



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**SİĞİNMA EVİNDE KALAN KADINLARDA
PSİKOPATOLOJİ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

BELKIS EDİGE SERDENGEÇTİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOĞA
2021

SİĞİNMA EVİNDE KALAN KADINLARDA PSİKOPATOLOJİ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BELKIS EDİGE SERDENGEÇTİ

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. MERYEM KARAAZİZ**

**LEFKOŞA
2021**

KABUL VE ONAY

Belkıs EDİGE SERDENGEÇTİ tarafından hazırlanan “**Sığınma evinde Kalan Kadınlarda Psikopatoloji Düzeyini Etkileyen Faktörler**” başlıklı bu çalışma, .../.../2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Ana Bilim Dalı

.....
Doç. Dr. Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

.....
Yrd. Doc. Dr. Başak BAĞLAMA
Yakın Doğu Üniversitesi
Atatürk Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü

.....
Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Belkıs Edige Serdengeçti

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her aşamada yardım ve desteğini esirgemeyen, her zaman beni cesaretlendiren ve bilimsel alanda tüm bilgi, birikim ve emeğini benden esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'e,

Hayatım boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen her zaman yanımda olan aileme ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

ÖZ

SİĞINMA EVİNDE KALAN KADINLARIN PSİKOPATOLOJİ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Günümüzde kadına yönelik şiddetin artması ile birlikte kadın sığınma evlerinin önemi ve kullanım yaygınlığı da artış göstermektedir. Bireylerin yaşadıkları psikolojik, cinsel, fiziksel ve duygusal şiddetlerin psikopatoloji düzeylerini de etkilediği bilinmektedir. Bu çalışmada sığınma evinde kalan kadınların psikopatoloji düzeyini etkileyen faktörlerin, eş ilişkilerinde kadına yönelik şiddetin toplumsal bir sorun olmakla birlikte aynı zamanda önemli bir dünya sağlık sorunu olduğunu ortaya koymak ve şiddete maruz kalmanın kadınlarda psikopatoloji oluşturma ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya Ankara ilinde yer alan kadın sığınma evinde kalan 32 kadın dahil edilmiştir. Katılımcıların kişisel bilgilerini elde edebilmek amacıyla Demografik Bilgi Formu, psikolojik sağlamlık düzeylerini tespit edebilmek amacıyla Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, psikopatoloji düzeylerini sınamak amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90-R) ve psikolojik istismara uğrama düzeylerini tespit edebilmek amacıyla Psikolojik İstismar Profili uygulanmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen veriler SPSS programında analiz edilerek tablolandırılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda bireylerin ruhsal belirti şiddeti arttıkça psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığı kanısına varılmıştır. Öte yandan psikiyatrik tanıya sahip olma durumunun da ruhsal belirti düzeyini arttırdığı, psikolojik sağlamlık düzeyini de azalttığı sonucuna varılmıştır. Bireylerin demografik özelliklerinin tek başına psikolojik sağlamlığı yordayıcı değişkenler olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte psikolojik istismar düzeylerinin bireylerin demografik özelliklerine göre değişiklik göstermediği sonucuna ulaşılmaktadır. Alanyazında yapılan incelemeler sonucunda sığınma evinde kalan bireylere yönelik yapılan çalışmaların çok yetersiz olduğu görülmüştür. Bu alanda bilgi birikiminin artması için çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Psikolojik Sağlamlık, Psikopatoloji, Şiddet, İstismar

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING THE PSYCHOPATHOLOGY LEVEL OF WOMEN RESIDING IN A SHELTER

Today, with the increase in violence against women, the importance and prevalence of women's shelters are also increasing. It is known that the psychological, sexual, physical and emotional violence experienced by individuals also affects their psychopathology levels. In this study, it is aimed to reveal the factors affecting the psychopathology level of women staying in shelters, to reveal that violence against women in spouse relations is a social problem, but also an important world health problem, and to examine the relationship between exposure to violence and creating psychopathology in women. 32 women staying in women's shelter in Ankara province were included in the study. A Demographic Information Form was used to obtain the personal information of the participants, the Short Psychological Resilience Scale was used to determine the levels of resilience, the Psychological Symptom Screening Test (SCL-90-R) was used to test the psychopathology levels, and the Psychological Abuse Profile was used to determine the levels of psychological abuse. The data obtained as a result of the application were analyzed and tabulated in the SPSS program. As a result of the findings, it was concluded that as the severity of psychological symptoms of individuals increased, their level of psychological resilience decreased. On the other hand, it is concluded that the state of being psychiatric diagnosed increased the level of psychological symptoms and decreased the level of psychological resilience. It is seen that demographic characteristics of individuals alone are not predictive variables of psychological resilience. In addition, it is concluded that the levels of psychological abuse do not differ based on the demographic characteristics of the individuals.

Key Words: Woman, Psychological Resilience, Psychopathology, Violence, Exploitation

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	
BİLDİRİM	
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR	xii
1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu	3
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırma Problemleri	4
1.4 Araştırmanın Önemi.....	6
1.5 Sınırlılıklar.....	7
1.6 Tanımlar.....	7
2. BÖLÜM.....	8
KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER	8
2.1 Psikopatoloji Kavramı ve Tarihçesi.....	8
2.1.1 Psikopatolojinin Sınıflandırılması.....	10
2.1.2 Psikolojik Sağlık	12
2.1.2.1 Psikolojik Sağlıkta Risk Faktörleri.....	13
2.1.2.2 Psikolojik Sağlıkta Koruyucu Faktörler	15
2.2 Şiddetin Tanımı	18
2.2.1 Kadının İnsan Hakları İhlali Olarak Kadına Yönelik Şiddet.....	18
2.2.1.1 Kadına Yönelik Şiddet Türleri	20
2.2.1.1.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.....	21
2.3. Sığınmaevlerinin Tarihsel Gelişimi ve Kadın Hareketinin Etkisi	23
2.3.1. Kadın Hareketinin Dünyadaki Gelişimi.....	23
2.3.2. Kadın Sığınma evlerinin Ortaya Çıkışı.....	24

2.4 Depresyon Tanımı.....	25
2.5 Somatizasyon Tanımı ve Belirtileri.....	27
2.6 Obsesif Kompulsif Bozukluk	28
2.7 Kişiler Arası Duyarlılık.....	29
2.8 Anksiyete.....	30
2.9 Fobik Anksiyete	31
2.10 Paranoid Bozukluk.....	31
2.11 Psikotik Bozukluk	32
3. BÖLÜM.....	33
YÖNTEM	33
3.1 Araştırmanın Modeli	33
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.3 Veri Toplama Araçları	35
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu (KBF).....	36
3.3.2 Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ).....	36
3.3.3 Belirti Tarama Testi (SCL-90).....	36
3.3.4 Psikolojik İstismar Profili	38
3.4 Verilerin Analizi	38
4. BÖLÜM.....	40
BULGULAR.....	40
5. BÖLÜM.....	63
TARTIŞMA	63
6. BÖLÜM.....	70
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1 Sonuç	70
6.2 Öneriler	72
KAYNAKÇA	73
EKLER.....	82
Ek. 1. Bilgilendirme Formu.....	82
Ek. 2. Aydınlatılmış Onam Formu	83

Ek. 3. Demografik Bilgi Formu	84
Ek. 4. Kısa Psikolojik Sağlıklık Ölçeği.....	85
Ek. 5. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90).....	86
Ek. 6. Psikolojik İstismar Profili	89
Ek. 7. Ölçek İzinleri	90
ÖZGEÇMİŞ.....	92
İNTİHAL RAPORU	93
ETİK KURUL RAPORU.....	94

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik değişkenler açısından dağılımı.....	34
Tablo 2. Katılımcıların eş, evlilik ve çocuk durumlarının dağılımları	40
Tablo 3. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları toplam puanların frekans değerlerinin gruba göre dağılımı	42
Tablo 4. Yaş değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	42
Tablo 5. Eğitim durum değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	43
Tablo 6. Psikiyatrik tanı değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın bağlantısız gruplar t-testi ile karşılaştırılması.....	43
Tablo 7. Evlilik süresi değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	44
Tablo 8. Çocuk sayısı değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	44
Tablo 9. Eş eğitim durum değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması	45
Tablo 10. Katılımcıların Ruhsal Belirti Tarama (SCL-90) ölçeğinden aldıkları toplam puanların genel semptom şiddeti durumlarına göre dağılımı.....	45
Tablo 11. Yaş değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması	46
Tablo 12. Eğitim durum değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması	46
Tablo 13. Psikiyatrik tanı değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın bağlantısız gruplar t-testi ile karşılaştırılması.....	47
Tablo 14. Evlilik süresi değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması	47
Tablo 15. Çocuk sayısı değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması	48

Tablo 16. Eş eğitim durum değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması	48
Tablo 17. Katılımcıların Ruhsal Belirti Tarama (SCL-90) ölçeğinden altboyutlarından aldıkları toplam puanların semptom şiddeti durumlarına göre dağılımı	49
Tablo 18. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre eğitim durumuna değişkeni açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	51
Tablo 19. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre evlilik süresi açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	52
Tablo 20. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre sahip olunan çocuk sayısı açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi	52
Tablo 21. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre eş eğitim durumu açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	53
Tablo 22. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre psikiyatrik tanı alma açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	54
Tablo 23. Yaş değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	55
Tablo 24. Eğitim durum değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	55
Tablo 25. Psikiyatrik tanı değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın bağlantısız gruplar t-testi ile karşılaştırılması.....	56
Tablo 26. Evlilik süresi değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	56
Tablo 27. Çocuk sayısı değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	57
Tablo 28. Eş eğitim durum değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması.....	57
Tablo 29. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre eğitim durumuna değişkeni açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	58

Tablo 30. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre evlilik süresi değişkeni açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	58
Tablo 31. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre sahip olunan çocuk sayısı açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	59
Tablo 32. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre eş eğitim durumu açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi	59
Tablo 33. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre psikiyatrik tanı alma açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	60
Tablo 34. SCL- 90 Ölçeği'nin diğer ölçekler ile arasındaki, korelasyon katsayıları	60
Tablo 35. Kullanılan ölçeklerin birbirleri ile arasındaki korelasyon katsayıları	61
Tablo 36. Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının, Ruhsal Belirti Tarama (SCL-90) ve Psikolojik İstismar Ölçeği puanlarını yordama durumu.....	61
Tablo 37. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90) puanlarının, Kısa Psikolojik Sağlık ve Psikolojik İstismar Ölçeği puanlarını yordama durumu.....	62

KISALTMALAR

APA : American Psychological Association

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

KPSÖ : Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

PİP : Psikolojik İstismar Profili

1. BÖLÜM

GİRİŞ

İnsan canlısı yaşam süresi içerisinde bazı fizyolojik değişim ve gelişimin yanısıra çeşitli etkenler sebebiyle psikolojik değişimlere de uğramaktadır. Söz konusu etkenlerin bir kısmının biyolojik olmasıyla birlikte büyük çoğunluğunun çevresel etkenlerden oluştuğu söylenebilmektedir. Çevresel etkenler olarak; stres veren yaşam olayları, aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri, sosyal çevre ile olan ilişkiler, ekonomik sorunlar gibi birçok farklı etkenlerden bahsedilebilmektedir.

Ruh sağlığı kavramı, insanoğlunun doğuşundan itibaren varlığını sürdüren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Zaman içerisinde farklı tanımlarla açıklanmaya çalışılmış olan ruh sağlığı kavramı, yapılan bilimsel araştırmalar neticesinde günümüzdeki tanımlarına ulaşmıştır (Zengin, 2010). Ruh sağlığı kavramının içeriğine bakıldığında, bireyin kendi psikopatolojisi konusunda bilgi sahibi olması, gerekli yardım unsurlarına erişebilmesi, bireyin gerekli sosyal desteği alabilmesi, toplum ruh sağlığına dair bilgi ve farkındalık düzeyleri gibi konuların öne çıktığı görülebilmektedir (Biber, 2012).

Yaşam boyu yaşanan kayıplar, hastalıklar, afetler, ailevi sorunlar, ayrılmalar gibi farklı nedenlerle ortaya çıkan stresli yaşam olayları bireyleri psikolojik olarak etkileyen en önemli stres unsurlarından bir yada birkaçını oluşturmaktadır. Öte yandan bireylerin söz konusu stresli yaşam olaylarına verdikleri tepki ve yanıtlar da birbirinden farklılık göstermektedir. Toplumdaki bazı bireyler söz konusu stres unsurlarına oldukça büyük tepkiler verirken, bazı bireyler ise daha hafif düzeyde tepkiler vererek söz konusu stres unsurlarını bu şekilde tolere edebilmektedirler (Terzi, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tarama çalışmalarına bakıldığında bireylerde psikopatoloji görülme oranları gelişmiş ülkelerde %54 seviyelerinde olurken, gelişmemiş ülkelerde ise bu oranın %85 seviyelerine kadar çıktığı ortaya konmuştur. Gelişmemiş ülkelerde profesyonel desteğe erişimin kısıtlı olması, bireylerin nispeten daha az bilinçli olması, başvurabilecekleri merkezlerin sayısının az olması gibi etkenlerin, psikopatoloji oranlarının daha yüksek olmasının birer sebebi olarak ortaya atılmaktadır (Demyttenaere ve ark., 2004). Ülkelerin gelişmişlik seviyesinin artması ile bireylerin psikolojik iyi oluşlarına verilen önemin de doğru orantılı olarak arttığı bilgisi literatürde yer almaktadır (Cengiz Yavuz, 2019).

Şiddet kavramı ise, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel olarak sahip olunan gücün, bilerek ve isteyerek korku ve tehdit unsuru olarak bir başkasına uygulanması neticesinde kişinin yaralanması, ölmesi veya psikolojik anlamda zarar görmesi yada zarar görme olasılığının ortaya çıkması ile sonuçlanan eylem olarak tanımlanmaktadır (Çakır, 2020). Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü, şiddet eylemini gerçekleştiren kişiler açısından 3 ayrı grupta incelemektedir. Bunlar; bireyin kendisine yönelik şiddeti, kişilerarası şiddet ve kolektif şiddet olarak gruplara ayrılmaktadır. Kadına yönelik şiddet ise, genellikle gizli şekilde ev içerisinde uygulanmakla birlikte kişilerarası şiddet kategorisinde yer almaktadır (Page ve ark., 2008). Bununla birlikte kadına yönelik olan şiddet, cinsiyetçi yönü olan kadını yaralayan, gururunu inciten, zarar veren fiziksel, psikolojik veya cinsel olarak hastalıklara yol açabilecek olan kısıtlamanmasına neden olan eylemler bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Gençer ve ark. 2007).

Şiddet toplumdaki tüm bireyler arasında yaşanmakla birlikte özellikle kadınlara çocuklara yönelik olan şiddet daha sıklıkla görülmektedir. Şiddet mağduru profillere bakıldığında çocuk ve kadınların daha çoğunlukta olduğu söylenebilmektedir. Öte yandan kadına karşı uygulanan şiddetin her türlü (yaralama, öldürme gibi) günümüzde küresel bir salgın olarak görülmektedir (McFarlane ve ark., 2014). Psikolojik iyi oluşun tersine kadına yönelik şiddet eyleminin ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle bir ilişkisi olmadığını öne süren çalışmalara literatürde rastlanmaktadır (Amoakohene, 2004; Moreno ve ark., 2005).

1.1 Problem Durumu

Literatürde, bireylerin psikopatoloji düzeylerini etkileyen bir çok birbirinden farklı etkenden söz edilmektedir. Özellikle bireyin zaman zaman karşı karşıya kaldığı stresli yaşam olaylarının psikopatoloji düzeyini en çok etkileyen faktörlerden biri olduğunu belirten çalışmalar literatürde mevcuttur. Bireyin psikopatolojisini ortaya koyan en önemli etmenlerden biri olarak sayılabilmektedir. Bireylerin söz konusu stresli yaşam olayları ile karşı karşıya kaldığında bu durumlarla başa çıkabilmek adına bazı stratejiler veya savunma mekanizmaları geliştirdikleri görülmektedir (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Bireylerin stresli yaşam olayları karşısında tercih ettikleri başa çıkma stratejilerinin bilişsel anlamda ele almak, bu başa çıkma stratejilerinin bireylerin duygudurumlarını ne derece ve nasıl etkilediğini ortaya koymak, bu ortaya çıkan duygunun bireyin davranışlarına ne yönde yol verdiğini belirleyebilmek, bireylerin psikopatolojilerini anlamak ve ortaya çıkarabilmek adına önem taşımaktadır (Folkman ve Moskowitz, 2004). Çünkü bireylerin verdikleri uygunsuz tepkiler, onların psikopatoloji düzeylerinin ortaya koymakta ve düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Bu davranışlar psikopatoloji ile ortaya çıkmakla birlikte zaman zaman fiziksel hastalıklar aracılığı ile de kendini göstermektedir (Gross ve Thompson, 2006).

Özellikle günümüzde çoğunlukla kadınların maruz kaldığı ve herhangi bir bireyin veya grubun başkaları tarafından duygusal ve fiziksel olarak zarara uğratması olarak açıklanan ve tanımlanan şiddet (Abay ve Tuğlu, 2000); psikopatoloji düzeyini etkileyen önemli unsurlardan biridir. Şiddet mağdurları kadınların tercih ettiği kadın sığınma evlerinde yaşayan bireylerin psikopatoloji düzeylerini incelemek gerek literatür için gerekse söz konusu bireylerin ruh sağlığı hakkında bilgi birikimi elde edebilmek adına büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte sığınma evinde kalan kadınların psikopatoloji düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek gerekli olan önleme ve iyileştirme çalışmaları geliştirmek için de önem taşıyan unsurlardan biri olmaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Şiddet ve istismar günümüzde özellikle kadınların çoğunlukla maruz kaldığı eylemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu şiddet eyleminin sebep olduğu etki ve unsurları da belirlemek ve ortaya koymak, şiddeti ortadan kaldırmak adına izlenmesi gereken yollara ışık tutan adımlar olarak değerlendirilebilmektedir. Şiddet mağduru kadınların genellikle eğitim, gelir düzeyi ve yetersiz sosyal destek görmeleri gibi bir çok nedenden dolayı kadın sığınma evlerinde yaşama durumunda kalmaktadırlar. Bu bağlamda kadın sığınma evleri, şiddet mağduru kadınlar için önemli bir kurum olarak görülebilmektedir.

Bu çalışmada sığınma evinde kalan kadınların psikopatoloji düzeyini etkileyen faktörlerin, eş ilişkilerinde kadına yönelik şiddetin toplumsal bir sorun olmakla birlikte aynı zamanda önemli bir dünya sağlık sorunu olduğunu ortaya koymak ve şiddete maruz kalmanın kadınlarda psikopatoloji oluşturma ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Başka bir deyişle hangi faktörlerin sığınma evinde kalan kadınların psikopatolojisini etkilediği sonucuna ulaşılması hedeflenmektedir.

Şiddet mağduru bireylerin psikopatolojisini etkileyen unsurların ortaya konması, belirlenmesi bunlara yönelik önleme çalışmalarını geliştirebilmek adına önem taşımaktadır. Bu doğrultuda sığınma evinde yaşayan kadınların psikopatoloji düzeyleri ölçülerek, bu düzeyi değiştiren demografik veya çevresel faktörlerin neler olduğu ortaya konması planlanmaktadır. Belirlenen amaç sonucunda araştırma problemleri ve alt problemleri aşağıda verilen şekilde belirlenmiştir;

1.3 Araştırma Problemleri

1. Kadınların psikolojik sağlamlılık düzeyleri yaşlarına göre değişiklik göstermekte midir?
2. Kadınların psikolojik sağlamlılık düzeyi eğitim düzeylerine göre değişiklik göstermekte midir?
3. Kadınların psikolojik sağlamlık düzeyleri psikiyatrik tanı alma durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?

4. Kadınların psikolojik sağlamlık düzeyleri çocuk sayısı durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
5. Kadınların psikolojik sağlamlık düzeyleri evlilik süresi durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
6. Kadınların psikolojik sağlamlık düzeyleri eşlerinin eğitim durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
7. Kadınların ruhsal belirti gösterme düzeyleri yaşlarına göre değişiklik göstermekte midir?
8. Kadınların ruhsal belirti gösterme düzeyi eğitim düzeylerine göre değişiklik göstermekte midir?
9. Kadınların ruhsal belirti gösterme düzeyleri psikiyatrik tanı alma durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
10. Kadınların ruhsal belirti gösterme düzeyleri çocuk sayısı durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
11. Kadınların ruhsal belirti gösterme düzeyleri evlilik süresi durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
12. Kadınların ruhsal belirti gösterme düzeyleri eşlerinin eğitim durumlarına göre değişiklik göstermekte midir?
13. Kadınların SCL-90 testi alt boyutlarından aldıkları puanlar demografik özelliklerine göre değişiklik göstermekte midir?
14. Kadınların psikolojik istismara uğrama düzeyleri yaşlarına göre değişiklik göstermekte midir?
15. Kadınların psikolojik istismara uğrama düzeyleri eğitim düzeylerine göre değişiklik göstermekte midir?
16. Kadınların psikolojik istismara uğrama düzeyleri çocuk sayısına göre değişiklik göstermekte midir?
17. Kadınların psikolojik istismara uğrama düzeyleri evlilik süresine göre değişiklik göstermekte midir?
18. Kadınların psikolojik istismara uğrama düzeyleri eş eğitim düzeyine göre değişiklik göstermekte midir?

