

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ BİREYLERDE TRAVMATİK STRES,
BAĞLANMA STİLLERİ VE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Nil Mevlüde KEÇELİ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2015

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ BİREYLERDE TRAVMATİK STRES, BAĞLANMA
STİLLERİ VE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Nil Mevlüde KEÇELİ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Özlem Kararırmak

KOCAELİ
2015

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(Tez Onay Sayfası)

Tez adı: STÖDETE MARUZ KALAN DİREKTEÖDE TRAVMATİK
STRES, DAĞLANMA STİLLERİ VE SOMATİZASYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tez yazarı: NİL MEVLÜDE KEÇELİ
Tez savunma tarihi: 17.05.2015

Tez Danışmanı: ÖZLEM KARAKIMAK

İş bu çalışma Jürimiz tarafından P.N.S.K.L.Y.A.T.Zİ Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Sınavı jüri üyeleri		İmzası
Ünvanı Adı Soyadı		
Üye	...ÖZLEM...KARAKIMAK.....	Özlem Karakımak
Üye	...TAMER AKER.....	Tamer Akar
Üye	...İZEM...YALUĞ.....	İzlem Yalug
Üye	
Üye	

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

...../...../20

Prof. Dr. Mustafa Yıldız
Enstitü Müdürü

Özet

Keçeli, N. Şiddete Maruz Kalmış Bireylerde Travmatik Stres, Bağlanma Stilleri ve Somatizasyon Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, 2015.

Amaç: Şiddet, dünyanın tüm yerlerinde çeşitli şekillerde insan yaşamının her zaman bir parçası olmuştur. Her yıl bir milyondan fazla insan, kendine yönelik, kişilerarası ve kolektif şiddet sonucu ölümcül olmayan yaralanmalar yaşamakta ya da hayatını kaybetmektedir (DSÖ, 2002). Şiddet bireyleri tüm yaşlarda etkileyen ciddi bir sağlık problemidir (Dutton ve diğerleri, 2006). Bu araştırmanın amacı, cinsel ve/ veya fiziksel şiddete maruz kalmış, 16 yaş ve üstünde bireylerde travmatik stres, somatizasyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemi Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na fiziksel ve cinsel şiddete maruziyet sebebi ile yönlendirilen bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 155 gönüllü bireyin 83'ü kadın (% 53.5), 72'si erkektir (% 46.5). Araştırmada veri toplamak amacıyla Gönüllü Bilgilendirme Formu, Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSST- Ö), SCL-90 Somatizasyon Ölçeği ve İlişki Ölçeği Anketi (İÖA) uygulanmıştır. Veriler istatistiksel olarak SPSS 20,0 programı yardımıyla değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada da hem fiziksel hem cinsel şiddete maruz kalan bireylerde travma sonrası stres belirti şiddeti ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı derecede ilişki vardır. Güvenli bağlanma stili gösteren bireylerin travma sonrası stres belirti şiddeti, kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanma stili gösterenlere göre daha azdır. Bu farklılık korkulu bağlanma stili gösterenlerde anlamlıdır.

Sonuç: Travmatik olaylardan sonra güvenli bağlanma stiline sahip olma travma sonrası stres geliştirmeye karşı koruyucu bir nitelik taşır.

Anahtar Sözcükler: Travmatik stres, travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon, bağlanma stilleri.

Abstract

Keçeli, M. N. The relationship between traumatic stress, attachment styles and somatization among people who were exposed to violence. Master Thesis, Kocaeli University, 2015.

Objective: Violence has always been part of the human experience, in various forms in all parts of the world. Every year, more than a million people lose their lives and many of them suffer non-fatal injuries, as a result of self inflicted, interpersonal or collective violence (DSÖ, 2002). Violence is an important health problem, affects human life (Dutton ve diğerleri, 2006). The aim of this research to investigate the relation between traumatic stress, somatization and attachment styles of people who were exposed physical or sexual violence, at or above 16 years.

Methods: 155 volunteer participants consists of 83 women (% 53.5) and 72 men (% 46.5). Data for research is obtained from patients treated at Duzce University Forensic Medicine Service. Voluntary Information Form, Demographic Information Form, Traumatic Stress Disorder Scale and Somatization Scale and Relationship Scale Questionnaire were used in the research to collect data. Data were assessed and analyzed statistically with SPSS 20,0 program.

Results:It revealed that among people who were exposed physical or sexual violence, the correlation between traumatic stress scores and somatization scores was significant. And the traumatic stress scores of people who belongs to securely attachment was less than traumatic stress scores of people who belongs to insecurely attachment. This difference was significant who belonged to fearful attachment.

Conclusion: After the traumatic event, having secure attachment style attributes protective against the development of traumatic stress.

Key words: Traumatic stress, traumatic stress disorder, somatization, attachment styles.

TEŞEKKÜR

Tez süresince desteklerini eksik etmeyen, yol gösteren sevgili hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Kararımak'a teşekkürü bir borç bilirim.

Veri toplama sürecinde katılımcılara ulaşmamda ve de tez süresince her adımda yardımcı olan yol gösteren sevgili hocam Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Başkanı Prof. Dr. Bora Büken'e teşekkür ederim.

Bilgi ve becerilerimize yenilerini kattığımız, yüksek lisans eğitimi boyunca her türlü desteği bizden esirgemeyen en başta Prof. Dr. Tamer Aker olmak üzere bize emek veren Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Bölümü Ruhsal Travma Bölümü tüm öğretim üyelerine teşekkürler.

İstatistik ile ilgili destek veren Düzce Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim görevlisi Yrd. Doç. Dr. Şengül Cangür'e ne kadar teşekkür etsem azdır.

Lisans yıllarından itibaren devam eden arkadaşlığımızın devam ettiği, yüksek lisans sürecinde de destek ve yardımlarını esirgemeyen dostlarım Psk. Ezgi Şirin ve Zehra Birbiri' ye ve tüm lisans arkadaşlarıma teşekkür ederim. Uzun yıllar bitmeyecek arkadaşlıklara adım attığımız yüksek lisans sürecinde sürekli yan yana olduğumuz başta Psk. Yeşim Ünal ve Psk. Merve Çakıroğlu ve tüm Ruhsal Travma 2010 dönemi arkadaşlarıma teşekkürler ederim. Tezimi bitirme sürecinde desteğini, özverisini, paylaşımını ve dostluğunu esirgemeyen meslektaşım Psk. Zeynep Alçelik' e ve Ecz Elif Efe'ye ve de Düzce Üniversitesi'nin kıymetli asistanları Dr Leziz Hakan, Dr Feyza Sarugüzel, Uzm Dr Hafize Yılmaztepe, Uzm Dr Ferhan Kandemir'e teşekkürler.

Bu süreçte beni motive eden, her daim yanımda olan annem, babam, ablam, anneannem ve tüm aileme teşekkürler...

En büyük teşekkürü hak eden ve teşekkür etmenin en zor olduğu katılımcılar... Yaşadıkları travmatik olaylardan sonra zor bir süreçte ölçekleri yanıtlandırmayı kabul eden bu araştırmaya en büyük katkıyı sağlayan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürler.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

..... / / 2015

İÇİNDEKİLER	
KABUL VE ONAY	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
ÇİZİMLER DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1 Psikolojide ‘Saldırganlık’ ve ‘Şiddet’ Kavramlar	2
1.1.1 Fiziksel Şiddet	4
1.1.2 Cinsel Şiddet	6
1.2 Ruhsal Travma	8
1.2.1 Ruhsal Travmanın Ruhsal Etkileri	9
1.2.1.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu	11
1.2.1.2 Somatizasyon	14
1.3 Bağlanma Teorisinin Ortaya Çıkışı	16
1.3.1 Yetişkinlikte Bağlanma	20
1.3.2 Bağlanma ve Travma	23
1.3.3 Bağlanma ve Somatizasyon	26
2.AMAÇ	28
2.1 Çalışmanın Amacı ve Önemi	28
2.2 Problemler	29
3.YÖNTEM	30
3.1 Araştırmanın türü	30
3.2 Araştırmanın Yeri ve Örneklem Grubu	30
3.2.1 Katılımcılarla İlgili Demografik Değişkenler	30

3.3 Veri Toplama Araçları	32
3.3.1 Demografik Bilgi Formu	<u>32</u>
3.3.2 Travma sonrası Stres Tanı Ölçeği	32
3.3.3 İlişki Ölçekleri Anketi	34
3.3.4 Somatizasyon Ölçeği	35
3.4 İşlem	36
3.5 Etik Kurul Onayı	36
3.6 İstatistiksel Yöntem	36
4. BULGULAR	37
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	38
4.2. Araştırmanın Problemlerine İlişkin Bulgular	40
5. TARTIŞMA	46
5.1 Sınırlılıklar	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

KISALTMALAR

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

TSSB Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SCL Sympton Check List

DSM – IV Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

TSST-Ö Travmatik Stres Tanı Ölçeği

SPSS Statisicial Package for Social Sciences

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler.....	31
Çizelge 4.1. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler.....	38
Çizelge 4.2. Katılımcıların maruz kaldıkları farklı türdeki travmatik olay sayıları.....	39
Çizelge 4.3. Katılımcıların en son maruz kaldıkları travmatik olay türü.....	39
Çizelge 4.4. Çeşitli değişkenler açısından travma sonrası stres belirti şiddeti ortanca değerleri karşılaştırılması için Mann Whitney U sonuçları.....	41
Çizelge 4.5. Travma sonrası belirti şiddeti, bağlanma stilleri ve somatizasyon arasındaki ilişki.....	42
Çizelge 4.6. Travmatik stresin yordanmasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları.....	43
Çizelge 4.7. Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti puanlarının Kruskal Wallis sonuçları.....	44
Çizelge 4.8. Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeylerinin Kruskal Wallis sonuçları.....	44

ÇİZİMLER

Çizim1.1. Çok nesilli dizi travma bağlanma bozukluğu 25

1. GİRİŞ

Şiddet, dünyanın tüm yerlerinde çeşitli şekillerde insan yaşamının her zaman bir parçası olmuştur. Her yıl bir milyondan fazla insan, kendine yönelik, kişilerarası ve kolektif şiddet sonucu ölümcül olmayan yaralanmalar yaşamakta ya da hayatını kaybetmektedir (DSÖ 2002). Bununla birlikte şiddet, bireyleri tüm yaşlarda etkileyen ciddi bir sağlık problemidir (Dutton ve diğ. 2006). Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı verilerine göre dünya üzerinde tahmini 1.6 milyon kişi intihar, kişilerarası ve kolektif şiddet nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Dünyada 15 – 44 yaş arası bireylerin ölüm nedenlerine bakıldığında; erkek ölümlerinin % 14'ü; kadın ölümlerinin de % 7'sinde önde gelen ölüm nedenleri arasında şiddet yer alır (DSÖ 2002). Şiddet gibi travmatik bir olayın yaşantılanması sonucu ortaya çıkan en karakteristik bozukluk travma sonrası stres bozukluğudur (Zoolner ve diğ. 1999). TSSB'nin nedeni olarak psikolojik travmanın merkezi rolü, TSSB'nin 1980 yılında DSM-III içerisine dahil edilmesinden beri standart nozoloji içerisinde tanımlanmaktadır (Laugharne 2010).

Travmalardan sonra fiziksel nedeni tam olarak gösterilemeyen veya var olan fiziksel nedenlerle açıklanamayan somatik yakınmalara sık rastlanır (Aker 2000). Somatizasyon bozukluğu olan hastalar daha fazla travmatik olay ve travmatik olay neticesinde de daha fazla sıkıntı ve belirti bildirirler. Bununla birlikte travmatik olaylar kişinin tehdit algısı, durumlarla başa çıkma şekli, kendilik algısı değişime uğratar (Van der Kolk 2000). Aynı zamanda kişinin içinde bulunduğu dünyayı algılama şekli değişime uğrar; dünya artık güvenli ve emin bir yer olarak yaşanmaz, tersine tehdit edici hale gelebilir (Ruppert 2011). Mağduriyet, çeşitli stres seviyeleri üreterek bireyin başa çıkma kapasitelerinin aşılmasına ya da uygunsuz başa çıkma formlarını tetiklemesine neden olur (Haegerich ve Hall 2011).

Bowlby (1969)'nin tanımladığı bağlanma davranışı, başka bir kişiye yakınlığı sürdürme ve onu takip etmedir. Bir tehdit algısı oluştuğunda ya da tehlike anında çocuğun bağlanma sistemi aktive olursa yetişkinlikte de sistem güvenliğini korumak için çalışır ve özellikle travmatik deneyim sonucu algılanan tehdit, tehlike, ya da kayıp, koşullarda aktive olur. Buna ek olarak travmaya yanıt vermede etkilemesi nedeniyle bağlanma sistemi yine travma sonrası stres bozukluğu gelişimini de etkiler (Nye ve diğ. 2008).

Literatürdeki bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın amacı, cinsel ve/veya fiziksel şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik stres, somatizasyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Aynı zamanda bu çalışmayla travma yaşamış bireylerde güvenli bağlanmanın travma sonrası stres tepkileri açısından koruyucu bir rolü olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır

1.1. Psikolojide ‘Saldırganlık’ ve ‘Şiddet’ Kavramları

Oral (1999) saldırganlık ve şiddet kavramlarını şöyle tanımlamıştır: “Kültürden kültüre ve çağdan çağa birçok değişkenlik gösteren, tıbbın içinde de bu değişikliklerden nasibini almış şekilde karmaşık, birbirinin yerine kullanılan, birbirinin yerine geçen tanımlar halinde olan bir antitedir.” Scott (1969)’a göre sosyal ve biyolojik bilimsel araştırmalar gösterir ki saldırganlığın kültürel, ekolojik, fizyolojik, psikolojik ve genetik nedenleri vardır.

Psikoloji alanında saldırganlık ve şiddetle ilgili pek çok kuramcının görüşlerine rastlanmaktadır. Fromm (1973) saldırganlığı ‘birinci tür’ ve ‘ikinci tür’ olarak 2’ye ayırmış ve bunlar arasında ayırım yapılması gerektiğini bildirmiştir. İnsanda ve bütün hayvanlarda ortak olan birinci tür saldırganlık, yaşamsal çıkarlar tehdit altında ortaya çıkan, kalıtsal olarak programlanmış bir saldırma tepkisidir; ve ikinci tip saldırganlık ise zalimlik ve yıkıcılık insan türüne özgüdür ve aslında çoğu memelilerde görülmez; kalıtsal olarak programlanmamıştır ve biyolojik olarak uyarlanamaz (Fromm 1973). Biyolojik olsun, ekonomik olsun hiçbir nedene dayanmaksızın kendi türünün üyelerini öldüren, onlara işkence eden ve bunu yapmaktan haz duyan tek primat insandır (Fromm 1973). Bandura, saldırganlığı genellikle kişisel yaralanma ve fiziksel yıkım ile sonuçlanan davranış olarak tanımlamakta ve saldırganlığı neyin oluşturduğu, farklı araştırmalar ve teorileştirmeler ürettiğini söylemekteyken Freud ilk başlarda saldırganlığın engellenmiş libidodan kaynaklandığını daha sonraları ölüm içgüdüsünün başkalarına yönlenmesi olarak açıklamıştır (Burger 2006). Horney (1994, 2006) ise Freud’un yıkım içgüdüsüne karşı çıkararak saldırganlığın nedenini kişiler için önemli olan hayati arzuların engellenmesi veya bireyin böyle hissetmesi olduğunu söyler.

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi'nde bu iç saldırganlık, üç ana görüş ile çerçevelenmiştir. Birincisi insanlar saldırgan davranışlarla ilgili bir repertuar ile doğmazlar; onları öğrenmeleri gerekir. İkincisi hemen hemen tüm öğrenmeler başkalarının davranışları ve bu davranışın sonuçlarını gözlemleyerek ve bunların doğrudan deneyimi sonucunda oluşabilir. Üçüncüsü ise gözlemleyerek öğrenme kapasitesi organizmanın yorucu şekilde deneme yanılma yolu ile oluşturma zorunluluğunda kalmadan büyük entegre davranış kalıpları kazanmasını sağlar ve bu öğrenme biçimi hayati önem taşımaktadır. İnsancıl yaklaşımı benimseyen kuramcılar insanın temelde iyi olduğunu söylerler ve saldırgan çocukların genelde temel ihtiyaçlarının karşılanmadığı ailelerden çıktığını öne sürmektedirler (Burger 2006).

Şiddet ise kişinin kendisine, başkasına, bir gruba ya da topluma karşı kasti olarak fiili ya da korkutma amacıyla yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişim ya da yoksunlukla sonuçlanması muhtemel şekilde fiziksel gücün ya da kuvvetin (fiziksel, seksüel, psikolojik istismarın tüm çeşitleri) kullanılmasıdır (DSÖ 2002). Yılmaz (2011)'a göre şiddet bir başka canlıya zarar vermek, onu yaralamak ya da öldürmek amacıyla kasıtlı olarak fiziksel güç kullanmayı içeren saldırgan davranış olarak ifade edilir. Halk sağlığı araştırmacıları şiddeti psikolojik, sosyal, nörolojik ve bilişsel bileşenleri olduğunu ve toplumsallaşma, çevresel ve davranışsal faktörlerin etkileşiminin bir sonucu olarak tanımlarlar (Ratele ve diğ. 2010). Şiddet fiziksel, cinsel ya da psikolojik olabilir (Montero ve diğ. 2011).

Yetişkinlikte şiddet eğilimini yordayan çocukluk dönemi yaşantıları, uygun olmayan çocuk yetiştirme tarzları ve travmatik deneyimlerdir (Yılmaz 2011). Ruhsal hastalık ile şiddet arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, ikisi arasında ilişki olmakla birlikte, bu durumun doğrudan ruhsal hastalığın kendisinden kaynaklanmayıp, şiddet öyküsü, yaş, cinsiyet, alkol ve madde kullanımı ya da kişilik bozuklukları gibi kovaryantlar üzerinden ortaya çıktığı bulunmuştur (Flórez 2009). Halk sağlığı araştırmaları insanların diğerlerine karşı neden şiddetle davrandıklarını ya da neden bazı toplulukların diğerlerine göre daha fazla şiddete maruz kaldıklarını ve erkek şiddetini anlamak için gelir dağılımındaki eşitsizlik, sosyal öğrenme, tarih, din, cinsellik, toplumsal cinsiyet, erkeklik, ırk, etnik köken ve kültür gibi sosyal süreçler, bir çok davranış, ve toplumsal örgütlenme ile ilgili teoriler üzerinde çalışmaktadır (Haegerich ve Dahlberg, 2011; Ratele, ve diğ. 2010).

Yabancı literatürde şiddet ile ilgili araştırmalar ‘Intimate Partner Violence’, ‘Domestic Violence’, ‘Sexual Assault’, ‘Sexual Violence’ ve ‘Interpersonal Violence’ başlıkları altında yer alırken Türkiye’deki araştırmalarda ‘Aile İçi Şiddet’, ‘Kadına Yönelik Şiddet’ başlıkları altında yer almıştır.

Kişilerarası şiddet (interpersonal violence) aile içi ve partner şiddeti olmak üzere büyük ölçüde aile üyeleri, partner ve özellikle ev içinde olan şiddettir. Kişilerarası şiddet ve erkekler arası şiddet özellikle bugünlerde dünyanın karşı karşıya olduğu en çetin ve en yaygın sorunlardan bazılarıdır. Kadınlara karşı şiddette en yaygın formlar eş ya da partneri tarafından uygulanmaktadır. 48 farklı toplumu temsil eden örnekleme kadınların % 10 – 69 kadarı erkek partneri tarafından hayatının bir döneminde fiziksel istismara uğradıklarını bildirmiştir (DSÖ 2002). Taylor’a göre partner şiddeti bir kişinin partneri ya da eşi üzerinde zorlama, tehdit, baskı ya da sindirme yolu ile fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik veya psikolojik saldırıda bulunmasıdır. Partner şiddeti çok yaygındır; sosyoekonomik grup, yaş, ırk, etnik köken, engelli olma ya da olmama ayırt etmeksizin tüm gruplarda görülür. ABD’de hemen hemen her 4 evden birinde ve bununla birlikte tahmini olarak 18 yaş üstü 5.3 milyon kadın tarafından yaşanmıştır. 1500 yerleşim merkezinde toplam 24097 kadın ile yapılan görüşmelerde katılımcıların yaşam boyu fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalma oranı % 15 ile % 71 arasında değişirken; geçirilen yıl içerisinde fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalma oranı % 4 ile % 54 arasındadır (Moreno ve diğ. 2006).

Coker ve Smith (2000)’in 1401 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada % 55.1 ‘i ilişkileri esnasında herhangi bir şiddet türünü yaşarken; şiddet yaşayanların % 77.3’ü fiziksel ya da cinsel şiddet; % 22.7 ‘si ise duygusal ya da psikolojik istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca yaşam boyu herhangi bir şiddet türünü yaşayanların oranı % 53 iken; yaşam boyu fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalanların oranı % 40’tır.

