

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAKIN İLİŞKİ ŞİDDETİ MAĞDURU KADINLARIN
PSİKOLOJİK SAĞLIĞI ÜZERİNDE ÇOCUKLUK
ÇAĞI OLUMSUZ DENEYİMLERİ, DEHB
SEMPTOMLARI VE FAİLLİĞİN ETKİLERİ

Ümmü Nur İSTANBUL

2501210476

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ Nermin TAŞKALE

İSTANBUL – 2024

ÖZ

YAKIN İLİŞKİ ŞİDDETİ MAĞDURU KADINLARIN PSİKOLOJİK SAĞLIĞI ÜZERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ DENEYİMLERİ, DEHB SEMPTOMLARI VE FAİLLİĞİN ETKİLERİ ÜMMÜ NUR İSTANBUL

Yakın ilişkilerde şiddete maruz kalmanın kişiler üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Şiddetin etkilerini ele alırken biyopsikososyal bir bakış açısının benimsenmesinin şiddeti daha iyi anlamak için işlevsel olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda mevcut çalışmada kişileri çeşitli yönlerden etkileyebilecek olan çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, failliği ve başa çıkma çabalarının psikolojik sağlık üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Araştırma 201 yakın ilişki şiddeti mağduru kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşımlar Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33, Genel Sağlık Anketi-28, Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Demografik Bilgi Formu aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular, başa çıkma çabalarının modeldeki diğer değişkenlerle ilişkili olmadığını göstermiştir. Kadınların çocukluk çağlarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomları ile karşılıklı olarak ilişkili olduğu ve mağduriyeti yordadığı ancak faillik ile anlamlı bir yordayıcı ilişki ortaya koymadığını göstermiştir. Diğer yandan DEHB semptomlarının failliği yordadığı ancak mağduriyet ile yordayıcı ilişkili göstermediği görülmüştür. Mağduriyet, faillik ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise mağduriyetin psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu, ancak failliğin mağduriyetin olumsuz etkilerini hafifletir nitelikte olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen bulguların kadınların yakın ilişkilerindeki şiddet mağduriyeti deneyimini daha iyi anlamaya katkı sağlaması umulmaktadır. Mevcut çalışmada mağdur kadınların mağduriyet ve failliklerinin psikolojik sağlıkları üzerindeki etkilerini incelemek için yeni araştırmalara ortam hazırladığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yakın İlişki Şiddeti, Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri, DEHB, Mağduriyet, Faillik, Psikolojik Sağlık



ABSTRACT

THE EFFECTS OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, ADHD SYMPTOMS, AND VIOLENCE PERPETRATION ON THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF WOMEN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

ÜMMÜ NUR İSTANBUL

It is well-known that exposure to violence in intimate relationships has detrimental effects on individuals. Adopting a biopsychosocial perspective is considered functional for better understanding the effects of violence. In this context, the present study examines the impacts of childhood adverse experiences and ADHD symptoms on coping efforts, intimate partner violence victimization and perpetration, as well as the effects of victimization, perpetration, and coping efforts on psychological health.

The study was conducted with 201 women who are victims of intimate partner violence. Data were collected using the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33), the General Health Questionnaire (GHQ-28), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), and a demographic information form.

Findings indicated that adverse childhood experiences were reciprocally related to ADHD symptoms and predicted victimization, but were not significantly related to perpetration or coping efforts. Conversely, ADHD symptoms predicted perpetration but were not related to victimization or coping efforts. Examining the relationships between victimization, perpetration, and psychological symptoms revealed that victimization negatively impacted psychological health, while perpetration mitigated the negative effects of victimization on psychological health.

The findings are expected to contribute to a better understanding of women's experiences of intimate partner violence victimization. The present study sets the stage for

future research to examine the effects of victimization and perpetration on the psychological health of victimized women.

Keywords: Intimate Partner Violence, Adverse Childhood Experiences, ADHD, Victimization, Perpetration, Psychological Health



ÖNSÖZ

Uzun ve zorlu bir sürecin ürünü olan bu tezi birazdan ismini anacağım insanlar olmadan bitirmeyi hayal dahi edemezdim.

Her şeyden önce, bu tezin her satırına benim kadar emek vermiş, tecrübesiyle yolumu aydınlatmış olan tez danışmanım Dr. Nermin Taşkale'ye teşekkür etmek istiyorum. Bu tezin konusu dahi ortada yokken dikkatimi bu konuya çektiği, tez sürecinde yaşadığım türlü zorluklarda her zaman desteğini hissettirdiği için ne kadar teşekkür etsem az. Bana yaşamım boyunca yalnızca nasıl bir bilim insanı olunacağı konusunda değil, nasıl bir psikolog, çalışma arkadaşı, mentor olunacağı konusunda da rol model olduğu içi kendisine minnettarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk'e, Dr. Esin Temeloğlu Şen'e; tez jürimde bulunarak bu süreci tamamlamama yardımcı olan hocalarım Dr. Fatma Mahperi Uluyol ve Dr. Fatima Elif Ergüney Okumuş'a teşekkür ederim.

En az hocalarım kadar desteğini hissettiğim, bu tezin var olabilmesinin bir diğer nedeni de Zeynep Duygu. Büyümeme, gelişmeme alan açtığın, bana bu süreçte yol arkadaşı olduğun, hayatımı genişlettiğin ve bana dayanışmayı öğrettiğin için teşekkür ederim.

Hayatımdaki her zorlukta olduğu gibi bu süreçteki zorluklarda da, kimi zaman yüzlerce kilometre öteden, kimi zaman yanı başımdan desteğini hissettirmiş arkadaşlarım Berk Ökten ve Melike Öztürk'e de teşekkür ederim. Her düştüğümde elimden tuttukları, defalarca beni motive ettikleri, farklı farklı şehirlerde, farklı farklı masalarda benimle birlikte bu teze emek verdikleri için minnettarım.

Son olarak aileme, ama özellikle hayatımın her anında elindeki tüm kaynaklarla beni destekleyen anneme tüm destekleri için teşekkür ederim.

Ümmü Nur İstanbul

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ALAN YAZIN TARAMASI

1.1. Yakın İlişki Şiddeti.....	3
1.1.1. Yakın İlişki Şiddeti.....	3
1.1.2. Yakın İlişki Şiddeti Türleri	3
1.1.3. Yakın İlişki Şiddeti Tipolojisi	6
1.1.4. Yakın İlişki Şiddeti Yaygınlığı	7
1.1.5. Kuramsal Açıklamalar.....	9
1.1.5.1. Sosyal Kuramlar	9
1.1.5.1.1. Aile Sistemleri Kuramı.....	10
1.1.5.1.2. Kaynak Kuramı	10
1.1.5.1.3. Feminist Açıklamalar	11
1.1.5.2. Psikolojik Açıklamalar	11
1.1.5.2.1. Psikopatoloji Odaklı Açıklamalar	12
1.1.5.2.2. Bağlanma Kuramı	12
1.1.5.2.3. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar	13
1.1.5.2.4. Şema Yaklaşımları	14
1.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri.....	16

1.2.1. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri	16
1.2.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri Yaygınlığı	19
1.2.3. Çocukluk Olumsuz Deneyimleri ile Yakın İlişki Şiddeti Arasındaki İlişki.....	21
1.3. Sağlık	24
1.3.1. Sağlık.....	24
1.3.2. Biyopsikososyal Model	26
1.3.3. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri, Yakın İlişki Şiddeti ve Sağlık Arasındaki İlişkiler	26
1.3.3.1. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri, Yakın İlişki Şiddeti ve Sağlık Arasındaki İlişkilere Dair Açıklamalar	29
1.3.3.1.1. Şemalar ve Bilişsel Yanlılıklara Odaklanan Açıklamalar.....	29
1.3.3.1.2. Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklara Odaklanan Açıklamalar.....	32
1.4. Başa Çıkma	35
1.4.1. Başa Çıkma Tanımı	35
1.4.2. Başa Çıkmaya Dair Kuramsal Yaklaşımlar	35
1.4.3. Psikolojik Sağlık, Yakın İlişki Şiddeti ve Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimlerinin Başa Çıkma ile İlişkisi	36
1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	41
1.5.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı.....	41
1.5.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı	42
1.5.3. Eş Tanılar ve İlişkili Sorunlar	44
1.5.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Başa çıkma ile İlişkisi.....	48

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA MODELİNİN TANITILMASI

2.1. Araştırma Modeli	52
------------------------------------	-----------

2.2. Araştırma Hipotezleri.....	55
2.2.1. Araştırma Modeli Hipotezleri	56
2.2.2. İlişkisel Hipotezler	56
2.2.2.1. Korelasyonel İlişkiye Odaklanan Hipotezler	56
2.2.2.2. Temel Regresif İlişkiye Odaklanan İlişkisel Hipotezler	56
2.2.2.3. Aracılık İlişkisine Odaklanan İlişkisel Hipotezler	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırma Örneklemi.....	59
3.2. Veri Toplama Araçları	62
3.2.1. Gözden Geçirilmiş Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği	62
3.2.2. Çocukluk çağı travmaları ölçeği-33	64
3.2.3. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği.....	65
3.2.4. Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği	65
3.2.5. Genel sağlık anketi-28.....	66
3.2.6. Demografik bilgi formu	67
3.3. İşlem	67
3.3.1. Veri toplama süreci	67
3.3.2. Verilerin hazırlanması	69

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımsal İstatistikler	69
4.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler	71
4.3. Ölçüm Modeli	75

4.4. Araştırma Kapsamında Geliştirilen Modellerin İncelenmesi	79
4.5. Hipotezlere Dair Bulgular	83
4.5.1. Model Hipotezlerine Dair Bulgular	83
4.5.2. İlişkisel Hipotezlere Dair Bulgular	84
4.5.2.1. Korelasyonel İlişkiye Odaklanan Hipotezler	84
4.5.2.2. Temel Regresif İlişkiye Odaklanan İlişkisel Hipotezler	84

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Araştırmanın Hazırlık Aşamasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	87
5.2. Örneklem Özelliklerinin Tartışılması	87
5.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin Tartışılması	89
5.4. Araştırma Bulgularının Tartışılması.....	92
5.5. Araştırma Modelinin Tartışılması.....	92
5.6. Araştırma Hipotezlerine Dair Bulguların Tartışılması	94
5.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	100
5.8. Araştırmanın Güçlü Yanları.....	102
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	vi
KAYNAKÇA	104
EKLER.....	148

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1 Demografik bilgiler

Tablo 3.2 Katılımcıların İlişkileri ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar

Tablo 4.1 Araştırma Değişkenlerine Ait Tanımsal İstatistikler

Tablo 4.2 Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 4.3 Modele İlişkin Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Tablo 4.4 Ölçüm Modeline İlişkin Parametre Değerleri



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 Araştırma Modeli

Şekil 4.1 Alternatif Araştırma Modeli A

Şekil 4.2 Alternatif Araştırma Modeli B

Şekil 4.3 Alternatif Araştırma Modeli C

Şekil 4.4 Ölçüm Modeli

Şekil 4.5 Başa Çıkma Çabaları Modelden Çıkarıldıktan Sonra Elde Edilen Araştırma Modeli

İlişkin Bulgular



KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü



GİRİŞ

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, gücün zarar verici ya da tehdit edici bir biçimde kişinin kendine, bir başkasına ya da bir topluluğa karşı kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Dahlberg ve ark., 2002). Bu tanımda şiddet hedefi bakımından üçe ayrılmaktadır: kendine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve toplumsal şiddet. Bu bağlamda yakın ilişki içerisindeki kişilerin partnerlerine uyguladığı fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik tüm şiddet olayları yakın ilişki şiddeti olarak tanımlanmaktadır (Dahlberg ve ark., 2002). Şiddetin yaygınlığını anlamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmaları ele alan bir meta analiz çalışması, dünya genelinde kadınların %24.2'sinin son bir yıl içerisinde yakın ilişkisinde şiddet gördüğüne işaret etmektedir (White ve ark., 2024). Ülkemizde yapılan bir yaygınlık çalışmasında ise kadınların %36'sının hayatlarının bir döneminde yakın ilişki şiddetine maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Yüksel-Kaptanoğlu & Çavlin, 2015).

Şiddet olaylarının sıklığına dayanan çalışmalarda cinsiyetler arasında yakın ilişki şiddeti faili ve mağduru olmak konusunda bir benzerlik olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (McFarlane ve ark., 2000). Ancak yakın ilişki şiddetinin geniş kapsamı nedeniyle şiddeti yalnızca sıklık ile ele almanın yeterli olmadığını öne süren araştırmalar bulunmaktadır (DeKeseredy & Schwartz, 1998). Nitekim gerçekleştirilmiş olan çalışmalara dikkatle bakıldığında kadınların şiddet mağduriyeti nedeniyle kamu kurumlarına başvuru oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu (McFarlane ve ark., 2000) ve kadınların şiddet sonucunda aldıkları hasarın daha büyük olduğu (Melton & Belknap, 2003) görülmüştür. Buna ek olarak partnerine şiddet uygulamış kadınlarla yapılan çalışmalar kadınların maruz kaldıkları şiddete karşı koymak amacıyla şiddet kullandığına işaret etmektedir (Miller, 2005; Pagelow, 1981). Bu bilgiler ışığında bu çalışmada yakın ilişki şiddeti mağduru kadınlara odaklanılmaktadır.

Yaygınlığı bakımından önemli bir sosyal sorun olarak gözlenen yakın ilişki şiddetinin kişilerin sağlıkları üzerinde bıraktığı olumsuz etkiler de yüksek düzeydedir (Spencer ve ark.,

2019). Bunlar arasında depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı sayılabilir (Jackson ve ark., 2015; Spencer ve ark., 2019).

Yakın ilişki şiddetini ve kişiler üzerinde bıraktığı etkileri açıklamaya çalışan kuramsal yaklaşımlarda ise erken dönem yaşantılarına dikkat çekilmektedir (Gay ve ark., 2013). Bu çalışmalara göre yaşamının erken yıllarında olumsuz deneyimler yaşayan kişiler yaşamlarının ilerleyen yıllarında yakın ilişkilerinde şiddet mağduru (Yan & Karatzias, 2020) ve faili (Flemke ve ark., 2014) olmaya daha yatkındır. Erken dönem bu yaşantıların ve erken dönemlerde yaşanan olumsuz deneyimlerle ilişkili olduğu bilinen yakın ilişki şiddetinin olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Hebert ve ark., 2017; Rich ve ark., 2005). Bu çalışmalarda travmatik erken dönem yaşantılara odaklanıldığı ve çoğunlukla yetişkinlik dönemindeki travmatik, depresif ve anksiyöz belirtilere odaklanıldığı görülmektedir (Jackson ve ark., 2015; Spencer ve ark., 2019). Söz konusu çalışmaların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu (DEHB) çocuklukla dikkate almadığı görülmektedir. Oysaki; DEHB dürtüsellik, duygu düzenleme güçlükleri, bunların beraberinde gelen başa çıkma zorlukları ve sosyal sorunlar itibarıyla yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliği için bir risk faktörü olarak dikkat çekmektedir (Wymbs ve ark., 2019). Dolayısıyla bu çalışmada yakın ilişki şiddetine maruz kalan kadınların psikolojik sağlığı üzerinde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, DEHB semptomları ve failliğin etkileri incelenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ALAN YAZIN TARAMASI

1.1.Yakın İlişki Şiddeti

Bu bölümde yakın ilişki şiddetinin tanımı, türleri, yaygınlığı ve kuramsal açıklamaları ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

1.1.1.Yakın İlişki Şiddeti

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [DSÖ]) şiddeti gücün kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba zarar verme amacıyla kullanılması olarak tanımlamaktadır (Dahlberg ve ark., 2002). Bu tanıma göre şiddetin yöneldiği kişi bakımından çeşitli türleri vardır. Bu türler kişinin kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve toplumsal şiddettir. Yakın ilişki şiddeti kişiler arası şiddet grubu içinde önemli bir yer kaplayan şiddet türüdür. Bu bağlamda romantik ilişki içindeki bireylerin birbirlerine uyguladığı fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik tüm şiddet olayları yakın ilişki şiddeti sınıfında değerlendirilir (Dahlberg ve ark., 2002).

1.1.2.Yakın İlişki Şiddeti Türleri

DSÖ yakın ilişki şiddetini etki mekanizması ve sonuçları bakımından fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel zorlama ve kontrol davranışları olarak sınıflandırmıştır (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Bu bağlamda vurma, tokat atma, tekmeleme gibi davranışlar fiziksel şiddet sınıfında değerlendirilirken küçümseme, sindirme, aşağılama gibi sözel saldırganlık içeren davranışlar psikolojik şiddet sınıfında değerlendirilmektedir. Zorla cinsel ilişkiye girme ve çeşitli cinsel davranışlar için partneri zorlamak cinsel zorlama sınıfını oluşturur. Bu üç şiddet türü kadar açık olmayan diğer şiddet türü ise kontrol davranışlarıdır. Bu davranışlar mağduru

aile ve arkadaşlarından izole etme, hareketlerini sürekli takip etme ve bilgi ve kaynaklara erişimini engelleme gibi davranışları içerir. Güncel çalışmalarda sözü geçen bir başka şiddet türü ise ekonomik şiddettir (Fawole, 2008). Birleşmiş Milletler Kadın Fonu'na (United Nations Fund for Women [UNIFEM], 1999) göre bir kişinin ekonomik kaynak ve aktivitelerini kontrol etmeye yönelik davranışların tamamı ekonomik şiddet olarak değerlendirilmelidir.

1.1.3.Yakın İlişki Şiddeti Tipolojisi

Yakın ilişki şiddeti alanında yapılan araştırmalar failin ve mağdurun her iki cinsiyetten de olabildiğine işaret etmektedir (Straus ve ark., 1990). Ancak yakın ilişki şiddetinde kadınların ve erkeklerin rolleriyle ilgili farklı görüşler mevcuttur. Konunun bir araştırma alanı olarak ortaya çıktığı ilk dönemlerde yapılan ve mahkeme, polis, hastane ve sığınak örneklemlerine dayanan araştırmalara göre yakın ilişkilerde gerçekleşen şiddet olaylarında erkekler genellikle fail iken kadınlar daha çok mağdur rolündedir (Dobash & Dobash, 1979; Pence & Paymar, 1993). Ancak genel popülasyon örneklemine dayanan araştırmalar kadınların ve erkeklerin partnerlerine şiddet uygulama oranlarının yakın olduğunu göstermektedir (Archer, 2000). Bu konuda ciddi tartışmalar sürerken bazı araştırmacılar (Graham-Kevan & Archer, 2003; Holtzworth-Munroe ve ark., 2000; Johnson, 1995) bu çelişkili bulguların nedeninin yöntemsel tutarsızlıklar olduğunu öne sürmüştür. Bu araştırmacılara göre yakın ilişki şiddetindeki faillik ve mağdurluk oranlarını değerlendirirken şiddetin tiplerinin ve örneklemelerin ayırt edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda yaptıkları çalışmalar sonucu Kelly ve Johnson (2008) kaynakları, nitelikleri ve sonuçları bakımından dört yakın ilişki şiddeti tipi tanımlamıştır: Zorlayıcı-kontrolcü şiddet (coercive-controlling violence), şiddetle karşı koyma (violent resistance), durumsal çift şiddeti (situational couple violence) ve ayrılık sonrası ortaya çıkan şiddet (seperation instigated violence).

Zorlayıcı-kontrolcü şiddet, partnerlerden karşılıklı olarak birbirlerine veya bir partnerin diğerine uyguladığı duygusal istismar, zorlama ve kontrol davranışlarının tümünü kapsar

(Pence & Paymar, 1993). Bu şiddet türü daha önce ataerkil terör (patriarchal terrorism) (Johnson, 1995) olarak isimlendirilmesine rağmen partnerlerin kontrol edici davranışlarının her zaman ataerkil öncülleri olmadığı için zorlayıcı-kontrolcü şiddet ismi benimsenmiştir (Jaffe ve ark., 2008). Pence ve Paymar (1993) bu şiddet türünde failin mağduru kontrol etmek için kullandığı taktikleri şu şekilde listelemiştir: zorlama ve tehdit, sindirme, duygusal şiddet, izolasyon, küçümseme/reddetme/suçlama, ekonomik şiddet, erkek üstünlüğü ve çocuklar. Pence ve Paymar'a (1993) göre failin mağduru kontrol etmek için bu taktiklerin tümünü kullanması gerekmez, bazen fail hiç fiziksel şiddet kullanmadan mağduru kontrol altına alabilir. Ancak yakın ilişki şiddeti türleri arasında en ağır sonuçları olan vakalar genellikle bu sınıftadır (Johnson, 1995). Genellikle erkeklerin fail olduğu (Graham-Kevan & Archer, 2003) bu şiddet türü en sık polis departmanları, sığınaklar ve mahkemeler gibi resmî kurumlara ulaşan vakalarda görülür (Frieze & Browne, 1989). Yapılan çalışmalar zorlayıcı-kontrolcü şiddetin genel popülasyondaki vakaların %11 ile %33, mahkeme ve sığınaklardaki vakaların ise %68 ile %88'ine denk geldiğini tespit etmiştir (Graham-Kevan & Archer, 2003; Johnson, 2001). Zorlayıcı-kontrolcü şiddet sonuçları bakımından da diğer şiddet tiplerinden ayrılmaktadır. Yapılan çalışmalara göre bu şiddet türüne maruz kalan kadınların %67'si ağır şekilde yaralanmıştır (Johnson, 2008). Geçmiş çalışmalar zorlayıcı-kontrolcü şiddetin partnerler arasında karşılıklı olarak da görülebileceğine değinmektedir (Johnson, 2006). Bu şiddet tipi karşılıklı şiddet kontrolü (mutual violent control) olarak isimlendirilmekle beraber, konu hakkında yeterince bilgi dağarcığı oluşmamıştır.

Şiddetle karşı koyma, kişinin kendisini kontrol etmeye çalışan ve şiddet uygulayan partnerine karşılık olarak şiddet kullanmasıdır (Johnson, 2006b). Partnerine şiddet uygulamış kadınlarla yapılan çalışmalarda bu kadınların yarıdan fazlasının kendisinin veya çocuğunun maruz kaldığı şiddete karşılık olarak şiddet eylemini gerçekleştirdiği görülmüştür (Miller, 2005; Pagelow, 1981). Şiddetle karşı koymayı kullanan erkeklerin de olduğunu gösteren

veriler olsa da (Hines ve ark., 2007) bu şiddet türü ağırlıklı olarak kadınlar tarafından kullanılır (Johnson, 2006b). Kişiler genellikle kendini korumak amacıyla bu şiddete başvursa da bu yöntemi kullanan mağdurların şiddete tekrar maruz kalma ve yaralanma oranı kullanmayan mağdurlara göre daha yüksektir (Bachman & Carmody, 1994; Pagelow, 1981). Kadınların sanık olduğu aile içi şiddet davalarında partnerine şiddet uygulayan kadınların %65'inin ilişki içinde zorlayıcı-kontrolcü şiddete maruz kaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Miller, 2005). Bu bilgiler birlikte ele alındığında, her iki cinsiyetin de hem fail hem mağdur rolünde olabileceği anlaşılmakla beraber kadınların şiddet failliğinin çoklukla mağduriyeti takiben ortaya çıkıp bunu ele almada şiddetle karşı koymanın rolüne işaret etmektedir.

Yakın ilişki şiddetinin bir diğer türü olan durumsal çift şiddeti ise, genellikle bir güç ve zorlama örüntüsünün olmadığı ilişkilerde (Johnson & Leone, 2005), yaşanan anlaşmazlıkların ve çatışmaların işlevsel yollarla çözülememesi sonucunda gelişen şiddet türüdür (Kelly & Johnson, 2008). Bu şiddet türü daha önce olağan çift şiddeti (common couple violence) (Johnson, 1995) olarak isimlendirilmesine rağmen bu tabirin söz konusu şiddet türünün oluşturduğu tehdidi küçümser çağrışımları nedeniyle durumsal çift şiddeti ismi benimsenmiştir. Yapılan çalışmalar bu şiddet türünde failer bakımından belirgin bir cinsiyet farkı olmadığına işaret etmektedir (Kwong ve ark., 1999). Durumsal çift şiddeti, partneri kontrol niyeti taşımadan gerçekleştirilen şiddet eylemlerini kapsamı bakımından zorlayıcı-kontrolcü şiddetten ayrılır (Johnson & Leone, 2005). Nitekim durumsal çift şiddetine başvuran erkekler, şiddet kullanmayan erkeklerle kıyaslandığında iki grup arasında kadın düşmanlığı (mizojini) ölçeklerinden elde edilen skorlar bakımından anlamlı bir fark bulunamamaktadır (Holtzworth-Munroe ve ark., 2000). Zorlayıcı-kontrolcü şiddetin seviyesi zamanla artmaya meyilliyken durumsal eş şiddeti tek bir olayla dahi sınırlı kalabilir ve şiddet ilişki süresince devam etse de şiddet eylemleri genellikle ayrılıkla birlikte sonlanma eğilimindedir (Johnson & Leone, 2005). Durumsal çift şiddeti, genel popülasyon örneklemeleri ile yapılan çalışmalarda en sık görülen

şiddet türüdür, sığınak ve mahkeme kayıtları gibi resmî kurumlardan alınan verilerde ise vakaların %19 ila %29’unda gözlenmektedir (Johnson, 2006a). Bu şiddet türüne genç yetişkinler arasında genel popülasyona kıyasla daha sık rastlanır (Capaldi & Owen, 2001; Douglas & Straus, 2006)

Ayrılık sonrası ortaya çıkan şiddet, ilişki süresince şiddetin olmadığı, evlilik süresince partnerlerin korku, sindirme ve kontrol edilme deneyimi yaşamadığı, ilk kez ayrılık aşamasında ortaya çıkan şiddet türüdür (Johnston & Campbell, 1993). Şiddet davranışlarının ortaya çıkma ihtimalinin, çocuğun cinsel istismarı, aldatmaya şahit olma, topluma açık biçimde aşağılanma gibi olayları içeren travmatik ayrılıklarda daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Kelly & Johnson, 2008). Johnston ve Campbell (1993) tarafından yapılan çalışmada mahkemeye başvuran 140 çiftin %21’inde şiddetin ayrılıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada yakın ilişkideki şiddetin yalnızca ayrılıktan sonra başladığı vaka oranının resmi verilere yansıyan tüm yakın ilişki şiddeti vakalarının %14’ünü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Statistics Canada, 2001).

1.1.4.Yakın İlişki Şiddeti Yaygınlığı

Yakın ilişki şiddeti ciddi bir insan hakları ihlali ve aynı zamanda sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaygınlığını tespit etmek için küresel ölçekte periyodik çalışmalar yapılmaktadır. DSÖ tarafından yapılan bir çalışmada kadınların mevcut veya geçmişteki partnerleri tarafından, %10 ila %69’unun hayatları boyunca, %3 ila %52’sinin ise son 12 ay içinde en az bir kez, fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Yine DSÖ tarafından 2021 yılında yakın ilişki şiddetinin yaygınlığını öngörmek amacıyla, 2000 ve 2018 yılları arasında yapılmış 159 ülkeden 332 çalışmanın sonuçları incelenmiştir (DSÖ, 2021). Bu çalışmaya göre kadınların %27’si yaşamları boyunca, %10-13’ü son 12 ay içerisinde en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Aynı çalışmadan elde edilen verilere göre yakın ilişki şiddetinin toplumdaki yaygınlık oranları, en az

gelişmiş ülkelerde en yüksek oranlardayken (Melanezya, %51; Mikronezya, %41 ve Polinezya, %39), en yüksek gelirli ülkelerde en düşük oranlarda (Doğu Avrupa ülkeleri, %7; Avustralya ve Yeni Zelanda, %3) görülmektedir. Söz konusu çalışma Türkiye'deki kadınların şiddete maruz kalma oranının dünya ortalamasının üzerinde olduğuna işaret etmektedir. Bu verilere göre Türkiye'deki kadınların %32'si hayatı boyunca, %12'si ise son 12 ay içerisinde en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalmıştır (DSÖ, 2021).

Bu konuda gerçekleştirilen yakın tarihli bir başka çalışma White ve arkadaşları (2024) tarafından yapılmıştır. Söz konusu çalışmada araştırmacılar 250,599 kadın katılımcıyı kapsayan 201 çalışmayı incelemişlerdir. Bu çalışmaya göre kadınların %37.7'si yaşamları boyunca, %24.2'si son 12 ay içerisinde en az bir kez yakın ilişki şiddetine maruz kalmıştır.

Şiddet yaygınlığının gelir düzeyi ve zaman dışındaki faktörlerden de etkilendiği düşünülmektedir. Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında COVID-19'un etkilerinin sürdüğü dönemde şiddet oranlarında bir artış olduğu tespit edilmiştir (Wake & Kandula, 2022). Araştırmacılar pandemi döneminde artan depresyon, iş kaybı, finansal zorlanmalar, bağımlılık gibi faktörlerin yanı sıra çiftlerin daha fazla birlikte zaman geçirmesinin de bu tablonun oluşmasında etkili olabileceğini öne sürmüştür (Wake & Kandula, 2022). İran'da ilk COVID-19 vakası görülmeden 4 gün önce başlamış bir çalışmaya göre pandemi öncesinde kadınların %54.22'si şiddete uğradığını ifade ederken bu oran pandeminin başlangıcından 6 ay sonra %65.4'e yükselmiştir (Fereidooni ve ark., 2023).

Yaygınlık çalışmaları yakın ilişki şiddetinin ülkemizde de ciddi bir sorun olduğuna işaret etmektedir. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü için Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Türkiye'nin 12 bölgesini temsil eden 15.072 katılımcı ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. 2015 yılında yapılan bu çalışmanın verilerine göre Türkiye'deki kadınların %36'sı yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu araştırmaya göre Türkiye'de kadınların en fazla maruz kaldığı

şiddet türü ise kadınların %44'ünün yaşamları boyunca en az bir kez karşılaştığı psikolojik şiddettir (Yüksel-Kaptanoğlu & Çavlin, 2015).

Değinilen çalışmalarda yakın ilişki şiddetinin türlere göre yaygınlığı (fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik) ile ilgili bilgilere ulaşılabilirken, tiyolojiere (zorlayıcı-kontrolcü şiddet, şiddetle karşı koyma, durumsal çift şiddeti, ayrılık sonrası ortaya çıkan şiddet) göre yaygınlık verilerinin çok kısıtlı olduğu görölmüştür. Yakın ilişki şiddetinin daha iyi anlaşılabilmesi ve daha etkili müdahale programlarının geliştirilebilmesi için şiddetin tiyolojisinin de önemli olduğu düşünölmektedir (Kelly ve Johnson, 2008). Bu nedenle gelecekte yapılacak olan yaygınlık çalışmalarda yakın ilişki şiddetinin tiyolojisinin de dikkate alınması ihtiyacı dikkat çekmektedir. Yakın ilişki şiddetinin yaygınlığına dair ölkemizde yapılan çalışmalarda genellikle erkeğin fail, kadının mağdur olduğu bir şiddet dinamiğinin dikkate alındığı ve karşılıklı olarak birbirine şiddet uygulayan çiftlerle ilgili yeterince çalışma olmadığı görölmüştür. Yakın ilişki şiddetinin yaygınlığının daha iyi anlaşılabilmesi için fail kadınlar ve/veya mağdur erkeklerle de çalışmalar yapılması gerektiği düşünölmektedir.

1.1.5.Kuramsal Açıklamalar

Yaygınlığı ve sonuçları bakımından önemli bir risk teşkil eden yakın ilişki şiddetini daha iyi anlamaya ihtiyaç vardır. Bu nedenle bu bölümde yakın ilişki şiddetini farklı perspektiflerden ele alan sosyal ve psikolojik kuramlara değinilmektedir.

1.1.5.1.Sosyal Kuramlar

Yakın ilişki şiddeti öncülleri ve sonuçları bakımından çok boyutlu bir toplum sağlığı sorunudur. Buradan hareketle, bu bölümde yakın ilişki şiddetini açıklamak için kullanılan sosyal kuramlar olan aile sistemleri kuramı, kaynak kuramı ve feminist açıklamalara değinilmektedir.

1.1.5.1.1.Aile Sistemleri Kuramı

Aile sistemleri kuramı sosyal sistemleri karşılıklı olarak birbirini etkileyen, aralarındaki ilişkilerde belli desenler bulunan karmaşık ağlar olarak tanımlar (Giles-Sims, 1983). Bu kurama göre aile de tıpkı toplum gibi bir sistemdir ve aile üyeleri çeşitli yollarla birbirlerini etkilerler (Nichols & Schwartz, 2009). Kurama göre yakın ilişki şiddeti incelenirken yalnızca fail ya da mağdur değil, fail ve mağdurun bir arada oluşturduğu sisteme odaklanmak gerekmektedir. Bu bakış açısı bazı araştırmacılar tarafından mağdur suçluculuğa yol açabileceği iddia edilerek eleştirilmektedir (Penfold, 1989). Bu iddialar dikkat çektiği risk açısından önemsenmelidir. Ancak kuram fail ya da mağdura değil, şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan sisteme odaklanmaktadır. Bu bağlamda sunulan eleştirileri de dikkate almak kaydıyla kuramın sunduğu yenilikçi bakış açısının konunun daha iyi anlaşılmasına sağladığı katkının önemli olduğu düşünülmektedir.

1.1.5.1.2.Kaynak Kuramı

Yakın ilişki şiddetini ele almada başvurulabilen bir diğer kuram olan kaynak kuramı temelde insanların sahip oldukları kaynakları (gelir, beceri, statü vb.) hedeflerine ulaşmak için kullandıklarını iddia eder (Goode, 1971). Kurama göre yakın ilişkilerde görülen şiddet davranışları partnerlerden birisinin amaçlarına ulaşmak için kullanabileceği kaynaklar arasında değerlendirilebilir. Bu bağlamda kişilerin sahip oldukları kaynakların sayısı arttıkça, hedeflerine ulaşmak için fiziksel şiddet kullanma ihtimalinin azalacağı düşünülmektedir (Allen & Straus, 1980). Yapılan çalışmalar özellikle erkeklerin cinsiyetçi tutumlara sahip olduğu ilişkilerde erkeğin iş sahibi olması ve gelirinin artması gibi durumlarda kadınların şiddet görme ihtimalinin azaldığını göstermektedir (Atkinson ve ark., 2005; Macmillan & Gartner, 1999). Söz konusu kuram kişilerin şiddet failliği motivasyonunu güç üstünlüğü ile açıklamakta ancak neden güç üstünlüğü kurma ihtiyacı duyulduğuna yönelik bir açıklama önermemektedir. Bu bağlamda kaynak kuramının yakın ilişki şiddetini açıklamada tek başına

yeterli olmadığı, feminist bakış açısıyla daha net bir anlayış sunduğu düşünülmektedir.

Devam eden başlıkta feminist açıklamalardan bahsedilmektedir.

1.1.5.1.3.Feminist Açıklamalar

Feminist kurama göre erkek ve kadın arasında yüzyıllardır süren bir eşitsizlik söz konusudur ve erkekler toplum tarafından kendilerine verilen gücü kadınları kontrol etmek amaçlı kullanmaktadır (Stark & Flitcraft, 1996). Feminist araştırmacılar erkek ve kadın arasında kurulan yakın ilişkilerde meydana gelen şiddeti açıklamak için merkeze toplumsal cinsiyet kavramını yerleştirmenin gerekli olduğunu savunmaktadır (Anderson, 1997; Dobash & Dobash, 1979). Toplumsal cinsiyet normları erkeksiliği güçle ilişkilendirirken kadınsılığı zayıflıkla ilişkilendirmektedir. Bu bağlamda erkeklerin partnerlerini kontrol ederek güç gösterme niyetiyle, kadınların ise kendilerini korumak amacıyla şiddet kullandığı iddia edilmektedir (Randle & Graham, 2011). Bu bakış açısından yola çıkılarak yapılan kültürlerarası çalışmalar erkek üstünlüğünün destekleyen geleneksel kültürlerde, eşitlikçi kültürlerle göre yakın ilişki şiddeti oranlarının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Archer, 2006; Levinson, 1988). Kadının çalıştığı ve erkeğin çalışmadığı ya da kadının partnerinden daha fazla gelire sahip olduğu durumlarda da kadının şiddet görme ihtimalinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Anderson, 1997; Fox ve ark., 2002). Bu çalışmalar feminist bakış açısı ve kaynak kuramının bir arada değerlendirilmesinin yakın ilişki şiddeti için daha iyi bir kavrayış sağlayacağı düşüncesini desteklemektedir.

1.1.5.2.Psikolojik Açıklamalar

Yakın ilişki şiddetini açıklamak için yapılan girişimlerde sosyal açıklamalar önemli bilgiler sunmaktadır. Ancak benzer sosyal koşullardaki bireylerin faillik ve mağdurluk oranları arasında farklılık olabilmektedir. Bu durum yakın ilişki şiddetini incelerken bireysel özelliklerin de önemli olduğunu göstermektedir. Bu bölümde bireye odaklanan psikolojik kuramların yakın ilişki şiddetine getirdikleri açıklamalara yer verilecektir.

1.1.5.2.1. Psikopatoloji Odaklı Açıklamalar

Yakın ilişki şiddeti faili ve/veya mağduru olmanın çeşitli patolojilerle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ehrensaft ve ark., 2006). Konuyla ilgili 207 çalışmanın birlikte incelendiği bir meta analiz çalışmasında fail ve mağdur olmanın çeşitli psikiyatrik tanımlarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Spencer ve ark., 2019). Çalışmaya göre depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu hem fail hem mağdur olmakla ilişkilidir. Çalışmada cinsiyete göre yapılan analizler sonucunda kadınlar için sınırda kişilik bozukluğunun mağdur olmaktan çok fail olmakla, travma sonrası stres bozukluğunun ise fail olmaktan çok mağdur olmakla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sözü geçen psikiyatrik tanımların yanı sıra alkol ve madde bağımlılığı da yakın ilişki şiddeti ile ilişkilidir (Jackson ve ark., 2015). Her ne kadar yapılan çalışmalarda yakın ilişki şiddeti ile psikopatolojiler arasında birlikte görülme bakımından anlamlı ilişkiler bulunuyor olsa da bu sonuçlar nedensel çıkarım yapmak anlamına gelmemektedir. Bunun yerine şiddeti açıklarken tutumlar, sosyal normlar ve cinsiyet eşitsizliği gibi faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir (Cunningham ve ark., 1998).

1.1.5.2.2. Bağlanma Kuramı

Yakın ilişkileri açıklamak için yaygın olarak kullanılan bağlanma kuramı, bu ilişkilerdeki şiddeti açıklamak için de kullanılmaktadır. Bağlanma kuramı çocuğun birincil bakımvereni ile kurduğu ilişkinin niteliğinin kişinin ileri yaşlarda kurduğu ilişkileri etkilediğini öne sürer (Bowlby, 1988). Bu bağlamda uyumsuz bağlanma stillerinin yakın ilişki şiddeti ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalar bağlanma ihtiyaçlarının karşılanmamasının, partnere aşırı bağımlılığın, reddedilme ve terk edilme korkusunun, yakınlıktan rahatsız olmanın ve kıskançlığın yakın ilişki şiddeti ile ilişkisi olduğunu göstermektedir (Babcock ve ark., 2000; Dutton ve ark., 1994; Mauricio ve ark., 2007). Ek

olarak güvensiz bağlanma tarzlarının dışsallaştırma davranışları, agresyon ve antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu gibi faktörlerle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Dutton & Starzomski, 1993; Dutton & White, 2012; Mauricio ve ark., 2007). Sözü edilen çalışmalarda bu sorunların güvensiz bağlanma ve yakın ilişki şiddeti failliği arasında nedensel bir köprü oluşturduğuna işaret eden bulgulara ulaşılmaktadır.

