as factors of deviant behavior in Russian female adolescents. *European Psychiatry*, 65(1), S271-S272. [Doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.695](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.695)
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A. ve Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30(4), 629–641. [Doi: 10.1016/j.addbeh.2005.01.001](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.001)
- Sadock, B. J. ve Sadock V. A. (2009). *Kaplan Sadock's klinik psikiyatri el kitabı* (4. bs.). A. Bozkurt (Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Sher, L. (2024). Suicide in individuals with no psychiatric disorders: what makes you vulnerable? *QJM*, 117(5), 313–316. [Doi: 10.1093/qjmed/hcad279](https://doi.org/10.1093/qjmed/hcad279)
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–147. [Doi: 10.1097/00005053-199303000-00001](https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001)

- Skop, M., Darewych, O. H., Root, J. ve Mason, J. (2022). Exploring intimate partner violence survivors' experiences with group art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 27(4), 159–168. Doi: 10.1080/17454832.2022.2124298
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., Palmer, M., ve Vail, S. L. (2022). Mental and physical health correlates for emotional intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Trauma Violence & Abuse*, 25(1), 41–53. Doi: 10.1177/15248380221137686
- Srivastava, N., Sarathe, M. ve Saroha, A. (2021). Effectiveness of art based therapy interventions for female survivors of sexual assault—including intimate partner violence and sexual abuse. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 8(1), 620-625. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Nikita-Srivastava-2/publication/357205810_Effectiveness_of_Art_Based_Therapy_interventions_for_female_survivors_of_sexual_assault_including_Intimate_Partner_Violence_and_Sexual_Abuse/links/61c1be6152bd3c7e05805a21/Effectiveness-of-Art-Based-Therapy-interventions-for-female-survivors-of-sexual-assault-including-Intimate-Partner-Violence-and-Sexual-Abuse.pdf
- Stanley, I. H., Marx, B. P., Keane, T. M. ve Vujanovic, A. A. (2021). PTSD symptoms among trauma-exposed adults admitted to inpatient psychiatry for suicide-related concerns. *Journal of Psychiatric Research*, 133, 60–66. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.001
- Stark, E. (2007). Coercive control: How men entrap women in personal life. Oxford: Oxford University Press.
- Stewart, D. E., MacMillan, H. ve Wathen, N. (2013). Intimate partner violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), E1–E15. Doi: 10.1177/0706743713058006001
- Stubbs, A. ve Szoeki, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1157-1172 Doi: 10.1177/1524838020985541
- şevik, A. E., Özcan, H. ve Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15(4), 218-25. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_15_4_218_225.pdf
- Tanrıverdi, D., Bekircan, E., ve Koç, Z. (2022). The relationship between psychache and suicide risk with spiritual well-being levels of patients diagnosed with depression.

- Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(1), 132–140. [Doi: 10.1177/10783903221079796](https://doi.org/10.1177/10783903221079796)
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., ve Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447-457. [Doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.016](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.016)
- Tuzgöl, K. (2018). Lacanyen psikanalitik kuram ve öznenin konumu. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 41-53. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bpd/issue/31051/372896>
- Türkkan, T. ve Yücel, İ. (2024). Türkiye’de ölümle sonuçlanan intihar vakalarının sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27, 142–157. [Doi: 10.29029/busbed.1394113](https://doi.org/10.29029/busbed.1394113)
- Uğur, K., Tamam, L., Demirkol, M. E., Yıldız, S., Kartal, F., Kazgan, A., ve Polat, H. (2021). Denetimli serbestlik polikliniğine başvuran madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerde intihar davranışı. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), 403–412. [Doi: 10.51982/bagimli.928360](https://doi.org/10.51982/bagimli.928360)
- United Nations. (1948). Universal declaration of human rights. Erişim adresi: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Uysal, M. A., Öztuna, D., Bahadır, A., Karşıdağ, Ç., Horoz, A. ve İliaz, S. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Fagerström test for nicotine dependence. *Tuberkuloz Ve Toraks*, 63(4), 250-256. [Doi: 10.1080/24750573.2017.1342769](https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342769)
- Ünübol, H. ve Sayar, G. H. (2021). Prevalence and sociodemographic determinants of substance use in Turkey. *European Addiction Research*, 27(6), 447–456. [Doi: 10.1159/000515399](https://doi.org/10.1159/000515399)
- Üstünel, A. Ö. (2020). Eşit, güvenli, özgür ilişki: Üniversite öğrencilerine yönelik bir flört şiddeti önleme programının etki değerlendirmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 23(45), 19-38. [Doi: 10.31828/tpy1301996120191008m000016](https://doi.org/10.31828/tpy1301996120191008m000016)
- Üstünel, A. Ö. (2024). Flört ilişkilerinde zorlayıcı kontrole ilişkin son yirmi yıla dair bir inceleme: Kadına yönelik şiddetle mücadelede uygulama önerileri. *Fe Dergi*, 16(2), 317-354. [Doi: 10.46655/federgi.1541669](https://doi.org/10.46655/federgi.1541669)
- Üzer, A., ve Kurtsey Gürsoy, B. (2022). The mediating roles of depression, anxiety, and psychological pain in the relationship between chronotype and suicide in patients with