19. Kadınların psikolojik istismar profili testi alt boyutlarından aldıkları puanlar demografik özelliklerine göre değişik göstermekte midir?

20. Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanı ile SCL-90 Ölçeği toplam puanları arasında bir ilişki var mıdır?

21. Kadınların psikolojik istismara uğrama düzeyleri ile psikolojik sağlık düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

22. Bireylerin psikolojik sağlamlılık düzeyleri ile psikopatoloji belirtileri gösterme düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1.4 Araştırmanın Önemi

Araştırmada temel hipotez olarak alınan ve araştırma ana konusunu oluşturan psikopatolojilerin ve ruhsal bozuklukların önüne geçilmesinin temelinde, risk faktörlerinin tespit edilerek ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi bulunmaktadır. Araştırma bu yönüyle psikolojik sağlamlılığın ve psikopatolojilerin sebepleri ve risk faktörlerini tespit etme noktasında önem taşımaktadır. Aynı zamanda sığınma evlerinde yaşayan bireylerin psikopatoloji düzeyleri konusunda literatürde çok sayıda çalışma bulunmaması da araştırmanın literatüre katkısı konusunda önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların, sığınmaevlerinde yaşama sebepleri, olumsuz yaşam olaylarının psikopatolojilerine etkisinin düzeyi, hangi unsurların etkisinin daha fazla olduğu, bireylerin demografik özelliklerinin psikopatoloji düzeylerine olan etkisinin tespit edilmesi araştırmanın bir başka önemini de ortaya koymaktadır.

Özetle yapılan çalışma ilgili alanda gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutma, kaynak oluşturma gibi noktalarda önem taşımaktadır. Aynı zamanda sığınmaevlerinde yaşayan kadınların psikopatolojik düzeylerinin tespit edilmesi ile birlikte gerekli önleyici ve tedavi edici unsurların ortaya konulmasının sağlanması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

1.5 Sınırlılıklar

Araştırma Ankara ilinde olan sığınmaevinde yaşayan kadınlar üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri yalnızca Demografik Bilgi Formu'nda yer alan sorularla sınırlı olmaktadır. Aynı zamanda araştırma örneklemini yalnızca 32 kişi ile sınırlı kalmaktadır.

Elde edilen veriler Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği, SCL-30 Belirti Tarama Listesi, Psikolojik İstismar Profili ve Sosyo-demografik Bilgi Formu ile sınırlıdır. Araştırma 2021 yılında yapılmıştır ve yalnızca bu yıl içerisinde elde edilen verilerden oluşmaktadır.

1.6 Tanımlar

Araştırmada geçen temel kavramlar; kadın, psikopatoloji, şiddet, kadın sığınmaevi ve istismar olmaktadır.

Kadın: Dişi cinsinde olan insan.

Psikopatoloji: Duygu düşünce ve davranış üçlüsünde meydana gelen anormal davranış ile ilgilenen bir alan olarak tanımlanmaktadır (Davison ve Neale, 1998).

Psikolojik Sağlamlık: , En kısa tabiriyle bireylerin olumsuz yaşam olayları ile karşı karşıya kaldığında güçlü kalabilmesi olarak tanımlanabilmektedir. (Kararımak, 2006).

Şiddet: Herhangi bir bireyin veya grubun başkaları ile duygusal ve fiziki olarak zarara uğratması olarak açıklanmaktadır (Abay ve Tuğlu, 2000).

İstismar: Bireyin başka biri veya toplum tarafından fiziksel, cinsel, duygusal olarak kötüye kullanımı olarak tanımlanmaktadır.

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER

2.1 Psikopatoloji Kavramı ve Tarihçesi

Psikopatolojinin tarihçesine bakıldığında değişen dünya koşulları psikoloji biliminde de farklılaşmaya ve değişime neden olmuştur. Ruh sağlığı ve akıl hastalıkları kavramlarının geçmişinin 13. Yüzyıla dayandığı bilinmektedir. Söz konusu dönemlerde büyücülük, cadılık gibi kavramlarla eşleştirilen ruhsal bozukluklar (Szasz, 1997). geçmiş dönemlerde aynı zamanda şeytan olarak da adlandırıldığı görülmektedir (Beck, 1976). Yunan bilimci olan Thales ise, bireylerin psikopatolojilerinin doğuştan geldiğini savunmuştur. Hipokrat ortaya koyduğu çalışmalarda psikopatolojiyi büyü, ceza gibi kavramlardan ayırarak tıp literatüründe ele alınması ve fiziksel rahatsızlıklar gibi belli yöntemlerle tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur (Samuk, 2002).

19. yüzyıla gelindiğinde ruhsal bozukluklarının etiolojisinde bireyin yaşamış olduğu fiziksel ve zihinsel sorunlar aranmaya başlanmıştır. Ruhsal bozuklukları ilk kez sınıflandıran bilimci Emil Kraepelin olmuştur. Böylelikle ruhsal bozukluklar da birbiri içinde ayrılmış her biri kendi doğasında ele alınmıştır. Diğer bir deyişle her ruhsal bozukluğun sebebinin, gidişatının, sonucunun ve tedavisinin farklı olduğu ilk kez ortaya konmuştur (Samuk, 2002).

Günümüze değin farklı bilim insanlarının yaptığı çalışmalar sonucunda ruhsal bozukluklar büyücülük, cadılık gibi kavramlardan ayrılmış ve bedensel ve ruhsal temelli birer hastalık olarak ele alınmaya başlanmıştır. Söz konusu

bozuklukların hastalık olarak ele alınması durumu, tedavi yöntemlerinin de ortaya çıkmasını beraberinde getirmiştir (Szasz, 1997).

Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık kavramını yalnızca fiziksel iyi oluş ile değil bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bütün olacak şekilde bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 2001). Bu durum günümüzde ruhsal bozukluklara ve psikopatolojiye verilen önemi ortaya koymaktadır.

Psikopatoloji, psikoloji biliminin ruhsal hastalıkları ele alan inceleyen alt dallarından biridir. Psikopatoloji kavramı bir ruhsal bozukluğun oluşu ve prognozu olarak tanımlanabilmektedir. Bireyin bir ruhsal bozukluk nedeniyle normal davranışlarından sapma ve sonucunda görülen anormal davranışları ele almaktadır (Budak, 2003). Diğer bir ifadeyle psikopatoloji, duygu düşünce ve davranış üçlüsünde meydana gelen anormal davranış ile ilgilenen bir alan olmaktadır (Davison ve Neale, 1998). Konu ile ilgili literatüre bakıldığında bazı bilim öncülerinin insan canlısını biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu nedenle psikopatoloji kavramının hem biyolojik, hem psikolojik hem de sosyal bir yönünün olduğu söylenebilmektedir (Öztürk, 2004).

Psikopatoloji için normal ve normal olmayan davranışın tanımlanması önem taşımaktadır. Literatür bilgilerine bakıldığında normal ve anormal davranış kavramlarının arasında farktan ziyade sürekliliğin olup olmamasını sınamak önemlidir. Diğer bir deyişle psikopatoloji tanısı koyulabilmesi için söz konusu davranışın sıklığı, sürekliliği ve şiddetinin dikkate alınması gerekmektedir (Taymur ve Türkçapar, 2012). Anormal psikoloji ise normal ve anormal davranış arasında keskin bir ayrım ortaya koymamakla birlikte rahatsızlık veren, uygun olmayan davranışın anormal olarak adlandırılabilceğini ileri sürmektedir (Range, 2005). Bir davranışın normal veya anormal olduğunun belirlenmesinde toplumun normlarının da bilinmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle anormali anlamak için normalin ne olduğunu bilmek gerekmektedir (Harlak, 2019).

Ulusal ve uluslararası çalışmalar ışığında, Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya koyduğu veriler bireylerde psikopatoloji görülme prevalansı hakkında bilgi edinilebilmektedir. Buna göre gelişmiş ülkeler ve az gelişmiş ülkeleri

karşılaştırıldığında, gelişmiş ülkelerde psikopatoloji görülme sıklığının %54, az gelişmiş ülkelerde ise bu sıklığın %85 civarını bulduğu görülmektedir. Bu durum az gelişmiş ülkelerde yardım merkezlerine erişimin kısıtlı, sağlık sistemlerinin gelişmemiş olması, tedavi imkanlarının kısıtlı olması gibi durumlarla açıklanabilmektedir (WHO, 2001).

2.1.1 Psikopatolojinin Sınıflandırılması

Ruhsal bozuklukların kendi içinde kategorik olarak sınıflandırmasını yapan ilk kişi Emil Kraepelin olmuştur. Böylelikle günümüzde kullanılan ruhsal bozuklukların tanısasal olarak sınıflandırılmasının da ilk adımını bu sayede atmış bulunmaktadır. Bu sınıflandırma ile birlikte ruhsal bozuklukların kendi içinde de birbirlerinden farklılık gösterdiği ve bu sebeple de her biri için ayrı etiyoloji, tanı, tedavi gibi yöntemlerin uygulanması gerektiği düşünülmüştür. Diğer bir deyişle; her ruhsal bozukluğun sebebinin, gidişatının, sonucunun ve tedavisinin farklı olduğu ilk kez bu sınıflandırma ile ortaya konmuştur (Samuk, 2002). Öte yandan hastalığın en uygun ve iyi şekilde tedavi edilebilmesi için en önemli nokta tanı koymaktır. Psikopatolojinin sınıflandırılması ruhsal bozukluklar açısından tanının konulabilmesi noktasında büyük önem taşımaktadır (Öztürk, 2004).

Günümüzde en yaygın kullanılan psikopatoloji sınıflandırma sistemi DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) olmaktadır. Türkçe ismiyle “Ruhsal Bozuklukların Tanısasal ve Sayımsal El Kitabı” olarak adlandırılan DSM, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilk olarak 1952 yılında geliştirilmiş ve alanda kullanılmaya başlanmıştır. Bu sınıflandırma sistemi ile birlikte ruhsal bozuklukların kendine özgü belirtileri dikkate alınarak her bir bozukluk için tanı kriterleri ortaya konmuştur.

DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırma sistemi günümüze gelene kadar birçok gelişim ve değişime uğramıştır ve şuan son olarak DSM-V versiyonu yaygın olarak kullanılmaktadır. DSM tanı sistemi, psikopatolojik rahatsızlıkların tanı kriterlerini ortaya koymakta ve böylelikle ruhsal bozuklukların tanısında önemli bir fayda sağlamaktadır (DSM-V, 2014). İlk olarak geliştirilmiş olan ve 2. Dünya

Savaşı'ndan sonra geliştirilen DSM-I, psikopatolojilerin semptomlarını dikkate alarak ruhsal bozuklukları belli kategorilere ayırarak sınıflandırmıştır (Çolak vd., 2010). İlk sınıflandırma sisteminden sonra DSM-I gelişim ve değişime uğrayarak, daha nesnel bir sınıflandırma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu gelişmeler doğrultusunda sınıflandırma sisteminin ikinci versiyonu olan DSM-II, 1968 yılında yayınlanmıştır. DSM-II sınıflandırma sisteminin eksiklerini ve boşluklarını giderebilmek amacıyla zaman içerisinde yeniden revize edilmiş ve 1968 yılında sınıflandırma sisteminin üçüncü versiyonu olan DSM-III 1987 yılında yayımlanmıştır (Öztürk, 2004).

DSM-III sınıflandırma sistemi yayınlandıktan sonra yeniden revize edilmiş ve 7 yıl sonra DSM-III-R ismiyle yeniden yayınlanmıştır. Ruh sağlığı uzmanları ve bilim insanlarının yaptığı gelişim ve araştırmalar ışığında DSM-IV tanılama sistemi geliştirilmiş ve alanda kullanılması adına 1994 yılında yayınlanmıştır. Son olarak yayınlanan ve günümüzde hala daha kullanılan DSM-V tanılama sistemi, DSM-IV'dan farklı olarak patolojileri, bireylerin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal durumları da göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır. DSM-V versiyonu günümüzde halen son ve güncel versiyon olarak kabul edilmekte ve alanda tanı kriterleri konusunda kullanılmaktadır (Öztürk, 2004, APA,2013).

Günümüzde geçerliliği halen devam eden ve güncel olarak kullanılan tanı sistemi olan DSM-V, patolojik bozuklukları 22 ayrı kategori ve başlıkta ele alınmaktadır. DSM-V tanı kriterleri ve kodları şu şekildedir;

- 1) Nörogelişimsel Bozukluklar
- 2) Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar
- 3) Bipolar ve İlişkili Bozukluklar
- 4) Depresif Bozukluklar
- 5) Anksiyete Bozuklukları
- 6) Obsesif-Kompulsif ve İlgili Bozukluklar
- 7) Travma ve Stresle İlgili Bozukluklar
- 8) Disosiyatif Bozukluklar

- 9) Somatik Belirti ve İlgili Bozukluk
- 10) Beslenme ve Yeme Bozukluğu
- 11) Eliminasyon Bozuklukları
- 12) Uyku ve Uyanıklık Bozuklukları
- 13) Cinsel İşlev Bozuklukları
- 14) Cinsiyet Disforisi
- 15) Yıkıcı, Dürtü Kontrolü ve Davranış Bozuklukları
- 16) Madde Bağlantılı ve Bağımlılık Bozuklukları
- 17) Nörobilişsel Bozukluklar
- 18) Kişilik Bozuklukları
- 19) Parafili Bozuklukları
- 20) Diğer Ruhsal Bozukluklar
- 21) İlaça Bağlı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Olumsuz Etkileri
- 22) Klinik Dikkatin Odağı Olabilecek Diğer Durumlar

olarak sınıflandırılmaktadır ve her başlık kendi içerisinde farklı patolojilere ve semptomlara ayrılmaktadır (APA, 2013).

2.1.2 Psikolojik Sağlık

Psikolojik sağlık kavramının tanımı için literatürde farklı tanımlamalara rastlanmaktadır. Kavram ilk kez 1950 yıllarında Block tarafından kullanılmıştır (Block, 1950). Psikolojik sağlık, en kısa tabiriyle bireylerin olumsuz yaşam olayları ile karşı karşıya kaldığında güçlü kalabilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Psikolojik sağlık kavramı özellikle son zamanlarda ruh sağlığı çalışanları tarafından önemsenen ve dikkat çeken bir kavram haline gelmektedir (Kararımak, 2006).

Psikolojik sağlık kavramı konusunda koruyucu faktörleri ve risk faktörleri olmak üzere iki unsur üzerinde yoğunlaşmaktadır Bireyler, boşanma, terör,

doğal afet vb. gibi olumsuz bir yaşamsal olayla karşı karşıya kaldığında bireyin sahip olduğu risk faktörleri ile koruyucu faktörlerin birbiri ile etkileşimi neticesinde meydana gelen, bireyin söz konusu yaşam değişikliğine uyum gösterebilme düzeyini içermektedir (Kararımak, 2006). Diğer bir deyişle psikolojik sağlık düzeyi bireyin risk faktörleri ve koruyucu faktörleri ile ilgili olmaktadır (Masten, Best ve Garmezy, 1990). Psikolojik sağlık kavramı ile ilgili çalışmaların yetersiz olması, kuramsal temellere dayanmaması gibi durumlar kavram ile ilgili problemleri ortaya koymaktadır (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000).

Psikolojik sağlık kavramı hakkında dikkat edilmesi gereken iki önemli husus bahsedilmektedir. Bunlar;

- Ciddi bir tehdit / tehlike unsuru veya olumsuz bir durum ile karşı karşıya kalınmış olması
- Bireyin gelişim dönemlerine zarar verecek nitelikte ciddi olumsuz durumlara rağmen uyum sürecinin başarılı şekilde gerçekleştirilmesi (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000).

Psikolojik sağlık kavramı herhangi bir kurama dayandırılmamış olmakla birlikte Richardson (2002), söz konusu kavramı üç farklı boyutta ele alarak incelemiştir. İleri sürülen ilk boyut, psikolojik sağlık kavramının koruyucu faktörlerin sıralanmasından oluşmaktadır. İkinci boyut psikolojik sağlık süreci olarak adlandırılmış, tehdit edici durumlara baş edebilme konusunda gerekli olan ve ilk boyutta sıralandırılmış olan özelliklerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesini içermektedir. Son boyut olan üçüncü boyut ise, bireyin karşı karşıya kaldığı olumsuz durumlardan sonra, büyüüp gelişmesi, olgunlaşması sonucunda kendini gerçekleştirebilmesini içermektedir. Üçüncü boyut Richardson tarafından doğuştan gelen sağlık olarak da adlandırılmaktadır (Richardson, 2002).

2.1.2.1 Psikolojik Sağlıkta Risk Faktörleri

Risk etmenleri, bireylerin olumsuz yaşam deneyimleri yaşama ihtimallerini arttıran etmenler olarak tanımlanabilmektedir (Şahin, 2014). Diğer bir deyişle risk, olumsuz bir durumun ortaya çıkması, yaşanması, sürmesi veya daha da

kötüleşmesine sebep olan durum veya etkenlerin var olması olarak da söylenebilmektedir (Fraser & Jenson, 2008). Bireylerde çeşitli psikopatolojilerin ve ruhsal bozuklukların gelişmesinde bireysel, biyolojik, genetik, çevresel, ailesel ve bilişsel gibi birçok risk faktöründen söz edilebilmektedir.

Bireylerin psikopatolojiye sahip olması doğrudan psikolojik sağlamlılık düzeyini de etkilemektedir. Bireylerde görülen ruhsal bozuklukları tek bir nedene bağlı olabilmekle birlikte birden fazla risk faktörünün bir araya gelmesinden de kaynaklanabilmektedir. Patolojilerin önlenilme çalışmalarında özellikle risk faktörlerinin tespit edilerek ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi önem taşımaktadır (Gültekin, 2010). Risk, psikolojik sağlamlığın ortaya çıkmasında temel faktörlerden biridir. Psikolojik sağlamlık kavramı konusunda risk ve koruyucu faktörler bireysel faktörler, ailesel faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere 3 ayrı başlıkta toplanmaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009).

- **Bireysel Risk Faktörleri**

Psikopatolojilerin gelişiminin ve bireylerin psikolojik sağlamlılık düzeyini etkileyen unsurlardan olan bireysel risk faktörleri, bireylerin yaşam akışı içerisinde karşılaştığı stres yaratan yaşam olayları, uzun süreli hastalık geçirme durumları, kronik rahatsızlıklar gibi sağlık sorunları, erken doğum, olumsuz yaşam deneyimleri gibi unsurlar sayılabilmektedir. Bireylerin yaşamında bu gibi durumlarla karşı karşıya kalması, psikopatoloji geliştirme konusunda tehdit edici unsurlar olarak görülebilmektedir (Gizir, 2016). Aynı zamanda uluslararası alanda psikopatolojiler üzerinde yapılan çalışmalarda bireylerin demografik özellikleri, sosyoekonomik düzeyleri gibi etmenler de psikopatoloji açısından risk faktörleri olarak sayılmaktadır (Rowe ve Liddle, 2003).

- **Ailesel Risk Faktörleri**

Ailesel risk faktörleri olarak ele alınan etmenler ise, bireylerin çocukluk dönemlerinde sağlıklı olmayan ebeveynler ile yetiştirilmesi (Beardslee & Podorefsky, 1988), bireyin anne babasının boşanması, ölmesi veya bireyin yalnızca tek bir ebeveyn ile yetişmiş olması ve bireyin çocuk yaşta anne/baba olması, geniş ailede yaşıyor olmaktan kaynaklı olarak ilgisiz bırakılması, aile

içinde şiddet davranışlarının var olması, aile bireylerinin psikopatolojiye sahip olması gibi durumlar ailesel risk faktörleri olarak sayılabilmektedir (Gizir, 2016).

- **Çevresel Risk Faktörleri**

Psikolojik sağlamlık düzeyini etkileyen faktörlerden biri de çevresel risk faktörleri olmaktadır. Bireylerin yaşadığı ekonomik sorunlar, yetersiz beslenme, yetersiz akran desteği, yetersiz sosyal destek, yoksulluk seviyesinin yüksek olması, bireylerin çocukluk dönemlerinde istismara veya ihmale maruz kalmış olması, yaşanan toplulukta savaşların yaşanılması, doğal afet gibi toplumsal travmaların süregelmesi, toplumsal alanda yaşanan şiddet, zorbalık gibi çevresel olaylar, bireylerin evsiz olması ve sokaklarda yaşayıp çevresel tüm felaketlere açık durumda olması gibi faktörler sıralanabilmektedir (Giriz, 2016).