Kuramın yakın ilişki şiddeti bağlamında farklı bir yorumu ise travmatik bağ kurma kavramını öne sürer (Dutton & Painter, 1981). Bu kavrama göre ilişki içinde aniden ortaya çıkan şiddet olayını bir barışma evresi takip eder, bu barışma evresi mağdur için ilişkiyi sürdürmeyi destekleyen bir pekiştireç olarak işlev görür (Dutton & Painter, 1993). Bu pekiştirme nedeniyle mağdurun şiddet içeren ilişkiden çıkması zorlaşır. Yeni şiddet olayları ve bunu takip eden barışma evrelerinin yaşanması ise kişilerin ilişkiden çıkamadığı kısır bir döngüde kalmalarına yol açar. Bu açıklamayı destekler şekilde, şiddete maruz kaldığı için ilişkisini bitiren ve resmî kurumlardan yardım alan kadınlarla yapılan bir çalışmada şiddetin aralıklı yapısının ayrılık sonrası için zorlaştırıcı bir etkisi olduğu görülmüştür (Dutton & Painter, 1993).

1.1.5.2.3. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar

Yakın ilişki şiddetini açıklamaya çalışan psikolojik kuramlar arasında bir diğer önemli grup ise bilişsel davranışçı yaklaşımlardır. Yakın ilişki şiddetini bilişsel davranışçı yaklaşım ile farklı şekillerde açıklamak mümkündür. Bunlardan ilki şiddet faili ve mağdurunun bilişsel değerlendirmeleri, atıfları ve inançları ile ilgilidir. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada partnerine şiddet uygulayan erkeklerin öfke uyandırıcı uyaranları daha fazla bilişsel çarpıtmayla yorumladığı sonucuna ulaşılmıştır (Eckhardt & Kassino, 1998). Benzer şekilde Paraguay'da yapılan bir çalışmada şiddet mağduru bir grup kadında ayrılma anksiyetesi, yalnızlık korkusu ve duygusal bağımlılık skorları ile bilişsel çarpıtma skorları arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Bogarín Azuaga ve ark., 2021).

Yakın ilişki şiddetinde mağdurun ilişkide kalma/ilişkiyi sonlandırma kararını açıklamak için kullanılabilecek bilişsel uyumsuzluk kavramı da bilişsel davranışçı açıklamalara bir örnektir. Festinger (1957), kişilerin inançları, tutumları ve davranışları arasında bir uyumsuzluk olduğunda rahatsızlık duyduklarını ve davranışlarını değiştirmek yerine yeni bilişler üreterek veya çarpık bilişler geliştirerek bu uyumsuzlukla baş ettiklerini iddia etmiştir. Kavramın yakın ilişki şiddeti bağlamında, şiddete maruz kalan kadınların şiddeti önemsizleştirmesi, inkâr etmesi ve rasyonalize etmesini açıklamak için kullanılabileceğini ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (Enander, 2011; Nicholson & Lutz, 2017). Ancak görece güncel bu açıklamaların görgül verilerle desteklenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bilişsel davranışçı yaklaşımlar arasında dikkat çeken bir başka açıklama öğrenme kuramından doğan öğrenilmiş çaresizlik kavramıdır. Öğrenilmiş çaresizlik kavramı kişinin kontrol edilemez olumsuz yaşantılar sonucunda organizmanın işlevsel tepki üretme yeteneğinin kısıtlanacağını ve duygusal stres yaşayacağını ileri sürer (Seligman, 1972). Kavrama göre partnerin istismarcı davranışları tekrarlı olduğunda mağdur çaresizlik ve güçsüzlük hisseder ve zaman içinde tepkisizleşir. Walker (1984) mağdurun öğrenilmiş çaresizliğini dayak yiyen kadın sendromu (battered women syndrome) olarak isimlendirmiştir. Ancak bazı araştırmacılar dayak yiyen kadın sendromu kavramının kadının etkinliğini hafife alan bir yaklaşıma işaret edebileceğini ileri sürmüştür (Dunn, 2005; Leisenring, 2006). Araştırmacılar bu nedenle kadının öz etkinliğini ve başa çıkma becerilerini ön plana çıkarmak için hayatta kalan (survivor) kavramını kullanmayı önermişlerdir.

1.1.5.2.4.Şema Yaklaşımları

Yakın ilişki şiddetini açıklamak için faydalı olabileceği düşünülen bir diğer yaklaşım ise şema yaklaşımıdır. Şema yaklaşımına göre insanlar yaşamın erken yıllarında belli zihinsel şablonlar geliştirerek içinde yetiştikleri duruma uyum sağlar. Çocuklukta oluşan ve kişinin

dünyayı algılama şeklini belirleyen bu şablonlara şemalar denir (Young ve ark., 2003). Young ve arkadaşlarına göre (2003) bir çocuk, gelişmesi için gerekli olan fiziksel ve duygusal ihtiyaçları tam olarak karşılanmadığında ya da fiziksel, duygusal veya cinsel açıdan kötü muameleye maruz kaldığında uyumsuz şemalar geliştirebilir. Yapılan bir çalışmada erken dönem duygusal istismar ile ileriki yaşlarda yakın ilişki şiddeti mağduru olma arasındaki ilişkide güvensizlik, kendini feda ve duyguları bastırma şema boyutlarının tam aracı rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Crawford & Wright, 2007). Gay ve arkadaşları (2013), çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti arasındaki ilişkide şemaların etkisini incelemiştir. Çalışmada uyumsuz şema alanlarının çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasında aracı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada bu bulguya ek olarak çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yakın ilişki şiddeti failliği arasındaki ilişkide ise kopukluk ve reddedilmişlik şema alanının aracı etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Gay ve ark., 2013).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada ise şemalar ile yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasındaki ilişki incelenmiştir (Taşkale & Soygüt, 2017). Bu çalışmanın sonuçlarına göre kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı yakın ilişki şiddeti mağduriyeti için risk oluştururken, yüksek standartlar şema alanı yakın ilişki şiddeti mağduriyetine karşı koruyucu role sahiptir. Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuklukta yaşanan ihmal ve istismar deneyimleri ile yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasındaki ilişkide olumsuz şemaların etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Atmaca & Gençöz, 2016). Bu bilgiler erken dönem deneyimlerinin yakın ilişki şiddetini anlamak için önemli olduğunu düşündürmektedir.

Söz konusu bulgular erken dönemde yaşanan ve olumsuz şemaların gelişmesine ortam hazırlayan fiziksel ve duygusal ihtiyaçlardan yoksun bırakılmak, fiziksel, duygusal ve cinsel anlamda kötü muameleye maruz kalmak gibi olumsuz deneyimler ile yakın ilişki şiddetinin

ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Devam eden başlıkta çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti ile ilişkisine yer verilmektedir.

1.2.Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri

Bu bölümde öncelikle çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin tanımı ve yaygınlığı, sonrasında ise yakın ilişki şiddeti ile ilişkisi ele alınmaktadır.

1.2.1.Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri

Çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerin yaşamın ilerleyen yıllarında kişi üzerinde etkileri olacağı düşünülmektedir. Ancak olumsuz deneyimleri tanımlamak ve sınıflandırmak konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri en sık olarak ihmal ve istismar kavramları kapsamında ele alınmaktadır (Runyan ve ark., 2002). DSÖ'ye göre (1999) çocuğun sağlığına, gelişimine ve itibarına zarar veren ya da zarar verme potansiyeli olan davranış ve tavırlar çocuk istismarı olarak değerlendirilir. DSÖ tarafından yapılan bu tanımda geçen çocuk istismarı kavramı çocuğun fiziksel ve/veya duygusal olarak kötü muamele görmesi, cinsel istismarı, ihmali ve sömürülmesini kapsayan bir şemsiye terim olarak kullanılır. Bu bağlamda çocuk istismarı dört türe ayrılabilir: fiziksel istismar (physical abuse), cinsel istismar (sexual abuse), duygusal istismar (emotional abuse) ve ihmal (neglect) (Runyan ve ark., 2002). Ancak istismar teriminin ihmali de kapsayacak biçimde kullanılmasının araştırmalarda yöntemsel karışıklığa yol açacağı düşünülmektedir (Li ve ark., 2019). Bu nedenle ilerleyen bölümlerde DSÖ'nün tanımında olduğu gibi ihmal ve istismar kavramları birbirini kapsayacak şekilde kullanılmamaktadır. Bunun yerine iki kavram, çocukluk çağı olumsuz deneyimlerini ele alan güncel ve kapsamlı başka çalışmalar (Carr ve ark., 2013; Humphreys ve ark., 2020) ve bu kavramları ölçümlemede kullanılan ölçüm araçlarının yapısı (Bernstein ve ark., 1994) dikkate alınarak bu çalışmada da farklı bir sınıflamayla incelenmekte olacaktır. Bu bağlamda tanımlanacak ele alınan ihmal ve istismar türleri şöyledir: fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal

ihmal (Bernstein ve ark., 1994). Sözü edilen sınıflandırmayı kullanıma sunan ölçeğin ülkemizde ve Çin, Japonya ve Nijerya gibi diğer toplulukçu ülkelerdeki versiyonlarında çocuğun yetişkinler tarafından aşırı korunması ve kontrol edilmesi de bir olumsuz deneyim boyutu olarak ele alınmaktadır (Essien ve ark., 2018; Sar ve ark., 2012; Wu ve ark., 2022; Yoshida ve ark., 2005). Ölçeğe eklenen aşırı koruma-aşırı kontrol davranışlarının batı kültürlerinde de olumsuz deneyim olarak değerlendirilebileceğine işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Azar ve ark., 2007; Herbert & Dahlquist, 2008). Bu nedenle bu çalışma kapsamında aşırı koruma-aşırı kontrol de çocukluk çağında yaşanılabilecek bir olumsuz deneyim olarak dikkate alınmaktadır.

Değinilen tanımlamaya göre çocuk istismarı türleri incelendiğinde, yapılması veya yapılmaması sonucunda çocukta fiziksel zarara neden olan ya da zarara neden olma potansiyeli taşıyan muamele ve davranışlar fiziksel istismar sınıfında değerlendirilir (Runyan ve ark., 2002). Araştırmacılar çocuğa zarar verme niyetiyle fiziksel saldırganlık eylemlerinin yanı sıra çocuğu disipline etmek amacıyla gerçekleştirilen cezalandırıcı davranışların da fiziksel istismar olduğunu ileri sürmüşlerdir (Kelly, 1983). Bu bağlamda çocuğu silah veya bıçakla yaralamaktan tek ayak üstünde bekletmeye kadar çok çeşitli davranışlar fiziksel istismar sınıfında değerlendirilebilir.

Çocuğa fiziksel olarak zarar veren veya verme potansiyeli taşıyan davranışlar yalnızca çocuğa yönelik saldırgan/cezalandırıcı davranışlarla sınırlı değildir. Çocuğu, fiziksel olarak sağlıklı bir şekilde gelişmesi için gerekli kaynaklardan yoksun bırakmak da çocuğa zarar verebilir ve bu durum ise fiziksel ihmal olarak değerlendirilir (Stoltenborgh ve ark., 2013). Çocuğun yoksun bırakıldığı bu kaynaklar yemek, kıyafet, barınak gibi somut eşyalar olabileceği gibi, çocuğu zarar görme riski bulunan durumlarda izlemek/gözetlemek (supervision) gibi davranışsal kaynaklar da olabilir.

Çocukluk çağında yaşanabilecek bir başka olumsuz deneyim türü ise cinsel istismardır. Çocuğun cinsel istismarı, DSÖ (1999) tarafından çocuğun tam olarak anlamadığı, rıza verme yetkinliğine sahip olmadığı ve yasaları ve toplumsal kuralları ihlal eden cinsel faaliyetlere dahil edilmesi olarak tanımlanmıştır. Çocuğun cinsel istismarına dair yapılan bu tanım DSÖ tanımlarının ötesine geçen araştırmacılar tarafından da kabul edilmektedir (Bernstein et al, 1994). Tanıma göre cinsel istismar bir yetişkin tarafından gerçekleştirilebileceği gibi çocukla bir sorumluluk ve güç ilişkisi içinde bulunan, yaşı itibarıyla sorumluluk taşıyan bir başka çocuk tarafından da gerçekleştirilebilir. Tanımda ayrıca istismarı gerçekleştiren kişinin kendisini tatmin etme niyeti vurgulanmaktadır ve çocuğu doğrudan cinsel eylemlere dahil etmeye ek olarak cinsel eylemlere tanık olmak zorunda bırakmak, fuhşa zorlamak/ikna etmek, pornografik içeriklerde kullanmak da cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir.

Fiziksel ve cinsel istismar kadar dikkat çekmeyen ancak çocuklar üzerinde ciddi etkileri olabilen bir diğer istismar türü ise duygusal istismardır (Runyan ve ark., 2002). DSÖ (1999) duygusal istismarı, çocuğun duygusal ve sosyal gelişimi için uygun ve destekleyici ortamın sağlanamaması olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 1999). Tanıma göre çocuğun hareketlerini kısıtlamak, çocuğu aşağılamak, küçümsemek, başkalarına karşı suçlamak, tehdit etmek, korkutmak, ayrımcılığa maruz bırakmak, alay etmek duygusal istismar olarak değerlendirilebilir (DSÖ, 1999). Bu tanım bazı araştırmacılar tarafından ihmalî de kapsadığı için eleştirilmekte ve çocuğu duygusal gelişimi için gerekli destekten yoksun bırakmayı duygusal ihmal olarak değerlendirilmektedir (Stoltenborgh ve ark., 2013). Çocuğa yeterli ilgi ve şefkatin verilmemesi, çocuğun duygusal ifadelerine karşılık bulamaması, çocuğun bireysel özellikleri gözeticili sosyalleşmesi için gerekli rehberliğin sağlanmaması ve çocuğun aile içi şiddete tanık olmasına izin verilmesi gibi davranışlar çocuğun duygusal ihmalî olarak değerlendirilir (Stoltenborgh ve ark., 2013).

1.2.2.Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri Yaygınlığı

Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri boyutları ve etkileri bakımından uluslararası alanda ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 2006). Dünya genelinde 96 ülkeyi kapsayan 38 çalışmadan elde edilen verilerle yapılan bir meta analiz çalışmasında çocukların %54'ünün son bir yıl içinde bu deneyimlerden en az bir türüne maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Hillis, 2016). Söz konusu çalışmada bölgelere göre kıyaslama yapıldığında bu oranların %7 (Okyanusya) ile %64 (Asya) arasında değiştiği görülmüştür. Ancak bu çalışmada olumsuz deneyimlerin türleri arasında ayırım yapılmamıştır. Moody ve arkadaşlarının (2018) çocukluk çağı olumsuz deneyim türlerine göre yaptığı bir meta analiz çalışmasında dünya genelinde çocukların %7 (Avustralya) ile %19'unun (Afrika) fiziksel istismara, %3 (Güney Amerika) ile %18'inin (Kuzey Amerika) cinsel istismara, %9 (Avustralya) ile %33'ünün (Asya) duygusal istismara, %7 (Güney Amerika) ile %47'sinin (Asya) ise ihmale maruz kaldığı sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ihmal ve istismar türlerinin yaygınlığı için DSÖ'nün sınıflandırılmasına başvurulmuştur bu nedenle fiziksel ve duygusal ihmal konusunda bilgi sağlamakta yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Konuyla ilgili araştırmaların bölgelere göre dağılımı incelendiğinde ise en çok Kuzey Amerika'da en az Güney Amerika'da çalışma yapıldığı görülmüştür (Moody ve ark., 2018). Araştırmalar örneklemelerin cinsiyet dağılımı bakımından incelendiğinde ise çalışmaların üçte ikisinin her iki cinsiyeti kapsadığı ancak kız çocukları ile yapılan çalışmaların çoğunlukta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda istismar ve ihmal türleri konusunda da bir farklılık olduğu gözlenmektedir. Çalışmalar arasında en sık cinsel istismar daha sonra fiziksel istismar konularının araştırıldığı, duygusal istismar ve ihmalin tanımları konusunda tartışmaların sürdüğü ve en az çalışmanın çocuk ihmali ile ilgili olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, araştırma konuları arasındaki bu çeşitliliğin yanı sıra elde edilen bulgularda uç verilerin bulunabileceğine dikkat çekmektedir (Moody, 2018). Bu görüşü destekleyecek

şekilde, 2002 yılında gerçekleştirilen başka bir çalışmada depresyon tanısı almış kadınların tamamı çocukluklarının herhangi bir döneminde fiziksel ya da duygusal açıdan ihmal edildiklerini ifade etmiştir (Harkness ve Monroe, 2002). Ancak bir başka çalışmada okul danışmanı tarafından gerçekleştirilen görüşmelerde 12-16 yaş arasında hiçbir erkek çocuğun cinsel istismar deneyimi paylaşmadıkları görülmüştür (Khamis, 2000).

Çocuğun cinsel istismarının dünya genelinde ciddi bir sorun olduğu kabul edilmekle birlikte bu konuda elde edilen bulguların güvenilirliği konusunda tartışmalar söz konusudur. Çalışmalarda kullanılan istismar tanımları arasındaki farklılıklar, çocukların istismar edildiğini anlamama ihtimali, çocukların fail tarafından sindirilmiş olma ihtimali ve verilerin yetişkinlikte toplanması gibi nedenler sorunun boyutlarını anlamayı zorlaştırmaktadır (Runyan ve ark., 2002). Çalışmalar arasındaki bu farklılıklar araştırmaların sorunun gerçek boyutlarını yansıtmada yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Amerika Birleşik Devletleri Çocuk ve Aile İdaresi-Çocuk Bürosu (The Administration for Children & Families-Children's Bureau) tarafından resmî kurumlara ulaşan vakalardan oluşan ve yıllık olarak yayınlanan çocuk istismarı raporunda 1000 çocuktan 8.1'inin fiziksel istismara maruz kaldığı raporlanmıştır (Children's Bureau, 2023). Bu veriler ile resmi olmayan veriler arasında ciddi bir farklılık olduğu ve resmi verilerin sorunun gerçek boyutlarını yansıtmada yetersiz olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Sedlak ve ark., 2010)(Gracia, 1995).

Dünya genelinde çocukluk çağı olumsuz deneyimlerine dair resmî kurumların yeterliliği ile tartışmalar sürerken ülkemizdeki resmî kurumlar ise konuyla ilgili verileri kamuoyu ile paylaşmamaktadır (Gracia, 1995). Türkiye'de çocuk istismarı ile ilgili yapılan en kapsamlı çalışma 2010 yılında UNICEF ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı iş birliğiyle gerçekleştirilen çalışmadır (Kutlu, 2010). Çalışmada DSÖ'nün sınıflandırması kullanılmış ve ülkemizdeki çocukların %43'ünün fiziksel istismara, %3'ünün cinsel istismara, %51'inin psikolojik istismara, %25'inin ise ihmale maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Üniversite

öğrencileriyle geçmişe dönük yapılan bir çalışma ise çocukluklarında kişilerin %31.8'inin fiziksel istismara, %30.4'ünün cinsel istismara, %40.3'ünün psikolojik istismara, %44.7'sinin fiziksel ihmale, %30'unun ise duygusal ihmale maruz kaldığını göstermiştir (Üstüner Top ve Cam, 2021). Bu çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde resmi veriler ve resmi olmayan veriler arasındaki tutarsızlığın ülkemizde de var olan bir sorun olduğu görülmektedir.

Çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerinin etkilerinin çocukluk çağı ile sınırlı kalmadığı bu etkilerin yaşamın ilerleyen yıllarında da devam ettiği farklı çalışmalarla ortaya koyulmaktadır. Daha önce belirtildiği üzere, çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yetişkinlikte yakın ilişki şiddeti için bir risk faktörü olduğu anlaşılmaktadır (Atmaca & Gençöz, 2016). Bir meta analiz çalışmasında çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin ilerleyen yaştaki sağlık sorunları ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin ilerleyen yaşlarda kişilerarası şiddet için oldukça yüksek düzeyde risk oluşturduğu ($OR \geq 7$) bulunmuştur (Hughes ve ark., 2017). Bu nedenle, devam eden bölümde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yetişkinlikteki yakın ilişki şiddeti arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır.

1.2.3.Çocukluk Olumsuz Deneyimleri ile Yakın İlişki Şiddeti Arasındaki İlişki

Kişilerin yetişkinlikte kurdukları ilişkilerde çocukluk çağı yaşantılarının önemine işaret eden çeşitli kuramlar bulunmaktadır. Yakın ilişki şiddeti başlığında ele alınan bağlanma kuramı (Babcock ve ark., 2000), bilişsel davranışçı yaklaşımlar (Bogarín Azuaga ve ark., 2021; Walker, 1984) ve şema yaklaşımları (Taşkale & Soygüt, 2017) bu kuramlara örnektir. Yapılan çalışmalar da çocukluk çağına yaşanan ihmal ve istismarın yaşamın ilerleyen yıllarında yakın ilişki şiddeti ile ilişkili olduğunu ve erken dönem uyumsuz şemalar ve güvenli olmayan bağlanma faktörlerinin bu ilişkiye aracılık ettiğini göstermiştir (Gay et al, 2013; Dumas et al, 2008).

Alan yazın incelendiğinde çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir (Fiorillo, Papa, & Follette, 2013; Jennings, Richards, Tomsich, & Gover, 2015; Richards, Tillyer, & Wright, 2017). Yakın zamanda temsil edici bir örneklem ile gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yaşamın ilerleyen yıllarında yakın ilişki şiddetine maruz kalma riskini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Yan & Karatzias, 2020). Bu ilişkinin bütün çocukluk çağı olumsuz deneyimi türleri için geçerli olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Fiorillo ve ark., 2013; Jennings ve ark., 2015; Obasaju, Palin, Jacobs, Anderson, & Kaslow, 2009; Villodas ve ark., 2012). Kesitsel çalışmalar sonucunda ulaşılan bu bulguları destekleyen boylamsal çalışmalar da bulunmaktadır (Widom, Czaja, & Dutton, 2014; Widom, Czaja, & Dutton, 2008). Örneğin 477 kadınla yapılan ve 16 yıl süren bir araştırma sonucunda çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddetine tekrar maruz kalma riskini üç kat artırdığı görülmüştür (Parks, Kim, Day, Garza, & Larkby, 2011). Konuyla ilgili güncel meta analiz çalışmalarında da çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yakın ilişki şiddeti arasında etki büyüklüğü düşük ($r = .18$, aralık: $.15 - .21$) olarak değerlendirilse de anlamlı bir ilişkinin istikrarlı olarak gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Li et al, 2019; Smith-Marek ve ark., 2015; Stith ve ark., 2000). Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti mağduriyeti riskini artırdığına işaret eden bu çalışmaların yanı sıra, çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti failliği ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Flemke ve ark., 2014; Millett ve ark., 2013; Swan & Snow, 2003). Söz edilen çalışmalarda çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin kadınlar ve erkeklerde farklı şekillerde ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Flemke ve ark., 2014; Swan & Snow, 2003). Swan ve Snow (2002), partnerine şiddet uygulamış kadınlarla yaptıkları derinlemesine görüşmelere dayanan çalışma sonucunda, kadınların failliğinin mağduriyetlerini takiben gerçekleştiğini göstermiştir. Flemke ve arkadaşları (2014) bu bilgilerden yola çıkarak çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin

kadınlarda travmatik etkiler bıraktığını ve yaşamın ilerleyen yıllarındaki istismarcı eşlerin bazı davranışlarının bu travmaları tetiklediğini öne sürmüştür. Bir başka deyişle araştırmacılar, yakın ilişki şiddeti faili kadınların failliklerini çocukluk çağlarında yaşanan olumsuz deneyimlerden kalan travmalara bir yanıt olarak kavramsallaştırmıştır (Flemke ve ark., 2014).

Çocukluk olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti arasındaki bu ilişkinin nasıl açıklanabileceği de söz konusu çalışmalarda sık tartışılan konular arasındadır. Örneğin Wareham ve arkadaşları (2009) çocukluktaki bu deneyimlerin kişilerin şiddeti normal ve uygun görmesine ortam hazırlayabileceğini, bu nedenle bu kişilerin ilişkilerinde şiddetin daha sık görüldüğünü ileri sürmüşlerdir. Berzenski ve Yates (2010) ise başka bir açıdan bakarak çocukluktaki olumsuz deneyimlerin kişilerin işlevsel başa çıkma stratejileri kazanmasını engelleyerek şiddete maruz kalma ihtimalini artırıyor olabileceğini ifade etmişlerdir. Şiddet konusunda yaptıkları çalışmalar sonucunda Finkelhor ve Asdigian (1996) mağduriyete yatkınlık (victimization vulnerability) kavramını geliştirmişlerdir. Bu kavrama göre bazı insanlar şiddet mağduru olmaya karşı daha korunmasızdır. Bu kavramı yakın ilişki şiddeti özelinde ele alan araştırmacılar ise çocukluk çağı olumsuz deneyimlerine maruz kalan çocukların sevilmezlik ve değersizlik inançları geliştirebileceğini, bu nedenle de mağduriyete yatkınlıklarının daha yüksek olabileceğini ileri sürmüşlerdir (Cascardi, 2016).

Bu bilgiler ışığında konu hakkında başvurulmuş psikolojik kuramlarda da değinildiği üzere çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak meta analiz çalışmaları çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin ilerleyen yaşlardaki etkilerinin yalnızca yakın ilişki şiddeti ile sınırlı olmadığına işaret etmektedir (Hughes ve ark., 2017). Söz konusu çalışmaya göre çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile sağlık sorunları arasında uzun vadeli ilişkiler gözlenmektedir. Dolayısıyla

devam eden bölümde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti ile ilişkili bir diğer değişken olan sağlık kavramından bahsedilmektedir.

1.3.Sağlık

Bu bölümde ilk olarak sağlık kavramının tanımı ve tarihçesinden bahsedilmekte, devamında sağlık, yakın ilişki şiddeti ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri arasındaki ilişkiler biyopsikososyal model perspektifinden ele alınmaktadır.

1.3.1.Sağlık

DSÖ'ye (1948) göre sağlık bir hastalığın yokluğundan ibaret olmayıp fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyilik halini ifade etmektedir. Tanım sağlığın fiziksel veya zihinsel bir sorunun yokluğuna indirgenemeyeceğini ve zihinsel ve sosyal iyiliğin de fiziksel iyilikle eşit derecede sağlıkla ilişkili olduğunu vurgulaması açısından önemlidir.

Sadock'a göre (2000), batılı tıp tarihi, kurucusu kabul edilen Hipokrat'ın "İnsan vücudunu tedavi etmek için, onunla ilgili her şeyi bilmek gerekir." sözüyle sağlığın çok yönlülüğüne yaptığı vurguyla başlamıştır (Sadock ve ark., 2000, s.5557). Ancak ilerleyen çağlarda sağlığı ele alırken zihin ve bedenin birbirinden bağımsız olduğunu ileri süren düalist düşünce güç kazanmıştır (Descartes, 1984). Patojenlerin keşfedilip penisilinin ölüm oranlarında ciddi bir azalma sağlaması ile birlikte hastalıkların yalnızca patojenlerden ve yapısal bozukluklardan kaynaklandığı düşünölmeye başlamıştır (Foster, 2014). Tıp tarihinde önemli olan bu gelişmeler sonrası hastalık patojenlerin varlığı ekseninde tanımlanmaya başlamış, psikolojik sağlığın fiziksel sağlıktan bağımsız olduğu düşüncesi yaygınlaşmış, bu durumvesağlığı tesis etmek için patojenlerin ortadan kaldırılmasının yeterli olduğu düşüncesine dayanan biyomedikal modelin güç kazanmasına ortam hazırlamıştır (Porter & Crosby, 1998).

Biyomedikal modelin baskınlığıyla uzun yıllar geri planda kalan fiziksel ve psikolojik sağlık arasındaki bütünsellik 19. yüzyılın başlarında psikosomatik teriminin ortaya çıkmasıyla

birlikte yeniden ön plana çıkmıştır (Steinberg ve ark., 2013). İlerleyen yıllarda fiziksel ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar devam etmiş ve 20. yüzyılın başında Freud içsel çatışmaların zihinsel ve fiziksel sorunlara neden olduğunu ileri sürmüştür (Sadock ve ark., 2000). Freud'un çalışmaları yöntemsel olarak eleştirilse de fiziksel ve zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin tartışma konusu olmasının önünü açmıştır (Sadock ve ark., 2000). Freud'un çalışmalarını kişilik tipleri ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen kişilik psikolojisi çalışmaları (Friedman & Rosenman, 1959) ve hormonlar ve duygular arasındaki ilişkiyi inceleyen davranışsal çalışmalar (Selye, 1950; Wolf, 1950) takip etmiştir.

Sözü edilen dönemde psikolojik stresin sağlık sorunlarına yol açabileceğini gösteren başka çalışmalar da yapılmıştır. Örneğin Hans Selye (1950) adrenokortikal aksın strese verdiği tepkiyi gözlemlemiş ve vücudun zamanla strese adapte olduğunu ve bu durumun romatoid artrit ve peptik ülser gibi çeşitli fiziksel hastalıklara neden olduğunu ileri sürmüştür (Selye, 1946, 1951). Stres ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen Lazarus ve Folkman'a (1984) göre Selye'nin çalışmaları fizyolojik ve psikolojik stresin sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmaların önünü açmıştır. Araştırmacılar stresin fizyolojik incelemelerinin ötesine geçerek psikolojik süreçlerin stres metabolizmasına etkileriyle ilgili çalışmaları ile fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiye dair yeni bir bakış sunmuşlar ve stres çalışmalarında başa çıkma kavramının önemini vurgulamışlardır (Lazarus & Folkman, 1984). Transkasiyonel model olarak isimlendirilen bu bakış açısına göre yalnızca stresörler değil, organizmaya dair kişilik özellikleri, geçmiş yaşantılar, sosyal destek gibi faktörler de fizyolojik ve psikolojik stresin organizma üzerindeki etkisini anlamada önemli bir role sahiptir (Lazarus & Folkman, 1984, 1987).

Stres araştırmalarının ön plana çıkmasıyla birlikte Engel (1977) mevcut sağlık anlayışının yalnızca hastalıkların yokluğu ve patojenlerin yok edilmesine odaklı olmasının yetersiz olduğunu, kişilerin sağlığını geliştirmek için psikolojik ve sosyal faktörleri de

anlamanın gerekli olduğunu ileri sürmüştür ve önerdiği yeni sağlık modeline biyopsikososyal model ismini vermiştir (Engel, 1977).

1.3.2.Biyopsikososyal Model

Biyopsikososyal modeli öneren Engel'e (1980) göre hücreler dokuların, dokular organların ve organlar da organ sistemlerinin bir parçası olduğu gibi insanlar da içinde bulundukları toplumların bir parçasıdır ve bu sistemden bağımsız oldukları düşünülemez. Bu bakış açısına göre insanlar içinde bulundukları toplumdan, zihin de bedenden bağımsız değildir. Bu nedenle insanların organ, doku, hatta hücre seviyesinde yaşadıkları hastalıklar insanların içinde bulundukları sosyal ve psikolojik koşullardan ayrı düşünülemez (Engel, 1980).

Biyopsikososyal model bakış açısıyla yapılan çalışmalar fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı etkileşim içinde olduklarını ve sağlığın bu üç bileşenin etkileşimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Ohrnberger ve ark., 2017; Wicke ve ark., 2014). Bu bağlamda çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti gibi psikososyal sağlık sorunlarının fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

1.3.3.Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri, Yakın İlişki Şiddeti ve Sağlık Arasındaki İlişkiler

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler kısa süreli ve uzun süreli etkileri nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 2002). Yapılan çalışmalar çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin kısa ve uzun vadede sağlık üzerinde çeşitli etkileri olduğuna işaret etmektedir (Hughes ve ark., 2017; Runyan ve ark., 2002; Teicher ve ark., 2006; Wegman & Stetler, 2009). Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin sağlık üzerindeki kısa vadede etkileri arasında kemik kırıkları, morluklar, yanıklar, yabancı madde yutulması, zehirlenme en sık karşılaşılan sorunlardır (Gencer ve ark., 2006; Maguire, 2010).

Bu sorunların yanı sıra cinsel istismar türünde görülen çocuk gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar da ciddi sağlık sorunları arasındadır (Tıraş ve ark., 2009).

Çocukluk çağında olumsuz deneyimler yaşayan yetişkinlerin kısa vadede yaşadıkları sorunların yanı sıra sağlık sorunları yaşama riskinin arttığına değinen çalışmalar da bulunmaktadır (Arias, 2004). Daha önce değinilen bir meta-analiz çalışması da çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yetişkinlikteki sağlık sonuçları arasında uzun vadeli ilişkiler olduğuna dikkat çekmektedir (Hughes ve ark., 2017). Bu ilişkilerden fiziksel inaktivite, aşırı kilo ve diyabet için zayıf ya da orta; sigara kullanımı, yüksek düzeyde alkol kullanımı, kanser, kalp hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları için orta; cinsel açıdan riskli davranışlar, ruh sağlığı ve problemli alkol kullanımı için güçlü; problemli madde kullanımı için ise çok güçlü düzeyde etki hesaplanmıştır. Bir başka meta-analiz çalışmasında bu bilgiyle tutarlı şekilde çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin nörolojik hastalıklar, kas iskelet hastalıkları, solunum hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal bozukluklar ve metabolik bozukluklarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Teicher ve ark., 2006). Konuyla ilgili bir diğer meta-analiz çalışmasında sözü geçen hastalıkların yanı sıra diyabet, obezite, hipertansiyon, ülser, artrit, migren ve sigara ve alkol kullanımının da çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile ilişkili olduğuna işaret eden sonuçlara ulaşılmıştır (Norman ve ark., 2012). Ancak araştırmacılar bu hastalıkların çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile ilişkili olduğunu göstermek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ifade etmektedir.

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerle ilişkili olduğu düşünülen ve yukarıda değinilen çalışmalarda yer verilmeyen bir başka hastalık grubu da kronik ağrı hastalıklarıdır (Davis ve ark., 2005). Konuyla ilgili araştırmalara göre çocukluğunda olumsuz deneyimler yaşayan kişilerin yaşamın ilerleyen yıllarında fibromiyalji sendromu, kronik baş ağrısı ve kronik pelvik ağrısı yaşama ihtimalinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Davis ve ark., 2005; Norman ve ark., 2012). Tüm bu bilgilerle tutarlı olarak çocukluk

çağında olumsuz deneyimler yaşayan yetişkinlerin kısa ve uzun vadede yaşadıkları bu sorunların yanı sıra, böyle deneyimler yaşamayan yetişkinlere kıyasla daha fazla sağlık harcaması yaptığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Arias, 2004).

Yaşamın erken yıllarında yaşanan olumsuz deneyimler, kısa ve uzun vadede fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra kişilerin gelişim süreçleri üzerinde de etki sahibidir. Yapılan çalışmalar olumsuz deneyimler yaşayan çocukların fiziksel ve bilişsel gelişimlerinde gerilik yaşama riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Perrigo ve ark., 2018; Trickett & McBride-Chang, 1995). Bu bilgiyle uyumlu şekilde olumsuz deneyimler yaşayan çocukların beyinlerinde dil gelişimi ve yürütücü işlevlerden sorumlu bölgelerde yapısal farklılıklar olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Cowell ve ark., 2015; Glaser, 2000; Read ve ark., 2001).

Bu çalışmalarda ele alınan beyin bölgelerindeki yapısal farklılıkların çeşitli psikiyatrik bozukluklar ile de ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Teicher ve ark., 2016). Bu bilgiler ışığında çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin fiziksel hastalıkların yanı sıra psikiyatrik hastalıklarla da ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim konuyla ilgili araştırmalar erken dönem olumsuz deneyimlerinin psikolojik sağlık üzerinde kısa ve uzun vadede etkileri olduğunu göstermektedir (Amaya-Jackson, 2008; Norman ve ark., 2012). Alan yazın incelendiğinde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile dil gelişim problemleri, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), travma sonrası stres bozukluğu ve davranım bozuklukları arasında ilişki olduğuna dair tutarlı bulgular mevcuttur (Eigsti & Cicchetti, 2004; Hunt ve ark., 2017; Stern ve ark., 2018; Storr ve ark., 2007). Bu sorunların yanı sıra kötü muameleye maruz kalan çocukların ergenlikte depresyon ve intihar riskinin de daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Brown ve ark., 1999). Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin kısa vadede kendini gösterebilen bu sorunlara ek olarak yaşamın ilerleyen yıllarında ortaya çıkabilecek çeşitli psikiyatrik sorunlar

için de risk faktörü olduğu bilinmektedir (McLaughlin ve ark., 2010; Paolucci ve ark., 2001). Bu çalışmalara göre erken dönemdeki olumsuz deneyimler daha sonraki dönemlerde yaşanan depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ile ilişkilidir (Gündüz ve ark., 2018; Kraan ve ark., 2018; Schäfer & Fisher, 2011).

Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti ve sağlık arasındaki bu ilişkileri açıklamak için çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. Bu çalışmada söz konusu ilişkiyi açıklamak için geliştirilen yaklaşımlar iki grup halinde incelenmektedir. Bu yaklaşımlar bir sonraki başlıkta açıklanmaktadır.

1.3.3.1.Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri, Yakın İlişki Şiddeti ve Sağlık Arasındaki İlişkilere Dair Açıklamalar

Bu bölümde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti ve sağlık arasındaki ilişkilere dair açıklamalar iki başlık altında ele alınacaktır.

1.3.3.1.1.Şemalar ve Bilişsel Yanlılıklara Odaklanan Açıklamalar

Fisher ve arkadaşları (2012), yaşamın erken yıllarındaki olumsuz deneyimlerin kişilerin yalnızca beyin yapısını değil kendilerini ve dünyayı yorumlama şekillerini de etkilediğini ileri sürmüşlerdir. Yorumlama şekilleri üzerindeki bu etkilerin çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği düşünülmektedir. Araştırmacılara göre bu kişiler kendilerini çaresiz ve sevilemez görürken diğer insanları tehdit kaynakları olarak değerlendirmekte ve kişilerin bu yanlılıkları da paranoya semptomlarının ortaya çıkmasına ortam hazırlamaktadır (Fisher ve ark., 2012). Bu görüşle uyumlu biçimde, yapılan başka çalışmalarda da paranoya, psikotik bozukluklar, şizofreni ve kişilik bozukluklarının erken dönem olumsuz deneyimleri ile ilişkili olduğuna işaret eden sonuçlara ulaşılmıştır (Garety ve ark., 2001; Laporte & Guttman, 1996; Murphy ve ark., 2012; Van der Kolk ve ark., 1994).