- depressive disorder. *Chronobiology International*, 39(10), 1352–1358. Doi: 10.1080/07420528.2022.2108438
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. ve Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. Doi: 10.1037/a0018697
- Walker, A. (2015). Trauma and recovery: The aftermath of violence: From domestic abuse to political terror. *American Journal of Psychotherapy*, 69(4), 455–456. Doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.4.455
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York, NY: Harper & Row.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York, NY: Springer.
- Wanting, L. (2024). Addressing intimate partner violence: Using vlogging for art therapy. *Academic Journal of Humanities & Social Sciences*, 7(7), 96-102. Doi: 10.25236/AJHSS.2024.070714
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P. ve Schnurr, P.P. (2013). The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. Erişim adresi: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Weiss, N. H., Dixon-Gordon, K. L., Duke, A. A. ve Sullivan, T. P. (2015). The underlying role of posttraumatic stress disorder symptoms in the association between intimate partner violence and deliberate self-harm among African American women. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 8-16. Doi: 10.1016/j.comppsy.2014.05.018
- Wilcox, H. C., Conner, K. R. ve Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 11–19. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.00
- Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R. ve Klevens, J. (2014). Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/violence-prevention/about/connecting_the_dots-a.pdf
- Williams, J. M. ve Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144–149. Doi: 10.1037/0021-843X.95.2.14
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J. ve Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 270–275. Doi: 10.1016/s0749-3797(00)00228-

- World Health Organization. (2024). Violence against women. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Erişim adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2010). Violence against women. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/violence-against-women/#tab=tab_1
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
- Yalch, M. M. ve Rickman, S. R. M. (2022). Association between intimate partner violence subtypes and post-traumatic stress disorder symptoms and hazardous substance use. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17–18), 1-17. [Doi: 10.1177/08862605211021963](https://doi.org/10.1177/08862605211021963)
- Yüksel, H. ve Tuzcu, Ö. (2024). Lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımını etkileyen sosyo-demografik faktörler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 80, 117–131. [Doi: 10.51290/dpusbe.1395661](https://doi.org/10.51290/dpusbe.1395661)
- Zarling, A. ve Russell, D. (2022). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth Model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(4), 326–338. [Doi: 10.1037/ccp0000722](https://doi.org/10.1037/ccp0000722)
- Zengin, A. (2011). İktidarın mahremiyeti: İstanbulda hayat kadınları, seks ticiliği ve şiddet. İstanbul: Metis Yayınları
- Zilkens, R. R., Phillips, M. A., Kelly, M. C., Mukhtar, S. A., Semmens, J. B. ve Smith, D. A. (2016). Non-fatal strangulation in sexual assault: A study of clinical and assault characteristics highlighting the role of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 1–7. [Doi: 10.1016/j.jflm.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.06.005)

EKLERİ

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

“Kadınlarda Yakın Partner Şiddeti Maruziyetinin Özkıyım Olasılığı Üzerindeki Etkisinde Madde Kullanımı ve Travmatik Stresin Aracı Rolü” isimli araştırma İstanbul Rumeli Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi **Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU** tarafından Doç. Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır.