Bireysel Risk Faktörleri	Ailesel Risk Faktörleri	Çevresel Risk Faktörleri
Erken doğum / doğum sıkıntıları	Psikopatolojisi olan ebeveyn ile büyüme	Ekonomik sıkıntılar, yoksulluk
Stres veren yaşam olayları	Ebeveyn ölümü, boşanması, tek ebeveynle yaşama	Çocuk istismarı ve ihmali
Kronik Hastalıklar	Erken yaşta(ergenlik döneminde) anne olma	Savaş / Doğal Afet
		Toplumsal Şiddet
		Evsizlik

Şekil 1.1 Psikolojik Sağlamlık Risk Faktörleri, (Gizir, 2016).

2.1.2.2 Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlığın azalmasında rol oynayan risk faktörlerini ortadan kaldıracak veya etkisini azaltacak koruyucu faktörlerin var olması, psikolojik sağlamlığı arttırmaya yardımcı olmaktadır. Koruyucu faktörler bir bakıma bireyin risk faktörleri ile karşılaşma ihtimalini azaltan unsurlardır (Ramirez, 2007). Literatürdeki bilgilere bakıldığında koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin birbirine zıt olan iki ayrı kutup olduğu ileri sürülmektedir. Böylelikle bireyin psikolojik sağlamlığı artarken, stres düzeyinin azaldığı ifade

edilmektedir (Masten, 2002). Koruyucu faktörlerin varlığı, bireyin karşılaşacağı olası bir olumsuz durumla olan uyum düzeyini arttırmaktadır. Bununla birlikte içsel koruyucu faktörler ve dışsal koruyucu faktörler, bireyin söz konusu olumsuz yaşam deneyimleri ile karşılaşma ihtimalini düşürmektedir (Kararımak, 2006).

Psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörler, risk faktörlerinde olduğu gibi bireysel faktörler, ailesel faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere 3 ayrı başlıkta toplanmaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009). Aynı zamanda alanda yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda Garmezy, koruyucu faktörleri sınıflandırırken yine benzer üçlü bir kategorizasyon kullanmıştır. Garmezy' e göre koruyucu faktörler;

- a) özgüven, sosyal duyarlılık, iyimserlik gibi bireyi ilgilendiren bireysel koruyucu faktörler
- b) destekleyici ve olumlu aile ilişkileri gibi aile yapısından kaynaklanan koruyucu faktörler
- c) aile haricinde kişinin sosyal çevresinden kaynaklanan koruyucu faktörler (Garmezy, 1987).

Literatürdeki bilgilere bakıldığında psikolojik sağlamlığın koruyucu faktörlerini gruplandırmak için Werner, küçük farklılıklar içeren bir sınıflandırma sistemi kullanmıştır. Bu sınıflandırma sistemine göre psikolojik sağlamlık koruyucu faktörleri;

- a) bireyin kendisi ile ilgili olumlu atıfları
- b) aile içindeki duygusal bağlar
- c) okulda veya toplumdaki sosyal destek gücünün varlığı olarak üç ayrı başlıkta incelenmektedir (Werner, 1989).

Psikolojik sağlamlık kavramı konusundaki koruyucu faktörleri, risk faktörlerinde olduğu gibi bireysel faktörler, ailesel faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere 3 ayrı başlıkta detaylı incelenerek aşağıda verilmiştir (Öz ve Yılmaz, 2009).

- **Bireysel Koruyucu Faktörler**

Bireylerin psikolojik sağlamlılık düzeyini etkileyen unsurlardan olan bireysel koruyucu faktörler, bireyin özgüven düzeyinin yüksek olması, akademik becerilerinin ve problem çözme becerilerinin yüksek düzeyde olması, bireyin geleceğine yönelik fikirlerinin olumlu ve iyimser olması, kişinin duygudurumunun olumlu nitelikte olması gibi unsurların bireysel koruyucu faktörlerden bazıları olduğu söylenebilmektedir (Kohler, 1993; Murray, 2003; Vanderpol, 2002). Yapılan farklı çalışmalarda bireyin zeka seviyesinin yüksek olması, gelir düzeyinin yüksek olması, bireyin ailesine yönelik olumlu algılar taşıması ve olumlu ilişkiler kurması, sosyal beceri düzeyinin de yüksek olması koruyucu faktörlerden bazıları oluşturmaktadır (Garmezy, 1987). Öz yeterlilik, entellektüellik düzeyinin yüksek olması, yumuşakbaşlı olmak ve sosyal yaşamda uyumlu bireyler olması da aynı zamanda bireysel koruyucu faktörlerdendir (Kararımak, 2006).

- **Ailesel Koruyucu Faktörler**

Ailesel risk faktörleri olarak ele alınan etmenler ise, çocuk ile ebeveyn ilişkisinin olumlu seyretmesi, ailelerin çocuklar ile ilgili olumlu beklentiler içinde olması, çocukluk döneminde aile ile birlikte yaşanması, annenin babanın eğitim düzeyinin yüksek olması, ebeveynlerle yakın ilişki kurulması, ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olması, aile içinde destekleyici bir sosyal destek unsurunun varlığı, olumlu ebeveynlerin bulunması gibi unsurların psikolojik sağlamlık açısından koruyucu faktörler olduğu söylenebilmektedir (Kararımak, 2006).

- **Çevresel Koruyucu Faktörler**

Psikolojik sağlamlılık düzeyini etkileyen faktörlerden biri de çevresel koruyucu faktörler olmaktadır. Bireyin ailesini dışında olumlu ve samimi ilişkilerinin olması, sağlıklı bir sosyal hayatının varlığı (Masten ve Coasworth, 1998;), bireyin sosyal çevresinden olumlu nitelikte bir sosyal destek görmesi, iş/okul ilişkilerinin başarılı ve olumlu nitelikte olması bireyin psikolojik sağlamlığını etkileyen çevresel koruyucu faktörler arasında sayılabilmektedir. Aynı

zamanda özellikle küçük yaşlardaki bireylerin başarılı bir rol model edinmiş olması da psikolojik sağlamlığı koruyucu unsurlardan birini oluşturmaktadır (Kararımak, 2006).

2.2 Şiddetin Tanımı

Şiddetin tanımını yaparken, saldırganlık kavramı ile ilgili kullanılan .argümanlara başvurulması mecburiyetinde kalınmaktadır. En temel anlamı ile şiddet, herhangi bir bireyin veya grubun başkaları ile duygusal ve fiziki olarak zarara uğratması olarak açıklanmaktadır (Abay ve Tuğlu, 2000:21).

Bireylerin uygulamış olduğu şiddet hareketleri bilinçlidir. Birey karşısındaki kişiye bilinçli olarak şiddet uygulamaktadır ve bunu belli bir çıkar/amaç doğrultusunda yapmaktadır. Şiddet uygulanan kişiye karşı hakimiyet, üstünlük, hareket ve hal elde edilmiş olmasını sağlamak, ayrıcalık ve imtiyaz elde etmek, sevgi/ saygı kazanmak, özetle maddi ve manevi amaçlar için, psikolojik veya fiziki üstünlük sağlamak amacı ile şiddet uygulanmaktadır (Kocacık, 2001:2).

Şiddeti dar ve geniş anlamı ile başka bir tanıma tabi tutulması mümkündür. Dar anlamı ile duygusal ve fizik sonuçları ölçen, direk zarar verilmesine yönelik eylemlerdir. Geniş anlamı ile şiddet, duygusal ve fiziki sonuçların dolaylı olarak ortaya çıkarmış olduğu tespit edilmesi zor durumlardır (Kocacık, 2001:2).

Literatür bilgileri dikkate alındığında şiddete neden olan unsurların 3 ayrı grupta incelendiği görülmektedir. Bunlar; biyolojik nedenler, psikolojik nedenler ve sosyal nedenler olarak sıralanmaktadır. Biyolojik nedenler olarak; erkek canlısının hormonal yapısı, sahip olunan ruh sağlığı bozuklukları sayılabilmektedir. Psikolojik nedenler olarak ise; bireylerin çocukluk yaşam deneyimlerinin bıraktığı duygu ve düşünceler, eş ile arada kurulan ruhsal bağlar gibi nedenler sayılabilmektedir. Son olarak sosyal nedenler olarak; bireylerin ekonomik düzeyleri, içinde bulunduğu toplumsal grubun norm ve düşünceleri gibi etkenler sıralanabilmektedir (Bilge ve Orhan, 2006).

2.2.1 Kadının İnsan Hakları İhlali Olarak Kadına Yönelik Şiddet

Toplumsal cinsiyet kavramı, yalnızca cinsiyetin biyolojik bir realitenin olmasının ötesinde, erkekliğin ve kadınlığın toplumsal ilişki ağı içerisinde oluştuğuna, yeniden var edildiğine vurgu yapmaktadır. Cinsiyetin içinde

kurulan toplumsal ilişkiler ağında, kadınlara göre genelde erkekler daha üstün konumlandırmaktadır (Bora ve Üstün, 2005:13). İktidar ilişkilerinin toplumsal cinsiyete dayandırılması, erkek ve kadın olmanın toplumsal kapsamını belirlemektedir. Kadın ile erkek eşitlik durumlarının sağlanması, bu toplumsal anlayışın değiştirilmesine ayrıca hali hazırda bulunan kadın erkek rollerinin dönüşümüyle ilişkili olmaktadır.

Bora, A. (2005). Sıcak aile ortamı: demokratikleşme sürecinde kadın ve erkekler: algılar ve zihniyet yapıları. Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı.

Kadın ile erkeğin arasındaki eşit olmayan ilişki, kadına şiddete imkân sağlarken eşitsizlik durumunun kurumsal olmasına ve devamlılığına da sebep olabilmektedir. Millet'e (1973) göre, erkek egemen olan ideoloji, kadınların erkeklere hizmet etmesini ve bu hizmetleri kabullendirmesini şartlandırmaktadır. Bu ideoloji zor kullanarak kadınların yerlerinde tutulmasını sağlamaktadır. Kadına yönelik yapılan şiddet; cinsel taciz, psikolojik baskı, dayak, fuhuş, tecavüz, pornografi, cinayet gibi biçimlerde görülebilmektedir. Feminizm düşüncesi, kadına yönelik şiddeti bir grubun diğer gruba üstünlük kurması ve bu üstünlüğü sürdürebilmek için kullandığı politik araç olarak analiz etmektedir.

Kadınlar ve erkekler arasında bulunun eşitsiz güç ve tarihsel ilişkilerin bir göstergesi olarak kadınların gelişiminin engellenmesi, kadın ayrımcılığının yapılması, erkek egemenliğinin kadınlar üzerinde hâkim olması olarak gösterilmektedir. Bu manada tarihsel, sosyal ve politik bağlamı içerisinde toplumsal cinsiyet ilişkilerini değerlendirmek ve incelemek gerekmektedir. Bireysel sorun ya da yolunda yürümeyen bir tür ilişki durumu olarak anlam yüklemek kadına yönelik şiddeti tam olarak ifade etmeyecek, bu değerlendirme gerçekliğin gerisinde kalarak değişimin oluşumunda başarı sağlamayacaktır (Mor Çatı Vakfı, 2007:15).

Uluslararası metinler içerisinde kadınlara yönelik şiddet ile ilgili olarak, insan haklarının ihlali şeklinde tanınmasına ve bunun engellenmesi durumunda devlete sorumluluklar yüklenmesine rağmen, ileride belirtileceği üzere istatistiklere göre, dünya geneline bakıldığında, yoğun olarak kadınların çeşitli şekillerde şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Şiddete maruz kalan kalan

kadınlar her yaşta, her medeni durumda (evli, bekar, boşanmış), her öğrenim seviyesinde, her gelir durumunda olabilmektedirler. Kadınlara yapılan şiddet sadece fiziki davranışlarla sınırlı olmayıp fiziksel olmayan biçimleri de içerebilmektedir (Mor Çatı Vakfı, 2007:15).

2.2.1.1 Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Kadınlara yönelik şiddet türleri sırası ile anlatılacaktır (Yıldırım, 1996):

Fiziki Şiddet; yumrukla vurma, tokatlama, tekme atma, duvara ya da yere fırlatma, kadının saçlarını yolma, ısırma, kadının bedeni üzerinde sigara veya yanıcı madde söndürme, saçlarından tutarak sürüklenme, tükürme, tamamen yakma, herhangi bir alet kullanarak dövme (demir, sopa vs.), ateşli ya da ateşsiz silahla yaralama, duvara eşya araç gereç fırlatma, eşyaları kırıp dökme gibi çeşitli biçimlerde olabilmektedir (Yıldırım, 1996).

Cinsel Şiddet; kadını cinsel ilişki için zorlama, cinsel ilişki esnasında kadının istemediği davranışları yapmaya zorlama, kadının cinsel organına herhangi bir cisim ile saldırma, kadını fuhşa zorlama, ensest ilişkide bulunmaya kalkışma ya da ensest ilişkide bulunmak, tecavüz etme vb. biçimlerinde görülebilmektedir (Yıldırım, 1996).

Sözel şiddet; aşırı olarak genellemeler yapma(sen her zaman aynısın vb.), zafiyetlerini alaya alma, aşağılamalar yapma, hakarete bulunma, küfür etme, küçük düşürücü ithamlarda bulunma, korkutma, kadında özgüvenin kaybına sebep olma, bağırma, tehditlerde bulunma vb. şekillerde oluşmaktadır. Ayrıca, kadın sürekli baskı altında tutularak sindirilmektedir (Yıldırım, 1996).

Ekonomik şiddet; kadının çalışarak elde ettiği parayı elinden almak, çalışmaya istekli olan kadına izin vermemek, kadının ekonomik varlığını kontrol altında tutmak, evin genel harcamalarını yeterince karşılamamak vb. durumları halinde olmaktadır. Kadınların yoksullukları kavramı bu bağlamda değerlendirilmektedir. Maksimum gelir seviyesinde bulunan ailelerde dahi aile gelirlerinin hakimiyeti erkeklerde olmasından dolayı kadınlar gelirsiz kalabilmektedir (Yıldırım, 1996).

Psikolojik ve sosyal şiddet(duygusal şiddet); kadının sosyal yaşamıyla ilgili kurallarla sınırlandırmak, daima eleştirilerde bulunmak, kadın ile dolaylı

olmadan direk iletişimi koparmak, kadın ile konuşmamak, kendini ifade etmeye çalışan kadının duygu, düşünce ve görüşlerini aktarmasına engel olmak, sosyal bağlarını azaltmak ya da tamamen koparmaya çalışmak, kadın için önem arz eden kişiler ya da eşyaların zarar görmesini sağlamak veya bunların ondan uzaklaştırılacağına dair tehditlerde bulunmak, arkadaşlarından veya ailesinden kadını uzaklaştırmaya çalışmak, vb. gibi birçok şekilde uygulanmakta ayrıca, kadının ruhi yönden sindirilip onun aciz kalmasına sebep olabilmektedir (Yıldırım, 1996).

Çoğu zamanlar kadınlar şiddetin birden çok türünün etkisi altında yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadır. Fizyolojik şiddetin tesiri altındaki kadınlarda genellikle cinsel şiddetin etkisiyle aşağılanma, küfür veya tehdit gibi söylemlerde eklenebilmektedir. Kadınlara yapılan şiddet, tüm yönleri ve çeşitleriyle en çok aile içinde yaşanmakta fakat ailelerin kutsallık durumu ve mahremiyet içermesi sebebiyle dillendirilmemektedir (Yıldırım, 1996).

2.2.1.1.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet, aile bağlarıyla bağlı olan bir sosyal bütünlüğün içinde, cezalandırıcı, güç gösterici, öfke verici, aşağılayıcı, zorlayıcı, tutum sergilemek amacıyla bir kişiden, farklı kişi veya kişilere yapılan her tür davranış şekli olarak belirtilmektedir. Bu şiddet, aile büyüklerinin kendi arasında, aile büyüklerinden çocuklara veya çocuklardan aile büyüklerine gibi çeşitli şekillerde gözlemlenebilmektedir (Y. Güneri, 1996:87). Literatürde bu şiddet, aile içindeki kişilerden biri diğer kişi ya da kişilere bunu uygulayabilmektedir. Lakin birçok devlette aile içerisinde, kadınlar erkeklerin şiddetine maruz kaldığı görülmektedir. Ayrıca birçok şiddet durumunun aileler içerisinde hem ihtiyarlarda hem gençlerde uygulanmakta olduğu da kabul edilmektedir.

Ülkelerin birçoğunda erkeklerce kadına yönelik şiddetin uygulandığı bilinmektedir. Birçok şiddet türlerini içeren baskı unsurlarının hem genç hem de yaşlı kişiler üzerinde uygulandığı da kabul edilmektedir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında eşlerin arasındaki şiddetin %90'ından çoğunda kadınlar erkeklerden şiddet görmekte olduğunu bildirmektedir (İlkkaracan ve Gülçür, 1996: 22-23).

2002 Yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafınca on devlet ve yirmi dört bin kadınla görüşmeler yaparak tamamlanan araştırma sonucunda, eşlerinden fiziki şiddete muhatap olan kadınlar %13-61, duygusal şiddet ile muhatap olan kadınlar %20-75, cinsel anlamda şiddet ile muhatap olan kadınlar %6-59 aralıkları arasında değiştiği saptanmaktadır. Bu araştırmanın diğer bir sonucuna göre, araştırma için başvurulan kadınların %47' sinde ilk olarak yaptıkları cinsel ilişkilerinin zorla olduğu saptanmıştır. Bir başka araştırma sonucunda, "Amerika Birleşik Devletleri"de on beş saniyede bir kadınlar kocaları veya partnerleri tarafından dövüldüğü bildirilmektedir (KSGM, 2008:15).

Araştırma sonuçları gösteriyor ki, aileler içerisinde uygulanan şiddet oldukça yaygın olduğu gibi ayrıca süreklilik de göstermektedir. Hal böyle iken şiddete maruz kalmış kadınların yarısına yakını içinde oldukları durumları hakkında kimseye bilgi vermemektedir. Kadınları bu denli sessizliğe iten durum, ailelerin dağılmaması ve bütünlüğün devamının korunmasına ilişkin toplumca yapılan yargı ,tutum ve davranışlar olmaktadır. Bu durum sonucunda aile mefhumu, şiddetin kurumsal hale geldiği bir zemine dönüşebilmektedir.

Şiddete maruz kalıp bu ortamdan uzaklaşmak isteyen kadınlar, genellikle etrafından destek görememektedir. Bu durumdan sıyrılıp içinde buldukları veya maruz kaldıkları sıkıntıları dile getiren veya resmi olarak da şikayetlerde bulunmayı başaran kadınlar, çevresindekilerin, adli mercilerin ve devletin ilgisiz kalmasıyla karşılaşmaktadır. Günümüzde bu durum aynı ölçülerde devam etmekte olup devletin, aile içerisindeki şiddetin cezalandırılması için yeterince çaba göstermediği bilinmektedir. Kanunlara göre birçok şekliyle kadın ile erkeğin eşitliği hususunda düzenlemeler yapılmış olsa bile, uygulamalarda eşitsizliğin ve ayrımcılığın varlığı devam etmektedir. Eşitsiz olan bu durum, kadının özgürleşmesine engel olup içinde buldukları şiddet içerikli yaşamı kabullenmeye zorlanmaktadırlar (Mor Çatı Vakfı, 2007:16).

2.3. Sığınmaevlerinin Tarihsel Gelişimi ve Kadın Hareketinin Etkisi

2.3.1. Kadın Hareketinin Dünyadaki Gelişimi

Her insanın doğumuyla başladığı ve doğuştan getirdiği doğal haklara sahip olabilmesi fikri modern dünyamızın en ehemmiyetli ahlaki fikirlerinden birisidir. İnsanın devredemediği vazgeçemediği temel haklarının olduğu düşüncesi aydınlanmacılık fikrinin doğal hak doktrinine dayandırılmaktadır (Donovan, 2005:16). Bu fikir Amerika'nın 1776 da yayımladığı Bağımsızlık Bildirgesi'nde ve Fransa'nın İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde dikkat çeken noktalarıdır. Bu düşünce tarzı akılcılığı öne almaktadır. Aydınlanmacı felsefeye göre kişilerin doğar doğmaz akli yetenekleri vardır ve evrenin akıl yürüterek anlaşılabilceği kurallarının olduğunu savunmaktadır. Aklımız ile yönettiğimiz kamusal alan ile başka yönden akıl dışı diye nitelendirilmekte olan duygusallıkla bağlantılı ilişkilerin, ahlaki değerlendirmelerin ve yargının yer aldığı aykırı olan dünya görüşü aralarında fark olmaktadır (Donovan, 2005:18-19).

Geleneksel liberal kuramların bir sonucu olarak, yaşamın kamusal ve özel yönlerinin oluşu düşüncesi 17.yy dan bu tarafa batı kaynaklı olan siyasi fikirlerin merkezinde yer almaktadır. Bu fikre binaen kamusal özellik durumu esasında devletin sahası/toplumun sahası ve evin içi/evin dışı şeklinde karşılık gelmektedir. Tüm durumlarda ev, aile, mahremiyet özel devlet ise kamusal olarak sayılmaktadır. Bu alanların oluşumu kabul görüldüğünde, iki alanı tertip eden farklı kaideler ile farklı farklı güç odaklarının olması kabul edilmektedir. Özel alanlarda baba figürü iktidarın merkezinde olduğu alanlarda, duygular ve eşit olamayan ilişki durumlarının alanları olurken ayrıca doğal yasalar geçerlilik kazanırken, devlet erkinin iktidar merkezi olduğu kamu alanlarındaysa akılcılığın, eşitlik ilkesinin, adalet anlayışının alanı olmasından dolayı geçerli olan yasalar insanların yaptığı yasalardır (Bora, 1998:63-64).