Kişilerin yaşamlarının erken dönemlerindeki olumsuz deneyimleriyle oluşan bu olumsuz şema ve inançların psikiyatrik semptomlara ortam hazırlamasının yanı sıra farklı yollarla da kişileri etkilediği düşünülmektedir (Atmaca & Gençöz, 2016; Gay ve ark., 2013; Walker, 1984). Kötü muameleye maruz kalan çocuklarda kısa vadede içselleştirme (internalizing) ve dışsallaştırma (externalizing) davranışların, sosyal geri çekilmenin, agresif davranışlar ve somatik yakınmaların daha sık görüldüğünü (Moylan ve ark., 2010), uzun vadede ise daha fazla kişiler arası ilişki sorunu yaşadıkları, yakın ilişki doyumlarının daha düşük olduğu ve daha sık yakın ilişki şiddeti yaşadıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Nguyen ve ark., 2017; Paradis & Boucher, 2010; Yan & Karatzias, 2020).

Bazı araştırmacılar çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin tek boyutlu olmadığını bu nedenle farklı türlerin kişiler üzerinde farklı etkileri olabileceğine dikkat çekmiştir (Norman ve ark., 2012; Teicher ve ark., 2006; Widom ve ark., 2007; Wolfe & McGee, 1994). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmalin depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, riskli cinsel davranışlar, madde kullanımı, intihar, kardiyovasküler hastalıklar, tip-II diyabet, obezite, hipertansiyon, ülser ile (Norman ve ark., 2012); cinsel istismarın travma sonrası stres bozukluğu, intihar, gastrointestinal hastalıklar, ağrı hastalıkları ve obezite ile (Irish ve ark., 2010; Paolucci ve ark., 2001) ilişkili olduğuna işaret eden sonuçlara ulaşılmıştır. Ancak çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin tek bir türüne maruz kalan çocuk oranının az olması, genellikle birkaç istismar türünün bir arada görülmesi gibi yöntemsel sorunlar nedeniyle bu bulguların dikkatli yorumlanması gerektiği düşünülmektedir (Wolfe & McGee, 1994).

Yakın ilişki şiddetinin de çocukluk çağı olumsuz deneyimleri gibi kişilerin sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı pek çok etkisi vardır (Coker ve ark., 2002; Hurwitz ve ark., 2006). Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, DEHB (Barrios ve ark., 2015; Buitelaar ve ark., 2020), ve kronik ağrı hastalıkları (Campbell ve ark., 2002) hem çocukluk

çağı olumsuz deneyimleri hem de yakın ilişki şiddeti ile ilişkili olduğu bilinen sağlık sorunlarına örnek olarak verilebilir. Bu bağlamda çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti ve sağlık arasında karşılıklı ve çok yönlü bir etkileşim olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan çalışmalarda yaygın olarak kullanılan iki görüş vardır. Bu görüşlerden ilki çocukluk çağındaki olumsuz deneyimlerin kişiler üzerinde travmatik etki yarattığı ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yetişkinlikteki yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasında bu etkilerin aracı rolü olduğu hipotezidir (Finkelhor & Browne, 1986). Bu hipotezi destekleyen çalışmalar arasında çocukluk çağı cinsel istismarının yetişkinlikte yakın ilişki şiddetine tekrarlı şekilde maruz kalma ihtimalini yordadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hébert ve ark., 2017; Messing ve ark., 2012). Ancak çocuk koruma servisine ulaşan vakalarla yapılan bir çalışmada çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yakın ilişki şiddeti arasındaki ilişkide travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının yalnızca kız çocuklarında etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Wekerle ve ark., 2001). Bu bulgu cinsiyet ve cinsiyet rolleri gibi sosyal koşulların da bu ilişkide etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bir diğer çalışmada ise çocukluktaki duygusal istismar deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti üzerindeki yordayıcı etkisinde travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Wekerle ve ark., 2009). Çalışmalar arasındaki bu tutarsızlığın, biyopsikososyal bir bakış açısıyla, çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin biyolojik, psikolojik ve sosyal koşullara göre kişiler üzerinde farklı etkilere neden olabileceği ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda çocuklukta yaşanan istismarın yetişkinlikte yaşanabilecek psikolojik sorunlarla ilişkili olabileceğini ancak bu ilişkinin biyolojik, psikolojik ve sosyal koşullardan da bağımsız olmadığını düşündürmektedir.

Konuyla ilgili yapılan boylamsal bir çalışmada yakın ilişki şiddetinin psikiyatrik semptomlarla olan ilişkisinde çocukluk çağı duygusal istismar öyküsünün aracı role sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rich ve ark., 2005). Bir başka boylamsal çalışmada çocukluktaki olumsuz deneyimin yakın ilişkilerinde şiddet faili ve mağduru olmayı yordadığı ve bu ilişkide dışsallaştırma davranışlarının, öfkenin ve damgalamanın aracı role sahip olduğu görülmüştür (Feiring ve ark., 2013). Dışsallaştırma davranışları, öfke ve damgalama gibi psikososyal problemlerin bu ilişkide rolü olması biyopsikososyal bakış açısını desteklemektedir.

1.3.3.1.2.Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklara Odaklanan Açıklamalar

Yakın ilişki şiddeti, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiye dair ikinci bir görüş ise kişilerin yaşam tarzlarına ve alışkanlıklarına odaklanmaktadır (White & Widom, 2003). Yapılan bir çalışmada çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmanın sorunlu alkol tüketimi ile ilişkili olduğu ve alkol tüketimi sonucunda yakın ilişki şiddeti riskinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Rothman ve ark., 2011). Alkol kullanımının aynı zamanda yakın ilişki şiddeti ile de ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Fals-Stewart ve ark., 2003). Partner seçimine odaklanan başka bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan kişilerin geleneksel cinsiyet rollerine uyan partnerleri olma ihtimalinin daha yüksek olduğu ve geleneksel rollere uyan partnerlerin ilişkilerinde daha sık ve ağır şiddet uygulama ihtimali olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Herrero ve ark., 2018). Söz konusu bulgular birlikte değerlendirildiğinde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, alkol kötüye kullanımı ve yakın ilişki şiddeti arasında ilişkiler olabileceği ancak bu ilişkileri incelemek için daha fazla çalışma yapmanın gerekli olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu değişkenler arasındaki ilişkileri gelişimsel sıraya göre değerlendiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan kişilerin daha fazla olumsuz flört deneyimi yaşadığı ve olumsuz flört deneyimi

yaşamının şiddet içeren ilişkiyi sonlandırma ihtimalini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (Ulloa ve ark., 2009). Daha geniş kapsamlı boylamsal bir çalışmada yoksulluk ve ebeveynler arasında yakın ilişki şiddetinin varlığı ile çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı arasında pozitif bir ilişki olduğu ve çocukluktaki olumsuz deneyimlerin içselleştirme davranışlarını, ebeveynler arasındaki şiddetin ise dışsallaştırma davranışlarını yordadığı görülmüştür (Maas ve ark., 2010). Araştırmacılar katılımcıların geç ergenlik dönemlerindeki flört davranışlarını incelediklerinde ise çocukluktaki içselleştirme ve dışsallaştırma davranışlarının sorunlu alkol tüketimi ile ilişkili olduğunu ve sorunlu alkol tüketiminin yakın ilişki şiddetini yordadığını ancak bu bulguların yalnızca kız çocukları için anlamlı olduğunu, erkek çocukları için böyle bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Yaşam tarzıyla ilgili bazı çalışmalar ise riskli davranışlara odaklanmaktadır. Bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan çocukların ilk cinsel deneyimlerini daha küçük yaşlarda yaşadığını ve küçük yaşta ilk cinsel deneyim yaşamının ile yetişkinlikte daha yüksek fiziksel ve cinsel yakın ilişki şiddeti riski ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ihongbe & Masho, 2018). Konuyla ilgili çalışmaları birlikte inceleyen güncel bir sistematik derleme çalışmasında çocukluk çağında olumsuz deneyimler yaşayan kişilerin risk tahlili yapmakta sorun yaşadığı ifade edilmiştir (Walker & Wamser-Nanney, 2022). Çalışmada kişilerin bu sorunlar nedeniyle riskli durumlarla daha fazla karşılaştığı, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi davranışlar sonucunda kendilerini koruma becerilerini sık sık kaybettikleri ileri sürülmüştür. Çalışmaya göre çocukluk çağında olumsuz deneyimler yaşayan kişiler sosyal hayatta daha pasif roller benimsemekte, bu nedenle de şiddet davranışları karşısında eyleme geçmekte zorluk yaşamakta ve sonuç olarak yakın ilişki şiddetine daha fazla maruz kalmaktadır. Bunların yanı sıra kişilerin yaşadıkları bu zorlanmaların tamamının travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (Walker & Wamser-Nanney, 2022).

Yaşam tarzının yalnızca psikolojik sağlıkla değil fiziksel sağlıkla da yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Farhud, 2015). Beslenme, egzersiz, uyku, cinsel davranış, madde ve ilaç kötüye kullanımı ve uyku düzeni gibi yaşamın geneline yayılan ve istikrarlı olarak tekrarlanan alışkanlıkların sağlığı fiziksel ve psikolojik açıdan etkilediği düşünülmektedir (Ziglio ve ark., 2004). Yapılan çalışmalar çocuklukta olumsuz deneyimler yaşayan kişilerin uykuda aşırı uyarılmışlıkla bağlantılı sorunları daha fazla yaşadığına (Bader ve ark., 2013; Pfaff ve ark., 2021), diyet hapları kullanmak gibi riskli kilo kontrol davranışlarını daha fazla sergilediklerine (Ruiz & Font, 2020) ve alkol ve madde kötüye kullanımına daha meyilli olduklarına (Tonmyr ve ark., 2010) işaret etmektedir. Sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülen bu davranışların yakın ilişki şiddeti ile de yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Breiding ve ark., 2008; Klostermann & Fals-Stewart, 2006; Stubbs & Szoeki, 2022). Bu davranışların hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, felç, miyokard enfarktüsü, anjina, osteoartrit, osteoporoz, astım, alerjik rinit, atopik dermatit, katarakt gibi fiziksel sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu da bilinmektedir (Fisher ve ark., 2017; Jeffery ve ark., 1991; Jeon ve ark., 2020; Min & Cho, 2018). Biyopsikososyal modelle uyumlu biçimde bu sorunların sosyal destek, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, evlilik durumu gibi sosyal faktörlerle de ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Fisher ve ark., 2017; Jeffery ve ark., 1991; Umberson, 1992).

Bu çalışmalarda adı geçen uyku, alkol ve madde kötüye kullanımı, içselleştirme ve dışsallaştırma davranışları gibi davranışlar başa çıkma davranışları olarak da değerlendirilmektedir (Glanz & Schwartz, 2008; Krueger & Chang, 2008). Bu nedenle çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti ve sağlık arasındaki ilişkiler değerlendirilirken başa çıkma kavramının dikkate alınmasının ve transaksiyonel modele uygun bir bakış açısının benimsenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Söz konusu

değişkenler arasındaki ilişkide başa çıkma kavramının rolü bir sonraki başlıkta daha ayrıntılı şekilde ele alınmıştır.

1.4.Başa Çıkma

Bu bölümde öncelikle başa çıkma kavramının tanımı, kuramsal yaklaşımlar ve psikolojik sağlık, yakın ilişki şiddeti ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile ilişkisi ele alınmaktadır.

1.4.1.Başa Çıkma Tanımı

Başa çıkma kavramı farklı disiplinler ve araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bu bölümde başa çıkma kavramı Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen transaksyonel model çerçevesinde ele alınmaktadır. Transaksyonel modele göre başa çıkma, kişinin kaynaklarını aşan ya da zorlayan içsel ve dışsal talepleri yönetmek için kullanılan ve sürekli değişim halinde olan bilişsel bir çabadır (Lazarus & Folkman, 1984).

1.4.2.Başa Çıkmaya Dair Kuramsal Yaklaşımlar

Başa çıkma kavramı hakkındaki çalışmalar hayvan modelleri ve psikanalitik ego psikolojisi olmak üzere iki farklı kaynaktan beslenmektedir (Lazarus & Folkman, 1984). Hayvan modelleri hayvanların zararlı uyaranlardan kaçınmak ve hayatta kalmak için kullandığı stratejilere odaklanmaktadır (Ursin, 1980). Bu yaklaşım Lazarus ve Folkman (1984) tarafından fizyolojik süreçlere fazla vurgu yaptığı, bilişsel ve duygusal süreçleri yeterince dikkate almadığı için eleştirilmektedir. Lazarus ve Folkman'a göre (1984) başa çıkma kavramını açıklamak için yaygın olarak başvurulmuş bir diğer yaklaşım ise psikanalitik ego psikolojisi yaklaşımıdır. Kuramcıların Vailant'tan aktardığına göre psikanalitik ego psikolojisi yaklaşımında başa çıkma kavramı hayvan modellerinden farklı olarak kişi-çevre etkileşimine odaklanmaktadır ancak bu yaklaşımda başa çıkma yöntemleri arasında hiyerarşik bir ilişki tanımlanmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984). Bu iki kuramsal yaklaşım alan yazında

sıkça başvurulmasına ve başa çıkma kavramını incelemek için geliştirilen ölçüm araçlarını da etkilemiş olmasına rağmen çeşitli açılardan eleştirilmektedir. Lazarus ve Folkman (1984), başa çıkma kavramının geleneksel açıklamalarına dair eleştirilerini dört başlık altında ele almaktadır: başa çıkmayı bir kişilik özelliği gibi kalıcı bir özellik olarak kavramsallaştırmaları, başa çıkmayı öğrenilmiş otomatik adaptif davranışlardan (automatized adaptive behavior) ayırt etmemeleri, başa çıkma stillerini sonuçlarına göre hiyerarşik bir sıralamayla sunmaları ve başa çıkmayı çevre üzerinde kontrol sahibi olmak ile benzer anlamda kullanmaları. Yazarlar, geleneksel modellere yönelttikleri bu eleştiriler sonucunda transaksyonel modeli geliştirmişlerdir (Lazarus & Folkman, 1987). Transaksyonel modele göre başa çıkma, stres ve bilişsel değerlendirme süreçleri ile karşılıklı etkileşim halinde olan, bu nedenle kişisel ve çevresel faktörlerin önemli rol oynadığı bir süreçtir (Lazarus & Folkman, 1984).

1.4.3. Psikolojik Sağlık, Yakın İlişki Şiddeti ve Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimlerinin Başa Çıkma ile İlişkisi

Biyopsikososyal modele göre sağlık yalnızca patojenlerin varlığı ile açıklanamaz, patojenlerin organizma ile etkileşimi sağlık sorunlarının ortaya çıkıp çıkmaması üzerinde belirleyici role sahiptir (Engel, 1980). Lazarus ve Folkman (1984) geliştirdikleri transaksyonel model ile bu bakış açısını stres ve sağlık arasındaki ilişkiye uyarlamıştır. Modele göre kişilerin maruz kaldıkları stres verici olaylar psikolojik sağlık ile ilişkilidir ancak bu ilişki doğrudan ve nedensel bir ilişkiden ziyade kişisel ve çevresel faktörlerin de önemli rol oynadığı karmaşık ve transaksyonel bir ilişkidir. Kişilerin sahip oldukları kaynaklar gibi çevresel değişkenler ve kişilik özellikleri, bilişsel ve duygusal yatkınlıklar gibi kişisel değişkenlerden etkilenen başa çıkma çabaları, stresörler ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkide biçimlendirici bir role sahiptir (Lazarus & Folkman, 1984).

Konuyla ilgili yapılan bir meta analiz çalışması problem odaklı başa çıkma stratejilerinin daha olumlu psikolojik sağlık sonuçları ile, duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin ise daha olumsuz psikolojik sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Penley ve ark., 2002). Araştırmaya göre kullanılan başa çıkma stratejisinin psikolojik sağlık üzerindeki etkileri stresörlerin çeşitli nitelikleri tarafından biçimlendirilmektedir. Araştırmada etkileri test edilen nitelikler arasında stresörün süresi (akut veya kronik), kontrol edilebilir olup olmaması ve türü (sağlıkla ilgili, yakın ilişkiler ile ilgili, iş ile ilgili) bulunmaktadır. Çalışmada bu üç niteliğin stresör ve sağlık arasındaki ilişkide biçimlendirici role sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka deyişle yaşanan stresin yakın ilişki ile ilgili olması kullanılan strateji ve psikolojik sağlık sonuçları arasındaki ilişkide biçimlendirici role sahiptir. Bu bulgu yakın ilişki şiddeti alanında yapılan başka çalışmalar tarafından da desteklenmektedir. Örneğin duygu odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık kullanan şiddet mağduru kadınların daha şiddetli travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Arias & Pape, 1999; Lilly & Graham-Bermann, 2010). Yapılan başka bir çalışmada kaçınma (avoidance) başa çıkma stratejisini daha sık kullanan şiddet mağduru kadınların daha düşük özsaygı, daha şiddetli depresif semptomlar ve daha şiddetli travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşadığı gözlemlenmiştir (Rizo ve ark., 2017). Benzer şekilde uzaklaşma (disengaged) ve pasif başa çıkma stratejilerinin daha fazla kullanılmasının da daha olumsuz psikolojik sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Flicker ve ark., 2012; Kemp ve ark., 1995; Taft ve ark., 2007). Dünya genelinde yapılmış olan 181 çalışmayı kapsayan güncel bir meta analiz çalışması şiddet mağduriyetinin yanı sıra şiddet failliğinin de olumsuz sağlık sonuçlarıyla yakından ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Spencer ve ark., 2024).

Söz konusu çalışmalara daha yakından bakıldığında şiddetin sıklığı, tehdidin büyüklüğü, sosyal destek kaynakları gibi çeşitli değişkenlerin bu ilişkilerde önemli roller

oynadığı görülmektedir. Örneğin travmaya bağlı suçluluk ve maruz kalınan şiddetin sıklığı arttıkça psikolojik sağlık sorunlarının görülme ihtimalinin arttığını ve daha fazla kaçınan başa çıkma stratejisi kullanıldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Lee ve ark., 2007; Street ve ark., 2005). Bir başka çalışmada problem odaklı başa çıkma stratejilerini daha sık kullanmak daha olumsuz psikolojik sağlık sonuçları ile ilişkili bulunurken bu ilişkinin yalnızca çevresi tarafından ilişkiyi sürdürmesi telkin edilen kadınlar için geçerli olduğu görülmüştür (Kocot & Goodman, 2003). Konuyla ilgili 48 araştırmanın birlikte incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında aktif ve yaklaşma (engaged) başa çıkma stratejilerinin daha olumlu psikolojik sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu görülmüştür (Rizo ve ark., 2017). Ancak söz konusu çalışmada aktif ve yaklaşma başa çıkma stratejilerinin daha fazla çevresel desteğe sahip olan, daha fazla sosyal sermayeye sahip olan ve resmî kurumlara yaptıkları başvurulara olumlu cevaplar alan kadınlar tarafından daha fazla kullanıldığı; kaçınan ve uzaklaşma başa çıkma stratejilerinin ise tehdit ve sindirmeye maruz kalan, daha fazla şiddete maruz kalan, daha az destek kaynağı olan, ve kişisel ve sosyal sermayesi daha az olan kadınlar tarafından daha fazla kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları birlikte incelendiğinde psikolojik sağlık sonuçlarının tercih edilen başa çıkma stratejilerinin yanı sıra kişinin sahip olduğu kaynaklarla ve çevresel değişkenlerle de ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bulguların başa çıkma ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkilerin karmaşık bir doğaya sahip olduğu yönündeki görüşü desteklediği düşünülmektedir.

Yakın ilişki şiddeti, başa çıkma ve sağlık arasında şimdiye değin belirtilen çalışmalar sağlığı sonuç değişkeni olarak ele almaktadır. Bu görüşe alternatif bir bakış açısında ise şiddet mağduriyeti ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkide psikolojik sağlığın rolü incelenmektedir. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan kadınların psikolojik sıkıntı (distress) düzeyi arttıkça işlevsel olmayan başa çıkma yollarının (madde kullanımı, davranışsal disengagement, inkâr (denial), kendini suçlama (self blame) vb.)

kullanımının arttığı gözlenmiştir (Clements ve ark., 2004). Bu bulguyu destekler nitelikteki bir başka çalışmada ise disfori, depresyon ve umutsuzluk testlerinden daha düşük skorlar alan şiddet mağduru kadınların problem çözme ve sosyal destek arama gibi başa çıkma yollarını daha fazla kullandığına işaret eden sonuçlara ulaşılmıştır (Fowler & Hill, 2004). Sonuç olarak başa çıkma stratejilerinin yalnızca şiddet mağduriyetinden değil, kişilerin farklı kaynaklardan yaşadıkları zorlanmalardan da etkileniyor olabileceği düşünülmektedir.

Şiddet mağduru kadınların yaygın olarak deneyimlediği yönünde tutarlı bulgular elde edilen bir diğer zorlanma ise çocukluk çağı olumsuz deneyimleridir (Fry ve ark., 2012; Gay ve ark., 2013; Widom ve ark., 2007). Bu bağlamda yapılan bir çalışmada çocuklukta olumsuz deneyimler yaşamamanın şiddet mağduru kadınların intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaslow ve ark., 2002). Yanı sıra şiddet mağduru kadınların uzaklaşma başa çıkma stratejilerini kullanması ve çocukluğunda olumsuz deneyimler yaşamış olmasının daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu yaşama ihtimaliyle ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Kemp ve ark., 1995; Krause ve ark., 2008). Street ve arkadaşları (2005) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise değişkenler arasındaki ilişkilere dair daha incelikli sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmaya göre şiddet mağduru kadınlar için çocukluk çağı olumsuz deneyimleri yaşamış olmak şiddete bağlı suçluluk ile, şiddete bağlı suçluluk ise kaçınan başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile doğrudan ilişkilidir. Bunun yanı sıra şiddete bağlı suçluluk, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarıyla hem doğrudan hem de kaçınan başa çıkma stratejileri aracılığıyla ilişki içindedir. Bu bulguların çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin madde kullanımı, uzaklaşma ve kaçınan başa çıkma stratejilerinin daha yoğun kullanımı, yaklaşma başa çıkma stratejilerinin daha az kullanımı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar ile birbirini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir (Hyman ve ark., 2007; Perlman ve ark., 2016).

Osofky ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada çocukluğunda olumsuz olaylar yaşamış kişilerin duygularını tanımlama, ayırt etme ve düzenlemede zorluklar yaşadığı ve sosyal becerilerini geliştirmelerine olanak sağlayacak sosyal ilişkiler kuramadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Güncel ve kapsamlı bir meta analiz çalışmasında duygu düzenlemekle ilgili bu zorlanmaların yakın ilişki şiddeti failliğini de yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Maloney ve ark., 2023). Bu bulgular erken yaşlarda yaşanan stresli olayların kişilerin duygu düzenleme becerilerini etkilediğini gösteren çalışmalarla da desteklenmektedir (Browne & Finkelhor, 1986; Dvir ve ark., 2014). Çocukluk çağı olumsuz deneyimleriyle ilişkili olduğu görülen duygu düzenleme güçlüklerinin aynı zamanda alkol ve madde kötüye kullanımı, çözülme (dissociation), inkâr, uzaklaşma gibi işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin daha sık kullanımı ile ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Johnson & Lynch, 2013). Söz konusu işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin ve duygu düzenleme güçlüklerinin yakın ilişki şiddeti ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile birlikte bazı psikopatolojilerle de sık bir arada görüldüğü bilinmektedir (Moritz ve ark., 2016). Örneğin Wymbs ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (2017), çocukluk çağında olumsuz deneyimler yaşayan kişilerin yakın ilişki şiddeti deneyimleri yaşama ihtimallerinin daha yüksek olmasının yanında DEHB ve alkol ve madde kötüye kullanımı gibi sorunların da yakın ilişki şiddeti için risk oluşturduğuna işaret eden sonuçlara ulaşılmıştır. Yakın ilişki şiddeti ve çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin, DEHB'nin yanı sıra depresyon (Hori ve ark., 2014; Mahmoud ve ark., 2012), anksiyete (Mahmoud ve ark., 2012), travma sonrası stres bozukluğu (Rodriguez ve ark., 1998) ve çözülme (Chu & Dill, 1990) ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. Moritz ve arkadaşları (2016), konuyla ilgili yaptıkları çalışmada söz konusu psikolojik sağlık sorunlarıyla ilişkili semptomların farklı çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğü veya işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri olarak isimlendirildiğine dikkat çekmektedir. Konuya ilişkin farklı bir bakış açısında ise bu tür semptomlar ve kişilerarası agresyon, çocukluk çağı olumsuz

deneyimleri sonucu gelişen uyumsuz şemalar tarafından tetiklenen davranışlar olarak kavramsallaştırılmaktadır (Cloitre ve ark., 1997). Bu davranışların uyumsuz şemaların neden olduğu stresle başa çıkma davranışları olarak kavramsallaştırılabileceği düşünülmektedir.

Yakın ilişki şiddeti ve çocukluk çağı olumsuz deneyimlerine ilişkin alan yazında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi sorunlara dair önemli oranda çalışma bulunurken DEHB semptomlarının konuyla ilişkisine dair yeterince çalışma bulunmadığı dikkat çekmektedir (Wymbs, Walther, ve ark., 2017). Wymbs ve arkadaşları (2017) alan yazındaki bu eksikliği gidermek amacıyla yaptıkları çalışmalarda alkol ve madde kötüye kullanımı, sosyal beceri eksikliği gibi ilişkili sorunların yanı sıra DEHB semptomlarının yakın ilişkilerde psikolojik şiddete maruz kalma konusunda risk oluşturduğuna işaret eden sonuçlara ulaşmışlardır. DEHB'nin yakın ilişki şiddeti, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik sağlık sorunları ile ilişkisi bir sonraki başlıkta daha ayrıntılı şekilde ele alınmaktadır.

1.5.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Bu bölümde öncelikle DEHB tanıtılmakta, devamında ise DEHB'lilerin yaşadıkları biyopsikososyal zorlanmalar ve bu zorlanmaların başa çıkma kavramı ile ilişkisi ele alınmaktadır.

1.5.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

DEHB, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize olan, belirtileri çocuklukta görülmeye başlanan ve yetişkinlikte de devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Yapılan tanımlamada dikkat çekildiği üzere belirtilerinin çocuklukta başlıyor olması ve yetişkinlikte biçim değiştirmeleri nedeniyle uzun yıllar bir çocukluk çağı sorunu olarak görülmüştür ancak günümüzde yetişkinlikte de yaşamı etkilemeye devam ettiği kabul gören bir durumdur (Faraone ve ark., 2006). DEHB semptomları dikkatsizlik ve hiperaktivite ve dürtüsellik olmak

üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Mevcut tanılama sistemlerinde yaygın olarak bu semptom gruplarından sık görülen semptomlara göre oluşturulmuş üç farklı DEHB profili dikkate alınmaktadır (APA, 2013). Bu üç profil dikkatsizliğin ön planda olduğu, hiperaktivitenin ön planda olduğu ve karma tip olarak listelenebilir. Hiperaktivitenin ön planda olduğu DEHB profili erkeklerde ve çocuklarda daha fazla görülürken, kız çocukları ve yetişkinlerde dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB'nin daha yaygın bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (De Rossi ve ark., 2022). Araştırmacılar hiperaktiviteyle ilişkili semptomların dışarıdan gözlenmesi daha kolay olduğu için dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB'yi tespit etmenin daha zor olduğunu, bu nedenle tanılanmama ya da yanlış tanılanma ihtimalinin daha yüksek olduğu konusunda görüş birliğindedir (NICE, 2009).

1.5.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı

DEHB'nin dünya genelinde en yaygın nörogelişimsel sorunlardan biri olduğu düşünülmektedir (NICE, 2009) Bu bağlamda gerçekleştirilen kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında DEHB'nin dünya genelinde yaygınlığı %5.9 olarak tespit edilmiştir ancak bu çalışma kapsamındaki verilerin önemli kısmının çocuklardan elde edildiği, yetişkinler arasındaki yaygınlığının daha düşük olduğu düşünülmektedir (Polanczyk ve ark., 2007). Bu bağlamda yalnızca yetişkinlerle yapılan çalışmaların incelendiği güncel bir meta-analiz çalışmasında yetişkinlerin %2.6'sının çocuklukta tanı aldığı ve halihazırda DEHB ile ilişkili zorlanmalarının devam ettiği, semptomatik taramalarda ise yetişkinlerin %6.8'inin DEHB tanı kriterlerini karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır (Song ve ark., 2021).

Yapılan bir başka meta-analiz çalışmasında ise cinsiyetler arasındaki yaygınlık farklılığına dikkat çekilmektedir. Söz konusu çalışmada dünya genelinde 588 çalışmayı kapsayan meta-analiz çalışmaları gözden geçirilmiş ve DEHB'nin erkekler arasında kadınlara kıyasla iki kat daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Ayano ve ark., 2023). Ancak DEHB'nin yaygınlığı konusundaki yaş ve cinsiyete bağlı farklılıklara şüpheyle yaklaşılması

gerektiğini savunan araştırmacılar da bulunmaktadır (Biederman ve ark., 2010; Faraone ve ark., 2003). Örneğin Biederman (2010) yaptığı boylamsal çalışmada yetişkinler arasındaki DEHB yaygınlığını belirlemek için üç farklı yaygınlık kriteri belirlemiş ve bu kriterler sonucu ulaşılan oranlar arasındaki ciddi farklılıklara dikkat çekmiştir. Araştırmacı, çocuklukta tanılanma için gerekli olan minimum yedi semptomun karşılanması kriterini baz alarak sendromatik iyileşme kavramını, yetişkinlikte tanı almak için gerekli olan minimum beş semptomun karşılanması kriterini baz alarak semptomatik iyileşme kavramını ve DEHB ile ilişkili zorlanma yaşamama kriterini baz alarak fonksiyonel iyileşme kavramını geliştirmiştir. Sözü edilen çalışmada Biederman, sendromatik iyileşme oranının %60'ın üzerinde olduğu sonucuna ulaşırken semptomatik iyileşmenin %20-25 arasında kaldığını, fonksiyonel iyileşmenin ise yalnızca %10 olduğunu gösteren sonuçlara ulaşmıştır. Bu bulguların yetişkinlikte DEHB tanılanması için belirlenen kriterlerin tartışılması için önemli olduğu düşünülmektedir.

Sözü edilen araştırmanın yaygınlıkla ilgili dikkat çektiği bir diğer husus ise semptom profilleri arasındaki yaygınlık farkıdır. Çalışmada katılımcıların hiperaktivite ve dürtüsellik grubundaki semptomlarının büyük oranda yatıştığı görülürken dikkatsizlikle ilişkili semptomların yaşam boyu sürme ihtimalinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Biederman ve ark., 2010). Bu bulgu yetişkin DEHB'si alanında yapılan diğer çalışmalarla da desteklenmektedir (McCarthy ve ark., 2009; Wender ve ark., 2001). Avrupa Yetişkin DEHB Ağı da 2003-2010 yılları arasında düzenlediği konferanslar sonucu yayınladığı metinde DEHB'nin yaş gruplarına göre farklı şekillerde kendini gösterebileceği konusunda görüş birliğine ulaşıldığını belirtmiştir (Kooij ve ark., 2010). Metinde çocuklar ve yetişkinler arasındaki bu farklılığın yanı sıra cinsiyetler arasındaki farklılıklara da dikkat çekilmektedir. Buna göre çocuklukta erkekler kadınlara kıyasla 2-3 kat daha fazla tanılanırken erişkinlikte oranlar arasındaki bu farkın kapandığı, ve hatta kadınların erişkinlikte tanı alma ihtimalinin

daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara işaret edilmektedir (Arnold, 1996; Biederman ve ark., 2002). Araştırmacılar yaşa bağlı yaygınlık farklılıkları gibi cinsiyetler arası yaygınlığın zaman içindeki değişiminin de DEHB profilinin zaman içindeki değişimi nedeniyle olduğunu düşünmektedir (Kooij ve ark., 2010). Nitekim kız çocuklarının dikkatsizlikle ilişkili semptomları daha fazla yaşadığı, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarını erkeklere kıyasla daha az yaşadığı ve bu nedenle depresyon ve anksiyete gibi tanılarla yanlış tanılanma ihtimalinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Newcorn ve ark., 2001; Pescosolido ve ark., 2008; Quinn & Madhoo, 2014). Bu bulgular DEHB ile ilgili çalışmalarda DEHB profil tespitinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

1.5.3.Eş Tanılar ve İlişkili Sorunlar

DEHB, temel olarak yürütücü işlevlerde bozulmalarla ilişkili bir nörogelişimsel sorun olarak görülmektedir (Brown, 2006). Buna bağlı olarak dikkati yönetme, görevleri organize etme, planlama yapma, işleri önemine göre önceliklendirebilme, görevleri sürdürme, duyguları düzenleme, kendini gözlemleme, dürtüleri kontrol etme, zaman yönetimi gibi konularda DEHB'liler, DEHB'li olmayanlara kıyasla daha fazla zorlanma yaşamaktadır (Brown, 2006). Sözü edilen bu zorlanmaların kişinin hayatının her anında kendini gösterebilecek sorunlara neden olabilecek nitelikte olduğu düşünülmektedir.

DEHB'lilerin yaşadıkları zorlukların tezahürlerinin zaman içindeki değişebildiği de dikkate alınmalıdır. Bu değişimleri inceleyen boylamsal araştırmalarda, söz konusu yürütücü işlev sorunlarının çocukluk ve ergenlik yıllarında akademik sorunlarla kendini gösterirken, yaşamın ilerleyen yıllarında istihdam sorunlarıyla kişiyi etkilediği görülmektedir (Barkley & Gordon, 2002; Biederman ve ark., 1993; Wilens, 2007). Bu çalışmalara göre DEHB'li yetişkinler profesyonel işlerde daha az istihdam edilmekte, daha düşük ücretli işlerde daha fazla çalışmakta, daha sık işten kovulmakta ve daha sık ödeyemeyeceği derecede

borçlanmaktadır. Kariyer ve finans konularında yaşanan bu zorlanmaların kişilerin hayatlarında ve ilişkilerinde stres faktörü olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

DEHB'liler yaşadıkları akademik, finansal ve mesleki sorunlara ek olarak sosyal ilişkiler konusunda da zorlanmalar yaşamaktadır (Antshel ve ark., 2009; Eakin ve ark., 2004; Minde ve ark., 2003; Murphy & Barkley, 1996). Antshel ve arkadaşları (2009) bu bağlamda yaptıkları çalışmada DEHB'li yetişkinlerin yaşam doyumlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşmış ve yaşam doyumundaki bu sorunun aile ile ilişkileri sürdürmekte güçlük, yakın ilişkilerden kaçınma ve diğerlerinin yanında kendini rahat hissedememe ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yapılan başka çalışmalar DEHB'lilerin yakın ilişkilerinde daha sık sorun yaşadığı, daha fazla ayrılık ve boşanma deneyimlediği ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinde daha fazla yetersizlik hissi yaşadığına işaret etmektedir (Eakin ve ark., 2004; Minde ve ark., 2003; Murphy & Barkley, 1996). DEHB'lilerin yaşadıkları yakın ilişki sorunları ile ilgili yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir. Örneğin Bruner ve arkadaşları (2015), yaptıkları çalışmada DEHB'li üniversite öğrencilerinin ilişki doyumlarının DEHB'li olmayanlara kıyasla daha düşük olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde DEHB'lilerin partnerlerinin de ilişki doyumlarının düşük olduğuna (Bodalski ve ark., 2019a; Eakin ve ark., 2004), DEHB'lilerin ebeveynlik becerilerinin partnerleri tarafından yetersiz olarak değerlendirildiğine (Wymbs & Molina, 2015) işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır.

DEHB'lilerin bu zorlanmaların dışı dönük etkilerini akranlar ve otorite ile uyumsuzluk ve akademik başarısızlıkla birlikte görmek daha kolay olsa da kişilerin yaşadıkları içe dönük sorunların özellikle çocuklukta tam olarak anlaşılamadığı düşünülmektedir (Young & Bramham, 2012). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir. Örneğin İran'da 29,710 çocukla yapılan bir tarama çalışmasında DEHB'li çocukların %38'inin yaygın anksiyete bozukluğu, %31'inin davranım bozukluğu, %26'sının karşıt olma karşıt gelme bozukluğu yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Mohammadi ve ark.,

2021). Aynı çalışmada DEHB’li çocukların bu sorunların yanı sıra daha düşük oranlarda olsa da özgül anksiyete bozukluğu, idrar kaçırma, duygudurum bozuklukları, depresyon, tik bozuklukları, epilepsi, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili sorunlar yaşadıkları da gösterilmiştir. DEHB’lilerin çocuklukta yaşadıkları bu psikolojik zorlanmaların deneyimlenen ilişki problemleri ile birlikte düşünülmesi gerektiği düşünülmektedir. Nitekim DEHB’lilerin çocukluklarında daha fazla akran zorbalığı ve aile içi şiddete maruz kaldığını gösteren çalışmalar da bu deneyimlerin psikolojik sağlık üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkilerine dikkat çekmektedir (Chou ve ark., 2018; Sanderud ve ark., 2016; Unnever & Cornell, 2003).

Sözü edilen çalışmalar DEHB’lilerin hem çocuklukta hem yetişkinlikle travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, antisosyal kişilik bozukluğu, uyku bozuklukları ve bağımlılıkla ilişkili bozuklukları yaşama ihtimallerinin genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla da desteklenmektedir (Barkley & Gordon, 2002; Kooij ve ark., 2001; Ohlmeier ve ark., 2007). Alan yazın incelendiğinde DEHB’lilerin yaşadıkları sorunlar arasında bağımlılıkla ilgili sorunların özellikle dikkat çektiği görülmektedir.

DEHB’nin neden olduğu psikososyal zorlanmalarla ilgili çalışmalar yapan Young (2005), DEHB’lilerin bağımlılık riskinin daha yüksek olmasını risk alma, uyarılma arayışı ve yatışma ihtiyacı gibi DEHB ile doğrudan ilişkili nedenlerle açıklanabileceğini ancak daha derinlikli bir anlayış kazanmak için bu kişilerin çocukluklarından itibaren yaşadıkları sosyal uyumsuzluk ve başarısızlık sorunlarının da dikkate alınması gerektiğini önermektedir. Young ve arkadaşlarına göre DEHB’liler çocukluktan itibaren duygularını düzenlemekte, ilişki sürdürmekte ve akademik görevleri tamamlamakta yaşadıkları zorlanmalar neticesinde toplumun dışına itilebilmekte, bununla ilişkili olarak da suça karışma ve bağımlılığa itilme ihtimalleri artabilmektedir (Young ve ark., 2009; Young ve ark., 2015; Young & Myanthi Amarasinghe, 2010).