Bu çalışma 18 yaş üstü yetişkin, kadın katılımcılar ile yürütülecektir.

Çalışmanın amacı, kadın bireylerde yakın partner şiddeti maruziyetine bağlı olarak alkol, uyuşturucu, sigara kullanımı, travmatik stres ve özkıyım olasılığını ölçümlemektir.

Katılımcı ile görüşme, görüşmeci Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU ile gerçekleştirilecek olup katılımcının gönüllülüğü esastır.

Görüşmenin ortalama 15-20 dakika sürmesi beklenmektedir.

Araştırmaya 124 kadın gönüllünün katılması beklenmektedir.

Anket uygulanmasının gönüllü kişi açısından bir riski bulunmamaktadır. Buna karşılık, bazı sorular geçmiş olumsuz deneyimler ile ilgili anıların canlanmasına, olumsuz duygulara neden olabilir. Şiddet maruziyeti bildiren kişilerin rızası olmadan yasal işlem başlatılmayacaktır. Kişi talep ettiği takdirde sosyal hizmet uzmanı ile görüşmesi sağlanacaktır. İhtiyaç duyan kişilerin hastanemizde 3613 dâhili numarayı tuşlayarak psikiyatri polikliniğine ulaşmaları, Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN'dan psikiyatrik muayene için randevu almaları mümkündür.

Gönüllü kişinin sorumluluğu yalnızca doğru bilgi vermektir.

Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durum yalnızca gönüllünün araştırmaya devam etmek istememesidir.

Gönüllü kişi istediği zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir.

Gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacaktır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü söz konusu erişime izin vermiş olacaktır.

Gönüllü kişiler; araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmek için telefon numarasından Doç. Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN ile temasa geçebilirler.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bana ait verilerin, kimliğim gizlenecek şekilde, daha sonraki bilimsel araştırmalarda kullanılmasını onaylıyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı/soyadı/imzası/tarih

EK 2. Sosyodemografik ve Kinik Veri Formu

Katılımcı kodu:.....

- ☐ Düzensiz çalışıyor
- ☐ Cildi eşmek / tırmalamak
- ☐ Cildi yakmak
- ☐ Cildi kesmek
- ☐ Saç çekerek kopartmak
- ☐ Diğer:.....

13. Yaşamınız boyunca kaç kere intihar girişiminiz oldu? (Yok ise 0 yazınız).....

14. Son bir yıl içinde kaç kere intihar girişiminiz oldu?(Yok ise 0 yazınız).....

15. Daha önce intihar girişiminiz oldu ise hangi yöntemi tercih ettiniz?

- ☐ İlaç içme
- ☐ Kesi
- ☐ Ası
- ☐ Yüksekten atlama
- ☐ Yüksek doz madde kullanımı
- ☐ Diğer (Açıklayınız):.....

16. Yaşamınız boyunca hiç alkol kullanımınız oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

17. Son 1 yıl içerisinde alkol kullanımınız oldu mu?

- ☐ Evet (ise BAPİRT-Alkol ölçeği uygulanacak)
- ☐ Hayır

18. Yaşamınız boyunca hiç madde kullanımınız oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

19. Son 1 yıl içerisinde madde kullanımınız oldu mu?

☐ Evet (madde tercihlerinizi belirtiniz):..... (BAPİRT-Madde ölçeği uygulanacak)

☐ Hayır

20. Daha önce bir kez dahi olsa sigara içtiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Yaşamınız boyunca her gün sigara içtiğiniz bir dönem oldu mu?