Erkek ve kadınlar karşılaştıkları travma türüne göre farklılaşma gösterirler; taciz ve cinsel istismar kadınlarda daha sık rastlanırken, dövüşmek, kazalar, aletle tehdit gibi durumlara maruz kalma erkeklerde daha sık görülür (Nemeroff ve diğ. 2006).

1.1.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel saldırı ve şiddet ısrarcı impulsif ve agresif davranışın sonucudur; ancak aşırı kontrollü kişiliklerde stres oluşturan bir olaya cevap şeklinde birdenbire patlayıcı tarzda ortaya çıkabilir (Oral 1999).

Fiziksel şiddet, fiziksel gücün ölüm, yeti yitimi, yaralanma ve zarara yol açacak şekilde kasıtlı şekilde kullanılmasıdır (Saltzman ve diğ. 1999). Fiziksel şiddet dövme, tokat atma, itme, ısırma, yakma, saç çekerek zarar verme, tekme atma, boğma, tırmalama, bir nesne fırlatma, hırpalama ve başka bir kişiye karşı bir silah (tabanca, bıçak veya başka bir nesne) kullanma gibi davranışları kapsar ancak bunlarla kısıtlı değildir (Saltzman ve ark, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre dünya üzerinde 15 - 60 yaş arası erkeklerin ölüm nedenlerine bakıldığında kadınlara oranla daha fazla şiddetin ön plana çıktığı görülmüştür; özellikle Latin Amerika, Ortadoğu, Doğu Avrupa ve Karayipler'de bu fark daha belirgindir (DSÖ 2004). Erkekler fiziksel olarak da yabancılar tarafından saldırıya uğrama olasılığı daha yüksek olmakla birlikte, kadınlar yakınlarından gelen şiddetli saldırı daha yüksek seviyelerde yaşarlar (alıntı Acierno ve diğ. 2010).

Amerika'da kadınların 1/3'ünden fazlası; 42.4 milyon kişi yaşamlarının herhangi bir döneminde partneri tarafından cinsel saldırı, fiziksel şiddet ya da takip edilmeye maruz kalmışlardır. % 9.4'ü yaşam boyunca partneri tarafından cinsel saldırıya maruz kalmış; her 3 kadından biri fiziksel şiddete maruz kalırken her 10 kadından biri partneri tarafından tecavüze maruz kalmıştır (NISVS, 2010).

Mazza ve diğ. (1996) Avustralya'da 2181 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların % 28'i geçirdikleri yıl boyunca fiziksel ya da duygusal istismara uğradıklarını bildirmişler ve her 10 kadından biri yıl boyunca süregelen fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. % 6'sı tekmelendiğini, ısırıldığını, yumruklendiğini; % 7'si bir nesne ile vurulduğunu, % 4'ü dövüldüğünü, % 4'ü boğulduğunu, % 2'si bıçak veya silahla tehdit edildiğini ifade etmiştir.

Jansen ve Çağatay (2009)'ın 2008'de ülkemiz genelinde yürüttükleri çalışmada eş veya birlikte oldukları kişi tarafından yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet yaşayan kadınların oranı % 39 olarak bulunmuştur. Kadınlar fiziksel şiddet içeren davranışlar arasında en fazla tokat atma ya da bir şey fırlatmayı yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Vahip ve Doğanavşargil (2006)' in aile içi fiziksel şiddeti araştıran çalışmasında İzmir'de psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran 100 hasta % 63'ü çocukluğunda, % 62'si evliliğinde en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü, % 51'i çocuğuna fiziksel şiddet uyguladığını belirtmişlerdir. Efe ve Ayaz (2011) Ankara'da 370 kadın üzerinde yürüttükleri çalışmada kadınların tümünün şiddete maruz kaldığı, % 54.6'sının düşük, % 38.4'ünün orta, % 7'sinin yüksek ve çok yüksek düzeyde şiddet gördükleri belirtilmiştir.

şenyuva ve Yavuz (2009) fiziksel şiddete maruz kalıp en az 6 ay sonra adli tıp kurumuna muayeneye gelen % 92'si erkek olan 200 birey üzerinde yürüttükleri çalışmada 67 katılımcının (% 33.5) kesici-delici alet yaralanması, 40 katılımcının (% 20) ateşli silah yaralanması ve 93 katılımcının (% 46.5) darp yaralanmasına maruz kaldığı tespit edildiği görölmüştür. 200 katılımcının 11'inde yani % 5.5'inde TSSB'ye rastlanmıştır.

1.1.2. Cinsel şiddet

Cinsel şiddetle ilgili araştırmalar fiziksel şiddetin çoğu zaman duygusal istismar ve cinsel istismarla birlikte gröldüğünü göstermektedir (DSÖ 2002). 1980 yılında Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun DSM'ye dahil olması, cinsel şiddet ile ilişkili travma çalışmalarında başlıca kavramsal gelişmedir (Wasco ve Campbell 2005). Cinsel saldırı bireyin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü bozan, en ağır şiddet suçlarından biridir. Cinsel saldırı vakaları ile yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu durum, hem saldırganlık hem de cinsel dürtüler sonucunda ortaya çıkmaktadır; cinsellik çoğu zaman amaç değil araçtır (Gölge ve Yavuz 2007).

Saltzman ve diğ. (1999)'ne göre cinsel şiddet üç kategoriye ayrılır:

- 1) Cinsel eylemin gerçekleştirmek için eylem tamamlansa da tamamlanmasa da fiziksel güç kullanımı;
- 2) Kişi gerçekleşecek eylemin durumunu doğasını anlamayacak durumda ya da isteksizken (hastalık, engellilik ya da alkol veya diğer maddelerin etkisi altında, baskı altında iken) cinsel eylemi gerçekleştirme ya da gerçekleştirmeye kalkışma;

- 3) İstismar edici seksüel eylem (eylemin doğasını anlayamayacak, eyleme katılmayı reddederek ya da dokunulmaya isteksiz olduğunu bildiren bir kişinin kasti olarak, genital, anüs, kasık, meme, uyluk, kalça gibi bölgelerine doğrudan veya giysi üzerinden dokunma).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2002) cinsel şiddeti şu şekilde tanımlamıştır; flört ilişkisinde, evlilik içinde ya da yabancı tarafından tecavüz, silahlı çatışma esnasında tecavüz, cinsel taciz ya da istenmeyen seks talebi, çocukların, fiziksel ya da zihinsel engelli insanların cinsel istismarı, zorla birliktelik ya da evlilik (çocukları evlendirme), zorla kürtaj ve doğum kontrolü ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için alınan önlemlerin reddidir.

Cinsel şiddet, mevcut ya da eski partner ya da eşler, güçlü ya da güvenilir konumda olan arkadaşlar, tanıdıklar, mağdurlarca bilinen diğer bireylerin kişilerin, ya da yabancılar tarafından uygulanabilir (Haegerich ve Dahlberg 2011). Ancak, en yaygın mağdur ve fail arasındaki ilişki için net bir fikir birliği yoktur (Basile ve Smith 2011). Amerika'da her 5 kadından 1'i ve her 71 erkekten 1'i yaşamlarının herhangi bir zaman diliminde cinsel saldırıya maruz kalmıştır. Kadın kurbanların % 51.1'i partnerleri tarafından cinsel saldırıya uğradıklarını bildirdi (NISVS 2010).

Cinsel travma ile ilgili birçok çalışma, özellikle kadınlar arasında cinsel saldırıya maruz kalmanın oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (Gölge 2005). Erkeklerle göre kadınlar, cinsel saldırının tüm biçimlerinde büyük ölçüde artmış risk altındadır. Kadınların ciddi cinsel saldırı ve diğer formları yaşama olasılığı daha yüksektir, oysa diğer taraftan, erkeklerin kadınlara oranla erkeklerde daha fazla fiziksel saldırıya maruz kaldığına işaret eden veriler bulunmaktadır (Acierno ve diğ. 2010).

Mazza ve diğ. (1996) Avustralya'da 2181 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %30'u 16 yaşından bu yana cinsel şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Jansen ve diğ. (2009)'ın Türkiye raporlarında kadınların eş veya partnerleri tarafından cinsel şiddete maruz kalma oranı % 15'tir. Kadınlar cinsel şiddet içeren davranışlar arasında en fazla istemediği halde cinsel ilişkiye girmek olduğunu bildirmişlerdir.

Yavuz ve diğ. (1997)'nin 1991 – 1995 yılları arasında adli tıp kurumunda incelemeleri yapılan cinsel saldırı olgularının niteliği ile ilgili çalışmasında cinsel

suça maruz kalanların büyük çoğunluğunu 0–18 yaş arası çocuk ve gençlerin oluşturduğu belirtilmiştir. Mağdur çocuk oranı fiili livatada % 92.3'e, vajinal yoldan ırza geçme olguları % 78.3'lerde olduğu saptanmıştır.

Cinsel saldırı yönünden hüküm giymiş 109 kişi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada vakaların % 70'i mağdur ve saldırganın olay öncesinde tanıştıktır, % 29'unda ise saldırgan yabancıdır; vakaların % 17'si ise ensest ilişkidir. Saldırıları arasında suç motivasyonu açısından farklar ortaya koyulmaktadır; çocuğa yönelik cinsel saldırıda bulunanlar çoğunlukla cinsel dürtü ile hareket ederken, yetişkin saldırılarında güç ve öfke ön plandadır (Gölge Yavuz 2007).

1.2. Ruhsal Travma

Travma terimi Yunancada 'yara' anlamına gelen kelimedenden gelmiştir. Travmatik stresin bilinen en eski tanımı 5.000 sene önce Gılgamış Destanı'nı kaydedildiği kil tabletlerde rastlanmıştır (Ford 2008). Psikolojik travma psikoloji ve psikiyatri tarihinde üzerinde en fazla tartışılan, araştırma yapılan başlıklardan biridir. Geçmiş zamanlardan bu yana birçok psikiyatrist psikolojik travmanın birçok psikopatolojinin esas kaynağı olduğunu görüşüne varmışlardır (Van der Kolk 1987). İlk başta Freud birçok psikiyatrik rahatsızlıkta örneğin histerik hastalarda görülen bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomların geçmiş travmatik yaşantıların sembolik tekrarı olduğunu ileri sürmesine rağmen sonra bunların çocukluk çağı yaşantılarının yanlış yorumlanması ve çocukluk çağı fantazileriyle ilintili olduğuna inanmasıyla psikolojik travma psikoanalitik görüşte önemini yitirmiştir (Van der Kolk 1987). Ne yazık ki ruhsal travma dünyanın her yerinde ve tüm kültürlerde meydana gelir. İnsanların çoğu yaşam boyu en az bir kere travmatik olayla karşılaşır ve çoğu bu durumla başa çıkar ve hayatına devam eder (Breslau 2001).

Psikolojik travma gerçek bir ölüm tehdidi ya da fiziksel bütünlüğü tehdit içeren (cinsel saldırı ve işkence gibi) duygusal olarak şok edici ya da korkutucu kişiyi çaresiz bırakan durumdur. Travmatik yaşantılar arasında, savaş, cinsel saldırı, yaralama, iş kazası, trafik kazası, işkence, doğal afetler, tutsaklık, aniden gelişen yaşamı tehdit eden bir hastalık geçirme, beklenmedik yakın kaybı sayılabilir (Boşgelmez Aker 2011). Ruhsal travma ağır yaralanma, hastalık veya invaziv ya da ağrılı tıbbi işlemleri içerebilirken aynı zamanda diğer insanlar tarafından yaşanan bu

tip olaylara gözlemci veya tanık olmayı da içerir. Kişinin travmatik stresöre yanıt vermesi ile oluşan nörobiyolojik değişimler beyinde algı, bilişlerde (düşünce, inanç, planlamalar, karar) ve kişinin psikolojik görünümünü, uyumunu, başa çıkmasını değiştiren duygularda da değişikliğe neden olur (Reyes ve diğ. 2008).

Lindemann ruhsal travmayı bağlarımızda ani, kontrol edilemeyen, bozulma olarak tanımlamıştır (1944 alıntı Zulueta 2006). Travmatik deneyim kişinin içinde yaşadığı dünyayı algılama şeklini etkiler; kişi kendini güçsüzleşmiş ve incinebilir olarak hissedebilir ve dünya güvenli, emin bir yer değil; tersine hayatı tehdit eden bir yer haline gelebilir (Ruppert 2011). Travmatik olaylar temel insan ilişkilerinde sorun yaratır; aile arkadaşlık, sevgi, ve toplum bağlarını kırar. Başkalarıyla ilişkileri biçimlendiren ve destekleyen kendilik yapısını paramparça eder. Bireyi varoluşsal bir krize sokar (Herman 2007).

Hapke ve diğ. (2006)'nin 4075 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada 806 kişi yaşamları boyunca herhangi bir travma türüne maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla cinsel istismar ve de tecavüz kurbanı olurken erkekler de daha fazla fiziksel tehdit, saldırı, yaralanmalara ve ciddi kazalara maruz kalmakta ya da bu olaylara tanık olmaktadır.

1.2.1. Ruhsal Travmanın Psikolojik Etkileri

Van der Kolk (2000)'a göre ruhsal travma dünyada en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Partner şiddetini takiben oluşan psikolojik, biyolojik, nörolojik, davranışsal ve fizyolojik değişiklikler ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili araştırmalar sağlık alanında yeni gelişmeler için umut vericidir (Dutton ve diğ. 2006). Şiddet mağduriyet süreci ruhsal gelişimi, sosyal adaptasyonu ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen çok sayıda fiziksel ve ruhsal sonuçlarla ilgilidir (Haegerich ve Hall 2011).

Travmatik olaylar kişinin tehdit algısı, durumlarla başa çıkma şekli, kendilik algısı değişime uğratar (Van der Kolk 2000). Aynı zamanda kişinin içinde bulunduğu dünyayı algılama şekli değişime uğrar; dünya artık güvenli ve emin bir yer olarak yaşanmaz, tersine tehdit edici hale gelebilir (Ruppert 2011). Mağduriyet, çeşitli stres seviyeleri üretirken bireyin başa çıkma kapasitelerinin aşılmasına ya da uygunsuz başa çıkma formlarını tetiklemesine neden olur. Mağduriyet bireyin bilişsel şemalarına

diğerlerinden düşmanlığı beklemeyi ekleyerek ve şiddeti çatışmaları çözmek için bir yol olduğunu göstererek dünyaya bakışını değiştirebilir (Haegerich Hall 2011).

Travmatik olay sonrası bu duruma maruz kalan kişilerde bazı stres tepkileri görülmesi normaldir ancak travmaya verilen anormal tepkiler de vardır; bunlar disosiyasyon, küntlük, derealizasyon, depersonalizasyon, disosiyatif amnezi, yeniden yaşantılama (flashback, kabuslar, zorlayıcı düşünceler), ve artmış uyarılma (uyku ve dikkat problemleri, aşırı irkilme, tetikte olma hali, sinirlilik) tepkileri ve çökkün duygudurumdur. Travmatik yaşam olayları sonrası görülen sıkıntılar hemen ortaya çıkabileceği gibi yıllar sonra, gecikmeli olarak da ortaya çıkabilmektedir (Karancı 2009).

Partneri tarafından şiddet görmüş olan kadınlarda hiç şiddet öyküsü olmayan kadınlara oranla beş kat daha fazla ruhsal sıkıntı ve somatik şikayetler görülürken ilaç kullanmaları altı kat daha olasıdır (Montero ve diğ. 2011). Eş şiddetine maruz kalmış erkekler için fiziksel sağlık sorunları üzerine çok az araştırma bulunmaktadır (Dutton 2008).

Travmatik bir olayın yaşantılanması sonucu ortaya çıkan en karakteristik bozukluk travma sonrası stres bozukluğudur (Zoolner ve diğ. 1999). Kişinin yaşadığı travmatik streslerden sonra çok farklı sendrom veya semptom kümeleriyle; travma sonrası stres bozukluğu, travmatik yas, akut stres tepkisi, depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, alkol madde kullanım bozukluğu, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, somatoform ve disosiyatif bozukluklar gibi psikiyatrik hastalık ile karşılaşabilir (Aker 2000). Tezcan ve diğ. (2009) eş veya birlikte oldukları kişiler tarafından fiziksel veya cinsel şiddet yaşayan kadınlar en fazla baş ağrısı, iştahsızlık, uyku sorunu, kolayca herşeyden korkma ve el titremesi gibi sorunlar bildirirken, intihara teşebbüs etme şiddete maruz kalan kadınlarda 4 kat daha fazladır.

Cinsel şiddet, birçok kısa vadeli ve uzun vadeli sağlık etkileri olan, ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Basile ve Smith 2011). Brennan ve Buts (2004)'a göre cinsel şiddete maruz kalanlarda en yaygın duygusal tepkiler sırasıyla öfke, kafa karışıklığı ve engellenmişlik hissi, şok ve güvensizlik, kızgınlık ve korkudur.

Golding (1999)'in fiziksel şiddet görmüş kadınlarla yapılan 18 araştırma ile yaptığı metaanalizde, katılımcılar arasında % 47.6 depresyon; 13 çalışmada intihar oranı % 17.9; ilaç kötüye kullanımı / bağımlılık oranı % 8.9 iken; 11 çalışma ile yapılan çalışmada ise TSSB kriterlerini karşılama oranı % 63; 10 çalışmada alkol

kötüye kullanımı ve bağımlılık oranı % 18.5'tir. Fiziksel şiddete maruz kalan kişilerde ruhsal bozukluk olma olasılığı yüksektir.

Roberts ve diğ. (2008)'nin 335 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların % 48'i aile içi şiddete maruz kalmış; en sık rastlanan psikiyatrik tanılar ise kaygı bozukluğu, distimi, depresyon, fobi, psikoaktif ilaç bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımınıdır.

Aspelmeier ve diğ. (2007)'nin 324 kadın öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada çocuklukçağı cinsel taciz öyküsüne sahip olma (% 37.7) ve travmatik stres tepkileri gösterme, yüksek oranda bağlantılı bulunmuştur.

Boşanma aşamasında olan ve evlilik sorunları olan 150 çift üzerinde yaptıkları araştırmada boşanma aşamasında olan çiftlerde aile içi kadına karşı fiziksel şiddet oranı anlamlı derecede yüksek bulundu (Erbek ve diğ. 2004).

1.2.1.1.Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmalardan sonra karşılaşılan en önemli psikolojik sorunların başında travma sonrası stres bozukluğu gelir (Aker 2000). Travmatik stresin teknik olarak ilk tanımlandığı ve tedavi edildiği yıllar tıbbın bilim haline geldiği zamanlara 18.yy öncelerine rastlar. 1860'larda hekimler kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edici olaylar sonrası yorgunluk, titreme, ağrı, anksiyete ve depresyon ile karakterize kronik sendromlar tanımlamaya başladı. Çeyrek yüzyıl sonra Yahudi Alman nörolog Hermann Oppenheim hayatı tehdit eden olaylara maruz kalma sonucu oluşan olguları "travmatik nevroz" olarak tanımladı. Charcot başa çıkmada zorlanılan olumsuz deneyimlerin histeri ve hipnozda gözlemlenen süreçleri içeren dissosiyasyona yol açtığına inanyordu; Janet ise bu görüşü sürdürerek var olan bilişsel şemalarla uyumsuz olan travmanın farkındalığın dissosiyeye edilmesine yol açtığını iddia etti (alıntı Bryant ve Harvey, 2000). Bu süreçte Freud, Josef Breuer ile birlikte üzerinde tartışarak histerik nevrozların tedavisini formüle etmeye başladı ve felaket, savaş sonrası yaşanan durum olarak tanımladı. 20. yüzyılın ilk erken dönemlerinde, Sigmund Freud, ruhsal travmayı kavramsallaştıran, tanımlayan, geliştiren ve bireyin

psikolojik ve bedensel sağlığının önemini vurgulayan ilk kişi oldu. Bireyin dışsal faktörler nedeni ile hayatını tehdit edici bir olay olarak algıladığı deneyimi "ruhsal travma" olarak tanımladı (Pervanidou ve Chrousos 2007).