DEHB'liler doğrudan ve dolaylı yollarla semptomlara bağlı yaşadıkları sorunlara ek olarak damgalama ile ilişkili sorunlarla da mücadele etmektedir. DEHB'lilerin diğerleri tarafından nasıl algılandığının araştırıldığı bir çalışmada DEHB'lilerin tembel, agresif, sorunlu, unutkan, sorumsuz gibi etiketlerle sık karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır (Pescosolido ve ark., 2008). Diğerleri tarafından bu şekilde algılanmanın da DEHB'lilerin ilişkilerini olumsuz şekilde etkiliyor olabileceği düşünülmektedir.

Eş tanılar ve diğer zorlanmalar birlikte düşünüldüğünde DEHB'li yetişkinlerin genel popülasyona kıyasla kişisel sermayelerinin ve sosyal desteklerinin daha zayıf olabileceği düşünülmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar DEHB'lilerin yaşam doyumlarının daha düşük olduğunu ve daha fazla ilişkisel sorun yaşadıklarını göstermektedir (Antshel ve ark., 2009; Ben-Naim ve ark., 2017; Canu ve ark., 2014). Bu zorlanmaların yanı sıra DEHB'lilerin çocuklukta aile içi şiddete tanık olma ve maruz kalma ihtimalinin de daha yüksek olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Buitelaar ve ark., 2020; Snyder, 2015).

Yaşanan sosyal zorlanmaların yanı sıra DEHB'lilerin duygu düzenleme ve öfke kontrolü gibi sosyal ilişkileri yönetmek için anahtar rol oynadığı düşünülen becerilerde daha zayıf olduğuna işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Wender ve ark., 2001). Örneğin Barkley (2015), DEHB'lilerin yaşadıkları temel sorunların dikkatsizlik ve hiperaktiviteden ibaret olmadığını, psikososyal zorlanmaların önemli bir kısmının duygu düzenleme becerilerindeki zayıflıktan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu görüş öfke kontrolü, dürtü denetimi, duygu okuma gibi duygu düzenleme becerileri konularındaki zorlanmaların DEHB'liler arasında daha fazla görüldüğünü gösteren zengin verilere dayanmaktadır (Biederman ve ark., 2012; Corbisiero ve ark., 2013; Reimherr ve ark., 2005). Yakın zamanda yapılan ve 32, 044 kişiyi kapsayan 77 çalışmanın birlikte incelendiği bir meta-analiz çalışması da DEHB'lilerin duygu düzenleme konusunda genel popülasyona kıyasla daha fazla zorlanma yaşadığını göstermiştir (Hirsch ve ark., 2018). Sözü edilen çalışmalarda esas alınan duygu

düzenleme kavramı Gross (1998) tarafından kişilerin işlevselliklerini sürdürmek için duygularını ya da duyguları ortaya çıkaran durumları yönetmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın, Lazarus ve Folkman (1984) tarafından kişilerin kaynaklarını aştığı düşünülen çevresel ve içsel talepleri yönetmek için verilen çaba olarak tanımlandığı başa çıkma kavramı ile örtüştüğü düşünülmektedir. Bu nedenle DEHB ile ilgili alan yazında duygu düzenleme becerisi olarak değerlendirilen durum ve olayların başa çıkma olarak da kavramsallaştırılabileceği öne sürülebilir. DEHB’de görülen duygu düzenleme süreçlerinin başa çıkma ekseninde ele alınabileceğine ilişkin öne sürülen bu yaklaşım bir sonraki başlıkta daha detaylı ele alınmaktadır.

1.5.4.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Başa çıkma ile İlişkisi

DEHB’lilerin yaşadıkları zorlanmaların hayatın farklı alanlarında çeşitli şekillerde gözlemlenebiliyor olması DEHB’lilerin başa çıkma becerileri ile ilgili çalışmaların önemli olduğunu düşündürmektedir. Konuya ilişkin çalışmalarda DEHB, kişilerin yaşamında hem stresi artıran hem de stresi ve stresli durumları yönetmeyi zorlaştıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Christiansen ve ark., 2019). Bu çalışmalarda DEHB bir beceri eksikliği olarak kavramsallaştırılmakta ve daha fazla zorlanma yaşama ve zorlanmaları yönetmekte yetersizlik ile ilişkilendirilmektedir (Beheshti ve ark., 2020; Young, 2005). Bu konuda önemli çalışmalar yürüten Young (2005) DEHB’li kişilerin yürütücü işlevlerdeki bozulmalar nedeniyle planlı problem çözme becerisinde genel popülasyona kıyasla daha zayıf kaldığı sonucuna ulaşmıştır. Young (2005) bu bulguları tartışırken, DEHB’lilerin yürütücü işlevlerdeki bu bozulmalar sonucunda planlı problem çözme stratejisini daha az kullandığını ve bu nedenle karşı çıkma (confrontative) ve kaçma/kaçınma (escape-avoidance) başa çıkma stratejilerini daha yoğun kullandığını ileri sürmektedir. Söz konusu çalışmada DEHB’lilerin olayları yeniden değerlendirme başa çıkma stratejisini daha fazla kullanmasına dair bulgular

ise DEHB ile herhangi bir nedensellik ilişkisi içinde yorumlanmamış, yalnızca koruyucu etmen olarak değerlendirilmiştir.

Young tarafından açıkça ifade edilen bu bakış açısının DEHB'lilere yönelik müdahale çalışmalarında da yaygın olarak kullanıldığı ve bu çalışmaların genellikle başarılı olduğu görülmektedir (Beheshti ve ark., 2020; Hartung ve ark., 2022; Lambez ve ark., 2020). Söz konusu müdahale çalışmalarının başarısı genellikle DEHB'nin neden olduğu zorlanmaları ortadan kaldırmaya yönelik zaman yönetimi, iletişim becerileri gibi eğitimler sayesinde problem odaklı başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesiyle ilişkili bulunmaktadır. Bir başka deyişle, bu müdahale çalışmaları sonrasında DEHB semptomlarının yatıştığı gözlemlenmektedir. Alternatif bir bakış açısıyla, semptomlardaki hafifleme sonrasında bireylerin DEHB'ye bağlı stres yükünün de hafiflemiş olacağı düşünülebilir. Bu durum da başa çıkma stratejilerine duyulan ihtiyacı azaltabilir. Dolayısıyla DEHB hem stresörlerin sonucunda gözlenen patolojik bir durum hem de kendisi bir stres unsuru olarak ele alınabilir. Bu bakış açısını destekler şekilde, alan yazındaki güncel bir çalışmada DEHB semptomlarındaki gerileme ile duygu düzenleme becerilerinin ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Vacher, 2020). Dolayısıyla DEHB semptomları ve duygu düzenleme arasında birinin diğerinin öncülü olduğu tek yönlü bir ilişkidense döngüsel bir ilişkinin var olduğu öne sürülebilir.

Bu karşılıklı etkileşim transaksyonel model perspektifinden değerlendirildiğinde anlamlı görünmektedir. Örneğin kişiler problem odaklı başa çıkma stratejilerinde gelişme kaydettikçe stres tepkisi olarak nitelendirilebilecek hafıza problemleri, ertelemecilik, irritabilite, dikkatsizlik gibi semptomlarda bir yatışma gözlenebileceği düşünülmektedir. Bu semptomlardaki yatışma ise problem odaklı başa çıkma stratejilerinde öte gelişme kaydetmeye zemin hazırlayacaktır. Bir başka deyişle DEHB, yaşanan öfke patlamaları, planlama zorlukları, ertelemecilik gibi sorunların kaynağı olabilirken aynı zamanda sonucu

olarak da değerlendirilebilir. DEHB semptomları kişilerin hayatında neden oldukları spesifik zorluklar nedeniyle sorunun kaynağı olabilirken, strese verilen tepkilerin DEHB semptomlarına benzerliği nedeniyle bir sonuç değişkeni olarak da gözleniyor olabileceği düşünülmektedir.

DEHB semptomları, başa çıkma arasındaki ilişkileri inceleyen klinik çalışmalar gibi fizyolojik çalışmaların da söz konusu değişkenler arasındaki döngüsellığı bütüncül olarak ele alamadığı görülmektedir. Örneğin DEHB'lilerin stres tepkilerinin incelendiği çalışmalar da DEHB'lilerin HPA aksının strese daha duyarlı olduğuna işaret etmekte ve DEHB'yi stresörlere duyarlılık için bir risk faktörü gibi kavramsallaştırmaktadır (Bernhard ve ark., 2021; Öster ve ark., 2020; Randazzo ve ark., 2008). Ancak DEHB'lilerin yaşamın erken yıllarından itibaren daha fazla olumsuz deneyim yaşadığı (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006), DEHB'nin toplumun dezavantajlı kesimlerinde ve stresli aile ortamında yetişen çocuklarda görülme riskinin daha yüksek olduğu da (Russell ve ark., 2016; Russell ve ark., 2014) bilinmektedir. Bu nedenle, DEHB'lilerin HPA aksındaki metabolik farklılıkların DEHB nedeniyle olmayabileceği, yaşanan olumsuz deneyimlerin de HPA aksındaki metabolik farklılıkları açıklayabileceği düşünülmektedir. Nitekim alan yazın incelendiğinde HPA aksı metabolizmasının tek nedene bağlı olmadığı, olumsuz deneyimlerin daha hassas HPA aksı tepkileriyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Heim ve ark., 2008; Videlock ve ark., 2009). Tüm bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde DEHB'yi yalnızca doğuştan gelen bir nörogelişimsel bozukluk olarak görmeyip aynı zamanda çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti gibi stres yaşantılarıyla başa çıkma çabalarına eşlik eden bir tablo olarak da değerlendirmenin mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Biyopsikososyal model tıpkı transaksiyonel modelde (Lazarus & Folkman, 1984) de olduğu gibi stresörlerin ve başa çıkma çabalarının kalıcı yapılar olmadığını, bunların kişisel ve çevresel faktörlere bağlı olarak zaman içinde karşılıklı etkileşime girebilen ve yer

değiştirebilen yapılar olduğunu önermektedir (Engel, 1980). Biyopsikososyal model perspektifinden DEHB, ilişkili zorlanmalar ve başa çıkma kavramları yeniden değerlendirildiğinde DEHB'nin her zaman bir stresör ve başa çıkmanın önündeki bir engel olarak görülemeyeceği, DEHB semptomlarının içinde bulunduğu bağlamda çeşitli stresörlerle başa çıkma çabaları olarak da değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bu görüşü destekler şekilde stres ve DEHB semptomları arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalar da stres seviyesi ve DEHB semptomları arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir (Combs ve ark., 2015; Frick ve ark., 2023). Bu bakış açısıyla DEHB belirtilerinin bireylerin yaşamında bir başa çıkma işlevi olabileceği savunulabilir ve bu işlevin mekanizmasının daha iyi anlaşılmasının mümkün olabileceği düşünülmektedir. DEHB belirtilerinin bu şekilde boylamsal ve bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasının biyopsikososyal modele de daha uygun olacağı düşünülmektedir. DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, başa çıkma ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki araştırma modelinin tanıtıldığı bir sonraki başlıkta bütüncül ve daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA MODELİNİN TANITILMASI

2.1.Araştırma Modeli

Sağlık, fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1948). Biyopsikososyal modele göre de bu üç alandaki sağlık sorunları birbiriyle yakın ilişki içindedir ve kişilerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Engel, 1980). Bu bağlamda şiddet, mağdurların yaşamında yol açtığı sorunlar nedeniyle bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar yakın ilişki şiddetine maruz kalan kadınlarda depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, kronik hastalıklar gibi sağlık sorunlarının genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Breiding ve ark., 2008; Coker ve ark., 2002; Stubbs & Szoeki, 2022). Yakın ilişki şiddetine maruz kalan kadınların yaşam öykülerine odaklanan çalışmalar da şiddet mağduriyetinin yakın ilişkilerle sınırlı olmadığına, mağdurların hayatlarının başka alanlarında da şiddete maruz kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Atmaca & Gençöz, 2016; Gay ve ark., 2013). Şiddet mağduriyeti şiddet failliğini de yordamaktadır (Kelly & Johnson, 2008). Özellikle ev içinde partner olarak şiddete maruz kalmanın, çocuklukta da ebeveynler tarafından uygulanan kötü muameleye maruz kalmakla ilişkili olduğu bilinmektedir (Widom, 1989). Dolayısıyla, yakın ilişki şiddetinin hem kendi başına güncel bir stresör olup hem de çocukluk dönemindeki stresörlerden beslendiği öne sürülebilir.

Biyopsikososyal sağlık modeli perspektifinden değerlendirildiğinde, kişilerin yaşamlarındaki stresörlerin, bilişsel yetkinliklerin ve başa çıkma becerilerinin birbirleriyle karşılıklı bir etkileşim içinde olduğu söylenebilir (Engel, 1980). Bu bağlamda yakın ilişkilerinde şiddete maruz kalan kadınların mevcut ilişkilerinde yaşadıkları sorunlar ve çocukluklarında yaşadıkları olumsuz deneyimler sağlıklarını etkileyebilecek stresörler olarak

kavramsallaştırılabilir. Bu bakış açısının yakın ilişki şiddetine maruz kalan kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarını açıklamakta önemli kazanımlar sağlayabileceği düşünülmektedir. Sağlık sorunları ve stresörler arasındaki ilişkileri daha iyi anlamak için Lazarus ve Folkman (1984) tarafından bu ilişkide üçüncü bir faktör olarak işaret edilen başa çıkma kavramının da önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Sürekli karşılıklı etkileşim içinde olan stresör, başa çıkma ve sağlık sonuçları arasındaki bu ilişkinin boylamsal olarak incelenmesinin konunun anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu düşünceyle uyumlu şekilde çocukluktan itibaren gelen şiddet mağduriyeti örüntüsünün bu döngüsel ilişkide sağlık sorunlarıyla birlikte süregiden olumsuz bir tabloya dönüştüğüne işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Barrios ve ark., 2015; Bensley ve ark., 2003; McClure & Parmenter, 2020).

DEHB, şiddet mağduriyeti, başa çıkma ve sağlık sorunları arasındaki bu ilişkide özellikle risk faktörü olarak değerlendirilen faktörlerden birisidir (Wymbs, Dawson, ve ark., 2017). Yapılan çalışmalara göre DEHB’li olmak yakın ilişkilerde şiddet faili ve mağduru olmakla (Buitelaar ve ark., 2020; Overbey ve ark., 2011; Wymbs & Gidycz, 2021), çocuklukta olumsuz deneyimler yaşamakla (Ford ve ark., 2000) ve sağlık sorunları (Barkley, 2015; Schoenfelder & Kollins, 2016) ile yakından ilişkilidir. Sözü edilen çalışmaların ortak noktası çocukluktan itibaren yaşanan olumsuz deneyimlerin DEHB’liler arasında daha yaygın olarak görüldüğü ya da başka bir deyişle olumsuz deneyimler yaşayan kişilerin DEHB tanısı alma ihtimalinin daha yüksek olduğudur. Yani DEHB ve stres verici olumsuz yaşantılar arasında karşılıklı bir ilişki olduğu ancak bu ilişkinin özellikle yetişkin örneklemelerinde ne yazık ki tek yönlü şekilde ele alınma eğiliminde olduğu görülmektedir.

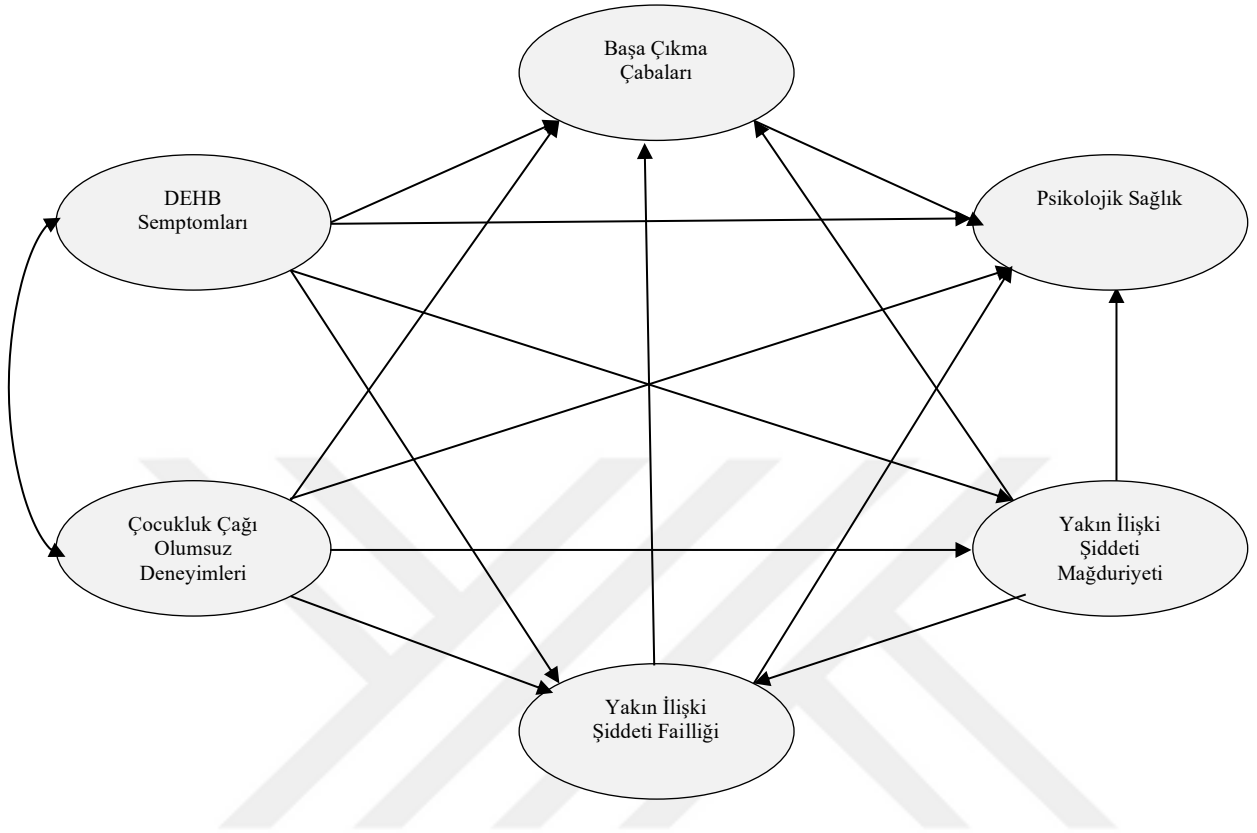
Bu bulgular göz önünde bulundurularak, bu çalışmada kadınların yaşam boyu süregelen eşik altı DEHB semptomlarının çeşitli stresörlerin etkisiyle şiddetlenebileceği ve DEHB semptomlarının stresle başa çıkmayı yorduyor olabileceği savları incelenecektir.

Yaygınlık çalışmalarındaki yaş ve cinsiyete bağlı değişimlerin de kadınların yaşadıkları stresin DEHB semptomları ile ilişkisine dair bu açıklamayı desteklediği düşünülmektedir. Yapılan yaygınlık çalışmaları da ocuklukta DEHB'nin erkeklerde daha yaygın olduğunu gösterirken yetişkinlikte DEHB tanısı alma ihtimalinin kadınlar arasında daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kooij et al, 2010). Dolayısıyla, stres ve DEHB semptomları arasındaki karşılıklı ilişkiye dair bu kavramsallaştırmanın yaygınlık çalışmalarındaki yaş ve cinsiyet etkileşimine dair bulgulara da açıklama getirebileceği düşünülmektedir. Bir başka deyişle DEHB semptomlarının kişilerin yaşamlarında yakın ilişki şiddeti, çocukluk ağı olumsuz deneyimleri ve sağlık sorunları gibi stresli yaşantılarla başa çıkma çabalarını besliyor olarak değerlendirilebileceği, ancak aynı zamanda bu sorunların ağırlaşmasına katkıda bulunan bir stresör olarak da kavramsallaştırılabileceği düşünülmektedir.

Bu bilgilerden hareketle, bu çalışmada yakın ilişki şiddeti, çocukluk ağı olumsuz deneyimleri, başa çıkma çabaları, sağlık sorunları ve DEHB arasındaki ilişkiler incelenecektir. Bu incelemelerde yetişkinlikte kadınların lehine olan DEHB yaygınlık oranları (Song ve ark., 2021), kadınların daha yüksek oranda ve derecede şiddete maruz kalması (Coker ve ark., 2002) göz önünde bulundurularak yakın ilişki şiddeti mağduru kadın örneklem ile çalışılacaktır. Ancak şiddet mağduru kadınların şiddetle karşı koymada (Miller, 2005) olduğu gibi faillik içeren eylemleri de dikkate alınarak çatışma durumlarındaki yakın ilişki şiddeti deneyimleri bütüncül olarak ele alınacaktır. Söz konusu örneklemle ele alınacak araştırma modeli şekil 2.1'de gösterilmektedir.

Şekil 2.1

Araştırma Modeli



2.2.Araştırma Hipotezleri

Yukarıda açıklanan bilgiler ve araştırma modeli ışığında bu çalışmada test edilecek hipotezler aşağıda listelenmiştir. Takip edilebileceği üzere, araştırma modelince kapsanan ve bilindiği kadarıyla alan yazında spesifik olarak çalışılmamış seri aracılık hipotezleri ise Araştırma Modeli Hipotezleri başlığında sunulmuştur. Araştırma modelince kapsanan ve alan yazında sıkça çalışılmış ilişkiler ise İlişkisel Hipotezler başlığında incelenmiş ve ilişkinin korelasyonel, temel regresif ya da aracılık ilişkisine odaklanmasına göre alt başlıklara ayrılmıştır.

2.2.1.Araştırma Modeli Hipotezleri

1. DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve yakın ilişki şiddeti failliği seri aracılık etkisine sahip olacaktır.
2. DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabaları seri aracılık etkisine sahip olacaktır.
3. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve yakın ilişki şiddeti failliği seri aracılık etkisine sahip olacaktır.
4. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabaları seri aracılık etkisine sahip olacaktır.

2.2.2.İlişkisel Hipotezler

2.2.2.1.Korelasyonel İlişkiye Odaklanan Hipotezler

1. DEHB semptomları ile çocukluk çağı olumsuz deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyonel ilişki olacaktır.

2.2.2.2.Temel Regresif İlişkiye Odaklanan İlişkisel Hipotezler

- 1.DEHB semptomları, başa çıkma çabaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
2. DEHB semptomları, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
3. DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti failliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
4. DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

5. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, başa çıkma çabaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
6. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
7. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti failliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
8. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
9. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, başa çıkma çabaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
10. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
11. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, yakın ilişki şiddeti failliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
12. Başa çıkma çabaları, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.
13. Yakın ilişki şiddeti failliği, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

2.2.2.3.Aracılık İlişisine Odaklanan İlişkisel Hipotezler

1. DEHB semptomları ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide başa çıkma çabaları aracı role sahip olacaktır.
2. DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti failliği aracı role sahip olacaktır.
3. DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti aracı role sahip olacaktır.

4. DEHB semptomları ile yakın ilişki şiddeti failliği arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti aracı role sahip olacaktır.
5. DEHB semptomları ile başa çıkma çabaları arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti aracı role sahip olacaktır.
6. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide başa çıkma çabaları aracı role sahip olacaktır.
7. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti aracı role sahip olacaktır.
8. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti failliği aracı role sahip olacaktır.
9. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yakın ilişki şiddeti failliği arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti aracı role sahip olacaktır.
10. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile başa çıkma çabaları arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti aracı role sahip olacaktır.
11. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti failliği aracı role sahip olacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma örnekleme, veri toplama araçları ve araştırmada izlenecek olan işlemler ele alınmaktadır.

3.1.Araştırma Örnekleme

Bu araştırma 18-61 yaş aralığında, son altı aydır heteroseksüel bir ilişki içinde olan 201 kadın katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 32.94 ($SS = 8.93$) ve ortalama öğrenim süreleri 14.79 ($SS = 6.25$) yıldır. Katılımcıların önemli bir kısmının ($n = 114$, %56.72) çalıştığı ve/veya kendine ait geliri olduğu ($n = 129$, %79.1) görülmüştür (Ortalama gelir = 15 551.52 TL, medyan = 8.500 TL, çeyrekler arası aralık = 20.000). Katılımcıların çoğunluğu ($n = 88$, %43.8) avukat, öğretmen, akademisyen gibi Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından oluşturulan Uluslararası Standart Meslek Sınıflama Sistemi (-ISCO) tarafından (Hoffmann & Scott, 1995) profesyonel meslek olarak tanımlanan meslek gruplarına mensuptur. Katılımcıların 43'ü kendisini öğrenci/stajyer (%21.4), 17'si ev hanımı (%8.5) olarak tanımlarken sekiz katılımcı işsiz/çalışmıyor (%4.0), iki katılımcı ise emekli (%1) olarak tanımlamıştır. Katılımcıların 37'si (%18.4) şu anda devam eden psikiyatrik bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiş, katılımcıların 22'sinin (%10.94) tedavi için ilaç kullandığı, 13'ünün (%6.5) ise psikoterapi desteği aldığı görülmüştür. Altmış dokuz (%34.3) katılımcının ise geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlık geçirdiği ve 55'inin (%27.4) ilaç kullandığı, 52'sinin (%25.9) ise psikoterapi aldığı görülmüştür.

Araştırmada katılımcıların partnerlerinin ortalama yaşı 34.79'dur ($SS = 9.64$). Partnerlerin ortalama öğrenim süresi 13.89 yıl ($SS = 6.20$) ve ortalama aylık geliri 26.181,31 TL'dir (medyan = 20.000 TL, çeyrekler arası aralık = 18.598). Partnerlerin de önemli bir

kısımının çalıştığı ($n = 156$, %77.50) görülmüştür. Çalışmayan partnerler arasında en yaygın cevapların öğrenci ($n = 16$, %8.0) ve işsiz ($n = 5$, %2.5) olduğu gözlenmiştir.

Partnerlerin çoğunluğu ($n = 85$, %42.3) avukat, öğretmen, akademisyen gibi profesyonel meslek gruplarına mensuptur. Katılımcıların partnerlerinin 28'inin (%13.9) şu anda devam eden psikiyatrik bir rahatsızlığının olduğu, partnerlerin 15'inin (%7.5) tedavi için ilaç kullandığı ve 11'inin (%5.5) psikoterapi desteği aldığı görülmüştür. Partnerlerin 30'unun (%14.9) geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlık yaşadığı ve 18'inin (%9) ilaç kullandığı 13'ünün (%6.5) psikoterapi desteği aldığı görülmüştür. Katılımcıların ve partnerlerinin demografik özellikleri ve öz bildirime dayalı psikiyatrik öykülerine ilişkin bulgular Tablo 3.1'de özetlenmiştir.

Tablo 3.1*Demografik Bilgiler*

	Katılımcı		Partner	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş	32.94	8.93	34.79	9.64
Öğrenim Süresi (yıl)	14.79	6.25	13.89	6.20
Toplam Çalışma Süresi (yıl)	6.84	7.81	11.43	21.43
Kendine Ait Gelir (TL)	15551.52	30870.69	26181.31	28138.73
Çocuk sayısı		1.01		
	Katılımcı		Partner	
	n	%	n	%
Toplam Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti	201	100	188	93.53
Psikolojik Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti	199	99.00	186	92.54
Fiziksel Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti	45	22.39	60	29.85
Cinsel Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti	88	43.78	42	20.90
Yakın İlişki Şiddeti Sonucunda Yaralanma	9	4.48	9	4.48
	Katılımcı		Partner	
	n	%	n	%
Mevcut Psikiyatrik Tanısı Olan	37	18.40	28	13.90
Mevcut Rahatsızlığın Tedavisi için İlaç Kullanan	22	10.90	15	7.50
Psikoterapiye Devam Eden	13	6.50	11	5.50
Geçmişte Psikiyatrik Tanısı Olan	69	34.3	30	14.90
Geçmişteki Rahatsızlığın Tedavisi için İlaç Kullanan	55	27.40	18	9.00
Geçmişte Psikoterapi Almış Olan	52	25.90	13	6.50
Meslek	Katılımcı		Partner	
	n	%	n	%
Profesyonel Meslek Mensupları (avukat, öğretmen, akademisyen vb.)	88	%43.8	85	%42.3
Öğrenciler, Stajyerler	43	%21.4	16	%8.0
Ev Hanımları	17	%8.5	-	-
Büro ve Müşteri Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar (müşteri temsilcisi, memur vb.)	9	%4.5	10	%5.0
İşsizler	8	%4.0	5	%2.5
Kanun Yapıcılar, Üst Düzey Yöneticiler ve Müdürler (iş yeri sahibi, siyasetçi vb.)	6	%3.0	22	%10.9
Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları (tekniker, anketör vb.)	4	%2.0	16	%8.0
Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar (temizlik görevlisi vb.)	3	%1.5	2	%1.0
Hizmet ve Satış (kasiyer, barista vb.)	2	%1.0	5	%2.5
Emekliler	2	%1.0	4	%2.0
Silahlı Kuvvetler	-	-	1	%0.5
Nitelikli Tarım Hayvancılık, Avcılık, Ormancılık ve Su Ürünü Çalışanları (çiftçi, balıkçı vb.)	-	-	2	%1.0
Sanatkarlar ve İlgili İşlerde Çalışanlar (meslek ustaları vb.)	-	-	9	%4.5

Not: Çocuk sayısına ait veriler çocuğu olduğunu belirten 49 katılımcı için hesaplanmıştır.

Tablo 3.2***Katılımcıların İlişkileri ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar***

	Ortalama	SS
<i>İlişki Süresi (ay)</i>	76.39	81.96
	<i>n</i>	%
<i>Partnerinizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?</i>		
Flört ediyoruz, ayrı yaşıyoruz.	56	27.9
Flört ediyoruz, birlikte yaşıyoruz.	14	7.0
Sözlüüz/nişanlıyız, ayrı yaşıyoruz.	15	7.5
Sözlüüz, nişanlıyız, birlikte yaşıyoruz.	3	1.5
Evliyiz, ayrı yaşıyoruz.	6	3.0
Evliyiz, birlikte yaşıyoruz.	88	43.8
<i>İlişkiye başlama biçimi</i>		
Arkadaşlık ederek	159	79.1
Görücü usulü	20	10.0
Kaçarak	3	1.5
Diğer	-	-
<i>İlişkinizin devam etmesini istiyor musunuz?</i>		
Evet, ilişkinin devam etmesini istiyorum.	144	71.6
Hayır, ilişkinin devam etmesini hiçbir şekilde istemiyorum.	16	8.0
Hayır, ancak ekonomik olarak özgür değilim, maddi olarak geçinemem.	11	5.5
Hayır ancak çocuklarım için ilişkimi/evliliğimi bitiremem.	7	3.5
Hayır ancak ayrılmış/boşanmış insana/yalnız kadına toplumun bakışı iyi değil.	2	1.0
Hayır ancak boşanırsam/ayrılırsam günahkâr olurum.	-	-
Hayır ancak ailem bu durumu asla kabul etmez.	-	-
Hayır çünkü ayrılırsam/boşanırsam partnerim/eşim bana zarar verir.	-	-
Hayır çünkü ayrılırsam/boşanırsam partnerim/eşim aileme zarar verir.	-	-
Diğer	12	6.0

Not: Diğer kategorisinde katılımcıların açıklamaları ilişki dinamikleri ile ilgilidir. Katılımcıların 19'u demografik formdaki sorulara yanıt vermemiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak amacıyla kullanılan Gözden Geçirilmiş Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği-II, Çocuklu Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği, Genel Sağlık Anketi-28 ve Demografik Bilgi Formu bu bölümde tanıtılmaktadır.

3.2.1. Gözden Geçirilmiş Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği

Yakın ilişki içinde bulunan çiftlerin çatışma yaşadıklarında nasıl çözüme ulaştıklarını değerlendirmek amacıyla Straus ve arkadaşları tarafından 1972 yılında ilk formu geliştirilmiş

ve 1996 yılında revize edilmiştir (Straus ve ark., 1996). Ölçek 12 soru uzlaşma, 16 soru psikolojik şiddet, 24 soru fiziksel şiddet, 14 soru cinsel şiddet ve 12 soru yaralanma alt ölçeğinde olmak üzere toplamda beş alt ölçek ve 78 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her soru çifti, şiddeti uygulayan ve şiddete maruz kalan kişinin perspektifinden sunulmuştur. Sekiz dereceli (0-7) likert tipinde bilgi toplayan ölçeğin dereceleri; 0: Hiç gerçekleşmedi, 1: Geçtiğimiz yıl içerisinde 1 kez gerçekleşti, 2: Geçtiğimiz yıl içerisinde 2 kez gerçekleşti, 3: Geçtiğimiz yıl içerisinde 3-5 kez gerçekleşti, 4: Geçtiğimiz yıl içerisinde 6-10 kez gerçekleşti, 5: Geçtiğimiz yıl içerisinde 11-20 kez gerçekleşti, 6: Geçtiğimiz yıl içerisinde 20'den fazla kez gerçekleşti, 7: Geçtiğimiz yıl içerisinde değil ama daha önce gerçekleşti şeklindedir. Ölçeğin orijinal formunda iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için .88, uzlaşma alt boyutu için .86, psikolojik şiddet alt boyutu için .79, fiziksel şiddet alt boyutu için .86, cinsel şiddet alt boyutu için .87, yaralanma alt boyutu için .95 olarak hesaplanmıştır (Straus ve ark., 1996). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması Aba ve Kulakaç (2016) tarafından gerçekleştirilmiş ve kapsam geçerliliği için uzmanlar arasında görüş birliği olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($W = 0.25, p > .05$). Türkçe formun iç tutarlılık katsayısını .92 olarak hesaplamıştır ve ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlık güvenirlik katsayılarının .76 ile .89 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçek alt boyutlarının test tekrar test güvenirlik katsayıları ise .97 ile 1.00 ($p < .01$) arasında değişmektedir. Bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayısı ölçek toplamı için .87'dir. Ölçeğin mağduriyet sorularını kapsayan kısmında ise güvenirlik katsayıları uzlaşma alt ölçeği için .68, psikolojik şiddet alt ölçeği için .77, fiziksel şiddet alt ölçeği için .89, cinsel şiddet alt ölçeği için .52, yaralanma alt ölçeği için ise .76 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin faillik sorularını kapsayan kısmı için güvenirlik katsayıları hesaplandığında ise uzlaşma alt ölçeği için .73, psikolojik şiddet alt ölçeği için .71, fiziksel şiddet alt ölçeği için .67, cinsel şiddet alt ölçeği için .37 ve yaralama alt ölçeği için .58 sonuçlarına ulaşılmıştır. Ölçek Ek-1'de sunulmuştur.

3.2.2.Çocukluk çağı travmaları ölçeği-33

Bernstein ve arkadaşları tarafından (Bernstein ve ark., 1998) çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formu duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar olmak üzere her alt ölçekte beşer soru olacak şekilde beş alt ölçeğe ek olarak kişilerin yaşadıkları olumsuz deneyimleri hafife almasını değerlendiren üç soruluk bir minimizasyon alt ölçeği de içermekte, toplamda 28 sorudan oluşmaktadır. Beş dereceli likert tipte hazırlanan ölçeğin dereceleri 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Kimi zaman, 4: Sık olarak, 5: Çok sık şeklindedir. Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa katsayıları duygusal istismar için .87, duygusal ihmal için .91, fiziksel istismar için .83, fiziksel ihmal için .61, cinsel istismar için .92 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe formuna ait geçerlik güvenirlik çalışması Şar ve arkadaşları (Sar ve ark., 2012) tarafından yapılmış, ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı .93, Guttman yarım test katsayısı .97 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin iki hafta ara ile uygulanan test tekrar testinde $r = .90$ ($p < .001$) sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasını takiben Şar ve arkadaşları tarafından kavramı Türkiye kültüründe daha iyi ölçümleyebilmek amacıyla beş yeni madde eklenerek *aşırı koruma/aşırı kontrol* boyutu oluşturulmuştur. Ölçeğin 33 soruluk son formu için Cronbach alfa katsayısı .87, Guttman yarım test katsayısı .69 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test tekrar test katsayıları alt ölçekler için şu şekildedir: duygusal ihmal $r = .94$ ($p = .001$), duygusal istismar $r = .95$ ($p = .001$), fiziksel ihmal $r = .92$ ($p = .001$), fiziksel istismar $r = .94$ ($p = .001$), cinsel istismar $r = .89$ ($p = .001$), aşırı koruma-aşırı kontrol $r = .91$ ($p = .001$), minimizasyon $r = .91$ ($p = .001$). Bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayısı ölçek toplam puanı için .91, fiziksel istismar alt ölçeği için .85, fiziksel ihmal alt ölçeği için .37, duygusal istismar alt ölçeği için .89, duygusal ihmal alt ölçeği için .88, cinsel istismar alt ölçeği için .92 ve aşırı koruma aşırı kontrol alt ölçeği için .85'tir. Ölçek Ek-2'de sunulmuştur.

3.2.3.Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği

DSÖ tarafından uzmanların taramalarda kullanması amacıyla geliştirilen DEHB Değerlendirme Ölçeği'nin (Kessler ve ark., 2005) Adler ve arkadaşları tarafından (Adler ve ark., 2006) kişilerin kendi semptomlarını değerlendirebilmeleri amacıyla yeniden düzenlenmiş formudur. Ölçek dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere dokuzar soruluk iki alt boyuttan oluşmaktadır. Beş dereceli likert tipinde tasarlanan ölçeğin dereceleri 0: Asla, 1: Nadiren, 2: Bazen, 3: Sık, 4: Çok sık şeklindedir. Ölçeğin orijinal formu için Cronbach alfa .89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Doğan ve ark., 2009). Dikkatsizlik alt boyutu için .82, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu için .78 olan Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tamamı için .88 olarak hesaplanmıştır. Gerçekleştirilen test tekrar test çalışmasında ölçeğin iki hafta ara ile uygulanmasından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayılarının dikkatsizlik alt ölçeği için $r = .73$ ($p < .01$), hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği için $r = .89$ ($p < .01$) ve ölçeğin tamamı için $r = .85$ ($p < .01$) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayısı ölçek toplam puanı için .89, Dikkat eksikliği alt ölçeği için .85 ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği için .81'dir. Ölçek Ek-3'te sunulmuştur.

3.2.4.Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği

Kişilerin yakın ilişkilerinde yaşadıkları zorluklarla baş ederken kullandıkları stratejileri değerlendirmek amacıyla başa çıkma alanında yaygın olarak kullanılan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) (Carver ve ark., 1989), Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri (Coping Inventory for Stressful Situations) (Endler & Parker, 1999) ve Evlilikte Başa Çıkma Envanteri (Marital Coping Inventory) (Bowman, 1990) ölçeklerinden yararlanılarak oluşturulmuştur (Pollina & Snell Jr, 1999). Beş dereceli likert tipte hazırlanan ölçeğin dereceleri şu şekildedir: 0: Hiçbir zaman, 1: Çok ender, 2: Bazen, 3: Sıklıkla, 4: Her zaman. Ölçeğin orijinal formu 6 faktör altında toplanan dörder soruluk 25 alt ölçekten

oluşmaktadır ve alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları .44 (zihinsel uzaklaşma) ile .93 (dini başa çıkma) arasındadır. Türkçeye uyarlaması Büyüksahin ve Bilecen (2007) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin Türkçe formunda 10 faktörlü bir yapı elde edilmiş ve faktörler alt ölçekler olarak kabul edilmiştir. Bu alt ölçekler ilişkiye odaklanma, olumsuz ve edilgen başa çıkma, dışsal destek arama, olumlu ve etkin başa çıkma, alkol-ilaç kullanımı, kendini destekleme, geri çekilme, inkâr/erteleme, dine tutunma ve mizahtır. Ölçeğin Türkçe formunda alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayılarının .57 (inkâr/erteleme) ile .94 (alkol/ilaç kullanımı), test tekrar test güvenirlik katsayılarının .43 (kendini destekleme) ile .95 (dine tutunma) arasında olduğu görülmüştür. Bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayısı ölçek toplamı için .88'dir. Mevcut çalışmada hesaplanan güvenirlik katsayıları alt ölçekler için şu şekildedir; ilişkiye odaklanma .78, olumsuz ve edilgen başa çıkma .92, dışsal destek arama .86, olumlu ve etkin başa çıkma .88, alkol/ilaç kullanımı .71, kendini destekleme .77, geri çekilme .84, inkâr/erteleme .75, dine tutunma .95, mizah .97'dir. Ölçek Ek-4'te sunulmuştur.