Geçmişten günümüze kadar kadınlar toplumun kurucu unsurları arasında görülmemişler. Bunun yanı sıra, duygusallığın, akıl dışılığın ve eşitsizliğin alanları olan, ev alanlarında, özel alanlarda konumlandırılmışlardır. Özgür ve eşit birey olmak, irade ve akla sahip olunması, eylemlere yönelik kapasitelerinin olmasının yanında, özellikle de mülk sahipliğiyle de

ilişkilendirilmişlerdir. Bu durum da, mülklerinin, servetlerinin ve hayatlarının korunabilmesi için, halk ile sözleşme yapan kişiler, hanenin kralı olan erkeklerdir. “Amerika Birleşik Devletleri Temel Haklar Bildirgesi”de erkek bireyler “her biri kendi ataerkil alanını kuran ailelerin erkek efendileridir” şeklinde ifade edilmektedir (Donovan, 2005:22).

2.3.2. Kadın Sığınma evlerinin Ortaya Çıkışı

1960 yılından sonra “feminist hareketin” güçlenmesinin de büyük bir rol oynayan, bilinçli yükselme ile grupların kadınlarında, kişisel gibi gözüken deneyimler aslında kişisel olmadığı, halkı belli bir kesiminin sürekli olarak ezilirken, diğer kesimleri de sürekli ezen tarafların olduğunu dile getirmişlerdir. Örneğin “her zaman birisi bulaşık yıkar iken diğer bir kişi de gazete okuyup televizyon seyretmektedir. Bir kişi vururken de diğerleri her zaman dayak yemektedir. Kısacası ortada birden fazla bireyin paylaşılmış olduğu birden fazla problem bulunmaktadır.” (DKDK, 1988:23).

Bilinç yükseltme grupları, kadınların ilk olarak evrelerinde yaşamış oldukları şiddetin deneyimlerinin paylaşılmasına ortam hazırlamıştır. Toplum aktivistleri, feministler ve eskiden şiddete uğramış olan kadınların ihtiyacını karşılayabilmek için, yeni yolların geliştirilmesi amacı ile örgütlenme çalışmaları başlamıştır ve “aile içi şiddet” adı ile ifade edilen sorunları tanımlamaya başlamışlardır (Sullivan ve Gillum, 2001:247).

Kadınlara yönelik uygulanan şiddet ile mücadele eden kadın hareketleri, özellikle de bilinç yükseltme grubunda, kadınların yönlendirilmiş olduğu talepler doğrultusunda gelişim göstermiştir. Başlangıç olarak, çok bir yankının bulunmaması mücadele kapsamında kısa bir zaman için de, yerel grupların araştırmalarından uluslararası örgütlenmelerin mücadelesine dönüşerek, bu mücadelenin en önemli kazanımları ise, kadın sığınmaevlerinin açılmasıdır. Aile içindeki şiddetin kamu olarak görünürlük kazanması, yeni birer hizmet türünün tanımlanması, sığınmaevlerinin kadınlar için zorunlu birer ihtiyaç olarak ortaya konulması olmuştur.

Türkiyedeki kadın sığınmaevleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve aile, çalışma sosyal politikalar bakanlığının sunduğu veriler incelendiğinde Kadının Statüsü

Genel Müdürlüğüne bağlı 110 sığınma evi, belediyelere bağlı 33 sığınma evi, göç idaresi genel müdürlüğüne bağlı 1 sığınma evi ve Mor Çatı Sivil Toplum Kuruluşuna bağlı 1 tane sığınma evi olmak üzere 3 bin 454 kişi kapasiteli toplam 145 tane kadın sığınma evi bulunmaktadır. Ülkemizde kadın sığınma evinde yaşayan kadınların sayısı konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında ise 145 kadın sığınma evinde yaşayan 30 bin civarı kadının var olduğu bilinmektedir.

2.4 Depresyon Tanımı

Alanyazında depresyonun nasıl tanımlandığına dair çok sayıda tanım bulunabilir. Örneğin; Öztürk'e (2011) göre depresyon "fizyolojik olarak yavaşlama durumunun yanında değersiz ve isteksizce kötümser olma emareleriyle beraber depresyon, yoğun bir ızdırap duygusu, kimi durumlarda üzüntü ve endişe hislerinin artması ile tanımlanabilen bir sendrom" dur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Sözlükte depresyon; mevcut olan duygu halinin çöküntü içerisinde olması hissi olarak tanımlanmaktadır Depresyonun ortaya çıkış sebebi farklılık gösterebilir; zihinsel bir durumun, bozukluğun veya hastalığın ani gelişimi depresyonu tetikleyebilir. Buradan da görülebileceği gibi depresyon bir soruna evrilebilen bir sorundur ve geçici bir zihinsel hale, yani günlük yaşam durumlarına karşı bir hareket değil, zamanla hastalığın semptomlarının ortaya çıkmasına neden olan bir sorundur. Depresyon, "üzüntü verici bir durumda kıymetsizlik, yeterli olamama ve çaresizlik hisleri sebebiyle duygu, düşünce ve davranışlarda farklılıklara neden olan bir sendromdur." Depresyon tek başına bir sendrom değildir aksine çok sayıda bozukluk içeren alt grupları vardır. Ruhsal bozukluklar farklı grup yaklaşımları ile gruplandırılmıştır. Dünyadaki en kabul edilebilir grup yaklaşımı olan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin grup yaklaşımı, DSM-5'e göre farklı değerlendirilmektedir (Sulukaya, 2019: 32).

Depresyonun bilimsel bir olgu çalışılması 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra yüksek bir artış göstermiştir. Olgunun araştırılmasında artan ilgiye paralel olarak toplum içerisinde de bu durum bir sağlık problemi olarak kabul edilmiş ve problem için bir doktora başvuran kişilerin sayıları da artmıştır. Bir

doktordan tıbbi yardım talep eden hastaların %75'inin müdahale gerektiren bir düzeyde psikiyatrik problemleri olduğu ve bu artışın sağlık hizmetlerinin gelişimi ile ilişkili olduğu varsayılabilir (Sulukaya, 2019: 32).

Dünya Sağlık Örgütü'ne depresyon; depresif zihinsel durum, azalmış ilgi ve zevk, azalmış enerji, uyku ve iştah kaybı, akıl hastalığı, suçluluk semptomlarıyla kendini gösterir. Depresif mizaç, azalmış ilgi veya istek depresyonun temel işaretleridir ve bu kişiler çoğunlukla üzüntü, mutsuzluk ve umutsuzluk hisleri içerisinde olurlar. Depresyon en yaygın olarak görülen ruhsal bozukluktur ve çocuk, genç, yaşlı fark etmeksizin her yaş döneminde ortaya çıkabilir (Mete, 2008: 14).

Depresyona sebep olan etmenlerin ne olduğu tam anlamda bilinmese de psikososyal, genetik ve biyolojik faktörlerin ve bunların etkileşiminin depresyona sebep olabileceği düşünülmektedir. Günümüzde daha geniş bir perspektif ile tartışılan depresyonun genetik ve biyolojik prensiplerini ortaya konulmadan önce kavramın etiolojisi yalnızca psikolojiye dayanılarak açıklanıyordu. Çok sayıda çalışma, duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışının hayat problemleri ve psikososyal stres faktörleri ile ilişkili olduğunu ve bu durumun majör depresif bozukluklar üzerindeki etkisinin, şiddetli depresyon gibi duygudurum bozukluklarının grup bipolar bozukluktan daha belirgin olduğunu belirtmektedir (Bıyıklı, 2019:36).

Depresyonla ilgili olarak yürütülen epidemiyolojik araştırmalar genetik depresyon riskinin %33 olduğunu göstermiştir. Depresif durumların genetik yollarla transfer edilebilmesi ile ilgili bilgiler ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları ile ortaya çıkarılmıştır. Majör depresyonun gelişiminde çeşitli kalıtsal faktörlerde etkili olma ihtimalinin daha az olduğu hafif depresif vakalarda, çevresel faktörler yüksek şiddetli depresyonlardan daha etkili iken, genetik risk genetik transferde de etkilidir ve kalıtsal risk faktörlerinin seviyesinin arttığı erken depresyon testlerinde genetik riski daha da artırmakta ve bu düzeyin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır. Güncel çalışmalar depresyonun tekrar eden ve kalıcı bir tabloya sahip olduğunu vurgulamaktadır. Uzmanlar arasındaki yaklaşım, depresif bozuklukların akut bir hastalık olmaması ve herhangi bir nöbetin yeni bir nöbet geliştirme riskini

artırmasıdır. Depresyon atağı geçiren bir kişinin yeniden bu atağı yaşama ihtimalinin 2 yıl içinde % 40, 5 yıl içinde % 60 olduğu tespit edilmiştir (Bıyıklı, 2019:36).

2.5 Somatizasyon Tanımı ve Belirtileri

Terim olarak ilk kez "Somatizasyon" 1943 yılında "Stekel" tarafından ortaya çıkarılmıştır. Somatizasyon kavramı, 1980 ve 1990'lı senelerde, alan yazına hakim olduğu görülmüştür. 1970 senesinde "histeri"ye selef olarak kullanılmasının hemen ardından, günümüzde büyük eleştirilere maruz kalmıştır. Alinyazında güncel kullanılması sebebiyle "işlevsel somatik belirtiler" veya "tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler" biçimindedir (Brown, 2004: 34-35). Bu kavramla ilgili ilk kez, tanımlar birçok yazar tarafından çeşitli tanımlar ile yorumlanmıştır. Ancak, en fazla kabul edilen tanım ise "Lipowski"nin yapmış olduğu tanım olmuştur (Çermik, Çevik, Soykan ve Aksakal, 1999). Lipowski somatizasyon kavramını "tıbbın çözülmemiş problemi" şeklinde tanımlamıştır. Somatizasyon kavramı "bedenselleştirmenin" psikiyatrik, sosyal ve psikolojik sorunların, vücudun fonksiyonlarının üstünden yansıtılması ve yaşanması olduğunu ileri sürmektedir (Lipowski, 1987).

Somatizasyon, psikososyal veya psişik problemlerin sembolleştirilerek beden üstünde ifade edilme biçimidir. Burada birey, yaşamış olduğu birtakım bireysel, ekonomik veya toplumsal problemleri ağrı biçiminde ifade etmektedir. Ağrı kendi temelinde bilinçsiz bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Benlik saygısına yabancıdır ve kaygı bağlı çatışmaları kapsamamaktadır. Bu duruma bağlı olarak, gerginliği iletmektedir. Bilinçsizce ortaya çıkan ağrılar sonucunda ise, birey bazı kazanımlar elde edebilmektedir. Burada bahsedilen ağrı; "ilgi bekleme isteği, sevgi elde etme yöntemi, olumsuz duyguların kefareti veya suçu affettirmenin yolu" şeklindedir. Birey, kendi bedenselleştirmesini yaptıktan sonra ikincil veya birincil kazanımla elde etmektedir (Işık ve Işık, 2010: 502).

Somatizasyon kavramında kişinin tıbbi yardım arama eğilimleri oldukça fazladır. Bu tıbbi yardımları aramanın önemi, ekonomik veya sosyal

problemleri beraberinde getirmektedir (Lipowski, 1988). Bir hastalık ile birlikte, hastanın sosyal işlevinde de bozulmalar yaşanacağı için, psikosomatik ağrılarla birlikte, bazı psikolojik belirtilerin de takip edilmesi gerekmektedir (Işık ve Işık, 2010:502). Tıbbi yönden tanısı konulmamış olan hastalar, genellikle depresyon ve anksiyete belirtileri beraberinde görülmektedir (Brown, 2004: 34-35).

Somatizasyonu bulunan hastanın eş süreli olarak fizik bir hastalığının olmayacağı anlamının çıkarılmaması gerekmektedir. Çünkü, bu anlamın aksine, herhangi bir hastalık durumunda somatizasyon tarafından maskelenebilir ve hastalık bulunabilir (Lipowski, 1988). Fakat, somatik belirtisi olan hastaların birçoğunda, anksiyete ya da maskeli depresyonun olamayacağı da unutulmaması gerekmektedir (Brown, 2004: 34-35).

2.6 Obsesif Kompulsif Bozukluk

Yenilenen obsesyonlar ya da kompulsiyonların gözüktüğü, genel olarak sürekli ve bazı süreler de “epizodik” gidişat gösteren, bireylerin gündelik olarak işlevini etkileyen hastalığa “Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)” denilmektedir (Tükel ve ark., 2000:26).

Latince bir kelime olan “Obsesyon” kuşatma anlamına gelmektedir. Bu sözcük, bireyin istemiş olduğu herhangi bir şey dışında zorlayıcı ve ısrarcı bir biçimde akla gelen, birey tarafından mantık dışı ve saçma olarak gözüken, kaygıyı ön plana çıkaran, yenileyen özellikler düşünce, imge veya dürtü olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda birey, kendi obsesyonlarının kişisel zihninin bir ürünü olarak görmektedir (Tükel ve ark., 2000:26).

Kompulsiyonlar ise; bireyin obsesyonlarına bir cevap olarak veya belli kurallara göre, gerçekleştirilmesinin zorunda olduğunu hissetmiş olması, yenileyen zihinsel eylemler ya da davranışlardır. Kaygıyı azaltmaya, bazı durumları veya korkulu olayları engellemeyi amaç edinen, bu törensel eylemler, birey tarafından mantıksız veya aşırı olarak algılanmıştır (Tükel ve ark., 2000:26).

Obsesif kompulsif belirtiler, geleneksel olarak “egodistonik” görülmektedir. Böylece, riskin azaltılması, zarardan kaçınılması, doyum, öçgörü ve direnme

yokluğu olguları ile birlikte hareket etmektedir. Genel yapılan tanımlamaya aykırı olarak, OKB'si bulunan hastaların belli bir kısmında "obsesyonlarını" normal olarak gördükleri, "obsesyonlara" karşılık gösterilen değişiklik ve direnç de olabildiği gözlemlenmiştir (Tükel ve ark., 2000:26).

2.7 Kişiler Arası Duyarlılık

Kişilerarası duyarlılık, bireyler arasındaki ilişkilerde duyarlılığa sahip olan kişilerin, kolaylıkla kırılması ve incinmesi, diğer bireyler tarafından önemsenerek değer verilmemesi ve bunlara paralel olarak kötü davranış gösterdiğine inanılması, kendilerini diğer bireylerden daha aşağı görmesi, diğer bireylerin yanın da ise yanlış davranışlar sergilemeye özen göstermemesi vb., yaşamlara sebep olan bireysel ilişkilerde sorunlar yaşamaları, ilişkinin bozulmasına yol açan durumlar olarak tanımlanmaktadır (Boyce ve diğ., 1991:106).

Süreğinden bireylerarası ilişki de öncelikli olarak kişinin önemli olarak diğer kişileri atfetmesi ve bunun ardından önemli atfettiği kişilere sunmuş oldukları çevre de, karşılıklı olarak belli birer etkileşim söz konusudur. Bireyler arası ilişki de, duyarlılığı bulunan kişiler için önemli olan diğer bireylerin sözel olmayan veya sözel olan iletişim türleri, düşünceleri, davranışları ve duyguları büyük bir önem arz etmektedir. Bunun nedeni ise, bireylerarası ilişki de duyarlılığı olan kişiler, ilişkilerinde diğer bireyler için çok da fazla önemli olmayan sorunları kolaylık ile kıran; sıradan, çözülmesi kolay ve küçük problemleri gereğinden çok fazla büyütürük, işin içinden çıkılamayacak bir hale dönüştüren, ilişkinin ilerlemiş olmasında engelleyici rolü bulunan, kişilerdir (Boyce ve Mason, 1996:90).

Bireylerarası duyarlılık veya kişiler arası duyarlılığın yapısı, diğer kişilerin düşüncelerine ve davranışlarına aşırı farkındalık ve yersiz duyarlılık içerebilmektedir. Kişiler arası duyarlılık diğer kişiler tarafından algılanmış olan, gerçek eleştirilme korkusu, diğer kişilerin davranış biçimi, ifadeleri hakkında artış gösteren kaygı, diğer bireylerin göstermiş olduğu tepkilere yönelik ihtiyat biçiminde, sosyal geribildirimleri genel duyarlılık olarak tanımlanmıştır. Kişilerarası duyarlılık; herhangi bir bireysel yetmeme duygusu, sürekli diğer

kişilerin davranışlarını yanlış yorumlanması ve bireylerarası kaçınılması, güvenilir olmayan davranış biçimleri vb., olguların birlik olduğu ortamlarda huzursuzluk yaşanması ile şekillenmiştir (Boyce ve diğ., 1992:156).

2.8 Anksiyete

Anksiyete (Kaygı); sebebi belli olmayan, korku, sıkıntı, öfke, kaygı, içten gelen, herhangi bir zamanda kötü bir şeyin olacağı hissi ile yaşanan bunaltı duygusudur. İnsan hayatını tehdit eden veya tehdit biçiminde algılanan birtakım alarm duygusudur. Dıştan veya içten gelen tehditler, tehlike belirtilerine karşı yaşanmış olan birtakım tepkilerdir. Latince bir kelime olan “Anksiyete (anxiety)” kavramı, “boğulma, tıkanma” anlamına gelen “angere” kelimesinin kökünden türetildiği bilinmektedir. Anksiyeteye beraber anılmış olan diğer bir kavram ise korkudur (Sadock ve Kaplan, 2008:1559).

Anksiyete, genel olarak toplumun genelinde görülen ruhsal bozukluklardır. Yetişkinlerde görülen anksiyete bozukluklarına benzer biçimde, ergenlerde ve çocuklarda da anksiyete, en sık gözükken ruhsal bozukluklardır. 1990’lı yıllardan bu yana “anksiyete bozuklukları” üstünde daha çok araştırma yapılmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde yapılan araştırmalarda, hayat boyu yaygınlığa ilişkin benzer biçimde oranlar tespit edilmiştir. ABD’de yapılan bir araştırmada ise, Amerika halkında ortalama 4 kişiden 1’nde anksiyete bozukluklarından herhangi birinin olduğu saptanmıştır (Hsu ve Marshall, 1987:1561).

Anksiyete görülen bir kişi de, çevresinde olup biten değişimlere yanıt vermesi ya da hazırlanma duygusu görülmektedir. Anksiyete, tüm organik bozukluklarda gözükabilen ve psikiyatrik bozukluklara eşlik eden, bir semptomdur. Normal anksiyete de, organizmanın biyolojik olarak bir sistemi olarak çalışmaktadır. Organizmayı tehdit eden herhangi bir olayın var olması durumunda, olay ile savaşmak ya da o olaydan kaçılması durumunda ortaya çıkmaktadır. Fakat, anksiyete herhangi bir durumda ortada hiçbir şey yokken de görülüyorsa, uzun bir süre sürüyorsa ve bu anksiyetenin durdurulması sağlanmıyor ise, patolojik anksiyeteden bahsedilebilmektedir.

2.9 Fobik Anksiyete

Fobik Anksiyete, diğer psikolojik bozukluklar ile beraber gözüken bir bozukluktur. Başka bir deyişle, akademik ve psikososyal problemlerin eşlik etmiş olduğu ve yetişkinlik dönemlerinde, diğer psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasında, problem etkeni oluşturan birer durumdur (Gökler, 2005:83). Ayırıştırıcı tanılar hususunda zorluk çeken fobik anksiyete, diğer patolojik sorunların ile beraber görülmektedir (Goisman ve ark. 1995:1438). Fobik anksiyetenin görüldüğü hastalarda, benlik saygısının düşük olması, panik bozukluğu, bireysel olarak olumsuz değerlendirilmesi, bireyler arası ilişkilerde aşırı şekilde duyarlı olunması vb., özelliklerinin eklenmesinin, depresyonel riskleri arttırmış olduğundan söz edilebilmektedir. Aynı zamanda fobik anksiyete hastalarında “agorafobinin” getirmiş olduğu yaşamsal kısıtlılık, sosyal izolasyon daha ilerleyen boyutlara taşınmaktadır ve depresyonun gelişmesi kaçınılmazdır (Lenze ve ark. 2000:727).

Stein ve Uhde (1988) yapmış olduğu bir araştırmada, depresyon riskini %46 oranında, hem sosyal fobi hem de panik mevcut ise %93 olarak belirlemiştir. Yaygın bir biçimde gözüken fobik anksiyete ve panik bozukluk, bireye hem acı duygusu hem de maddi bakımdan büyük zarar verdiğini tespit etmişlerdir (Akt: Greenberg ve ark. 1999:427).

2.10 Paranoid Bozukluk

Paranoid kişilik bozukluğu (PKB) olan bireyler; sürekli olarak başka kişilerin kötü niyetlerinin olabileceği, kuşkulu yaklaşan, düşünceleri bulunan ve bu sebeple başka kişilere asla güvenemeyen, yakın bireylerde aşırı kırılgan ve ayıngan olan, geçinilmesi zor ve patolojik yönden kıskançlıkları olan, bireylerdir (Köroğlu, 2007:29).