- ☐ Evet (Toplam ay/yıl)
- ☐ Hayır

22. Halen sigara içiyor musunuz?

- ☐ Evet (Fagerström Nikotin Bağımlılık ölçeği uygulanacak)
- ☐ Hayır

EK 3. BAPİRT - Alkol Ölçeği

23. Son bir yıl içinde ne sıklıkta alkol kullandınız?

- ☐ Hiç kullanmadım veya ayda 1-3 kereden fazla değil
- ☐ Hafta da 1-5 kez
- ☐ Hemen hemen her gün

24. Son bir yıl içinde, alkol içtiğinizde bir günde ne kadar içerirsiniz? Ortalama olarak söyleyebilir misiniz?

Aşağıdakine göre günlük standart içki miktarını hesaplayıp, yanıtı öyle yazınız
Bir kadeh şarap = Bir standart içki
Yarım duble rakı veya votka veya cin veya viski vb. = Bir standart içki
Bir büyük kutu bira = 1,5 standart içki

- ☐ Hiç veya 1-2 standart içkiye kadar
- ☐ 3-4 standart içki
- ☐ 5 standart içkiden fazla

25. Son bir yıl içinde, bir seferde (6 kadeh şarap veya 3 duble rakı veya dört kutu büyük bira) veya daha fazla içme sıklığınız ne kadardır?
Parantez içindeki standart içki cinsini daha önceki soruda verdiği yanıtı göre belirleyiniz.

- ☐ Hiç veya aydan birden az
- ☐ Ayda 1-3 kez
- ☐ Haftada bir veya daha fazla

26. Gündüz saatlerinde de alkol kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Çok sık

27. Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Çok sık

28. Alkol kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Çok sık

EK 4. BAPİRT - Madde Ölçeği

M1	Son bir yıl içinde ne sıklıkta [madde] kullandınız?	Hiçbir zaman En az bir kez Üçten fazla kez	☐ ☐ ☐	0 1 2
M2	[Maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)	Hiçbir zaman Bazen Çok sık	☐ ☐ ☐	0 1 2
M3	[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)	Hiçbir zaman Bazen Çok sık	☐ ☐ ☐	0 1 2
M4	[Madde] kullanmak beden veya ruh sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?	Hiçbir zaman Bazen Çok sık	☐ ☐ ☐	0 1 2
M5	[Madde] kullanmanız, az sonra sayacağım yaşam alanlarından birisi üstünde olumsuz etkileri oldu mu? Aile ilişkilerinizde? Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizde? Eğitim hayatınızda? İş hayatınızda?	Hiçbir zaman Bazen Çok sık	☐ ☐ ☐	0 1 2
M6	Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?	Hiçbir zaman Bazen Çok sık	☐ ☐ ☐	0 1 2
M7	Hayatınız boyunca hiç damar yoluyla bir madde kullandığınız oldu mu?	Hiçbir zaman Bazen Çok sık	☐ ☐ ☐	0 1 2

EK 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

1. Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı içiyorsunuz?
 - ☐ Bir saat sonra
 - ☐ 31-60 dakika içinde
 - ☐ 5-30 dakika içinde
 - ☐ ilk 5 dakikada
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde, sigara içmemek zor geliyor mu? (Örneğin okul, hastane, sinema, otobüs, toplantı vb)
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet
3. Hangi sigarayı bırakmak sizin için daha zor, yani hangisi sizin daha değerli?
 - ☐ Diğerleri
 - ☐ Sabah ilk sigaram
4. Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - ☐ 10 veya daha az
 - ☐ 11 ile 20 arası
 - ☐ 21 ile 30 arası
 - ☐ 31 ve üstü
5. Uyandığınız ilk saatler içinde, gün içinde içtiğinizden daha çok sigara içiyor musunuz?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet
6. Hasta olduğunuz ve yatakta yatmak zorunda olduğunuz günlerde dahi sigara içermisiniz?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet

EK 6. DSM–5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL – 5)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye devam eden partneriniz ile birlikte yaşadığınız en stresli olayları düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice dinleyin. Son bir ay içinde bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini (0=Hiç, 1=Çok az, 2=Orta derecede, 3= Oldukça fazla, 4= Aşırı) derecelendiriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunaltı:	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
41. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
42. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
43. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
44. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
45. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
46. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
47. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
48. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamadan yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
49. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
50. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
51. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
52. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4

53. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
54. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
55. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
56. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
57. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
58. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
59. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4
60. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunaltı?	0	1	2	3	4