3.2.5.Genel sağlık anketi-28

Toplumda yaygın olarak görülen hastalıkları saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk formları bulunmaktadır. Bu çalışmada kullanılan 28 soruluk form dördümlük likert tipinde hazırlanmıştır ve katılımcılara soruda sözü edilen semptomu son birkaç haftada ne sıklıkta yaşadığını belirtmesine olanak sağlar (Goldberg & Hillier, 1979). Ölçeğin bu çalışmada kullanılan 28 soruluk versiyonu somatik semptomlar, anksiyete/insonmia, sosyal disfonksiyon ve depresyon olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin dereceleri şu şekildedir: 0: hiç olmuyor, 1: her zamanki kadar, 2: her zamankinden sık, 3: çok sık. Ölçeğin orijinal formunda alt ölçekler arasındaki korelasyonların .33 ile .90 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Goldberg & Hillier, 1979). Ölçeğin Türkçeye uyarlamasını yapan Kılıç'ın (1996) aktardığına göre ölçek çeşitli kültürlerde geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmekte ve kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunda Cronbach alfa katsayısı .84, iki

yarım güvenirliği $r = .67$ ($p < .001$), test tekrar test korelasyonu ise $.70$ ($p < .001$) olarak hesaplanmıştır (Kılıç, 1996). Kılıç tarafından yapılan bir başka çalışmada da ölçeğin Türkçe formunun orijinal formdakiyle aynı faktör yapısına sahip olduğu görülmüştür (Kılıç ve ark., 1997). Bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayısı ölçek toplamı için $.88$, somatik semptomlar alt ölçeği için $.78$, anksiyete/insomnia alt ölçeği için $.85$, sosyal disfonksiyon alt ölçeği için $.75$ ve depresyon alt ölçeği için $.87$ 'dir. Ölçek Ek-5'te sunulmuştur.

3.2.6.Demografik bilgi formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu katılımcıların ve (katılımcı beyanı esas alınarak) partnerlerinin yaşı, eğitim seviyeleri, gelir düzeyleri gibi sosyodemografik bilgileri; psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişleri, medeni durum, ilişkinin süresi, ilişkinin başlama biçimi ve katılımcının ilişkiye devam etme motivasyonu gibi ilişkiyle ilgili sorulardan oluşmaktadır. Form Ek-6'da sunulmuştur.

3.3.İşlem

3.3.1.Veritoplama süreci

Çalışmanın yürütülebilmesi amacıyla 01.03.2023 tarihinde çalışmanın amacı ve kapsamını açıklayan bir formula İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Kurul 26.12.2022 tarih ve 11 sayılı kararı ile çalışmanın etik kurallara uygun olduğunu onaylamıştır. Onay alınmasının ardından veriler, Mayıs-Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

Çalışmada kullanılan veri toplama araçları Qualtrics platformu aracılığı ile toplanmıştır. Anket sürecinde ilk olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu, son olarak ise Demografik Bilgi Formu sunulmuştur. Diğer veri toplama araçları bu iki form arasında rastgele sıra ile katılımcılara sunulmuştur. Katılımcıların anketi tamamlamaları yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

Çalışma için gerekli olan minimum katılımcı sayısı 200 olarak belirlenmiştir (Faul ve ark., 2009). Çalışma duyuru metninde son 6 aydır veya daha uzun süredir heteroseksüel bir romantik ilişki içerisinde olan 18 yaşın üzerindeki kadınlar araştırmaya davet edilmiştir. Bu duyuru ile erişilen katılımcı havuzu içerisinde şiddet mağduru olan kadınların verisinin çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Şiddet mağduriyeti, için Babcock ve arkadaşlarının (2019) fiziksel şiddet mağduriyeti için önerdiği son bir yıl içerisinde en az iki kez fiziksel şiddete maruz kalmak kriteri esas alınıp bu kriter psikolojik şiddet için de son bir yıl içerisinde en az iki kez psikolojik şiddete maruz kalmak olarak uyarlanmıştır. Dolayısıyla, bu çalışmada şiddet mağduriyeti son bir yıl içerisinde en az iki kez fiziksel veya duygusal şiddete maruz kalmak olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın işleme kriterleri de son 6 aydır veya daha uzun süredir heteroseksüel bir romantik ilişki içerisinde olmak ve 18 yaşın üzerinde olmak ve son bir yıl içerisinde en az iki kez fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kalmış olmak olarak belirlenmiştir. İlişkisi olan kadınlar arasındaki fiziksel ve/veya psikolojik şiddet mağduriyetinin toplum örnekleminde görülme sıklığı (Heise & Garcia-Moreno, 2002) dikkate alınarak hedeflenen katılımcı sayısı olan 200 katılımcı sayısının en az üç katı katılımcıya ulaşmak hedeflenmiştir. Bu bağlamda uygun örnekleme yöntemi ile toplamda 850 katılımcıya ulaşılmıştır. Verilerinin bilimsel amaçla kullanılmasına izin vermeyen 14 ve araştırmaya katılmaktan sonradan vazgeçip verilerinin silinmesini isteyen bir katılımcının verisi silinmiştir. Seksen sekiz katılımcının verisi de sorulara eksik cevap verdiği için silinmiştir. Kalan 836747 katılımcı arasından 10 katılımcının verisi ilişki süresi kriterini karşılamadığı için silinmiştir. Geriye kalan 747 katılımcıdan 546 katılımcının verisi ise şiddet mağduriyeti konusundaki işleme kriterlerini karşılamadığı için silinmiştir. Bu süreç sonunda 201 (%23,65) katılımcı kalmış ve analizler bu örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Güncel çalışmada elde edilen bu şiddet yaygınlık oranının ulusal Yüksel-Kaptanoğlu & Çavlin, 2015) ve uluslararası

(Heise & Garcia-Moreno, 2002) alışmalarda elde edilen yaygınlık oranları ile benzer olduğu görülmüştür.

3.3.2.Verilerin hazırlanması

Araştırmada yer alan verilerin normallik varsayımı kontrol edilmiş ve verilerin önemli bir kısmının normal dağılmadığı ve sola yatık sağa kuyruklu olduğu gözlenmiştir. Verilerin dağılım grafiklerine en uygun dönüştürme yöntemi olan logaritmik dönüştürme tüm verilere uygulanmıştır (Pallant, 2020). Tanımsal istatistikler ham verilerle sunulurken model incelemeleri verilerin normallik dönüştürmesi sonrası halleriyle gerçekleştirilmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak katılımcıların tanımlayıcı bilgileri sunulacak daha sonra araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler ele alınmaktadır. Son olarak daha önce açıklanan hipotezleri içeren ölçüm modeline ait sonuçlar sunulmaktadır.

4.1.Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımsal İstatistikler

Araştırma değişkenlerinin tamamına ait ortalama, standart sapma, ranj değerleri ve Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 4.1’de sunulmuştur. Son bir yıl içerisinde en az iki kez fiziksel ya da duygusal şiddete maruz kalma kriterine göre seçilmiş katılımcıların %98.5’inin ($n = 198$) psikolojik şiddet, %22.4’ünün ($n = 45$) fiziksel şiddet, %43.8’inin ($n = 88$) cinsel şiddet mağduru olduğu ve % 4.5’inin ($n = 9$) maruz kaldığı şiddet nedeniyle yaralandığı görülmüştür. Katılımcıların Genel Sağlık Anketi’nden aldıkları skorlar incelendiğinde ise Kılıç (1996) tarafından belirlenen duyarlık kriterine göre katılımcıların %8’inin ($n = 16$) somatik semptomlar, %8.5’inin ($n = 17$) anksiyete/insomnia, %54.2’sinin ($n = 109$) sosyal disfonksiyon, %14’ünün ($n = 28$) depresyon için klinik aralıkta olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1*Araştırma Değişkenlerine Ait Tanımsal İstatistikler*

	Ort.	SS.	Min.	Maks.	α
Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği					
Mağduriyet					
Toplam Mağduriyet	37.82	52.49	2	437	.87
Uzlaşma	66.07	38.54	0	150	.68
Psikolojik Şiddet Mağduriyeti	26.79	30.93	0	177	.77
Fiziksel Şiddet Mağduriyeti	3.89	15.52	0	176	.89
Cinsel Şiddet Mağduriyeti	6.61	13.35	0	83	.52
Yaralanma	0.53	4.38	0	59	.76
Faillik					
Toplam Faillik	31.26	33.84	0	161	.75
Uzlaşma	77.05	36.45	9	150	.73
Psikolojik Şiddet Failliği	25.93	26.58	0	108	.71
Fiziksel Şiddet Failliği	3.00	7.45	0	47	.67
Cinsel Şiddet Failliği	1.82	5.51	0	50	.37
Yaralanma	0.52	4.00	0	50	.58
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33					
Toplam	65.20	16.08	39	107	.91
Fiziksel İstismar	7.02	3.29	5	25	.85
Fiziksel İhmal	10.18	3.73	5	22	.37
Duygusal İstismar	13.21	4.86	5	30	.89
Duygusal İhmal	14.07	5.04	5	25	.88
Cinsel İstismar	7.30	3.55	5	21	.92
Aşırı koruma aşırı kontrol	13.42	3.62	7	25	.85
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği					
Toplam	34.84	11.64	10	71	.89
Dikkat Eksikliği	17.77	6.64	4	36	.85
Hiperaktivite/Dürtüsellik	17.07	6.29	5	35	.81
Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği					
Toplam	206.66	28.40	129	282	.88
İlişkiye Odaklanma	19.47	6.70	0	32	.78
Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma	34.76	8.99	9	54	.92
Dışsal Destek Arama	32.91	9.44	10	56	.86
Olumlu ve Etkin Başa Çıkma	50.24	8.90	22	74	.88
Alkol/İlaç Kullanımı	3.09	4.03	0	16	.71
Kendini Destekleme	17.58	4.55	4	27	.77
Geri Çekilme	25.24	7.52	6	51	.84
İnkâr/Erteleme	9.43	4.22	1	25	.75
Dine Tutunma	8.08	5.80	0	16	.95
Mizah	5.84	3.69	0	16	.97
Genel Sağlık Anketi-28					
Toplam	58.23	11.00	9	80	.88
Somatik Semptomlar	7.49	3.29	0	21	.78
Anksiyete/İnsomnia	6.12	4.01	0	21	.85
Sosyal Disfonksiyon	11.29	3.51	0	21	.75
Depresyon	8.48	4.47	0	21	.87

4.2.Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Araştırma modelinin incelenmesi öncesinde ilk olarak araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Korelasyon analizi sonucunda katılımcıların Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği Faillik skorları ile Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği Mağduriyet skorları arasında ($r = .68, p < .001$) skorları ile Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği Mağduriyet skorları ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 skorları arasında ($r = .31, p < .01$), Gözden

Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği Faillik skorları ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 skorları arasında ($r = .21, p < .001$), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 skorları ile Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği skorları arasında ($r = .34, p < .01$) pozitif yönde; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 skorları ile Genel Sağlık Anketi 24 skorları arasında ($r = -.22, p < .01$) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği skorları ile Genel Sağlık Anketi 24 skorları arasında ($r = -.27, p < .01$) negatif yönde ilişki olduğu gözlenmiştir. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler ve araştırmada yararlanılan ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 4.2’de özetlenmiştir. Araştırma modelinde yer alan değişkenler arasında sözü edilen ilişkiler dışında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşımlar Ölçeği Faillik ve Mağduriyet skorları arasında güçlü bir ilişki olması ($r = .68, p < .001$) ve başa çıkma değişkeninin diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içinde olmaması nedeniyle araştırma modeline alternatif iki yeni model geliştirilmiştir. Bu modellerin ilkinde ~~tüm değişkenlerin modelde tutulması~~, (Alternatif Model A) yalnızca Başa Çıkma Çabaları değişkeni araştırma modelinden çıkarılmış ve ikinci alternatif modelde (Alternatif Model B) ise yalnızca Yakın İlişki Şiddeti Failliği değişkeni araştırma modelinden çıkarılmıştır. Alternatif modeller Şekil 4.1, Şekil 4.2 ve Şekil 4.3’te özetlenmiştir. Söz konusu alternatif modellerin test edilmesi sonrasında uyum iyiliği istatistiklerinin kıyaslanması ve araştırmaya en iyi uyumu gösteren model ile devam edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 4.2

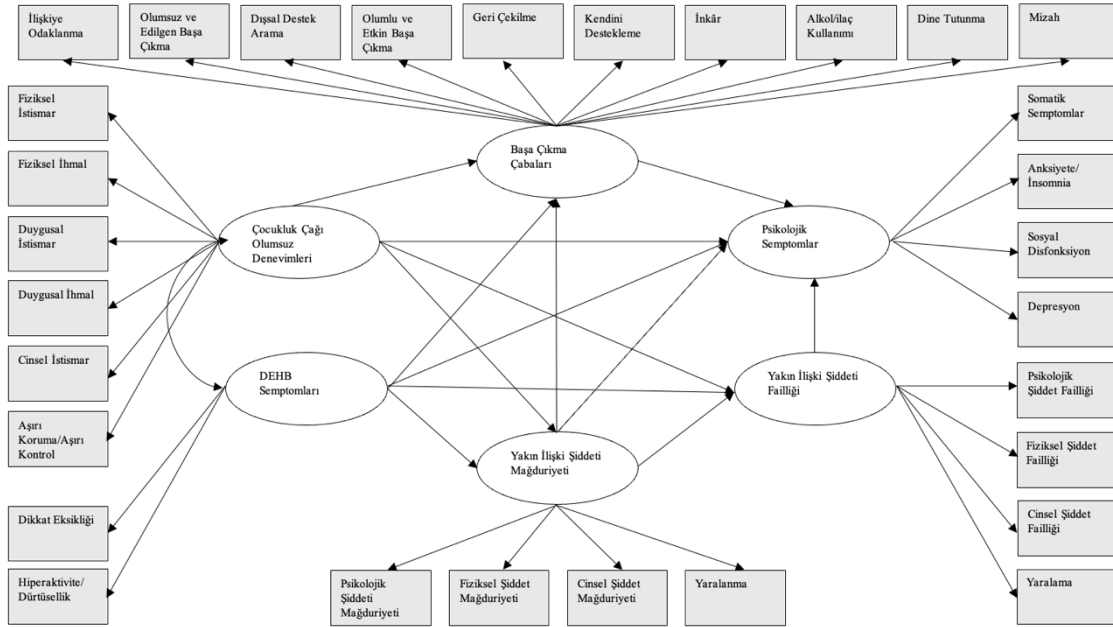
Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

	A	T	2	3	4	B	5	6	7	8	C	9	10	11	12	13	14	D	15	16	17	18	E	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	F	29	30
A. Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti	1	.93	.79	.66	.61	.68	.63	.47	.33	.20	.31	.23	.31	.16	.24	.12	.17	.02	-.05	.06	.03	.01	.06	-.17	.15	-.02	-.07	.11	.00	.08	.06	.18	-.01	.06	-.01	.11
1. Psikolojik Şiddet Mağduriyeti		1	.60	.51	.42	.74	.72	.46	.33	.19	.29	.21	.28	.19	.23	.12	.14	.02	-.05	.06	.03	.00	.05	-.19	.16	-.02	-.07	.09	-.03	.09	.10	.13	.01	.04	-.03	.10
2. Fiziksel Şiddet Mağduriyeti			1	.30	.80	.36	.32	.39	.12	.03	.25	.22	.26	.12	.20	.09	.12	.01	-.01	.00	.06	-.01	.06	-.08	.06	.03	-.05	.07	.03	.04	.02	.17	.00	.04	-.01	.09
3. Cinsel Şiddet Mağduriyeti				1	.14	.50	.42	.31	.40	.31	.17	.09	.20	.04	.13	.07	.15	.03	-.06	.10	-.02	.03	.04	-.14	.11	-.06	-.08	.15	.02	.03	-.01	.18	-.03	.08	.06	.08
4. Yaralanma					1	.11	.09	.10	.09	.04	.18	.25	.15	.09	.14	-.01	.14	.00	.00	-.02	.05	-.02	.09	.08	.04	-.01	.04	.03	.10	.08	.00	.09	-.03	.03	-.01	.07
B. Yakın İlişki Şiddeti Failliliği					1	.97	.72	.29	.30	.21	.08	.19	.18	.15	.10	.10	-.06	-.08	-.01	-.05	-.03	.06	-.17	.13	.01	-.12	.13	-.07	.07	.15	.05	.08	.17	.10	.19	
5. Psikolojik Şiddet Failliliği						1	.61	.14	.20	.21	.09	.17	.10	.15	.10	.11	-.07	-.08	-.01	-.04	-.06	.02	-.32	.23	.00	-.14	.14	-.07	.06	.16	.02	.08	.17	.13	.17	
6. Fiziksel Şiddet Failliliği							1	.10	.09	.11	.01	.14	.06	.07	.08	.06	.05	.03	.07	-.02	.05	.07	-.11	.15	.06	-.07	.04	-.04	.05	.05	.12	.10	.14	.07	.19	
7. Cinsel Şiddet Failliliği								1	-.01	.10	.06	.09	.07	.09	.06	.03	-.11	-.16	-.13	-.11	.04	.14	.10	.13	.02	.04	.09	-.01	.11	.12	-.02	.03	.03	-.05	.12	
8. Yaralanma									1	.01	.00	.08	-.01	.02	-.03	-.03	.02	-.01	.02	.05	-.02	-.02	-.08	.01	-.04	-.02	.02	.01	-.03	-.01	.11	-.11	-.01	-.06	.04	
C. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri										1	.71	.55	.69	.81	.51	.69	-.22	-.17	.00	-.26	-.20	.09	-.16	.34	-.12	-.05	.15	-.09	.16	.34	-.11	.01	.34	-.29	.33	
9. Fiziksel İstismar											1	.40	.42	.39	.30	.43	-.01	-.01	.07	-.20	-.08	.03	-.07	.09	-.06	.02	.04	.02	.01	.18	-.03	-.05	.12	.08	.14	
10. Fiziksel İhmal												1	.01	.42	.27	.17	-.14	-.17	.00	-.08	-.17	.12	-.15	.10	.07	-.10	.24	.04	.23	.08	.08	.03	.17	.12	.18	
11. Duygusal İstismar													1	.50	.18	.48	-.15	-.05	.03	-.30	-.13	.03	-.14	.35	-.10	-.01	.02	-.18	.01	.32	-.16	.01	.34	.34	.28	
12. Duygusal İhmal														1	.24	.49	-.25	-.19	-.06	-.29	-.21	.02	-.21	.42	-.18	-.10	.14	-.19	.15	.28	-.13	-.09	.27	.25	.24	
13. Cinsel İstismar															1	.15	-.13	-.16	.00	-.10	-.13	.03	-.05	.14	-.09	-.05	.08	-.07	.13	.30	-.15	.05	.13	.08	.16	
14. Aşırı Koruma Aşırı Kontrol																1	-.11	-.07	-.04	-.16	-.07	.16	.05	.17	-.07	.08	.09	.10	.10	.17	-.01	.12	.27	.22	.26	
D. Sağlık																	1	.78	.77	.50	.80	-.12	.17	-.33	.00	.04	-.15	.03	-.11	-.24	.17	-.14	-.27	-.27	-.22	
15. Somatizasyon																		1	.55	.23	.51	-.09	.18	-.30	.10	.03	-.15	.04	-.13	.03	-.11	-.25	-.23	-.22		
16. Anksiyete/İnsomnia																			1	.12	.51	-.12	.04	-.13	-.08	-.07	-.05	-.10	-.02	-.13	.13	-.12	-.10	-.06	-.12	
17. Sosyal Disfonksiyon																				1	.17	-.01	.14	-.41	.04	.15	-.06	.30	-.10	-.22	.18	.03	-.39	-.42	-.28	
18. Depresyon																					1	-.11	.15	-.15	-.04	.02	-.16	-.12	-.07	-.18	.13	-.18	-.09	-.11	-.05	
E. Başa Çıkma																						1	.53	.38	.52	.52	.48	.40	.49	.21	.36	.38	.04	-.03	.10	
19. İlişkiye Odaklanma																							1	-.09	.35	.49	-.08	.22	.11	-.11	.10	.18	-.20	-.23	-.14	
20. Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma																								1	-.09	-.05	.29	-.30	.40	.29	-.01	.01	.42	.45	.30	
21. Dışsal Destek Arama																									1	.21	-.01	.10	-.05	.06	.11	.22	-.12	-.18	-.03	
22. Olumlu ve Etkin Başa Çıkma																									1	.15	.43	-.05	-.10	.14	-.01	-.21	-.27	-.10		
23. Geri Çekilme																										1	.20	.48	.12	.23	.20	.14	.13	.12		
24. Kendini Destekleme																											1	.02	-.06	.15	.28	-.15	-.24	-.03		
25. İnkâr																												1	.18	.19	.19	.20	.20	.15		
26. Alkol/İlaç Kullanımı																													1	-.30	.20	.27	.20	.29		
27. Dine Tutunma																														1	-.09	-.16	-.17	-.12		
28. Mizah																																1	.08	.04	.10	
F. DEHB																																				
29. Dikkat Eksikliği																																				
30. Hiperaktivite/ Dürtüsellik																																				

* $p < .05$, ** $p < .01$

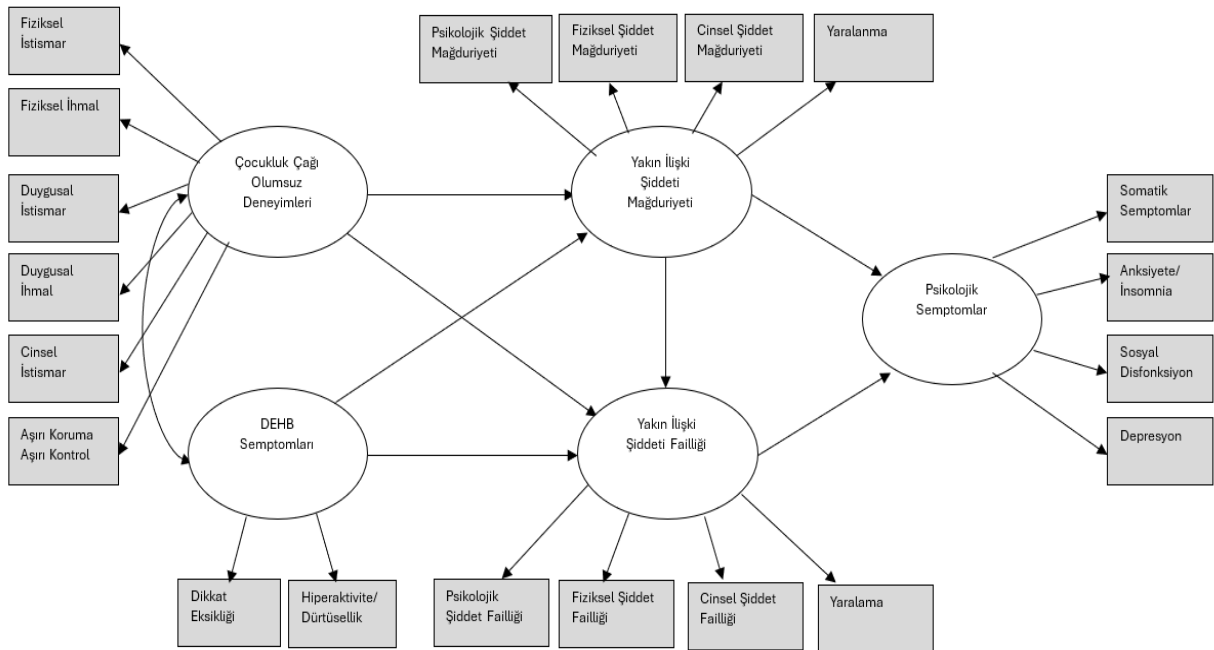
Şekil 4.1

Alternatif Araştırma Modeli A



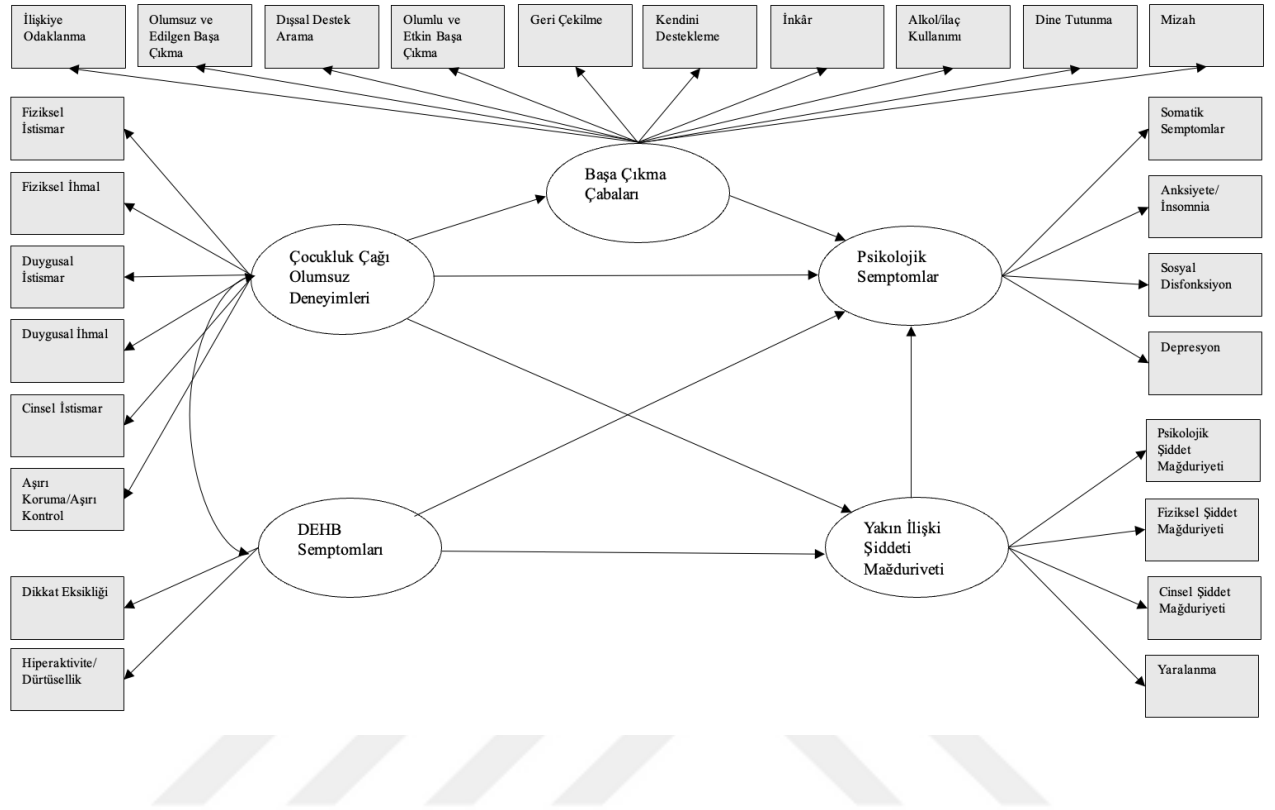
Şekil 4.2

Alternatif Araştırma Modeli B



Şekil 4.3

Alternatif Araştırma Modeli C



4.3.Ölçüm Modeli

Araştırma kapsamında ilk etapta hipotez edilen modellerde 6 örtük değişken ve 30 gözlenen değişken bulunmaktadır. Başa Çıkma örtük değişkenine İlişkiye Odaklanma, Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma, Dışsal Destek Arama, Olumlu ve Etkin Başa Çıkma, Geri Çekilme, Kendini Destekleme, İnkâr, Alkol/İlaç Kullanımı, Dine Tutunma, Mizah gözlenen değişkenleri tanımlanmıştır. Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti örtük değişkenine Psikolojik Şiddet Mağduriyeti, Fiziksel Şiddet Mağduriyeti, Cinsel Şiddet Mağduriyeti ve Yaralanma olmak üzere dört gözlenen değişken tanımlanmıştır. Yakın İlişki Şiddeti Failliği örtük değişkenine Psikolojik Şiddet Failliği, Fiziksel Şiddet Failliği, Cinsel Şiddet Failliği ve Yaralanma olmak üzere dört gözlenen değişken tanımlanmıştır. Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri örtük değişkenine Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar, Duygusal

İhmal, Cinsel İstismar ve Aşırı Koruma Aşırı Kontrol olmak üzere altı gözlenen değişken tanımlanmıştır. DEHB Semptomları örtük değişkeni için Dikkatsizlik ve Hiperaktivite/Dürtüsellik olmak üzere iki gözlenen değişken tanımlanmıştır. Son olarak Psikolojik Sağlık örtük değişkenine Somatik Semptomlar, Anksiyete/İnsomnia, Sosyal Disfonksiyon ve Depresyon olmak üzere dört gözlenen değişken tanımlanmıştır. Araştırmada kullanılan örtük ve gözlenen değişkenlerin tamamı Tablo 4.3'te özetlenmiştir.

Tablo 4.3

Modele İlişkin Örtük ve Gözlenen Değişkenler

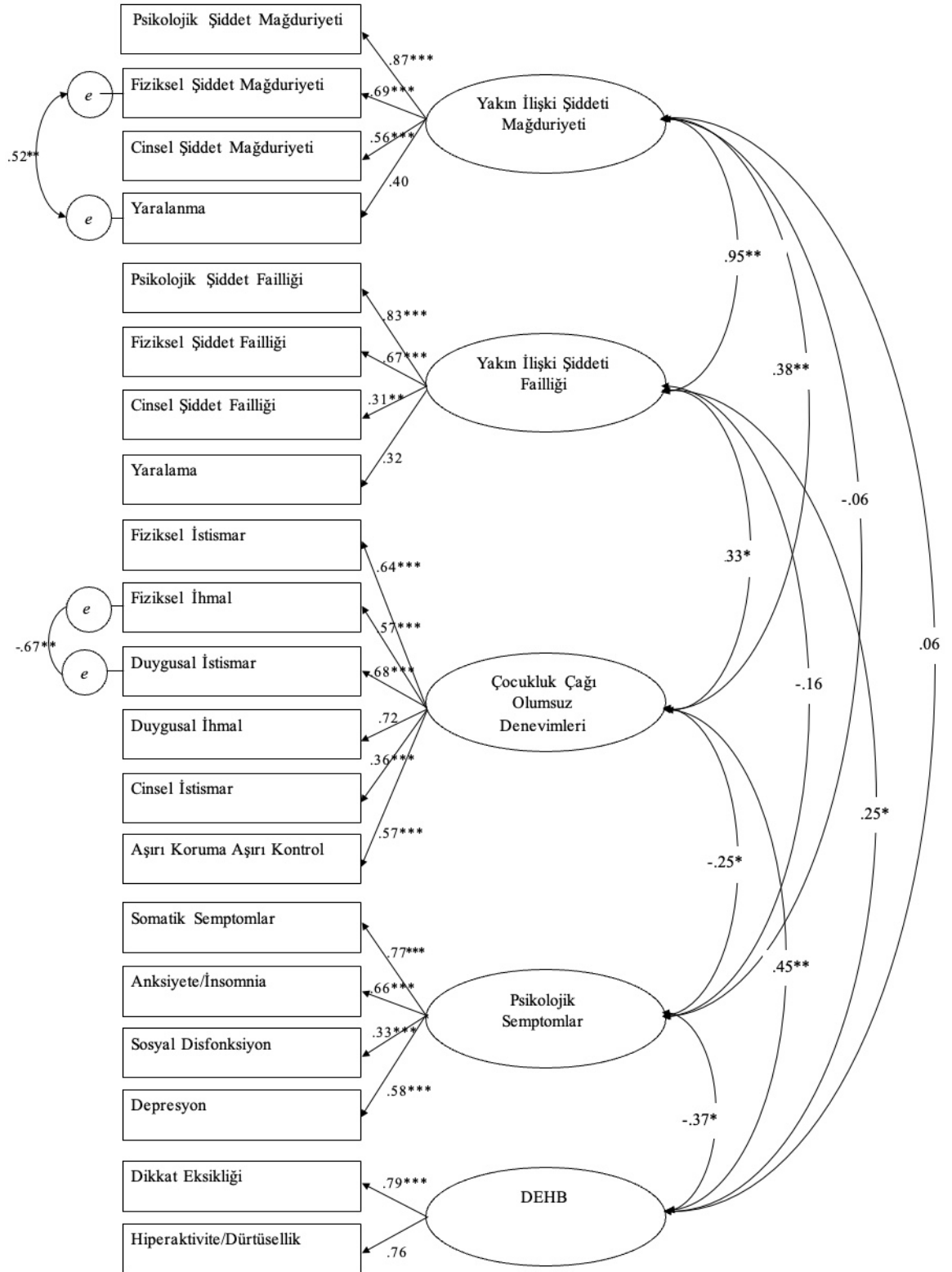
Örtük Değişken	Ölçüm Aracı	Gözlenen Değişken
Şiddet Mağduriyeti	Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği	Psikolojik Şiddet Mağduriyeti Fiziksel Şiddet Mağduriyeti Cinsel Şiddet Mağduriyeti Yaralanma
Şiddet Failliği	Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği	Psikolojik Şiddet Failliği Fiziksel Şiddet Failliği Cinsel Şiddet Failliği Yaralama
Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 33	Fiziksel İstismar Fiziksel İhmal Duygusal İstismar Duygusal İhmal Cinsel İstismar Aşırı Koruma Aşırı Kontrol
DEHB	Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği	Dikkatsizlik Hiperaktivite/Dürtüsellik
Psikolojik Semptomlar	Genel Sağlık Anketi 24	Somatik Semptomlar Anksiyete/İnsomnia Sosyal Disfonksiyon Depresyon
Başa Çıkma Çabaları	Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği	İlişkiye Odaklanma Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma Çıkma Dışsal Destek Arama Olumlu ve Etkin Başa Çıkma Geri Çekilme Kendini Destekleme İnkâr Alkol/İlaç Kullanımı Dine Tutunma Mizah

Ölçüm modelinin analiz edilmesi sonucunda uyum iyiliği değerlerinin yeterli aralıkta olmadığı gözlenmiştir ($\chi^2/df = 2.81$, RMR = .16, AGFI = .78, GFI = .83, CFI = .76, RMSEA = .10). Modelin uyumunu etkileyebilecek olan hata kovaryansları kontrol edilmiştir. Ulaşılan modifikasyon önerileri doğrultusunda çocukluk çağı fiziksel ihmal ve çocukluk çağı duygusal istismar ve yakın ilişkide fiziksel şiddet mağduriyeti ve yakın ilişkide yaralanma değişkenlerine ait hata varyansları birbiri ile ilişkilendirilmiştir. Fiziksel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti (tahmini parametre değişimi = 39.11) ve cinsel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti (tahmini parametre değişimi = 37.00) değişkenleri arasındaki hata varyansları ise farklı örtük değişkenlere ait olduğu için eşlenmemiştir.

Ulaşılan yeni ölçüm modelinde uyum iyiliği değerlerinin bir kısmının kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.14$, AGFI = .82, RMSEA = .08) bir kısmının ise kabul edilebilir aralığa yaklaştığı (GFI = .87, CFI = .86) gözlenmiştir. Modele ait RMR değerinin ise bu aralığa yaklaşmadığı (RMR = .15) görülmüştür. Bu aşamada bulgular yeniden incelendiğinde fiziksel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti (tahmini parametre değişimi = 39.11) ve cinsel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti (tahmini parametre değişimi = 37.00) değişkenleri arasındaki hata varyanslarının eşitlenmesinin önerilmeye devam edildiği ancak başka bir modifikasyon önerisinin bulunmadığı görülmüştür. Daha önce bahsedildiği üzere, fiziksel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti ve cinsel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti değişkenlerine ait hata varyansları farklı örtük değişkene ait olmaları nedeniyle eşlenmemiştir. Bu nedenle modelde herhangi başka bir düzenleme yapılmamıştır. Ölçüm modelinin son hali Şekil 4.4'te özetlenmiştir.

Şekil 4.4

Ölçüm Modeli



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 4.4'te ölçüm modeline ait standardize edilmiş faktör yükü değerleri sunulmaktadır. Buna göre faktör yükleri .22 ile .87 ($p < .05$) arasında değişmektedir. Modelde istatistiksel olarak anlamsız faktör yükü çıkmaması gözlenen değişkenlerin örtük değişkenleri güvenilir göstergeleri olduğuna işaret etmektedir

Tablo 4.4

Ölçüm Modeline İlişkin Parametre Değerleri

Örtük ve Gözlenen Değişkenler	Standardize Edilmemiş Faktör Yükleri	Standart Hata	<i>t</i>	Standardize Faktör Yük Değerleri
Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti				
Psikolojik Şiddet Mağduriyeti	8.15	1.49	5.46	.87
Fiziksel Şiddet Mağduriyeti	4.37	.66	6.66	.69
Cinsel Şiddet Mağduriyeti	4.13	.86	4.80	.57
Yaralanma	1.00			.40
Yakın İlişki Şiddeti Failliği				
Psikolojik Şiddet Failliği	2.54	.92	2.77	.82
Fiziksel Şiddet Failliği	1.17	.43	2.72	.65
Cinsel Şiddet Failliği	.48	.20	2.40	.33
Yaralama	1.00			.21
Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri				
Fiziksel İstismar	1.10	.17	6.94	.64
Fiziksel İhmal	1.20	.20	5.95	.57
Duygusal İstismar	1.65	.24	6.85	.69
Cinsel İstismar	1.75	.24	7.45	.71
Aşırı Koruma Aşırı Kontrol	.72	.17	4.38	.35
Duygusal İhmal	1.00			.57
Psikolojik Semptomlar				
Somatik Semptomlar	1.03	.17	6.18	.77
Anksiyete/İnsomnia	1.34	.22	6.18	.67
Depresyon	.42	.12	3.64	.32
Sosyal Disfonksiyon	1.00			.57
DEHB				
Dikkat Eksikliği	1.07	.16	6.56	.79
Hiperaktivite/Dürtüsellik	1.00			.76

4.4.Araştırma Kapsamında Geliştirilen Modellerin İncelenmesi

Son aşamada ulaşılmış olan tüm alternatif araştırma modeller test edilmiştir. Modellerin test edilmesi sonucunda uyum iyiliği değerlerinin en yüksek olduğu model ile araştırmaya devam edilmesi planlanmıştır.