İçinde bulunan koşullara bağlı olarak bireyler, bazen toplumun gruplarının geçici bir süreyle yukarıda bahsedilen durumları yaşayabilmektedir. Paranoid düşünce ve kişilik bozukluklarında bu durum toplumsal etkenlerden ya da grupların dinamizimlerinden değişmez ve bağımsız bir fikir, ilişki veya duygu tarzı olağanüstü katı bir biçimde sürdürülebilmektedir (Geçtan, 2000:29).

Paranoid kişilik bozukluğunun görüldüğü bireyler de suç işlemeye yatkındırlar. Özellikle de, can almaya yönelik suç işleyebilmektedirler. Bu bozukluğun görüldüğü kişiler aynı zamanda çok kindardırlar, kendilerini rahatsız eden birey ve olayları, seneler sonra bile unutmamaktadırlar (Ziyalar, 2006:23).

2.11 Psikotik Bozukluk

Psikotik Bozukluk, gerçek olan bir şeyi değerlendirme yetisinin bozulmasının yanı sıra, bilişsel işlevde acayip ve ciddi bozukluklar, tuhaf davranışlar ile karakterize edilen bir takım psikiyatrik bozukluktur. Psikotik bozukluğun başlangıç dönemleri olarak genel olarak genç erişkinlik ve ilk gençlik dönemleri belirtilmiştir. Psikotik bozukluğun başlangıcında kullanılmış olan “ilk atak psikoz (İAP)” tanımıysa, en az 1 “psikotik” belirtisi olan, genel tıbbi durumlara bağlı olarak psikotik bir bozukluğu bulunmayan, psikotik atak başlangıçlarından itibaren hiçbir şekilde remisyona girmeyen hastalıkları kapsamaktadır (Rabinowitz vd., 1998:1411).

İAP tanısının konulmuş olduğu bir hasta “DSM-5” tanı sistemlerine göre “Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar” başlığı altında; “şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreni, sanrılı bozukluk, şizoaffektif bozukluk, maddenin/ ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, tanımlanmamış psikozla giden bozukluk tanılarını, tanımlanmış diğer psikozla giden bozukluk” “Bipolar ve ilişkili bozukluklar” başlığı altında ise “psikotik özellikli bipolar bozukluk tanısını” ve “Depresyon bozuklukları” başlığının altında “psikotik” özelliklerin gösterildiği, depresyon bozukluklarının tanısını oluşturabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013:54)

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama yöntemleri, verileri elde etmede kullanılan ölçekler, verilerin analizi başlıkları sırasıyla ele alınacaktır.

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın planlama ve uygulama sürecinde tarama modeli yöntemi kullanılmaktadır. Araştırmanın amacına uygun örnekleme bireyler seçilerek ölçekler aracılığıyla taramaya tabii tutulacaktır. Tarama modeli, seçilen bir grubun belirli özellik ve niteliklerini incelemek amacıyla verilerin toplanmasını hedefleyen bir araştırma modelidir. Tarama modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda amaç var olan bilgiyi analiz ve gözlem sonucunda ortaya çıkarmaktır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2017).

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın evrenini 2020 yılı içerisinde Ankara ili Kadın Sığınma Evi'nde kalan, eşinden şiddet görmüş olan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise çeşitli sebeplerle şuan kadın sığınma evinde yaşayan, yaşları 18 ile 61 yaş aralığında değişen, 32 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme oluşturulurken amaçlı örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Araştırma planlama sürecinde hedef örneklem sayısı 30 olmakla birlikte 32 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Aynı zamanda araştırmaya dahil edilme kriterleri, kadın sığınma evinde yaşıyor olma, kadın olma, evli olma kriterleri belirlenmiştir. İlgili ölçeklerin kadın sığınma evinde

uygulanabilmesi adına gerekli izinler bakanlıklardan alınmış olup, akabinde uygulama gerçekleştirilmiştir. Gönüllük esasına dayalı olarak tarafımdan anket formların dağıtması ve toplanması şeklinde uygulanarak hedeflenen bölümlere ulaşılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların demografik değişkenler açısından dağılımı

Yaş	Kişi Sayısı	%
18-30 yaş	17	53,1
30-40 yaş	6	18,8
40 yaş üzeri	9	28,1
Toplam	32	100,00
Eğitim Düzeyi	Kişi Sayısı	%
Hiç okumamış	1	3,1
İlkokul	9	28,1
Ortaokul	10	31,3
Lise	8	25,0
Üniversite	4	12,5
Toplam	32	100,00
Medeni Durum	Kişi Sayısı	%
Evli	17	53,1
Boşanmış	7	21,9
Diğer	8	25,0
Toplam	32	100,00
Çalışma Durumu	Kişi Sayısı	%
Çalışıyor	1	3,1
Çalışmıyor	31	96,9
Toplam	32	100,00
Psikiyatrik Tanı	Kişi Sayısı	%
Evet	11	34,4
Hayır	21	65,6
Toplam	32	100,00
Gelir Düzeyi	Kişi Sayısı	%
Geliri Yok	26	81,3
Asgari Ücretten Az	3	9,4
1000-2999 lira	2	6,3
arası 5000 liradan	1	3,1
fazla	32	100,00
Toplam	32	100,00

Katılımcı bireylerin kişisel özellikleri çalışmanın demografik değişkenlerini oluşturmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımlarına bakıldığında 17 kişi (%53,1) 18-30 yaş aralığında, 6 kişi (%18,8) 30-40 yaş aralığında, 9 kişi (%28,1) ise 40 yaş üzeri yaş aralığında bulunmaktadır. Buna

göre katılımcıların yarısından fazlasının 18-30 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında ise 1 kişinin (%3,1) hiç okumamış, 9 kişinin (%28,1) ilkokul, 10 kişinin (%31,3) ortaokul, 8 kişinin (%25,0) lise, 4 kişinin (%12,5) ise üniversite seviyesinde eğitim düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın bir diğer demografik değişkeni olan medeni durum değişkeni incelendiğinde 17 kişinin (%53,1) medeni durumunun evli, 7 kişinin (%21,9) medeni durumunun boşanmış, 8 kişinin ise (%25,0) medeni durum sorusuna diğer yanıtı verdiği görülmektedir. Buna göre katılımcıların yarısından fazlasının evli olduğu sonucuna varılmaktadır.

Katılımcı bireylerin herhangi bir işte çalışma durumlarına bakıldığında 1 kişinin (%3,1) çalıştığı, 31 kişinin (%96,9) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların neredeyse tamamının (%96,9) çalışma hayatı bulunmadığı ortaya çıkmaktadır.

Bireylerin herhangi bir psikiyatrik tanısı olup olmama durumları incelendiğinde 11 kişi (%34,4) geçmişte psikiyatrik bir tanısının olduğunu, 21 kişi (%65,6) ise geçmişte psikiyatrik tanısının bulunmadığını belirtmektedir. Buna göre psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin daha yoğunlukta olduğu görülmektedir.

Araştırmanın bir diğer demografik değişkeni olan gelir düzeyi değişkeni incelendiğinde 26 kişinin (%86,3) herhangi bir gelirin olmadığı, 3 kişinin (%9,4) asgari ücretten az olacak şekilde bir gelire sahip olduğu, 2 kişinin (%6,3) 1000-2999 lira arası bir gelire sahip olduğu, 1 kişinin (%3,1) ise 5000 lira ve üzeri bir gelire sahip olduğu görülmektedir.

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan verileri elde etmek amacıyla kişisel bilgi formu, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği, Belirti Tarama Testi (SCL-90) ve Psikolojik İstismar Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuş, diğer ölçekler için ise ölçekleri geliştiren araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayalı olmakla birlikte, diledikleri an geri çekilme hakkına sahip oldukları bireylere bilgilendirilmiş onam formu ile aktarılmıştır.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturmuştur. Katılımcı bireylerin demografik özelliklerini içermektedir. Bu doğrultuda bilgi formu 13 sorudan oluşmaktadır. Katılımcı bireylerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, evlilik süresi, çocuk sayısı, çocukların kimle yaşadığı, anne durumu, baba durumu, eş ile yaşama durumu, eş eğitim düzeyi, psikiyatrik tanı ve gelir durumu bilgilerini içermektedir.

3.3.2 Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ)

Smith ve ark. (2008) tarafından geliştirilen Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ), bireylerin psikolojik sağlık düzeylerini belirleme amacıyla kullanılmaktadır. Öz bildirim tarzında olan ölçek, "Hiç uygun değil (1), uygun değil (2), biraz uygun (3), uygun (4), tamamen uygun (5) olmak üzere 5'li likert şeklinde cevaplandırılmakla birlikte, 6 sorudan oluşmaktadır (Doğan, 2015).

Ölçeğin 2., 4., ve 6. Maddeleri ters kodlanmaktadır. Gerekli ters kodlamalar yapıldıktan sonra ölçekten yüksek puan almak bireyin psikolojik sağlık düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 6, maksimum puan ise 30 olmaktadır (Doğan, 2015).

3.3.3 Belirti Tarama Testi (SCL-90)

Derogatis & Cleary (1977) tarafından geliştirilen Belirti Tarama Testi (SCL-90), bireylerin psikiyatrik belirti gösterme şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin uygulanma amacı olarak bireyin son 15 gününe dair bir öz bildirim yapması beklenmektedir. Ölçek, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce ve psikotizm boyutları olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. İlk olarak 83 madde olarak geliştirilmiş olan SCL-90, sonrasında Derogatis tarafından yapılan revizyonla birlikte ölçeğe 7 madde eklenmiştir. Sonradan eklenen 7 madde alt boyutlara dahil edilmemekte, yalnızca ölçekten alınan toplam puanı etkilemektedir. Ölçek hiç (0), çok az (1), orta derece (2),

oldukça fazla (3), ileri derecede (4) olmak üzere 0-4 arasında 5'li likert sistemle yanıtlanmaktadır (Dağ, 1991; Kılıç, 1991).

Ölçeğin asıl işlevselliğini ortaya koyan "Genel Belirti Düzeyi (GSI), ölçek maddelerinin tamamının toplamının, ölçek maddesine bölünmesiyle (ortalaması) 0.00 ile 4.00 arasında değişiklik gösteren bir değer olmaktadır. Bununla birlikte alt ölçek puanları, her alt boyutu içeren maddelerden alınmış olan puanların toplamının, söz konusu alt boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesiyle (ortalaması) elde edilmektedir. Tüm alt boyutlardan ve genel belirti düzeyi belirlendikten sonra, bireye ait bir profil ortaya çıkmaktadır (Dağ, 1991; Kılıç, 1991).

Somatizasyon alt boyutu, bedensel yakınmaları içermektedir. 1, 4, 12, 27,40 42, 48, 49, 52, 53, 56 ve 58. Maddeler olmak üzere toplam 12 maddeden oluşmaktadır.

Obsesif / kompulsif alt boyutu, kontrol etme, temizlik, obsesif düşünceler, kompulsif davranışlar gibi kategorileri içermektedir. 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55,65. Maddeler olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır.

Kişilerarası duyarlılık alt boyutu, bireyin kendini çevresine göre küçük görmesi düşüncelerini içermektedir. 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73. Maddeler olmak üzere toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

Depresyon alt boyutu, depresif duygudurumu içermektedir. 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79. Maddeler olmak üzere toplam 13 maddeden oluşmaktadır.

Kaygı alt boyutu, bireyin nedensiz bir şekilde gerginliğe ve huzursuzluğa sahip olması gibi durumları içermektedir. 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86. Maddeler olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır.

Öfke ve düşmanlık alt boyutu, öfke, kızgınlık saldırganlık gibi davranışları içermektedir. 11, 24, 63, 67, 74, 81 maddeler olmak üzere toplam 6 maddeden oluşmaktadır.

Fobik anksiyete alt boyutu, bir nesne yada duruma yönelik olan korkuyu içermektedir. 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82 maddeler olmak üzere toplam 7 maddeden oluşmaktadır.

Paranoid düşünce alt boyutu, paranoid davranışları içermektedir. 8, 18, 43, 68, 76, 83 maddeler olmak üzere toplam 6 maddeden oluşmaktadır.

Psikotizm alt boyutu, 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90 maddeler olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır.

3.3.4 Psikolojik İstismar Profili

Sackett ve Saunders (1999) tarafından geliştirilen Psikolojik İstismar Profili, bireylerin psikolojik olarak istismar edilme düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek uygulanan bireylerden ölçekte yer alan ifadelere ne kadar sıklıkla maruz kaldıklarını belirtmeleri istenmektedir. Ölçek 21 madden oluşmakta ve "1 = asla", "2 = ayda bir defadan az", "3 = ayda bir defa", "4 = ayda 2-3 defa", "5 = haftada 1 defa", "6 = haftada 2-3 defa ve "7 = her gün" olmak üzere 7'li likert şeklinde yanıtlanmaktadır.

Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması yüksek istismar düzeyini göstermektedir. Aynı zamanda ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; kıskançlıkla yönetme alt boyutu 1, 3, 4, 7, 10, 15, 17 ve 19. Maddeler olmak üzere 8 maddeden, ihmal etme alt boyutu 5, 8, 11, 16 ve 20. maddeler olmak üzere 5 maddeden, özellikleriyle alay etme alt boyutu 6, 9, 13, 18 ve 21. maddeler olmak üzere 5 maddeden, davranışlarını eleştirme alt boyutu ise 2, 12 ve 14. Maddeler olmak üzere 3 maddeden oluşmaktadır (Boyacıoğlu ve ark., 2020).

3.4 Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verileri analiz etmek amacıyla SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Demografik özellikleri içeren verilerin öncelikle betimleyici istatistikleri verilmiştir. Aynı zamanda araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan minimum / maksimum değerlerle birlikte ortalama puanlar da tablollaştırılarak bulgular bölümünde yer verilmiştir. Bununla birlikte ölçeklerin herbirinin demografik özelliklerle olan farklılaşmasına bakılmak amacıyla parametrik testlerden Bağılantısız Gruplar için t-Testi ve Tek Yönlü Varyans

Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Aynı zamanda ölçeklerin alt boyutlarının demografik özelliklerle olan farklılaşmasını tespit etmek amacıyla non-parametrik testlerden Kruskal Wallis H Testi ve Mann Whitney U Testi tercih edilmiştir. Son olarak ölçeklerin herbirinin birbiri ile ilişkisini tespit etmek amacıyla ise korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen tüm sonuçların tablolatırılmış hali bulgular bölümünde yer almaktadır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 2. Katılımcıların eş, evlilik ve çocuk durumlarının dağılımları

	Evlilik Süresi	Kişi Sayısı	%
0-5 yıl		16	50,0
6-15 yıl		8	25,0
16 yıl üzeri		8	25,0
Toplam		32	100,0
	Çocuk Sayısı	Kişi Sayısı	%
Çocuk Yok		9	28,1
1-3 çocuk		20	62,5
4 çocuk ve üzeri		3	9,4
Toplam		32	100,0
	Çocuk Kimle Yaşıyor?	Kişi Sayısı	%
Anne		11	34,4
Baba		8	25,0
Diğer		11	34,5
Toplam		32	100,0
	Anne Durum	Kişi Sayısı	%
Hayatta		26	81,3
Hayatta Değil		6	18,8
Toplam		32	100,0
	Baba Durum	Kişi Sayısı	%
Hayatta		21	65,6
Hayatta Değil		11	34,4
Toplam		32	100,0
	Eş İle Yaşama	Kişi Sayısı	%
Evet		4	12,5
Hayır		28	87,5
Toplam		32	100,0
	Eş Eğitim Düzeyi	Kişi Sayısı	%
Hiç okumamış		8	25,1
İlkokul		9	28,1
Ortaokul		12	37,5
Lise		3	9,4
Toplam		32	100,0

Katılımcı bireylerin evlilik, eş, çocuk durumu ile ilgili özellikleri çalışmanın diğer demografik değişkenlerini oluşturmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin gievlilik süresi dağılımlarına bakıldığında 16 kişi (%50,0) 0-5 yıl aralığında, 8 kişi (%25,0) 6-15 yıl aralığında, 8 kişi (%25,0) ise 16 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu belirtmiştir. Buna göre katılımcıların yarısının 0-5 yıldır evli olduğu görülmektedir.

Bireylerin çocuk sayılarına bakıldığında ise 9 kişinin (%28,1) hiç çocuğu olmadığı, 20 kişinin (%62,5) 1-3 çocuğa sahip olduğu, 3 kişinin (%9,4) 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre katılımcıların yarısından fazlasının 1-3 çocuk arasında çocuğa sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmanın bir diğer demografik değişkeni olan çocuğun kiminle birlikte yaşadığı bilgisi incelendiğinde 11 kişinin (%34,5) çocuğu annesiyle, 8 kişinin (%25,0) çocuğu babasıyla, 11 kişinin ise (%34,5) çocuğu anne / baba dışında farklı biriyle yaşadığı sonucuna varılmıştır.

Katılımcı bireylerin kendi annelerinin hayatta olma/ olmama durumlarında bakıldığında 26 kişinin (%81,3) annesinin hayatta olduğu, 6 kişinin (%18,8) annesinin hayatta olmadığı görülmektedir. Aynı durum katılımcıların babaları konusunda incelendiğinde 21 kişinin (%65,6), babasının hayatta olduğu, 11 kişinin (%34,4) babasının hayatta olmadığı görülmektedir.

Bireylerin eşleri ile yaşayıp yaşamadığı durumları incelendiğinde 4 kişi (%12,5) eşiyile birlikte yaşadığını, 28 kişinin ise (%87,5) eşiyile birlikte yaşamadığı ortaya konulmuştur. Bununla birlikte katılımcı kadınların eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında 8 kişinin (%25,1) eşinin hiç okumadığı, 9 kişinin (%28,1) eşinin ilkokul seviyesinde eğitime sahip olduğu, 12 kişinin (%37,5) eşinin ortaokul seviyesinde eğitime sahip olduğu, 3 kişinin (%9,4) eşinin lise seviyesinde eğitime sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları toplam puanların frekans değerlerinin gruba göre dağılımı

Değişken	Min. / Max. Değer	Ortalama	Standart Sapma
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	6-30	17,87	5,21
Belirti Tarama Testi (SCL-90)	0,02-3,23	1,20	0,84
Psikolojik İstismar Profili	27-141	81,09	37,36

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları 6 ile 30 puan (ort:17,87±5,21) arasında değişmektedir. Bir diğer ölçme aracı olan Belirti Tarama Testi (SCL-90) puanları 0,02 ile 3,23 puan (ort:1,20±0,84) arasında değişmektedir. Son ölçek olan Psikolojik İstismar Profili 27 ile 141 puan (ort:81,09±37,36) arasında değişmektedir.

Tablo 4. Yaş değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
18-30 yaş	17	19,29	5,88	1,38	
30-40 yaş	6	16,00	0,26		
40 yaş üzeri	9	16,44	4,97		
Toplam	32	17,87	3,39		
			0,92		

*p<0,05

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları ile yaş grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=1,38; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin yaş durumları psikolojik sağlık düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 5. Eğitim durum değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Hiç okumamış	1	12,00	0,00	2,08	
İlkokul	9	16,11	0,11		
Ortaokul	10	20,30	4,67		
Lise	8	15,87	4,29		
Üniversite	4	21,25	5,59		
Toplam	3	17,87	5,31		
			5,21		

*p<0,05

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları ile eğitim düzeyi grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=2,08; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin sahip olduğu eğitim düzeyleri psikolojik sağlık düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 6. Psikiyatrik tanı değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın bağılantısız gruplar t-testi ile karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
Evet	11	14,27	4,96	0,50	30	
Hayır	21	19,76	0,00*			
Toplam	32		4,35			

*p<0,05

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları psikiyatrik tanıya sahip olma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır. t(30)= 0,50; p< 0,05. Bu bulguya göre bireylerin psikolojik sağlık düzeyi, bireylerin geçmişte psikiyatrik tanıya sahip olma durumlarına göre farklılık göstermektedir. Psikiyatrik tanıya sahip olmayan bireylerin psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 7. Evlilik süresi değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
0-5 yıl	16	17,87	5,93	1,19	
6-15 yıl	8	19,87	0,31		
16 yıl ve üzeri	8	15,87	5,11		
Toplam	32	17,87	3,13		
			5,21		

*p<0,05

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları ile evlilik süresi grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; $F=1,19$; $p>0,05$. Bu bulguya göre kişilerin evli kalma süreleri, sahip oldukları psikolojik sağlamlık düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 8. Çocuk sayısı değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çocuk Yok	9	19,12	6,83	0,23	
1-3 çocuk	20	17,50	0,86		
4 çocuk ve üzeri	3	16,66	4,78		
Toplam	32	17,87	5,50		
			5,21		

*p<0,05

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları ile sahip olunan çocuk sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; $F=0,23$; $p>0,05$. Bu bulguya göre kişilerin sahip olduğu çocuk sayısı, bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 9. Eş eğitim durum değişkenine göre Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Hiç okumamış	8	17,83	7,13	2,08	
İlkokul	9	16,77	0,10		
Ortaokul	12	17,66	2,68		
Lise	3	25,00	3,55		
Toplam	32	17,87	6,24		
			5,21		

*p<0,05

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanları ile katılımcı kadınların eşlerinin eğitim düzeyi grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=2,08; p> 0,05. Bu bulguya göre katılımcı kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri psikolojik sağlamlık düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 10. Katılımcıların Ruhsal Belirti Tarama (SCL-90) ölçeğinden aldıkları toplam puanların genel semptom şiddeti durumlarına göre dağılımı

Genel Semptom Puanı	Kişi Sayısı	%
Normal	22	68,2
Belirti Düzeyi Yüksek	6	18,6
Belirti Düzeyi Çok	4	12,4
Yüksek	32	100,0
Toplam		

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'dan alınan genel semptom puanlarının belirti şiddetine göre ayırımına bakıldığında katılımcıların 22'sinin (%68,2) normal düzeyde, 6'sının (%18,6) belirti düzeyinin yüksek, 4'ünün (%12,4) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Buna göre katılımcıların yarısından fazlasının normal düzeyde belirti şiddetine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Yaş değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
18-30 yaş	17	1,17	0,96	0,14	
30-40 yaş	6	1,37	0,86		
40 yaş üzeri	9	1,14	1,05		
Toplam	32	1,20	0,42		
			0,84		

*p<0,05

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile yaş grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=0,14; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin yaş durumları belirti şiddeti düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 12. Eğitim durum değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Hiç okumamış	1	0,94	0,00	3,38	
İlkokul	9	1,12	0,02*		
Ortaokul	10	0,64	0,44		
Lise	8	1,90	0,43		
Üniversite	4	1,44	1,06		
Toplam	3	1,20	1,08		
			0,84		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile eğitim düzeyi grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; F=3,38; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin sahip olduğu eğitim seviyeleri belirti şiddeti düzeylerini etkilemektedir. Belirti şiddeti en fazla eğitim durumu lise olan bireylerde görülmektedir.