EK 7. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	Sizi Tanımlama Derecesi			
	% 0	% 30	%70	%100
Kızınca birşeyler fırlatırım.	()	()	()	()
Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()

İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()
Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()
Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()
İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi	()	()	()	()

cezalandırmayı düşünmüyorum.				
Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	()	()	()	()
Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()

Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()
Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
Kızınca birşeyler kırarım.	()	()	()	()
Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	()	()	()	()
Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()

EK 8. Bileşik İstismar Ölçeği - Kısa Form (BİÖ - KF)

TALİMATLAR: Burada yetişkin yakın ilişkilerinizdeki deneyimleriniz hakkında sorular sorulmaktadır. Yetişkin yakın ilişkiden kastımız bir aydan uzun süreli olan mevcut veya eski bir eşle (karınız veya kocanız), partnerle veya sevgiliyle olan ilişkidir. Aşağıdaki sorularda “eşiniz” şeklinde belirtildiğinde bunların hepsi kastedilmektedir.

1- Daha önce bir yetişkin yakın ilişkide bulundunuz mu? (16 yaşınızdan beri)

a) Evet

b) Hayır - Geri kalan soruları atlayın

2- Şu anda bir ilişkiniz var mı? a) Evet

b) Hayır - Soru 4'e geçin

3. Şu anda eşinizden korkuyor musunuz? a) Evet

b) Hayır

4. Daha önce hiç herhangi bir eşinizden korktuğunuz oldu mu? a) Evet

b) Hayır

Aşağıda listelenen eylemlerden herhangi birini mevcut ya da eski eş ya da eşlerinizde yaşıyıp yaşamadığınızı bilmek istiyoruz. Eğer yaşadınızsa lütfen bize son 12 ay içerisinde genelde ne sıklıkta meydana geldiğini yazınız.

Eşim/ eşlerim	Daha önce bu hiç başınıza geldi mi?		EĞER EVETSE, son 12 ay içerisinde ne sıklıkta oldu?					
	Hayır	Evet	Son 12 ay içerisinde olmadı	Bir defa	Birkaç defa	Ayda bir	Haftada bir	Her gün/ hemen hemen her gün
1. Beni sarstı, itti, zorla kavradı ya da fırlattı.								
2. Ailemi, çocuklarımı veya arkadaşlarımı deli olduğuma inandırmaya çalıştı ya da onları bana karşı kızdırmaya çalıştı.								
3. Bana zarar vermek için bıçak, tabanca ya da başka bir silah kullandı ya da kullanmakla tehdit etti.								
4. Yapmayı istemediğim cinsel eylemler yaptırdı.								
5. Beni takip etti veya evimin ya da işyerimin çevresinde dolaştı.								
6. Beni veya bir yakınımı yaralamakla ya da öldürmekle tehdit etti.								
7. Boğazımı sıktı.								
8. Beni cinsel ilişkiye zorladı ya da zorlamaya çalıştı.								
9. Beni telefon, mesaj, e-posta ya da sosyal medya kullanarak rahatsız etti.								
10. Benim deli, aptal ya da yeterince iyi olmadığımı söyledi.								
11. Bana yumrukla veya bir nesne ile vurdu, tekmeledi veya ısırıldı.								
12. Ailemi, arkadaşlarımı görmemi veya onlarla konuşmamı engelledi								
13. Beni bir odaya veya başka bir yere hapsetti ya da kilitledi.								

14. İş bulmamız, para kazanmamı veya mali kaynaklara erişimimi engelledi.								
15. Beni şiddet içeren davranışlarına sebep olmakla suçladı								
16. Cinsel geçmişim ya da cinsel performansım hakkında beni utandıran, yetersiz hissettiren, aşağılayan yorumlar yaptı.								



ÖZGEÇMİŞ

Şevval ÖMERÜLFARUKOĞLU

ORCID : 0009-0001-2351-3701

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : İstanbul Medipol Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri
Fakültesi, Psikoloji (İngilizce) Bölümü, 2021

Yüksek Lisans Öğrenimi : İstanbul Rumeli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 2025

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl: MyPsikolog, 2024
İstanbul Medipol Üniversitesi 2021-2022