Yürütülen testler sonucunda Alternatif Model A'nın uyum iyiliği değerlerinin bir kısmının kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.81$), bir kısmının bu aralığa yaklaştığı (RMSEA = .10), bir kısmının ise bu aralığın dışında kaldığı (RMR = .11, GFI = .74, AGFI = .69, CFI = .62) gözlenmiştir. Modele ait uyum iyiliği değerlerini etkileme ihtimali bulunan hata kovaryanslarına dair modifikasyonlar incelenmiştir. Bu doğrultuda geri çekilme ile inkâr (tahmini parametre değişimi = 35.55), olumlu ve etkin başa çıkma ile kendini destekleme (tahmini parametre değişimi = 31.05), fiziksel yakın ilişki şiddeti ile yaralanma (tahmini parametre değişimi = 47.50), çocukluk çağı duygusal istismarı ile çocukluk çağı fiziksel ihmal (tahmini parametre değişimi = 39.88), kendini destekleme ile inkâr (tahmini parametre değişimi = 30.14) değişkenlerine ait hata varyansları ilişkilendirilmiştir. Bahsedilen değişkenlere ek olarak fiziksel yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ile fiziksel yakın ilişki şiddeti failliği ve cinsel yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ile cinsel yakın ilişki şiddeti failliği değişkenlerine ait hata varyanslarının ilişkilendirilmesi önerilmiştir. Ancak bu gözlenen değişkenler farklı örtük değişkenlere tanımlanmış oldukları için hata varyansları ilişkilendirilmemiştir. Ek olarak modelde anlamsız olduğu görülen Yakın İlişki Şiddeti Failliği ile Psikolojik Semptomlar arasındaki, Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti ile Psikolojik Semptomlar arasındaki, DEHB Semptomları ile Psikolojik Semptomlar arasındaki, Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri ile Psikolojik Semptomlar arasındaki, Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti ile Başa Çıkma Çabaları arasındaki, DEHB Semptomları ile Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti arasındaki, Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri ile Yakın İlişki Şiddeti Failliği arasındaki yollar modelden çıkarılmıştır. Gerçekleştirilen modifikasyonlar sonucunda ulaşılmış olan modelin uyum iyiliği değerlerinin bir kısmının kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.18$, REMSEA = .08), bir kısmının ise bu aralığa yaklaştığı (GFI = .79, AGFI = .75, CFI = .75) görülmüştür. RMR değerinin ise .11 olduğu ve bu aralığın dışında olduğu gözlenmiştir. Modele ait ECVI değeri 5.01'dir.

Yürütülen test sonucunda Alternatif model B'nin uyum iyiliği değerlerinin bir kısmının kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.83$, GFI = .83, RMSEA = .10) bir kısmının bu aralığa yaklaştığı (CFI = .76, AGFI = .78) gözlenmiştir. RMR değerinin ise beklenen aralığa yaklaşmadığı gözlenmiştir (RMR = .16). Modelin uyumunu etkileyebilecek olan hata kovaryanslarına dair modifikasyon önerileri doğrultusunda çocukluk çağı fiziksel ihmal ve çocukluk çağı duygusal istismar değişkenlerine ait hata varyansları (tahmini parametre değişimi = 39.92) ve yakın ilişki fiziksel şiddet mağduriyeti ve yaralanma değişkenlerine ait hata varyansları (tahmini parametre değişimi = 47.39) ilişkilendirilmiştir. Fiziksel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyeti (tahmini parametre değişimi = 36.00) ve cinsel yakın ilişki şiddeti failliği ile mağduriyetine (tahmini parametre değişimi = 37.23) ait hata varyanslarının ilişkilendirilmesi de modifikasyon önerileri içerisinde olmasına rağmen, değişkenler farklı örtük değişkenlere ait oldukları için ilişkilendirilmemiştir. Ek olarak modelde anlamsız olduğu gözlenen çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti failliği arasındaki ve DEHB semptomları ve yakın ilişki şiddet mağduriyeti arasındaki yollar silinmiştir.

Gerçekleştirilen modifikasyonlar sonucunda ulaşılan modele ait uyum iyiliği değerlerinin bir kısmının kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.13$, CFI = .85, AGFI = .82, RMSEA = .08), bir kısmının ise bu aralığa yaklaştığı (GFI = .86) ancak RMR değerinin .15 olduğu ve kabul edilebilir aralıkta olmadığı gözlenmiştir. Modele ilişkin ECVI değeri 2.21'dir. Bu aşamada bulgular yeniden incelendiğinde fiziksel yakın ilişki şiddet mağduriyeti ile failliği (tahmini parametre değişimi = 36.00) ve cinsel yakın ilişki şiddet mağduriyeti ile failliği (tahmini parametre değişimi = 37.23) değişkenleri arasındaki hata varyanslarının eşitlenmesinin önerilmeye devam edildiği ancak başka bir modifikasyon önerisinin bulunmadığı görülmüştür. Daha önce bahsedildiği üzere, fiziksel yakın ilişki şiddet mağduriyeti ile failliği ve cinsel yakın ilişki şiddet mağduriyeti ile failliği değişkenlerine ait

hata varyansları farklı örtük değişkene ait olmaları nedeniyle eşlenmemiştir. Bu nedenle modelde herhangi başka bir düzenleme yapılmamıştır.

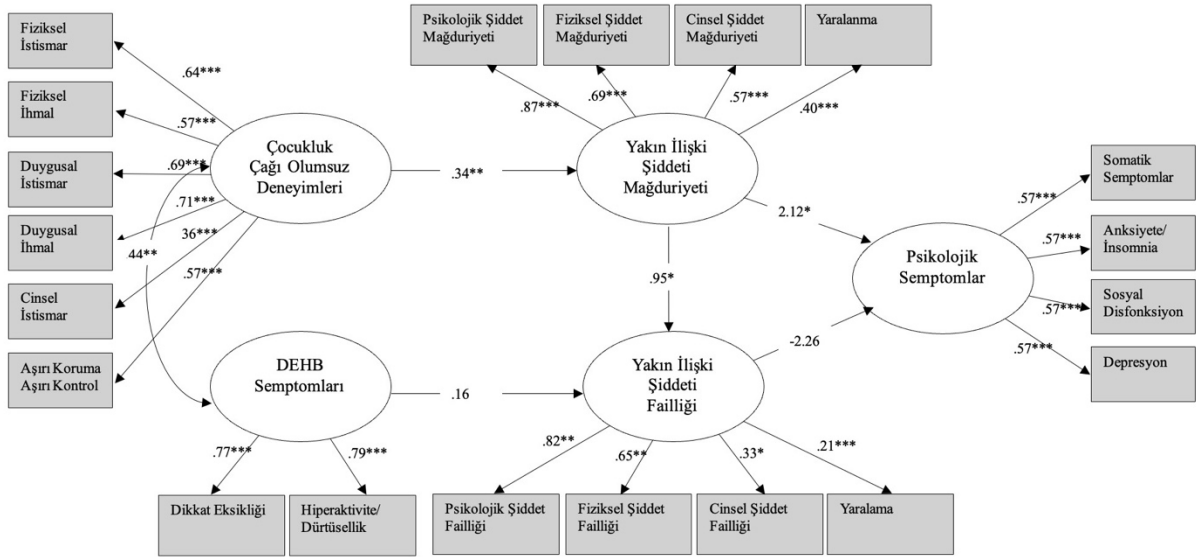
Yürütülen testler sonucunda Alternatif Model C'nin uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.90$), bir kısmının bu aralığa yaklaştığı (GFI = .75, RMSEA = .10), bir kısmının ise bu aralıkta olmadığı (RMR = .10, AGFI = .70, CFI = .62) gözlenmiştir. Modelin uyum iyiliği değerleri üzerinde etkili olabilecek olan hata kovaryansları ilişkilendirmesine yönelik öneriler incelenmiştir. Bu doğrultuda Geri Çekilme ile İnkâr (tahmini parametre değişimi = 35.05), Olumlu ve Etkin Başa Çıkma ile Kendini Destekleme (tahmini parametre değişimi = 31.30), Çocukluk Çağı Duygusal istismarı ile Çocukluk Çağı Fiziksel İhmali (tahmini parametre değişimi = 39.72), Kendini Destekleme ile Mizah (tahmini parametre değişimi = 30.20), İlişkiye Odaklanma ile Olumlu ve Etkin Başa Çıkma (tahmini parametre değişimi = 31.56) değişkenlerine ait hata varyansları ilişkilendirilmiştir. Ek olarak modelde anlamsız olduğu görülen Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti ile Psikolojik Semptomlar, DEHB Semptomları ile Psikolojik Semptomlar, Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri ile Psikolojik Semptomlar, Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti ile Başa Çıkma Çabaları ve DEHB semptomları ile Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti değişkenleri arasındaki yollar da modelden çıkarılmıştır. Modelin ulaşılan son haline ait uyum iyiliği değerleri incelendiğinde, bir kısmının kabul edilebilir aralıkta olduğu ($\chi^2/df = 2.23$), bir kısmının bu aralığa yaklaştığı (GFI = .81, AGFI = .77, RMSEA = .08) bir kısmının ise bu aralıkta olmadığı (RMR = .10, CFI = .75) gözlenmiştir. Modele ilişkin ECVI değeri 3.84'tür.

Üç alternatif modelin de test edilmesi sonucunda uyum iyiliği değerleri en yüksek modelin Alternatif Model B olduğu görülmüştür. Bu nedenle Alternatif Model B araştırma modeli olarak saptanmış ve araştırmaya bu modelle devam edilmiştir. Gerçekleştirilen işlemler sonucunda ulaşılan araştırma modeline ilişkin çözümleme değerleri Şekil 4.5'te özetlenmiştir.

Şekil 4.5

Başa Çıkma Çabaları Modelden Çıkarıldıktan Sonra Elde Edilen Araştırma Modeli

İlişkin Bulgular



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Çalışmada test edilen hipotezlere ilişkin nihai modelden elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

4.5.Hipotezlere Dair Bulgular

4.5.1.Model Hipotezlerine Dair Bulgular

1. DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve yakın ilişki şiddeti failliği aracı role sahip olacaktır.

Hipotez, anlamsız olduğu için nihai modelden çıkarılmış olan DEHB Semptomları ve Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti arasındaki ilişkiyi içerdiği için test edilememiştir.

2. DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabaları aracı role sahip olacaktır.

Hipotez araştırma modelinden çıkarılan Başa Çıkma Çabaları değişkenini ve anlamsız olduğu için modelden çıkarılmış olan DEHB Semptomları ve Yakın İlişki Şiddeti Mağduriyeti arasındaki ilişkiyi içerdiği için test edilememiştir.

3. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve yakın ilişki şiddeti failliği aracı role sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklemiştir ($\beta = -1.21$, %95 GA $[-5.23, -.22]$, $p < .01$).

4. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabaları aracı role sahip olacaktır.

Hipotez araştırma modelinden çıkarılan Başa Çıkma Çabaları değişkenini içerdiği için test edilememiştir.

4.5.2.İlişkisel Hipotezlere Dair Bulgular

4.5.2.1.Korelasyonel İlişkiye Odaklanan Hipotezlere Dair Bulgular

1. DEHB semptomları ile çocukluk çağı olumsuz deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyonel ilişki olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklemiştir ($\beta = .44$, $p < .001$).

4.5.2.2.Temel Regresif İlişkiye Odaklanan Hipotezlere Dair Bulgular

1. DEHB semptomları, başa çıkma çabaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Hipotez araştırma modelinden çıkarılan Başa Çıkma Çabaları değişkenini içerdiği için test edilememiştir.

2. DEHB semptomları, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

3. DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti failliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi marjinal olarak desteklemiştir ($\beta = .16$, %95 GA [.03, .03]). $p < .10$.

4. DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklememiştir ($\beta = -.06$, $p > .05$). Hipotez desteklenmediğinden yukarıda bulguları sunulan nihai modelde DEHB ve yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasındaki yola yer verilmemiştir.

5. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, başa çıkma çabaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Hipotez araştırma modelinden çıkarılan Başa Çıkma Çabaları değişkenini içerdiği için test edilememiştir.

6. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

7. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti failliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklememiştir ($\beta = -.12$, $p > .05$). Hipotez desteklenmediğinden yukarıda bulguları sunulan nihai modelde çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti failliği arasındaki yola yer verilmemiştir.

8. Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklemiştir ($\beta = .34$, %95 GA [.14, .50], $p < .01$).

9. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, başa çıkma çabaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Hipotez araştırma modelinden çıkarılan Başa Çıkma Çabaları değişkenini içerdiği için test edilememiştir.

10. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklemiştir ($\beta = 2.12$, %95 GA [.28, 7.19], $p < .05$).

11. Yakın ilişki şiddeti mağduriyeti, yakın ilişki şiddeti failliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi desteklemiştir ($\beta = .95$, %95 GA [.81, 1.01], $p < .05$).

12. Başa çıkma çabaları, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Hipotez araştırma modelinden çıkarılan Başa Çıkma Çabaları değişkenini içerdiği için test edilememiştir.

13. Yakın ilişki şiddeti failliği, psikolojik semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir yordayıcılık etkisine sahip olacaktır.

Bulgular hipotezi marjinal olarak desteklememiştir ($\beta = -2.26$, %95 GA [-6.98, -.38], $p < .10$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada yakın ilişki şiddeti, başa çıkma çabaları, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkiler 18 yaşından büyük, son 6 aydır veya daha uzun süredir heteroseksüel bir romantik ilişki içerisinde olan ve son bir yıl içerisinde 2 kez fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kaldığını beyan eden kadın katılımcı örnekleme ile incelenmiştir. Bu bölümde sözü edilen incelemeler alan yazın ışığında tartışılmaktadır. Bu doğrultuda ilk aşamada araştırma modellerinin hazırlık aşamasına dair bulgular ve araştırma modeli bir bütün olarak değerlendirilmekte ve devamında her bir hipoteze ilişkin bulgular tartışılmaktadır. Bölüm sonunda araştırmanın kısıtlılıkları ve güçlü yönleri ele alınmaktadır.

5.1.Araştırmanın Hazırlık Aşamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde öncelikle örneklem özellikleri değerlendirilmekte ve devamında araştırma değişkenleri arasındaki korelasyonlara değinilmektedir.

5.2.Örneklem Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma en az altı aydır devam eden heteroseksüel bir ilişkisi olan 18 yaş ve üzerindeki kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yer almaya onam veren kadınlar arasından son bir yıl içerisinde en az iki kez psikolojik ya da fiziksel yakın ilişki şiddetine maruz kalan kadınların oranının %34.61 olduğu görülmektedir. Bu oran şiddet mağduriyetinin Türkiye’deki yaygınlığını inceleyen diğer çalışmalarda bulunan %32 yaygınlık oranıyla kıyaslandığında güncel çalışmadaki şiddet mağduriyeti oranının toplum örneklemiyle yakın olduğu görülmüştür (DSÖ, 2021). Ancak mevcut çalışmada şiddet mağduriyeti kriteri alan yazındaki diğer araştırma çalışmaları (Babcock ve ark., 2019; Babcock & Iyican, 2022; Pollard ve ark., 2022) takip edilerek son bir yıl içerisinde en az iki veya daha fazla şiddet

davranışına maruz kalmış olmak iken DSÖ'nün yaygınlık çalışmasında son bir yıl içerisinde en az bir kez şiddete maruz kalmış olmaktadır. Bu nedenle örneklemdaki şiddet mağduriyet oranının toplum örnekleminde bir miktar daha yüksek olma ihtimali akılda tutulmalıdır.

Katılımcıların eğitim oranları, eğitim seviyeleri ve meslek sahibi olma oranları benzer demografik yapıdaki toplum geneline göre çok daha yüksektir (TÜİK, 2023). Buna ek olarak katılımcıların yakın ilişki şiddeti mağduriyet ve faillik sıklıklarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Her ne kadar şiddet tipine dair çıkarım yapmak için yeterli bilgiye sahip olunamasa da elde olan bilgilerle şiddet tipi konusunda bazı çıkarımlar yapılabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda katılımcılar arasında şiddet mağduriyetinin toplum istatistikleri ile çok yakın olması, yakın ilişki şiddetinin yalnızca zorlayıcı-kontrol edici şiddetten ibaret olmadığını düşündürmektedir. Mevcut çalışmada katılımcıların yakın ilişki şiddeti mağduriyetlerine ek olarak yakın ilişki şiddeti failliğine dair veriler de toplanmıştır. Bu durum, Türkiye genelindeki yaygınlık çalışmalarında kadınların yakın ilişki şiddeti failliğine dair bir veriye ulaşamamış olması nedeniyle alan yazına önemli bir katkı sunmaktadır. Mevcut çalışmada elde edilen faillik yaygınlık oranının, mağduriyet oranlarına oldukça yakın olması, yukarıda sözü edilen sosyodemografik özelliklere dair bilgilerle birlikte düşünüldüğünde araştırma örnekleminde baskın olan yakın ilişki şiddeti tipinin durumsal çift şiddeti ya da şiddetle karşı koyma olabileceğini düşündürmektedir (Kelly & Johnson, 2008). Örneklemin yakın ilişki şiddeti tipolojisi bağlamında değerlendirilmesi araştırma modelinin tartışılması kısmında daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Katılımcılar, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri bakımından incelendiğinde katılımcıların alan yazındaki başka çalışmalarda gözlenene kıyasla daha fazla çocukluk çağı olumsuz deneyimi beyan ettiği görülmektedir (Ciydem ve ark., 2023; Şar & Türk-Kurtça, 2021). Çocuklukta olumsuz deneyimler yaşamının ilerleyen yıllarda yakın ilişkilerde şiddet

mağduru olmakla ilişkili olduğu düşünüldüğünde (Crawford & Wright, 2014) söz konusu farkın örneklemin yakın ilişki şiddeti mağduru olmasıyla açıklanabileceği düşünülebilir.

Katılımcılar psikolojik semptomlar bakımından incelendiğinde katılımcıların ortalama skorlarının toplum örnekleminde yüksek olduğu görülmüştür (Kadioğlu ve ark., 2013). Bu bulgu, alan yazınla da uyumlu olarak (Coker ve ark., 2002) yakın ilişki şiddeti mağduriyetinin psikolojik semptomları artıracağına dair hipotezleri destekler niteliktedir.

Katılımcıların DEHB skorları değerlendirildiğinde, her ne kadar kullanılan ölçeğin tanı koymak için bir kesme noktası olmasa da toplum örnekleminde ve klinik örneklemde ait ortalama puanları gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Genç ve ark., 2021). Bu bağlamda katılımcıların ortalama skorlarının 17.42 olduğu, toplum örnekleminde ortalama skorun 18.33, klinik örnekleminde ise 44.54 olduğu görülmüştür (Genç ve ark., 2021).

5.3.Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Temel araştırma modeline hazırlık amacıyla araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli bir kısmının alan yazın ve araştırma hipotezleri ile uyumlu olduğu görülmüştür (Fisher ve ark., 2012; Kooij ve ark., 2010).

Bununla beraber, anlamlı olması beklenen bazı ilişkilerin anlamsız olduğu görülmüştür.

Beklenmeyen sonuçlardan en dikkat çekici olanı başa çıkma çabaları değişkenini içeren ilişkilerdir. Yapılan analizler sonucunda başa çıkma çabalarının başka hiçbir araştırma değişkeni ile anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı görülmüştür. Bu bulguyu açıklayabilecek birkaç nokta dikkat çekmektedir. İlk olarak, katılımcıların maruz kaldıkları şiddetle karşı koyma yoluyla başa çıktıkları (Kelly & Johnson, 2008) ve bu nedenle başka ilişkisel başa çıkma çabasına gerek duymuyor olabilecekleri söylenebilir. Alan yazın incelendiğinde de kadınların şiddet failliğinin mağdur oldukları şiddetle başa çıkmak amacıyla ortaya çıktığına işaret eden ve güncel bulguları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Hamberger, 1997; Stuart ve ark., 2006). Dahası, Türkiye’den şiddet mağduru kadınların kullandıkları başa çıkma

yöntemleri bakımından farklı tipolojilere ayrılıp ayrılmadığını inceleyen bir çalışmada da başa çıkma yöntemlerinde nitel bir ayrışma görülmemiştir (Taşkale ve Babcock, değerlendirmede). Aksine, kullanılan başa çıkma yöntemlerinin sayı ve sıklık bakımından topyekûn olarak ve mağduriyet puanları ile orantılı bir biçimde yükseldiği görülmüştür. Benzer bir tablo, Amerika Birleşik Devletleri'nde mağdur örnekleme ile de söz konusu olmuştur (N. Taşkale, kişisel görüşme, 12 Mayıs 2024). Bu nedenlerle, şiddet mağduru kadınların genelde ilişkilerindeki sorunlar özelde ise şiddet mağduriyeti ile başa çıkma çabalarının daha iyi anlaşılıp ele alınmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bir başka açıdan, şiddet mağduru kadınların deneyimlerini anlamaya yönelik modeldeki değişkenler birlikte ele alındığında, değişkenlerin mağduriyet ve bununla ilişkili olan faillik, psikolojik belirtiler ve erken dönem olumsuz deneyimler ekseninde yer aldığı söylenebilir (Taşkale & Soygüt, 2017). Başa çıkma çabalarına yönelik ölçüm aracında ise yakın ilişkide stres verici olaylar merkeze alınmıştır (Büyükhahin & Bilecen, 2007). Bu nedenle, ölçüm aracı ile ilişkideki şiddetle başa çıkmaya yönelik hedeflenen ölçümün yapılamamış olması ve bu nedenle başa çıkma çabaları değişkeninin beklenen korelasyonu gösterememiş olması olasıdır. Ayrıca, söz konusu ölçüm aracı, orijinal formunda farklı ölçüm araçlarının derlemesiyle oluşturulmuş 6 faktör ve 25 alt ölçekli bir ölçektir (Pollina & Snell Jr, 1999). Türkçe uyarlaması yapılırken ölçeğin faktör yapısında değişiklik olmuş ve tüm maddeler korunmuş olsa da 10 faktör ve 10 alt ölçekli bir yapı ortaya çıkmıştır (Büyükhahin & Bilecen, 2007). Uyarlanan ölçek yapısındaki bu farklılığın olası etkilerini anlamak için alan yazın incelenmiştir. Bu süreçte geçmiş çalışmalarda ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğuna işaret ederek evlilik çatışması ile beklenen yönde ilişkiler gösterdiği görülmüştür (Kaplaner & Satan, 2020) Alan yazında faillik ve mağduriyet gibi şiddet deneyimleri ile evlilik çatışması arasındaki ilişkinin çalışıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Panter-Brick, 2010). Bu nedenle mevcut çalışmada da yakın ilişkilerde başa çıkma çabaları değişkeninin modelde tutunması ve şiddet deneyimleri ile

ilişkili olması beklenebilir. Kavramsal olarak makul görülebilecek bu ilişkinin gözlenmemesi de, ölçüm aracının şiddet mağduru örneklemelerde güvenir olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Bu nedenle öncelikli olarak ölçüm aracının kırılgan örneklemelerle geçerliğinin test edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddetle maruz kalmak için bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Guendelman ve ark., 2016; Wymbs ve ark., 2012; Wymbs, Dawson, ve ark., 2017). Bu çalışmalardan yola çıkarak mevcut çalışmada da DEHB semptomları, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliği için çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile birlikte bir risk faktörü olarak modele eklenmiştir. Ancak yapılan analizler DEHB semptomları ile yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına işaret eden çalışmalar incelendiğinde, söz konusu ilişkinin DEHB semptomları ile ilişkili bulunan alkol/madde kullanımı (Wymbs ve ark., 2014) uyarılma ihtiyacı nedeniyle çatışma içeren ilişkiler kurma ve sürdürme ihtimalinin daha yüksek olması (Wymbs ve ark., 2012; Wymbs, 2021) ve çatışma çözme becerilerinin daha düşük olmasının (Bunford ve ark., 2018) ile açıklandığı görülmektedir. Sözü edilen çalışmalarda işaret edilen tablo her ne kadar makul görünse de mevcut çalışmada odaklanılan örneklemin özelliklerinin bu çalışmalardakinden farklılaştığı ve bu nedenle elde edilen bulguların alan yazınla tam olarak uyuşmadığı düşünülebilir. Bu farklılık, yakın ilişki şiddetine maruz kalmanın, DEHB semptomları yaşayan kişilerin partner tercihleri ve çatışma çözme becerileri ile açıklanamayacağına ve sorunun kişi ve partner arasındaki etkileşimden kaynaklanıyor olabileceğine işaret etmesi açısından önemlidir. Bu noktada, yakın ilişki şiddetinin pek çok bireysel etkenle ilişkili olduğu, ancak partner ve kişi arasındaki etkileşimin de göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülebilir. Bu bulguya ek olarak, DEHB semptomları ve yakın ilişki şiddeti mağduriyeti arasındaki ilişkide eğitim seviyesinin aracı etkisine işaret eden bir çalışma da bulunmaktadır

(Guendelman ve ark., 2016). Buradan hareketle mevcut örneklemin sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda DEHB semptomları ve mağduriyet arasındaki ilişkinin anlamsız olmasının, mevcut örneklemin eğitim seviyesinin toplum geneline kıyasla daha yüksek olması olduğu da savunabilir.

Psikolojik semptomlar değişkeni de diğer değişkenlerle anlamlı ilişkiler içinde bulunması beklenen bir değişken iken yalnızca çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Alan yazın ve hipotezler ile mevcut çalışmadaki bu bulgu farklılığının psikolojik semptomlar ile yakın ilişki şiddeti failliği, mağduriyeti, DEHB semptomları değişkenleri arasındaki ilişkilerin tek yönlü ilişkilerden ziyade daha karmaşık bir yapıda olması olabileceği düşünülmüştür (Bunford ve ark., 2017). Değişken bu nedenle çalışmada tutulmuştur. Araştırma modelinin test edilmesi sonucunda yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliği ile anlamlı bir korelasyonel ilişki içerisinde olmayan bu değişkenin model içerisinde yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliği tarafından istatistiksel olarak anlamlı biçimde yordandığı gözlenmiştir.

5.4.Araştırma Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde öncelikle araştırma modeli bir bütün olarak ele alınmakta ve devamında araştırma hipotezlerine dair bulgular tek tek tartışılmaktadır.

5.5.Araştırma Modelinin Tartışılması

Mevcut çalışmada çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve DEHB semptomlarının birbiri ile ilişkisi, bu iki değişkenin yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliğini etkileme yolları ve yakın ilişki şiddetinin psikolojik semptomlar üzerindeki etkisi incelenmiştir. DEHB semptomları ve çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler arasında beklendiği gibi korelasyonel bir ilişki olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti mağduriyetini, DEHB semptomlarının ise yakın ilişki şiddeti failliğini yordadığı hipotezleri desteklenmiş ancak anlamlı olması beklenen iki ilişkinin anlamlı olmadığı

görülmüştür. Bu etkilerden ilki DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddeti mağduriyeti üzerindeki yordayıcılık etkisidir. Söz konusu etkinin anlamsız çıkmasının nedeninin DEHB’li kadınların eğitim seviyesinin artmasının yakın ilişki şiddeti mağduriyetine karşı koruyucu bir faktör olarak işlev gösterdiğine işaret eden çalışmalara dayanarak (Guendelman ve ark., 2016), örneklemin eğitim seviyesinin yüksek olması olduğu düşünülmektedir.

Anlamli olması beklenirken anlamsız olduğu görülen bir diğer ilişki ise çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile yakın ilişki şiddeti failliği arasındadır. Söz konusu ilişki alan yazındaki faillik çalışmalarında anlamlı bulunurken (Li ve ark., 2020) bu örnekleme anlamsız bulunmasının nedeninin şiddet mağduru kadınların failliklerinin çok daha güçlü bir yordayıcısı olduğu bilinen şiddet mağduriyeti değişkeninin (Hamberger, 1997; Miller, 2005; Pagelow, 1981) modelde bulunması olduğu düşünülmektedir. Bununla uyumlu biçimde yakın ilişki şiddeti mağduru kadınların psikolojik semptomlar yaşama ihtimalinin mağduriyet sıklığı tarafından yordandığı ancak yakın ilişki şiddeti failliği modele dahil edildiğinde psikolojik semptomlar yaşanma ihtimalinin düştüğü görülmüştür. Model bütün olarak değerlendirildiğinde kişilerin çocukluklarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerin bugünkü ilişkilerinde etkili olduğu, ama mağdur kadınlar özelinde genel popülasyon için geçerli olan bazı bulguların bu örnekleme geçerli olmadığı görülmüştür. Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yakın ilişki şiddeti failliğini yordamadığı ve DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ile ilişkili olmadığı sonuçları bu farklılıklara örnek olarak verilebilir.

Araştırma modeli bütün olarak ele alındığında göz önünde bulundurulması gereken bir diğer nokta son birkaç haftayı kapsayan psikolojik semptomlara ilişkin skorların geçmiş dönem yaşantılarını kapsayan çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve nörogelişimsel bir sorunu temsil eden DEHB skorları ile ilişkili bulunmuş olmasıdır. Söz konusu değişkenler ilk bakışta zamansal olarak ortaklaşmıyor gözükabilir. Bununla birlikte, mevcut çalışmanın da

işaret ettiği üzere değişkenler arasında gözlenen korelasyonel ve yordayıcılık ilişkileri sağlığın boylamsal olarak ele alınmasının önemine işaret etmektedir. Dahası, katılımcıların psikolojik semptomları, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve DEHB skorları gibi bireysel düzlemdeki değişkenlerden elde edilen skorlarının şiddet faillik ve mağduriyeti gibi ilişkisel düzeydeki değişkenlerden elde edilen skorlarla ilişkili bulunması modelin biyopsikososyal açıdan kapsayıcılığına işaret etmektedir. Bu bağlamda, yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliği gibi ilişkisel düzeydeki değişkenlerin modeldeki aracı rolü ise sağlığı bütüncül olarak ele almada şiddet deneyiminin kritik rolünü açığa çıkarmaktadır.

5.6.Araştırma Hipotezlerine Dair Bulguların Tartışılması

5.6.1.DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve yakın ilişki şiddeti failliği seri aracılık etkisine sahip olacaktır.

Alan yazında DEHB'nin yakın ilişkilerde şiddet mağduru ve faili olmak için bir risk faktörü olarak değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Wymbs, Dawson, ve ark., 2017). Söz konusu çalışmalarda mağduriyet ve faillik arasındaki ilişki incelenmemiş olsa da, fail kadınlarla yapılan çalışmalar kadın failliğinin büyük oranda kadınların mağduriyetini takiben ortaya çıktığını göstermektedir (Miller, 2005; Pagelow, 1981). Bu bağlamda psikolojik semptomlarla ilişkili olduğu bilinen DEHB, mağduriyet ve failliğin psikolojik semptomları etkileme yoluna dair bir sıralı aracılık hipotezi geliştirilmiştir. Bu hipoteze göre DEHB ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ile yakın ilişki şiddeti failliği sıralı aracılık etkisine sahip olacaktır. Ancak araştırma kapsamında gerçekleştirilen analizler DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Bu farklılığın mevcut çalışmada DEHB'nin klinik olarak değerlendirilmemiş, yalnızca semptom taraması yapılmış olması olabileceği düşünülmektedir. DEHB, yaşamın erken yıllarında başlayan ve yetişkinlikte sürebilen bir sorun iken DEHB

semptomları, çocuklukta DEHB kriterleri karşılanmasa dahi yetişkinlikte ortaya çıkabilir. Farklı bir perspektiften değerlendirildiğinde mevcut çalışmada değerlendirilen DEHB semptomlarının, kadınların yaşamlarındaki stresörlere ikincil olarak ortaya çıkmış olabileceği öne sürülebilir. Bu bilgiler ışığında mevcut çalışma örnekleminin alan yazındaki diğer DEHB çalışmaları (Wymbs ve ark., 2019; Wymbs, Dawson, ve ark., 2017) ile tam olarak uyuşmadığı, bu nedenle DEHB çalışmaları ile mevcut çalışma bulgularının farklı olduğu düşünülebilir. Bu düşüncenin test edilebilmesi için daha ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Hipotezin test edilmesi sonucunda DEHB semptomlarının yakın ilişkilerde mağduriyeti yordamadığı ancak failliği yordadığı görülmüştür. Bu bulgu DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddeti failliği ile ilişkisinin doğrudan olduğunu gösteren çalışmalarla uyumlu niteliktedir (Arrondo ve ark., 2023; Buitelaar ve ark., 2020; Fang ve ark., 2010). Alan yazın incelendiğinde bu ilişkinin DEHB'nin yakın ilişkilerde temel noktalardan olan duygu düzenleme becerileri, empati ve iletişim becerileri gibi konularda bozucu etkilerinden kaynaklanıyor olabileceğine değinilmektedir (Bodalski ve ark., 2019b; Bunford ve ark., 2018). Öfke patlamaları, uyarılmaya açıklık, iletişim becerilerinin zayıflığı ve zor yatışma gibi dürtüsellikle ilişkili sorunların yanı sıra bazı çalışmalarda dikkat isteyen konulardaki yetersizliğin de yakın ilişkilerde çatışma yaşama ihtimalini artırıyor olabileceği öne sürülmektedir (Oliveros & Coleman, 2021). Bununla beraber, mevcut çalışmada sözü edilen ilişkinin diğer çalışmalardaki kadar kuvvetli olmadığı, anlamlılık seviyesinin ise marjinal sınırlar arasında kaldığı dikkat çekmektedir. Bu durumun birkaç açıklaması olabileceği düşünülmektedir. Bu noktada ilk olarak, örneklem özelliklerine değinilebilir. Sözü edilen çalışmalarda genellikle DEHB'li örneklemlemlerle ve/veya şiddet faili örneklemlemlerle çalışılırken, mevcut çalışmada ise şiddet mağduru kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Her ne kadar katılımcıların şiddet faillik puanları mağduriyet puanları ile ilişkili bulunsada

failliğin mağduriyete ikincil ortaya çıktığı öngörülmüş ve bulgular da bu görüşü desteklemiştir. Alan yazındaki çalışmalar da, kadınların failliklerinin genellikle şiddet mağduru olmalarından kaynaklandığını göstermektedir (Miller, 2005; Pagelow, 1981). Benzer şekilde bu çalışmada da kadınların şiddet mağduriyetleri de modele dahil edildiği için DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddeti failliği üzerindeki yordayıcı etkisinin zayıfladığı, bu ilişkideki aracı role sahip olabileceği düşünülen şiddet mağduriyeti değişkeninin ön plana çıktığı düşünülmektedir.

5.6.2.DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabaları seri aracılık etkisine sahip olacaktır.

Alan yazındaki bilgiler ışığında DEHB semptomlarının psikolojik sağlıkla ilişkisinde yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabalarının sıralı aracılık etkisine sahip olabileceği öngörülmüştür. Ancak yapılan analizler sonucunda başa çıkma değişkeninin başka hiçbir değişkenle ilişkili olmaması nedeniyle söz konusu hipotezin desteklenmediği görülmüştür. Alan yazın ve mevcut çalışma arasındaki bu uyumsuzluğun birkaç faktörle açıklanabileceği düşünülmektedir. İlk olarak DEHB semptomlarının yakın ilişki şiddeti mağduriyeti üzerinde yordayıcı etkiye sahip olduğuna işaret edilen çalışmaların toplum örnekleme ve/veya DEHB klinik örneklem ile gerçekleştirildiği, şiddet mağduru kadınlar ile gerçekleştirilmiş araştırmalar olmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir (Wymbs, Dawson, ve ark., 2017). Benzer şekilde DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasında da bir ilişki olacağı öngörülmüştür ancak bu ilişkinin de mevcut örneklem için anlamsız olduğu görülmüştür. Alan yazın ve mevcut çalışma arasındaki bu farklılığın nedenleri üzerine düşünüldüğünde DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar arasında ilişki olacağına işaret eden çalışmalar genellikle DEHB’li kişilerle gerçekleştirilmiş olması olabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmada DEHB için klinik örnekleme odaklanılmamış ve DEHB

semptomları açısından klinik bir değerlendirme yapılmamıştır. Katılımcıların DEHB semptomları ölçeğinden aldıkları skorlar

5.6.3.Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve yakın ilişki şiddeti failliği seri aracılık etkisine sahip olacaktır.

Şema ve öğrenme yaklaşımlarına göre çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin kişilerin dünyayı algılayış biçimlerinin ve olaylara tepki verme tarzlarını belirleyebilmektedir (Berzenski & Yates, 2019; Wareham ve ark., 2009). Bu yaklaşımlara göre çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler, kişilerin partner tercihlerini, çatışma çözme stillerini belirleyerek ve şiddeti olağan bir şey olarak algılama ihtimallerini artırarak şiddet içeren ilişkiler kurma ve bu ilişkiler içerisinde kalma ihtimallerini artırmaktadır. Mevcut çalışmada çocukluklarında olumsuz deneyimler yaşamış kişilerin yetişkinliklerinde kurdukları romantik ilişkilere dair bu etkilerinin mekanizmasına dair bir öngöründe bulunulmuş ve bu bağlamda failliğin mağduriyet tarafından yordandığı bir seri aracılık hipotezi oluşturulmuş. Hipotez oluşturulurken bu sıralamanın tercih edilmesi alan yazında kadınların yakın ilişki şiddeti failliğine dair incelemeler yapan çalışmaların sonuçları göz önüne alınmıştır (Miller, 200, Pagelow, 1981). Yapılan incelemeler sonucunda bulguların sözü edilen çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür.

Mevcut çalışmada, çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin kişilerin bugünkü psikolojik sağlıklarını etkilediği de şema ve öğrenme kuramları ve alan yazındaki pek çok çalışmayla (Teicher ve ark., 2006; Wegman & Stetler, 2009) uyumlu olacak şekilde bir kez daha gösterilmiştir. Daha önce de sözü edildiği üzere geçmiş yaşantılar ve günümüzdeki semptomlar arasındaki ilişkinin doğrudan olmadığı, başka faktörler tarafından da etkilediği düşünülmektedir. Kişilerin yaşamını pek çok yönden etkileme ihtimali olan yakın ilişki

şiddeti gibi bir sorunun da bu faktörlerden biri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Fulu ve ark., 2017; Li ve ark., 2020).

5.6.4.Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkide yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve başa çıkma çabaları seri aracılık etkisine sahip olacaktır.

Alan yazın incelendiğinde geçmişten gelen çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin kişilerin günümüzdeki yakın ilişkilerinde şiddet mağduru olma ihtimalini artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Berzenski & Yates, 2019). Buna ek olarak ilişkilerdeki şiddet mağduriyetinin kişilerde strese neden olarak başa çıkma çabalarını daha sık kullanmalarına yol açacağı öngörülmüştür. Ancak yapılan analizler başa çıkma değişkeninin diğer değişkenlerle ilişkili olmadığını göstermiştir. Bu nedenle başa çıkma çabaları değişkeni araştırma modelinden çıkarılmış ve dolayısıyla söz konusu hipotez desteklenmemiştir.