Tablo 13. Psikiyatrik tanı değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın bağılantısız gruplar t-testi ile karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
Evet	11	1,55	0,93	0,79	30	
Hayır	21	1,01	0,08			
Toplam	32		0,74			

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile geçmişte psikiyatrik tanıya sahip olma durumları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; $t(30)= 0,79$; $p> 0,05$. Bu bulguya göre kişilerin geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olma durumları belirti şiddeti düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 14. Evlilik süresi değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
0-5 yıl	16	1,34	0,99	0,46	
6-15 yıl	8	1,09	0,63		
16 yıl ve üzeri	8	1,02	0,87		
Toplam	32	1,20	0,39		
			0,84		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile evlilik süresi grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; $F=0,46$; $p> 0,05$. Bu bulguya göre kişilerin evli oldukları süre belirti şiddeti düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 15. Çocuk sayısı değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çocuk Yok	9	1,49	1,13	0,72	
1-3 çocuk	20	1,14	0,54		
4 çocuk ve üzeri	3	1,07	0,77		
Toplam	32	1,20	0,27		
			0,84		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile sahip oldukları çocuk sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=0,46; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin sahip oldukları çocuk sayısı belirti şiddeti düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 16. Eş eğitim durum değişkenine göre Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanı toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Hiç okumamış	8	1,73	1,23	0,83	0,51
İlkokul	9	1,07	0,43		
Ortaokul	12	1,16	0,92		
Lise	3	0,75	0,63		
Toplam	32	1,20	0,84		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile katılımcı kadınların eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=0,83; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin eşlerinin eğitim durumları belirti şiddeti düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Ruhsal Belirti Tarama (SCL-90) ölçeğinden altboyutlarından aldıkları toplam puanların semptom şiddeti durumlarına göre dağılımı

Genel Semptom Puanı		Kişi Sayısı	%
Somatizasyon	Normal	19	58,9
	Belirti Düzeyi Yüksek	7	21,7
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	6	19,4
	Toplam	32	100,0
Obsesif/ Kompulsif	Normal	20	62,0
	Belirti Düzeyi Yüksek	8	24,8
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	4	13,2
	Toplam	32	100,0
Kişilerarası Duyarlılık	Normal	21	65,1
	Belirti Düzeyi Yüksek	5	18,6
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	4	16,3
	Toplam	32	100,0
Depresyon	Normal	20	62,0
	Belirti Düzeyi Yüksek	4	16,3
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	8	24,8
	Toplam	32	100,0
Anksiyete	Normal	21	65,1
	Belirti Düzeyi Yüksek	6	19,4
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	5	18,6
	Toplam	32	100,0
Öfke ve Düşmanlık	Normal	27	83,7
	Belirti Düzeyi Yüksek	3	9,3
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	2	6,00
	Toplam	32	100,0
Fobik Anksiyete	Normal	25	77,5
	Belirti Düzeyi Yüksek	4	16,3
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	3	9,3
	Toplam	32	100,0
Paranoid	Normal	19	58,9
	Belirti Düzeyi Yüksek	8	24,8
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	5	18,6
	Toplam	32	100,0
Psikotik	Normal	26	80,6
	Belirti Düzeyi Yüksek	5	18,6
	Belirti Düzeyi Çok Yüksek	1	3,1
	Toplam	32	100,0

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutlarından alınan puanlara göre semptom şiddeti düzeyleri incelendiğinde;

Somatizasyon alt boyutundan alınan puanlara göre katılımcıların 19'unun (%58,9) normal düzeyde, 7'sinin (%21,7) belirti düzeyinin yüksek, 6'sının (%19,4) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Obsesif / kompulsif alt boyutundan alınan puanlara göre 20'sinin (%62,0) normal düzeyde, 8'inin (%24,8) belirti düzeyinin yüksek, 4'ünün (%13,2) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Kişilerarası duyarlılık alt boyutundan alınan puanlara göre 21'inin (%65,1) normal düzeyde, 5'inin (%18,6) belirti düzeyinin yüksek, 4'ünün (%16,3) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Depresyon alt boyutundan alınan puanlara göre 20'sinin (%62,0) normal düzeyde, 4'ünün (%16,3) belirti düzeyinin yüksek, 8'inin (%24,8) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Anksiyete alt boyutundan alınan puanlara göre 21'inin (%65,1) normal düzeyde, 6'sının (%19,4) belirti düzeyinin yüksek, 5'inin (%18,6) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Öfke ve düşmanlık alt boyutundan alınan puanlara göre 27'sinin (%83,7) normal düzeyde, 3'ünün (%9,3) belirti düzeyinin yüksek, 2'sinin (%6,0) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Fobik anksiyete alt boyutundan alınan puanlara göre 25'inin (%77,5) normal düzeyde, 4'ünün (%16,3) belirti düzeyinin yüksek, 3'ünün (%9,3) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Paranoid alt boyutundan alınan puanlara göre 19'unun (%58,9) normal düzeyde, 8'inin (%24,8) belirti düzeyinin yüksek, 5'inin (%18,6) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Psikotik alt boyutundan alınan puanlara göre 26'sının (%80,6) normal düzeyde, 5'inin (%18,6) belirti düzeyinin yüksek, 1'inin (%3,1) belirti düzeyinin çok yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tablo 18. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre eğitim durumuna değişkeni açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

	Genel Semptom Puanı	Ortalama \bar{X}^2		p
SCL-90	Somatizasyon	1,32	6,914	0,14
	Obsesif Kompulsif	1,35		0,00*
	Kişilerarası Duyarlılık	13,600		0,12
	Depresyon	1,34		0,10
	Anksiyete	7,189		0,09
	Öfke ve Düşmanlık	1,47	7,718	0,07
	Fobik Anksiyete	1,22	7,861	0,20
	Paranoid	0,84	8,441	0,34
	Psikotizm	0,91	5,923	0,06
	Ek Maddeler	1,39	4,451	0,09
		0,75	9,050	
	1,20	7,976		

*p<0,05

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile eğitim grupları arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre eğitim grupları ile obsesif kompulsif alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır; $p>0,05$. $kw=13,600$; Bu bulguya göre kişilerin obsesif kompulsif bozukluk belirti şiddeti düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi, eğitim düzeyi lise olan bireylerde daha fazla görülmektedir. Diğer alt boyutların ile eğitim durumuna göre farklılık göstermediği saptanmaktadır.

Tablo 19. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre evlilik süresi açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

	Genel Semptom Puanı	Ortalama \bar{X}		p
SCL-90	Somatizasyon	1,32	0,326	0,85
	Obsesif Kompulsif	1,35		0,32
	Kişilerarası Duyarlılık	2,242		0,51
	Depresyon	1,34		0,90
	Anksiyete	1,328		0,86
	Öfke ve Düşmanlık	1,47	0,195	0,58
	Fobik Anksiyete	1,22	0,302	0,85
	Paranoid	0,84	1,061	0,64
	Psikotizm	0,91	0,307	0,33
	Ek Maddeler	1,39	0,871	0,33
		0,75	2,210	
	1,20	2,207		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile evlilik süresi arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre evlilik süresi ile alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin belirti şiddeti düzeyi, evli kalma sürelerine göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 20. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre sahip olunan çocuk sayısı açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

	Genel Semptom Puanı	Ortalama \bar{X}		p
SCL-90	Somatizasyon	1,32	1,112	0,57
	Obsesif Kompulsif	1,35		0,61
	Kişilerarası Duyarlılık	0,971		0,76
	Depresyon	1,34		0,95
	Anksiyete	0,524		0,42
	Öfke ve Düşmanlık	1,47	0,101	0,72
	Fobik Anksiyete	1,22	1,706	0,46
	Paranoid	0,84	0,631	0,98
	Psikotizm	0,91	1,553	0,82
	Ek Maddeler	1,39	0,041	0,81
		0,75	0,388	
	1,20	0,418		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile evlilik süresi arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre evlilik süresi ile alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin belirti şiddeti düzeyi, evli kalma sürelerine göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 21. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre eş eğitim durumu açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

	Genel Semptom Puanı	Ortalama \bar{X}^2		p
SCL-90	Somatizasyon	1,32	0,756	0,86
	Obsesif Kompulsif	1,35		0,34
	Kişilerarası Duyarlılık	3,321		0,64
	Depresyon	1,34		0,84
	Anksiyete	1,650		0,90
	Öfke ve Düşmanlık	1,47	0,836	0,33
	Fobik Anksiyete	1,22	0,585	0,76
	Paranoid	0,84	3,371	0,82
	Psikotizm	0,91	1,157	0,69
	Ek Maddeler	1,39	0,906	0,75
		0,75	1,446	
		1,20	1,207	

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile katılımcı kadınların eşlerinin eğitim durumları arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre eşlerin eğitim durumları ile alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin belirti şiddeti düzeyi, katılımcı kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 22. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)'ne göre psikiyatrik tanı alma açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

	Genel Semptom Puanı	Ortalama U		p
SCL-90	Somatizasyon	1,32	68,500	0,12
	Obsesif Kompulsif	1,35		0,01*
	Kişilerarası Duyarlılık	56,000		0,09
	Depresyon	1,34		0,14
	Anksiyete	73,500		0,13
	Öfke ve Düşmanlık	1,47	79,000	0,06
	Fobik Anksiyete	1,22	77,500	0,03*
	Paranoid	0,84	69,000	0,24
	Psikotizm	0,91	61,000	0,04*
	Ek Maddeler	1,39	86,500	0,20
		0,75	64,500	
	1,20	83,500		

*p<0,05

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında yapılan Mann Whitney U Testi sonucuna göre psikiyatrik tanı ile obsesif kompulsif alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır; $p>0,05$. $U=56,000$; Bu bulguya göre kişilerin obsesif kompulsif bozukluk belirti şiddeti düzeyi psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi, psikiyatrik tanı almış olan bireylerde daha fazla görülmektedir.

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında yapılan Mann Whitney U Testi sonucuna göre psikiyatrik tanı ile fobik anksiyete alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır; $p>0,05$. $U=61,000$; Bu bulguya göre kişilerin fobik anksiyete bozukluk belirti şiddeti düzeyi psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Fobik anksiyete bozukluk belirtisi, psikiyatrik tanı almış olan bireylerde daha fazla görülmektedir.

Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında yapılan Mann Whitney U Testi sonucuna göre psikiyatrik tanı ile psikotizm alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır; $p>0,05$. $U=64,500$; Bu bulguya göre kişilerin psikotizm belirti şiddeti düzeyi psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişiklik

göstermektedir. Psikotizm belirtisi, psikiyatrik tanı almış olan bireylerde daha fazla görülmektedir. Diğer alt boyutların ile eğitim durumuna göre farklılık göstermediği saptanmaktadır.

Tablo 23. Yaş değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
18-30 yaş	17	79,35	39,58	0,71	
30-40 yaş	6	69,33	0,50		
40 yaş üzeri	9	92,22	35,83		
Toplam	32	81,09	35,01		
			37,36		

*p<0,05

Psikolojik istismar profili toplam puanları ile yaş grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=0,71; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin yaş durumları psikolojik istismar düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 24. Eğitim durum değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Hiç okumamış	1	78,00	0,00	1,50	0,23
İlkokul	9	93,77	28,10		
Ortaokul	10	64,00	31,50		
Lise	8	97,62	43,41		
Üniversite	4	63,00	48,18		
Toplam	32	81,09	37,36		

*p<0,05

Psikolojik istismar profili toplam puanları ile eğitim durumu grupları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=1,50; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin eğitim durumları psikolojik istismara uğrama düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 25. Psikiyatrik tanı değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın bağlantısız gruplar t-testi ile karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
Evet	11	80,72	31,25	2,96	30	
Hayır	21	81,28	0,96			
Toplam	32		40,93			

*p<0,05

Psikolojik istismar profili toplam puanları ile psikiyatrik tanı alma durumları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; $t(30)=2,96$; $p>0,05$. Bu bulguya göre kişilerin psikiyatrik tanı alma durumları psikolojik istismara uğrama düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 26. Evlilik süresi değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
0-5 yıl	16	74,81	35,66	0,44	
6-15 yıl	8	85,50	0,63		
16 yıl ve üzeri	8	89,25	44,98		
Toplam	32	81,09	35,29		
			37,36		

*p<0,05

Psikolojik istismar profili toplam puanları ile evlilik süresi durumları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; $F=0,44$; $p>0,05$. Bu bulguya göre kişilerin evli kalma süresi durumları psikolojik istismara uğrama düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 27. Çocuk sayısı değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Çocuk Yok	9	67,25	34,96	0,56	
1-3 çocuk	20	85,55	0,64		
4 çocuk ve üzeri	3	80,66	41,21		
Toplam	32	81,09	1,15		
			37,36		

*p<0,05

Psikolojik istismar profili toplam puanları ile çocuk sayısı durumları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=0,56; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin sahip olunan çocuk sayısı durumları psikolojik istismara uğrama düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 28. Eş eğitim durum değişkenine göre Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki farkın tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırılması

Kategoriler	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Hiç okumamış	8	69,16	7,13	1,40	
İlkokul	9	93,66	0,26		
Ortaokul	12	84,00	2,68		
Lise	3	43,00	3,55		
Toplam	32	81,09	6,24		
			5,21		

*p<0,05

Psikolojik istismar profili toplam puanları ile katılımcı kadınların eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır; F=1,40; p> 0,05. Bu bulguya göre kişilerin eşlerinin eğitim durumu psikolojik istismara uğrama düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 29. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre eğitim durumuna değişkeni açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

Ölçek	Alt Boyutlar	Ortalama \bar{X}^2		p
Psikolojik İstismar Ölçeği	Kıskançlıkla Kontrol	33,84	6,169	0,18
	İhmal Etme	20,03	6,825	0,14
	Özellikleriyle Alay	17,50	3,702	0,44
	Etme	9,71	1,687	0,79
	Davranış Eleştirme			

*p<0,05

Psikolojik İstismar Ölçeği alt boyutları ile katılımcı kadınların eğitim durumları arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre eğitim durumları ile alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışları eleştirme alt boyutları katılımcı kadınların eğitim durumlarına göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 30. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre evlilik süresi değişkeni açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

Ölçek	Alt Boyutlar	Ortalama \bar{X}^2		p
Psikolojik İstismar Ölçeği	Kıskançlıkla Kontrol	33,84	0,584	0,74
	İhmal Etme	20,03	3,162	0,20
	Özellikleriyle Alay	17,50	2,375	0,30
	Etme	9,71	0,482	0,78
	Davranış Eleştirme			

*p<0,05

Psikolojik İstismar Ölçeği alt boyutları ile evlilik süresi arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre evlilik süresi ile ölçek alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışları eleştirme alt boyutları katılımcı kadınların evlilik süresine göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 31. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre sahip olunan çocuk sayısı açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

Ölçek	Alt Boyutlar	Ortalama \bar{X}		p
Psikolojik İstismar Ölçeği	Kıskançlıkla Kontrol	33,84	1,397	0,49
	İhmal Etme	20,03	0,663	0,71
	Özellikleriyle Alay	17,50	7,741	0,41
	Etme	9,71	2,098	0,35
	Davranış Eleştirme			

*p<0,05

Psikolojik İstismar Ölçeği alt boyutları ile sahip olunan çocuk sayısı arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre çocuk sayısı ile ölçek alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışları eleştirme alt boyutları katılımcı kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre değişiklik göstermemektedir.

Tablo 32. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre eş eğitim durumu açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

Ölçek	Alt Boyutlar	Ortalama \bar{X}		p
Psikolojik İstismar Ölçeği	Kıskançlıkla Kontrol	33,84	6,344	0,09
	İhmal Etme	20,03	3,631	0,30
	Özellikleriyle Alay	17,50	3,502	0,32
	Etme	9,71	2,955	0,39
	Davranış Eleştirme			

*p<0,05

Psikolojik İstismar Ölçeği alt boyutları ile katılımcı kadınların eşlerinin eğitimi durumları arasında yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre eşlerin eğitim durumu ile ölçek alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışları

eleştirme alt boyutları katılımcı kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 33. Psikolojik İstismar Ölçeği'ne göre psikiyatrik tanı alma açısından kadınlarda psikopatoloji belirti düzeyleri ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

Ölçek	Alt Boyutlar	Ortalama U		p
Psikolojik İstismar Ölçeği	Kıskançlıkla Kontrol	33,84	73,500	0,09
	İhmal Etme	20,03		0,58
	Özellikleriyle Alay Etme	102,000	17,50	0,35
		92,500		0,48
	Davranış Eleştirme	9,71	98,500	

*p<0,05

Psikolojik İstismar Ölçeği alt boyutları ile katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumları arasında yapılan Mann Whitney U Testi sonucuna göre psikiyatrik tanı alma durumu ile ölçek alt boyutları toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; p>0,05. Bu bulguya göre bireylerin kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışları eleştirme alt boyutları katılımcı kadınların psikiyatrik tanı alma durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 34. SCL- 90 Ölçeği'nin diğer ölçekler ile arasındaki korelasyon katsayıları

(n=32)	Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Psikolojik İstismar Ölçeği Toplam Puanı
Belirti Tarama Testi (SCL-90) Toplam Puanı	-0,00**	-0,58

Araştırmaya katılan bireylerin kısa psikolojik sağlık ölçeği toplam puanları ile belirti tarama testi (scl-90) toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizine göre; psikolojik sağlık düzeyi ile belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişki orta düzeyde ve negatif yöndedir (r= -0.557; p<0.01). Öte yandan belirti tarama testi (scl-90) toplam puanları ile psikolojik

istismar ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 35. Kullanılan ölçeklerin birbirleri ile arasındaki korelasyon katsayıları

(n=32)	Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	Psikolojik İstismar Ölçeği Toplam Puanı
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam Puanı	1	
Psikolojik İstismar Ölçeği Toplam Puanı	0,43	1

**p<0,01

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanları ile Psikolojik İstismar Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 36. Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının, Ruhsal Belirti Tarama (SCL-90) ve Psikolojik İstismar Ölçeği puanlarını yordama durumu

Alt Boyutlar	B	Beta	t	P
(Sabit)	20,97		9,03	
Ruhsal Belirti Tarama Testi	-3,39	0,54	-3,55	0,00*
Psikolojik İstismar Profili Ölçeği	0,01	0,08	0,55	0,21

*p<0,05

Araştırmaya katılan bireylerin psikolojik sağlık düzeylerinin, ruhsal belirti düzeylerini ve psikolojik istimara uğrama düzeylerini yordama durumlarını ortaya koymak adına yapılan regresyon analizi sonucunda katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,54$; $p<0,05$). Buna göre bireylerin psikolojik sağlık düzeyleri, ruhsal belirti şiddeti düzeyini etkilemektedir.

Katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarının Psikolojik İstismar Profili Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,08$; $p>0,05$).