1915'te 1. Dünya Savaşı boyunca İngiliz Charles Myers, askerler arasında var olan histerik nevrozları 'shell shock' adıyla fomülasyonu geliştirdi. 'Shell shock' 4 saat süren şiddetli bombardıman ve ardından hemen siperinin arkasında gerçekteşen gülle patlamasından sonra depresyon ve tremor geliştiren, acı çeken 'sinirli' askere verilen addı (Ford 2008). Birinci Dünya Savaşı sonrasında travmatik nevroz vakalarında artış olduğu ama bunların sinir sisteminde meydana gelen organik lezyonlar olmadığı sonucuna varıldı. 2. Dünya Savaşı boyunca ve sonrasında savaşla ilgili travmalar nedeniyle askerlerin tazminat talepleri artınca Kore Savaşı'nda Abram Kardiner ve Herbert Spiegel gibi askeri psikiyatristler 'savaş nevrozu', 'savaş stres tepkisi', 'muharebe yorgunluğu' adı altında tanımladılar ve geçici olarak tehlikeden, savaş birliğinden çıkarılmalarını belirtildiği acil önlem ve tedavinin genel ilkelerini formüle ettiler (Ford 2008).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ilk Vietnam gazileri arasında tanımlandı ve daha sonra savaşta ya da sivil hayatta travmaya maruz kalan kişilere teşhis konuldu (Hapke ve Schumann 2006). Amerikan Psikiyatri Birliği (DSM-III)'te 'Travma Sonrası Stres Bozukluğu' başlığı altında ayrı bir kategori olarak tanıdı (Van der Kolk 1987). Bu tarihten bu yana büyük ölçüde araştırmalar yönünü travmanın etiyolojisi, fenomenolijisi, klinik ve nörobiyolojik karakteristikleri ve TSSB'nin tedavisi ve de yaygın komorbit bozukluklara çevirdi (Nemeroff ve diğ, 2006).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanımı; gerçekte ölüm, ağır yaralanma veya bireysel ya da başkalarının fiziki bütünlüğüne bir tehdit ve bu yoğun korku, çaresizlik, uyarılmış bu olayları veya durumları maruz kaldıktan sonra gelişen sıkıntıları içeren sendrom tarifler (Pervanidou ve Chrousos 2007). DSM- IV (2007)'e göre travmatik olayın şiddeti süresi ve kişinin olaya yakınlığı böyle bir bozukluğunu gelişmesini etkileyen başlıca faktörlerdendir ve aynı zamanda toplumsal destek, aile öyküsü, çocukluk yaşantıları, kişilik değişiklikleri ya da daha önceden bulunan zihinsel bozukluklar, birinci derece akrabalarda depresyon varlığı gibi faktörlerin travma sonrası stres bozukluğu gelişimini etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır.

DSM- IV'e göre;

A) Kişi aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir olayla karşılaşmıştır;

(1) kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehtidi, ağır bir yaralanma ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit olayını yaşamış, tanık olmuş ya da karşı karşıya gelmiştir.

(2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B) Travmatik olay aşağıdakilerden biri ya da fazlası yolu ile sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1) olayın elde olmadan tekrar tekrar sıkıntı verici şekilde hatırlanması, bunlar arasında düşlemler, düşünceler ve algılar

(2) olayı sık sık sıkıntı verici şekilde rüyada görülmesi,

(3) travmatik olay sanki tekrar oluyormuş gibi davranma ya da hissetme,

(4) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran i ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun psikolojik sıkıntı duyma

(5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran i ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden nn ya da fazlasının bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

(1) travmaya eşlik eden olan düşünce duygu ya da konumalardan kaçınma çabaları,

(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(3) travmanın bir yönünü anımsayamama

(4) nemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5) duygulanımda kısıtlılık

(6) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabacılaşma,

(7) bir geleceği kalmadığı duygusuna kapılmadır.

D. Aşağıdakilerden ikisinin ya da fazlasının bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) uykuya dalmada güçlük

(2) irritabilite ya da öfke patlamaları

(3) düşünceleri belli konuda yoğunlaştırmada güçlük çekme

(4) hipervilans

(5) aşırı irkilme tepksi göstermedir.

E.Bu bozukluk 1 aydan fazla sürer.

F. Bozukluğun klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal mesleki alanlarda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Tanı kriterlerini doldurmak için, kişinin en az bir yeniden yaşantılama belirtisi, üç kaçınma semptomları ve iki aşırı uyarılma belirtileri bildirmesi gereklidir (Köroğlu 2000, 2005).

Erkeklerde en yaygın TSSB nedeni savaş, ölüme tanıklık iken kadınlarda cinsel taciz ve cinsel saldırıdır; kadınlarda TSSB geliştirme erkeklere göre 2 kat daha fazladır (Van Der Kolk 2000; Hapke ve Schumann 2006). Diğer insanların neden olduğu travmatik olaylar TSSB'ye yol açması en muhtemel olaylardır (Charuvastra ve Cloitre 2008).

Travmaya uğrayan bireylerin bazılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişirken, bazılarında gelişmemektedir. Çalışmalar çocuklukçağı travma hikayesi olan yetişkinlerin TSSB geliştirme oranını arttırdığını gösterir. Travmatik bir olaya maruz kalan herkes travma sonrası stres bozukluğu geliştirmez; bu nedenle travma sonrası stres bozukluğu geliştiren kişilerde yatkınlıktan bahsedilebilir (Yılmaz 2005). Travmatik olayın şiddeti, süresi ve kişinin olaya yakınlığı böyle bir bozukluk geliştirebilmeyi belirleyen en önemli etkenlerdendir. Bunun yanı sıra birinci derece akrabalarda depresyon öyküsü, bozukluğu geliştirmeye karşı artmış bir duyarlılık ile ilişkilidir (Köroğlu ve diğ. 2007). Travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu prevalansı % 1 – 14 arasında değişirken, temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların % 17'sinde travma sonrası stres bozukluğu bulunmaktadır (Aker 2000). İnsanların % 60'ı ilk bir ay içinde akut stres bozukluğunu yenmekte ve yaşamlarına travma sonrası stres bozukluğu olmaksızın devam etmektedirler (Savaşır 2004).

TSSB tanısı alan bireylerin bazıları travmanın etkilerini daha kolay atlattırken bazıları ise kronikleşmektedir. Belki de bireyin travma sonrasında yaşadığı ortamın özellikleri bu nedenle önemlidir. Sosyal destek, akut TSSB'nin kronikleşip kronikleşmemesini belirleyen önemli bir etkidir. Çünkü; öğrenme kuramları yönünden sosyal destek, kontrol kaybınının yol açtığı çaresizlik ve yetersizlik duygularının ortadan kaldıran veya nötralize eden önemli bir etkidir. Sosyal destek, kurbanın travmatik deneyimle ilgili olarak kendini ifade edebilmesini, en azından travmatik deneyimin paylaşılmasını sağlar. Travmadan sonraki çözüm işleminde

katastrofik yaşantının uygun bir bilgi işleme sürecinden geçmesini sağlar. Bireyin travma sırasında yetersiz veya uygunsuz bir tepki verdiği konusundaki düşüncelerini değiştirmesini sağlar (Sungur 1999).

Toplumsal cinsiyet rolleri, bunlara bağlı olarak başa çıkma stratejileri, kişilik özellikleri ve erkeklerin psikolojik sıkıntıyı bildirmedeki isteksizlik erkeklerin daha fazla travmatik olay yaşamalarına karşı kadınlara oranla daha az travma sonrası stres tepkileri geliştirmedeki nedenlerden birkaçı olabilir (Karancı 2009).

1.2.1.2. Somatizasyon

Psikolojik etkenlerin fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasını etkilediği ve tıbbi bir hastalığın gidişini etkileyebileceği inancı, Hipokrat çağından beri tıpta yer bulmuş bir düşüncedir (Güleç 2009). Somatizasyon bozukluğu insanlığın bilinen en eski psikiyatrik ve tıbbi bozukluklardan biridir (North 2002). İnsanoğlunun rahatsızlıklarında vücut fonksiyonları ile emosyonların iç içe olduğu çok eski devirlerden beri bilinmekle beraber, "Psikosomatik" terimi ilk defa 1818'de Heinroth isimli bir Alman hekimi tarafından kullanılmıştır (Sofuoğlu 1984). Somatizasyon bozukluğu çoklu organ sistemleri ile tıbben açıklanamayan belirtileri ile ilgili kronik şikayetleri ile tanımlanır (North 2002).

Somatizasyon bozukluğu, Fransız doktor Pierre Briquet tarafından 1859'da tanımlanmış ve daha sonra DSM- IV'te bir sendrom olarak 'Somatoform Bozukluklar' içinde yer almıştır (Savaşır 2004). DSM- IV'e göre somatizasyon bozukluğu 30 yaşından önce başlayan, bir durum ya da maddenin doğrudan etkileri ile tıbben açıklanamayan kronik yakınmalar olarak tanımlanır. Somatizasyon bozukluğu için tanı ölçütü en az 4 ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması, ağrı dışında 2 gastrointestinal semptom, bir cinsel ve bir psödonörolojik semptom ve bunların sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma ve de bunların ilaç ya da yapılan tıbbi müdahalenin etkisi olarak açıklanamaz olması; amaçlı olarak ortaya çıkartılmamasıdır (Köroğlu ve diğ. 2007). Somatizasyon bozukluğuna ilişkin davranışçı görüşe göre çeşitli ağrı sancı rahatsızlık ya da işlev bozukluğu beden sistemindeki kaygının göstergesidir (Savaşır, 2004). Somatizasyon bozukluğu yaşam boyu prevalansı kadınlar arasında % 0.2 ile % 2 arasında, erkeklerde ise % 0.2'den daha az olduğu bilinmektedir (Köroğlu ve diğ. 2007).

Travmalardan sonra fiziksel nedeni tam olarak gösterilemeyen veya var olan fiziksel nedenlerle açıklanamayan somatik yakınmalara sık rastlanır (Aker 2000). Somatizasyon bozukluğu olan hastalar daha fazla travmatik olay ve travmatik olay neticesinde de daha fazla sıkıntı ve belirti bildirirler. Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda gittikçe zorlaşan semptomların nereye atfedildiği belirgin bir problemdir. Afetler gibi yıkıcı felaketlerin, travmaların ruh sağlığı üzerine etkileri ile ilgili literatürde travma sonrası stres bozukluğu üzerinde duruluyor. Ne somatizasyon bozukluğu ne de diğer somatoform bozukluklar felakete verilen klasik cevaplar arasında yer verilmemesine rağmen (North 2002) kendi çalışmasında yer vermiştir.

Partner şiddetine maruz kalmış kadınlar sağlık problemi yaşamayan ve genel sağlık durumunu kötü olarak algılayanlardan daha fazla ortak somatik şikayette (baş ağrısı, uykusuzluk, choking duyuları, hiperventilasyon, gastrointestinal semptomlar, ve göğüs, sırt ve pelvik ağrı) bulunmaları muhtemeldir (Dutton 2008). Travmaya maruz kalan kişiler genellikle anksiyete, depresyon gibi psikolojik belirtiler ve en önemlisi akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik tanılardan muzdariplerdir. Bunun üzerine, birçok travma tipleri fiziksel yaralanmalara ve yaşam boyu sıkıntıya neden olabilirken bununla birlikte, ciddi şekilde yara almayan travma mağdurları da kontrol gruplarına göre daha fazla somatik belirtilerden yakınır. Somatoform belirtiler ve travmaya maruz kalma sürekli birbirleri ile bağlantılı olmuştur. Belirtildiği gibi, travma mağdurlarında TSSB sıkça somatizasyonun belirleyicisi olmuş fakat TSSB'nin üç belirti kümesi somatizasyonu eşit derecede tahmin etmez (Elklit 2009).

Somatik belirtilerin fiziksel dayanağının olup olmamasının ayırt edilmesi, önemli bir eksiklik olup bununla ilgili olarak birçok çalışmada SCL- 90 kullanılmaktadır. (North 2002).

1.3. Bağlanma Teorisinin Ortaya Çıkışı

Ainsworth (1969) yeni doğan anne ilişkisinin kökeni ve gelişimine dair nesne ilişkileri teorisi, sosyal öğrenme teorisi ve de etiyolojik yönelimli bağlanma teorisi olmak üzere 3 teorik yaklaşımdan bahsetmiştir. Ainsworth (1969)'e göre yenidoğan ile anne ilişkisini tanımlayan sıkça kullanılan 'object relations' (nesne ilişkileri); 'dependency' (bağımlılık) ve 'attachment' (bağlanma) terimleri; farklı teorik

formülasyonlara bağı kökenden ve kişilerarası ilişkilerin gelişimiyle ilgili terimlerdir. Bu terimlerden ‘nesne ilişkileri’ kavramı psikoanalitik içgüdü teorisinden (instinct teori) doğar; içgüdünün nesnesi içgüdünün bastırılması için bir araçtır ve araç bir başka insan gibi anlaşılır. Genel olarak kabul edilir ki yenidoğanın ilk nesnesi annesidir. Nesne ilişkilerinin kökeni yaşamın ilk yıllarındadır (Ainsworth 1969; Klein 1957). Dependency terimi ise öğrenilen birşey olarak tanımlanmakla birlikte nesne öncesi ilişkiler için kullanılan sosyal öğrenme teorilerine bağı olan bir kavramdır; bazı psikanalistlerce nesne öncesi ilişkiler için kullanılmıştır (Ainsworth 1969). Freud’dan sonra bir çok analist ilişki odaklı modele katkı sağlamıştır; bu modele katkı sağlayan teorisyenler; Melanie Klein, Belint, Winnicott Fairbain’dır (Bowlby 1969).

Bağlanma teorisini ilk geliştiren Bowlby, yatılı okulda uyum göstermeyen çocuklar için yaptığı gönüllü çalışmada dikkatini çeken 2 çocuk nedeniyle tıbbi çalışmalarına çocuk psikiyatrisi ve psikoterapisi alanında devam etti. Eğitimi esnasında analistlerin çocuğun düşlem dünyası ile meşgul olduklarını güncel ve gerçek dünyasına az ilgi gösterdiklerine inandı. Londra Çocuk Rehber Kliniği’nde çocuğun kişilik gelişiminde aile ile etkileşiminin önemli rol oynadığını gördü (Ainsworth 1969). Bowlby 1950 – 1954’lü yıllarda bilimsel bulgulara dayanan yeterli açıklamalar için bir araştırmaya başladı. Freud’un ilk referansları dışında, 1940’ların başına kadar bebek ve çocukların annelerinden ayrıldıklarında nasıl tepki verdiklerine dair çok ciddi gözlemler bulunmamaktadır. İlk gözlemler Anna Freud ve Dorothy Burlingham tarafından 2. Dünya Savaşı sırasında Hampstead Çocuk Bakım Evinde yapılmıştır (Bowlby 1969). Psikanalitik teorilerde bulamadığı küçük çocuğun ayrılmaya ve birleşmeye verdiği tepkiler ya da anneye olan bağı nasıl geliştiği ve bu problemle bağlantılı olarak Bowlby annenin varlığı ya da yokluğu durumlarında farklı canlı türlerinin ne tepki verdiği ile de ilgilenen etolojik literatürü araştırmaya başladı (Ainsworth 1969; Bowlby 1969). Bowlby (1969)’ye göre ‘içgüdü’ diye adlandırılan canlı türlerinin hayatta kalabilmeleri için önemli olan birçok davranış örüntüleri vardır; içgüdüler basit tepkiler değildir; bir olay ya da davranışa bağı olarak gelişmezler; türün bütün fertleri için aynı ve bütün çevresel olanaklar sınırlı ve eksik olsa bile öğrenilmiştir. Herhangi bir içgüdüsel davranışın işlevi hayatta kalmaktır. Bowlby Freud’un içgüdü teorisini etolojik perspektiften tekrar yorumlayarak ve etolojik çalışmalardan yararlanarak kendi teorisini formüle etti (Sable 2004). Bowlby teorik yaklaşımlardan uzak bir terim arayarak; 1958’de psikoloji literatüründe

‘dependency’ terimini (bağımlılık) attachment ‘bağlanma’ ile yer değiştirdi ve bu terim ilk kez Bowlby tarafından kullanılmıştır. ‘Dependency’ yerine ‘attachment’ kullanımı yaygınlaştı (Ainsworth 1969). Etolijistlerle birlikte hayvan davranışlarıyla çalışan psikolog ve güncel diğer teorilere sıçradı (Ainsworth 1969).

Bağlanma kuramı duygusal gelişim ve kişilik gelişimi süreçlerini ve bunlara dayalı bireysel farklılıkları anlamak bakımından zengin bir kuramsal çerçeveye sahiptir (Sümer 2006). Bağlanma kuramı öncelikle etolojik varsayımlara dayalı birey davranışını anlamada bilişsel bir deneysel kuramıdır (Levinger 1994).

Bowlby (1969) bağlanma davranışını, başka bir kişiye yakınlığı sürdürme ve onu takip etme olarak tanımlamıştır. Beattie (2000)’ye göre bağlanma, çocuğun gelecekteki zihinsel, duygusal ve sosyal yeteneklerini oluşturacak zemini sağlar. Bebekler bu bağı çeşitli şekillerde tepki vererek gösterir; neşeye gülümsemeleri ve bakım veren ayrılınca ağlamaları buna örnektir (Hoffman ve ark, 1988). Bağlanma davranışı da doğal seçimle gerçekleşir, çünkü hayati avantajı vardır; bebeğin korunma şansları çoğaltılırsa bebek yakınlık hisseder (Bowlby 1969; Ainsworth 1969). Bu yakınlığın sağlanması ve muhafaza edilmesi güven ve sevgi gibi duyguların sürekliliğini sağlarken bu yakınlıktaki herhangi bir kesinti genellikle kaygı ve bazen de üzüntü ve öfkeye neden olur (Balkaya 2005).

Bağlanma bir bireyden diğer spesifik bir bireye duygusal bağı işaret eder. Bağlanma her yaşta oluşur; çaresizlik ve olgunlaşmamışlık içermesi şart değildir. Şüphesiz ki ilk bağ anneyle oluşur; ama sonradan diğer spesifik insanlar tarafından sağlanır (Ainsworth 1969). Neredeyse tüm kültürlerde bağlanma figürü olan kişiler; gerçek anne, baba, abla, ağabey ve hatta dede ve anneanne olmakla birlikte diğer fertler (çocuk için hem temel bağlanma figürü hem de ikincil bağlanma figürleri olacaklardır (Bowlby 1969). Çocuğun başlıca bağlanma figürü sıklıkla aile iken, yetişkin olduğunda akran ya da cinsel partner olur (Hazan ve Shaver 1994). Eğer bakım veren temas ve güven veren, çocuğun ihtiyaçlarına cevap oluyorsa temas edip güven sağlıyorsa ise, çocuk bu bağlanma ilişkisinin ona güvenli bir sığınak sağladığını öğrenir (Allison ve diğ. 2008). Kaliteli bağlanma sonucu çocuk kendini ifade edebilen, daha mutlu, başarılı, sorun çözmede daha kararlı, becerikli ve kendine güvenen bir birey haline gelir (Şendil 2003; Hoffman ve diğ. 1988).

Bağlanma keşfetmeyi, bakım vermeyi, bağlı olmayı, cinsel eşliği içeren bir dizi farklı davranış sistemlerinden biridir. Bebeklik ve çocukluk çağında bağlanma

egemen sistemdir; onun bütün aktivasyonu diğer sistemlerin aktivasyonunu engeller (Hazan ve Shaver 1994). Birçok bebekte bağlanma davranışı, bağlanma nesnesi ile ilişki yaşamın ilk yılında olur. İlk bir yıl bağlanma davranışının gelişimi için hassas bir periyottur. Bebek bir kere özel bir figüre bağlandığında; o figürü diğer bütün figürlere tercih etmeye eğilimli olacaktır. 3 yaşla beraber bağlanma davranışının sıklığı azalmaktadır; ancak tamamen kaybolmamaktadır (Bowlby 1969). Bebekliğin ilk evrelerinde bebek için tek nesne annedir, bu erken bağ daha sonraki bütün aşk ve sevgi ilişkilerinin temelidir. Başlangıç anneye mutlu ilişkidir; bütün yaşam boyunca nefret ve kaygıyı bu ilişki hafifletir; ve insana yaşlılığında bile destek ve tatmin duygusu verir (Klein 1957).

Bowlby (1969)'ye göre,

- (a) Özellikle ilk 6 ay içindeki bebek ile bakım veren arasındaki fiziksel temas
- (b) Bakım verenin, bebeğin işaretlerine olan duyarlılığı
- (c) Bebeğin, kendi eylemlerinin sonuçlarını tahmin edebilme hissine sahip olacağı bir çevre

Bütün bu şartlar yerine geldiğinde, bebek ve bakım veren arasında mutlu ve aktif bir etkileşim olur ve güvenli bağlanma gelişir. Bu şartların sadece bir kısmı oluşursa, bir uyuşmazlık ve memnuniyetsizlik olur ve daha az güvenli bir bağlanma gelişir. Eğer bu şartlar gerçekleşemezse, ciddi bir yoksunluk ortaya çıkar ve bağlanma da bu şekilde gelişir.

Bağlanma Kuramı incelemelerinin gelişmesindeki ikinci evrede, Ainsworth öncülük etmiştir; Uganda ve Maryland'de evde anne-çocuk etkileşimlerine dair gözlemlerde bulunmuştur (Masterson 2008). Ainsworth'un Yabancı Ortam Deneyi adı verilen incelemeleri 12 aylık bebeklerin annelerine karşı gösterdikleri bağlanma davranışındaki bireysel farklılıkları değerlendirmek için düzenlenmiştir. Kısaca işlem, 1 yaşındaki bebeğin bol oyuncaklarla donatılmış küçük, rahat fakat yabancı oyun odasında önce anneye, daha sonra anne olmadan, son olarak da anne döndüğünde gözlenmesidir (Bowlby 1969). Ainsworth bu örnekleri grup B, A ve C olarak sınıflandırmıştır. Grup B güvenli bağlanma: Çocukların çoğunda görülür. Oyunda aktiflerdir ve kısa süreli ayrılıktan sonra temas kurma arayışındadırlar. Sakinleştirilmeye hazırdırlar ve hemen oyuna geri dönebilirler. Grup A kaygılı-kaçıncı bağlanma: çocukların % 20'si özellikle annenin 2. kısa süreli yokluğundan

sonra yeniden bir araya geldiklerinde kaçınırlar. Çoğunluğu yabancıya annelerine davrandıklarından daha fazla arkadaşça bir tutum sergiler. Grup C kaygılı-dirençli bağlanma: çocukların %10'u anneye yakınlığı ve teması sürdürme ile teması ve etkileşime direnmek arasında tereddüt yaşar. Bazıları diğerlerinden daha kızgınken, çoğu da pasiftir. Evde gözlem sırasında, güvenli, kaygılı-kaçınmacı ve kaygılı-dirençli bağlanan bebeklerin davranışları arasında çeşitli farklılıklar gözlenmiştir. Örneğin kaygılı-kaçınmacı bağlanan bebek anneye yaklaşır fakat sonra bocalar ve başka bir yöne doğru çekilir. Annesi yanındayken ona dokunmama eğilimindedir. Kucağa alındığında rahatlamış görünmemekte fakat bırakıldığında da diğer bebekler gibi yeniden kucağa alınmak için protesto davranışları gösterir. Kaygılı-dirençli bebekler daha fazla çatışma yaşamaktadırlar. Temastan kaçınmak yerine, bu grup bebekler bunu daha fazla istiyor görünmektedirler. Özellikle oyunla ilgilendikleri sırada, anneleri onlardan uzaklaştığında daha dirençli ve kızgın olmaktadır (Bowlby 1969).

Çocuğun 3. yaşından sonra bağlanma davranışının acilliği ve sıklığı azalır. Ancak, ilkökul yılları boyunca da bu davranışlar devam eder. Örneğin, 5-6 yaşındaki hatta daha büyük bir çocuk, dışarıda annesinin elini tutup sanki annesi onu reddediyormuş gibi davranabilir. Ya da, arkadaşları ile oynarken, kötü bir şey olduğunda, annesinin yanına gidebilir. Ergenlik süresince, çocuğun ebeveynlerine olan bağlanması değişiklik gösterir. Başka yetişkinler, ebeveyn ile eşit ya da daha önemli hale gelebilirler. Başkalarını cinsel olarak çekici hissetme, bu dönemde oldukça artar. Bir grup, kendilerini ebeveynlerinden keserek ayırır, başka bir grup, ebeveyni ile bağlanmasını ölesiye sürdürür ve diğerleri ile ilişkide isteksizdir. Bu iki uç grubun orta noktası, ebeveyni ile bağlanmasını sürdürdüğü ancak diğer insanlar ile olan ilişkilerin de bir o kadar önemli hale geldiği ergenlerdir. Ebeveyn ile olan bağları, yetişkinlik boyunca devam eder ve davranışları etkiler. Özellikle de yetişkin kız çocuk ve anne arasındaki bağların sosyal hayatta çok önemli bir parça olduğu söylenmektedir (Bowlby 1969).

Bebekliğin bu bağlanma deneyimleri, bağlanma ilişkilerinin bilinçdışı olarak işleyen modellerini oluşturmak üzere sağ beyinde içselleştirilir; bu deneyimler bağlantılı duygularla birlikte depolanır ve stresle başa çıkmada kullanmak için stratejiler kodlanır. Bu kodlamalar ilerideki etkileşimlerde uyumsuz durumlarda rehber olarak kullanılır (Masterson, 2008).

1.3.1. Yetişkinlikte Bağlanma

Bowlby (1969)'e göre bağlanma davranışı, çocuklukta görünür değil gibidir lakin yaşam boyunca etkilidir. Gelişen aile ilişkileri, çocuğun sadece duygularının, düşüncelerinin ve davranışlarının gelişimini değil, kişiliğinin ve karşılaşacağı olaylarda (red, ayrılık, kayıp) nasıl davranacağını belirleyicisi olur. Çocuğun düzenlenmiş bağlanma davranışı devam etme eğilimindedir ve çocuk büyüdükçe daha az kolaylıkta değişme ve yine güncel deneyimleriyle daha az oranda değişim gösterme eğilimindedir (Bowlby 1969). İyi nesneyi sağlam ve güvenli kurabilmiş bir bebek yetişkinlik döneminde kayıplara ve yoksunluklara karşı telafiler geliştirebilir; geçici sarsıntılara dayanmak da mümkün olur ve ruh sağlığının kişilik oluşumunun ve başarılı ben gelişiminin temelleri atılır (Klein 1957). Ergenlik ve yetişkinlikte bağlanma figürü, bir birey değil aynı zamanda aile dışından bir grup ya da bir kurum da olabilir; okul, iş grubu, dini ya da politik bir grup. Bu grup ya da kurumlar bazı insanlar için ikincil bağlanma figürü olurlar, bazı insanlar için ise birincil bağlanma figürü yerine geçebilirler (Bowlby 1969). Çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde bağlanma davranışlarını inceleyen pek çok çalışma yapılmasına karşın, iki dönem arasındaki geçişi temsil eden ergenlik döneminde bağlanmanın ölçülmesi hakkında görece daha az çalışma bulunmaktadır (Sümer 2006). Yaşlılıkta artık bağlanma davranışı daha üst jenerasyona hatta kendi jenerasyonuna doğru olamaz. Bu sefer de daha genç olana doğru bir bağlanma gerçekleşebilir (Bowlby 1969).

Bowlby, Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilen tipolojiye paralel giden romantik ilişki deneyimini Hazan ve Shaver (1987)'in çalışmalarına kadar kimse geliştirmedir. Hazan ve Shaver (1987)'a göre romantik ilişkiler de kişinin geçmiş farklı bağlanma hikayelerine ve deneyimlerine göre farklılaşan bir bağlanma sürecidir. Hazan ve Shaver (1994) çocukluk çağı bağlanması ve yetişkin bağlanması arasında çeşitli farkların olduğundan bahsetmiştir; çocukluk çağında başlıca bağlanma figürü sıklıkla ebeveynlerinden biri olurken yetişkinlik çağında bir akran ya da sıklıkla cinsel eştir. Bununla birlikte çocukluk çağı bağlanmasında bakım verenle bebeğin alışverişinin tek yönlü olduğundan bebek sadece bakım alır ancak yetişkinlik çağında ise her iki partner de alıcı ve sağlayıcı olur. Hazan ve Shaver'in (1987) yayınladıkları çalışmada Ainsworth (1978) tarafından belirtilen ebeveyn – çocuk ilişkilerinin spesifik özellikleri ve yetişkin romantik bağlanma stilleri arasında olası

farklılaşmayı tespit etme ve bu tipolojiye paralel giden yetişkinlikteki romantik ilişki deneyimlerini araştırmak amacıyla yerel bir gazetede anket yayınlayarak katılımcılara ulaşmıştır. Bu anket bireylerin en önemli buldukları ilişkileri ile ilgili, bağlanma stillerini ve geçmiş bağlanma hikayelerini içeren üç bölümden oluşan soruları kapsadı. Araştırma sonucunda Ainsworth'ün sınıflandırmasına uygun olarak katılımcıları kaçınıcı, kaygılı ya da güvenli bağlanan şekilde grupladı. Mutluluk, arkadaşlık, güven duyma, yakın olma korkusu boyutlarında güvenli bağlanan bireyler anlamlı derecede kaçınıcı ve de kaygılı bağlanan bireylerden farklılaşırken; kaçınıcı ve kaygılı bağlananların farklılaşmadığı gözlemlendi. Obsesif saplantı, cinsel çekim, birleşme isteği, karşılık verme isteği, ilk bakışta aşk boyutlarında kaygılı - kaçınan bağlananlar kaçınan ve güvenli bağlananlardan anlamlı derecede farklılaşma görülürken, iki grubun kendi aralarında bir farklılaşma görülmedi. Kabul boyutunda kaçınan bağlananlar kaygılı kaçınan ve güvenli bağlananlardan farklılaşırken duygusal uç boyutlar ve kıskançlık boyutlarında üç grup da farklılaştı (Hazan ve Shaver 1987).

Hazan ve Shaver (1987) bu çalışmada üç bağlanma stiline yetişkinlikte de ortak olduğu hipotezini doğrulanmıştır. Farklı bağlanma örüntülerine sahip insanların romantik ilişkiler ve partnerlerinin güvenilirliği ve uygunluğu ile ilgili farklı inançlara sahip olduğunu gösterilmiştir. Aynı zamanda katılımcı beyanına dayalı ilk ölçüm yaklaşımı çalışmasıdır ve yaygın olarak kullanılmasına yol açmış ve 90'lı yıllarda yetişkin bağlanma stillerini ölçmeye yönelik çok sayıda ölçüm aracı geliştirilmiştir (Sümer 2006).

Bartholomew (1990), Bowlby'nin öne sürdüğü benlik ve başkaları modellerinin olumlu ya da olumsuz olmasına göre dört temel bağlanma örüntüsü tanımlamıştır. Olumlu benlik modeli, başkalarının onayından bağımsız olarak gelişmiş yüksek özsaygı ve kuşku duyulmadan kabul edilen içselleştirilmiş bir "sevilebilirlik" duygusu olarak tanımlanabilir. Olumsuz benlik modeli ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimi olarak tanımlanabilir. Olumlu başkaları modeli, başta olmak üzere kişi için önemli olan başkalarının "güvenilir" ve gerektiğinde "ulaşılabilir" olduğuna ilişkin olumlu beklenti ve inançları içerir. Olumsuz başkaları modeli ise başkalarının "güvenilmez" olduğuna ilişkin kronik inanç ve ön kabulden beslenen yakınlık kurmaktan kaçınma, sosyal destek alma ve

verme konusunda kayıtsız kalma ve yakın ilişkilerden olumsuz beklentiler taşıma gibi tutum ve davranışlar barındırır (alıntı Sümer, 2006).

1994'te benlik ve başkalarının olumlu ya da olumsuz olmasına göre temellendirilen dörtlü bağlanma modeli üzerinden kişiyi değerlendiren envanter; İlişki Ölçeği Anketi (Relationships Scales Questionnaires) Bartholomew ve Griffin tarafından geliştirilmiştir.

Kendileri ve başkaları modeli kişinin kendi ve başkalarının öz değerliliği ile ilgili beklentilerini temsil eder. Güvenli desen (secure pattern) olumlu kendi ve olumlu başkaları (düşük anksiyete ve düşük kaçınma) ile tanımlanırken, saplantılı desen (preoccupied pattern) olumsuz kendi, olumlu başkaları (yüksek anksiyete, düşük kaçınma) ile tanımlanır. Korkulu desen (fearful pattern) olumsuz kendi olumsuz başkaları (yüksek anksiyete, yüksek kaçınma) ile tanımlanırken kayıtsız desen (dismissing pattern) olumlu kendi olumsuz başkaları (düşük anksiyete, yüksek kaçınma) ile tanımlanır (Bartholomew ve Griffin 1994).

Kendilikle ilgili olumlu görüş ya da içselleştirilmiş özdeğer yakın ilişkilerde endişeli olmak yerine özgüvene yansıtılır. Diğerleri ile ilgili olumlu görüş ya da diğerleri tarafından algılanan destek, yakınlıktan kaçmak yerine destek arama davranışı ile kendini gösterir. Güvenli model (olumlu ben olumlu başkaları görüşü) yüksek kendine saygı ve diğerleri ile yakın samimi bağ diğerleri kurma ve sürdürme becerisi ile karakterizedir. Korkulu model (olumsuz ben ve olumsuz başkaları) nedeniyle reddedilme korkusu ile samimiyet düşük benlik saygısı ve aktif kaçınma ile karakterizedir. Bu korku, ancak, yakınlık ve uzaklık çelişkili bağlanma ihtiyaçları sonucunda, sosyal iletişim ve onay için bir arzusu ile birleşir. Saplantılı model (başkalarının olumsuz ben olumlu diğerleri) düşük benlik değeri, başkalarına aşırı bağımlılığı ile diğerleri aşk ve yakın ilişkilerde onayı ve aşırı tutulan, zorlu kişilerarası tarzı ile karakterize edilir. Kayıtsız modelde desen (başkalarına negatif kendine pozitif bakış) kompulsif bir özgüven ve samimi ilişkilerin önemi ile ilgili aşağı çekici bir savunma ile karakterizedir (Henderson ve diğ. 2005).

Kim ve Bartholomew (2008)'e göre güvenli bağlanan bireyler düşük düzeyde bağlanma anksiyetesi ve kaçınma yaşarlar. Yüksek özsayıları var olmakla birlikte samimi bağları korurlar, bir tehditle karşılaştıklarında problemin doğasına bağlı olarak problem çözme yaklaşımları esnektir ve kendilerine güvenerek başkalarından destek alırlar. Korkulu bağlananlar kendilerinin sevmeye değer olmadıklarını

düşünürler ve reddedilmekten korkup hem isteyerek hem de korkarak bağ kurarlar; stres anında bağlanma figürlerinden reddedilme riskine girmeden uzaklaşırlar. Korkulu bağlananlar gibi kayıtsız bağlananlarda stresli zamanlarında bağlanma figürlerinden uzaklaşırlar ancak benlik saygılarını korurlar ve anksiyete yaşamaya daha az eğilimlidirler.

1.3.2. Bağlanma ve Travma

Ruhsal travmayı 1944 gibi erken zamanlarda aniden bağların bozulması olarak Lindemann tanımlamıştı (alıntı Zulueta, 2006).

Bağlanma, duygusal uyarılma, dikkat süreçleri ve davranışsal tepkilerin düzenlenmesinde öngörülebilir bireysel farklılıkları belirleyerek yetişkin insan davranışında önemli bir rol oynar. Sistem güvenliğini korumak için çalışır ve özellikle travmatik deneyim sonucu algılanan tehdit, tehlike, ya da kayıp, koşullarda aktive olur. Buna ek olarak travmaya yanıt vermede etkilemesi nedeniyle bağlanma sistemi yine travma sonrası stres bozukluğu gelişimini de etkiler (Nye ve diğ. 2008). Bir tehdit algısı oluştuğunda ya da tehlike anında çocuğun bağlanma sistemi aktive olur bu sistem aktive olunca çocuk bağlanma figürü ile ilk kontak kurulması için motive olur ve çocuğun hayatta kalması sağlanır. Eğer bakım veren çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı değil ise bağlanma sistemi stres deneyimleri ile birlikte aktive olur (Sandberg ve diğ. 2010).

Bowlby (1973)'e göre birey çevresinde olup biten olaylarla ilgili algılarının gelecekle ilgili öngörülerinin de yardımı ile kendisi ve dünya ile ilgili 'içsel çalışan modeller' adı verilen zihinsel durumlar inşa ederler. İçsel çalışan modeller olarak adlandırılan bilişsel ve duygusal temsil ağlarında, bağlanma davranış kalıpları yatar (Nye ve diğ. 2008). Kişinin inşa ettiği dünyaya ilişkin içsel çalışan modeller, o kişinin bağlanma figürlerinin gözünde nasıl onaylanan ya da onaylanmayan olduğu ile ilgili bir anahtardır (Bowlby 1973). Bowlby (1988)'ye göre kişi yaşanan deneyimler sonucunda kendisine ve dış dünyaya anlam verir ve bu anlam yeni ilişkilere genellenerek bütünleşir ve bir zihin modeli olacak şekilde içselleştirir (alıntı Balkaya 2005). Bağlanma süresince ortaya çıkan benliğe ve başkalarına ilişkin şemalar, insanların kişilerarası ilişkilerinde, dünyayı içsel temsil yollarıyla yapılandırılmalarında ve yeni durumlara yönelik tepkilerine rehberlik etmede oldukça önemli rol

oyunmaktadır. Bu şemalar, başka deyişle olaylara nasıl anlamlar verileceğini ve onların nasıl kodlanacağını belirler. Yaşantıların kodlanarak bellekte tutulması ve sonrasında kurulacak olan yakın ilişkileri değerlendirmede şema haline gelmesi bilgi işleme süreçleri açısından önemlidir (Balkaya 2005).

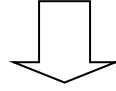
Herman (2007)'a göre bakım veren insanlara güven dolu bir bağlanma duygusu kişilik gelişiminin temelidir; bu bağ parçalandığında travmatize olmuş birey temel kendilik duygusunu kaybeder. Daha önceden üstesinden gelinen çocukluk ve ergenliğin gelişimsel çatışmaları aniden tekrar başlar. Travmatik olaylar birey ve toplum arasındaki bağ duygusunu parçalar.

Travma ve şiddete maruz kalmanın içsel çalışan modellere bozucu etkisi vardır. Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar gibi önemli ve tekrarlayan travmalar yaşayan ya da ebeveynlerinin karşılıklı şiddetine tanıklık eden çocuklar, şiddeti hiç deneyimlemeyen çocuklarından ilişkilerle ilgili farklı görüşler geliştirirler. Çocukların bozulmuş, tahrip olmuş işlevsiz ilk ilişkilerden geliştirilen baş etme becerileriyle ilgili kalıpları, sosyoduygusal yapılar birleşirler. Erken dönemde travma yaşayan bireyler çocukluk çağında inşa ettikleri içsel çalışan modelleri yenilemeyebilirler. Sosyal destek, sosyal biliş ve bağlanma kişi travmatik stres altındayken kişinin duygu durumunu TSSB'ye karşı koruma sağlar ya da risk oluşturur. Literatür gösterir ki çocuğun bakım verene karşı esnekliği travma sonrası güvenlik duygusunun kritik belirleyicilerindedir (Cloitre ve Choruvastra 2008).

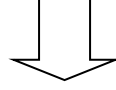
Sandberg ve diğ. (2010)'a göre travmatik olaylar bağlanma güçlükleri ile bağlantılı ve bu güçlükler travma sonrası stres ile bağlantılı ise bağlanma stilleri, travmatik olaylar ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişkiyi yordayabilirler. Bu ilişki travma sonrası stres bozukluğunun anlaşılması, gelişimi ve de travma sonrası semptomların altında yatan nedenlerin araştırılması açısından önemlidir. Bu sebeple travmatik olaylar kişiyi travma sonrası stres bozukluğuna kadar taşıyan bağlanma stillerinde de değişikliklere neden olabilir.

Ruppert (2011)'e göre travmatik bir deneyim daima birçok nesil üzerinde etkiye sahip olur ve bu travmatik deneyimler diğer kuşağa duygusal bağlanma süreci ile geçer; bu çok nesilli sistemik psikotraumatojinin birinci ilkesidir.

Nesildeki travmatik deneyim



Nesildeki bağlanma bozukluğu daha fazla travmatik yaşama sahip olma riskini arttırır.



Nesildeki bağlanma bozukluğu, çok yüksek oranda travma yaşama riski

Çizim1.1: Çok nesilli dizi travma bağlanma bozukluğu – travma (Çok nesilli sistemik psikotravmatoloji)

Çok nesilli sistemik psikotravmatolojinin ikinci ilkesi ise bir insanın fiziksel, duygusal veya ruhsal problemleri, sıklıkla üç ya da dört nesil geriye çekilebilecek bağlanma ilişkilerindeki dolaşıklıkların sonucudur ve buna dayanarak Üçüncü ilke ise ruhsal yaraların iyileştirilmesinin yolları, travma tarafından örülenmiş tüm bağlanma ağına bakılmak suretiyle araştırılmalıdır (Ruppert 2011). Marcowitz (2009)'e göre travmayı hatırlatan durumlara maruziyet riski açısından çevreyi keşfetmeyi ve uygun sosyal destekleri kullanarak korku dolu tepkilerin üstesinden gelme gibi davranışları güvenli bağlanma arttırırken güvensiz bağlanma azaltır.

O'Connor ve Elklit (2008) % 62'si kadın yaş ortalaması 29 olan 328 genç yetişkin üzerinde yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ile bağlanma stilleri arasındaki ilişki incelenmiş; güvenli bağlanma stilleri gösteren bireylerde algılanan sosyal destek, gerçekçi başa çıkma tarzı daha yüksek oranlarda gözükürken; travma sonrası stres bozukluğu ve kaçınma belirtileri daha az görülmüştür.

Telefon yolu ile ulaşılan 1249 kişiden bağlanma ile ilgili görüşmeyi tamamlayan 128 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada saplantılı bağlanma stili ile aile içi istismar (psikolojik ve fiziksel istismar) ilişkili bulunmuştur (Henderson ve diğ. 2005).

Styron ve Bulman (1997) 879 üniversite öğrencisi (% 60 kadın; % 40 erkek) üzerinde yaptıkları çalışmada çocukluk çağı istismar (fiziksel, cinsel, sözel şiddet) öyküsü bulunanların % 51' inden fazlasının anneye karşı güvensiz bağlanma stili gösterdikleri bulunmuştur.

1.3.3. Bağlanma ve Somatizasyon

Bakım verenle deneyimlerin kişilerarası ilişkiler ve algılamalar üzerindeki etkisini araştıran bağlanma teorisi aynı zamanda yetişkinlikteki somatizasyonu anlamada kavramsal bir çerçeve sunar (alıntı 2002). Birçok bilimsel araştırma güvensiz bağlanma stili ile somatik semptomlar ve ağrı şiddeti arasında bağlantılar bulmuşlardır (Porter ve diğ. 2007; Liu ve diğ. 2002). Schmidt ve diğ. (2002)'e göre güvensiz bağlanma stilleri gösterenlerin bedensel yakınmalarda önemli etkisi vardır.

Stuart ve Noyes (1999) ebeveyn figürü gibi önemli kişilere karşı bağlanma ile ilgili içsel şemaların çocukluk çağı travması ve de yetişkin somatizasyonu ile ilgili olduğunu ilk kez teorize etmiştir. Çocukluk çağı travması kronik ağrı, baş ağrısı, gastrointestinal semptomlar, kas-iskelet ağrıları ve kadınlarda jinekolojik sorunlar ile ilişkili olmuştur. Bakıcıları tarafından sahipsiz bırakılan travma kurbanlarının fiziksel ve/veya duygusal ihtiyaçlarına cevap alamamış olmaları gerekçesiyle daha sonraki hayatlarında vücut işleyişi ve bütünlüğü ile ilgili endişeli olmaya daha eğilimli oldukları tartişılmıştır. Araştırma sonucunda saplantılı bağlanma stili gösterenler sık somatik belirti aktarmaya daha eğilimlidirler (De Paulo 2010).

Schmidt (2002)'e göre güvensiz bağlanma stilleri gösterenlerin bedensel yakınmalarının da var olmasında önemli etkisi vardır. Duyguların düzenli olmasının somatizasyonda önemli bir rol oynadığı teorileştirildiğinden beri bu konuyla ilgili olarak bağlanmanın da açıklanmasını önemli hale getirmiştir. Çünkü bağlanma stilleri de duygu düzenlenmesinde de önemli bir rol oynar. Erken yaşlarda çocuklar stres içeren duygularını ileride olumsuz duygulanım ya da zorluklarla karşılaştıklarında hafife almayı öğrenirler (De Paulo 2010).

Ayaz ve diğ, (2012)'in ebeveynlerin bağlanma biçimlerinin çocuktaki somatik belirtileri ile ilişkisini inceleyen çalışmalarında somatik belirtilerden en çok ağrıya odaklanmışlardır; somatizasyon bozukluğu olan gençlerin annelerinin kaçınan bağlanma biçimi puanlarının yüksek bulunması, somatik belirtilerin annenin bağlanma biçiminin etkilediği düşünöldü. Kaygılı bağlanma başta olmak üzere güvensiz bağlanma biçimlerinin ağrı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (McDonald ve

Kingbury; 2006). Stuart ve Noyes (1999)'a göre annenin bağlanma biçimi ile ilişkili olarak güvensiz bağlanan çocukların stres altında aşırı tepki gösterdikleri ve bedenlerindeki fizyolojik durumdan tedirgin oldukları öne sürülmektedir.

Spitzer ve diğ. (2008) somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 28 hasta ve majör depresyonu olan fakat somatizasyon bozukluğu olmayan aynı sayıdaki hasta grubu ile yaptıkları araştırmada somatizasyon bozukluğu olan hastalar depresyon hastalarına göre daha fazla çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismar yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Waldinger (2006)'in en az 12 aydır birlikte yaşayan çocukluk çağında şiddet görmüş 101 çift üzerinde yaptığı araştırmada kişiler en fazla korkulu bağlanma stili gösterirken, çocukluk çağı travmasının miktarının somatizasyonu yordadığı bulunmuştur. Erkeklerde partner şiddeti somatizasyon ile bağlantılı değilken kadınlarda ilgili görülmüştür.

Ciechhanowski ve diğ. (2002) birinci basamak kadın sağlık merkezine gelen 702 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada saplantılı ve korkulu bağlanma stili gösterenler daha fazla somatik semptom bildirmiştir.

Özellikle önceki araştırma (Waldinger 2006) korkulu bağlanma stili ile saplantılı bağlanma stili ve somatizasyon arasında ilişki olduğunu bulurken kayıtsız bağlanma stili ile somatizasyon arasında bağ bulunamamıştır. 109 çift üzerinde yapılan çalışmada kadınlar daha fazla somatik semptom bildirirken hem erkek hem kadınlarda korkulu bağlanma stili somatik semptomları yordamıştır (Liu ve diğ. 2002).

Zakin ve diğ. (2003) savaştan 20 yıl sonra savaşta esir düşmüş ve savaşa katılan 164 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada esir düşenler arasında geçmişte daha yüksek oranlarda travma sonrası stres bozukluğu semptomları bildirenlerde daha fazla anksiyete, depresyon ve somatizasyon belirtilerine rastlanmıştır. Bunlar arasında güvenli bağlananlar daha az stres semptomları bildirmiştir.

2. AMAÇ

2.1.Çalışmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, travmatik olaylar olarak nitelendirilen; aile üyeleri, tanıdık biri ya da yabancı biri tarafından ‘cinsel saldırıya uğrama’ ya da ‘cinsel olmayan fiziksel saldırıya uğrama’ gibi olayların sonrasında bireylerin gösterdikleri travmatik stres tepkileri ve yakın ilişkilerinde (eş, sevgili, arkadaşlık, dostluk gibi) gösterdikleri bağlanma stilleri ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma kapsamında ruhsal travmatik olaylar olarak adlandırılan deprem, sel, hortum gibi doğal afetler; kazalar, yangın, patlama olayları, savaşlar, işkenceler, fiziksel şiddet, çocuklukta yaşanan cinsel ya da cinsel olmayan saldırılar, işkence görme, zorla kaçırılma, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, ölü vücudu ya da vücut parçasını görme ve ya da bunlardan birine tanıklık etme gibi kişinin başa çıkma yeteneğini aşan olayları araştırmaya katılan gönüllü bireylerin geçmişlerinde ne kadar hangi sıklıkta yaşadıkları gibi verilere ulaşmak da hedeflenmektedir.

Ülkemizde travma sonrası stres bozukluğu ile bağlanma stilleri ilişkisini araştıran araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Özellikle travmatik olaydan sonra en fazla 5 yıl geçmiş travmatik stres belirtileri ile bağlanma stillerini araştıran çalışmalara az rastlanılmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunun bağlanma ile ele alınması ve ilişkisinin incelenmesi travma sonrası stres bozukluğunun örüntüsü ve tedavisi ile ilgili çalışmalara, bu alandaki uygulamalara ve yurtiçi/yurtdışı literatüre katkı sağlayacaktır. Araştırmada ek olarak katılımcılarda somatizasyon oranının araştırılması ise somatik nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerde geçmiş travmatik öykünün de ele alınarak doğru teşhis ve tedaviye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte Düzce’de yaşayan bireylerin hangi tür travmalarla karşı karşıya geldiği ile ilgili veri sağlanacaktır.

2.2.Problemler

Yapılan literatür taraması ışığında araştırmanın problem cümleleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

2.P.1 Geçmişte psikiyatrik rahatsızlık geçirip geçirmeme, intihar girişimi olup olmama ve sosyal destek algısına alıp almama durumuna göre travma sonrası stres belirti şiddeti değişir mi?

2.P.2 Fiziksel ve cinsel saldırıya uğrayan bireylerde travma sonrası belirti şiddeti açısından fark var mıdır? Fiziksel ve cinsel saldırıya uğrayan bireylerde cinsiyete göre travma sonrası belirti şiddeti açısından fark var mıdır?

2.P.3 Travma sonrası stres belirti şiddeti ve bağlanma stilleri ile somatizasyon arasındaki ilişki anlamlı mıdır ?

2.P.4 Bağlanma stilleri ve somatizasyon düzeyinin, travma sonrası stres belirti şiddetini yordama gücü var mıdır?

2.P.5 Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti şiddeti değişiyor mu?

2.P.6 Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı mıdır ?

2.P.7 İşlev kaybına göre göre bağlanma stilleri arasında fark anlamlı mıdır?

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın türü

Bu araştırma, literatür bilgilerine yenilerini ekleyecek nitelikte olduğundan temel araştırma olarak değerlendirilmektedir. Yürütüldüğü çevreye/ortama göre araştırma saha çalışması niteliğinde planlanmıştır. Yöntemine göre ise bu tez çalışmasının betimsel (tarama, tasviri) bir araştırma olarak yapılandırılması planlanmıştır. Betimsel araştırmalar bir durumu olabildiğince tam ve dikkatli bir şekilde tanımlamayı hedeflemektedirler.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Örneklem Grubu

Araştırmanın örneklemini 'Cinsel saldırıya uğrama' ya da 'cinsel olmayan fiziksel saldırıya uğrama' gibi olayların adli mercilere intikal etmesi ile Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gelen kadın ve erkek 155 gönüllü birey oluşturmaktadır. Araştırmaya katılma ölçütleri; 16 yaşını doldurmuş olma, normal mental düzeye sahip olma, en az okur yazar düzeyinde olmadır. Araştırmaya dahil olma ölçütleri ise; katılımcıların psikotik bir bozukluğa sahip olmaması ve mental bir geriliğin bulunmamasıdır.

3.2.1 Katılımcılarla İlgili Demografik Değişkenler

Araştırmaya katılan kişilerin (n= 155), 83'ü kadın (% 53.5) ve 72'si erkektir (% 46.5). Katılımcıların yaş ortalaması 30,11 +-10.079 olup 51'i bekar (% 32.9); 87'si evli (% 56.1); 9'u boşanmış (% 5.8); 4'ü dul (% 2.6); 3'ü evli ve ayrı yaşamakta (%1.9); 1'i (% .6) erkek arkadaşı/ kız arkadaşıyla birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların 1'i okur yazar (% 0.6); 49'u ilkökul mezunu (% 31.6); 58'i ortaokul mezunu (% 37.4); 37'si lise mezunu (% 23.9); 10'u üniversite ya da yüksek lisans derecesine (% 6.5) sahiptir. 49 katılımcı (% 31.6) düşük gelir düzeyine; 96 katılımcı (% 61.9) orta ve 9 katılımcı (% 5.8) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Bir katılımcı (% 0.6) gelir durumunu belirtmemiştir. Katılımcıların 57'si (36.8) köy/kasabada; 35'i (% 22.6) ilçede; 62'si şehir merkezinde yaşamaktadır. 1 katılımcı (% 0.6) yaşadığı yeri belirtmemiştir. Katılımcıların mesleki durumlarına bakıldığında 55'i (% 35.5) ücretli çalışan; 16'sı (% 10.3) işyeri sahibi; 15'i (% 9.7)

öğrenci; 41'i (% 26.5) evhanımı, 4'ü (% 2.6) emekli ve 20'si (% 12.9) işsizdir. Dört (% 2.6) katılımcı mesleki durumunu bildirmemiştir. Katılımcılara ait bilgiler Çizelge 3.1'de özetlenmiştir.

Çizelge 3.1. Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler.

		<i>n</i>	%
Cinsiyet	Kadın	83	53.5
	Erkek	72	46.5
Eğitim Düzeyi	Okur yazar	1	0.6
	İlkokul	49	31.6
	Ortaokul	58	37.4
	Lise	37	23.9
	Üniversite ve üstü	10	6.5
Medeni Durum	Bekar	51	32.9
	Evli	87	56.1
	Boşanmış	9	5.8
	Dul	4	2.6
	Evli, ayrı yaşıyor	3	1.9
	Birlikte yaşıyor	1	0.6
Meslek	Ücretli çalışan	55	35.5
	İşyeri sahibi	16	10.3
	Öğrenci	15	9.7
	Evhanımı	41	26.5
	Emekli	4	2.6
	İşsiz	20	12.9
	Belirtilmemiş	4	2.6
Gelir Durumu	Düşük	49	31.6
	Orta	96	61.9
	Yüksek	9	5.8
Yaşadığı Yer	Belirtilmemiş	1	0.6
	Köy/ kasaba	57	36.8
	İlçe	35	22.6
	Şehir merkezi	62	40
Aile Tipi	Belirtilmemiş	1	0.6
	Geniş	26	16.8
	Çekirdek	115	74.2
	Parçalanmış	14	9
Yaş		Ort.	Sd
		30.11	10.079

3.3 Veri toplama Araçları

Çalışmada katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği (TSST-Ö), SCL-90 Somatizasyon Ölçeği ve İlişki Ölçeği Anketi (İÖA) uygulanmıştır.

3.3.1 Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerinin yanı sıra daha önce ruhsal tedavi alıp almadıkları, araştırmaya katıldıkları zamanda fiziksel ya da ruhsal hastalık nedeniyle ilaç kullanıp kullanmadıkları, ailede psikiyatrik hastalığın olup olmadığı, kronik bir hastalıklarının bulunup bulunmadığı, alkol, sigara ya da bağımlılık yapan başka bir madde kullanıp kullanmadıkları, son birkaç ay içinde bir yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri, yaşadıkları yere başka bir yerden göç edip etmedikleri, sosyal destek algısı, ekonomik ya da duygusal şiddetin varlığı gibi araştırma için önemli görülen soruları da kapsamaktadır. Toplam 27 sorudan oluşmuştur. Araştırmacı tarafından sorular katılımcılara yöneltilmiştir (Ek -1).

3.3.2 Travma sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSST- Ö)

Foa (1995)'nin Amerika'da Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders (DSM-4) travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerine göre geliştirdiği TSSB tanısını belirlemeye yönelik bir ankettir. 49 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir.

Elli maddeden oluşan ve kendini değerlendirme (self-report) biçiminde olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) travma sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Foa ve diğ. 1997).

Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV tanı ölçütleri esas alınarak belirlenmiştir. Ölçek yardımıyla bireylerin yaşadıkları travmatik olayların türleri, onları en rahatsız eden travmatik olay, olası TSSB tanısı alabilecek kişiler ve yaşadıkları belirtilerin tür ve şiddetini değerlendirmek mümkün olabilmektedir (Foa ve diğ. alıntı Haksal, 2007).

Ölçeğin orijinali dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, kişinin yaşadığı travmatik olayın türünü (doğal afet, kaza, hastalık, savaş, cinsel/fiziksel saldırı gibi) belirlemeyi amaçlamaktadır. İkinci bölümde, eğer birden fazla travmatik olay işaretlenmişse, kişiyi en fazla etkileyen olay belirlenmektedir. Bu bölümde ayrıca travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan 6 soru bulunmaktadır. Travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik altı soru mevcut çalışma kapsamında da olayın şiddetini belirlemede kullanılmakta ve “Olay Şiddeti Alt Ölçeği” olarak isimlendirilmektedir. Kişinin daha fazla soruya “evet” yanıtını vermesi, olayın şiddetinin de fazla olduğunu göstermektedir. TSSB tanısı için altı sorudan en az iki tanesine, fiziksel yara veya hayati tehlike ile ilgili dört sorudan en az birine ve verilen korku/çaresizlik gibi tepkileri değerlendiren iki sorudan en az birine evet yanıtının verilmesi gerekmektedir.

Ölçeğin üçüncü bölümünde ise, onyedili maddeden oluşan ve travma sonrası belirtileri değerlendiren bir alt ölçek bulunmaktadır. Bu çalışma kapsamında bu onyedili madde “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği” olarak isimlendirilmekte ve travma belirtilerinin düzeyini (şiddetini) ölçmek için kullanılmaktadır. Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği, 0-3 arasında puanlanan bir ölçektir. Maddeler, DSM-IV (APA 1994) Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütleri esas alınarak hazırlanmıştır. Alt ölçeğin puan aralığı 0-51’dir. Yüksek puan, kişinin olaydan olumsuz etkilendiğini ve travma sonrası stres belirtileri gösterdiğini işaret etmektedir. Stres belirti puanı 10 ve altında ise hafif; 11-20 arasında orta, 21-35 arasında orta-ciddi ve 35 üzerinde ise ciddi olarak tanımlanır. Toplam belirti endeksinin yanı sıra bu ölçek “yeniden yaşama/girici (intrusive) düşünceler”, “kaçınma/duygusal küntlük” ve “aşırı uyarılmışlık” boyutlarında da bilgi sunmaktadır. TSSB tanısı için “yeniden yaşama/girici düşünceler” için bulunan beş maddeden en az biri , “kaçınma/duygusal küntlük” için bulunan yedi maddeden en az üçü ve beş “aşırı uyarılmışlık” maddesinden en az ikisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Bu bölümde ayrıca travma sonrası stres belirtilerinin akut, kronik ya da geç başlangıçlı olup olmadığını belirlemek için kullanılan iki madde yer almaktadır. Bu belirtileri 1 aydan daha fazla süredir yaşıyorsa, TSSB tanısı almaktadır; en az 6 ay sonra başlıyorsa, geç başlangıçlı TSSB tanısı almaktadır. Ölçeğin dördüncü ve son bölümünde, travmatik olayın kişinin yaşamının değişik alanlarında engel yaratıp yaratmadığını değerlendirmeyi amaçlayan, evet-hayır şeklinde yanıtlanan dokuz soru bulunmaktadır. Bu dokuz soru,

mevcut çalışma kapsamında, olayın kişinin gündelik işlevselliği üzerindeki etkisini saptamak için kullanılmakta ve “Olay Etkisi Alt Ölçeği” olarak isimlendirilmektedir. Kişinin daha çok “evet” demesi, olaydan yaşamının çeşitli alanlarında olumsuz etkilendiğini göstermektedir. TSSB tanısı için en az iki maddenin işaretlenmesi gereklidir (alıntı Haksal 2007).

Ölçeğin travma belirtilerinin düzeyini ve şiddetini ölçmeyi amaçlayan 17 ölçek maddesinin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği) orijinal formunun yüksek iç tutarlılığa ($\alpha = .92$) sahip olduğu belirtilmekte ve bu maddeler için elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının .83 olduğu rapor edilmektedir (Foa ve diğ. 1997). Ölçeğin başka bir ölçütü (yapılandırılmış klinik ve tanı görüşmesi, SCID) TSSB tanısı verilmiş kişileri %82 düzeyinde ayırt edebildiği (duyarlılık-sensitivity); TSSB tanısı almamış kişileri ise %76 düzeyinde ayırt edebildiği (özgüllük-specificity) belirtilmekte ve ölçüt kriteri olarak kullanılan kimi ölçeklerle kabul edilebilir düzeyde ilişki katsayılarına sahip olduğu rapor edilmektedir (Foa ve ark., 1997; (alıntı Haksal 2007).

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Işıklı (2006) tarafından yürütülmüştür. Ölçek güvenilirliği için belirti düzeyini ölçmeyi amaçlayan toplam 17 maddenin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği) iç tutarlılığına bakılmıştır. Tüm maddeler için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının $\alpha = .93$ olduğu; madde-toplam test ilişki katsayılarının da .39 ile .82 arasında değiştiği bulunmuştur (alıntı Haksal 2007).

Ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışmada (Dürü 2006) Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği için hesaplanan iç tutarlılık katsayısının $\alpha = .93$ olduğu; ölçek puanlarıyla umutsuzluk ve ayrışma düzeyi puanları arasında istenilen yönde ve anlamlı ilişki katsayıları olduğu belirtilmiştir ($r = .47$; $r = .42$, sırasıyla).

Katılımcılar araştırmacı ile birlikte Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği’ni tamamlamışlardır. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Ek-2’de yer almaktadır.

3.3.3 İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

İlişki Ölçeği Anketi (Relationships Scales Questionnaires) Bartholomew ve Griffin tarafından 1994’te geliştirilmiştir. Bartholomew ve Griffin (1994) tarafından geliştirilen dörtlü bağlanma modeli (güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız) üzerinden kişiyi değerlendiren envanterdir. 30 maddeden oluşur. Anketin Türkiye’de geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Sümer ve Güngör (1999) tarafından 2 farklı üniversitede okuyan 123 katılımcı (82 kız, 41 erkek) üzerinde yapılmıştır. Test tekrar güvenirliliği için 4 hafta sonra ulaşılan 92 öğrenciye anketler tekrar uygulanmıştır. Ölçeklerin Türkçe'ye çevrilmesinde çeviri tekrar çeviri yöntemi kullanılmıştır. İç tutarlılık katsayısı .27 ve .61 arasında değişmektedir. Test tekrar güvenirlilikleri .54 ile .78 arasında değişmektedir. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki (dostluk, arkadaşlık ve romantik ilişkiler) genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinden puanlamışlardır (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor). Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içerisinde gruplandırmak için de kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanır (Sümer ve Güngör 1999).

3.3.4 Somatizasyon Ölçeği (SCL-90)

Araştırmada kullanılan Somatizasyon Ölçeği SCL -90' dan (Sympton Check List-90) alınmıştır. SCL-90 Derogatis (1977) tarafından geliştirilmiş olup psikiyatrik belirtiler; bireyin altında bulunduğu zorlamanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin ölçüldüğü psikiyatrik tarama aracıdır. Envanterin 9 alt ölçeği içeren 90 maddesi vardır. Bu alt ölçeklerden biri olan somatizasyon ile ilgili olan maddeler 12 tanedir. Somatizasyon puan ortalamaları kapsadığı maddelerin ağırlıklı puan ortalamalarından oluşmakta ve 0-4 arasında bir değer alabilmektedir. Bu puan ortalamaları psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder (alıntı Aydemir ve Köroğlu 2007).

Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi Gökler (1978) tarafından bir araştırma kapsamında kullanılmak üzere psikiyatrist ve klinik psikologlarca yapılan çevirisi ülkemizde birçok araştırmada kullanılmıştır. Ölçeğin ağırlıklı puan ortalamalarına göre cronbach alfa iç tutarlılık .97 olarak hesaplanmıştır. Test tekrar güvenirliliği için 99 deneklik örnekleme ortalama 23 gün arayla tekrar uygulanması sonucu elde

edilen katsayılar alt ölçeklere göre .65 ile .87 arasında değişmiş; ağırlıklı genel ortalamaya göre de .90 olarak hesaplanmıştır (alıntı Aydemir ve Köroğlu 2007).

3.4 İşlem

Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalı olup, Adli Tıp Anabilim Dalı'na gelen hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra katılımcı ile yüz yüze görüşme yapılarak anketler uygulanmıştır. Uygulama yaklaşık 30 - 40 dakika sürmüştür. Çalışmada katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Travma sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSST – Ö) psikolog tarafından uygulanmış; öz bildirim ölçekleri olan SCL -90 Somatizasyon Ölçeği ve İlişki Ölçeği Anketi (İÖA)'nin katılımcının cevaplama istenmiştir.

3.5 Etik Kurul Onayı

Bu tez araştırması için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komitesi'den 2012/42 karar no ile 'araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığı'na dair onay alınmıştır.

3.6 İstatistiksel Yöntem

Veriler istatistiksel olarak SPSS 20,0 programı yardımıyla değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Ana değişkenler arasında ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon testi yapılmıştır. Shapiro Wilks testi ile nicel değişkenlerin normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığı incelenmiştir. Travma sonrası stres belirti puan ortanca değerleri açısından gruplar arasındaki farklılıklar Kruskal Wallis (post hoc Dunn's testi) ve Mann Whitney-U testleri ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini incelemek için Çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson kare testi yapılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Katılımcıların 44'ü (% 28.4) daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirmiş; 111'i (% 71.6) psikiyatrik rahatsızlık geçirmemiştir. 21'i (% 13.5) psikiyatrik ilaç kullanmakta; 134'ü (% 86.5) kullanmamaktadır. 22'si (% 14.2) en az bir kez intihar girişiminde bulunurken 133'ü (% 85) daha önce intihar girişiminde bulunmamıştır. Katılımcıların 9'u (% 5.8) ailesinde psikiyatrik rahatsızlığın olduğunu belirtirken 146 kişi (% 94.2) ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 25'i (%16.1) alkol ya da madde kullandıklarını belirtirken 130'u (% 83.9) alkol ya da madde kullanmadıklarını belirtmiştir. 37 (% 23.9) katılımcı yaşamının herhangi bir döneminde yaşadıkları kente başka bir kentten göç ettiklerini belirtirken 118'i (76.1) göç yaşantısı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 131'i (% 84) son birkaç ayda yakınına kaybettiğini belirtirken 24'ü (%15.5) son birkaç ayda kayıp yaşantısı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 16'sının (% 10.3) kronik hastalığı var iken 139'unun (% 89.7) kronik hastalığı yoktur. Yaşamları boyunca sosyal destek gördüklerini söyleyenlerin sayısı 105 (% 67.7); hiç kimseden sosyal destek görmediklerini söyleyenlerin sayısı 50'dir (% 32.3). Katılımcıların 81'i (% 52.3) sigara kullanırken; 73'ü (% 47.1) sigara kullanmamaktadır. 1 kişi (% 0.6) ise sigara kullanımı ile bilgi vermemiştir. Sözel şiddet gördüğünü belirtenler 47 kişi (% 30.3); görmediğini belirtenler 94 kişi (% 60.6) iken 14 kişi ise bu durumla ilgili bilgi vermemiştir. Ekonomik şiddet gördüğünü belirtenler 14 kişi (% 9); görmediğini belirtenler 126 (% 81.3) kişidir; 15 kişi bu durumla ilgili bilgi vermemiştir. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler ile ilgili bilgiler Çizelge 4.1'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.1. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler.

		<i>n</i>	%
Psikiyatrik geçmiş	Var	111	71.6
	Yok	44	28.4
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Var	21	13.5
	Yok	134	86.5
İntihar girişimi	Var	22	14.2
	Yok	133	85.8
Ailede psikiyatrik geçmiş	Var	9	5.8
	Yok	146	94.2
Alkol veya madde	Kullanıyor	25	16.1
	Kullanmıyor	130	83.9
Göç	Var	37	23.9
	Yok	118	76.1
Son birkaç ay içinde yakın kaybı	Var	131	84.5
	Yok	24	15.5
Sosyal destek algısı	Sos. Destek alıyorum	105	67.7
	Sos. Destek almıyorum	50	32.3
Kronik rahatsızlık	Var	16	10.3
	Yok	139	89.7
Sigara kullanımı	Var	81	52.3
	Yok	73	47.1
Sözel şiddet	Belirtilmemiş	1	0.6
	Var	47	30.3
	Yok	94	60.6
Ekonomik şiddet	Belirtilmemiş	14	9
	Var	14	9
	Yok	126	81.3
	Belirtilmemiş	15	9.6

Katılımcılardan geçmişten bugüne dek yaşadıkları travmatik olay sayılarına bakıldığında bir travmatik olaya maruz kalanların sayısı 14 (% 9); iki travmatik olaya maruz kalanların sayısı 50 (% 32.3); üç travmatik olaya maruz kalanların sayısı 50 (% 32.3); dört travmatik olaya maruz kalanların sayısı 29 (% 18.7); beş travmatik olaya maruz kalanların sayısı 7 (% 4.5); altı travmatik olaya maruz kalanların sayısı 3 (% 1.9); yedi travmatik olaya maruz kalanların sayısı 2 (% 1.3) 'dir. Bu verilere göre katılımcıların en az % 64'ü geçmişlerinde en az iki travmatik olay yaşamışlardır. Katılımcıların maruz kaldıkları farklı türdeki travmatik olay sayıları Çizelge 4.2'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların maruz kaldıkları farklı türdeki travmatik olay sayıları.

<i>Olay sayısı</i>	<i>Sıklık (n=155)</i>	<i>%</i>
Bir travmatik olay	14	9
İki travmatik olay	50	32.3
Üç travmatik olay	50	32.3
Dört travmatik olay	29	18.7
Beş travmatik olay	7	4.5
Altı travmatik olay	3	1.9
Yedi travmatik olay	2	1.3

Katılımcıların en son maruz kaldığı olaylara baktığımızda aile üyesi ya da tanıdık tarafından fiziksel şiddete maruz kalanların sayısı 88 (% 56.8); tanımadık tarafından fiziksel şiddete maruz kalanlar 34 kişi (% 21.9); aile üyesi ya da tanıdık tarafından cinsel şiddete maruz kalanların sayısı 26 (% 16.8); tanımadık tarafından cinsel şiddete maruz kalanların sayısı 4 (% 2.6) ; 18 yaşından küçük dönemde 5 yaş ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temasta bulunanların sayısı 3 (% 1.9)'tür. Katılımcıların en son maruz kaldıkları travmatik olay türü dağılımları Çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların en son maruz kaldıkları travmatik olay türü.

<i>Olay türü</i>	<i>Sıklık</i>	<i>%</i>
Aile üyesi ya da tanıdık tarafından fiziksel şiddete maruz kalma	88	56.8
Tanımadık tarafından fiziksel şiddete maruz kalma	34	21.9
Aile üyesi ya da tanıdık tarafından cinsel şiddete maruz kalma	26	16.8
Tanımadık tarafından cinsel şiddete maruz kalma	4	2.6
18 yaşından küçük dönemde, 5 yaş ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	3	1.9
Toplam	155	100

Toplam 155 katılımcıdan aile üyesi ya da tanıdık tarafından fiziksel şiddete maruz kalan bireylerin (n=88) % 29.5'i Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği'ne göre

travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşılamakta; tanımadık biri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan bireylerin (n=34) % 11.8'i; aile üyesi ya da tanıdık tarafından cinsel şiddete maruz kalanların (n=26) % 76.9'u; tanımadık tarafından cinsel şiddete maruz kalanların (n=4) % 2.6 'sı ve 18 yaşından küçük dönemde 5 yaş ve daha büyük biriyle cinsel temasta bulunanların (n=3) % 1.9'u travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşılamıştır. 155 katılımcının (n=50) % 32.3'ü travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşılamıştır.

4.2. Araştırmanın Problemlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma problemleri doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlere ait sonuçlar incelenmektedir.

2.P.1. Cinsiyet, geçmişte psikiyatrik rahatsızlık geçirip geçirmeme, intihar girişimi olup olmama, sosyal destek alıp almama ve geçmişte yaşanan travmatik olay miktarı ile travma sonrası stres belirti şiddetinin ilişkisi var mıdır?

Gruplar arası farkın test edilebilmesi amacıyla travma sonrası stres belirti şiddet düzeyleri normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Psikiyatrik geçmişi olup olmama, intihar girişimi olup olmama, sosyal desteği var olan ve olmayanlar, psikiyatrik geçmişi olanlar ve olmayanlar travma sonrası stres belirti şiddeti ortanca değerleri açısından karşılaştırılmıştır. Psikiyatrik geçmişi olanlar ve olmayanlar arasında travma sonrası stres belirti şiddeti açısından anlamlı derecede fark vardır ($u = 7463,00$; $p < .01$). Psikiyatrik geçmişi olanların travma sonrası belirti şiddeti, psikiyatrik geçmişi olmayanların şiddet düzeyinden ortanca değerleri açısından daha fazladır. İntihar girişimi olanlar ve olmayanlar arasında travma sonrası stres belirti şiddeti açısından anlamlı derecede farklılık vardır ($u = 956,000$; $p < .05$). İntihar girişimi olanların travma sonrası stres belirti şiddeti, intihar girişimi olmayanlardan daha yüksektir. Olaydan sonra sosyal destek alanlar ve olmayanlar arasında travma sonrası stres belirti şiddeti açısından anlamlı derecede fark yoktur ($u = 2421,500$; $p > .05$). Mann Whitney U sonuçları Çizelge 4.4'te gösterilmektedir.

2.P.2 Fiziksel ve cinsel saldırıya uğrayan bireylerde olay türüne göre travma sonrası stres belirti şiddeti değişir mi? Fiziksel ve cinsel saldırıya uğrayan bireylerde cinsiyete göre travma sonrası belirti şiddeti açısından fark var mıdır?

Olay türü açısından travma sonrası stres belirti şiddet düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla, travma sonrası stres belirti şiddeti değerleri normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Olay türü açısından bakıldığında cinsel şiddete maruz kalanların travma sonrası stres belirti şiddeti fiziksel şiddete maruz kalanlardan daha yüksektir ($u=819,000$; $p < .01$). Cinsiyet açısından bakıldığında kadın katılımcıların travma sonrası stres belirti şiddeti erkek katılımcılardan anlamlı derecede daha yüksektir ($u= 2140,000$; $p < 0.05$). Mann Whitney U sonuçları Çizelge 4.4'te gösterilmektedir.

Çizelge 4.4. Çeşitli değişkenler açısından travma sonrası stres belirti şiddeti ortanca değerleri karşılaştırılması için Mann Whitney U sonuçları ($n=152$).

		Sayı (n)	Sıra	Sıra	Medya	U	p
Psikiyatrik geçmiş	Var	43	96.86	7463.00	13.0000	1468.000	<.001
	Yok	109	68.47	4165.00	25.0000		
İntihar girişimi	Evet	22	98.05	2157.00	15.0000	956.000	.013
	Hayır	130	72.85	9471.00	29.0000		
Sosyal destek algısı	Evet	102	77.76	7931.50	17.5000	2421.500	.614
	Hayır	50	73.93	3696.50	15.0000		
Olay türü	Fiziksel	120	67.33	8079.00	12.5000	819.000	<.001
	Cinsel	32	110.91	3549.00	33.0000		
Cinsiyet	Kadın	89	83.96		20.0000		.013
	Erkek	63	65.97		12.0000	2.140.000	

2.P.3 Travma sonrası stres belirti şiddeti ve bağlanma stilleri ile somatizasyon arasındaki ilişki anlamlı mıdır ?

Travma sonrası belirti şiddeti ile korkulu bağlanma stili, kayıtsız bağlanma stili ile somatizasyon arasında aynı yönde anlamlı ilişki (sırasıyla $r=.324$, $p < .01$; $r=.260$, $p < .01$; $r= .557$, $p < .01$) gözlenmiştir. Travma sonrası belirti şiddeti ve güvenli bağlanma arasında ters yönde, anlamlı bir ilişki ($r=-.281$; $p < .01$) gözlenmiştir.

Katılımcıların somatizasyon düzeyi ile korkulu bağlanma stili arasında aynı yönde, anlamlı bir ilişki ($r=.242$; $p < .05$) görülmüştür.

Çizelge 4.5. Travma sonrası belirti şiddeti (TSBŞ), bağlanma stilleri ve somatizasyon arasındaki ilişki.

	TSBŞ	Güvenli bağlanma	Korkulu bağlanma	Kayıtsız bağlanma	Saplantılı bağlanma	Somatizasyon
TSBŞ	1	-.281**	.324**	.260**	.119	.557**
Güvenli bağlanma		1	-.260**	-.136	.234*	-.099
Korkulu bağlanma			1	.450**	.221*	.242*
Kayıtsız bağlanma				1	.239*	.132
Saplantılı bağlanma					1	.138
Somatizasyon						1
**P<0.01						
*P<0.05						

2.P.4 Bağlanma stilleri ve somatizasyon düzeyinin, travma sonrası stres belirti şiddetini yordama gücü var mıdır?

Travma sonrası stres şiddetini açıklamada bağlanma stilleri ile birlikte somatizasyonun travma sonrası belirti şiddeti üzerindeki etkisi, çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde somatizasyon ve güvenli bağlanma stilinin anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlendi ($R= 0,676$, $R^2= 0,46$; $p< .01$, $F= 5,96$). Adı geçen değişkenler birlikte travma sonrası stres belirti şiddetinin % 46'sını açıklamaktadır.

Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde somatizasyon ve güvenli bağlanmanın travma sonrası stres şiddetinin anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Diğer değişkenler önemli bir etkiye sahip değildir. Travmatik stresin yordanmasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları Çizelge 4.6' da gösterilmektedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre travma sonrası belirti şiddetinin

yordanmasına ilişkin matematiksel model aşağıda verilmiştir:

Travma sonrası stres belirti şiddeti= 13,247 + 9,934 somatizasyon -3,272 güvenli bağlanma + 0,754 korkulu bağlanma + 1,413 kayıtsız bağlanma + 0.674 saplantılı bağlanma.

Çizelge 4.6. Travmatik stresin yordanmasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları.

<i>Değişken</i>	<i>B</i>	<i>Standart Hata β</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	13.247	7.822		1.693	0.94
Somatizasyon	9.934	1.399	.556	7.102	.000
Güvenli	-3.272	1.318	-.205	-2.483	.015
Korkulu	.754	.958	.071	.787	.433
Kayıtsız	1.413	1.180	.103	1.197	.234
Saplantılı	.674	1.102	.051	.612	.542

R = 0.676 **R² = 0.46**

P = .000

2.P.5 Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti düzeyi değişmekte midir?

Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti düzeyinin değişip değişmediği, her grup için travma sonrası belirti şiddet dağılımı normal dağılıma uymadığı için Kruskal Wallis testi kullanılarak analiz edilmiştir. Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti şiddet düzeylerine bakıldığında ortanca değerleri açısından fark vardır. ($X^2=14.746$; $p < .05$). Bu bağlanma stillerine bakıldığında güvenli bağlanma stili (GB) ve kayıtsız bağlanma stili (KB) ($p < .034$); güvenli bağlanma stili ile saplantılı bağlanma stili (SB) arasında ($p < .021$) anlamlı derecede fark vardır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti puanlarının Kruskal Wallis sonuçları.

Bağlanma stilleri	Sayı (<i>n</i>)	Sıra Ort.	<i>sd</i>	X^2	<i>p</i>	Anlamlı fark
Güvenli bağlanma	20	31.58	3	14.746	.002	GB-KB, GB-SB
Korkulu bağlanma	32	63.20				
Kayıtsız bağlanma	38	50.12				
Saplantılı bağlanma	12	57.88				
Toplam	102					

2.P.6 Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeyleri arasında fark var mıdır ?

Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti düzeyinin değişip değişmediği, her gruba ait somatizasyon düzeyleri normal dağılıma uymadığı için Kruskal Wallis testi kullanılarak analiz edilmiştir. Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeylerine bakıldığında somatizasyon düzeylerinin bağlanma stillerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2 = 13,052$, $p < .05$). Sıra ortalamaları dikkate alındığında somatizasyon oranının en fazla korkulu bağlanma stiline sahip olanlarda görüldüğü, onu sırasıyla saplantılı, kayıtsız ve güvenli bağlanmanın izlediği görülmüştür. Güvenli bağlanma ile korkulu bağlanma stillerine ait somatizasyon düzeylerinde anlamlı farklılık vardır ($p < .01$).

Çizelge 4.8. Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeylerinin Kruskal Wallis sonuçları.

<i>Bağlanma stilleri</i>	<i>Sayı (n)</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>sd</i>	<i>X²</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı Fark</i>
Güvenli bağlanma	21	35.90	3	13.052	.005	GB-KB
Korkulu bağlanma	33	64.64	.			
Kayıtsız bağlanma	39	49.65				
Saplantılı bağlanma	12	61.79				
Toplam	105					

2.P.7 İşlev kaybına göre göre bağlanma stilleri arasında fark var mıdır?

İşlev kaybına göre bağlanma stilleri arasında farklılık olup olmadığının test edilebilmesi amacıyla iki kategorik değişken için X^2 testi kullanılmıştır. Bağlanma stillerinin, işlev kaybı şiddetine göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında, bağlanma stilleri ile işlev kaybı şiddeti arasında bir fark olmadığı gözlenmiştir. Ancak işlev kaybı hiç olmayanlarla olanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu ilişkiye bakıldığında işlev kaybı olanların en fazla gösterdiği bağlanma stili korkulu bağlanma; işlev kaybı olmayanların en fazla gösterdiği bağlanma stili kayıtsız bağlanma stildir (X^2 (sd=3, n=105) =8.696 p< .05).

5.TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı; cinsel ve/veya fiziksel şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik stres, somatizasyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bunun yanısıra bu çalışmayla travma yaşamış bireylerde güvenli bağlanma stiline sahip olmanın travma sonrası stres tepkileri açısından koruyucu bir rolü olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır.

Bu bölümde fiziksel ve cinsel şiddet iddiası nedeniyle Adli Tıp Anabilim dalı'na Adli Makamlar tarafından yönlendirilen hastalar ile yürütülen araştırma bulgularının literatürdeki bulgularla karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar ve yorumlar yer almaktadır.

Çalışmada literatürle benzer şekilde travma mağduru bireyin olay öncesinde psikiyatrik bir rahatsızlık geçirmesi ve intihar girişiminin olması, olay sonrasında travma sonrası stres şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Geçmişte psikiyatrik bir rahatsızlık geçirme ve intihar girişiminde bulunmuş olmanın kişiyi daha şiddetli travmatik stres yaşamaya eğilimli kıldığı düşünülmüştür.

Sosyal destek, sosyal biliş ve bağlanma kişi travmatik stres altındayken kişinin duygudurumunu TSSB'ye karşı koruma sağlar ya da risk oluşturur (Cloitre ve Choruvastira, 2008). Bu çalışmada olaydan sonra sosyal destek alanlar ve almayanlar arasında travma sonrası stres belirti puanı açısından anlamlı derecede fark olmadığı bulunmuştur. Bu durum şiddetin sosyal olarak daha fazla biliniyor olmasının yeniden travmatize edici özelliğini akla getirmektedir. Aynı zamanda doğal afet gibi insan eliyle oluşmayan travmalarda sosyal desteğin işlevsel olmasına karşın, fiziksel ve cinsel şiddetin insan eliyle yapılır olması diğer insanların sosyal desteğine karşı katılımcıların isteksiz olma olasılıklarını da düşündürmektedir. Bunun yanı sıra katılımcılara, olaydan sonra sosyal destek alıp almadıkları ile ilgili kapalı uçlu bir soru sorularak sosyal destek algısı araştırılmış; bununla ilgili bir envanter kullanılmamıştır; neticede sosyal destek algısı yeterince detaylandırılarak sorulmamıştır. Literatürle ilgili bu farklılık, sorma biçiminin farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Erkeklerde en yaygın TSSB nedeni savaş, ölüme tanıklık iken kadınlarda cinsel taciz ve tecavüzdür (Van Der Kolk, 2000; Hapke ve Schumann, 2006). Kadınlarda TSSB geliştirme oranı erkeklere göre 2 kat daha fazladır (Van Der Kolk,

2000; Hapke ve Schumann, 2006). Bu çalışmada da önceki araştırma bulgularına benzer olarak cinsel şiddete maruz kalan bireylerin travma sonrası stres belirti şiddet ortalamaları, fiziksel şiddete maruz kalan bireylerden daha yüksektir; ayrıca kadın katılımcılar erkek katılımcılardan daha fazla TSSB geliştirmişlerdir. Ancak sadece fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların travma sonrası belirti şiddetine bakıldığında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsel şiddete maruz kalan kadın katılımcıların, tüm katılımcıların travma sonrası stres belirti şiddet ortalamalarını arttırıcı bir etkisi olduğu düşünülmüştür.

Cinsel saldırıya maruz kalma kadınlarda daha sık rastlanırken, dövüşmek, kazalar, aletle tehdit gibi travmatik durumlara maruz kalma erkeklerde daha sık görülür (Nemeroff ve ark., 2006). Cinsel travmaya maruz kalan erkek katılımcıların olmaması nedeniyle cinsel travmaya maruz kalan bireyler arasında TSSB şiddetinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılamamıştır.

Düzce ilinin 1999'da iki deprem yaşamış olması, depremden sonra polikliniklerde travma sonrası stres tanılarının arttırmıştır (Özçetin, Özkan, Ataoğlu ve İçmeli, 2002). Depremden 12 yıl sonra yapılmaya başlanan bu çalışmada depremin yol açtığı travmanın etkilerini de göz önünde bulundurursak, katılımcıların travma sonrası stres belirtilerini göstermeye eğilimlerinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Travmalardan sonra fiziksel nedeni tam olarak gösterilemeyen veya var olan fiziksel nedenlerle açıklanamayan somatik yakınmalara sık rastlanır (Aker, 2000). Partner şiddetine maruz kalmış kadınlar sağlık problemi yaşamayan ve genel sağlık durumunu kötü olarak algılayanlardan daha fazla ortak somatik şikayette (baş ağrısı, uykusuzluk, chocking duyuları, hiperventilasyon, gastrointestinal semptomlar, ve göğüs, sırt ve pelvik ağrı) bulunmaları muhtemeldir (Dutton, 2008). Bu çalışmada da fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan bireylerde travma sonrası stres şiddeti ile somatizasyon puanları arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlıdır. Aynı zamanda çalışmada travma sonrası stres şiddetini açıklayan önemli faktörlerden birinin somatizasyon olduğu bulunmuştur. Bu durum somatizasyon bozukluğu tanımlı hastalarda travmatik geçmişin araştırılmasının tedavi için katkı sağlanacağını düşündürmüştür.

Marcowitz (2009)'e göre travmayı hatırlatan durumlara maruziyet riski açısından çevreyi keşfetmeyi ve uygun sosyal destekleri kullanarak korku dolu

tepkilerin üstesinden gelme gibi davranışlar güvenli bağlanmayı arttırırken güvensiz bağlanmayı azaltır. Waldinger ve ark. (2006) güvensiz bağlanma stilleri ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki olmasının bilimsel açıdan desteklenir olduğunu belirtmişlerdir. O'Connor ve Elklit (2008) genç yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelenmiş; güvenli bağlanma stilleri gösteren bireylerde algılanan sosyal destek, gerçekçi başa çıkma tarzı daha yüksek oranlarda gözükürken; travma sonrası stres bozukluğu ve kaçınma belirtileri daha az görülmüştür. Bu araştırmada da benzer şekilde travma sonrası belirti şiddeti ile korkulu bağlanma stili ve kayıtsız bağlanma stili aynı yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir. Travma sonrası belirti şiddeti ve güvenli bağlanma arasında ters yönde, anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Güvenli bağlanmanın şiddete maruz kalanlarda travmatik strese karşı koruyucu rol oynaması, travma sonrası stres bozukluğu tedavilerinde bağlanma terapilerinin de eş zamanlı yürütülebileceğini düşündürmüştür. Purnell (2010)'e göre yetişkinlikte bile, bireylerin bağlanma stratejileri revizyon ve değişime açıktır; bu nedenle danışanla güvenli bir üs sağlayarak çözümlenmemiş travmaları ile çalışmak, danışanın ileride yakın ilişki kurma becerilerini artırarak daha güvenli bir bağlanma stratejisine doğru gitmesini kolaylaştırır.

Bakım verenle ilgili deneyimlerin kişilerarası ilişkiler ve algılamalar üzerindeki etkisini araştıran bağlanma kuramı aynı zamanda yetişkinlikteki somatizasyonu anlamada kavramsal bir çerçeve sunar. Literatürde birçok araştırma güvensiz bağlanma stili ile somatik semptomlar ve ağrı şiddeti arasında bağlantılar bulmuştur (Porter, Davis, Kefe, 2007; Liu, Cohen, Schulz ve Waldinger, 2002; Schmidt 2002, Ciechhanowski, Walker, Katon, ve Russo , 2002). Kaygılı bağlanma başta olmak üzere güvensiz bağlanma biçimlerinin ağrı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (McDonalds, Kingsbury; 2006). Bu araştırmada da katılımcıların somatizasyon düzeyi ile korkulu bağlanma stili arasında aynı yönde, anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeylerine bakıldığında ise somatizasyon düzeylerinin bağlanma stillerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sıra ortalamaları dikkate alındığında somatizasyon oranının en fazla korkulu bağlanma stiline sahip olanlarda görüldüğü, onu sırasıyla saplantılı, kayıtsız ve güvenli bağlanmanın izlediği görülmüştür. Bu bulgu literatürü destekler niteliktedir.

5.1.Sınırlılıklar

Çalışılan örneklem grubunun evrensel grubu temsil ettiği düşünülmüştür. Diğer bir deyişle araştırmaya katılan, Düzce’de travmaya maruz kalan kişilerin Türkiye’de travmaya maruz kalan bireyleri temsil ettiği düşünülmüştür. Diğer yandan cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların hepsinin kadın oluşu çalışmanın sınırlı yanlarından biri olmuştur. Bu nedenle cinsel travma yaşayan erkek bireylerde bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye bakılamamıştır.

Çalışmada cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların hepsinin kadın oluşu, kadınların cinsel şiddete maruz kalmalarının daha sık bir durum olduğunu ve de erkeklerin cinsel şiddeti bildirmede isteksiz olabileceklerini düşündürmüştür. Bu durum nedeniyle cinsel travma yaşayan erkek bireylerde bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye bakılamamıştır.

Bağlanma stilleri ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışması üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olmasına karşın bizim çalışmamızda bu ölçek çeşitli eğitim düzeylerine sahip katılımcılara uygulanmıştır. Bazı katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle bağlanma stilleri ölçeğindeki ifadeleri anlayamaması, ölçeğin uygulanmasını olanaksız kılmıştır. Neticede bağlanma stilleri ölçeğini uygulanan katılımcıların sayısı tüm katılımcılardan daha düşük kalmıştır.

Ülkemizde ve yurtdışı literatürde travma ve bağlanma ile ilgili çalışmalar çoğunlukla çocukluk döneminde yaşanan travmaları üzerinedir. Bizim çalışmamızdaki gibi travmatik olaydan sonra en fazla beş yıl geçmiş travmatik stres belirtileri ile bağlanma stillerini araştıran çalışmalar az rastlanılmaktadır; bu nedenle çalışma bulgularımızla diğer araştırma bulgularını karşılaştırma olanağı kısıtlı kalmıştır.

Bireylerin adli tıp süreçlerinden sonra araştırmaya katılmaları, katılımcılarda anketlerin uygulanması sırasında kendilerini daha kötü gösterme eğiliminde olabileceklerinden araştırma sorularına olduğundan kendilerini daha olumsuz değerlendirmelerine yol açabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma, ülkemizde bağlanma stilleri ve travma sonrası stres tepkileri ilişkisini araştıran çalışmaların azlığı sebebiyle önem taşımaktadır.

Bu çalışmada olay türü açısından travma sonrası stres belirti puan ortalamaları karşılaştırıldığında cinsel şiddete maruz kalanların TSSB belirti şiddet ortalamaları fiziksel şiddete maruz kalanlardan daha yüksektir. Travma sonrası belirti şiddeti ile korkulu bağlanma stili, kayıtsız bağlanma stili ile somatizasyon arasında aynı yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir. Travma sonrası belirti şiddeti ve güvenli bağlanma arasında ters yönde, anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Katılımcıların somatizasyon düzeyi ile korkulu bağlanma stili arasında aynı yönde, anlamlı bir ilişki görülmüştür. Farklı tür travmatik olaylarda bağlanma stilleri, somatizasyon ve travmatik stresin incelenmesi literatüre katkı sağlayacaktır.

Travma sonrası stres şiddetini açıklamada bağlanma stilleri ile birlikte somatizasyonun travma sonrası stres belirti şiddeti üzerindeki etkisi incelendiğinde somatizasyon ve güvenli bağlanmanın travma sonrası stres şiddetinin anlamlı bir yordayıcı olduğu bulundu.

Bağlanma stillerine göre travma sonrası stres belirti şiddetine bakıldığında ortanca değerleri açısından fark vardır. Bu bağlanma stillerine bakıldığında güvenli bağlanma stili ve kayıtsız bağlanma stili; güvenli bağlanma stili ile saplantılı bağlanma stili arasında anlamlı derecede farklılık vardır.

Bağlanma stillerine göre somatizasyon düzeylerine bakıldığında somatizasyon düzeylerinin bağlanma stillerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sıra ortalamaları dikkate alındığında somatizasyon oranının en fazla korkulu bağlanma stiline sahip olanlarda görüldüğü, onu sırasıyla saplantılı, kayıtsız ve güvenli bağlanmanın izlediği görülmüştür. İleride yapılacak çalışmalarda cinsel veya fiziksel şiddete maruz kalmamış gruplarda da ve farklı tür travmaya maruz kalan gruplarda somatizasyon bulguları araştırılabilir.

KAYNAKLAR

Acierno R, Resnick H, Kilpatrick D. Behavioral Medicine, Health Impact of Interpersonal Violence 1: Prevalence Rates, Case Identification, and Risk Factors for Sexual Assault, Physical Assault, and Domestic Violence in Men and Women. 2012; (23)2: 53-64 .

Ainsworth M. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant mother relationship, *Child Development*. 1969.

Aker, T. Psikososyal Travmaya Yaklaşım, İstanbul, 2000.

Allison C, Bartholomew K, Mayselless, O ve diğ. (2008). Love as a Battlefield : Attachment and Relationship Dynamics in Couples Identified for Male Partner. *Violence Journal of Family*. 2008; 29 (125).

Aspelmeier J, Elliott A, Smith C, Childhood Sexual Abuse, Attachment and Trauma symptoms in College Females: The Moderating Role of Attachment. *Child Abuse and Neglect*. 2007; (31) 549-566.

Ayaz A, Ayaz M, Fiş N, Güler, A, Gençlerdeki somatoform bozukluklarda kaygı düzeyi, annenin bağlanma biçimi ve aile işlevselliği. *Klinik Psikiyatri*.2012; 15:(121 -128).

Aydemir Ö, Köroğlu E, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık. Ankara, 2007.

Ayoub C, Fischer K, O'connor E, Analyzing development of working models for disrupted attachments: the case of hidden family violence. *Attachment Human Development*. 2003; 5 (2): 97-119.

Balkaya F, Bilgi İşleme Süreçleri Açısından Bağlanma Kuramının Yeniden Ele Alınması. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2005;(8) 17 -39.

Bartholomew K, Horowitz L, Attachment Styles Among Young Adults: A test of a Four Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61 (2): 226 -244.

Basile K, Smith S, Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011; 5(5): 407-417.

Beattie M, Bilinç ve kişilik bozuklukları. Masterson J (Ed). *Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları*. Litera Yayıncılık, İstanbul, 2008.

Benda B, Corwyn R, The Effects of Abuse On Violence The Effects of Abuse in Adolescence. *Violence Among Adolescents*, 2002; 33(3).

Black M, Basile C, Breiding M, ve diğ, The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: Summary Report. (online). (2010). http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf (Erişim: 1 Kasım 2014).

Brennan S, Butts A, Sexual Assault in Canada. Canadian Centre for Justice Statistics Profile Series.

(online).(2004).http://sieccan.org/wp/wp-content/uploads/2015/01/SIECCAN-Sexual-Health-Issue-Brief_Sexual-Assault.pdf (Erişim: 1 Ocak 2012).

Breslau N, Kessler R. The Stresor Criterion in DSM-IV Posttraumatic Stres.Disorder:An Empirical Investigation. *Society of Biological Psychiatry*. 2001; 50:699-704

Bryant R, Harvey, A. Akut Stres Bozukluğu 2000.Çev. Rosita Kastro. Prestij Yayın, İstanbul

- Boşgelmez Ş, Aker, T. Şiddet, Ruhsal Travma ve Sonuçları. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2011; 4(2):26-31.
- Bowlby J. Attachment and Loss. (1. Baskı) Hogarth; New York: Basic Books, London, 1969.
- Burger, J., Kişilik. Çev.İnan deniz Erguvan Sarioğlu, Kaknüs Yayınları İstanbul, 2006..
- Campbell R, Wasco S. Understanding Sexual Assault and Rape. *Journal of Interpersonal Medicine*, 2005; 20 (1), 127-131.
- Carol S. North S. Somatization in Survivors of Catastrophic Trauma: A Methodological Review. *Environmental Health Perspectives*. 2010: 110.
- Charuvastra A. Cloitre M. Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annu Rev Psychol*. 2008; 59: (301–328).
- Ciechanowski, P., Walker, E., Katon, W., Russo, J.,(2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*64: (660–667).
- Cloitre M. Mcclough C. Zorbas P. ve diğ. Attachment Organization, Emotion Regulation and Expectations of Support in a Clinical Sample Of Women With Childhood Abuse Histories. *Journal of Traumatic Stress*, 2008; 21 (3), 282–289.
- Coker A, Smith P, King R, ve diğ. Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. *American Journal of Public Health*. 2000; 90 (4):553–559.
- Dahlberg L, Krug G. Violence a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(2):277-292.
- De Paulo D. Attachment Style and Somatization: A Multimethod Approach to Measuring the Effect of Emotional Awareness. 2010.
- Dutton, M., Gren, B., Kaltzman S. Ve diğ. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006; 21: 7 (955- 968).
- Dutton M, Reyes A, Elhai A, ve diğ. Domestic Violence The Encyclopedia of Psychological Trauma, Wiley, New Jersey, 2008.
- Dürü Ç. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. Doktora tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2006.
- Efe Ş. Ayaz S, Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011; 11: (23-29).
- Elklit A, Christiansen D. Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2009; 5(1).
- Erbek E., Eradamlar N, Beştepe, E. Ve diğ. Kadına Yönelik Fiziksel ve Cinsel Şiddet: Üç Grup Evli Çifte Karşılaştırmalı Bir Çalışma Düşünen Adam; 2004;17(4):196-204.
- Ford, J., (2008). Reyes, A., Elhai, A., Ford, J., Wiley New Jersey History of Psychological Trauma. The Encyclopedia of Psychological Trauma.
- Fromm E. İnsandaki Yıkıcılığın Kökenleri. 1973. Çev. Şükrü Alpagut. Payel Yayınevi İstanbul, 2011.

Griffin D. Bartholomew K. Models of Self and Others Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 67 (3): 430 - 445.

Golding J. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis *Journal of Family Violence*. 1999;14 (2):99-132.

Gölge B, Yavuz F. Cinsel Saldırı Olgularının Suç Motivasyonuna Göre Sınıflandırılması Adli Tıp Dergisi 2007; 21(2):11-20

Gölge Z. Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2005; 42: (19-28).

Güleç M. Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1: (201 – 214).

[Haegerich](#) M, Dahlberg L. Violence as a Public Health Risk. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011; (5) 5: 392.

[Haegerich](#) M, Hall J. Violence and Men's Health: Understanding the Etiological Underpinnings of Men's Experiences With Interpersonal Violence. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011; (5)5.

Haksal, P. Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyin, Sosyal Destek Algısı ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, 2007.

Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., John, U., Meyer, C., (2006). Post-traumatic stres disorder. The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 256:(299–30).

Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of personality and Social Psychology*. 52 (3): 511 – 524.

Hazan C, Shaver P. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*. 1994; 5 (1): 1 – 22.

Henderson A, [Bartholomew](#) K, [Trinke](#) S ve diğ. When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample. *Journal of Family Violence*. 2005; 20 (4): 219-230.

Hoffman L., Paris C., Holl, E., Schell, R., (1988). *Developmental Psychology Today 5.bsm Chapter 8 Personality: becoming a person*.

Horney K.. *Psikanalizde Yeni Yollar*. 1994. Öteki Psikoloji Dizisi. Çev.Selçuk Budak. İstanbul., 2006.

Jansen H, Yüksel İ, Çağatay P. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet 2008 Raporu. (online). 2009. http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e86369dc31550b3ac33/ana_rapor_mizan_1.pdf Erişim: (10 Eylül 2014).

Herman J. *Travma ve İyileşme*. 1992. Çeviri: Tamer Tosun. Literatür Yayıncılık. İstanbul, 2007.

Kingbury R, Macdonald G. Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal Relationships*. 2006; 23(2): 291-304.

Klein M. *Haset ve Şükran*. 1957. Çev. Yavuz Erten, Orhan Koçak. Metis Yayınevi. İstanbul

Koroğlu E. (Ed) *DSM IV-TR Tanı Ölçütleri*. Hekimler Yayın Birliği .Ankara.2000.

- Köroğlu E. (Ed) DSM-IV TR Tanı Ölçütleri. Ankara. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık. 2007
- Krug G, Mercy JA, Dahlberg II ve diğ. (Ed) World Health Organization: The world report on violence and health. *Lancet*. 2002.
- Laugharne J, Lillie A, Janca, A. Anksiyete ve depresif bozuklukların nedenleri ve tedavisinde psikolojik travmanın rolü. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010; 6:(1).
- Levinger G. Attachment Theory as a Paradigm for Studying Close Relationships. *Psychological Inquiry*. 1994; 5 (1): 45- 47.
- Liu L, Cohen S, Schulz M, ve diğ. Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social science & Medicine*. 2002; 73: (1436 – 1443).
- Masterson J, Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları Çev. Habibe Şentürk. Litera Yayıncılık, İstanbul. 2008.
- Mazza D, Lorraine D, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *The Medical Journal of Australia*. 1996;164 (1): 14-17.
- Montero I, Escriba, V, Perez, I. ve diğ. .Interpersonal Violence and Women's Psychological Well-Being. *Journal of Women's Health*. 2011; 20(2): 295-301.
- Moreno G, Jansen A, [Ellsberg M](#), ve diğ. Prevalence of intimate partner violence: findings from the DSÖ multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368: 12 (60–69).
- Nemeroff C, Bremner J. Foa E, ve diğ. Posttraumatic stress disorder; A state of the science review, *Journal of Psychiatric Research*. 2006; (40) 1-21
- North C. Somatization in Survivors of Catastrophic Trauma: A Methodological Review. *Environmental Health Perspectives*. 2002; 110 (4).
- Nye E, Katzman J, Bell, J. ve diğ. Attachment Organization in Vietnam Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Attachment & Human Development*. 2008;10:(1) (41-57).
- O'Connor M, Elklit A. Attachment Styles, Traumatic Events, and PTSD: a Cross-sectional Investigation of Adult Attachment and Trauma. *Attachment & Human Development*. 2008; 10: (1) 59–71.
- Oral G. Soysal Z, Çakalır C. (Ed) Adli Tıp. İstanbul. 1999.
- Pervanidou P, Chrousos G. Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: From Sigmund Freud 's "Trauma" to Psychopathology and the (Dys)metabolic Syndrome. *Hormone and Metabolic Research*. 2007; 39: (413 – 419).
- Porter L, Davis D, Keefe R, Attachment and Pain: Recent Findings and Future Directions. *Pain* .1 2007; 28(3): 195–198.
- Purnell C. Childhood attachment and trauma. Healthcare. *Counselling and Psychotherapy Journal* ,2010; 10 :(2) .
- Ratele K, Suffla S, Lazarus S, ve diğ. Towards the Development of a Responsive, Social Science-informed, Critical Public Health Framework on Male Interpersonal Violence Social Change, 2010; 40, (4): 415–438.
- Reyes A, Elhai A, Ford J. The Encyclopedia of Psychological Trauma. Wiley New Jersey. 2008.

- Roberts G, Lawrance M, William G, ve diğ. The Impact of Domestic Violence on Women's Mental Health. *Journal of Public Health*. 2008; 22 (7).
- Ruppert F. Travma Bağlanma ve Aile Konstelasyonları. Çev. Fatma Zengin. Kaknüs Yayınları İstanbul. 2011
- Sable P. Attachment, Ethology and Adult Psychotherapy. *Attachment & Human Development*. 2004; 6 (1): 3-19.
- Saltzman E, Fanslow L, McMahon M. ve diğ. Intimate Partner Violence Surveillance, 1999.
- Sandberg,D, Suess, E, Heaton J. Attachment Anxiety as a Mediator of the Relationship Between Interpersonal Trauma and Posttraumatic Symptomatology Among College Women .*Journal of Interpersonal Violence*. 2010; 25;1.
- Savaşır I. Anormal Vaka Çalışmaları. (Ed). İhsan Dağ. TPD Yayını. Ankara. 2004.
- Savaşır I, Soygüt G. ve diğ. (Ed) Karancı N, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisinde Bilişsel- Davranışçı Yaklaşımlar. Türk Psikologlar Derneği Bölüm. Ankara. 2009.
- Schmidt S, Strauss B, Braehler E. Subjective Physical Complaints and Hypochondriacal Features from an Attachment Theoretical Perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*. 2002; 75: (313 – 332).
- Scott J. P. Understanding Agression 24th National Conference on Higher Education Chicago.1969.
- Sofuoğlu S. Psikosomatik Tıp Anlayışı ve Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri*. 1984; 4(4).
- Spitzer C, Barnow S, Kay Gau. Childhood Maltreatment in Patients with Somatization Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008; 42: 335-341.
- Stuart S. Noyes R. Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*. 1999; 40:1.
- Styron Bulman Child Abuse and Neglect. Childhood Attachment and Abuse : Long Term Effects on Attachment, *Depression and Conflict Resolation*. 1997; 21(10): 1015-1023.
- Sungur M. Sosyal Destek ve İkincil Travmatizasyon. *Klinik Psikiyatri*. 1999; (2): 105-108.
- Sümer N. 11. Ergen Günleri, Konuşma Metni, Hacettepe Üniversitesi. Ergenlikte Ebeveyn Tutum ve Davranışlarının Bağlanma Kaygısındaki Rolü .2006.
- Sümer N. Yetişkin Bağlanma Ölçeklerinin Kategoriler Ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2006; 21 (57): 1 -22.
- Sümer N, Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örnekleme Üzerinde Psikometrik Değerlendirilmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999; 14 (43): 71 – 106.
- Şendil G.. (2003) Çocuk, Ergen ve Anne Baba, Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Gelişim.
- Şenyuva G, Yavuz, F. Fiziksel Şiddet Olgularında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 2009; 23 (1):1-14.
- Taylor, T., Performing Prevent Services: A Bright Futures Handbook. History, Observation and Surveillance Intimate Partner Violence.

- Tezcan S, Yavuz S., ve diğ. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet 2008 Raporu. Ankara. 2009.
- Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi* .2006; 17(2):107-114.
- Van der Kolk, B. 1987) Psychological Trauma American Psychiatric Publishing.
- Van der Kolk, B. Posttraumatic stres disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.2000; 2 (1).
- Waldinger R, Schulz M, Barsky, A. ve diğ. Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role Of Attachment. *Psychosomatic Medicine*. 2006; 68:(129–135).
- World Health Organization 2009 online http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ (Erişim: 4 Ekim 2013).
- Yavuz F, Özarslan A, Yavuz S. Cinsel Suçlar Profili. *Adli Tıp Dergisi*.1997; 13(13): 21-27.
- Yılmaz B. Travma Sonrası Stres Bozukluklarında Bilgi İşleme Süreçleri. *Türk Psikoloji Yayınları*. 2005; 61 – 72.
- Yılmaz, B., (2011). Şiddetin Psikolojisi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 4 (2).
- Zakin, G., Solomon, Z., Neria, Y., (2003).Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences*. 34: (819 – 829).
- Zolner L, Foa E, Brigidi B. Interpersonal Friction and PTSD in Female Victims of sexual and Nonsexual Assault. *Journal of Traumatic Stres*. 1999; 12: 4.
- Zulueta F, The Treatment of Psychological Trauma from the Perspective of Attachment Research. *Journal of Family Therapy*. 2006; 28:(334–351).

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı: Nil Mevlüde Keçeli
- Doğum yeri ve tarihi: İstanbul/ 01.03.1986
- Uyruğu : TC
- Medeni Durumu: Bekar
- Askerlik Durumu
- Çalıştığı kurum:Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
- İletişim Adresi ve telefonu: Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi. Tel: 5375021942

2. Eğitimi (tarih sırasına göre)

- Yabancı dili: İngilizce

3. Unvanları: Psikolog

4. Mesleki Deneyimi: 2010/.... Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi

5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar-

6. Bilimsel Etkinlikler

- Seçilmiş yayınlar-
- Aldığı burslar
- Ödüller
- Projeleri
- Verdiği konferans ya da seminerler: Aile İçi Eğitim (AEP)

EK.1 Demografik Bilgi Formu

a.Protokol no:

b.Uygulama tarihi:

c.Cinsiyetiniz:

1.Kadın

2.Erkek

d.Yaşınız:

e.Eğitim durumunuz :

1. Okur-Yazar

2. İlkokul

3.Ortaokul

4.Lise

5.Üniversite / Yüksek Lisans

f.Gelir Durumunuz :

1.Yüksek

2.Orta

3.Düşük

g.Mesleğiniz:

h.Medeni durum:

1.Bekar ()

2.Evli () (Ne zaman evlendiniz ?.....)

3.Boşanmış () (Ne zaman boşandınız ?)

4.Dul () (Ne zaman eşinizi kaybettiniz ?)

5.Evli, ayrı yaşıyor ()

6.Birlikte yaşıyor ()

ı.Yaşadığınız yer : 1 Köy/ kasaba ()

2 İlçe ()

3 Şehir merkezi ()

i.Çocuğunuz var ise çocuklarınızın yaşları ve cinsiyetleri nedir?

Yaş cinsiyet Yaş cinsiyet
1.....
2.....
3.....
4.....

j. ANNE: 1. SAĞ () 2. ÖLÜ () (Ne kadar süre önce?)

BABA: 1. SAĞ () 2. ÖLÜ () (Ne kadar süre önce?)

k. Birlikte yaşadığınız aile; 1. geniş aile () 2. çekirdek aile () 3. parçalanmış aile

l. Birlikte yaşadığınız kişiler: 1. Eş ve/veya çocuklar () 3. Yalnız ()
2. Anne baba () 4. Akraba/ Arkadaş vb. ()
5. Diğer ()

m. Psikiyatrik bir rahatsızlık geçirdiniz mi ? 1. Hayır () 2. Evet (açıklayın.....)

n. Daha önce ruhsal tedavi aldınız mı ?

1. Hayır () 2. Evet ()

Evet ise kimden yardım aldınız?

1. Hacı-hoca ()
2. Psikolog ()
3. Pratisyen hekim ()
4. Psikiyatri uzmanı ()
5. Psikiyatri dışı uzman hekim ()
6. Diğer (.....)

o. Ne tür bir tedavi hizmeti aldınız?

1. Hiçbir tedavi vermediler ()
2. Psikolojik tedavi ()
3. İlaç tedavisi /ilaç isimleri; ()
4. İki tedavi yöntemi birlikte ()
5. Diğer yöntemler ()

Ö. Halen tedavi görüyor musunuz, fiziksel/ruhsal - ilaç kullanıyor musunuz?

1. Hayır () 2. Evet / BELİRTİN;.....

p. Kronik bir rahatsızlığınız var mı ? Hayır () 2. Evet / BELİRTİN;.....

r. İntihar düşünceleriniz oldu mu / olduysa ne sıklıkla oldu ?

1. hiç ()
2. nadiren ()
3. arasıra ()
4. çok ()

s. İntihar girişiminiz oldu mu?

1. Hayır ()

2.Evet (zamanını ve yöntemini belirtin
.....)

t. Alkol veya sigara da dahil bağımlılık yapan başka bir madde kullanıyor musunuz?

ŞİMDİ 1.Hayır () 2.Evet (açıklayın.....)

GEÇMİŞTE 1.Hayır () 2.Evet (açıklayın.....)

u. Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı ?

1.Hayır () 2.Evet (açıklayın.....)

ü. Yaşadığınız yere bir başka şehirden göç ettiniz mi ?

1. Hayır () 2. Evet () (Ne kadar süre önce ?.....)

v. Son birkaç ay içerisinde bir yakınınızı kaybettiniz mi ?

1. Hayır () 2. Evet () (Ne kadar süre önce ?.....)

y. Olaydan sonra kimlerden sosyal destek aldınız ?

1. Hiç kimse () 2.Eş () 3.Çocuklar () 4. Anne () 5. Baba ()

6. Arkadaş () 7. Akraba () 8.Devlet 9 Diğer (.....)

z. Çoğunlukla aşağılama, bağırma, yetersiz olduğunu söyleme, hiçbir şey beceremediğini, çocuklarına bakamadığını söyleme, patolojik düzeyde kıskançlık, korkutma, gizliliği bozma, batıl inançlar veya paranoya düzeyinde inanmama, ne yaptığını araştırma, kıskançlık reddedilme, sevgi göstermeme, sürekli eleştirilme şeklinde kendini gösterir.

Böyle bir durumu sürekli yaşıyor musunuz ?

1 Hayır 2 Evet

Kim tarafından bu duruma maruz kalıyorsunuz ?

1 Anne

2 Baba

3 Eş

4 Çocuklar

5 Kardeş

6 Yakın akraba

7 Arkadaş

8 Diğer (.....)

Çalışan kişinin parasını elinden alma onun parasını yönetme, kişinin parasını yönetmek, şahsa ait paraya veya kazanç sağlanmasına izin vermemek

Böyle bir duruma maruz kalıyor musunuz ?

1 Hayır 2 Evet

Kim tarafından bu duruma maruz kalıyorsunuz ?

- 1 Anne
- 2 Baba
- 3 Eş
- 4 Çocuklar
- 5 Kardeş
- 6 Yakın akraba
- 7 Arkadaş
- 8 Diğer (.....)

EK.2 SCL- 90 Somatizasyon alt ölçeği

Aşağıda zaman zaman herkeste rastlanabilecek problem ve şikayetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her soruyu dikkatle okuyunuz. Sözü geçen problem veya şikayetlerin, son bir hafta içinde sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini göz önünde tutarak, size göre en doğru tek bir sayıyı () ile işaretleyiniz. Hiçbir soruyu atlamayınız. Anlamadığınız olursa danışınız.

Hayır, hiç : 0 Biraz :1 Orta derecede :2 Fazla : 3 Çok fazla : 4

SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ ?

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1)Baş ağrıları
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2)Baygınlık hissi baş dönmesi
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3)Kalp veya göğüs üzerinde ağrı
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4)Bel ağrıları | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5)Midede nahoş duygular ya da bulantı
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6)Kas ağrı ve sızıları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7)Nefes almada güçlük çekme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8)Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 9)Bedeninizin çeşitli yerlerde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 10)Boğazınızda bir yumru tıkanıdığı hissi
4 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 11)Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12)Kol ve bacaklarda ağırlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

EK.3 Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSST-Ö)

1. Bölüm

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz, birden fazla işaretleyebilirsiniz.

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	<input type="checkbox"/>
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	<input type="checkbox"/>
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(4)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(6)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	<input type="checkbox"/>
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)	<input type="checkbox"/>
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(10)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	<input type="checkbox"/>
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz: _____ _____ _____	
YUKARIDAKİ MADDELERDEN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ, SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN. HİÇBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, DEVAM ETMEYİN.		

2. Bölüm

(15) 1. Bölümde birden fazla sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, canınızı en çok sıkan, sizi en rahatsız eden olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde yalnızca bir travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

(a)	Kaza (araba ya da iş kazası, gibi)	<input type="checkbox"/>
(b)	Doğal afet	<input type="checkbox"/>
(c)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(d)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(e)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(f)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(g)	Savaş	<input type="checkbox"/>
(h)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	<input type="checkbox"/>
(i)	Hapsedilme	<input type="checkbox"/>
(j)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(k)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(l)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(m)	Bunların dışında bir olay	<input type="checkbox"/>
(n)	Aşağıda boş bırakılan yerde yukarıda işaretlemiş olduğunuz travmatik olayı kısaca anlatınız. <hr/> <hr/>	

Anlattığınız bu olay hakkında aşağıda birkaç soru verilmiştir. Bu soruları yanıtlayınız:

(16) Bu travmatik olay ne kadar zaman önce meydana geldi? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)

a.1 aydan daha az	d.6 ay- 3 yıl arası
b.1-3 ay arası	e. 3-5 yıl arası
c.3-6 ay arası	f. 5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, Evet için E harfini Hayır için H harfini daire içine alınız.

Bu travmatik olay sırasında:

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?	E	H

3. Bölüm

Aşağıda, insanların bazen bir travmatik olayın ardından yaşadığı bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alın.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1 işaretleyin. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı 15. maddede belirttiğiniz travmatik olay açısından değerlendiriniz.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3

(26)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
(27)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3
(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
(38)	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma,vb.)	0	1	2	3

(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız) a. Bir aydan daha az b. 1-3 ay arası c. 3 aydan daha fazla				
(41)	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız) a. 6 aydan daha az b. 6 ay ya da daha fazla				

4. Bölüm

3. Bölüm’de işaretlediğiniz sorunların GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE hayatınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini engelleyip engellemediğini belirtiniz. Evet için E harfini, Hayır için H harfini daire içine alınız.

(42)	İş hayatı	E	H
(43)	Evin günlük işleri	E	H
(44)	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
(45)	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
(46)	Okulla ilgili işler	E	H
(47)	Ailenizle ilişkiler	E	H
(48)	Cinsel yaşam	E	H
(49)	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
(50)	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H

EK.4 İlişki Ölçekleri Anketi

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç
tanımlamıyor

Beni kısmen
tanımlıyor

Tamamıyla
beni tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenilebileceğimden emin değilim.
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.
9. Yalnız kalmaktan korkarım.
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.
13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.
15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim değer kadar değer vermediğini kaygılanırım.
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.
20. Birisi bana çok yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.
23. Terk edilmekten korkarım.
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.

EK. 5 KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU ÖRNEĞİ

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu araştırmanın başlığı “Şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik geçmiş, travmatik stres, bağlanma ve somatizasyon arasındaki ilişkidir. Araştırma Yrd. Doç. Dr Özlem Kararımak (Kocaeli Üniversitesi Eğitim Fakültesi) danışmanlığında Psikolog Nil Mevlüde Keçeli (Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi) ve tarafından yürütülmektedir.

Araştırmanın amacı travmatik olaylar adını verdiğimiz aile üyeleri, tanıdık biri ya da tanımadık biri tarafından ‘cinsel saldırıya uğrama’ ya da ‘cinsel olmayan fiziksel saldırıya uğrama’ gibi olayların sonrasında bireylerin gösterdikleri travmatik stres tepkileri ile geçmiş travmatik yaşantıların, yakın ilişkilerinde (eş, sevgili, arkadaşlık, dostluk gibi) gösterdikleri bağlanma stilleri ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırma ‘cinsel saldırıya uğrama’ ya da ‘cinsel olmayan fiziksel saldırıya uğrama’ gibi olayların adli mercilere intikal etmesi ile Adli Tıp Anabilim Dalı’na gelen 18 yaşını doldurmuş, normal mental düzeye sahip, herhangi bir psikotik bozukluğu bulunmayan bireyler üzerinde yürütülmesi hedeflenmektedir. Araştırma kapsamında ruhsal travmatik olaylar adını verdiğimiz deprem, sel, hortum gibi doğal afetler; kazalar, yangın, patlama olayları, savaşlar, işkenceler, fiziksel şiddet, çocuklukta yaşanan cinsel ya da cinsel olmayan saldırılar, işkence görme, zorla kaçırılma, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, ölü vücudu ya da vücut parçasını görme ve ya da bunlardan birine tanıklık etme gibi kişinin başa çıkma yeteneğini aşan olayları araştırmaya katılan gönüllü bireylerin geçmişlerinde ne kadar hangi sıklıkta yaşadıkları gibi verilere ulaşmak da hedeflenmektedir.

Yukarıda bahsedilen travmatik olaylardan herhangi birini yaşadığınız ve bu durumun adli makamlara intikal edip Adli Tıp Anabilim Dalı’na yönlendirildiğiniz için ve araştırmanın da Adli Tıp Anabilimi’ne bu nedenle gelen vakalar üzerinde yürütüldüğü için siz de seçildiniz. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına

dayalıdır; 90 gönüllü katılımcıya uygulanması hedeflenmektedir. Araştırmaya katılmanın herhangi bir olası dezavantajı ya da riski yoktur. Araştırmayı kabul ettiğiniz takdirde size sunulan anket formlarını bireysel olarak ya da araştırmacı ile birlikte içtenlikle ve doğru şekilde cevaplamanız istenecektir; araştırmaya herhangi bir sebepten dolayı devam etmek istemezseniz devam etmemekte serbestsiniz. Araştırma için öngörülen süre 30/ 50 dakika arasındadır.

Araştırma için her bireyden alınan veriler bütün halinde değerlendirilerek ülkemizde ruhsal travma alanında yapılmış bilimsel çalışmalara katkıda bulunulacaktır. Elde edilen veriler bütün halinde değerlendirilecek katılımcıların kimlik bilgileri araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmayacaktır. Sonuçlar istendiği takdirde araştırma bitiminde katılımcı ile paylaşılabilir. Bütün katılımcılardan alınan veriler ışığında çalışma tez haline getirilmesi ve de bilimsel yayın yapılması planlanmaktadır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz. Daha fazla ayrıntılı bilgi için;
[nilkeceli@hotmail.com/](mailto:nilkeceli@hotmail.com) gsm: 537 502 19 42

Şikayet için :Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri A.B.D. Ruhsal Travma Birimi, Umuttepe Yerleşkesi 41380, KOCAELİ

EK.6 Tez Denetleme Listesi

- Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.
- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIğI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIğI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nn imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- n sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak çizimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / / 2015

EK.7 ETİK ONAM

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KOMİTESİ, ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI**
DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ETHICS COMMITTEE OF NONINVASIVE CLINICAL RESEARCHES
APPROVAL FOR APPLICATION

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI	Şiddete maruz kalmış bireylerde travmatik geçmiş, travmatik stres, bağlanma ve somatizasyon arasındaki ilişki		
	<i>TITLE OF THE PROJECT</i>	The relationships between traumatic history, traumatic stress, attachment and somatization among individuals exposed to violence		
	SORUMLU ARAŞTIRICI (AUTHORIZED RESEARCHER)	Yrd. Doç. Dr. Özlem KARAIRMAK		
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER RESEARCHERS)	Psikolog Nil MEVLÜDE KEÇELİ		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Kocaeli Üniversitesi Eğitim Fakültesi		
ÇALIŞMA ESASI İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (Good Clinical Practice)				
KARAR BİLGİLERİ (INFORMATION OF DECISION)	Karar No (Decision Nr) : 2012/242		Tarih (Date: dd.mm.yyyy) : 08/03/2012	
	Yrd. Doç. Dr. Özlem KARAIRMAK sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. (This project was decided to be approved for clinical ethics.)			
Ünvanı/Adı/Soyadı (Members)	Uzmanlık Alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	Serb Açıklaması (Varsa) (Declaratory Clause [if any])	İmza (Signature)
Prof. Dr. Hakan ÖZHAN (Başkan)	Kardiyoloji (Cardiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA (Bşk. Yard.)	Tıbbi Farmakoloji (Pharmacology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN (Raportör)	Tıbbi Biyokimya (Medical Biochemistry)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Prof. Dr. Ali TEKİN (Üye)	Üroloji (Urology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN (Üye)	Anestezi (Anesthesia)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Prof. Dr. Handan ANKARALI (Üye)	Biyoistatistik (Biostatistics)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN (Üye)	Genel Cerrahi (General Surgery)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI (Üye)	Fizyoloji (Physiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	---	
Eczacı Elif EFE (Üye)	Eczacı (Pharmacist)	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	---	
Avukat Suat UYAR (Üye)	Hukuk (Attorney)	Düzce Üniversitesi	---	
Metin TOZ (Üye)	Sivil Üye (Civil member)	---	---	