Başa çıkma değişkeninin çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile ilişkili olmaması kişilerin çocukluklarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerin güncel yakın ilişkilerinde yaşadıkları sorunlarla başa çıkmak için yeterince güçlü bir yordayıcı olmayabileceğini düşündürmektedir. Buna ek olarak söz konusu ilişkinin anlamlı olacağına işaret eden çalışmalarda uzaklaşma-kaçınan başa çıkma stratejilerinin daha yoğun kullanılacağına dair vurgu yapılmaktadır. Mevcut çalışmada ise başa çıkma stratejilerine göre ayırım yapmayan, tüm çabaları birlikte değerlendiren bir ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin bu özelliği nedeniyle uzaklaşma stratejilerinde bir artış varsa dahi diğer stratejilerle birlikte ölçüldüğünde gölgede kalmış olabileceği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak mevcut çalışmada ele alınan araştırma modelinde kadınların şiddet mağduriyetinin şiddet failliğinin çok güçlü bir yordayıcısı olduğu görülmüştür. Çalışmada ele alınan başa çıkma değişkeninin başka hiçbir değişkenle ilişkili çıkmamasının nedeninin bu çalışmada ele alınan örneklemin yakın ilişkilerinde maruz kaldıkları şiddetle başa çıkmak için psikolojik ve sosyal yöntemlerden ziyade şiddetle karşı

koymayı kullanmaları olduğu düşünölebilir. Bu düşünöcenin gelecek çalışmalarda derinlemesine incelenmesi gerekmektedir.

Başı çıkma çabaları değışkeninin mağduriyetle anlamlı olarak ilişkili olmaması katılımcıların mağduriyetleri ile ilgili daha derinlemesine incelemelerin gerekli olduğunu düşöndürmüştür. Araştırma verileri incelendiğinde, mağduriyet ve faillik puanlarının birbirine yakınlığı ve mağduriyetin faillik üzerindeki güçlü yordayıcı etkisi dikkat çekmektedir. Bu bilgiler ışığında örnekleme hâkim olan faillik tipinin şiddetle karşı koyma olabileceğı düşünölmektedir. Katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin başa çıkma stratejilerini etkilemediğine işaret eden bulguların, şiddetle karşı koyma olarak değerdendirilebilecek faillik türü ve mağduriyetin faillik üzerindeki etkisi ile açıklanabileceğı öne sürölebilir. Ancak bu açıklamanın daha ileri araştırmalarla incelenmesi gerekmektedir. Nitekim katılımcıların başa çıkma çabalarının faillikleri ile açıklanabilmesi için faillik ve başa çıkma çabaları arasındaki ilişkinin anlamlı olması gerekmektedir. Ancak araştırmaya hazırlık işlemleri failliğın de başa çıkma çabaları ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Bütün bunlar birlikte düşünöldüğünde başa çıkma çabaları değışkeninin ölçümü ile ilgili bir kısıtlılık olduğu sonucuna varılabilir. Kullanılan ölçeğın mevcut örnekleme Cronbach alfa değeri güvenilir aralıklarda olsa da ölçeğın geçerlik ve güvenilirliğının şiddet mağduru kadınlar örnekleminde daha ayrıntılı bir çalışma ile incelenmesi gerektiğı düşünölmektedir.

Bir başka açıdan düşünöldüğünde, transaksyonel model göz önüne alınarak kişilerin yaşadıkları olayları stres olarak deneyimlemeleri için olayları stresör olarak yorumlamaları gerekmektedir (Lazarus & Folkman, 1987). Bir başka deyişle yakın ilişki şiddeti mağduru kadınların mağduriyetlerinin başa çıkma çabalarına etki etmesi için mağduriyetlerini stresör olarak yorumlamaları gerekmektedir. Alan yazında model kapsamında ele alınan çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddeti mağduriyeti gibi sorunların kişilerin şiddeti olağan bir şey olarak yorumlama ve maruz kaldıkları sorunları minimize etme eğilimi

olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Berzenski & Yates, 2019; Wareham ve ark., 2009). Bu çalışmalar da göz önüne alındığında, öz bildirim ölçekleri ile yürütölmüş olan bu çalışmada şiddet mağduriyetinin diğer değişkenler üzerindeki etkileri incelenirken elde edilen bulguların dikkatle değerlendirilmesi gerektiği düşünölmektedir.

5.7.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Mevcut çalışma kadınların şiddet deneyimlerini çok yönlü olarak ve DEHB ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri gibi değişkenlerin karşılıklı etkileşimi ışığında inceleyerek bu değişkenlerin psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini ele almıştır. Oluşturulan model ile alan yazına önemli katkı sağlamış olsa da çalışmanın birtakım kısıtlılıkları da bulunmaktadır. İlk olarak araştırmacı katılımcılara kolayda örnekleme yoluyla ve çevrimiçi davetiyeler aracılığıyla ulaşmıştır. Ulaşılan kişiler bu nedenle Türkiye genel toplum örnekleminde farklılıklar içeriyor olabilir. Örneğin verilerin kâğıt kalem ölçekleri aracılığıyla toplanması okuma yazma bilmeyen, görme problemi ya da okuma güçlüğü yaşayan, internet kullanmayan katılımcılara ulaşılammaması örneklemin temsil ediciliğinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bu engellerin aşılabilmesi için görüşmecilerin katılımcılarla bire bir uygulama yaptığı bir yöntemin daha temsil edici sonuçlar vereceği öne sürölebilir. Buna ek olarak verilerin öz bildirim ölçekleri ile toplanmış olması da katılımcıların objektif deneyimlerinden ziyade deneyimlerine dair algıları ile çalışıldığını düşündörebilir. Her ne kadar katılımcıların algılarının önemli ve belirleyici olabileceği bilinse de (Ferraro & Johnson, 1983) özellikle yakın ilişki şiddeti ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri bağlamında oluşabilecek bilişsel etki ve yanlılıkların (Fisher ve ark., 2012; Nicholson & Lutz, 2017) söz konusu sorunların tam olarak anlaşılmasının önünde bir engel olabileceği düşünölmektedir.

Bir başka nokta olarak, DEHB semptomları ve psikolojik semptomlar için kullanılan ölçeklerin toplum örneklemlerine uygunluğunu gösteren güvenilirlik bulguları olsa da, şiddet

mağduru kadın örnekleminde geçerlik ve güvenirlikleri ile ilgili kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bunun da bir kısıtlılık olabileceği düşünülmektedir. Yanı sıra, DEHB ve psikolojik semptomlar gibi değişkenlerle diğer araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin kesitsel bir anket çalışması ile yeterli seviyede açıklanamayacağı, söz konusu ilişkilerin klinik ve klinik olmayan örneklemlemlerle, örneklemlemler arası karşılaştırmaya dayanan araştırma desenleriyle derinlemesine incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kısıtlılık olabilecek bir diğer nokta ise geçmişte olan ve geçmişten gelen çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve DEHB semptomları gibi değişkenlerin psikolojik semptomlar, yakın ilişki şiddeti gibi güncel değişkenlerle birlikte incelenmesidir.

Araştırmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması zamansal olarak aynı düzlemde bulunmayan bu değişkenlerin ilişkilerine dair yeterince net bir resim sunmamaktadır. Söz konusu değişkenler arasındaki ilişkileri daha iyi anlamak için boylamsal çalışmalar yapmanın elzem olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ilişkisel hipotezlere başvurmuş le yapılmış olmasından dolayı nedensel çıkarımlar yamaya imkân sağlamamasıdır. Bu nedenle araştırmanın deneysel tasarımlarla tekrarlanmasının bulguların geçerliliğini incelemek için gerekli olduğu düşünülmektedir.

Son olarak araştırmanın bir başka kısıtlılığının da araştırma değişkenlerinin öz bildirim ölçekleriyle ve yalnızca nicel olarak ölçülmesinden ileri geldiği söylenebilir. Bu noktada, daha önce de belirtildiği gibi travmatik deneyimlerin bilişi bozucu etkileri nedeniyle nicel ölçümün yetersiz kalabileceği Çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve yakın ilişki şiddetini derinlemesine görüşmelerle desteklemenin sorunların gerçek boyutunu anlamaya daha fazla yardımcı olabileceği düşünülebilir. Bir başka açıdan, İlerleyen çalışmalarda özellikle yakın ilişki şiddeti mağduriyeti ve failliği arasındaki ilişkinin motivasyon ve işlevlerini anlamak için nitel tekniklerle çalışmalar yapılabilceği düşünülmektedir.

5.8.Araştırmanın Güçlü Yanları

Yukarıda sözü edilen kısıtlılıklarının yanında çalışmanın güçlü yanlara da bulunmaktadır. Öncelikle mevcut çalışmada ele alınan değişkenler alan yazında sıkça ele alınan ve kişilerin hayatlarında çeşitli alanlar üzerinde etkileri bulunduğu bilinen değişkenlerdir. Çalışmada ele alınan bu değişkenlerin hemen her birinin bir diğeri ile ikili ilişkilerine dair çalışmalar yapılmıştır. Ancak değişkenlerin tamamını bir arada ele alan bir çalışma örneğine rastlanmamıştır. Kişilerin sağlıklarının bir bütün olduğunu savunan biyopsikososyal bakış açısına göre bu değişkenlerin bir arada ele alınmasının konu hakkında incelemeler yaparken önemlidir. Mevcut çalışmada incelenen modelin yakın ilişki şiddeti mağduru kadınların psikolojik sağlığını biyopsikososyal bir perspektiften ele almaya katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğeri güçlü yanı, alan yazında çocukluk çağı olumsuz deneyimleri, DEHB ve hem faillik hem mağduriyet olarak ele alınan şiddet deneyimleri arasındaki ikili ilişkilere daha detaylı ve bütüncül bir bakış açısı getirmesidir. Şöyle ki; alan yazındaki çalışmalarda çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve DEHB'nin hem faillik hem de mağduriyet ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Wymbs ve ark., 2017; Wymbs ve ark., 2019). Ancak bu çalışmaların katılımcıların cinsiyetine odaklanmadığı ve/ya kadınların şiddet deneyimini bütüncül olarak hem faillik hem mağduriyet kapsamında ele almadığı görülmektedir. Mevcut çalışmada kadınların şiddet deneyimleri hem mağduriyet hem de mağduriyet tarafından yordanan faillik olarak çok yönlü ele alınmış ve DEHB'nin faillik çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin ise mağduriyet puanlarını yordadığı görülmüştür. Bu bilginin alan yazın için önemli bir detaylandırma sağladığı düşünülmektedir.

Ek olarak şiddet mağduru kadınlar örnekleminde şiddet failliğinin en güçlü yordayıcısının şiddet mağduriyeti olması dikkat çekmektedir. Alan yazında bu bulguya ulaşmış çalışmalar olsa da, DEHB semptomları ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri gibi

değişkenlerin modele eklenmesiyle bu ilişkinin değişmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka deyişle, mevcut çalışma göstermiştir ki, toplum örneklemlerinde failliğin yordayıcısı olabilen DEHB semptomları ve çocukluk çağı olumsuz deneyimleri gibi bazı değişkenler şiddet mağduru kadınların failliğini açıklamakta mağduriyete kıyasla oldukça yetersiz kalmaktadır.

Son olarak çalışmada şiddet failliğinin mağduriyet ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkideki etkisinin alan yazında dikkate alınması gereken bir noktaya dikkat çektiği düşünülmektedir. Çalışma bulguları alan yazındaki diğer çalışmalarla benzer şekilde şiddet mağduriyetinin psikolojik sağlık üzerindeki doğrudan olumsuz etkilerini ortaya koymuştur. Ayrıca, şiddet mağduriyeti tarafından yordanan şiddet failliğinin bu olumsuz etkiyi zayıflatıldığını göstermiştir. Alan yazında bu dolaylı etkiyi inceleyen bilinen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle söz konusu bulgunun şiddet mağduru kadınların failliklerine dair yapılan çalışmaları bir adım ileri götürerek alan yazına katkı sağladığı ve gelecek çalışmalar için önemli bir araştırma sorusu oluşturduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry, 18*(3), 145-148.
- Ahmed, S. D., & Ali, U. (2019). The Predictive Relationship of Coping Styles with Psychological Well-Being in Women with Domestic Violence. *Pakistan Journal of Clinical Psychology, 18*(1).
- Allen, C. M., & Straus, M. A. (1980). Resources, power, and husband-wife violence. *The social causes of husband-wife violence*, 188-208.
- Amaya-Jackson, L. (2008). *Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse* (0031-4005).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, K. L. (1997). Gender, status, and domestic violence: An integration of feminist and family violence approaches. *Journal of Marriage and the Family*, 655-669.
- Antshel, K., Faraone, S., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2009). Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? *Psychological medicine, 39*(8), 1325-1335.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological bulletin, 126*(5), 651.
- Archer, J. (2006). Cross-cultural differences in physical aggression between partners: A social-role analysis. *Personality and social psychology review, 10*(2), 133-153.
- Arias, I., & Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and victims, 14*(1), 55-67.

- Arias, I. (2004). Report from the CDC. The legacy of child maltreatment: Long-term health consequences for women. *Journal of Women's Health, 13*(5), 468-473.
- Arrondo, G., Osorio, A., Magallón, S., Lopez-del Burgo, C., & Cortese, S. (2023). Attention-deficit/hyperactivity disorder as a risk factor for being involved in intimate partner violence and sexual violence: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 1*-10.
- Atkinson, M. P., Greenstein, T. N., & Lang, M. M. (2005). For women, breadwinning can be dangerous: Gendered resource theory and wife abuse. *Journal of Marriage and Family, 67*(5), 1137-1148.
- Atmaca, S., & Gençöz, T. (2016). Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child abuse & neglect, 52*, 85-93.
- Ayano, G., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry, 19*, 1-10.
- Azar, R., Paquette, D., Zoccolillo, M., Baltzer, F., & Tremblay, R. E. (2007). The association of major depression, conduct disorder, and maternal overcontrol with a failure to show a cortisol buffered response in 4-month-old infants of teenage mothers. *Biological psychiatry, 62*(6), 573-579.
- Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., & Yerington, T. P. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands. *J. Fam. Violence, 15*, 391.
- Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., & Yerington, T. P. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between

- secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands. *J. Fam. Violence*, 15, 391.
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ open*, 8(7), e019995.
- Bachman, R., & Carmody, D. C. (1994). Fighting fire with fire: The effects of victim resistance in intimate versus stranger perpetrated assaults against females. *Journal of Family Violence*, 9, 317-331.
- Bachman, R., & Carmody, D. C. (1994). Fighting fire with fire: The effects of victim resistance in intimate versus stranger perpetrated assaults against females. *Journal of Family Violence*, 9, 317-331.
- Bader, K., Schäfer, V., Nissen, L., & Schenkel, M. (2013). Heightened beta EEG activity during nonrapid eye movement sleep in primary insomnia patients with reports of childhood maltreatment. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 30(2), 188-198.
- Barkley, R. A., & Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: Implications for a clinical practice. *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*, 43-69.
- Barkley, R. A. (2015). Health problems and related impairments in children and adults with ADHD.
- Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., & Carlson, B. L. (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women's health issues*, 19(2), 94-100.
- Barrios, Y. V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M. B., Garcia, P. J., Sanchez, P. A. M., Sanchez, S. E., & Williams, M. A. (2015). Association of childhood physical

- and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PloS one*, 10(1), e0116609.
- Barrios, Y. V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M. B., Garcia, P. J., Sanchez, P. A. M., Sanchez, S. E., & Williams, M. A. (2015). Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PloS one*, 10(1), e0116609.
- Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Ben-Naim, S., Marom, I., Krashin, M., Gifter, B., & Arad, K. (2017). Life With a Partner with ADHD: The Moderating Role of Intimacy. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1365-1373. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0653-9>
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. W. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American journal of preventive medicine*, 25(1), 38-44.
- Bernhard, A., Mayer, J. S., Fann, N., & Freitag, C. M. (2021). Cortisol response to acute psychosocial stress in ADHD compared to conduct disorder and major depressive disorder: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 899-916.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132-1136.

- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2019). A developmental process analysis of the contribution of childhood emotional abuse to relationship violence. In *The Effect of Childhood Emotional Maltreatment on Later Intimate Relationships* (pp. 180-203).
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K., & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 150(12), 1792-1798.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.150.12.1792>
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry*, 159(1), 36-42.
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry research*, 177(3), 299-304.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C., & Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological medicine*, 42(3), 639-646.
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2019a). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 81-92.
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2019b). Adult ADHD, Emotion Dysregulation, and Functional Outcomes: Examining the Role of Emotion Regulation

- Strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 81-92.
<https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>
- Bogarín Azuaga, M. A., Gamarra Méreles, A. I., Bagnoli Peralta, A. L., Mongelós Gamarra, N. G., & González Ramírez, H. A. (2021). Dependencia emocional y distorsiones cognitivas en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Revista de la Sociedad Científica del Paraguay*, 26(2), 9-23. <https://doi.org/10.32480/rscp.2021.26.2.9>
- Bogarín Azuaga, M. A., Gamarra Méreles, A. I., Bagnoli Peralta, A. L., Mongelós Gamarra, N. G., & González Ramírez, H. A. (2021). Dependencia emocional y distorsiones cognitivas en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Revista de la Sociedad Científica del Paraguay*, 26(2), 9-23. <https://doi.org/10.32480/rscp.2021.26.2.9>
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York (Basic Books) 1988.
- Bowman, M. L. (1990). Coping efforts and marital satisfaction: Measuring marital coping and its correlates. *Journal of Marriage and the Family*, 463-474.
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence—18 US states/territories, 2005. *Annals of epidemiology*, 18(7), 538-544.
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child abuse & neglect*, 30(11), 1239-1255. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.008>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.

- Brown, T. E. (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 35-46.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological bulletin*, 99(1), 66.
- Bruner, M. R., Kuryluk, A. D., & Whitton, S. W. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom levels and romantic relationship quality in college students. *Journal of American College Health*, 63(2), 98-108.
- Buitelaar, N. J. L., Posthumus, J. A., & Buitelaar, J. K. (2020). ADHD in childhood and/or adulthood as a risk factor for domestic violence or intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(9), 1203-1214.
- Buitelaar, N. J. L., Posthumus, J. A., & Buitelaar, J. K. (2020). ADHD in Childhood and/or Adulthood as a Risk Factor for Domestic Violence or Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, 24(9), 1203-1214.
<https://doi.org/10.1177/1087054715587099>
- Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2018). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 66-82.
- Bunford, N., Wymbs, B. T., Dawson, A. E., & Shorey, R. C. (2017). Childhood maltreatment, emotional lability, and alcohol problems in young adults at-risk for ADHD: Testing moderation and moderated moderation. *Journal of psychoactive drugs*, 49(4), 316-325.
- Büyüksahin, A., & Bilecen, N. T. (2007). Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başaçıkma Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 47(2), 129-145.

- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence against women*, 14(8), 886-904.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157.
<https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>
- Canu, W. H., Tabor, L. S., Michael, K. D., Bazzini, D. G., & Elmore, A. L. (2014). Young Adult Romantic Couples' Conflict Resolution and Satisfaction Varies with Partner's Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Type. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(4), 509-524. <https://doi.org/10.1111/jmft.12018>
- Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2001). Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: gender comparisons for high frequency, injury, and fear. *Journal of family psychology*, 15(3), 425.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.

- Chou, W.-J., Liu, T.-L., Yang, P., Yen, C.-F., & Hu, H.-F. (2018). Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 25-34.
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M.-L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current Psychiatry Reports*, 21, 1-11.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American journal of psychiatry*, 147(7), 887-892.
- Ciydem, E., Ozturk, E., Usta, O., & Derin, G. (2023). The mediating role of resilience and perceived stress in the relationship between childhood traumas and depression in young adults. *Medicine Science*, 12(3).
- Clements, C. M., Sabourin, C. M., & Spiby, L. (2004). Dysphoria and Hopelessness Following Battering: The Role of Perceived Control, Coping, and Self-Esteem. *Journal of Family Violence*, 19(1), 25-36.
<https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000011580.63593.96>
- Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self-and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 437-452.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American journal of preventive medicine*, 23(4), 260-268.
- Combs, M. A., Canu, W. H., Broman-Fulks, J. J., Rocheleau, C. A., & Nieman, D. C. (2015). Perceived Stress and ADHD Symptoms in Adults. *Journal of Attention Disorders*, 19(5), 425-434. <https://doi.org/10.1177/1087054712459558>

- Corbisiero, S., Stieglitz, R.-D., Retz, W., & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 83-92.
- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and psychopathology*, 27(2), 521-533.
- Crawford, E., & Wright, M. O. D. (2007). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 93-116.
- Crawford, E., & Wright, M. O. D. (2014). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. In *Childhood Emotional Abuse* (pp. 93-116).
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M. L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current psychiatry reports*, 21, 1-11.
- Cunningham, A., Jaffe, P. G., Baker, L., Dick, T., Malla, S., Mazaheri, N., & Poisson, S. (1998). *Theory-derived explanations of male violence against female partners: Literature update and related implications for treatment and evaluation*. London Family Court Clinic London.
- Dahlberg, L. L., Krug, E. G., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. W. H. Organization. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Danese, A., & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 19(5), 544-554.

- Davis, D. A., Luecken, L. J., & Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood?: a meta-analytic review of the literature. *The Clinical journal of pain*, 21(5), 398-405.
- De Rossi, P., Pretelli, I., Menghini, D., D'Aiello, B., Di Vara, S., & Vicari, S. (2022). Gender-related clinical characteristics in children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 385.
- DeKeseredy, W. S., & Schwartz, M. D. (1998). Woman abuse on campus: Results from the Canadian national survey (p. 1998). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Descartes, R. (1984). *The Philosophical Writings of Descartes: Volume 2* (Vol. 2). Cambridge University Press.
- Descartes, R. (1984). *The Philosophical Writings of Descartes: Volume 2* (Vol. 2). Cambridge University Press.
- Dobash, R. E., & Dobash, R. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy* (Vol. 15). Free Press New York.
- Doğan, S., Öncü Çetinkaya, B., Saraçoğlu Varol, G., & Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77-87.
<https://app.trdizin.gov.tr/makale/T1RJNE5EWTI/eris>
- Douglas, E. M., & Straus, M. A. (2006). Assault and injury of dating partners by university students in 19 countries and its relation to corporal punishment experienced as a child. *European journal of criminology*, 3(3), 293-318.
- Dunn, J. L. (2005). Victims” and “survivors”: Emerging vocabularies of motive for “battered women who stay. *Sociological inquiry*, 75(1), 1-30.
- Dunn, J. L. (2005). Victims” and “survivors”: Emerging vocabularies of motive for “battered women who stay. *Sociological inquiry*, 75(1), 1-30.

- Dutton, D. G., & Painter, S. (1993). Emotional attachments in abusive relationships: A test of traumatic bonding theory. *Violence and victims*, 8(2), 105.
- Dutton, D. G., & 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., & Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and victims*, 8(4), 327-337.
- Dutton, D. G., & White, K. R. (2012). Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression and violent behavior*, 17(5), 475-481.
- Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships 1. *Journal of applied social psychology*, 24(15), 1367-1386.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000014>
- Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 1-10.
- Eckhardt, C. I., & Kassino, H. (1998). Articulated cognitive distortions and cognitive deficiencies in maritally violent men. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(3), 231-250.
- Ehrensaft, M. K., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2006). Is Domestic Violence Followed by an Increased Risk of Psychiatric Disorders Among Women But Not Among Men? A Longitudinal Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 885-892. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.885>

- Eigsti, I. M., & Cicchetti, D. (2004). The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months. *Developmental Science*, 7(1), 88-102.
- Enander, V. (2011). Leaving Jekyll and Hyde: Emotion work in the context of intimate partner violence. *Feminism & Psychology*, 21(1), 29-48.
- Endler, N., & Parker, J. D. (1999). Coping inventory for stressful situations.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Essien, E. A., Attoe, O. R., Anake, G. A., Uwah, E. E., Aigbomian, E. J., Eleazu, F. I., & Udofia, O. (2018). The childhood trauma questionnaire: validity, reliability and factor structure among adolescents in Calabar, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 27(3), 252-259.
- Fals-Stewart, W., Golden, J., & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1555-1574.
- Fang, X., Massetti, G. M., Ouyang, L., Grosse, S. D., & Mercy, J. A. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence. *Archives of general psychiatry*, 67(11), 1179-1186.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2000). Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. In (Vol. 20, pp. 568-581): Elsevier.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159-165.

- Farhud, D. D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian journal of public health*, 44(11), 1442.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Fawole, O. I. (2008). Economic violence to women and girls: Is it receiving the necessary attention? *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(3), 167-177.
- Feiring, C., Simon, V. A., Cleland, C. M., & Barrett, E. P. (2013). Potential Pathways From Stigmatization and Externalizing Behavior to Anger and Dating Aggression in Sexually Abused Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 309-322. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.736083>
- Fereidooni, R., Mootz, J., Sabaei, R., Khoshnood, K., Heydari, S. T., Moradian, M. J., Taherifard, E., Nasirian, M., & Molavi Vardanjani, H. (2023). The COVID-19 Pandemic, Socioeconomic Effects, and Intimate Partner Violence Against Women: A Population-Based Cohort Study in 2020, Iran. *American Journal of Public Health*, 113(2), 228-237. <https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306839>
- Ferraro, K. J., & Johnson, J. M. (1983). How women experience battering: The process of victimization. *Social problems*, 30(3), 325-339.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1986). Initial and long-term effects: A conceptual framework. *A sourcebook on child sexual abuse*, 180-198.
- Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Elstad, E. A., Hays, L., Henes, A., Maslow, G. R., & Velicer, C. (2017). Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: systematic reviews. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40842-017-0042-3>

- Fisher, H. L., Appiah-Kusi, E., & Grant, C. (2012). Anxiety and negative self-schemas mediate the association between childhood maltreatment and paranoia. *Psychiatry research, 196*(2-3), 323-324.
- Flemke, K. R., Underwood, J. W., & Allen, K. R. (2014). Childhood abuse and women's use of intimate partner violence: Exploring the role of complex trauma. *Partner abuse, 5*(1), 98-112.
- Flicker, S. M., Cerulli, C., Swogger, M. T., & Talbot, N. L. (2012). Depressive and Posttraumatic Symptoms Among Women Seeking Protection Orders Against Intimate Partners: Relations to Coping Strategies and Perceived Responses to Abuse Disclosure. *Violence Against Women, 18*(4), 420-436. <https://doi.org/10.1177/1077801212448897>
- Fong, V. C., Hawes, D., & Allen, J. L. (2019). A systematic review of risk and protective factors for externalizing problems in children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 149-167.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child maltreatment, 5*(3), 205-217.
- Foster, W. D. (2014). *A history of medical bacteriology and immunology*. Butterworth-Heinemann.
- Foster, W. D. (2014). *A history of medical bacteriology and immunology*. Butterworth-Heinemann.
- Fowler, D. N., & Hill, H. M. (2004). Social Support and Spirituality as Culturally Relevant Factors in Coping Among African American Women Survivors of Partner Abuse. *Violence Against Women, 10*(11), 1267-1282. <https://doi.org/10.1177/1077801204269001>

- Fox, G. L., Benson, M. L., DeMaris, A. A., & Van Wyk, J. (2002). Economic distress and intimate violence: Testing family stress and resources theories. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 793-807.
- Frick, M. A., Meyer, J., & Isaksson, J. (2023). The Role of Comorbid Symptoms in Perceived Stress and Sleep Problems in Adolescent ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(4), 1141-1151. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01320-z>
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American medical association*, 169(12), 1286-1296.
- Frieze, I. H., & Browne, A. (1989). Violence in marriage. *Crime and justice*, 11, 163-218.
- Fry, D., McCoy, A., & Swales, D. (2012). The consequences of maltreatment on children's lives: a systematic review of data from the East Asia and Pacific Region. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(4), 209-233.
- Fulu, E., Miedema, S., Roselli, T., McCook, S., Chan, K. L., Haardörfer, R., Jewkes, R., Fulu, E., Jewkes, R., Warner, X., Miedema, S., Roselli, T., Lang, J., Naved, R. T., Huque, H., Farah, S., Shuvra, M. M. R., Erken, A., Xiangxian, W., . . . Johnson, S. (2017). Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *The Lancet Global Health*, 5(5), e512-e522. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30103-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30103-1)
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31(2), 189-195.

- Gay, L. E., Harding, H. G., Jackson, J. L., Burns, E. E., & Baker, B. D. (2013). Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood emotional abuse and intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(4), 408-424.
- Genç, H. A., Yorguner, N., Bulut, S., Bulut, G. C., Aydemir, Ö., & Yazgan, Y. (2021). Validity and reliability of the Turkish version of the adult ADHD Self-Report Screening Scale for DSM-5. *Balkan medical journal*, 38(2), 111.
- Gencer, O., Ozbek, A., Bozabali, R., Cangar, S., & Miral, S. (2006). Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey. *Pediatric emergency care*, 22(12), 794-803.
- Giles-Sims, J. (1983). Wife battering: A systems theory approach.
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 211-236.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(1), 97-116.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Goldstein, S., & Ellison, A.-T. (2002). Research on Comorbidity, Adaptive Functioning, and Cognitive Impairments. In R. A. Barkley & M. Gordon (Eds.), *Clinician's Guide to Adult ADHD: Assessment and Intervention* (pp. 43-69). Academic Press.
- Goode, W. J. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 624-636.
- Goodman, L., Dutton, M. A., Weinfurt, K., & Cook, S. (2003). The intimate partner violence strategies index: Development and application. *Violence against women*, 9(2), 163-186.

- Grace, W. J., Wolf, S., & Wolff, H. G. (1950). Life situations, emotions and chronic ulcerative colitis. *Journal of the American medical association*, 142(14), 1044-1048.
- Gracia, E. (1995). Visible but unreported: A case for the “not serious enough” cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1083-1093.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2003). Intimate terrorism and common couple violence: A test of Johnson's predictions in four British samples. *Journal of interpersonal violence*, 18(11), 1247-1270.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Guendelman, M. D., Ahmad, S., Meza, J. I., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2016). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predicts intimate partner victimization in young women. *Journal of abnormal child psychology*, 44(1), 155-166.
- Gündüz, A., Yaşar, A. B., Gündoğmuş, İ., Savran, C., & Konuk, E. (2018). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirli çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 68-75.
- Hamberger, L. K. (1997). Female offenders in domestic violence: A look at actions in their context. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1(1), 117-129.
- Hartung, C. M., Canu, W. H., Serrano, J. W., Vasko, J. M., Stevens, A. E., Abu-Ramadan, T. M., Bodalski, E. A., Neger, E. N., Bridges, R. M., & Gleason, L. L. (2022). A new organizational and study skills intervention for college students with ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 411-424.
- Hébert, M., Daspe, M.-È., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2017). Sexual abuse and violence in dating relationships. *Criminologie (Montr)*, 50(1), 157-179.

- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710.
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. *World report on violence and health*, 87-121.
- Herbert, L. J., & Dahlquist, L. M. (2008). Perceived history of anaphylaxis and parental overprotection, autonomy, anxiety, and depression in food allergic young adults. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15, 261-269.
- Herrero, J., Torres, A., & Rodríguez, F. J. (2018). Child abuse, risk in male partner selection, and intimate partner violence victimization of women of the European Union. *Prevention Science*, 19, 1102-1112.
- Hines, D. A., Brown, J., & Dunning, E. (2007). Characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men. *Journal of Family Violence*, 22, 63-72.
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of affective disorders*, 232, 41-47.
- Hoffmann, E., & Scott, M. (1995). The revised International Standard Classification of Occupations (ISCO-88). In *Labour Statistics for A Market Economy: Challenges and Solutions in the Transition Countries of Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union* (pp. 189). Central European University Press.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1000.
- Hori, H., Teraishi, T., Ota, M., Hattori, K., Matsuo, J., Kinoshita, Y., Ishida, I., Nagashima, A., Koga, N., & Higuchi, T. (2014). Psychological coping in depressed outpatients:

- association with cortisol response to the combined dexamethasone/CRH test. *Journal of affective disorders*, 152, 441-447.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
[https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
[https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361.
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361.
- Hunt, T. K., Slack, K. S., & Berger, L. M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child abuse & neglect*, 67, 391-402.
- Hurwitz, E. J. H., Gupta, J., Liu, R., Silverman, J. G., & Raj, A. (2006). Intimate partner violence associated with poor health outcomes in US South Asian women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8, 251-261.
- Hyman, S. M., Paliwal, P., & Sinha, R. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of addictive behaviors*, 21(2), 233.

- Ihongbe, T. O., & Masho, S. W. (2018). Child sexual abuse and intimate partner violence victimization in adulthood: Sex-differences in the mediating influence of age of sexual initiation. *Journal of child sexual abuse*, 27(1), 53-69.
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 450-461.
- Jackson, M. A., Sippel, L. M., Mota, N., Whalen, D., & Schumacher, J. A. (2015). Borderline personality disorder and related constructs as risk factors for intimate partner violence perpetration. *Aggression and violent behavior*, 24, 95-106. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.015>
- Jaffe, P. G., Johnston, J. R., Crooks, C. V., & Bala, N. (2008). Custody disputes involving allegations of domestic violence: Toward a differentiated approach to parenting plans. *Family Court Review*, 46(3), 500-522.
- Jeffery, R. W., French, S. A., Forster, J. L., & Spry, V. M. (1991). Socioeconomic status differences in health behaviors related to obesity: the Healthy Worker Project. *International journal of obesity*, 15(10), 689-696.
- Jeon, Y.-J., Pyo, J., Park, Y.-K., & Ock, M. (2020). Health behaviors in major chronic diseases patients: trends and regional variations analysis, 2008–2017, Korea. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09940-7>
- Johnson, K. A., & Lynch, S. M. (2013). Predictors of maladaptive coping in incarcerated women who are survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 28, 43-52.
- Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the National Violence Against Women Survey. *Journal of family issues*, 26(3), 322-349.

- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 283-294.
- Johnson, M. P. (2001). Conflict and control: Symmetry and asymmetry in domestic violence. *Couples in conflict, Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum*.
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against women*, 12(11), 1003-1018.
- Johnson, M. P. (2006a). Apples and oranges in child custody disputes: Intimate terrorism vs. situational couple violence. *Journal of Child Custody*, 2(4), 43-52.
- Johnson, M. P. (2006b). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against women*, 12(11), 1003-1018.
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Northeastern University Press.
- Johnston, J. R., & Campbell, L. E. (1993). A clinical typology of interparental violence in disputed-custody divorces. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 190-199.
- Kadioğlu, H., Ergün, A., & Yıldız, A. (2013). Screening of mental health problems with GHQ-28 in a sample of Turkish community dwelling adult people. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 3(3).
- Kaplaner, K., & Satan, A. (2020). Evli Bireylerin Çok Boyutlu Başa Çıkma Biçimleriyle Evliliklerinde Çatışma Yaşama Durumları Arasındaki İlişki. *Aile Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 3, 32.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., Wyckoff, S., Twomey, H., Goldin, J., & Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 311.

- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476-499. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x>
- Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C., & Rawlings, E. I. (1995). Incidence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Shelter and Community Samples. *Journal of interpersonal violence*, 10(1), 43-55.
<https://doi.org/10.1177/088626095010001003>
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., & Spencer, T. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Klostermann, K. C., & Fals-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and violent behavior*, 11(6), 587-597.
- Kocot, T., & Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in battered women's mental health. *Violence against women*, 9(3), 323-346.
- Kooij, J., Ackerlin, L., & Buitelaar, J. (2001). Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 145(31), 1498-1501.

- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., . . . Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-67>
- Kraan, T. C., Velthorst, E., Themmen, M., Valmaggia, L., Kempton, M. J., McGuire, P., Van Os, J., Rutten, B. P., Smit, F., & De Haan, L. (2018). Child maltreatment and clinical outcome in individuals at ultra-high risk for psychosis in the EU-GEI high risk study. *Schizophrenia bulletin*, 44(3), 584-592.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.20288>
- Krueger, P. M., & Chang, V. W. (2008). Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *American Journal of Public Health*, 98(5), 889-896.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Kwong, M. J., Bartholomew, K., & Dutton, D. G. (1999). Gender differences in patterns of relationship violence in Alberta. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 31(3), 150.
- Kılıç, C., Rezaki, M., Rezaki, B., Kaplan, I., Özgen, G., Sagduyu, A., & Öztürk, M. (1997). General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 327-331.

- Kılıç, C. (1996). Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
- Lambez, B., Harwood-Gross, A., Golumbic, E. Z., & Rassovsky, Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 120, 40-55.
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of personality Disorders*, 10(3), 247-259.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Lee, J., Pomeroy, E. C., & Bohman, T. M. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*, 22, 709-720.
- Leisenring, A. (2006). Confronting “victim” discourses: The identity work of battered women. *Symbolic interaction*, 29(3), 307-330.
- Levinson, D. (1988). *Family violence from a cross-cultural perspective*. Springer.
- Lewis, C. S., Griffing, S., Chu, M., Jospitre, T., Sage, R. E., Madry, L., & Primm, B. J. (2006). Coping and violence exposure as predictors of psychological functioning in domestic violence survivors. *Violence against women*, 12(4), 340-354.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 88, 212-224.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2020). A meta-analysis of childhood maltreatment and intimate partner violence perpetration. *Aggression and violent behavior*, 50, 101362.

- Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2010). Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and victims*, 25(5), 604-616.
- Maas, C. D., Fleming, C. B., Herrenkohl, T. I., & Catalano, R. F. (2010). Childhood predictors of teen dating violence victimization. *Violence and victims*, 25(2), 131-149.
- Macmillan, R., & Gartner, R. (1999). When she brings home the bacon: Labor-force participation and the risk of spousal violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 947-958.
- Maguire, S. (2010). Which injuries may indicate child abuse? *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice*, 95(6), 170-177.
<https://doi.org/10.1136/adc.2009.170431>
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in mental health nursing*, 33(3), 149-156.
- Maloney, M. A., Eckhardt, C. I., & Oesterle, D. W. (2023). Emotion regulation and intimate partner violence perpetration: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 100, 102238.
- Mauricio, A. M., Tein, J.-Y., & Lopez, F. G. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and victims*, 22(2), 139-157.
- Mauricio, A. M., Tein, J.-Y., & Lopez, F. G. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and victims*, 22(2), 139-157.
- McClure, M. M., & Parmenter, M. (2020). Childhood Trauma, Trait Anxiety, and Anxious Attachment as Predictors of Intimate Partner Violence in College Students. *Journal of*

interpersonal violence, 35(23-24), 6067-6082.

<https://doi.org/10.1177/0886260517721894>

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179.

McFarlane, J., Willson, P., Malecha, A., & Lemmey, D. (2000). Intimate partner violence: A gender comparison. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(2), 158-169.

McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647-1658.

Melton, H. C., & Belknap, J. (2003). He hits, she hits: Assessing gender differences and similarities in officially reported intimate partner violence. *Criminal Justice and Behavior*, 30(3), 328-348.

Mendez, B., Bozzay, M., & Verona, E. (2021). Internalizing and externalizing symptoms and aggression and violence in men and women. *Aggressive behavior*, 47(4), 439-452.

Messing, J. T., La Flair, L., Cavanaugh, C. E., Kanga, M. R., & Campbell, J. C. (2012). Testing Posttraumatic Stress as a Mediator of Childhood Trauma and Adult Intimate Partner Violence Victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(7), 792-811. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.686963>

Miller, S. (2005). *Victims as offenders: The paradox of women's violence in relationships*. Rutgers University Press.

Millett, L. S., Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Petra, M. (2013). Child maltreatment victimization and subsequent perpetration of young adult intimate partner violence: An exploration of mediating factors. *Child maltreatment*, 18(2), 71-84.

- Min, D., & Cho, E. (2018). Associations among health behaviors, body mass index, hypertension, and diabetes mellitus: A path analysis. *Medicine*, 97(22).
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 637-646.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00150>
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., Ahmadi, A., Alavi, S.-S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and its comorbidities in a population-based sample. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1058-1067.
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Moritz, S., Jahns, A. K., Schröder, J., Berger, T., Lincoln, T. M., Klein, J. P., & Göritz, A. S. (2016). More adaptive versus less maladaptive coping: What is more predictive of symptom severity? Development of a new scale to investigate coping profiles across different psychopathological syndromes. *Journal of affective disorders*, 191, 300-307.
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent

- internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25, 53-63.
- Murphy, J., Shevlin, M., Houston, J., & Adamson, G. (2012). A population based analysis of subclinical psychosis and help-seeking behavior. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 360-367.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive psychiatry*, 37(6), 393-401.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., ... & Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137-146.
- Nguyen, T. P., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2017). Childhood abuse and later marital outcomes: Do partner characteristics moderate the association? *Journal of family psychology*, 31(1), 82.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2009). *The essentials of family therapy*. Pearson/Allyn and Bacon Publishers.
- Nicholson, S. B., & Lutz, D. J. (2017). The importance of cognitive dissonance in understanding and treating victims of intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(5), 475-492.
- Nicholson, S. B., & Lutz, D. J. (2017). The Importance of Cognitive Dissonance in Understanding and Treating Victims of Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(5), 475-492.
- <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1314989>

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Kordon, A., Seifert, J., Wildt, B. T., Wiese, B., Ziegenbein, M., Emrich, H. M., & Schneider, U. (2007). Nicotine and alcohol dependence in patients with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol & Alcoholism*, 42(6), 539-543.
- Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social science & medicine*, 195, 42-49.
- Oliveros, A. D., & Coleman, A. S. (2021). Does emotion regulation mediate the relation between family-of-origin violence and intimate partner violence? *Journal of interpersonal violence*, 36(19-20), 9416-9435.
- Osofsky, J. D., Stepka, P. T., & King, L. S. (2017). Treating infants and young children impacted by trauma: Interventions that promote healthy development. *American Psychological Association*.
- Overbey, G. A., Snell Jr, W. E., & Callis, K. E. (2011). Subclinical ADHD, stress, and coping in romantic relationships of university students. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 67-78.
- Öster, C., Ramklint, M., Meyer, J., & Isaksson, J. (2020). How do adolescents with ADHD perceive and experience stress? An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(2), 123-130.
- Paek, S. H., Abdulla, A. M., & Cramond, B. (2016). A meta-analysis of the relationship between three common psychopathologies—ADHD, anxiety, and depression—and indicators of little-c creativity. *Gifted Child Quarterly*, 60(2), 117-133.

- Pagelow, M. D. (1981). *Woman-battering: Victims and their experiences* (Vol. 129). SAGE Publications, Incorporated.
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. McGraw-hill education (UK).
- Panter-Brick, C. (2010). Conflict, violence and health. *Social science & medicine*, 70(1), 1-168.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135(1), 17-36.
- Paradis, A., & Boucher, S. (2010). Child maltreatment history and interpersonal problems in adult couple relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 138-158.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Springer Publishing Company.
- Penfold, P. S. (1989). Family therapy: Critique from a feminist perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(4), 311-315.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, 25, 551-603.
- Perlman, M. R., Dawson, A. E., Dardis, C. M., Egan, T., & Anderson, T. (2016). The association between childhood maltreatment and coping strategies: The indirect effect through attachment. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(5), 156-171.
- Perrigo, J. L., Berkovits, L. D., Cederbaum, J. A., Williams, M. E., & Hurlburt, M. S. (2018). Child abuse and neglect re-report rates for young children with developmental delays. *Child abuse & neglect*, 83, 1-9.

- Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 339-349.
- Pfaff, A., Jud, A., & Schlarb, A. (2021). Systematic review on the association between sleep-related hyperarousal and child maltreatment. *Sleep medicine*, 84, 219-226.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Pollina, L. K., & Snell Jr, W. E. (1999). Coping in intimate relationships: Development of the multidimensional intimate coping questionnaire. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(1), 133-144.
- Porter, R., & Crosby, A. W. (1998). The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. *Nature*, 391(6664), 241-241.
- Porter, R., & Crosby, A. W. (1998). The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. *Nature*, 391(6664), 241-241.
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), 27250.
- Randazzo, W. T., Dockray, S., & Susman, E. J. (2008). The stress response in adolescents with inattentive type ADHD symptoms. *Child psychiatry and human development*, 39, 27-38.
- Randle, A. A., & Graham, C. A. (2011). A review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men. *Psychology of men & masculinity*, 12(2), 97.

- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319-345.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A., & Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological psychiatry*, 58(2), 125-131.
- Rich, C. L., Gidycz, C. A., Warkentin, J. B., Loh, C., & Weiland, P. (2005). Child and adolescent abuse and subsequent victimization: A prospective study. *Child abuse & neglect*, 29(12), 1373-1394.
- Rich-Edwards, J. W., Spiegelman, D., Hibert, E. N. L., Jun, H.-J., Todd, T. J., Kawachi, I., & Wright, R. J. (2010). Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *American journal of preventive medicine*, 39(6), 529-536.
- Rizo, C. F., Givens, A., & Lombardi, B. (2017). A systematic review of coping among heterosexual female IPV survivors in the United States with a focus on the conceptualization and measurement of coping. *Aggression and violent behavior*, 34, 35-50.
- Robertson, E. L., Walker, T. M., & Frick, P. J. (2020). Intimate partner violence perpetration and psychopathy: A comprehensive review. *European Psychologist*.
- Rodriguez, N., Kemp, H. V., & Foy, D. W. (1998). Posttraumatic stress disorder in survivors of childhood sexual and physical abuse: A critical review of the empirical research. *Journal of child sexual abuse*, 7(2), 17-45.
- Rothman, E. F., Stuart, G. L., Greenbaum, P. E., Heeren, T., Bowen, D. J., Vinci, R., Baughman, A. L., & Bernstein, J. (2011). Drinking style and dating violence in a sample of urban, alcohol-using youth. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(4), 555-566.

- Ruiz, A. L., & Font, S. A. (2020). Role of childhood maltreatment on weight and weight-related behaviors in adulthood. *Health psychology, 39*(11), 986.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). *Child abuse and neglect by parents and other caregivers* (World Report on Violence and Health, Issue. Author.
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). *Child abuse and neglect by parents and other caregivers* (World Report on Violence and Health, Issue. Author.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development, 47*, 440-458.
- Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2014). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(5), 436-445.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1). lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1). lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
- Sanderud, K., Murphy, S., & Elklit, A. (2016). Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *European journal of psychotraumatology, 7*(1), 32061.
- Sar, V., Ozturk, E., & Ikiardes, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi, 32*(4).
- Sarver, D. E., McCart, M. R., Sheidow, A. J., & Letourneau, E. J. (2014). ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(12), 1345-1353.

- Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Current opinion in psychiatry*, 24(6), 514-518.
- Schoenfelder, E. N., & Kollins, S. H. (2016). Topical review: ADHD and health-risk behaviors: toward prevention and health promotion. *Journal of pediatric psychology*, 41(7), 735-740.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). *Washington, DC: US Department of Health and Human Services*, 9, 2010.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23(1), 407-412.
- Sellers, C. S., Cochran, J. K., & Branch, K. A. (2005). Social learning theory and partner violence: A research note. *Deviant Behavior*, 26(4), 379-395.
- Sellers, R., Harold, G., Smith, A., Neiderhiser, J., Reiss, D., Shaw, D., Natsuaki, M., Thapar, A., & Leve, L. (2021). Disentangling nature from nurture in examining the interplay between parent–child relationships, ADHD, and early academic attainment. *Psychological medicine*, 51(4), 645-652.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The journal of clinical endocrinology*, 6(2), 117-230.
- Selye, H. (1950). The physiology and pathology of exposure to stress.
- Selye, H. (1951). *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann.
- Snyder, J. A. (2015). The link between ADHD and the risk of sexual victimization among college women: Expanding the lifestyles/routine activities framework. *Violence against women*, 21(11), 1364-1384.

- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of global health, 11*.
- Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R., & Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of violence, 9*(1), 1.
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., Palmer, M., & Vail, S. L. (2024). Mental and Physical Health Correlates for Emotional Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 41-53.
<https://doi.org/10.1177/15248380221137686>
- Stark, E., & Flitcraft, A. (1996). *Women at risk: Domestic violence and women's health*. Sage Publications.
- Statistics Canada. (2001). Family violence in Canada: A statistical profile 2001. Ottawa, Canada: Minister of Industry.
- Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C., & Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina, 25*(1), 0-16.
- Stern, A., Agnew-Blais, J., Danese, A., Fisher, H. L., Jaffee, S. R., Matthews, T., Polanczyk, G. V., & Arseneault, L. (2018). Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child abuse & neglect, 81*, 274-285.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(3), 345-355.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Storr, C. L., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 119-125.
- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Asplund, L. M. (1990). Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. In: Springer.
- Street, A. E., Gibson, L. E., & Holohan, D. R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(3), 245-252.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Hellmuth, J. C., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2006). Reasons for intimate partner violence perpetration among arrested women. *Violence against women*, 12(7), 609-621.
- Stubbs, A., & Szoek, 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.
- Swan, S. C., & Snow, D. L. (2002). A typology of women's use of violence in intimate relationships. *Violence against women*, 8(3), 286-319.
- Swan, S. C., & Snow, D. L. (2003). Behavioral and psychological differences among abused women who use violence in intimate relationships. *Violence against women*, 9(1), 75-109.

- Şar, V., & Türk-Kurtça, T. (2021). The vicious cycle of traumatic narcissism and dissociative depression among young adults: a trans-diagnostic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(5), 502-521.
- Taft, C. T., Resick, P. A., Panuzio, J., Vogt, D. S., & Mechanic, M. B. (2007). Examining the correlates of engagement and disengagement coping among help-seeking battered women. *Violence and Victims*, 22(1), 3-17.
- Taşkale, N., & Babcock, J. (değerlendirmede). Intimate partner violence victim typologies: An inquiry with violence antecedents and coping as predictors. *Violence and Gender*.
- Taşkale, N., & Soygüt, G. (2017). Risk factors for women's intimate partner violence victimization: An examination from the perspective of the schema therapy model. *Journal of Family Violence*, 32, 3-12.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, 17(10), 652-666.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 993-1000.
- The constitution of the world health organization*. (1946). World Health Organization. Retrieved 17.07.2023 from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Tıraş, Ü., Dilli, D., Dallar, Y., & Oral, R. (2009). Evaluation and follow-up of cases diagnosed as child abuse and neglect at a tertiary hospital in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 39(6), 969-977.
- Tonmyr, L., Thornton, T., Draca, J., & Wekerle, C. (2010). A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews*, 6(3), 223-234.

- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental review*, 15(3), 311-337.
- TÜİK. (2023). *İstatistiklerle Kadın* <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Kadin-2023-53675>
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2022). Child Maltreatment 2020. Available from <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>.
- Ulloa, E. C., Baerresen, K., & Hokoda, A. (2009). Fear as a mediator for the relationship between child sexual abuse and victimization of relationship violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(8), 872-885.
- Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social science & medicine*, 34(8), 907-917.
- United Nations Fund for Women (UNIFEM). (1999). A world free of violence against women (U.N. global videoconference). New York
- Unnever, J. D., & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of interpersonal violence*, 18(2), 129-147.
- Ursin, H. (1980). Personality, Activation and Somatic Health a New Psychosomatic Theory. In: Levine, S., Ursin, H. (eds) *Coping and Health*. NATO Conference Series, vol 12. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-1042-6_13
- Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review. *Psychiatry research*, 291, 113151.

- Van der Kolk, B. A., Hostetler, A., Herron, N., & Fisler, R. E. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 715-730.
- Vidlock, E. J., Adeyemo, M., Licudine, A., Hirano, M., Ohning, G., Mayer, M., Mayer, E. A., & Chang, L. (2009). Childhood trauma is associated with hypothalamic-pituitary-adrenal axis responsiveness in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 137(6), 1954-1962.
- Wake, A. D., & Kandula, U. R. (2022). The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during COVID-19 pandemic—"The shadow pandemic": A review of cross-sectional studies. *Women's Health*, 18, 17455057221095536.
- Walker, H. E., & Wamser-Nanney, R. (2022). Revictimization risk factors following childhood maltreatment: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380221093692.
- Walker, L. A. (1984). Battered women, psychology, and public policy. *American psychologist*, 39(10), 1178.
- Walker, L. A. (1984). Battered women, psychology, and public policy. *American psychologist*, 39(10), 1178.
- Wareham, J., Boots, D. P., & Chavez, J. M. (2009). Social learning theory and intimate violence among men participating in a family violence intervention program. *Journal of Crime and Justice*, 32(1), 93-124.
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine*, 71(8), 805-812.
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine*, 71(8), 805-812.

- Wekerle, C., Leung, E., Wall, A.-M., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N., & Waechter, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child abuse & neglect*, 33(1), 45-58.
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, D. L., Pittman, A.-L., Glickman, A., & Loyal, B. E. (2001). Childhood maltreatment, posttraumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: Considering the value of adolescent perceptions of abuse and a trauma mediational model. *Development and psychopathology*, 13(4), 847-871.
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD: An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 1-16.
- White, H. R., & Widom, C. S. (2003). Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: The mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. *Aggressive behavior: Official journal of the international society for research on aggression*, 29(4), 332-345.
- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., ... & Mantovani, N. (2024). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 494-511.
- Wicke, F. S., Güthlin, C., Mergenthal, K., Gensichen, J., Löffler, C., Bickel, H., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., Weyerer, S., & Wiese, B. (2014). Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Family Practice*, 15(1), 1-11.
- Wicke, F. S., Güthlin, C., Mergenthal, K., Gensichen, J., Löffler, C., Bickel, H., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., Weyerer, S., & Wiese, B. (2014). Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Family Practice*, 15(1), 1-11.

- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 49-56.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244(4901), 160-166.
- Wilens, T. E. (2007). The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 4.
- Wolf, S., & Wolff, H. G. (1943). The gastric mucosa, "Gastritis" and ulcer. *The American Journal of Digestive Diseases*, 10(1), 23-28.
- Wolf, S. (1950). Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects—the pharmacology of placebos. *The Journal of Clinical Investigation*, 29(1), 100-109.
- Wolfe, D. A., & McGee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Development and psychopathology*, 6(1), 165-181.
- World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women (No. 9240022252)
- World Health Organization (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.
- Wu, Z., Liu, Z., Jiang, Z., Fu, X., Deng, Q., Palaniyappan, L., Xiang, Z., Huang, D., & Long, Y. (2022). Overprotection and overcontrol in childhood: An evaluation on reliability and validity of 33-item expanded Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33), Chinese version. *Asian Journal of Psychiatry*, 68, 102962.
- Wymbs, B., Molina, B., Pelham, W., Cheong, J., Gnagy, E., Belendiuk, K., Walther, C., Babinski, D., & Waschbusch, D. (2012). Risk of intimate partner violence among

- young adult males with childhood ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(5), 373-383.
- Wymbs, B. T., & Gidycz, C. A. (2021). Examining link between childhood ADHD and sexual assault victimization. *Journal of Attention Disorders*, 25(11), 1612-1622.
- Wymbs, B. T., & Molina, B. S. (2015). Integrative couples group treatment for emerging adults with ADHD symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 161-171.
- Wymbs, B. T., Dawson, A. E., Egan, T. E., & Sacchetti, G. M. (2019). Rates of intimate partner violence perpetration and victimization among adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 949-958.
- Wymbs, B. T., Dawson, A. E., Suhr, J. A., Bunford, N., & Gidycz, C. A. (2017). ADHD symptoms as risk factors for intimate partner violence perpetration and victimization. *Journal of interpersonal violence*, 32(5), 659-681.
- Wymbs, B. T., Walther, C. A., Cheong, J., Belendiuk, K. A., Pedersen, S. L., Gnagy, E. M., Pelham Jr, W. E., & Molina, B. S. (2014). Childhood ADHD potentiates the association between problematic drinking and intimate partner violence. *Journal of Attention Disorders*, 21(12), 997-1008.
- Wymbs, B. T., Walther, C. A., Cheong, J., Belendiuk, K. A., Pedersen, S. L., Gnagy, E. M., Pelham Jr, W. E., & Molina, B. S. (2017). Childhood ADHD potentiates the association between problematic drinking and intimate partner violence. *Journal of Attention Disorders*, 21(12), 997-1008.
- Wymbs, B. T. (2021). Investigating self-control resource depletion as a situational risk factor for aversive interpartner communication by young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 25(2), 199-208.
- Yan, E., & Karatzias, T. (2020). Childhood abuse and current intimate partner violence: A population study in Hong Kong. *Journal of interpersonal violence*, 35(1-2), 233-251.

- Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y., & Fukui, K. (2005). Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5), 533-538.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Young, S., & Bramham, J. (2012). *Cognitive-behavioural therapy for ADHD in adolescents and adults: A psychological guide to practice*. John Wiley & Sons.
- Young, S., & Myanthi Amarasinghe, J. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 116-133.
- Young, S., Gudjonsson, G. H., Wells, J., Asherson, P., Theobald, D., Oliver, B., Scott, C., & Mooney, A. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder and criminal incidents in a Scottish prison population. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 265-269.
- Young, S., Khondoker, M., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., Olafsdottir, H., & Gudjonsson, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological medicine*, 45(13), 2793-2804.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.
- Yüksel-Kaptanoğlu, İ., & Çavlin, A. (2015). *Kadına Yönelik Şiddet Yaygınlığı*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık
- Ziglio, E., Currie, C., & Rasmussen, V. B. (2004). The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *Journal of School Health*, 74(6), 204-206.

EKLER

EK 1. Gözden Geçirilmiş Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği

Bir çiftin ne kadar iyi geçinseler de karşılarındaki kişiye sinirlendikleri, karşı taraftan farklı şeyler istedikleri ya da sadece yorgun, moralleri bozuk olduğu için tartıştıkları, kavga ettikleri zamanlar olacaktır/olabilir. Çiftler farklılıklarından kaynaklanan bu tip durumları çeşitli şekillerde çözmeye çalışırlar. Aşağıdaki liste, aranızda farklılıklar olduğunda olabilecekler hakkındadır. Lütfen, geçtiğimiz yıl içerisinde sizin ve eşinizin listedekileri ne kadar yaptığınızı işaretleyiniz. Eğer bunlardan birini geçtiğimiz yıl içinde yaşamadınız ama önceki yıllarda yaşadysanız 7'yi işaretleyiniz.									
		1 kere	2 kere	3-5 kere	6-10 kere	11- 20 kere	20'den fazla kere	Son bir yıldan daha önce	Hiç
1	Partnerimle/Eşimle görüş ayrılığımız olmasına karşın ona ilgi gösterdim.								
2	Partnerimle/Eşimle görüş ayrılığımız olsa bile bana ilgi gösterdi.								
3	Partnerimle/Eşimle anlaşılamadığımız konularda beni rahatsız eden durumu ona açıkladım.								
4	Partnerimle/Eşimle anlaşılamadığımız konularda partnerim/eşim onu rahatsız eden durumu bana açıkladı.								
5	Partnerime/Eşime hakaret ya da küfür ettim.								
6	Partnerim/Eşim bana hakaret ya da küfür etti								
7	Partnerime/Eşime onu yaralayabilecek bir eşya fırlattım.								
8	Partnerim/Eşim bana, beni yaralayabilecek bir eşya fırlattı.								
9	Partnerim/Eşimin kolunu burktum ya da saçını çektim.								
10	Partnerim/Eşim benim kolumu burktu ya da saçımı çekti.								
11	Kavgamızın sonucunda partnerim/eşimin vücudunda incinme, çürük ya da ufak kesikler oldu.								
12	Kavgamızın sonucunda benim vücudumda incinme, çürük ya da ufak kesikler oldu.								
13	Herhangi bir durum/olay karşısında partnerimin/eşimin duygularına saygı gösterdim.								
14	Herhangi bir durum/olay karşısında partnerim/eşim benim duygularıma saygı gösterdi.								
15	Partnerimi/Eşimi prezervatif kullanmadan ilişkiye girmek için zorladım.								

		1 kere	2 kere	3-5 kere	6-10 kere	11- 20 kere	20'den fazla kere	Son bir yıldan daha önce	Hiç
16	Partnerim/Eşim prezervatif kullanmadan ilişkiye girmek için beni zorladı.								
17	Partnerim/Eşimi ittim ya da sarstım.								
18	Partnerim/Eşim beni itti ya da sarstı.								
19	Oral ya da anal ilişkiye girmek için partnerime/eşime karşı güç kullandım (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).								
20	Oral ya da anal ilişkiye girmek için partnerim/eşim bana karşı güç kullandı (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).								
21	Partnerime/Eşime silah ya da bıçak çektim.								
22	Partnerim/Eşim bana silah ya da bıçak çektirdi.								
23	Kavga sırasında partnerim/eşimin başına vurduğum için baygınlık geçirdi.								
24	Kavga sırasında partnerim/eşim başıma vurduğu için baygınlık geçirdim.								
25	Partnerimi/Eşimi şişko ya da çirkin diye çağırdım.								
26	Partnerim/Eşim beni şişko ya da çirkin diye çağırdı.								
27	Partnerimi/Eşimi yumrukladım ya da onu yaralayabilecek bir eşya ile vurdum.								
28	Partnerim/Eşim beni yumrukladı ya da beni yaralayabilecek bir eşya ile vurdu.								
29	Partnerime/Eşime ait herhangi bir eşyaya zarar verdim.								
30	Partnerim/Eşim bana ait herhangi bir eşyaya zarar verdi.								
31	Partnerimle /Eşimle kavgamızın sonucunda partnerimin doktora gitmesi gerekti.								
32	Partnerimle/Eşimle kavgamızın sonucunda doktora gitmem gerekti.								
33	Partnerim/Eşimin boğazını sıktım.								
34	Partnerim/Eşim benim boğazımı sıktı.								
35	Partnerime/Eşime karşı sesimi yükselttim/bağırdım.								
36	Partnerim/Eşim bana karşı sesini yükseltti/bağırdı.								
37	Partnerim/Eşimi duvara vurdum/çarptım.								

		1 kere	2 kere	3-5 kere	6-10 kere	11- 20 kere	20'den fazla kere	Son bir yıldan daha önce	Hiç
38	Partnerim/Eşim beni duvara vurdu/çarptı.								
39	Partnerime/Eşıme aramızdaki sorunu çözebileceğimizden emin olduğumu söyledim.								
40	Partnerim/Eşim bana aramızdaki sorunu çözebileceğimizden emin olduğunu söyledi.								
41	Partnerimle/Eşimle yaşadığımız bir kavga sonucunda onun doktora gitmesi gerekti ama gitmedi								
42	Partnerimle/Eşimle yaşadığımız bir kavga sonucunda doktora gitmem gerekti ama gitmedim.								
43	Partnerim/Eşimi dövdüm.								
44	Partnerim/Eşim beni dövdü.								
45	Partnerim/Eşimi zorla alıkoydum.								
46	Partnerim/Eşim beni zorla alıkoydu.								
47	Cinsel ilişkiye girmesi için partnerime/eşıme karşı güç kullandım (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).								
48	Cinsel ilişkiye girmem için partnerim/eşim bana karşı güç kullandı (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).								
49	Tartışma sırasında odayı, evi ya da bulunduğumuz mekânı terk ettim.								
50	Tartışma sırasında odayı, evi ya da bulunduğumuz mekânı terk etti.								
51	Partnerim/Eşim istemediği zaman cinsel ilişkiye girmesi için ısrar ettim (fiziksel güç kullanmadan).								
52	Partnerim/Eşim istemediğim zaman cinsel ilişkiye girmem için bana ısrar etti (fiziksel güç kullanmadan).								
53	Partnerime/Eşıme tokat attım.								
54	Partnerim/Eşim bana tokat attı.								
55	Partnerimle/Eşimle kavgamız sonucunda onun kemiği kırıldı.								
56	Partnerimle/Eşimle kavgamız sonucunda kemiğim kırıldı.								
57	Partnerim/Eşimi oral ya da anal ilişkiye girmesi için zarar vermekle tehdit ettim.								
58	Partnerim/Eşim oral ya da anal ilişkiye girmek için zarar vermekle tehdit etti.								
59	Arkadaşım ile anlaşamadığımız bir durumda alttan alarak ona uzlaşmayı önerdim.								

		1 kere	2 kere	3-5 kere	6-10 kere	11- 20 kere	20'den fazla kere	Son bir yıldan daha önce	Hiç
60	Arkadaşım, anlaşılmadığımız bir durumda alttan alarak bana uzlaşmayı önerdi.								
61	Partnerimi/Eşimi bilerek yaktım / haşladım.								
62	Partnerim/Eşimi beni bilerek yaktı / haşladı.								
63	Partnerime/Eşime, oral ya da anal cinsel ilişki kurması için ikna ettim (fiziksel güç kullanmadan).								
64	Partnerim/Eşim, oral ya da anal cinsel ilişki kurmak için beni ikna etti (fiziksel güç kullanmadan).								
65	Partnerimi/Eşimi kötü bir sevgili olmakla suçladım.								
66	Partnerim/Eşim beni kötü bir sevgili olmakla suçladı.								
67	Partnerimi/Eşimi üzme için bir şey yaptım.								
68	Partnerim/Eşim beni üzme için bir şey yaptı.								
69	Partnerimi/Eşimi dövmek ya da ona bir eşya fırlatmakla tehdit ettim.								
70	Partnerim/Eşim beni dövmek ya da bana bir eşya fırlatmakla tehdit etti.								
71	Partnerim/Eşim kavgamızdan dolayı bedeninde ertesi gün de devam eden fiziksel acı hissetti.								
72	Partnerimle/Eşimle kavgamızdan dolayı bedenimde ertesi gün de devam eden fiziksel acı hissettim.								
73	Partnerimi/Eşimi tekmeledim.								
74	Partnerim/Eşim beni tekmeledi.								
75	Partnerimi/Eşimi cinsel ilişkiye girmesi için tehdit ettim.								
76	Partnerim/Eşim cinsel ilişkiye girmek için beni tehdit etti.								
77	Yaptığımız bir tartışma sonrasında partnerimin/eşimin getirdiği barış önerisini kabul ettim.								
78	Yaptığımız bir tartışma sonrasında partnerim/eşim getirdiğim barış önerisini kabul etti.								

EK 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33

Her bir madde için size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
Çocukluğumda ya da ergenliğimde;					
1)Yeterli yemeğim olurdu.					
2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.					
3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığını ifade ederlerdi.					
4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.					
5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı					
6) Üst baş açısından bakımsızdım.					
7) Sevildiğimi hissediyordum.					
8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.					
9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.					
11) Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.					
14) Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.					
16) Çocukluğum mükemmeldi.					
17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19)Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.					
20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurmaya çalıştı.					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.					
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.					
26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.					
28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
29) Ailemdekiler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.					
30) Ailemdekiler her şeyime karışırdı.					
31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.					
32)Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.					
33)Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.					

EK 3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
A BÖLÜMÜ					
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
B BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

EK 4. Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği

İnsanlar, yaşamlarının farklı alanlarında stresli durumlarla karşı karşıya kalabilirler. Aşağıda, insanların yakın ilişkilerinde (romantik / duygusal ilişkiler) karşılaştıkları zorlayıcı ya da stresli olaylara nasıl tepki verdikleri ve bu olaylarla nasıl başa çıktıklarına yönelik ifadeler yer almaktadır. Aşağıdaki maddeleri, varsa şu anda birlikte olduğunuz kişiyle; yoksa en son birlikte olduğunuz kişiyle olan ilişkinizi düşünerek yanıtlayınız.

İlişkinizde, stres verici durumlarla başa çıkmak için, her bir maddede yer alan ifadeyi ne sıklıkla yaptığınızı belirtmek üzere **“Hiçbir zaman”**, **“Çok ender”**, **“Bazen”**, **“Sıklıkla”** ya da **“Her zaman”** seçeneklerinden size en uygun olanını işaretleyiniz.

1. Aşağıdaki maddeleri:					
() Şimdiki ilişkiyi düşünerek yanıtlıyorum.					
() Geçmişteki bir ilişkiyi düşünerek yanıtlıyorum.					
() Daha önceden bir ilişki olmadı için hayali bir ilişkiyi düşünerek yanıtlıyorum.					
	Hiçbir zaman	Çok ender	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
2.	Stresli yaşantılar sonucunda bir birey olarak olgunlaşmaya çalışırım.				
3.	Tüm çabamı soruna ilişkin bir şeyler yapmaya yönlendiririm.				
4.	Bir eylem planı yaparım.				
5.	Duygularımı bir başkasıyla paylaşıyorum.				
6.	Ne yapacağım konusunda bir başkasından öneri almaya çalışırım.				
7.	Bu duruma odaklanabilmek için diğer etkinlikleri bir kenara bırakırım.				
8.	Tanrıya sığınırım.				
9.	“Artık olan oldu” fikrine kendimi alıştırmaya çalışırım.				
10.	Durumu düşünmemek için işime ya da diğer etkinliklere yönelirim.				
11.	Üzülürüm ve duygularımı dışavururum.				
12.	Bu sorunla başedemeyeceğimi kabul ederim ve çabalamayı bırakırım.				
13.	Kendi kendime “bu gerçek değil” derim.				
14.	Bir şeyler yapmak için kendimi doğru zamanın gelmesini beklemeye zorlarım.				
15.	Kendimi iyi hissetmek için alkol ya da ilaç kullanırım.				
16.	Bu duruma gülerim.				
17.	Kendimi bu durumun içine hiç sokmamış olmayı dilerdim.				
18.	Bu soruna neden olduğum için kendimi suçlarım.				
19.	Zamanımın çoğunu kendi kendime ve yalnız geçiririm.				
20.	Durumla baş edebileceğim konusunda kendi kendime güvence veririm.				
21.	Durumla ilgili bir şey yapmaktan veya düşünmekten kaçınırım.				

		Hiçbir zaman	Çok ender	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
22.	Bir tepki vermeden önce sorunun ne olduğunu anlamaya çalışırım.					
23.	İşe yaramaz biri olduğumu düşünmeye başlarım.					
24.	Birlikte olduğum kişiyle, ikimiz için de keyif verici olan daha fazla şey yaparım.					
25.	Arkadaşlarımla daha fazla zaman geçiririm.					
26.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha sevgi dolu olurum.					
27.	Yaşananları daha olumlu görebilmek için, farklı bir açıdan bakmayı denerim.					
28.	Sorundan kurtulabilmek için çaba gösteririm.					
29.	Ne yapacağıma yönelik bir yol belirlemeye çalışırım.					
30.	Arkadaşlarımdan ya da akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.					
31.	Durumu daha iyi anlayabilmek için bir başkasıyla konuşurum.					
32.	Bu sorunla uğraşmaya odaklanır ve gerekirse diğer şeylere biraz ara veririm.					
33.	Tanrı'dan yardım dilerim.					
34.	Bunun olduğunu ve artık değiştiremeyeceğini kabullenirim.					
35.	Bunun dışında şeylerle ilgili hayal kurarım.					
36.	Üzülürüm ve gerçekten bunun farkında olurum.					
37.	İyi bir çözüm yolu bulabilmek için çabalamaktan vazgeçerim.					
38.	Bunun olduğuna inanmayı reddederim.					
39.	Çok erken davranarak işlerin daha kötüye gitmesine neden olmak istemem.					
40.	Alkol alarak ya da ilaç kullanarak bir süre için kendimi kaybetmeye çalışırım.					
41.	Olaylarla ilgili espriler yaparım.					
42.	Bu durumun ortadan kalkmasını ya da bir şekilde bitmesini dilerdim.					
43.	Olanlar için kendimi eleştiririm.					
44.	Ailemden ve arkadaşlarımdan uzaklaşıyorum.					
45.	Bu durumla başa çıkabileceğime ilişkin kendime güvence veririm.					
46.	Tüm olanları unutmaya çalışırım.					
47.	Önceliklerimi belirlerim.					
48.	Kendimi çökkün ve depresif hissetmeye başlarım.					
49.	Birlikte olduğum kişiye, geçmişte yaşadığımız güzel zamanları hatırlatırım.					
50.	Yaşamımdaki insanlara daha fazla zaman ayırırım.					
51.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha fazla sevgi gösteririm.					

		Hiçbir zaman	Çok ender	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
52.	Yaşananlarda iyi bir şeyler bulmaya çalışırım.					
53.	Sorundan kurtulmak için doğrudan harekete geçerim.					
54.	Sorunu en iyi nasıl ele alabileceğim üzerinde düşünürüm.					
55.	Bana anlayış gösterebilecek kişilerle zaman geçiririm.					
56.	Soruna yönelik somut bir şeyler yapabilecek birileriyle konuşurum.					
57.	Bu durumu çözmek için çabalarken, beni bölebilecek diğer şeyleri önlemeye çalışırım.					
58.	Dinimde teselli bulmaya çalışırım.					
59.	Bunun olduğu gerçeğini kabullenirim.					
60.	Her zamankinden daha fazla uyurum.					
61.	Duygularımı serbest bırakırım.					
62.	İstediğimi elde etmeye çabalamaktan vazgeçerim.					
63.	Sanki bu gerçekten olmamış gibi davranırım.					
64.	Kendimi çok hızlı karar vermekten alıkoyarım.					
65.	Bunun üzerinde daha az düşünmek için alkol ya da ilaç alırım.					
66.	Bu durumla etrafta dalga geçerim.					
67.	Olayların nasıl değişebileceğine yönelik hayaller kurarım.					
68.	Bunun olmasına izin verdiğim için kendimi hırpalarım.					
69.	İnsanlarla birlikte olmaktan kaçınırım.					
70.	Kendime, bu sorunla başa çıkabileceğimi söyleyerek, kendime olan güvenimi güçlendiririm.					
71.	Bunun beni meşgul etmesine izin vermem; üzerinde çok fazla düşünmeyi reddederim.					
72.	Durumu anlamak için çaba harcarım.					
73.	Kendimi kaygılı, gergin ve kararsız hissetmeye başlarım.					
74.	Birlikte olduğum kişiyle, onun için keyif verici olan daha fazla şey yaparım.					
75.	Yaşamıma yeni insanları sokmaya çalışırım.					
76.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha nazik ve özenli olurum.					
77.	Stresli yaşantılardan bir şeyler öğrenirim.					
78.	Ne yapılması gerekiyorsa adım adım yaparım.					

		Hiçbir zaman	Çok ender	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
79.	Ne tür adımlar atacağım üzerinde ayrıntılı olarak düşünürüm.					
80.	Neler hissettiğim konusunda bir başkasıyla konuşurum.					
81.	Benzer deneyimleri olan kişilere ne yaptıklarını sorarım.					
82.	Dikkatimi dağıtacak her türlü düşünce ve etkinlikten kendimi uzak tutarım.					
83.	Her zamankinden daha fazla dua ederim.					
84.	Bununla yaşamayı öğrenirim.					
85.	Bu durumu daha az düşünmek için sinemaya gider ya da televizyon izlerim.					
86.	Yoğun duygusal sıkıntı içinde olduğumu hissedirim ve bu duyguları çok fazla dışa vururum.					
87.	Sorunu çözmek için harcadığım çabayı azaltırım.					
88.	Böyle bir şey hiç olmamış gibi davranırım.					
89.	Durum elverene kadar bir şeyler yapmayı ertelerim.					
90.	Bu durumun üstesinden gelebilmek için alkol ya da ilaç kullanırım.					
91.	Bu durumla alay ederim.					
92.	Kendi kendime eğer yeterince uzun beklersem her şeyin yoluna gireceğini söylerim.					
93.	Kendi kendime ne kadar aptal olduğumu söylerim.					
94.	Ailemin ve arkadaşlarımla neler olup bittiğini öğrenmelerine olanak vermem.					
95.	Kendime olumlu şeyler söyleyerek, özgüvenimi korurum.					
96.	Bunu düşünerek çok fazla zaman geçirmeyi istemem.					
97.	Olanları düşünür ve hatalarımdan bir şeyler öğrenirim.					
98.	Kendimi işime ya da diğer ilgi alanlarıma veremediğimi fark ederim.					
99.	Birlikte olduğum kişiye daha fazla ilgi gösteririm.					
100.	Sosyal yaşama / etkinliklere her zamankinden daha fazla zaman ayırırım (birlikte olduğum kişi dışındaki insanlarla).					
101.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha ilgili davranırım.					

EK 5. Genel Sağlık Anketi 28

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok daha kötü
0. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hayır, hiç duymuyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
0. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Başınızda ağrı oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	Hayır, hiç olmuyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	Hayır, hiç kapılmıyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok daha kötü

0. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	Hayır, hiç almıyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok uzun
0. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok daha kötü
0. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok kötü
0. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
0. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok kötü
0. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
0. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
0. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	Hayır, hiç düşünmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
0. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	Kesinlikle hayır	Her zamanki kadar	Aklımdan geçtiği oldu	Çok sık
0. Sınırlarınız bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Kendi kendinize "ölsem de kurtulsam" dedğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
0. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	Kesinlikle hayır	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

EK 6. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Uygulama tarihi:

Uygulandığı kurum:

1. Doğum yılınız:

2. Öğrenim süreniz..... yıl

3. Şu anda devam eden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? ☐ Var ☐ Yok

Eğer varsa:

a) Tedavi için kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? ☐ Var ☐ Yok

b) Psikoterapi desteği alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

4. Geçmişte psikiyatrik bir rahatsızlık yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Eğer yaşadysanız:

Tedavi için kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? ☐ Var ☐ Yok

Psikoterapi desteği alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

5. Mesleğiniz:

6. Geçmiş iş deneyimleriniz: ☐ Yok ☐ Var, sigortalı ☐ Var, sigortasız

7. Toplam Çalışma Süreniz: yıl

8. Kendinize ait aylık geliriniz: (TL)

9. Partnerinizin/eşinizin doğum yılı:

10. Partnerinizin/eşinizin öğrenim süresi: yıl

11. Partnerinizin/eşinizin şu anda devam eden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı var mı? ☐ Var ☐ Yok

Eğer varsa:

a) Tedavi için kullandığı ilaç/ilaçlar var mı? ☐ Var ☐ Yok

b) Psikoterapi desteği alıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

12. Partnerinizin/eşinizin geçmişte yaşadığı bir psikiyatrik rahatsızlığı var mı? ☐ Var ☐ Yok

Eğer varsa:

a) Tedavi için kullandığı ilaç/ilaçlar var mıydı? ☐ Var ☐ Yok

b) Psikoterapi desteği aldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

13. Partnerinizin/eşinizin mesleği:

14. Partnerinizin/eşinizin geçmiş iş deneyimi: ☐ Yok ☐ Var, sigortalı ☐ Var, sigortasız