Tablo 37. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90) puanlarının, Kısa Psikolojik Sağlık ve Psikolojik İstismar Ölçeği puanlarını yordama durumu

Alt Boyutlar	B	Beta	t	P
(Sabit)	2,84		5,53	
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	-0,09	-0,55	-3,55	0,00*
Psikolojik İstismar Profili Ölçeği	0,00	-0,02	-0,14	0,88

*p<0,05

Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal belirti düzeylerinin, psikolojik sağlık düzeylerini ve psikolojik istimara uğrama düzeylerini yordama durumlarını ortaya koymak adına yapılan regresyon analizi sonucunda katılımcıların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) puanlarının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,55$; $p<0,05$). Buna göre bireylerin ruhsal belirti şiddetleri düzeyleri, psikolojik sağlık düzeylerini etkilemektedir.

Katılımcıların Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği puanlarının Psikolojik İstismar Profili Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,02$; $p>0,05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmada, eşinden şiddet görmüş olan ve kadın sığınma evinde kalan kadınların psikopatoloji düzeyini etkileyen faktörlerin araştırılarak tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda katılımcılara amaca uygun ölçekler uygulanmış olup bulgular sonucunda bireylerin bazı demografik değişkenleriyle ölçekler arası farklılaşmalar, aynı zamanda ölçekler arası ilişkiler saptanmıştır. Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulguların literatür bilgisi de eklenerek tartışılacaktır.

Araştırma bulgularına bakıldığında katılımcıların çoğunlukla eğitim durumlarının ilkokul/ortaokul/lise olduğu görülmektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin azınlıkta olduğu sonucuna varılmıştır. Aile içi şiddete uğrayan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada sığınma evinde yaşayan kadınların eğitim durumlarının çoğunlukla lise düzeyinde olduğu, en az ise üniversite düzeyinde eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu iki araştırma bulgusu birbirini destekler nitelikte bulguyu ortaya koymaktadır (Öztürk, 2010).

Öncelikle bireylerin demografik özellikleriyle psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Diğer bir deyişle katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri demografik özelliklerine göre değişiklik göstermemektedir. Ülkemizde şiddet görmüş kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadın sığınma evinde yaşayan bireylerin, eşiyile yaşamaya devam eden bireylere kıyasla dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre şiddet görmüş bireylerin eşlerinden ayrı yaşamaları, psikolojik dayanıklılığını arttırmayı sağlamaktadır (Gökmen, 2009).

Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ülkemizde öğretmenler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin psikolojik sağamlık düzeylerinin yaşlarına göre değişiklik göstermediği sonucuna varılmıştır (Gönen, 2020). Aynı zamanda niversite öğrencileri ve yetişkin bireyler üzerinde yapılmış olan farklı çalışmalar da psikolojik sağamlık düzeyinin yaşa göre değişiklik göstermediğini ortaya koymaktadır (Kaya, 2018; Demir, 2018). Söz konusu çalışmalar , araştırmanın bulgularını destekler nitelikte olmaktadır. Aynı zamanda Topbay (2016) tarafından yapılan bir çalışmada da psikolojik sağamlık ile demografik özellikler arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Demografik zellikler tek başına psikolojik sağamlığı yordayıcı değişkenler olmadığı söylenebilmektedir.

Öte yandan demografik özelliklerden biri olan eğitim durumu değişkenine göre yapılan bir çalışmada bireylerin eğitim durumlarının arttıkça psikolojik sağamlık düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Açıkgöz, 2019). Bu iki bulgu birbirine zıt nitelikte olan sonuçları ortaya koymaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin psikolojileri hakkında daha bilinçli olması, yardım isteme davranışında bulunma ihtimallerinin artması gibi unsurlar dikkate alındığında eğitim seviyesinin psikolojik sağamlığı arttırıcı etkide olması beklenebilmektedir. Fakat söz konusu araştırmada bunun zıttı bir bulguya erişilmiştir. Aynı zamanda ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip kadınların daha çok şiddete maruz kaldıkları ortaya konmuştur (Kocacık ve ağlayandereli, 2009).

Araştırmada psikiyatrik tanı alma durumu ile psikolojik sağamlık arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle psikiyatrik tanı almamış olan bireylerin psikolojik sağamlık düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin psikolojik olarak sağlıklı olduğu düşünüldüğünde, psikolojik sağamlık düzeyinin de yüksek olması beklenir bir sonucu ortaya koymaktadır. Psikiyatrik tanıya sahip olan bireylerin ruhsal bozukluğa sahip olması, psikolojik sağamlıklarını da düşürücü yönde bir etkiye sahip olmaktadır.

Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı almış olan bireylerin, söz konusu

psikiyatrik bozukluk tanısı almamış olan bireylere kıyasla psikolojik sağlamlıklarının daha düşük olduğu kanısına varılmıştır (Açıkgöz, 2019). Buna göre psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak psikolojik sağlamlık düzeyini düşürücü bir etkiye sahiptir. Aynı zamanda uluslararası yapılan bir çalışmada depresif bozuklukların psikolojik sağlamlık düzeyini azalttığı bulgusuna erişilmiştir (Mak ve ark., 2011). Bu bulgular araştırma sonucunda elde edilen bulgularla birbirini destekler nitelikte sonuçları ortaya koymaktadır.

Psikolojik sağlamlık konusunda yapılan diğer analizler çocuk sayısı, evlilik, süresi ve eş eğitim durumu üzerinde yapılmıştır. Bu demografik değişkenler ile de psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde benzer şekilde mağdur kadınlar üzerinde yapılan araştırmada psikolojik sağlamlık ile demografik değişkenler arasında ilişki olmadığı sonucu ortaya konmuştur (Teker Ataş, 2015). Benzer örneklerde yapılan iki çalışmada birbirini destekler nitelikte bulguları ortaya koymaktadır. Araştırma bulguları bu yönüyle literatürle tutarlılık göstermektedir.

Katılımcıların ruhsal belirti tarama testinden aldıkları genel semptom puanlarının ortalaması 1,20 normal düzeyde olarak tespit edilmiştir. Benzer örnekleme şiddete uğrayan mağdur kadınlar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada genel semptom puanlarının 1,51-2,50 arasında yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu araştırma sonucuyla zıt bir neticeyi ortaya koymaktadır (Gezen ve Oral, 2013). Bunun sebebi olarak iki çalışmanın örneklem sayısının birbirinden farklı olduğu durumu düşünülmektedir.

Ruhsal belirti tarama testinden elde edilen sonuçlara bakıldığında katılımcıların yarısından fazlasının normal düzeyde belirti gösterdiği görülmüştür. Ölçek alt boyutlarından alınan puanlara bakıldığında “belirti düzeyi yüksek” olarak saptanan tanımlar sırasıyla; %24.8 obsesif kompulsif, %21.7 somatizasyon, %19.4 anksiyete %18.6 kişilerarası duyarlılık, %16.3 depresyon, , %9.3 öfke ve düşmanlık, %16.3 fobik anksiyete, %24.8 paranoid, %18.6 psikotik olarak saptanmıştır. Teker Ataş (2015) tarafından şiddet mağduru kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada en fazla kişilerarası duyarlılık (%82.6) ve paranoid düşünceler (%82.6) tanısı saptanmıştır. Sonrasında ise sırasıyla depresyon (%80.4), anksiyete (%73.9), obsesyon (%69.6) tanımlarının

belirti düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer olarak yine şiddet mağduru kadınlar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada da ölçeğin tüm alt boyutlarını temsil eden tanıların belirti düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Gezen ve Oral, 2013). Farklı bir çalışma da psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin de belirti şiddeti düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Vahip ve Doğanavşargil, 2006). Araştırma bu yönüyle literatürdeki bilgilerle zıt yönde bir bulguyu ortaya koymaktadır. Bunun nedeni olarak araştırmanın örneklem sayısının diğer araştırmalara kıyasla daha düşük olması düşünülmektedir.

Ruhsal belirtilerle demografik özelliklerin ilişkisinin incelendiği bir çalışmada somatizasyon belirtilerinin eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Eğitim seviyesi düştükçe somatizasyon belirti şiddetinin de arttığı ortaya konmuştur (Tan, 2019). Bu çalışmada ise somatizasyon ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. Eğitim durumuna göre yalnızca obsesif kompulsif belirti şiddeti düzeyi değişiklik göstermektedir. Bu bulguya göre eğitim durumu lise olan bireylerde obsesif kompulsif belirtilerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Öte yandan aynı çalışmanın bulgularına bakıldığında en yüksek ortalamanın obsesif/kompulsif alt boyutuna ait olduğu görülmektedir (Tan, 2019). Bu çalışmada da obsesif kompulsif bozukluk en yüksek ortalamaya sahip alt boyut olmaktadır. Aynı şekilde ulusal alanda yapılan bir çalışmada ruhsal belirti şiddetinin en yüksek olduğu alt boyutun obsesif kompulsif alt boyutu olduğu saptanmıştır (Holi, 2003) Bu yönüyle iki araştırma birbirini destekler nitelikte olmaktadır.

Çalışmanın demografik değişkenlerinden biri olan psikiyatrik tanı almış olma durumu ile ruhsal belirti ölçeği alt boyutları arasında yapılan analizler sonucunda obsesif/kompulsif alt boyutu, fobik anksiyete alt boyutu ve psikotizm alt boyutu ile psikiyatrik tanı değişkeni arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre psikiyatrik tanı almış olan bireylerin, obsesyon, fobik anksiyete ve psikotizm belirtileri gösterme şiddeti tanı almamış olan kişilere kıyasla daha fazla olmaktadır. Psikiyatrik tanı almış olan bireylerin almamış olan bireylere göre daha fazla belirti göstermesi beklenir bir sonucu ortaya koymaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde psikopatolojik belirtiler daha

yüksek seyredilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikiyatrik tanısı olan bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin ve psikotizm belirtilerinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Araştırma bulguları bu yönüyle literatürle uyumluluk göstermektedir (Tan, 2019).

Çalışmanın bir diğer temel değişkeni olan psikolojik istismar düzeyleri ile bireylerin demografik özellikleri arasında yapılan analizlere göre bireylerin psikolojik istismara uğrama düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna göre bireylerin psikolojik istismar düzeyleri yaşlarına göre değişiklik göstermemektedir. Ülkemizde evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada psikolojik istismar düzeylerinin yaş grubuna göre değişiklik gösterdiği 50-70 yaş aralığında olan bireylerin, 18-29 yaş aralığında olan bireylere göre daha fazla psikolojik istismara maruz kaldığı sonucu ortaya konmuştur. Ancak yine aynı çalışmada diğer yaş grupları arasında bir farklılık saptanmamıştır (Keçeci, 2018). Öte yandan farklı bir çalışmada ise kadınların yaşları arttıkça psikolojik istismar düzeylerinin azaldığı ortaya konmuştur (Gülmez, 2014).

Ulusal alanda yapılan bir çalışmada benzer şekilde kadınların yaşlarının artmasıyla psikolojik istismara uğrama düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır (Bayer, 2013). Bu çalışmada ise yaş gruplarıyla psikolojik istismar arasında anlamlı bir farklılık ortaya konmamıştır. Bunun nedeni olarak araştırmanın örnekleminin büyük çoğunluğunu genç yaştaki bireylerin oluşturması durumu düşünülmektedir. Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada geçmişte psikolojik olarak zarar görmüş bireylerin eşleri tarafından daha fazla şiddet maruz kaldıkları görülmektedir. Buna göre psikolojik istismar ile şiddet arasında da bir ilişki olduğu söylenebilmektedir (Kocacık ve Çağlayandereli, 2009).

Psikolojik istismar düzeyi ile bir diğer demografik özelliklerden olan eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre bireylerin psikolojik istismara uğrama düzeyleri eğitim durumuna göre değişiklik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak çalışmanın örneklem sayısının az olması durumu düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça duygusal istismara uğrama düzeylerinin azaldığı

sonucuna varılmıştır (Özçelik, 2015). Bu iki bulgu birbiri ile zıt yönde sonuçları ortaya koymaktadır.

Psikolojik istismar düzeyi ile evlilik süresi değişkeni arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda ise anlamlı bir farklılığa ulaşılmamıştır. Buna göre psikolojik istismara uğrama düzeyleri evli kalınan süreye göre farklılık göstermemektedir. Bu bulgunun nedeni olarak araştırmaya dahil edilen bireylerin yarısından fazlasının 0-5 yıldır evli olduğu, diğer gruplarda olan bireylerin sayısının az olduğu durumu düşünülmektedir. Yine evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada yalnızca 1-4 yıldır evli olan bireylerin diğer gruplarak göre daha düşük istismar düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmış, diğer grupların anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Keçeci, 2018). Araştırma bu yönüyle uyumluluk göstermektedir.

Araştırmanın temel hipotezlerinden biri olan ruhsal belirti şiddeti düzeyi ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla yapılan korelasyon analizine göre belirti şiddeti ile psikolojik sağlık arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre bireylerin belirti şiddeti düzeyi azaldıkça psikolojik sağlık düzeyinin arttığı kanısına varılmıştır. Psikolojik sağlamlığın tanımına bakıldığında bireyin karşılaştığı problemlerle başedebilme becerisinin yüksek olması durumunda psikopatoloji yaşama ihtimalinin daha az olması beklenmektedir. Buna göre ruhsal belirti gösterme düzeyinin düşük olması durumunda psikolojik sağlamlığın yüksek olması beklenir ve tutarlı bir sonucu ortaya koymaktadır. Ruhsal olarak psikopatoloji belirti gösterme düzeyi düşük olan bireylerin daha az ruhsal sağlığını olumsuz etkileyecek durumlar yaşamaması, doğrudan psikolojik sağlamlığının daha güçlü kalmasını sağlamaktadır.

Literatür bilgisi incelendiğinde bireylerin psikolojik sağlamlığını arttırmak için önerilen yöntemler arasında ruhsal belirti düzeylerinin azaltılması önerisi yer almaktadır (Ayar, 2018). Buna göre elde edilen sonuç literatürle uyumlu bir bulguyu ortaya koymaktadır. Öte yandan literatürde yer alan çalışmalar yüksek psikolojik sağlamlığın, psikopatoloji görülme konusunda bir koruyucu faktör olduğunu öne sürmektedir (Bilge ve Bilge, 2020; Shrivastava ve Desousa,

2016). Burdan da anlaşılacağı üzere psikolojik sağamlık ne kadar artarsa, ruhsal belirti gösterme düzeyinin de paralel olarak azalması beklenmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Bu çalışmada sığınma evinde kalan kadınların psikopatoloji düzeyini etkileyen faktörlerin, eş ilişkilerinde kadına yönelik şiddetin toplumsal bir sorun olmakla birlikte aynı zamanda önemli bir dünya sağlık sorunu olduğunu ortaya koymak ve şiddete maruz kalmanın kadınlarda psikopatoloji oluşturma ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmaya kadın sığınma evinde kalan 32 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği, Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90), Psikolojik İstismar Profili Ölçeği kullanılmış ve veriler anket yöntemiyle elde edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular özetle şu şekildedir; Psikolojik sağlık düzeyi ile demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna göre bireylerin psikolojik sağlamlığı demografik özelliklerine göre değişiklik göstermemektedir. Bununla beraber psikolojik sağlık düzeyi ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Psikiyatrik tanı almamış olan bireylerde psikolojik sağlık daha yüksek bulunmuştur.

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Belirti şiddeti en fazla eğitim durumu lise olan bireylerde görülmektedir. Aynı zamanda Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) genel semptom puanları ile diğer demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık saptanmamıştır. Buna göre bireylerin belirti şiddeti düzeyleri demografik özelliklerine göre değişiklik göstermemektedir.

Elde edilen bir başka bulgu ise; Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutlarından en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyutun obsesif kompulsif belirtiler olduğu saptanmıştır. Buna göre katılımcı bireylerin en çok obsesyon konusunda belirtileri olmaktadır. Öte yandan Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile eğitim grupları arasında yapılan analizlerde obsesif kompulsif alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu bulguya göre kişilerin obsesif kompulsif bozukluk belirti şiddeti düzeyi eğitim durumuna göre değişiklik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi, eğitim düzeyi lise olan bireylerde daha fazla görülmektedir. Diğer alt boyutların ile eğitim durumuna göre farklılık göstermediği saptanmaktadır.

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında yapılan analizlere göre psikiyatrik tanı ile obsesif kompulsif alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu bulguya göre kişilerin obsesif kompulsif bozukluk belirti şiddeti düzeyi psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi, psikiyatrik tanı almış olan bireylerde daha fazla görülmektedir.

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında yapılan analizlere göre psikiyatrik tanı ile fobik anksiyete alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu bulguya göre kişilerin fobik anksiyete bozukluk belirti şiddeti düzeyi psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Fobik anksiyete bozukluk belirtisi, psikiyatrik tanı almış olan bireylerde daha fazla görülmektedir.

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) alt boyutları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasında yapılan analizlere göre psikiyatrik tanı ile psikotizm alt boyut toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu bulguya göre kişilerin psikotizm belirti şiddeti düzeyi psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Psikotizm belirtisi, psikiyatrik tanı

almış olan bireylerde daha fazla görülmektedir. Diğer alt boyutların ile eğitim durumuna göre farklılık göstermediği saptanmaktadır.

Kısa psikolojik sağlık ölçeği toplam puanları ile belirti tarama testi (scl-90) toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizine göre; psikolojik sağlık düzeyi ile belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişki orta düzeyde ve negatif yöndedir. Diğer ölçeklerin birbiri ile arasında ilişki saptanmamıştır.

6.2 Öneriler

Araştırmanın örneklemini 32 kişi ile sınırlıdır. Araştırmanın genellenebilirliğini arttırabilmek adına örneklem sayısı genişletilerek tekrar edilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte araştırma yalnızca Ankara ili kadın sığınma evi ile sınırlıdır. Daha güvenilir sonuçlar elde edebilmek amacıyla farklı il ve kurumlar da dahil edilerek tekrarlanması önerilmektedir. Elde edilen bulgulara ve literatür bilgileri göz önüne alındığında psikolojik sağlamlığın psikopatoloji düzeyini konusunda koruyucu bir faktör olduğu görülmektedir. Bu sebeple sığınma evinde kalan kadınların psikolojik sağlamlıklarının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Alanyazında yapılan incelemeler sonucunda sığınma evinde kalan bireylere yönelik yapılan çalışmaların çok yetersiz olduğu görülmüştür. Bu alanda bilgi birikiminin artması için çalışmaların arttırılması önerilmektedir. Öte yandan psikiyatrik tanı almış olan bireylerin psikolojik sağlık düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu noktada psikiyatrik tanı almış olan bireylere psikolojik sağlamlıklarını güçlendirici eğitim programlarının planlanması, toplumsal ruh sağlığı için önem taşımaktadır. Bununla birlikte şiddet mağduru olan kadınlara yönelik bireysel veya grup terapilerinin düzenlenmesi de psikolojik sağlık düzeylerini ve ruhsal belirti gösterme şiddetini de olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abay, E., & Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiatri, 21-26.
- Açıkgöz, S. C. (2019). Depresyon. panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun psikolojik sağlamlık/dayanıklılık ile ilişkisi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Ayan, S. (2007). Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet, (Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Sivas.
- Bayer, A. (2013). Değişen toplumsal yapıda aile: eŐler arası Şiddet ve din ilişkisi üzerine bir araştırma (Konya örneği). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
- Beardslee,W. R. ve Podorefsky D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of selfunderstanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 1, 63-69.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy And The Emotional Disorders. New York: International Universities Press
- Bıyıklı, İsmail (2019), "YetiŐkin Bireylerde Depresyon ve Sosyal Kaygı Düzeyi İle İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Biber, Y. (2012). *Psikolojik danıŐmanlık ve eğitim merkezlerine başvuran yetiŐkinlerin psikopatoloji algılarının ve psikopatolojiyi tanıma düzeylerinin incelenmesi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Bilge, Y., & Bilge, Y. (2020). Koronavirüs salgını ve sosyal izolasyonun psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerinin psikolojik sağlamlık ve stresle baş etme tarzları açısından incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Bilgel N, Orhan H. (2006). Aile içi Şiddet. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi.
- Block, J. H. (1950). An experiemental Investigation of the construct of Ego control. Unpublished doctoral dissertation, Standford University, 1950.
- Bora, Aksu. (1998). "Kamusal Alan/Özel Alan: Mahrumiyet Özgürleşme İkileminin Ötesi", 20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek Konferansı içinde, Editör: Oya Çitçi, TODAİ Yayınları, Ankara, s. 63- 70.
- Brown, T. M. (2004). Somatization. *Medicine*, 32(8), 34-35.
- Boyacıoğlu, İ., Uysal, M. S., & Erdugan, C. (2020). Psikolojik Şiddetin Ölçümü: Psikolojik İstismar Profili'nin ve Kadına Kötü Muamele Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 19-55.
- Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M. & Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry*, 159, 106-114.
- Boyce, P. & Mason, C. (1996). An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 90-103.
- Boyce, P., Hickie, I., Parker, G., Mitchell, P., Wilhelm, K. & Brodaty, H. (1992). Interpersonal sensitivity and the one-year outcome of a depressive episode. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 156-161.
- Budak, S.(2003). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Büyükoztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri (21. Baskı). Ankara: Pegem Akademi

- Cengiz Yavuz, E. (2019). *Duygusal güvenlik ve aile iletişim kalıpları ile genel psikopatoloji düzeyi arasındaki ilişki: Prefrontal işlevlerin aracı rolü* (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Çakır, H. (2020). Kadına Yönelik Şiddetin Kavramsal İncelemesi: Yozgat Örneği. *İmgelem*, 4(6), 41-62.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Hüseyin, H. Ö. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Demir, Ç. (2018). Üniversite çalışanlarının psikolojik dayanıklılık ve stresle baş etme tarzlarının incelenmesi (Toros Üniversitesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Toros Üniversitesi, Mersin
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Chatterji, S. (2004). Prevalance, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291(21):2581-90.
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Donovan, Josephin. (2005). Feminist Teori, Çevirenler: Aksu Bora, Meltem Ağduk Gevrek, Fevziye Sayılan, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Folkman, S. ve Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fraser M, Jenson JM. (2008). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. URL: [http:// www.sagepub.com/upm-data/5975_Chapter_1_Jenson_Fraser_I_Proof.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/5975_Chapter_1_Jenson_Fraser_I_Proof.pdf), 2008.
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 2, 159-174.

- Geçtan, E. (2000) Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar (15. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi
- Gezen M, Oral ET. Kadın sığınma evinde yaşayan kadınlar ile şiddet gördüğü evde yaşamaya devam eden kadınların bağlanma biçimlerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin incelenmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2013; 26: 65-71
- Gizir, C.A, (2016), Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması, *Türk PDR Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Goisman RM ve ark. (1995) DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*, 152(10): 1438-1443.
- Gökmen, D. (2009). Kadın sığınma evi'nde yaşayan şiddet görmüş kadınlar ile eşleriyle birlikte yaşayan şiddet görmüş kadınlar arasındaki psikolojik dayanıklılık ve bağlanma durumlarının karşılaştırılması (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Gökler, I. (2005) Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu tartışmasında farklı bir boyut: Bilgi işleme yaklaşımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2): 83-91.
- Gönen, T. (2020). *Özel okullarda çalışan öğretmenlerin psikolojik sağlıkları ve iş doyumlarının mesleki tükenmişlik düzeylerine etkisi: Mardin ili Örneği* (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Greenberg PE ve ark. (1999) The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*, 60: 427–435
- Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* içinde (1-49). New York: Guilford Press.
- Güneri, F. (1996). Aile İçinde Kadına Yöneltilen Şiddet, Evdeki Terör: Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul Morçatı Kadın Sığınağı Vakfı Yayınları, 87-92.

- Gülmez, Ç. (2014). Kadına yönelik aile içi şiddet, ahlaki çözülme ve dindarlık. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- Harlak, H. (2019). Klinik sosyal psikolojiye doğru. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(2), 104-115.
- Işık, E., & Işık, U. (2010). Psikiyatrik Belirtili Bedensel Bozukluklar. İstanbul: Tenedoks Yayıncılık.
- İlkkaracan ve Gülçür, (1996). Uluslararası Stratejilere Bir Bakış, Sıcak Yuva Masalı Aile İçi Şiddet ve Cinsel Taciz içinde Metis Yayınları, İstanbul, 1996, s. 56- 101.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.
- Kaya, T. (2018). Özel eğitim merkezlerinde çalışan çeşitli meslek gruplarının bilişsel esneklik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Keçeci, B. (2018). *Evli kadınların psikolojik istismar profillerinin toplumsal cinsiyet algıları ve spiritüel iyi oluşları açısından incelenmesi* (Doctoral dissertation, Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/adresinden_edinilmiştir.
- Kennedy B., Sage Publications, London, s. 247-260.
- K Hsu, & Marshall (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*, Dec; 144: 1561 -1566.
- Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2), 45-52.

- Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İİBF Dergisi 2.1.
- Kocacık, F., & Çağlayandereli, M. (2009). Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 25-43.
- Kohler, P. (1993). Best practices in transition: Substantiated or implied? *Career Development for Exceptional Individuals*, 16 107-12
- Köroğlu, E. (2007). Kişilik Bozuklukları. Ankara: HYB Basım Yayın.s.29
- Lenze ve ark. (2000) Comorbid anxiety disorder in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*, 157: 722-728
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562
- Mak, W. W., Ng, I. S., & Wong, C. C. (2011). Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of counseling psychology*, 58(4), 610.
- Masten, A., Best, K., Garmezy, N, (1990), Resilience and Development: Contributions From the Study of Children Who Overcome Adversity, *Development and Psychopathology*, 425-444.
- Masten, A. S. ve Coastworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205- 220.
- Masten, A. S. ve Reed, M.G. (2002). Resilience in development. In C.R. Snyder ve S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74- 88). Oxford University.
- McFarlane, Judith, Pennings, Jacquelyn, Symes, Lene, Maddoux, John, Paulson, Rene (2014), "Predicting Abused Women With Children Who Return To The Abuser: Development of A Risk Assessment Tool",

Journal of Threat Assessment And Managment, Vol. 1, No. 4, pp. 274-290.

Mete Hayriye Elbi, (2008) Kronik Hastalık ve Depresyon. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 2008, 11, s.3-18.

Millett, Kate:Cinsel Politika, Çeviren: Seçkin Selvi, Payel Yayınları, İstanbul, 1973.

Murray, C. (2003). Risk Factors, Protective Factors, Vulnerability, and Resilience, Remedial ve Special Education, 24, 1, 16-26.

Öz, P. D. F., & Yılmaz, U. H. E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.

Özçelik, E. (2016). Şiddete Maruz Kalan Kadınların Toplumsal Entegrasyonda Yaşanan Zorlukları.

Öztürk, M.O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, HYB Yayın Birliği: İstanbul.

Öztürk, E. (2010). Türkiye’de Aile, Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum Eğitim Bilimleri ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(7), 39-55.

Öztürk Orhan ve Uluşahin Aylın, (2011) “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, Ankara, 2011, 11. Baskı.

Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G, Kovasznay B, Schwartz JE (1998). Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. *Psychol Med*;28(6):1411–1419.

Ramirez ER. Resilience: a concept analysis. *Nursing Forum* 2007; 42: 73-82.

Range, L. (2005). Abnormality: Psychological Models (Ed). N. A. Piotrowski, *Psychology Basics (Magill’s Choise)* (s: 5-13). A.B.D: Salem Pr.Inc

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 3, 307-321.

- Rowe, C. L., & Liddle, H. A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 97-120.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800. 2008:
- Samuk, F. (2002). Psikiyatrinin Tarihçesi. Cerrahpaşa Psikiyatri. (s:1-9). E. İlkay (Ed). İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi.
- Shrivastava A, Desousa A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry* 2016; 58:38-43.
- Sullivan, M. Cris/ Gillum, Tameka. (2001) "Shelters And Other Comunity-Based Services For Battered Women And Their Children" Sourcebook On Violence Against Woman, Editors: Claire M. Rezetti, Jeffrey L. Edleson, Raquel
- Sulukaya Ahmet, (2019) "Depresyon tanısı almış olan bireylerle sağlıklı bireylerin gıda tüketiminin karşılaştırılması". Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Szasz, T. S. (1997). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. Syracuse University Press.
- Şahin, D, (2014), Öğretmelerin Öz Duyarlıklarının Psikolojik Sağlık ve Yaşam Doyumu Açısından İncelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Tan, Y. (2019). Ruhsal Belirtilerin Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çanakkale.
- Taymur, İ., & Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 154-177.
- Teker Ataş, Gözde (2015). Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Psikolojik Dayanıklılık Ve Başa Çıkma Yollarına Yönelik Nitel Ve Nicel Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

- Terzi, Ş, (2005), İyi Olmaya İlişkin Psikolojik Dayanıklılık Modeli, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Topbay, Yaşar (2016). Ortaokul Öğrencilerinin Psikolojik Sağlık Düzeylerinin Algılanan Sosyal Destek Ve Aile İşlevleri Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tükel R, Meteris H, Koyuncu A ve ark. (2006) The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive compulsive disorder, Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci, May
- Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Turk Psikiyatri Dergi 2006; 17:107-114.
- Vakfi, M. Ç. K. S. (2007). Şiddetten Uzakta Bir Sığınak Nasıl Kurulur? Nasıl Yürütülür.
- Vanderpol, M. (2002). Resilience: A missing link in our understanding of survival. Harvard Revision Psychiatry, 10, 302-306.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry. 59, 72-81.
- World Health Organization. WHO (2001). Basic documents, 143rd ed. Geneva, World Health Organization.
- Yıldırım, A. (1996). Sığınaklarda Kalan Kadınların Uğradığı Şiddetin Boyutları (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara).
- Zengin-Dağdır, F.(2010). Toplum-Temelli Hizmetler: Tanım, Hizmet Şekilleri. (Ed) F.Z.Dağdır. Toplum İçinde Yaşam Herkesin Hakkı: Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler için Toplum Temelli Hizmetler, İstanbul
- Ziyalar, A. (2006). Erişkin Psikopatolojisi (I. Baskı) İstanbul: Yüce Reklam Yayın Dağıtım

EKLER

Ek. 1. Bilgilendirme Formu

BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışma, “Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Psikopatoloji Düzeyini Etkileyen Faktörler” hakkındadır ve Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tezi kapsamında Prof..Dr.Ebru ÇAKICI danışmanlığında Belkıs EDİGE SERDENGEÇTİ tarafından yürütülmektedir.

Araştırma gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Türkiyede eşi tarafından şiddete maruz kalmış sığınma evinde kalan kadınların , uğradıkları şiddetten dolayı psikopatolojik durumlarını etkileyen faktörleri tespit etmek . Çalışmanın amacı, eş ilişkilerinde kadına yönelik şiddetin toplumsal bir sorun olmakla birlikte önemli bir dünya sağlık sorunu olduğunu ortaya koymak ve şiddete maruz kalma sonucunda kadınlarda psikopatoloji gelişimini önlemeye yönelik programlar geliştirmektir. Bu çalışmada bir demografik bilgi formu ve 3 ölçek bulunmakta. Demografik bilgi formu sizin yaş , eğitim durumu gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise kadına yönelik şiddeti ortaya koymakta ve bunun psikolojik olarak ne gibi risklere yol açtığını ölçmektedir.

Verilen formlardaki sorulara olan yanıtlarınız yalnızca araştırma konusuyla ilgili genel bir sonuca varmak için kullanılacaktır. Şahsınız ile ilgili bireysel bir sonuç olmayacak ve bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Değerli katılımcı çalışma ile ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri olan Psk.Dan. Belkıs Edige Serdengeçti ile iletişime geçebilirsiniz (bedige2012@hotmail.com, telefon: 0505212 8174) Bu çalışmaya katılmak sizde belirli düzeyde stres yaratmışsa ve bir uzmanla konuşmak istiyorsanız, kurumun psikoloğuna başvurabilirsiniz. Araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, Haziran 2021 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.

Psikolojik Danışman,

Belkıs Edige Serdengeçti

Ek. 2. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programı bünyesinde Psk. Belkıs Edige tarafından Prof. Dr. Ebru Çakıcı danışmanlığında yürütülmektedir.

Bu çalışmada eşinden şiddet gören, kadın sığınma evinde kalan kadınların psikopatoloji düzeylerini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi. Şiddete uğrayan kadınlarda psikopatoloji gelişimini önlemeye yönelik programlar geliştirmek amaçlanmaktadır.

Anket formu bilimsel amaçla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Vermiş olduğunuz cevaplar çalışmamız için çok kıymetlidir. Anket sonuçlarının toplum yararına katkı için bilgi olarak kullanılması planlanmaktadır.

Yardıminız için çok teşekkür

ederim.

Danışman,

Serdengeçti.

İsim:

İmza:

Psikolojik

Belkıs Edige

Ek. 3. Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız.....
- 2.Eğitim Düzeyi: Hiç okumamış() İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite() Yüksek Lisans(),Doktora()
- 3.Çalışma durumu: Çalışıyor() Çalışmıyor()
- 4.Medeni durumu: Evli() Boşandı() Diğer ()
5. Evlilik süresi:.....
6. Kaç çocuğunuz Var?.....
7. Çocuklarınız kimle yaşıyor. Anne() Baba() Diğer()
8. Anneniz: () Hayatta () Hayatta Değil
9. Babanız: () Hayatta () Hayatta Değil
10. Eşinizle mi yaşıyorsunuz? ()Evet () Hayır
11. Eşinizin Eğitim Düzeyi: Hiç okumamış() İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite() Yüksek Lisans(),Doktora()
12. Önceden almış olduğunuz psikiyatrik bir tanı var mı? ()Evet ()Hayır Cevabınız Evet ise belirtiniz.....
- 13.Aylık ortalama geliriniz (maaş,kira, vb.) ne kadardır?
 ()Gelir yok () Asgari ücretten az () 1000-2999 lira arası () 3000-4999 lira arası () 5000 liradan fazla

Ek. 4. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1.Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.					
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*					
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.					
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*					
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.					
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*					

Ek. 5. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90)

SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki kutuya bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirerseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karışlaştığınızda uygulamacıya danışınız.

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Herşey için çok fazla endişe duyma
32. Herşeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi

41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale(kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da bir kaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünememe hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Herşeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşüncesi

SCL-90-R CEVAP KAĞIDI

	H iç	Ço k az	Orta derec ede	Old ukç a fazl a	İleri derec ede		Hi ç	Ço k az	Orta derec ede	Old ukç a fazl a	İleri derec ede
1						46					
2						47					
3						48					
4						49					
5						50					
6						51					
7						52					
8						53					
9						54					
10						55					
11						56					
12						57					
13						58					
14						59					
15						60					
16						61					
17						62					
18						63					
19						64					
20						65					
21						66					
22						67					
23						68					
24						69					
25						70					
26						71					
27						72					
28						73					
29						74					
30						75					
31						76					
32						77					
33						78					
34						79					
35						80					
36						81					
37						82					
38						83					
39						84					
40						85					
41						86					
42						87					
43						88					
44						89					
45						90					

Ek. 6. Psikolojik İstismar Profili

PSİKOLOJİK İSTİSMAR PROFİLİ

Şimdi lütfen hayatınızdaki romantik ilişkinizi (flört, sevgililik, evlilik gibi), eğer şu an romantik bir ilişki içinde değilseniz en son yaşadığınız ilişkinizi düşününüz ve aşağıdaki her soruyu bu ilişkiyi düşünerek cevaplayınız. Aşağıdaki her bir davranışı eşinizden/erkek arkadaşınızdan ne sıklıkla gördüğünüzü göstermek için “asla”, “ayda bir defadan az”, “ayda bir defa”, “ayda iki-üç defa”, “haftada bir”, “haftada iki-üç defa” ya da “her gün” seçeneklerinden birini seçiniz.

Eğer bu davranışın ne sıklıkla gerçekleştiğinden emin değilseniz, en iyi tahmininize göre cevap veriniz.

1. Onunla değil de başkalarıyla olmak istediğinizde öfkelenir ya da keyfi kaçır.
2. Her şeyin eksiksiz olmasını ister, aksinin onun için kabul edilemez olduğunu söyler.
3. Mektuplarınıza ve telefonlarınıza engel olur veya sizi kimin aradığına, size kimin mektup yazdığına ya da hangi konu hakkında konuştuğunuza dair başınızın etini yer.
4. Ayrı geçirdiğiniz her dakikanın hesabını sorar.
5. Onunla sohbet etmeye başladığınızda sizi duymazdan gelir.
6. Deli ya da aptal olduğunuzu iddia eder.
7. Sizi arkadaşlarınızdan, ailenizden ya da evcil hayvanlarınızdan kıskanır.
8. Üzgün olduğunuzda ya da duygusal destek istediğinizde söylenir ya da sizinle alay eder.
9. Size berbat bir sevgili olduğunuzu, değersiz ve işe yaramaz olduğunuzu söyler.
10. Her saat yaptıklarınızın detaylı raporunu ister.
11. Hastalandığınız, yorulduğunuz ya da fazla çalıştığınız zamanlarda yardıma ihtiyaç duyduğunuzu görmezden gelir
12. Yemek veya temizlik yaptığınızda beğenmez ve o beğenene kadar tekrar tekrar yapmanızı ister.
13. Kendinizde en çok beğendiğiniz veya değer verdiğiniz özelliklerinizle alay eder.
14. Yaptığınız işi kontrol eder ve aşırı eleştirel yorumlarda bulunur.
15. Sizi gün boyu kontrol eder (örneğin 15 dakikada bir arar, işten eve erken gelir, nerede olduğunuza dair başkalarından bilgi alır ve benzeri).
16. Bir televizyonun, derginin, gazetenin ya da diğer insanların sizden daha önemli olduğunu hissettirir (E).
17. Onun isteklerine boyun eğmezseniz sizi değerli bir eşyanıza, evcil hayvanlarınıza, arkadaşlarınıza veya akrabalarınıza zarar vermekle tehdit eder (E).
18. Size “sürtük” veya “orospu” gibi cinsel imalar içeren isimler takar (E).
19. Sizi başkasıyla ilişki yaşamakla veya başka şeylerle suçlayarak geç saatlere kadar uyutmaz (E).
20. Seks yapma isteğinizi görmezden gelir ya da sizi heyecanlandırarak veya tatmin edecek şeyleri yapmaz.
21. Zaferlerinizle dalga geçer, planlarınızla ilgili cesaretinizi kırar veya başarılarınızı küçümser.

Ek. 7. Ölçek İzinleri

Araştırmada kullanılabilmesi amacıyla, kullanılan tüm ölçeklerin telif hakkı sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır.

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Kullanım İzni:

Merhaba,

Tabii ki ölçeği web sitemden indirerek kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin.

Doç. Dr. Tayfun Doğan
Üsküdar Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi
Psikoloji Bölümü

Twitter: @drtayfundogan
Web: www.tayfundogan.net

Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90) Kullanım İzni:

29.06.2020 Pzt 09:35 tarihinde yarftladınız



İhsan Dağ <ihsandag@hacettepe.edu.tr>
29.06.2020 Pzt 09:32

Kime: Siz

Dağ 1991 SCL 90 R Geçerlik G...
1.012 KB

SCL 90 R.doc
104 KB

3 eklin (1 MB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Serdengeçti,
Çalışmanızda, uyarlamasını yaptığım **Belirti Tarama Listesini (SCL-90-R)** kullanabilirsiniz. Ölçek ve makalesi ektedir.
Başarılar dilerim.

Psikolojik İstismar Profili Kullanım İzni

 İnci Boyacıoğlu <inciboyacioglu@googlemail.com>
3.08.2020 Paz 22:30

Kime: Siz

 BoyaciogluUysalErdugan_202...
467 KB

 1989_Tolman_MeasurePsyMa...
1 MB

 3 ekis (2 MB) tımdnı gster Tımdnı indir Tımdnı OneDrive'a kaydet

Merhaba Belkis,

Elbette ołeđi tez çalıřmada kullanabilirsin. Alanda çok ihtiyaç duyulan, ama zorlu bir çalıřma konusu semiřsin, kadınlar adına da teřekkür etmek isterim. Umarım ołek çalıřmanıza anlamlı bir katkı sunabilir. Ekte ilgili makaleleri de gönderiyorum, ołek maddeleri makalenin içinde var, kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. İnci Boyacıoğlu
Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Bölümü
Dokuz Eylül Üniversitesi
Buca 35390 İZMİR

ÖZGEÇMİŞ

BELKIS EDİGE SERDENGEÇTİ

23.04.1973 yılında Konya Ereğli'de doğdu.

Lise öğrenimini Konya Ereğli Lisesinde 1991 yılında tamamladı.

Üniversite öğrenimini Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bölümünde 1996 yılında tamamladı.

Halen Ankara Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı okullarda psikolojik danışman olarak görev yapmaktadır.

İNTİHAL RAPORU

SIĞINMA EVİNDE KALAN KADINLARDA PSİKOPATOLOJİ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORJİNALLİK RAPORU

%6	%6	%2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	dergisosyalbil.selcuk.edu.tr İnternet Kaynağı		%1
2	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı		%1
3	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı		<%1
4	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı		<%1
5	www.journalagent.com İnternet Kaynağı		<%1
6	www.uuyayinlari.com İnternet Kaynağı		<%1
7	ejercongress.org İnternet Kaynağı		<%1
8	www.befjournal.com.tr İnternet Kaynağı		<%1
9	drhasta.com İnternet Kaynağı		<%1
10	ubek-icse.com İnternet Kaynağı		<%1
11	abakus.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı		<%1
12	2019.fmgtegitimikongresi.com İnternet Kaynağı		<%1
13	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı		<%1
14	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı		<%1
15	PEKDOĞAN, Serpil. "Öğretmen Adaylarının Çocukluk Çağı Örselenmeleri ile Psikolojik Belirti Düzeylerinin İncelenmesi", Uludağ Üniversitesi, 2017. Yayın		<%1
16	dosyamerkez.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı		<%1
17	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı		<%1
18	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı		<%1

ETİK KURUL RAPORU



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

15.12. 2020

Sayın Belkıs Edige Serdengeçti

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/786 proje numaralı ve **“Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Psikopatoloji Düzeyini Etkileyen Faktörler”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "R. Onur", is positioned above the typed name.

Prof. Dr. Rüştü Onur

Yakın Doğu Üniversitesi

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı