



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARA YÖNELİK PSİKOLOJİK ŞİDDETTE
PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR VE AİLE AİDİYETİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

BELKIS BOYDAĞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADLİ BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Işıl Pakiş

İSTANBUL-2024



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARA YÖNELİK PSİKOLOJİK ŞİDDETTE
PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR VE AİLE AİDİYETİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

BELKIS BOYDAĞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADLİ BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Işıl Pakiş

İSTANBUL-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

10/05/2024

Belkis Boydağ

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışmada kadına yönelik psikolojik şiddette psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve literatüre kazandırmak amaçlanmıştır.

Psikolojik şiddetin olumsuz etkileri gözle görülemediği ve uzun sürede ortaya çıkabildiği için bu konu hakkında araştırılmak istenmiştir. Kadınlara yönelik psikolojik şiddete bağlı olarak psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyet kavramları literatürde az rastlanması sebebiyle araştırmada özellikle bu kavramlar dikkate alınmıştır.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren, değerli bilgilerini benimle paylaşan, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli ve saygıdeğer danışman hocam; Prof. Dr. Işıl Pakiş ve Prof. Dr. M. Oğuz Polat hocalarıma teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

Bu tezi, tüm şiddet görmüş kadınlara ithaf ediyorum...

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Psikolojik Şiddet	5
2.1.1 Psikolojik şiddet kavramı.....	5
2.1.2 Psikolojik şiddet türleri.....	8
2.1.2.1 Yok olmak (ghosting)	8
2.1.2.2 Yemleme (breadcrumbing).....	9
2.1.2.3 Akıl bulandırma (gaslighting)	9
2.1.2.4 Tamponlamak (cushioning).....	10
2.1.2.5 Aşırı kıskançlık.....	10
2.1.2.6 Mobbing	11
2.1.2.7 Aniden ortaya çıkma (zombieing).....	12
2.1.2.8 Saklamak (stashing)	12
2.1.3 Psikolojik şiddet yaygınlığı	12
2.2 Psikosomatik Hastalıklar	22
2.3 Aile Aidiyeti.....	29
2.3.1 Aile kavramı	29
2.3.2 Aidiyet kavramı	30
2.3.3 Aile adiyeti.....	32
3 GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1 Araştırmanın Modeli.....	34
3.2 Evren ve Örneklem.....	34
3.3 Araştırmanın Problemleri	34
3.4 Veri Toplama Araçları.....	35
3.4.1 Kişisel bilgi formu.....	35
3.4.2 Somatik çatışma ölçeği	35
3.4.3 Psikolojik şiddet ölçeği	36
3.4.4 Aile adiyeti ölçeği.....	36

3.4 Verilerin Analizi	36
4 BULGULAR	37
4.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular	38
4.2 Araştırmaya Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	39
4.3 Araştırma Verilerinin Dağılımına Yönelik Bulgular	40
4.4 Psikolojik Şiddet Düzeyine Yönelik Bulgular	43
4.5 Psikosomatik Hastalık Düzeyine Yönelik Bulgular.....	52
4.6 Aile Aidiyeti Düzeyine Yönelik Bulgular.....	63
4.7 Psikosomatik Hastalıklar, Psikolojik Şiddet ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	71
5 TARTIŞMA.....	76
5.1 Psikolojik Şiddet Düzeyine Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması.....	76
5.2 Psikosomataik Hastalıklara Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması	80
5.3 Aile Aidiyetine Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması	84
5.4 Psikolojik Şiddet, Psikosomatik Hastalıklar ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması.....	87
6 SONUÇ	90
6.1 Psikolojik Şiddet Düzeyine Yönelik Ulaşılan Sonuçlar	90
6.2 Psikosomataik Hastalıklara Yönelik Ulaşılan Sonuçlar	91
6.3 Aile Aidiyetine Yönelik Ulaşılan Sonuçlar	93
6.4 Psikosomatik Hastalıklar, Psikolojik Şiddet ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Ulaşılan Sonuçlar.....	94
7 KAYNAKLAR.....	96
8 EKLER	104
EK 1 Kişisel Bilgi Formu.....	104
EK 2 Somatik Çatışma Ölçeği.....	105
EK 3 Psikolojik Şiddet Ölçeği	107
EK 4 Aile Aidiyeti Ölçeği.....	105
9 ÖZGEÇMİŞ	109

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AA	Alopesi Areata
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FMS	Fibromiyalji
HA	Yüksek zarardan kaçınma
IPV	Aile içi kadına yönelik şiddet
KPAS	Kronik pelvik ağrı sendromu
P	Düşük sebat etme
PİD	Psikolojik istismar davranışı
S	Düşük kendini yönetme
SCL-90R	Psikolojik Belirti Tarama Testi
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Psikolojik şiddet görmenin belirleyicileri.....	14
Tablo 2. İtalya, İspanya ve Türkiye'de kadına yönelik şiddet yaygınlık tablosu	19
Tablo 3. Kadınlarda maruz kalınan şiddet tipleri.....	20
Tablo 4. Türkiye’de kadına yönelik şiddet araştırması tanımlayıcı istatistikler tablosu 21	
Tablo 5. Kadınların sağlık durumu, eşler arası şiddetin (ıpv) türü	24
Tablo 6. Katılımcıların demografik özellikleri	38
Tablo 7. Psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyetine ait tanımlayıcı istatistikler.....	39
Tablo 8. Araştırma verilerinin dağılımına yönelik Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov analizi bulguları.....	41
Tablo 9. Araştırma verilerine ait çarpıklık ve basıklık değerleri	42
Tablo 10. Psikolojik şiddet düzeyinin yaş grubuna göre incelenmesi	43
Tablo 11. Psikolojik şiddet düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi	44
Tablo 12. Psikolojik şiddet düzeyinin mesleğe göre incelenmesi	45
Tablo 13. Psikolojik şiddet düzeyinin medeni duruma göre incelenmesi.....	46
Tablo 14. Psikolojik şiddet düzeyinin çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmesi.....	47
Tablo 15. Psikolojik şiddet düzeyinin anne eğitim durumuna göre incelenmesi.....	48
Tablo 16. Psikolojik şiddet düzeyinin anne çalışma durumuna göre incelenmesi.....	49
Tablo 17. Psikolojik şiddet düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelenmesi.....	50
Tablo 18. Psikolojik şiddet düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelenmesi.....	51
Tablo 19. Somatik hastalık düzeyinin yaş grubuna göre incelenmesi	53
Tablo 20. Somatik hastalık düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi	55

Tablo 21. Somatik hastalık düzeyinin mesleğe göre incelenmesi.....	56
Tablo 22. Somatik hastalık düzeyinin medeni duruma göre incelenmesi.....	57
Tablo 23. Somatik hastalık düzeyinin çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmesi.....	58
Tablo 24. Somatik hastalık düzeyinin anne eğitim durumuna göre incelenmesi.....	59
Tablo 25. Somatik hastalık düzeyinin anne çalışma durumuna göre incelenmesi.....	60
Tablo 26. Somatik hastalık düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelenmesi.....	61
Tablo 27. Somatik hastalık düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelenmesi.....	62
Tablo 28. Aile aidiyeti düzeyinin yaş grubuna göre incelenmesi	64
Tablo 29. Aile aidiyeti düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi	65
Tablo 30. Aile aidiyeti düzeyinin mesleğe göre incelenmesi	66
Tablo 31. Aile aidiyeti düzeyinin medeni duruma göre incelenmesi.....	67
Tablo 32. Aile aidiyeti düzeyinin çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmesi ...	67
Tablo 33. Aile aidiyeti düzeyinin anne eğitim durumuna göre incelenmesi.....	68
Tablo 34. Aile aidiyeti düzeyinin anne çalışma durumuna göre incelenmesi.....	68
Tablo 35. Aile aidiyeti düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelenmesi	69
Tablo 36. Aile aidiyeti düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelenmesi.....	70
Tablo 37. Psikolojik şiddet ve psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişki	72
Tablo 38. Psikolojik şiddet ve aile aidiyeti arasındaki ilişki.....	73
Tablo 39. Psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti arasındaki ilişki	74

ÖZET

Kadınlara Yönelik Psikolojik Şiddette Psikosomatik Hastalıklar ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişki

Bu çalışmada İstanbul'daki çalışan kadına yönelik psikolojik şiddette psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada İstanbul belediyelerinde çalışan 18-65 yaş arası evli veya ilişkisi olan 418 kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmanın verileri anket yöntemiyle toplanmış olup toplanan veriler SPSS-25 istatistik programında analiz yapılmıştır. Kadına yönelik psikolojik şiddet ve psikosomatik hastalıklar arasında pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Katılımcılarımızın psikolojik şiddet düzeyi ile aile aidiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde; psikolojik şiddete ait toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarıyla negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi saptanmıştır. Bu bulgu psikolojik şiddet arttıkça kendilik aidiyetinin ve aile aidiyeti duygularının azaldığını göstermektedir. Sonuç olarak psikolojik şiddete maruz kalmayı önlemek ve psikosomatik hastalık yaşamamak için öncelikle kadının eğitime destek vermek, aile desteğini arttırmak ve erkeklere yönelik farkındalık çalışmalarını geliştirmenin gerekli olduğu öngörülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Şiddet, psikolojik şiddet, kadına yönelik şiddet, psikosomatik hastalıklar, aile aidiyeti.

ABSTRACT

The Relationship Between Psychosomatic Diseases and Family Belonging in Psychological Violence Against Women

This study aimed to examine the relationship between psychosomatic diseases and family belonging in psychological violence against working women in Istanbul. This research consists of 418 female participants, aged 18-65, who are married or in a relationship, working in Istanbul municipalities. The data of the research was collected by survey method and the collected data was analyzed in the SPSS-25 statistical program. It has been found that there is a positive relationship between psychological violence against women and psychosomatic diseases. When the relationship between our participants' level of psychological violence and family belonging is examined; A negative and significant relationship was found between the total score of psychological violence and the dimensions of self-belonging and family belonging. This finding shows us that as psychological violence increases, feelings of self-belonging and family belonging decrease. As a result, it is predicted that in order to prevent exposure to psychological violence and avoid experiencing psychosomatic diseases, it is necessary to first support women's education, increase family support and develop awareness activities for men.

Keywords: Violence, psychological violence, violence against women, psychosomatic diseases, family belonging.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Psikolojik şiddet, tarih boyunca insanların maruz kaldıkları geçmiş uzun tarihi kısa olan bir kavramdır. Bunun nedeni insanlar üzerinde somut olarak anında gözle görülür sonuçları olmadığı için çok az araştırılmış olmasıdır. Tüm dünyada din, dil, ırk, kültür fark etmeden her ülkede psikolojik şiddet bulgularına rastlanabilmektedir. Psikolojik şiddetin hem psikolojik hem bedensel etkileri görülebilmektedir. Literatürde psikolojik şiddetin olumsuz etkilerinden bahseden az da olsa çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca dikkat çeken bir konu ise psikolojik şiddetin sonuçlarından biri olan psikosomatik hastalıklarla ve psikolojik şiddette aile desteğinin ilişkisinden bahseden çalışmaya az rastlanılmıştır.

Psikolojik şiddet kavramı, hislerin ve duygusal gereksinimlerin, karşı tarafta baskı oluşturabilmek adına tutarlı ve düzenli biçimde istismar edilmesini ve bunun tehdit edici bir unsur olarak kullanılmasına dayalıdır. Bu noktada aile içerisinde duygusal şiddet eğilimi olan bazı davranışlar şunlar olabilir:

Kadınların sevgi, merhamet, ilgi, onay, destek benzeri duygusal gereksinimlerini görmezden gelmek, hakaret edici tavırlarda bulunmak, aşağılamak, diğer insanların çevresinde küçük düşürmek, kadının arkadaş ve aile üyelerini devamlı olarak aşağılayıp onlarla görüşmesine engel olmak ya da kısıt koymak, kadının özgüven düzeyini düşürmek, yaşanan tüm olumsuzluklar nedeniyle kadını suçlamak, ona uygulanan şiddeti normalleştirmek veya inkar etmek, kadını evden kovmak ve kendisine ya da sevdiği insanlara ya da nesnelere zarar vermek ve bu konuda tehditkar olmak, yalan söylemek, kadının çocuklar konusunda kendisini suçlu hissetmesini sağlamak, kıskançlık nedeni ile sıkça tartışmak (1, 2).

Psikolojik şiddet, başka bir ifadeyle duygusal şiddet şeklinde de isimlendirilebilmektedir. Bu şiddet türü, genel olarak tehdit edici olup duygular ve duygusal ihtiyaçlar noktasında korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme benzeri amaçlar ile baskılama ve istismar etmeye dayanmaktadır (3). Psikolojik şiddet ayrıca suç teşkil eden tehdit, hakaret ve aşağılama davranışları biçiminde de kendini

gösterebilmektedir. Buna ek olarak, bireyleri özgürlüklerinden alıkoyma suçunu meydana getirebilecek eve kapama ya da odaya kilitleme benzeri davranışlar da psikolojik şiddet kapsamında değerlendirilen davranışlardır. Ayrıca psikolojik şiddet dalga geçme, hakarete bulunma, suçlayıcı tavırlar sergileme, küçük düşürücü davranma, devamlı olarak eleştiride bulunma, sadakatsiz davranma, ihmal ve istismar etme benzeri tehditler ve sosyal yaşama karışmasını engelleme gibi davranışlarla da olabilmektedir. Psikolojik şiddet, mağdur olan bireylerin kendilerine duydukları saygıyı kaybetmelerine zemin hazırlayan ve genel olarak bedensel şiddete göre kalıcı hasarlar oluşturan şiddettir (4).

Psikolojik şiddet, pek çok şekilde kendini gösterebileceği için tanımlanması kültürden kültüre ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, Vietnam'da yürütülen bir araştırmada duygusal şiddet, zor kullanarak eşiyile cinsel ilişkide bulunan bir kocanın eylemlerini ihtiva etmektedir. Afrika'da yapılan bir başka araştırmadaysa kadının evden çıkmasına engel olmak ya da zorla cinsel birliktelik kurmaya çalışmak gibi davranışlar daha çok duygusal şiddet şeklinde değerlendirilmektedir (5).

Daha başka bir araştırmada ise Türkiye'deki evli kadınların %44'ünün yaşamları boyunca birden fazla olacak şekilde psikolojik şiddet yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca, evli kadınların %20'si eşi tarafından aşağılandığını ve %21.2'si ise sıkça tehditkar davranışlara ve sözlere maruz kaldığını ifade etmiştir (6).

Bu çalışmada ise, kadına yönelik psikolojik şiddette psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve literatüre kazandırmak amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlayan araştırmanın genel bilgileri verilmiştir. Bu kapsamda, psikolojik şiddet, psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti kavramları tanıtılmıştır.

2.1 Psikolojik Şiddet

2.1.1 Psikolojik şiddet kavramı

Psikolojik şiddet diğer adıyla duygusal istismar, kişiye korkutma, suçlama, aşağılama, itibarını sarsma, küçük düşürme amacıyla uygulanan ve psikolojik açıdan yıpratıcı istismar davranışlarını içeren bir şiddet türüdür (7).

Psikolojik şiddet davranışı gösteren kişiler bağırma, korkutma, küfürlü sözler kullanma, tehdit etme, hakarete bulunma, küçük düşürücü davranma, sürekli olarak eleştiride bulunma, karşısındaki kişinin davranışlarını, görünüşünü, başkaları ile olan ilişkilerini denetleme, bu noktada sınırlamalar koyma, değersizlik duygusu uyandırma benzeri yollar kullanarak sistemli biçimde ilgili kişiye duygusal baskı uygulamaktadır. Bu davranışlar genel olarak yakın duygusal ilişkilerde, aile içerisinde ve iş yerlerinde görülebilmektedir. Bu noktada sıkça rastlanılan fakat en zor önlem alınabilen şiddet türleri arasında yer almaktadır (8).

Duygusal taciz, fiziksel ve cinsel tacizden daha çeşitlidir çünkü sözlü taciz, şiddet tehditleri, korku uyandırma, aşağılama, mülke zarar verme, sosyal izolasyonu zorlama, kazançları alma veya alıkoyma ve diğer cinsel partnerleri teşhir etme gibi birçok farklı biçimde alır (9).

Kadın üzerinde somut bedensel etkileri olmamasına karşın psikolojik bakımdan yol açtığı etkiler nedeniyle sağlık konusunda tedavisi zor olan hastalıklar arasında duygusal şiddet önemli bir yer tutmaktadır. Bu noktada, duygusal şiddetin kadını

küçük düşürücü, küçümseyici, kendisini kötü hissetmesine yönelik olduğunu ve onu utandırıcı şekilde, alaycı davranışlardan oluştuğu söylenebilir. Kadına sevgi veya merhamet göstermemek ve kadının kendisini suçlu hissetmesine sebep olmaktır. Aynı zamanda önemli kararlar alınırken onun fikrini almamak gibi davranışlar da duygusal şiddet uygulamasının farklı yönlerini oluşturmaktadır (10).

Şartların yerine gelmesi halinde Türk Ceza Kanunu madde 96 uyarınca “eziyet” ve/veya madde 106 uyarınca “tehdit” suçu olarak yorumlanabilmektedir (11).

Şiddet türleri içinde günlük hayatta en sık karşılaşılan tür duygusal şiddet olarak bilinmektedir. Bu şiddet türü, kadın, yaşlı ve bilhassa çocuk bireylerde büyük yıkımların sebebi olabilmektedir (12, 13). Psikolojik şiddet 2 özelliğiyle diğer şiddet türlerinden ayrılmaktadır. Bunlar;

- Bedensel ve cinsel şiddete benzer olarak somut fiziksel saptamaların olmayışı,
- Duygusal şiddet bireylere tek başına uygulanabileceği gibi sıkça farklı şiddet türleriyle beraber de uygulanabilmektedir.

Cinsel veya bedensel saldırıya maruz kalan bireyler genel olarak duygusal şiddetin etkisi altına girmektedir. Bu noktada sıkça kullanılan sözel şiddet, duygusal şiddetin içinde sıkça gözlenmektedir. Bilhassa kadın ve yaşlıların maruz kaldıkları duygusal şiddet içerisinde sözel şiddet sıkça kendisine yer bulmaktadır. Sözel şiddet; söz ve davranışların sistemli biçimde korkutmak, sindirmek, cezalandırmak şeklinde kullanılmasına dayalıdır. Sözel şiddete dair eylemlerden en çok dikkat çekenini bireylerin değer verdikleri konularda güvenini düşürmek ve onlara zarar vermek amacı ile belirli aralıklarla ağır düzeyde hakaretler etmektir. Kadının benlik saygısına zarar veren ve onu diğer insanların içinde utandıran lakaplar takıp onunla alay etmek de sözel şiddet şeklinde ele alınmaktadır (13).

Psikolojik şiddetin sebebi olarak ifade edilen eylemlerden bazıları şu şekildedir:

- **Reddetme:** Bu davranış, yetişkin bireylerin ya da çocukların gereksinimlerinin zamanında ve tam olarak karşılanmaması, ayrı bir birey şeklinde kabul edilmemesi, yok sayılması, olumlu yönlerine dikkat çekmek adına herhangi bir söz ya da eylemde bulunulmaması, yardım isteğinin reddedilmesi, bir işe yaramıyor duygusu verilmesi, her hatadan dolayı sorumlu hissettirilmesi, bedensel temastan kaçınıp yakınlık kurulmaması şeklinde olabilmektedir.
- **Tek Başına Bırakmak:** Bu davranış, eşin ya da anne babanın karşısındaki bireyi sosyal ilişkilerden ve kendisinden uzaklaştırması, sosyal ilişkilere girecek imkan ve fırsatların sağlanmaması veya istendik biçimde bu tip fırsatları engellenmesi, bireyin ya da çocuğun yalnızlığa alıştırılması şeklinde olabilmektedir.
- **Yıldırma:** Bireylerin sözlü ya da bedensel saldırılarla korkutulması, tehdit edilmesi, gözdağı verilmesi vb. gibi gergin bir ortamda hayatını sürdürmesine neden olan davranışlardır.
- **Suça Yönelme:** Bireylerin asosyal davranışlar kapsamında yetiştirilmesi, sosyal olmayan yaşantılara özendirilmesi, sosyal bakımdan olumsuz nitelikli örnek olunması ve bu yönde davranışlarının şekillendirilmeye çalışılması buna örnek olarak verilebilecek davranışlardır.
- **Duygusal Tepki Vermeyi Reddetme:** Bireylerin sağlıklı şekilde duygusal ve toplumsal açıdan gelişimine destek olacak tepkilerin onlardan sakınılması şeklinde olabilmektedir.
- **Aşağılama:** Bireylerin küçük düşürülmesine zemin hazırlayacak, onların gururlarına zarar verecek söz ve davranışlarda bulunulması, onların yetersizlik duygusuyla baş başa bırakılması ve kötü nitelikte lakaplar takılması aşağılama olarak değerlendirilmektedir.

- **Kendi Çıkarına Kullanma:** Bireylerin kendi menfaatleri uğruna karşısında yer alan bireyleri kullanmasına dayalı tüm davranışlardır.
- **Vaktinden Önce Yetişkin Rol Verme:** Bireylerin gerçeküstü beklentiler ile değerlendirilmesi ve bu yönde başarı beklenmesi, yapamadığı iş ve işlemler konusunda başarılı olabilmesi adına baskı kurulması ve yaş grubuna uygun düşmeyen görev ve sorumluluklar kapsamında değerlendirilmesidir (Polat, 2017).

2.1.2 Psikolojik şiddet türleri

Psikolojik şiddetin türleri ise şu şekilde listelenir (14):

1. Yok Olmak (Ghosting)
2. Yemleme (Breadcrumbing)
3. Akıl Bulandırma (Gaslighting)
4. Tamponlamak (Cushioning):
5. Aşırı Kıskançlık
6. Mobbing
7. Aniden Ortaya Çıkmak (Zombieing)
8. Saklamak (Stashing)

2.1.2.1 Yok olmak (ghosting)

Ghosting kendi his, fikir ve eylemlerinden rahatsız olan bireylerin bir arkadaşlık ya da flört sürecinin ardından partneri ile kurdukları iletişimin kesilmesidir. Ghosting, insanların büyük bölümünün hayatının bir döneminde en az bir kez karşı karşıya kaldıkları psikolojik şiddet türü olarak bilinmektedir. Bireylere duyuşal şekilde negatif yönde etkisi olan yok olma eyleminin farklı yaş gruplarında farklı yansımaları olmasına karşın en şiddetlisi geç yetişkinlik ve yaşlılık döneminde görülmektedir (13).

Bireyleri ghosting davranışına yönlendiren farklı sebepler olabilmektedir. Ancak ghosting genel olarak sanal ortam aracılığıyla geliştirilen ilişkilerde görülen bir davranıştır. Kişiler arası sosyal bağların bulunmaması ghosting eyleminin ardından meydana gelecek sosyal sonuçların sayısında düşmeye zemin hazırlamaktadır. Ayrıca, bireyler ghosting davranışına sıkça maruz kaldığına aynı davranışı gösterme eğilimleri de yükselmektedir (14).

2.1.2.2 Yemleme (breadcrumbing)

Breadcrumbing ya da Türkçe karşılığı ile yemleme davranışı, romantik ilişki ihtiyacı bulunmayan bireylerin flört ve arkadaşlık süreçlerinde karşısında yer alan insanları kendilerine bağlayan eylemlerde bulunması ve buna karşın romantik ilişki bağını başlatmamasıdır. Bu davranış, genel olarak romantik ilişkilerde meydana gelen bir davranış olsa da iş yaşamında ve aile bağlarında da görülebilmektedir. Örneğin; iş görüşmesine giden bir bireyin bu süreçte işveren tarafından bekletilmesi bu yönde değerlendirilen bir davranıştır (13).

Yemleme eylemi, bireyleri çeşitli seviyelerde ve negatif şekilde etkileyebilmektedir. Herhangi bir romantik ilişki arayışı bulunmayan bireyin motivasyon yükseltici ve mutluluk verici eylemleri bireyleri beklenti içine sokması bakımından uzun süre sürmesi halinde duygu durum bozukluklarına sebep olmaktadır (14).

2.1.2.3 Akıl bulandırma (gaslighting)

Gaslighting ya da Türkçe karşılığı ile akıl bulandırma davranışı, bireylerin düzenli şekilde manipülasyona maruz bırakılması ve üzerlerinde bu yönde denetim sağlanmasıdır. Bireyler kasıtlı ve düzenli biçimde yanlış bilgiler edinerek doğru bilgileri mukayese etmektedirler. Birey gaslighting sonucunda genel olarak kendisinden şüphe edip algılamada, öğrenmede ve hafızada çeşitli sorgulamalar yapmasına sebep olmaktadır. Yapılan bu manipülasyon davranışının süreç içerisinde

giderek yoğunlaşması, bireylerin gerçek olan durum ve olayları ayırt etmesini zorlaştırıp onların ruh sağlıklarını kaybetmelerine ortam hazırlamaktadır (13).

Gaslighting kavramı, Gas Light isimli oyuna dayalı olarak geliştirilmiş bir terimdir. Bu davranış, bireysel ya da profesyonel ilişkilerin içerisinde de sıkça görülebilmektedir. İnsanlar keyif almak ya da mağdur bireyler üzerine güçlü olabilmek adına özgüven ve düşük benlik saygısına sebep olan gaslighting davranışını göstermektedirler. Bu şekilde, benlik saygısında ve özgüven düzeyinde sarsılma olan bireylerin duygusal, bedensel ya da maddi olanaklarını kontrol edebilmektedirler (14).

2.1.2.4 Tamponlamak (cushioning)

Cushioning ya da Türkçe karşılığı ile tamponlamak davranışı, romantik ilişki içinde bulunan bireylerin var olan ilişkilerinin muhtemel bir şekilde sonlanma ihtimaline yönelik seçenek olarak görülen partnerleri değerlendirme davranışdır. Bu davranış, genel olarak flört sürecinde görülmesine karşın romantik ilişkilerin her esnasında sıkça gözlenebilir. Bireyler, romantik ilişkilerinde yaşanması muhtemel bir probleme dair bir ya da birden fazla potansiyel ilişkinin sahibi olabilmektedirler. Dolayısıyla, cushioning davranışı, duygusal ilişkilerin sağlığını ve sürekliliğini etkilemektedir. Ayrıca bu davranış, bireylerde duygu durum bozukluklarının yanı sıra güven sorunları da meydana getirmektedir (13, 14).

2.1.2.5 Aşırı kıskançlık

Kıskançlık davranışı, şüphe, öfke, korku ve aşağılanma gibi pek çok duygu kapsamında ortaya çıkabilen kompleks bir davranış türüdür. Bu davranış, her yaşta ve cinsiyetten insanı kolaylıkla etkileyebilmektedir. Kıskançlık davranışı, tipik şekilde bireylerin beğendiği ya da duygusal ilişki içinde yer aldığı kişilere dair bir tehdit algısıyla ateşlenmektedir (13).

Kıskançlık, insanların doğasında yer alan ve sıkça gözlenen bir davranıştır. Ayrıca, kıskançlık davranışının çok fazla olması da kurulan duygusal ilişkiye

partnerlerin her ikisine de zarar vermektedir. Yüksek düzeyde kıskançlık davranışı hem bireylerin kendi yaşamlarını hem de partnerlerinin yaşamlarını birçok noktada etkilemekte ve değiştirmektedir. Aşırı kıskançlığın meydana gelmesinde özgüven düzeyindeki düşüklüğe ek olarak erken dönem şemalarında yer alan uyumsuzluk ve aile ilişkilerindeki bozukluk rol oynayabilmektedir (14).

2.1.2.6 Mobbing

Mobbing davranışı, bir birey ya da grup kapsamında bir kişiyi içerisinde yer aldığı sosyal ve toplumsal kurumdan uzaklaştırabilmek amacı ile istendik bir biçimde yürütülen olumsuz nitelikli davranışların genelidir. Mobbing sonrasında mağdur bireylerde genel olarak itibar zedelenmesi, ruhsal problemler, maddi güçlükler ve iş kaybı görülmektedir (13).

Mobbing davranışı ile iş yeri zorbalığı sıkça karıştırılan iki farklı terimdir. Zorbalık genel olarak hiyerarşik biçimde ortaya çıkan bir davranıştır. Örneğin; çalışma ortamı içinde üst pozisyonlarda yer alan ya da sosyal etki bakımından daha yüksek yerlerde bulunan bireylerin daha düşük düzeyde yer alan çalışanlar üzerindeki olumsuz davranışları zorbalık kapsamındadır. Ancak mobbing davranışı ise hiyerarşiden etkilenmeyen bir kavramdır. Dolayısıyla, bireyleri çalışma ortamından uzaklaştırabilmek uğruna statü fark etmeksizin toplu biçimde gösterilen davranışlar ise mobbingtir (14).

Mobbingin oluşmasında çeşitli koşulların etkisi bulunmaktadır. Örneğin; mobbing davranışının sıkça olduğu çalışma ortamında grup içi-dışı süreçler etkin roledir. Bu ortamlarda çalışanlara sağlanan fırsatlar arasında ayrımlar bulunmaktadır. Ayrıca, yöneticiler tarafından şeffaflık ya da açıklık söz konusu olmamaktadır (13).

2.1.2.7 Aniden ortaya çıkma (zombieing)

Zombieing ya da Türkçe karşılığı ile aniden ortaya çıkma davranışı, flört sürecinde yok olma davranışı gösteren bireylerin tekrar iletişime geçmesidir. Bu

davranış, döngüsel bir yapı kapsamında olmamaktadır. Bu nedenle, flört sürecinde yok olma davranışı gösteren her birey bir süre sonra yeniden iletişime geçecek diye bir durum söz konusu değildir. Ayrıca, tekrar iletişime geçen bireylerin hepsi flört sürecinde ghosting yapan kişiler olmamaktadır. Dolayısıyla, bu iki davranış arasında her zaman ilişki olmak zorunda değildir. Zombieing davranışına maruz kalma, ghosting davranışına maruz kalma durumuna göre daha olumsuz sonuçların oluşmasına zemin hazırlayabilir. Nitekim, ghosting davranışı sebebiyle bilişsel anlamda yorulan bireyler zombieing davranışının ardından daha çok yıpranmaktadır (13).

2.1.2.8 Saklamak (stashing)

Stashing ya da Türkçe karşılığı ile saklamak davranışı, bireylerin duygusal ilişki içinde olmasına rağmen partnerini kendi çevresi ile tanıştırma eyleminde kaçması ya da ilişkisini saklama noktasında davranışlar göstermesidir. Bireyleri stashing davranışına yönlendiren çeşitli sebepler olabilmektedir. Örneğin; bireylerin yakın çevrelerinde başka insanları potansiyel flört şeklinde değerlendirmesi, başka bir ilişki içinde olması ya da düşük özgüven seviyesi bu davranışın sebepleri arasında olabilmektedir (14).

2.1.3 Psikolojik şiddet yaygınlığı

Türkiye genelinde yapılan başka bir çalışmada şiddete uğrayan kadınların yarıya yakınının (%48.5) şiddeti kimseye anlatmadığı, %4'ünün polise ve %4'ünün hastane sağlık kuruluşuna başvurdukları belirlenmiştir (15).

Crnkovic, Del Campo, ve Steiner (2000)'ın dikkat çeken bir çalışmasında, 92 ruh sağlığı uzmanının şiddet uygulayan ailelere ilişkin algılarını araştırdı. Kendilerinin ve çocuklarının fiziksel ve/veya psikolojik istismara uğradığı evlerde yaşayan kadınların yanıt vereceğini düşündükleri için Aile Ortamı 'Ölçeğindeki soruları yanıtlamaları istenmiştir. Puanları, şiddet görmüş kadın sığınma evlerindeki 28 annenin puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Uyum, dışavurumculuk, bağımsızlık, entelektüel-kültürel yönelim,

aktif-eğlence vurgusu ve ahlaki-dinsel vurgu düzeyleri açısından şiddet içeren aile dinamiklerini algılamalarında önemli ölçüde farklılık gösterdiler. İstismara maruz kalan kadınların aile dinamiklerini algılamada gerçekte bildirdiğinden daha düşük seviyelere sahip olduğuna inandıkları saptanmıştır (16).

Faramarzi vd. (2004) tarafından yürütülen çalışmada, İran'da, aile içerisinde şiddet mağduru kadınların genel tutumlarının ve erkek egemenliğinin toplumca kabul ediliş noktasındaki yorumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. 1 yıl süresince şiddet olaylarının yaygınlık oranları ele alındığında; bedensel şiddet %15 psikolojik şiddet %81 ve cinsel istismar %44 şeklinde saptanmıştır. Buna ek olarak; erkek egemenliğine karşı tutumu pozitif olan kadınların, daha fazla fiziksel ve duygusal istismar mağduru olduğu belirlenmiştir (17).

Psikolojik şiddet, bireyin duygularının, baskı uygulayabilmek adına tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, sindirme, yaptırım ve tehdit aracı şeklinde kullanılmasıdır. Kişiye dair tutarlı bir biçimde psikolojik baskı yapmak, duygusal olarak sindirmek ve aşağılamak, ona yaptırım uygulamak veya cezalandırmak amacı ile toplumdan soyutlamak adına uygulanan tüm baskı psikolojik şiddet şeklinde isimlendirilmektedir (18).

Tablo 1'de Çalışkan ve Çevik (2018)'in çalışmasınca kadınların psikolojik şiddet mağduru olma durumları bağlamındaki anlamlı değişkenler sunulmuştur (19).

Tablo 1. Psikolojik şiddet görmenin belirleyicileri

B.lı Değişken: Ps. Şiddet	Değer	Fark Oranı	St. Hata	p
Sabit	3.12	9.79	.43	.000
Yaş Grubu	-.02	.01	.01	.001
Sağlık Durumu	-.19	.09	.11	.09
Sağlık Güvencesi	-.41	.15	.22	.06
Aile Desteği	-.38	.11	.16	.02
Aldatılma Durumu	1.04	1.25	.44	.02
İstismar Durumu	.71	.47	.23	.002
Kadının Cinsel Rızası	.29	.21	.15	.06
Erkeğin Yardımı	.48	.10	.16	.003
Susma Durumu	.34	.22	.15	.03
Alkol	.30	.11	.08	.000

Psikolojik şiddet düzeyinin yordayıcı etmenleri değerlendirildiğinde, kadınların yaş grubu, aile desteği, aldatılma durumu, istismar durumu, erkeği yardımı, şiddet karşısında susma durumu ve alkol kullanımının anlamlı değişken olduğu belirlenmiştir. Ancak, sağlık durumu, sağlık güvencesi ve kadının cinsel rızasında ise anlamlı sonuçlar edinilememiştir. Elde edilen bu bulgular, Ayhan ve Özkan (2016)'ın araştırmasıyla örtüşmektedir (20).

Psikolojik şiddetle ilgili tartışmalar oldukça yeni ortaya çıkmaya başlamıştır. Kadına yönelik psikolojik şiddetin sonuçları fiziksel olarak görülmediğinden bu alanda çalışmalara literatürde oldukça az rastlanabilmektedir.

Psikolojik şiddetin dünyadaki oranlarına bakıldığında, görülme sıklıklarının gittikçe arttığı gözlenmektedir. Palmen vd. (2016)'nin araştırmasında, İtalya'daki kadınlar %38 oranında ve İspanya'daki kadınlarsa %33 oranında psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (6). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2014'te

yürütülen araştırmada ise, Türkiye'deki kadınlar %36 oranında hayatlarında en az bir kez psikolojik şiddete maruz kalmıştır. Bu sonuçtan hareketle, evli kadınların kabaca 10'da 4'ü psikolojik şiddet mağdurudur. Yapılan araştırmada, psikolojik şiddete maruz kalan kadınların en çok İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınlar olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, ilgili araştırmanın dikkat çeken bir başka bulgusu, Türkiye'deki kadınların psikolojik şiddet kadar olmasa da sıkça cinsel şiddete maruz kalmasıdır (19).

Dünya genelinde yürütölen araştırmalar incelendiğinde, kadınlara yönelik psikolojik şiddetin birçok ölkede yaygın olduğu sonucu saptanmıştır. DSÖ tarafından yapılan araştırmada, Bangladeş, Japonya, Brezilya, Etiyopya, Peru, Soma, Tanzanya, Sırbistan, Tayland, Namibya gibi ölkelerde yaşayan kadınların %75'e varan oranlarda psikolojik şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (19).

Amerika'da yapılmış bir çalışmada, bir aile içi şiddet kurumundan korunma/barınma (n = 30) veya korunma dışı hizmet (n = 30) alan şiddete uğramış kadınlarla psikolojik istismar ve sonrası hakkında görüşölmüştür. Faktör analizinden dört tür istismar türetilmiştir: özellikleri ile alay edilmesi, davranışın eleştirilmesi, görmezden gelinmesi ve kıskanç kontrol. Tüm örnek için, özelliklerin alay edilmesi en şiddetli biçim olarak değerlendirildi. Görmezden gelmek, düşük benlik saygısının en güçlü yordayıcısıdır. Hem psikolojik istismar hem de fiziksel istismar, bağımsız olarak depresyona ve düşük benlik saygısına katkıda bulunmuştur (21).

Montgomery vd. (2015) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan kadınların katılımıyla yürütölen araştırmada, kadına dair şiddet türleri arasında yer alan duygusal, bedensel ve cinsel şiddet düzeyi incelenmiştir. Yaklaşık olarak 2 bin kadının katılımıyla yürütölen bu araştırmada, 2009-2010 yıllarında ruhsal, bedensel ve cinsel şiddet türlerinin görölme oranı sırası ile %31, %19 ve %7 şeklinde saptanmıştır. Görölen bu şiddet düzeyinde, finansal imkanlar, çocukluk döneminde yaşanılan istismar, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon göstergelerinin de büyük düzeyde etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (22).

Kishor ve Johnson (2004)'in çalışmasında, aile içinde yaşanan şiddet düzeyinin yaygınlığı, şiddet faktörleriyle ve katılımcıların genel sağlık durumları ile ilişkili olarak bulunmuştur. Yürütülen araştırmada, elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucunda, Dominik, Kamboçya, Nikaragua, Kolombiya, Zambiya, Mısır, Haiti, Hindistan ve Peru gibi 9 ülkede yaşamını sürdüren kadınların aile içerisinde şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre, ilgili ülkelerdeki 6 kadından 1'i bedensel, ruhsal ve cinsel şiddet türlerini deneyimlediğini ifade etmiştir. Bu ülkelerde en sık olarak görülen şiddet türü ise, fiziksel şiddet olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, ilgili ülkelerde yaşayan kadınların duygusal şiddete maruz kaldığı ve sıkça tehdit edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranlar, Mısır ve Nikaragua ülkelerinde çok yüksek düzeyde bulunmuş olup ilgili ülkelerde yaşamını sürdüren her 3 kadından en az 1'inin aile içerisinde şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmıştır (23).

Japonya'da yapılan bir çalışmada 8 ila 49 yaşları arasındaki 1371 kadından oluşan tabakalı bir küme örneğinde sağlık durumu Psikolojik yakın partner şiddeti (IPV) ile arasındaki ilişkiyi incelemek için çok değişkenli lojistik ve negatif binom regresyon kullanılmıştır. Çalışmada 11 sağlık göstergesi incelenmiştir. Çoğu sağlık göstergesi için, yalnızca duygusal istismar bildirenler ile duygusal istismar ve fiziksel veya cinsel şiddet bildirenler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. En sık bildirilen duygusal istismar türleri, bir partnerin kadını aşağılaması veya kendisine kötü hissettirmesi (%27,8) ve onu korkutması veya sindirmesi (%16,8) idi. Genel olarak, yanıt verenlerin %43,9'u bir tür duygusal istismar yaşadığını bildirdi. Daha önce ilişki yaşamış kadınların önemli bir oranı (%30,3) fiziksel veya cinsel şiddet yaşamadan duygusal istismar yaşamıştır. Evliliği olan kadınların %13,6'sı hem fiziksel hem de cinsel şiddet ve duygusal istismar yaşadığını bildirdi. Fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların çoğu (%89,3) duygusal istismar da yaşamıştır. Ankete katılanların yalnızca %1,5'i duygusal istismar olmadan fiziksel veya cinsel şiddet bildirdi; bu, eşlerin fiziksel veya cinsel şiddeti ile duygusal istismarının genellikle birlikte meydana geldiğini göstermektedir (24).

Başka bir çalışma da psikolojik şiddet (istismar) kalıplarını belirlemek ve farklı kalıpların şiddet ve cinsel saldırganlığın etkilerine aracılık edip etmediğini belirlemek

için tasarlanmıştır. Görüşmeler “kötü” veya “stresli” heteroseksüel ilişkiler üzerine bir araştırma için gönüllü olan 720 kadından 578'i (%80,3) ile tamamlanmıştır. Pek çok gizli ve açık psikolojik istismar türünü değerlendiren 51 maddelik küme analizi, altı grup belirlenmiştir. Bulgulara göre psikolojik istismar oranları, şiddet tehditleri, şiddet eylemleri ve cinsel saldırganlık puanları, maruz kaldıkları istismarın örüntüsüne bağlı olarak kadınların sağlığı, yardım arama ve ilişki algılarına farklı katkılar sağlamıştır. Her bir zararlı eylem türü için sonuçlar ayrı ayrı tartışılmaktadır. Marshall (1996)'ın çalışmasında araştırılan faktörlerden biri olan psikolojik istismar çoğunlukla kadınların ilişkilerine ilişkin algılarına katkıda bulunmuştur, ancak kadınların partnerlerini terk etme sayısı partnerlerinin uyguladığı şiddet ile ilişkili saptanmıştır ($R = 0,38, p < 0,0001$). Psikolojik istismar arttıkça memnuniyet azaldığı gözlenmiştir ($R = 0,30, p < 0,002$). İstismar partnerin gücüyle pozitif ($R = 0,37, p < 0,0001$), çabasıyla ($R = 0,18, p < 0,02$) ve ilişkiye verdiği önemle ($R = 0,24, p < 0,02$) negatif ilişkilidir. Psikolojik istismar kadının kendi gücüyle negatif ilişkilidir ($R = 0,41, p < 0,0001$). Erkeklerin cinsel saldırganlığı, kadınların ilişkilerine verdikleri önemle negatif ilişkilidir ($R = 0,26, p < 0,001$). Fark puanları için, erkeklerin daha fazla gücü ve daha az çabası psikolojik istismarlarıyla ilişkilidir (sırasıyla $R = 0,45, p < 0,0001$ ve $R = 0,25, p < 0,002$) (25).

Palmen vd. (2016)'nin araştırmasında, İtalya, İspanya ve Türkiye'deki kadınların maruz kaldıkları şiddet durumu değerlendirilmiştir. Buna göre, İtalya'daki kadınların %27'si, İspanya'daki kadınların %22'si 15 yaşı itibariyle eş ya da sevgilisinden psikolojik şiddet görmektedir. Türkiye'de ise kadınların %36.0'sı 15 yaşından itibaren bir eş/partnerin şiddetine maruz kalmıştır. İtalya'da kadınların %5'i, İspanya ve Türkiye'de ise %3'ü 15 yaşından itibaren eşi olmayan bir kişiden cinsel şiddete maruz kalmaktadır. İtalya'daki kadınların %38'i, İspanya'da ise %33'ü 15 yaşından itibaren eşinden herhangi bir şekilde psikolojik şiddet görmektedir. Türkiye'de en az bir kez evlenmiş kadınların %44'ünün herhangi bir şekilde psikolojik şiddet gördüğü gözlenmiştir. İtalya'daki kadınların %18.0'i, İspanya'da %11.0'i ve Türkiye'de %27'si herhangi bir biçimde taciz mağduru olmuştur. İtalya'daki kadınların %13'ünün, İspanya'da %8'i ve Türkiye'de %30'unun herhangi bir şekilde ekonomik şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Kadına dair bedensel, cinsel ve ruhsal şiddetin yaygınlığıyla

ilgili mevcut araştırma veri örüntüleri bu şiddet türlerinin her üç ülkede de oldukça yaygın olduğunu, en düşük olarak İspanya, daha sonra İtalya ve en yüksek orandaysa Türkiye'nin görüldüğü belirlenmiştir (6).

Tablo 2’de de belirtildiği gibi, her üç ülkede de beş kadından en az biri 15 yaşından itibaren fiziksel ve/veya cinsel şiddet ya da tehdit yaşamış; Türkiye’de ise her 3 kadından en az birinde görülecek biçimde yükseldiği saptanmıştır. İtalya, İspanya ve Türkiye’de farklı şiddet biçimleri eş/partner veya eş/partner dışı kişilerce uygulanan şiddet olarak ayrılabilir. Cinsel şiddet ile ilgili olarak İtalya’daki kadınların %7’si, İspanya’da %4.ü ve Türkiye’de %12’sinin eş/partnerlerinin cinsel şiddetine uğradığı belirlenmiştir. Eş/partner dışı kişilerce uygulanan cinsel şiddete dair rakamlar İtalya’da %5, İspanya ve Türkiye’de ise %3’tür. Psikolojik şiddete ilişkin rakamlar her üç ülkede de son derece yüksek olmakla birlikte, Türkiye’de hayatı boyunca en az bir kez evlenmiş kadınlarda oran %44’e kadar çıkmaktadır (6).

Tablo 2. İtalya, İspanya ve Türkiye'de kadına yönelik şiddet yaygınlık tablosu

Aşağıdaki şiddet biçimlerine maruz kalan kadınların yüzdesi:			
	İtalya	İspanya	Türkiye
15 yaşından itibaren eş/partner veya eş/partner dışı kişilerce uygulanan fiziksel ve/veya cinsel şiddet ya da tehditler	%27	%22	%37.5
15 yaşından itibaren eş/partner dışı kişilerce uygulanan fiziksel şiddet	%16	%14	%14
15 yaşından itibaren eş/partner tarafından uygulanan fiziksel şiddet	%17	%12	%36 ⁷³
15 yaşından itibaren eş/partner dışı kişilerce uygulanan cinsel şiddet	%5	%3	%3 ⁷⁴
Eş/partner tarafından uygulanan cinsel şiddet	%7	%4	%12
15 yaşından itibaren eş/partner tarafından uygulanan psikolojik şiddet	%38	%33	%44.9 ⁷⁵
15 yaşından itibaren eş/partner tarafından uygulanan kontrol edici davranış ⁷⁶	%31	%26	Karşılaştırılabilir veri yok.
Ekonomik şiddet ⁷⁷	%13	%8	%30 ⁷⁸
Herhangi bir biçimde ısrarlı takip	%18	%11	%27 ⁷⁹

Psikolojik/duygusal ve fiziksel şiddet oranı incelenen bir araştırmada, doğum öncesi 691 Afrikalı Amerikalı, Hispanik ve beyaz hamile genç ve yetişkin kadından oluşan bir örnekleme görüşülmüştür. İlk doğum öncesi ziyaretlerinde, 182 (%26) kadın geçen yıl içinde fiziksel veya cinsel istismar bildirdi. Gençler ve yetişkinler arasında önemli farklar vardı ve gençlerin yüzdesi (%31,6) yetişkinlerden (%23,6) önceki yılda istismar bildiriyordu. Gebelikte istismara uğrama oranı gençlerde %21,7, erişkinlerde ise %15,9 olarak bulundu. Yetişkin kadınlar, iki duygusal istismar ölçüsünde gençlerden önemli ölçüde daha yüksek puan aldı. Psikolojik istismar, tüm denekler için fiziksel istismar ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (26).

Başka bir çalışmada, kadınların önemli sağlık sorunları yaşamasına sebebiyet veren psikolojik şiddete maruz kalmalarının üreme sağlıklarına etkisi üzerinde durulmuştur. Şiddet gören kadınların üreme sağlığını korumada ve geliştirmede oldukça yetersiz oldukları ve bu durumun sonucu olarak fetüste ve yeni doğanda uzun süreli istenmeyen olumsuz etkilerin meydana geldiği belirtilmiştir (27, 2).

Psikolojik yakın partner şiddeti (IPV), kültürler arası çalışmalarda (28) partner istismarının en yaygın şeklidir ve Cantos vd. (2015) tarafından tanımlanmıştır (29). Bir partnerin eleştirisi veya sözlü saldırganlığı ve tecrit ve tahakküm eylemleri içerir. Bir çalışmada, erkek partneri olan kadınların yaşadığı psikolojik IPV'yi araştırılmıştır (30). Ureña vd. (2015)'in çalışmasına göre, psikolojik IPV'nin fiziksel veya cinsel şiddete göre daha az araştırılmaktadır, çünkü diğer şiddet türlerine göre daha az objektif ve değerlendirilmesi daha zor olduğundan dolayı olabileceği ifade edilmiştir (31).

Tablo 3'te bahsedilen çalışmada kadınların birden fazla şiddet türüne maruz kaldıkları belirlenmiştir. Kadınların en fazla maruz kaldıkları şiddet türü sözel ve psikolojik şiddet (%45) olup, diğer şiddet türleri sırasıyla fiziksel şiddet (%36), ekonomik şiddet (%14) ve cinsel şiddet (%5) olarak belirlenmiştir (15).

Tablo 3. Kadınlarda maruz kalınan şiddet tipleri

		Sayı	Yüzde
1	Fiziksel	61	36
2	Psikolojik	76	45
3	Ekonomik	23	14
4	Cinsel	9	5
Toplam		169	100

Dikkat çeken bir araştırma ise Türkiye Araştırma Enstitüsünün 1710 katılımcı kadın ile 2008'de yaptığı çalışmadır. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması ile kadına yönelik şiddetin ve şiddet türlerinin yaygınlığına ilişkin veri elde edilmesi, elde edilen verilerin Türkiye, bölge, kırsal/kentsel yerleşim yerleri,

sosyo-ekonomik düzey ve eğitim gibi seçilmiş temel değişkenler içinde verilmesi hedeflenmiştir. 1980 yılından itibaren ülkemizde çeşitli kanun ve yaptırımlarla ele alınmaya başlanan kadına yönelik şiddet olgusu giderek artan bir dikkatle günümüze kadar işlenmektedir. 2008 yılında yapılan Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, kadına yönelik şiddet konusunda dünyada ve ülkemizde yürütülen ilk, en büyük ve en kapsamlı araştırmadır. Tablo 4’te bu çalışmanın psikolojik şiddet ile ilgili kısmına yer verilmiştir. Verilere göre; ankete katılan kadınların %82’si kentte %18’i ise kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Şiddet yaşamış olma durumlarına göre incelendiğinde ise, psikolojik şiddet görmüş kadınlar örneklemin %84.91’i oluşturmaktadır (11).

Tablo 4. Türkiye’de kadına yönelik şiddet araştırması tanımlayıcı istatistikler tablosu

		Sayı	Yüzde
Kır-Kent	Kent	1.409	82.40
	Kır	301	17.60
Psikolojik Şiddet	Hayır	258	15.09
	Evet	1.452	84.91

Psikolojik partner şiddeti, kurbanların fiziksel sağlığı üzerindeki görünmez sonuçlarına rağmen önemli bir sorundur. Akıl sağlığına odaklanan bir çalışma, psikolojik şiddet mağdurları ve mağdurları olmayanlar arasındaki depresyon, stres ve kaygı gibi akıl hastalıklarındaki farklılıklara baktı. Ürdün'deki mülteci kamplarındaki sağlık merkezlerini ziyaret eden kadınlardan oluşan uygun bir örneklem (n = 267), psikolojik şiddet deneyimleri ve ruh sağlığı durumları hakkında veri sağladı. Sonuçlar, psikolojik şiddet bildiren kadınların, mağdur olmayan meslektaşlarına kıyasla depresyon (t = -4.92), stres (t = -3.73) ve kaygı (t = -4.22) puan ortalamalarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gösterdi (32).

Cinsiyet ideolojisi, eş istismarının açıklanmasında geniş çapta tartışılmıştır. Bir çalışmada, Bangladeş'te erkekler arasındaki çeşitli cinsiyet ideolojisi türlerinin eş istismarıyla nasıl ilişkilendirildiğini incelendi. 5 köyden rastgele seçilen 342 evli erkek dahil edilmiştir. Eş istismarının insidans oranı oranını tahmin etmek için negatif binom

regresyon kullanıldı. Örneklemin %55'i geleneksel, %31,3'ü geçiş ve %13,7'si liberal cinsiyet ideolojilerini sürdürüyor. Ortalama olarak, erkekler yılda 6.10 taciz eylemi gerçekleştirdi. Veriler, liberal erkekler arasında genel eş istismarı oranlarının geleneksel ve geçiş dönemindeki erkeklere göre sırasıyla %41 ve %48 daha düşük olduğunu göstermiştir (33).

2.2 Psikosomatik Hastalıklar

Yunanca ruh anlamına gelen “psyche” ile beden anlamına gelen “soma” sözcüklerinden türetilen ve “zihnin bedeni nasıl etkilediğini” yansıtan “Psikosomatik” kavramı, ilk olarak Alman psikiyatrist Heinroth tarafından 1818 yılında kullanılmıştır. 1922 yılındaysa Avusturyalı psikiyatrist Felix Deutsch “Psikosomatik Tıp” kavramını literatüre kazandırmıştır (34).

Psikosomatik hastalıklar, gelişmiş yaşam şeklinin ve önemli işlevlerinin değişime uğramasının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple, insidansı dünya genelinde hızla yükselmekte olup özellikle Batılı ülkelerde enfeksiyöz veya beslenme alışkanlıkları sebebiyle sağlık durumunun değişmesiyle ilgilidir (35).

Günümüzde bireylerin genetik özellikleri saptanmış kişiliği psikosomatik hastalıkların gelişmesinde önemli olduğu fikrini öne çıkarmaktadır. Genel olarak bir bireyin belli bir organ ya da işlevlerindeki kalıtsal nitelik bakımından zayıflığı psikosomatik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (35).

Psikosomatik rahatsızlıklar, Oltmanns vd. (2003)'nin fiziksel zayıflık kuramı, evrim kuramı ve özgül tepki kuramını ihtiva eden biyolojik kuramlarla ifade edilmektedir. Bedensel zayıflık kuramı bağlamında kalıtsal sebepler, rahatsızlıktan zayıf düşme veya dengesiz beslenmeye dayalı stresin meydana geldiği etkilere daha yatkın hale gelmektedir. Buna ek olarak, tıbbi bir hastalık neticesinde herhangi bir organ güçsüz düşebilmektedir (36).

Psikosomatik bozuklukların epidemiyolojisine dair net veriler sunmak zor olsa da Menkü ve Coşar (2021)'ın çalışmasına göre hastanelerin genel hasta popülasyonunun %53.6'sının bir psikosomatik bozukluğa sahip olduğu bildirilmiştir. Sistemler bazında değerlendirildiğinde dermatolojik hastalığa sahip bireylerde; nörolojik, onkolojik ve kardiyolojik hasta gruplarına göre daha fazla psikosomatik bozukluk belirtileri saptandığı bildirilmektedir. Bedensel olarak sağlıklı grupla kıyaslandığında, dermatolojik bir hastalığa sahip bireylerde üç kat daha fazla psikosomatik bozukluk prevalansı saptanmıştır (37).

Psikosomatik tıp, kişilerin psiko-sosyal etmenlerinin iyilik halleri ve medikal rahatsızlıklara dair savunmasızlıklarına yönelik önem düzeyini vurgulamakta ve holistik bir yaklaşımın önemini daha açık biçimde işaret etmektedir. Dolayısıyla psikosomatik tıp; erken ve yakın dönem yaşam olaylarını, kronik stresi ve bunun neden olduğu yükü, ruhsal iyilik halini, kişilik faktörlerini, sağlıkla ilgili tutumlarla eylemleri göz önüne alınır (37).

Japonya'da yapılan bir çalışmada IPV olmadığını bildirenlere göre, orta, kötü veya çok kötü sağlık olasılığı, duygusal istismar ve fiziksel veya cinsel şiddet görmüş olanlar için 1,80 kat ve yalnızca duygusal istismar yaşamış olanlar için 1,49 kat daha yüksektir. IPV olmadığını bildirenlerle karşılaştırıldığında, duygusal istismar ve fiziksel veya cinsel şiddet bildirenlerin ve yalnızca duygusal istismarı olanların yürüme güçlüğü (AOR = 2.18 ve 2.02), olağan aktiviteleri gerçekleştirme güçlüğü (AOR = 1.94 ve 2.26, sırasıyla) ve son bir ayda sağlık hizmeti kullanımı (Sırasıyla AOR = 1,96 ve 1,57) olarak saptanmıştır (24).

Yoshihama, Horrocks ve Kamano, (2009)' a göre çoğu sağlık göstergesi için, yalnızca duygusal istismarı bildirenler ile duygusal istismar ve fiziksel veya cinsel şiddeti bildirenler arasında fark yoktur. Duygusal istismar ve fiziksel veya cinsel şiddet bildirenlerin yalnızca duygusal istismar bildirenlerden önemli ölçüde daha kötü olduğu sağlık göstergeleri (P < .05), intihar düşüncesi, fiziksel ve duygusal sıkıntı belirtileri ve hafıza veya konsantrasyon güçlüğü olarak saptanmıştır (24).

Tablo 5, daha önce partner olmuş kadınlar için sağlık göstergeleri ile IPV arasındaki ilişkileri göstermektedir. Ölçülen 11 sağlık göstergesinden yalnızca 2'sinin (ağrı kesici kullanımı ve fiziksel ağrı veya rahatsızlık deneyimi) IPV ile ilişkisi yoktu. Tablo 2'de gösterildiği gibi, IPV bildirmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında, duygusal istismar ve fiziksel veya cinsel şiddet bildiren kadınlar (düzeltilmiş insidans oranı [AIRR] = 2,13) ve yalnızca duygusal istismar bildiren kadınların (AIRR = 1,60) çok sayıda şiddet bildirme olasılığı daha yüksek saptanmıştır. İntihar düşüncesi bildirmenin düzeltilmiş olasılıkları, duygusal taciz artı fiziksel veya cinsel şiddet bildirenlerde (düzeltilmiş olasılık oranı [AOR] = 5.04) ve yalnızca duygusal taciz bildirenlerde (AOR = 2.15), IPV bildirmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (24).

Tablo 5. Kadınların sağlık durumu, eşler arası şiddetin (ipv) türü

		Yalnızca Duygusal İstismar		Duygusal İstismar ve Fiziksel veya Cinsel Şiddet		FA -
		%	AOR (%95 GA)	%	AOR (%95 GA)	
Zayıf Sağlık Göstergesi	IPV yok. %					
İntihar düşüncesi	8.0	17.2	2.15 ^{***} (1.37. 3.36)	33.8	5.04 [†] (3.24. 7.83)	10.59 ^{***}
Kendi kendini derecelendiren sağlık orta ila çok zayıf	19.3	27.1	1.49 ^{**} (1.07. 2.06)	33.0	1.80 ^{**} (1.15. 2.83)	0.88
Yürüme zorluğu	2.7	5.9	2.02 ^{**} (1.02. 4.01)	6.6	2.18 ^{**} (1.01. 4.73)	0.03
Olağan aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk	6.2	13.2	2.26 ^{***} (1.38. 3.69)	13.9	1.94 ^{**} (1.01. 3.72)	0.26
Geçen ay sağlık hizmetleri	16.0	24.0	1.57 ^{***} (1.16. 2.12)	28.3	1.96 ^{***} (1.23. 3.11)	1.06
Ağrı kesici kullanımı	21.8	26.5	1.20 (0.89. 1.61)	33.7	1.49 [*] (0.99. 2.24)	1.00
Ağrı veya rahatsızlık	6.8	11.8	1.56 [*] (0.94. 2.60)	12.8	1.52 (0.90. 2.59)	0.01
Hafıza veya konsantrasyon ile ilgili zorluk	6.0	8.2	1.35 (0.83. 2.20)	16.9	2.76 ^{***} (1.37. 5.56)	5.22 ^{**}
Uyku hapi veya sakinleştirici kullanımı	2.2	3.3	1.46 (0.59. 3.64)	7.5	3.33 ^{**} (1.24. 8.99)	3.44 [*]
Geçen yıl hastaneye yatış	3.0	3.2	0.99 (0.49. 2.00)	7.0	2.44 ^{**} (1.05. 5.64)	3.70 [*]
Tehlike belirtilerinin sayısı	1.2	2.1	1.60 [†] (1.36. 1.89)	2.7	2.13 [†] (1.67. 2.72)	5.24 ^{**}

Not. AOR = düzeltilmiş olasılık oranı; CI = güven aralığı. AOR'ler ve düzeltilmiş insidans oranları (tehlike semptomları için) yaş, ilişki durumu, çocuk sayısı, eğitim, görüşme sırasındaki sosyoekonomik refah, çocuklukta cinsel istismar ve yetişkinlikte yakın partner dışında biri tarafından yapılan cinsel istismar için ayarlanmıştır (24).

Kişinin karşı karşıya geldiği stresli bir durum ya da olayla mücadele edebilme potansiyeli arasında önemli bir dengesizlik durumu meydana geldiğinde psikolojik travmalardan söz edilebilir (37). Özgül etkileri de göz önünde bulunduran bu tanım kapsamında, travmatik durum ve olayların genel olarak herkeste nesnel biçimde derin yaralar açabilecek şiddette olaylar sonrasında meydana geldiği bilinmektedir. Stres, yalnızca güncel bir etken kapsamında oluşmayabilir. Bu sebeple, birçok psikolojik veya fiziksel rahatsızlık durumunda birey hayatının en mutlu süreçlerini yaşadığını savunabilmektedir. Fakat psikolojik ve fizyolojik bakımdan önemli olan özgül tecrübenin bilişsel ve fiziksel hafızada bıraktığı izlerdir. Travmatik nitelikte yaşantıların bıraktığı izler çoğu zaman kalıcıdır ve uzun yıllar “latent” bir durumda kalıp farklı faktörler veya hayat boyu psikolojik gelişim süreciyle gelen belli bir kriz noktasında veya yeni bir travmatik yaşantı sonrasında harekete geçip güncel bir psikiyatrik ya da psikosomatik tablonun oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (34). TSSB, tablolarının pek çoğu bu nitelikte olabilmektedir. Fakat hastanın kliniğe ilk başvuru gerekçesi doğrudan travmatik anılar ve TSSB göstergelerinden çok psikosomatik rahatsızlıklar şeklinde olabilmektedir (36).

Anksiyete, vücudun çevreye dayalı stres veren uyaranlara ilişkin spesifik olmayan biyolojik yanıtıdır. Strese yanıtta bilhassa nöro-hormonlar ve hormonlar, özel olarak katekolamin ve kortizol, daha çok metabolizmaya dayalı ve bedensel değişikliklere sebebiyet vermektedir. Bu yanıt belli bir sınırı geçerse vücutta geri dönüştürülmesi mümkün olmayan farklar ve psikosomatik bozukluklar oluşmaktadır. Örneğin, baş ağrısı, hipertansiyon ve sindirim sistemi sorunları ile psikojenik impotans benzeri bozukluklar bunlardan bazılarıdır (34).

Fibromiyalji Sendromu (FMS); genel olarak beden ağrıları ile süren, psikosomatik rahatsızlık şeklinde değerlendirilen kas-iskelet sistemine dayalı hastalıktır. Bu noktada, depresyonun en sık gözlenen psikosomatik rahatsızlık olduğu söylenebilir. Psikosomatik rahatsızlıkların etiolojisinde karakterin ciddi bir görevi bulunduğu tahmin edilmektedir. Yapılan araştırmalar, FMS hastalarının %76,5'i DSM-IV TR'ye göre psikiyatrik tanısı aldığını ve bu hastalarda, sağlıklı kontrollerle karşı karşıya geldiğinde zarar düzeyinde kaçma (HA), kendini yönetememe (S), sabretmeme (P) puanları saptanmıştır (38).

Celep (2007)'e göre, epidemiyolojik verilerden hareketle, Kronik Pelvik Ağrı Sendromunun (KPAS) önemli bir sendrom olduğu söylenebilir. Bu sendrom, pelvik bölgede işemeyle ilgili ya da işemeyle ilişkisi bulunmayan sürekli ağrı hissedilmesiyle ortaya çıkan bir rahatsızlık türüdür. KPAS'ın nedeni tam olarak bilinemediğinden tedavi çalışmalarının genel olarak başarısızlıkla sonuçlandığı ifade edilebilir. Psikolojik problemler etiyojik bir etmen şeklinde ifade edilse de literatürdeki çalışmalarda stres ile ağrı ilişkisini açıklayan araştırmalar yetersizdir. KPAS'da psikosomatik etmenler genellikle ihmal edilmiştir. Bu yönde yürütülen bir araştırmada, KPAS tanılı 40 hasta katılmış olup SCL-90R (Psikolojik Belirti Tarama Testi)'nin alt ölçeklerinden depresyon, anksiyete, obsesyon-kompulsiyon ve somatizasyon puanları anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonucu saptanmıştır. SCL-90R, kişilerin psikolojik ve bedensel durumlarının ve yaşadığı bir zorlanmada stres tepkilerinin hangi düzeyde olduğunu saptamak amacıyla uygulanan bir testtir. Yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerden (SCID-I) elde edilen verilere göre KPAS hastalarında kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatrik tanı konmuş. Pelvik ağrı düzeyini ölçen VAS ile SCL-90R'a ait alt ölçeklerden somatizasyon, obsesyon-kompulsiyon, anksiyete, fobik anksiyete ile anksiyete alt boyutlarında anlamlı ilişkiler saptanmıştır (39).

Psikosomatik hastalıklardan biri olan Alopesi Areata (AA), inflamasyon bulguları olmaksızın, odaklar şeklinde kıl kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Hastalığın etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, otoimmünite, endokrinolojik ve enfeksiyöz etkenler, emosyonel stres ve nörolojik faktörler

suçlanmaktadır. Alopesik alanlar sıklıkla saç bölgesinde görülmekle birlikte kaş, kirpik ve diğer vücut kıllarında da ortaya çıkabilir. Hastalık remisyon ve nükslerle seyretme eğilimindedir. Genellikle subjektif yakınımaya neden olmasa da lezyon genişliğine paralel olarak ciddi kozmetik sorunlara yol açabilmektedir. Bir çalışmada, Alopesi grubunda daha belirgin olmakla birlikte, her iki hasta grubunda tedavi öncesi depresif belirtiler ve anksiyete düzeyleri yüksek olarak saptandı. Tedavi sonrası tüm psikiyatrik belirtilerde belirgin azalma gözlenmiştir. Alopesi ve akne grubundaki kadın hastalarda süreklilik kaygısı ve algılanan depresyon bulgularının erkek hastalardan daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin alopesi areata grubundaki kadın hastalarda akne vulgaris grubundan daha belirgin olduğu gözlenmiştir. Her iki grupta nüks öyküsü olan hastalarda depresyon bulguları tespit edilmiştir (40).

Psikosomatik bozukluklarda kullanılabilen psikiyatrik ilaçlar aşağıdaki gibidir (37):

- Antidepresanlar (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI), Trisiklik Antidepresanlar (TSA)),
- Benzodiazepinler
- Sedatifler/Hipnotikler
- Antipsikotikler

Somatik belirtiler bireylerin hayatlarını ciddi anlamda zorlayan, hayat kalitesini düşüren, hayattan zevk almasını güçleştiren rahatsızlıklardır. Özellikle travmaya maruz kalmış kişilerde psikolojik anlamda zorlanmayla ilişkili olarak fizyolojik rahatsızlık veren psikosomatik rahatsızlıkların ortaya çıktığı bilinmektedir. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) terapisinin travmada ve psikosomatik rahatsızlıklarda etkin olarak rol aldığı bilinmektedir (34).

Arıkan ve Uysal (2021)'ın yaptığı çalışmaya göre yapılan mevcut sistemli derleme çalışmasında sadece psikosomatik göstergeler sebebi ile EMDR kullanılan hastalara

ulaşmıştır. Bütün araştırmalar birlikte değerlendirildiğinde, EMDR terapisinin psikosomatik göstergelerle mücadele edebilme ve yaşam kalitesini yükseltebilme konusunda güvenli ve etkin bir yol olduğu sonucu tespit edilmiştir. EMDR tedavisi, kronik rahatsızlıklarda rahatsızlığın nedenini yok etmese dahi, hastaların rahatsızlıklarla mücadele edebilme gücünü yükseltip ağrı düzeyini azalttığı ortaya konmuştur (41).

Son yıllarda bilim alanındaki gelişme ve değişimler klasik psiko-somatik tıptan sağlık hizmetlerinde “tıbben açıklanamayan” fiziksel yakınmaları olan hastalar veya fiziksel rahatsızlığı bulunan bireylerde meydana gelen ruhsal durumların nasıl değerlendirileceğine dair araştırmalara (Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi) yönelmeyi sağlamıştır. II. Dünya Savaşı’ndan önce Avrupa tıbbıyla savaş sonrası Kuzey Amerika tıbbında yaygınca yer alan akımların da temsili olan bu kayma bilhassa “Translational Medicine”, “Neuroscience” benzeri fonksiyonelist ve yapısal bozukluklar arasında yer alan sınırların sorgulamasına sebebiyet veren çalışma alanlarının gelişmesine ek olarak 1950-2000 yılları arasında psikiyatri alanında yaygınlaşan standart değerlendirme araçlarının gelişmesi “eski” psikosomatik tıbbın yeniden ele alınması ve canlandırılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir. Böyle bir yaklaşım hem “yeni” ve “eski” dünyada oluşan gelenekleri birleştirmekle kalmayacak, beden-ruh ayrımını aşmayı başarmış olan “Doğu” tıbbına ilişkin kaynakların “Batı” tıbbına entegre edilmesini de kolaylaştıracaktır. Bu amaçtan hareketle, yeni bir kavram olarak “psikosomatik iyilik” ileri sürülmektedir. Bu anlayışta amaç bedensel ve ruhsal açıdan “kendini düzenleme” mekanizmalarının tam çalıştığı “sağlık” durumunu tanımlamak ve incelemektir. Homeostaz prensibi kapsamında yer alan bu inceleme, dengedeki bozulmanın hayat kalitesini düşürebileceği ve bedensel “kendini düzenleme” mekanizmalarının optimal çalışmasını bozarak çeşitli hastalıklara yol açabileceği varsayımından hareket etmektedir. Bu alanda ilk olarak psiko-somatik iyilik durumunun ölçülüp standart şekilde değerlendirilmesinin önemli olduğu söylenebilir. Daha sonraysa psiko-somatik iyilik durumunun düzeylerinin farklı dış değişkenler ile ilişkisinin incelenip geçerliğinin gösterilmesidir. Bu anlayışta son amaçsa tıbbi ve cerrahi tedavilerde tamamlayıcı hizmetlerin kanıta dayalı, bilimsel ve etkili şekilde kullanılmasıdır (36).

Psikosomatik rahatsızlıkların ruhsal tedavisinde kullanılan yöntem psikoterapidir. Psikoterapi sürecinin psikolojik ve psikanalitik prensipler temelinde yapılması, hastanın kısa sürede iyileşmesi adına önemlidir. Geleneksel psikanaliz tedavisinin yararı olmakla beraber bu tedavinin uzun süreli ve pahalı olması uygulanabilirliğini azaltmaktadır. Ayrıca, hastaların davranış tedavisiyle, açıklayıcı konuşmayla, destekleyici psikoterapiyle ve uğraş tedavisiyle de yol alınabilmektedir. Bu bağlamda, grup psikoterapilerinin de işe yarayan bir teknik olduğu söylenebilir. Nitekim, Bal ve Şener (2015)'in araştırmasında da bu yöntemlerden birisi şeklinde kabul edilen psiko-drama yöntemiyle tedavi çalışmalarının etkililiği incelenmiştir. Psikodrama tekniğinde bireyler geçmiş dönemde deneyimledikleri bazı olay ve durumları getirebilecekleri gibi, geleceğe dair beklentilerini ve düşlerini de getirebilmektedirler. Psiko-drama tekniğinin bireylere verdiği imkanlardan en önemlisi, bireyin içsel yaşantılarında meydana getirdiği somutlaşmadır. Psiko-drama konuşmayla değil davranışla gerçekleştirilen tedavi tekniği olması sebebiyle, ruhsal sebeplerin keşfedilmesi ve iyileştirilmesinde etkin rol oynamaktadır. Bazı deneyimlerin psiko-drama sürecinde tekrar edilmesi, iyileştirici etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. (42).

2.3 Aile Aidiyeti

2.3.1 Aile kavramı

Aile kavramı en basit tanımıyla, evlilikle ya da kan bağına dayalı olan; anne, baba, çocuk, kardeş ve eş arasında yer alan ilişkileri yansıtan ve toplumun en küçük birimi şeklinde ifade edilebilmektedir (43). Aile kavramı, kendisine dair örf, adet, gelenek ve görenekleri ihtiva eden, içinde kültürel faktörleri taşıyan ve üyelerini hayata hazırlama noktasında etkisi bulunan sosyal kurumu yansıtmaktadır (44). Aile, üyeleri arasında samimi, doğal ve sıcak ilişkilerin bulunduğu, akrabalık ilişkilerine kapı açan, genel olarak aynı evde yaşayan ve üyelerinin birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılama durumu bakımından destek sağlayan sistemdir (45).

Aile kavramı, üyelerin birbirleri üzerinde kanunen görevleri bulunan, içinde yer aldığı sosyal ortamın kültüründen etkilenen ve kendi içinde kuralları olan bir yapıdır.

Ailenin insan neslinin devamının sağlanması ve toplumsal kültürün kuşaklar boyu aktarılmasını sağlayan fizyolojik, ruhsal, sosyal yönleri bulunmaktadır. Buradan hareketle, duygusal yakınlık, kan ya da hukuki prosedür ile birbirine bağlanan ve en az 2 kişiden meydana gelen sosyal yapıdır (46).

Aile, geçmiş bir tarihe, var olan bir gerçekliğe ya da karşılıklı biçimde birbirine etki eden ilişkilere yönelik bir gelecek beklentisine sahip insanların oluşturduğu topluluk şeklinde değerlendirilebilir. Aile üyeleri, gerekli olmamasına karşın, genel olarak kalıtım, yasal evlilik hakları, evlatlık edinme ya da taahhüt sunulmuş gönüllü bağlar ile birbirlerine bağlı olmaktadır (47).

Aile, toplum içinde yer alan ilk eğitim kurumu olarak ele alınabilir. Nitekim bireyler duygu, düşünce ve hareketlerinin kaynağını aileden almaktadır. Buradan hareketle ailenin ve ebeveynlerin çocuklar için ilk öğretmen olduğu söylenebilir. Çocuklar, çevrelerini ve kendilerini ebeveynler vasıtası ile tanımaktadır. Çocukların yaşamlarının ilk dönemlerinde edindiği değer, davranış ve alışkanlıklar, bütün yaşamı sürecinde sürekliliğini korumaktadır. Çocukların yetiştikleri aile yapısı daha sonraki süreçlerde çocukların kişisel niteliklerine ve sosyal davranışlarına etki edebilmektedir (48).

2.3.2 Aidiyet kavramı

Aidiyet, tahmin edilebilir bir geleceğe doğru devam edebilmek için insanların kurdukları bir güven duygusudur (49). Bu noktada, aidiyetin kişilerarası bir bağ ile tatmin edilen bir ihtiyaç olduğu ifade edilebilir. Aidiyet duygusunun, yeterlik ve özerklik ile beraber insanın büyümesi ve gelişmesi adına lazım olan ilişki kavramı ile bağlantılı olduğu tahmin edilmektedir (50).

İlişki ihtiyacı, başkalarına güvenli bir biçimde bağ duyma ve kendisini sevgi ve saygıya layık şekilde tecrübe etme ihtiyacını ifade etmektedir. Bu bağlamda, ilişkili olma gereksinimi, bir anlamda aidiyet duygusu veya bir topluluk duygusu yaşama ihtiyacı şeklinde belirtilebilir. Aidiyet duygusunun katılım ve insanlara bağlılık adına

yadsınamaz bir faktör olduğunun altı çizilmektedir (47). Aidiyet bireylerin kendisini o sistemin ya da çevrenin ayrılmaz bir parçası şeklinde hissedebilmeleri adına bir sistem ya da çevreye bireysel katılım deneyimidir (51).

Aidiyet ihtiyacı, insanlar için son derece güçlü ve temel bir ihtiyaçtır. Aidiyet, genellikle insanların güzel ve canlı ilişkiler kurmaya ve birbirlerinin iyiliği adına endişe duymaya dair öze dönük bir dürtü şeklinde kendini göstermektedir (52). Bu noktada, aidiyet kavramının sezgisel bir çekiciliği bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar aidiyetin zihinsel becerileri, duygusal örüntüler, eylemsel faaliyetler, sağlık ve esenlik kavramları üzerinde etkili olduğunu ve aidiyet ihtiyacının giderilmemesi halinde yıkıcı sonuçlara sebebiyet vereceğini işaret etmektedir (53).

Kendisini bir gruba ya da sosyal bir ortama ait hissedemeyen ya da aidiyet duygusu düşük olan bireyler, duygusal bunalım, intihar, yoğun stres hali, bedensel rahatsızlıklar ve birtakım olumsuz durumlara yatkın olmaktadır. Dolayısıyla, aidiyetin insanların hem bedensel hem de ruhsal sağlığına olumlu etkisine ek olarak toplumun sosyal düzeni için de önemli bir yeri bulunmaktadır (48).

Aidiyet kavramı, klinik anlamda ilk olarak Maslow (1943) tarafından tanımlanmıştır (54, 55). Bu tanımda, aidiyetin yemek, su, sıcaklık benzeri temel gereksinimlerin karşılanması ardından gelen ruhsal bir gereksinim olduğunun altı çizilmiştir. Bu noktada aidiyetin kendini gerçekleştirme düzeyine ulaşmak adına önemli bir yer tuttuğu ifade edilmiştir. Buna ek olarak, aidiyetin bireylerin sahip olduğu ve diğer bireylerle arasında bağ kurmak için lazım olduğu belirtilmiştir. Chiu vd. (2016) ise, buna benzer olarak, bireylerin ailesi ve yakın nitelikte arkadaşları olması halinde aidiyet düzeyinin daha yüksek seviyelere erişildiğini açıklamıştır (56).

Bireylerin aidiyet düzeyi, tekil olmadığı gibi farklı boyutlarda da kendisini gösterebilmektedir. Bu doğrultuda, bir bireyin kendisini aile ortamında o ortama ait değilmiş gibi hissetmesi buna örnek olarak verilebilir. Ayrıca, buna ek olarak aynı birey kendisini sosyal arkadaş grubuna ait olarak hissetmektedir. Bu durum, aidiyet kavramının dinamik yapısını göstermesi bakımından önemlidir (51). Chiu vd. (2016),

bireylerin aidiyet duygusunun daha net olarak anlaşılabilmesi adına yer aldığı bağlamın incelemesinin gerekli olduğunu açıklamaktadır (56).

Levett-Jones vd. (2007), aidiyetin önemini ve bu ihtiyacın ortadan kaldırılmasının zararlı duygusal, ruhsal, bedensel ve davranışsal bulgularını saptamıştır. Araştırmalar, aidiyetten yoksun bırakılan kişilerin benlik saygısının azaldığını, stres ve anksiyete düzeyinin yükseldiğini ve depresyona ek olarak genel refah ve mutluluk düzeyinin düştüğünü işaret etmesi açısından önem arz etmektedir (57).

2.3.3 Aile aidiyeti

İnsanın var olduğu günden beri aidiyet gereksinimini karşıladığı ilk yer ailesi olmuştur (58). Aile, bireylerin sevgi, mutluluk, korunma benzeri pek çok gereksinimini karşılamasına ek olarak aidiyet ihtiyacına da yanıt vermektedir (59). Olumlu bir ev ortamı ve aileye ait olma duyguları, kişinin gelişimini desteklemektedir (60). Aile aidiyeti, alan yazında farklı kaynaklarda aile bağlılığı ya da olumlu aile ortamı şeklinde de isimlendirilebilmektedir (55).

Aile aidiyeti, anlaşılabilmek, beraber eğlenebilmek ve ilgi görebilmek üzere bireylerin ailesinin bir parçası olmasını kapsamaktadır (61). İnsanlar dünyayla tanışabilme, bağımsızlık ve özerklik kazanabilme süreçlerinde aile desteğine gereksinim duymaktadır. Bu minvalde, bireylerin aileden fiziksel ya da duygusal biçimde ayrılmasının, pek çok olumsuz sonuçlara sebebiyet vereceği söylenebilir (62).

Aidiyet duygusu, bireylerin aile üyeleriyle bulunan ilişkilerinin kalitesinden kavramsal biçimde farklı durumdadır (55). Fakat bu ilişkilerde yer alan kalite büyük olasılıkla aileye ait olma algılarına etki etmektedir (63). Bu konuda yapılan araştırmalar bu ayrımı destekler niteliktedir. Örneğin; benzer konulu çalışmalarda ebeveyn-çocuk ilişkileri ve aile aidiyeti, iyi oluşun yordayıcısı olduğunu göstermektedir (64). Bu sonuçtan hareketle, bireylerin iyi oluşları açısından aile aidiyetinin önemli bir yeri olduğu ihtiyacı söylenebilir (65).

Aile üyeleri, sevgi ve şefkat sağlayıp diğer üyelerin aidiyet gereksiniminin giderilmesini sağlayabilmektedir (63). Aile üyelerinin anlaşıldığı ve desteklendiği durumlardaki keyifli ve olumlu bir ev ortamı, ilgili üyelerin daha büyük aile grubuna ait olduklarını düşünmelerine zemin hazırlayabilir. Aile aidiyeti seviyesi yüksek olan bireylerin aile ve sosyal ortam içerisinde fonksiyonlarını yükselttiği yönünde pek çok çalışma yer almaktadır (66).

Aile aidiyeti üzerine yapılan çalışmalar, bu kavramın ruhsal sıkıntı, suçlu psikolojisi, şiddet eğilimi, intihar düşüncesi ve davranışı, madde veya alkol kullanımı, cinsel bozukluk ve sorumsuz davranışlar gibi bir dizi olumsuz sonuçlardan korunmak için bir etmen rolünde bulunduğu işaret etmektedir (67). Yapılan pek çok araştırma aileye aidiyet duygusunun ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi paralel nitelikli durumlar olduğu ortaya koymaktadır (64).

Kaliteli bir toplum ve düzenli işleyen bir sosyal yaşam için aidiyet duygusunun kaynağını ve teşvik yollarını belirlemek gerekmektedir (61). Aile aidiyetinin önemi aile aidiyeti duygusunun yer almadığı ya da yeterince deneyimlenemediği şartlar altında netlik kazanmaktadır (68). Genel olarak sosyal sapma ve suç davranışlarının meydana gelmesinde aidiyet duygusundaki azalmanın rolü bulunmaktadır. Aile içi iletişim bozulması ve üyeler arasında yer ilişkilerde bağların kopması ile suç davranışlarının paralel bir nitelikte olduğu bilinmektedir (69).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlayan araştırmanın metodoloji bilgisi verilmiştir.

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma türlerinden tarama modeli temel alınarak yürütülmüştür. Araştırma kapsamında, psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiş olup kesitsel sonuçlar tespit edilmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, İstanbul'un Anadolu ve Avrupa yakasında çalışan belediye personelleridir. Araştırmanın evreni belirlenirken bu personellerin 18-65 yaş arasında, evli veya ilişkisi olan bireyler olması tercih edilmiştir. Araştırmanın örneklem grubu da evren içinden rastlantısal olarak seçilip araştırmaya katılmak için gönüllü olan 418 kadın katılımcıdan oluşmaktadır.

3.3 Araştırmanın Problemleri

Bu araştırmanın temel problemi, İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Alt problemlerde ise psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti değişkenlerinin demografik değişkenlere dayalı karşılaştırılması bulunmaktadır. Buradan hareketle, araştırma sürecinde yanıt aranan problemler şu şekildedir:

1. İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı fark göstermektedir?
2. İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar ve psikolojik şiddet düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
3. İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
4. İstanbul ilindeki belediye personellerinde aile aidiyeti ve psikolojik şiddet düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Kişisel bilgi formu

Araştırmaya katılan belediye personellerinin kişisel bilgilerinin öğrenilmesinde bu form kullanılmıştır. Form içinde yaş grubu, eğitim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kronik rahatsızlık durumu (katılımcılar bağırsak sendromu, astım, romatizma, tansiyon, migren ve alerji olarak belirtmiştir), anne eğitim durumu, anne çalışma durumu, 12 yaşına kadar yaşanan yer ve 12 yaşına kadar yaşanan bölge soruları yer almaktadır.

3.4.2 Somatik çatışma ölçeği

Araştırmaya katılan belediye personellerinin psikosomatik hastalıklarının öğrenilmesinde bu ölçek kullanılmıştır. Somatik Çatışma Ölçeği, Bilge ve Tütüncü (2020)'nün geliştirdiği bir veri toplama aracı olup 42 maddeden oluşmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarından meydana geldiği belirlenmiştir (70).

3.4.3 Psikolojik şiddet ölçeği

Araştırmaya katılan belediye personellerinin maruz kaldıkları psikolojik şiddetin öğrenilmesinde bu ölçek kullanılmıştır. Psikolojik Şiddet Ölçeği, Boyacıoğlu vd. (2020)'nin Türkçe çevirisini ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı bir veri toplama aracı olup 21 maddeden oluşmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin toplam puanı dışında 4 ayrı boyutunun hesap edilebildiği belirlenmiştir (71).

3.4.4 Aile aidiyeti ölçeği

Araştırmaya katılan belediye personellerinin aile aidiyetinin öğrenilmesinde bu ölçek kullanılmıştır. Aile Aidiyeti Ölçeği, Mavili vd. (2014)'nin Türkçe çevirisini ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı bir veri toplama aracı olup 17 maddeden oluşmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin toplam puanı dışında 2 ayrı boyutunun hesap edilebildiği belirlenmiştir (72).

3.5 Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde, İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeylerine ilişkin elde edilen verilerin analizinde SPSS-25 istatistik programından yararlanılmıştır. Bu doğrultuda, araştırma problemlerine mann whitney u testi, kruskal wallis h testi ve spearman korelasyon analizleri kullanılarak yanıt aranmıştır.

4 BULGULAR

Bu araştırma, İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla yapılmıştır. Bu bağlamda, 418 kadın bireyden veri toplanmış olup toplanan veriler SPSS-25 istatistik programında kodlanarak analizler yapılmıştır. Yapılan analizler, tablolar halinde organize edilmiş ve bu bölümde rapor edilmiştir.

Araştırma kapsamında ilk olarak, katılımcıların demografik özelliklerine yönelik veriler analiz edilmiş ve burada frekans ve yüzde hesaplamaları kullanılmıştır. Ayrıca, katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeylerine ilişkin minimum değer, maksimum değer, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikleri hesap edilmiştir.

Katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri demografik değişkenlere göre incelenmeden önce normallik kontrolleri yapılmıştır. Bu kontrollerde; Shapi-Wilk testi ile Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Ayrıca bu kontrollerde, verilere ait çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir.

Araştırma verileri normal dağılım göstermediği için hipotezlerin test edilmesinde non-parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bu bağlamda, katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri 2 gruplu değişkenlere göre incelenirken mann whitney u testi; 2'den daha fazla sayıda grup içeren değişkenlere göre incelenirken ise kruskal wallis h testi tercih edilmiştir. Ayrıca, psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

4.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu araştırmaya, İstanbul ilinde görev yapan 418 kadın belediye personeli katılmıştır. Katılımcılara ait demografik özelliklerin frekans ve yüzde değerleri aşağıda sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişken	Grup	f	%
Yaş Grubu	21-25	103	24.6
	26-30	150	35.9
	31-35	70	16.7
	36-40	43	10.3
	41 ve üzeri	52	12.4
Eğitim Durumu	İlk-Ortaokul	15	3.6
	Lise	121	28.9
	Üniversite	252	60.3
	Lisansüstü	30	7.2
Meslek	Memur	217	51.9
	İşçi	62	14.8
	Mühendis	77	18.4
	Diğer	62	14.8
Medeni Durum	Evli	213	51.0
	Bekar - İlişkisi Var	205	49.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	177	42.3
	Hayır	241	57.7
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	255	61.0
	Ortaokul	68	16.3
	Lise	64	15.3
	Üniversite	31	7.4
Anne Çalışma Durumu	Evet	103	24.6
	Hayır	315	75.4
12 Yaşa Kadar Yaşanılan Yer	Köy	9	2.2
	İlçe	46	11.0
	Şehir	363	86.8
12 Yaşa Kadar Yaşanılan Bölge	Marmara	146	34.9
	Ege	22	5.3
	Akdeniz	19	4.5
	Karadeniz	63	15.1
	İç Anadolu	102	24.4
	Doğu Anadolu	59	14.1
	Güneydoğu Anadolu	7	1.7
Toplam		418	100.0

Tablo 6'ya göre İstanbul ili Anadolu ve Avrupa Yakası'nda görev yapan 418 katılımcı genel olarak; 26-30 yaş grubunda (%35.9), üniversite mezunu (%60.3) olarak saptanmıştır. Kadın katılımcılar, mesleklerine göre incelendiğinde memur pozisyonunda çalışan (%51.9), medeni durumu evli (%51.0) çocuk sahibi olmayan (%57.7), aile özellikleri incelendiğinde annesi ilkokul mezunu (%61.0), annesi

çalışmayan (%75.4), 12 yaşına kadar şehirde yaşamış (%86.8) ve 12 yaşına kadar Marmara Bölgesi'nde yaşamış (%34.9) kişilerden oluşmaktadır.

4.2 Araştırmaya Ait Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeylerine ilişkin minimum değer, maksimum değer, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikleri hesap edilmiştir.

Tablo 7. Psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyetine ait tanımlayıcı istatistikler

Ölçek	Boyut	n	min	max	\bar{x}	ss
Psikosomatik Hastalıklar	Sıklık	418	.00	159.00	41.70	16.22
	Şiddet	418	.00	159.00	55.26	20.64
	Duygusal Durum	418	40.00	120.00	41.72	6.80
	Kaygı	418	.00	40.00	38.78	4.21
	Depresyon	418	.00	21.00	.73	2.51
	Öfke	418	.00	40.00	.49	2.92
Psikolojik Şiddet	Toplam	418	21.00	147.00	40.82	19.91
	Kıskançlıkla Kontrol Etme	418	8.00	56.00	15.23	7.82
	İhmal Etme	418	5.00	35.00	10.44	5.20
	Özellikleriyle Alay Etme	418	5.00	35.00	9.09	4.85
	Davranışlarını Eleştirme	418	3.00	21.00	6.06	3.22
Aile Aidiyeti	Toplam	418	27.00	85.00	66.29	10.48
	Kendilik Aidiyeti	418	18.00	60.00	48.79	8.03
	Aile Aidiyeti	418	6.00	25.00	17.50	2.87

Tablo 7'den hareketle, katılımcı bireylerin psikosomatik hastalıklara ait en yüksek boyutu şiddet (55.26 ± 20.064) ve en düşük boyutu ise öfke ($.49 \pm 2.92$) olarak belirlenmiştir.

Tablo 7'den hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyine ait skor 40.82 ± 19.91 olarak belirlenmiştir. Psikolojik şiddete ait en yüksek boyut kıskançlıkla kontrol etme (15.23 ± 7.082) ve en düşük boyut ise davranışlarını eleştirme (6.06 ± 3.22) olarak belirlenmiştir.

Tablo 7'den hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyetine ait skor 66.29 ± 10.48 olarak belirlenmiştir. Aile aidiyetine ait en yüksek boyut kendilik aidiyeti (48.79 ± 8.03) ve en düşük boyut ise aile aidiyeti (17.50 ± 2.87) olarak belirlenmiştir.

4.3 Araştırma Verilerinin Dağılımına Yönelik Bulgular

Katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri incelenmeden önce araştırma verilerinin dağılımı kontrol edilmiştir. Normallik kontrollerinin yapılmasında, Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak yapılmaktadır (73). Ayrıca, sosyal bilimlerdeki normallik kontrolleri, yaygın olarak çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi ile kontrol edilmektedir (74). Çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım varsayımını karşılamasında sıkça kullanılan değer aralığı -2 ile +2 arasındadır (75, 76).

Tablo 8. Araştırma verilerinin dağılımına yönelik Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov analizi bulguları

Ölçek	Boyut	Shapiro-Wilk			Kolm.-Smirnov		
		İst.	df	<i>p</i>	İst.	df	<i>p</i>
Somatik Duygusal Çatışma	Sıklık	.171	412	.000	.835	412	.000
	Şiddet	.122	412	.000	.930	412	.000
	Duygusal Durum	.428	412	.000	.268	412	.000
	Kaygı	.440	412	.000	.328	412	.000
	Depresyon	.452	412	.000	.329	412	.000
	Öfke	.498	412	.000	.163	412	.000
Psikolojik İstismar	Toplam	.289	412	.000	.699	412	.000
	Kıskançlıkla Kontrol Etme	.256	412	.000	.733	412	.000
	İhmal Etme	.252	412	.000	.779	412	.000
	Özellikleriyle Alay Etme	.235	412	.000	.721	412	.000
	Davranışlarını Eleştirme	.242	412	.000	.768	412	.000
Aile Aidiyeti	Toplam	.177	412	.000	.862	412	.000
	Kendilik Aidiyeti	.202	412	.000	.847	412	.000
	Aile Aidiyeti	.200	412	.000	.912	412	.000

Tablo 8'den hareketle, katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeylerine ilişkin dağılımda anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, verilerin normal dağılım göstermediğini işaret etmektedir.

Tablo 9. Araştırma verilerine ait çarpıklık ve basıklık değerleri

Ölçek	Boyut	Çarpıklık		Basıklık	
		İst.	S.H.	İst.	S.H.
Somatik Duygusal Çatışma	Sıklık	2.27	.12	10.25	.24
	Şiddet	-2.37	.12	2.96	.24
	Duygusal Durum	6.45	.12	53.76	.24
	Kaygı	-4.89	.12	27.58	.24
	Depresyon	5.07	.12	29.74	.24
	Öfke	8.93	.12	96.78	.24
Psikolojik İstismar	Toplam	2.34	.12	5.65	.24
	Kıskançlıkla Kontrol Etme	2.23	.12	5.26	.24
	İhmal Etme	3.93	.12	3.92	.24
	Özellikleriyle Alay Etme	2.35	.12	6.06	.24
	Davranışlarını Eleştirme	2.02	.12	4.39	.24
Aile Aidiyeti	Toplam	-2.51	.12	2.46	.24
	Kendilik Aidiyeti	-2.59	.12	2.65	.24
	Aile Aidiyeti	-2.08	.12	2.41	.24

Tablo 9'dan hareketle, katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri normal dağılım varsayımını karşılayamamaktadır. Verilerin normal dağılım göstermediği araştırmalarda non-parametrik analiz yöntemleri kullanılmaktadır (77). Bu sebeple araştırmanın analizleri mann whit u testi, kruskal wallis h testi ve spearman korelasyon analizi ile gerçekleştirilmiştir.

4.4 Psikolojik Şiddet Düzeyine Yönelik Bulgular

Araştırma amaçları kapsamında katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri demografik değişkenlere göre incelenmiştir. Bu incelemelerde, iki gruplu karşılaştırmalar mann whitney u testi ve ikiden fazla gruplu karşılaştırmalar ise kruskal wallis h testi ile yapılmıştır. Kruskal wallis h testinde meydana gelen anlamlı farklar ise post-hoc testlerinden Games-Howel testi ile incelenmiştir.

Tablo 10. Psikolojik şiddet düzeyinin yaş grubuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Toplam	21-25	103	214.83	5.58	.23	
	26-30	150	206.65			
	31-35	70	228.49			
	36-40	43	174.78			
	41 ve üzeri	52	210.32			
Kıskançlıkla Kontrol Etme	21-25	103	216.01	5.33	.26	
	26-30	150	202.90			
	31-35	70	225.47			
	36-40	43	178.06			
	41 ve üzeri	52	220.14			
İhmal Etme	21-25	103	203.17	4.28	.37	
	26-30	150	208.20			
	31-35	70	228.25			
	36-40	43	184.97			
	41 ve üzeri	52	220.83			
Özellikleriyle Alay Etme	21-25	103	223.17	13.22	.01	1,2,3>4,5
	26-30	150	216.77			
	31-35	70	223.17			
	36-40	43	155.88			
	41 ve üzeri	52	187.40			
Davranışlarını Eleştirme	21-25	103	213.67	2.28	.70	
	26-30	150	206.57			
	31-35	70	213.80			
	36-40	43	187.88			
	41 ve üzeri	52	221.79			

Tablo 10'dan hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri yaş grubuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$). Fakat özellikleriyle alay etme boyutunda 21-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubundaki kadınların puanı 36-40 yaş ile 41 yaş ve üzerindeki katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 11. Psikolojik şiddet düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Toplam	İlk-Ortaokul	15	302.87	17.54	.001	1>2,3,4 2,3>4
	Lise	121	227.76			
	Üniversite	252	200.72			
	Lisansüstü	30	162.95			
Kıskançlıkla Kontrol Etme	İlk-Ortaokul	15	299.60	14.33	.002	1>2,3,4 2,3>4
	Lise	121	210.74			
	Üniversite	252	209.90			
	Lisansüstü	30	156.07			
İhmal Etme	İlk-Ortaokul	15	295.77	18.30	.000	1>2,3,4 2>4
	Lise	121	234.69			
	Üniversite	252	195.96			
	Lisansüstü	30	178.48			
Özellikleriyle Alay Etme	İlk-Ortaokul	15	273.13	8.64	.04	1>2,3,4 2>4
	Lise	121	221.68			
	Üniversite	252	204.08			
	Lisansüstü	30	174.10			
Davranışlarını Eleştirme	İlk-Ortaokul	15	290.90	9.99	.02	1>2,3,4
	Lise	121	221.25			
	Üniversite	252	200.79			
	Lisansüstü	30	194.58			

Tablo 11’den hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .05$). Buna göre, toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme boyutunda ilk-ortaokul mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan; lise ve üniversite mezunu katılımcıların ise lisansüstü mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Ayrıca, ihmal etme ve özellikleriyle alay etme boyutlarında ilk-ortaokul mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan; lise mezunu katılımcıların ise lisansüstü mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Davranışlarını eleştirme boyutunda ilk-ortaokul mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır.

Tablo 12. Psikolojik şiddet düzeyinin mesleğe göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Toplam	Memur	217	212.18	3.83	.28	
	İşçi	62	223.94			
	Mühendis	77	186.70			
	Diğer	62	214.00			
Kıskançlıkla Kontrol Etme	Memur	217	209.26	2.12	.54	
	İşçi	62	205.42			
	Mühendis	77	198.74			
	Diğer	62	227.78			
İhmal Etme	Memur	217	210.65	5.34	.15	
	İşçi	62	220.07			
	Mühendis	77	183.76			
	Diğer	62	226.85			
Özellikleriyle Alay Etme	Memur	217	214.87	3.21	.35	
	İşçi	62	222.70			
	Mühendis	77	191.69			
	Diğer	62	199.60			
Davranışlarını Eleştirme	Memur	217	207.06	2.71	.52	
	İşçi	62	212.31			
	Mühendis	77	198.97			
	Diğer	62	228.31			

Tablo 12’den hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 13. Psikolojik şiddet düzeyinin medeni duruma göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Toplam	Evli	213	210.20	44773.00	21683.00	.90
	Bekar	205	208.77	42798.00		
Kıskançlıkla Kontrol Etme	Evli	213	209.84	44695.50	21760.50	.95
	Bekar	205	209.15	42875.50		
İhmal Etme	Evli	213	218.02	46439.00	20017.00	.14
	Bekar	205	200.64	41132.00		
Özellikleriyle Alay Etme	Evli	213	200.16	42634.00	19843.00	.10
	Bekar	205	219.20	44937.00		
Davranışlarını Eleştirme	Evli	213	208.50	44411.00	21620.00	.86
	Bekar	205	210.54	43160.00		

Tablo 13’ten hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri medeni duruma göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 14. Psikolojik şiddet düzeyinin çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Toplam	Evet	177	208.67	36935.00	21182.00	.90
	Hayır	241	210.11	50636.00		
Kıskançlıkla Kontrol Etme	Evet	177	208.67	36935.00	21182.00	.90
	Hayır	241	210.11	50636.00		
İhmal Etme	Evet	177	216.03	38238.00	20172.00	.34
	Hayır	241	204.70	49333.00		
Özellikleriyle Alay Etme	Evet	177	193.94	34326.50	18753.50	.02
	Hayır	241	220.93	53244.50		
Davranışlarını Eleştirme	Evet	177	207.69	36761.50	21008.50	.79
	Hayır	241	210.83	50809.50		

Tablo 14'ten hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$). Fakat özellikleriyle alay etme boyutunda çocuk sahibi olmayan kadınların puanı çocuk sahibi olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 15. Psikolojik şiddet düzeyinin anne eğitim durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	İlkokul	255	216.29	2.08	.56	
	Ortaokul	68	199.71			
	Lise	64	197.38			
	Üniversite	31	200.18			
Kıskançlıkla Kontrol Etme	İlkokul	255	213.63	1.17	.76	
	Ortaokul	68	209.21			
	Lise	64	201.20			
	Üniversite	31	193.32			
İhmal Etme	İlkokul	255	213.98	2.18	.54	
	Ortaokul	68	190.37			
	Lise	64	208.88			
	Üniversite	31	215.92			
Özellikleriyle Alay Etme	İlkokul	255	214.58	1.52	.68	
	Ortaokul	68	198.61			
	Lise	64	199.23			
	Üniversite	31	212.84			
Davranışlarını Eleştirme	İlkokul	255	209.89	1.21	.75	
	Ortaokul	68	202.29			
	Lise	64	205.80			
	Üniversite	31	229.79			

Tablo 15'ten hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri anne eğitim durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 16. Psikolojik şiddet düzeyinin anne çalışma durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Toplam	Evet	103	210.69	21701.50	16099.50	.91
	Hayır	315	209.11	65869.50		
Kıskançlıkla Kontrol Etme	Evet	103	197.50	20342.50	14986.50	.24
	Hayır	315	213.42	67228.50		
İhmal Etme	Evet	103	219.98	22657.50	15143.50	.31
	Hayır	315	206.07	64913.50		
Özellikleriyle Alay Etme	Evet	103	214.58	22101.50	15699.50	.62
	Hayır	315	207.84	65469.50		
Davranışlarını Eleştirme	Evet	103	223.27	22997.00	14804.00	.18
	Hayır	315	205.00	64574.00		

Tablo 16'dan hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri anne çalışma durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$).

Tablo 17. Psikolojik şiddet düzeyinin 12 yaşına kadar yaşananlara göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	Köy	9	246.22	2.08	.35	
	İlçe	46	190.08			
	Şehir	363	211.05			
Kıskançlıkla Kontrol Etme	Köy	9	270.56	2.87	.24	
	İlçe	46	196.26			
	Şehir	363	209.66			
İhmal Etme	Köy	9	277.17	3.57	.17	
	İlçe	46	194.68			
	Şehir	363	209.70			
Özellikleriyle Alay Etme	Köy	9	198.67	1.56	.46	
	İlçe	46	189.52			
	Şehir	363	212.30			
Davranışlarını Eleştirme	Köy	9	252.22	1.50	.47	
	İlçe	46	199.29			
	Şehir	363	209.73			

Tablo 17’den hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri 12 yaşına kadar yaşananlara göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 18. Psikolojik şiddet düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanan bölgeye göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Toplam	Marmara	146	193.35	6.26	.39	
	Ege	22	219.64			
	Akdeniz	19	207.66			
	Karadeniz	63	203.69			
	İç Anadolu	102	225.77			
	Doğu An.	59	227.03			
	Güneydoğu A.	7	186.93			
Kıskançlıkla Kontrol Etme	Marmara	146	201.34	4.31	.63	
	Ege	22	226.20			
	Akdeniz	19	203.05			
	Karadeniz	63	191.91			
	İç Anadolu	102	219.72			
	Doğu An.	59	225.42			
	Güneydoğu A.	7	219.93			
İhmal Etme	Marmara	146	194.97	7.53	.27	
	Ege	22	222.70			
	Akdeniz	19	230.32			
	Karadeniz	63	197.93			
	İç Anadolu	102	229.90			
	Doğu An.	59	215.88			
	Güneydoğu A.	7	167.71			
Özellikleriyle Alay Etme	Marmara	146	183.19	14.24	.03	
	Ege	22	231.05			
	Akdeniz	19	193.79			
	Karadeniz	63	209.50			
	İç Anadolu	102	225.90			
	Doğu An.	59	240.52			
	Güneydoğu A.	7	232.79			
Davranışlarını Eleştirme	Marmara	146	202.74	4.85	.56	
	Ege	22	234.27			
	Akdeniz	19	217.95			
	Karadeniz	63	196.77			
	İç Anadolu	102	217.12			
	Doğu An.	59	221.46			
	Güneydoğu A.	7	152.36			

Tablo 18'den hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanan bölgeye göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

4.5 Psikosomatik Hastalık Düzeyine Yönelik Bulgular

Araştırma amaçları kapsamında katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri demografik değişkenlere göre incelenmiştir. Bu incelemelerde, iki gruplu karşılaştırmalar mann whitney u testi ve ikiden fazla gruplu karşılaştırmalar ise kruskal wallis h testi ile yapılmıştır. Kruskal wallis h testinde meydana gelen anlamlı farklar ise post-hoc testlerinden Games-Howel testi ile incelenmiştir.

Tablo 19. Somatik hastalık düzeyinin yaş grubuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	<i>p</i>	Fark
Sıklık	21-25	103	220.12	15.29	.004	1,2>3,4,5
	26-30	150	228.10			
	31-35	70	188.88			
	36-40	43	177.58			
	41 ve üzeri	52	169.00			
Şiddet	21-25	103	229.40	16.28	.003	1,2>3,4,5
	26-30	150	227.33			
	31-35	70	183.51			
	36-40	43	175.55			
	41 ve üzeri	52	178.05			
Duygusal Durum	21-25	103	189.88	22.14	.000	4,5>1,2
	26-30	150	201.01			
	31-35	70	215.06			
	36-40	43	239.97			
	41 ve üzeri	52	240.16			
Kaygı	21-25	103	229.05	22.11	.000	1,2>4,5
	26-30	150	218.08			
	31-35	70	203.77			
	36-40	43	179.08			
	41 ve üzeri	52	178.88			
Depresyon	21-25	103	192.38	22.55	.000	4,5>1,2
	26-30	150	200.60			
	31-35	70	211.23			
	36-40	43	242.62			
	41 ve üzeri	52	239.38			
Öfke	21-25	103	203.02	4.08	.40	
	26-30	150	207.50			
	31-35	70	213.26			
	36-40	43	219.26			
	41 ve üzeri	52	214.97			

Tablo 19'dan hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri yaş grubuna göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı ve depresyon boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .05$). Buna göre, sıklık ve şiddet boyutlarında 21-25 ile 26-30 grubundaki kadınların puanı 31-35, 36-40 ile 41 ve üzerindeki kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum ve depresyon boyutlarında 36-40 ile 41 ve üzerindeki kadınların puanı 21-25, 26-30 grubundaki kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ek olarak, kaygı boyutunda 21-25 ile 26-30 grubundaki kadınların puanı 36-40 ile 41 ve üzerindeki kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Fakat öfke boyutunda katılımcıların yaş grubuna göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$).



Tablo 20. Somatik hastalık düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Sıklık	İlk-Ortaokul	15	224.80	6.55	.09	
	Lise	121	223.06			
	Üniversite	252	203.19			
	Lisansüstü	30	164.73			
Şiddet	İlk-Ortaokul	15	188.07	11.19	.01	2>1,4
	Lise	121	238.71			
	Üniversite	252	199.46			
	Lisansüstü	30	179.48			
Duygusal Durum	İlk-Ortaokul	15	197.07	13.77	.003	3,4>2
	Lise	121	187.74			
	Üniversite	252	219.26			
	Lisansüstü	30	221.48			
Kaygı	İlk-Ortaokul	15	221.87	13.66	.003	2>3,4
	Lise	121	231.18			
	Üniversite	252	199.78			
	Lisansüstü	30	197.53			
Depresyon	İlk-Ortaokul	15	200.10	10.94	.01	3,4>2
	Lise	121	190.70			
	Üniversite	252	217.36			
	Lisansüstü	30	223.97			
Öfke	İlk-Ortaokul	15	195.00	12.67	.01	3,4>2
	Lise	121	196.64			
	Üniversite	252	216.60			
	Lisansüstü	30	208.97			

Tablo 20'den hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, şiddet boyutunda lise mezunu kadınların puanı ilk-ortaokul ve lisansüstü mezunu kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum, depresyon ve öfke boyutlarında üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların puanı lise mezunu kadınların

puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ek olarak, kaygı boyutunda lise mezunu kadınların puanı üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Fakat sıklık boyutunda eğitim durumuna göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 21. Somatik hastalık düzeyinin mesleğe göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Sıklık	Memur	217	226.79	23.19	.000	1,2>3,4
	İşçi	62	227.03			
	Mühendis	77	163.28			
	Diğer	62	171.55			
Şiddet	Memur	217	235.35	60.94	.000	1,2>3,4
	İşçi	62	259.54			
	Mühendis	77	151.66			
	Diğer	62	136.30			
Duygusal Durum	Memur	217	188.82	97.78	.000	3,4>1,2
	İşçi	62	173.00			
	Mühendis	77	231.58			
	Diğer	62	290.97			
Kaygı	Memur	217	230.17	87.80	.000	1,2>3,4
	İşçi	62	246.00			
	Mühendis	77	187.52			
	Diğer	62	127.96			
Depresyon	Memur	217	191.14	89.03	.000	3,4>1,2
	İşçi	62	175.50			
	Mühendis	77	226.45			
	Diğer	62	286.70			
Öfke	Memur	217	201.94	32.98	.000	3,4>1,2
	İşçi	62	195.00			
	Mühendis	77	216.60			
	Diğer	62	241.65			

Tablo 21’den hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, sıklık, şiddet ve kaygı boyutlarında memur ve işçi kadınların puanı mühendis ve diğer kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum, depresyon ve öfke boyutunda mühendis ve diğer kadınların puanı memur ve işçi kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 22. Somatik hastalık düzeyinin medeni duruma göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Sıklık	Evli	213	187.22	39503.00	17137.00	.001
	Bekar	205	227.66	45988.00		
Şiddet	Evli	213	187.23	39880.00	17089.00	.000
	Bekar	205	231.73	47273.00		
Duygusal Durum	Evli	213	222.82	47461.50	18994.50	.001
	Bekar	205	195.66	40109.50		
Kaygı	Evli	213	196.13	41775.50	189884.50	.000
	Bekar	205	223.39	45795.50		
Depresyon	Evli	213	221.39	47156.50	19299.50	.001
	Bekar	205	197.14	40414.50		
Öfke	Evli	213	212.66	45296.00	21160.00	.22
	Bekar	205	206.22	42275.00		

Tablo 22’den hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri medeni duruma göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı ve depresyon boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, sıklık, şiddet ve kaygı boyutlarında ilişkisi olan bekar kadınların puanı evli kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum ve depresyon boyutlarında ise evli kadınların puanı ilişkisi olan bekar kadınların puanından anlamlı

düzyeyde yüksektir. Fakat öfke boyutunda medeni duruma göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 23. Somatik hastalık düzeyinin çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Sıklık	Evet	177	184.63	32309.50	16909.50	.001
	Hayır	241	223.45	53181.50		
Şiddet	Evet	177	188.60	33381.50	17628.50	.003
	Hayır	241	224.05	53771.50		
Duygusal Durum	Evet	177	220.04	38946.50	19463.50	.02
	Hayır	241	201.76	48624.50		
Kaygı	Evet	177	199.07	35235.50	19482.50	.02
	Hayır	241	217.16	52335.50		
Depresyon	Evet	177	217.37	38474.50	19935.50	.08
	Hayır	241	203.72	49096.50		
Öfke	Evet	177	213.95	37869.00	20541.00	.14
	Hayır	241	206.23	49702.00		

Tablo 23'ten hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum ve kaygı boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, sıklık, şiddet ve kaygı boyutlarında çocuk sahibi olmayan kadınların puanı çocuk sahibi olan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum boyutunda çocuk sahibi olan kadınların puanı çocuk sahibi olmayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Fakat depresyon ile öfke boyutlarında da gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 24. Somatik hastalık düzeyinin anne eğitim durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	<i>p</i>	Fark
Sıklık	İlkokul	255	213.23	3.74	.29	
	Ortaokul	68	196.60			
	Lise	64	209.87			
	Üniversite	31	173.10			
Şiddet	İlkokul	255	216.62	5.78	.12	
	Ortaokul	68	196.31			
	Lise	64	213.06			
	Üniversite	31	166.05			
Duygusal Durum	İlkokul	255	207.34	5.40	.15	
	Ortaokul	68	225.90			
	Lise	64	195.85			
	Üniversite	31	219.44			
Sıklık	İlkokul	255	211.71	5.41	.14	
	Ortaokul	68	193.16			
	Lise	64	223.09			
	Üniversite	31	199.11			
Şiddet	İlkokul	255	209.03	3.68	.30	
	Ortaokul	68	217.79			
	Lise	64	195.97			
	Üniversite	31	223.08			
Duygusal Durum	İlkokul	255	210.48	3.61	.31	
	Ortaokul	68	217.07			
	Lise	64	201.39			
	Üniversite	31	201.61			

Tablo 24'ten hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri anne eğitim durumuna göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 25. Somatik hastalık düzeyinin anne çalışma durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Sıklık	Evet	103	208.88	21514.50	15771.50	.85
	Hayır	315	206.38	63976.50		
Şiddet	Evet	103	220.31	22691.50	15006.50	.27
	Hayır	315	205.29	64461.50		
Duygusal Durum	Evet	103	204.16	21028.50	15672.50	.44
	Hayır	315	211.25	66542.50		
Kaygı	Evet	103	214.90	22134.50	15666.50	.43
	Hayır	315	207.73	65436.50		
Depresyon	Evet	103	204.22	21034.50	15678.50	.43
	Hayır	315	211.23	66536.50		
Öfke	Evet	103	210.99	21732.00	16069.00	.74
	Hayır	315	209.01	65839.00		

Tablo 25'ten hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri anne çalışma durumuna göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 26. Somatik hastalık düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Sıklık	Köy	9	181.17	12.70	.002	3>2
	İlçe	44	148.13			
	Şehir	360	214.84			
Şiddet	Köy	9	119.67	24.32	.000	3>1,2
	İlçe	46	137.53			
	Şehir	362	220.30			
Duygusal Durum	Köy	9	291.11	28.20	.000	1>3
	İlçe	46	255.60			
	Şehir	363	201.63			
Kaygı	Köy	9	127.28	28.0	.000	3>1,2
	İlçe	44	163.83			
	Şehir	360	217.33			
Depresyon	Köy	9	296.39	21.76	.000	1>3
	İlçe	46	242.08			
	Şehir	362	203.22			
Öfke	Köy	9	218.94	13.72	.001	2>3
	İlçe	46	236.38			
	Şehir	363	205.86			

Tablo 26'dan hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, sıklık boyutunda şehirde yaşayan kadınların puanı ilçede yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca, şiddet ve kaygı boyutlarında şehirde yaşayan kadınların puanı köy ve ilçede yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ek olarak, duygusal durum ve depresyon boyutlarında köyde yaşayan kadınların puanı şehirde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Son olarak, öfke boyutunda ilçede yaşayan kadınların puanı şehirde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 27. Somatik hastalık düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Sıklık	Marmara	146	192.24	18.82	.004	2,5,6>3
	Ege	22	223.41			
	Akdeniz	19	151.79			
	Karadeniz	63	181.76			
	İç Anadolu	102	236.66			
	Doğu An.	59	232.64			
	Güneydoğu A.	7	181.50			
Şiddet	Marmara	146	193.46	22.74	.001	2,5,6>3
	Ege	22	225.59			
	Akdeniz	19	147.21			
	Karadeniz	63	181.29			
	İç Anadolu	102	236.36			
	Doğu An.	59	246.93			
	Güneydoğu A.	7	177.64			
Duygusal Durum	Marmara	146	232.15	38.40	.000	1,2,3>6,7
	Ege	22	242.32			
	Akdeniz	19	249.71			
	Karadeniz	63	197.40			
	İç Anadolu	102	191.70			
	Doğu An.	59	176.29			
	Güneydoğu A.	7	173.00			
Kaygı	Marmara	146	186.97	38.36	.000	6,7>2,3
	Ege	22	176.34			
	Akdeniz	19	169.16			
	Karadeniz	63	221.44			
	İç Anadolu	102	227.34			
	Doğu An.	59	242.69			
	Güneydoğu A.	7	246.00			
Depresyon	Marmara	146	229.75	34.50	.000	2,3>6,7
	Ege	22	245.16			
	Akdeniz	19	242.71			
	Karadeniz	63	200.65			
	İç Anadolu	102	192.15			
	Doğu An.	59	178.88			
	Güneydoğu A.	7	175.50			
Öfke	Marmara	146	221.04	21.51	.001	1,2>4,6,7
	Ege	22	232.11			
	Akdeniz	19	216.95			
	Karadeniz	63	195.00			
	İç Anadolu	102	205.05			
	Doğu An.	59	195.00			
	Güneydoğu A.	7	195.00			

Tablo 27'den hareketle, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanan bölgeye göre incelendiğinde; sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .05$). Buna göre, sıklık ve şiddet boyutlarında Ege, İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum boyutunda Marmara, Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Buna ilaveten, kaygı boyutunda Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ek olarak, depresyon boyutunda Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Son olarak, öfke boyutunda Marmara ve Ege Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksektir.

4.6 Aile Aidiyeti Düzeyine Yönelik Bulgular

Araştırma amaçları kapsamında katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri demografik değişkenlere göre incelenmiştir. Bu incelemelerde, iki gruplu karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla gruplu karşılaştırmalar ise Kruskal-Wallis H testi ile yapılmıştır. Kruskal-Wallis H testinde meydana gelen anlamlı farklar ise post-hoc testlerinden Games-Howell testi ile incelenmiştir.

Tablo 28. Aile aidiyeti düzeyinin yaş grubuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	21-25	103	227.75	7.61	.11	
	26-30	150	214.47			
	31-35	70	207.26			
	36-40	43	193.79			
	41 ve üzeri	52	175.03			
Kendilik Aidiyeti	21-25	103	223.41	6.31	.18	
	26-30	150	214.27			
	31-35	70	212.71			
	36-40	43	194.88			
	41 ve üzeri	52	175.95			
Aile Aidiyeti	21-25	103	233.02	10.05	.04	1>5
	26-30	150	214.47			
	31-35	70	199.52			
	36-40	43	195.15			
	41 ve üzeri	52	173.86			

Tablo 28'den hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri yaş grubuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$). Fakat aile aidiyeti boyutunda 21-25 grubundaki kadınların puanı 41 yaş ve üzerindeki kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 29. Aile aidiyeti düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	İlk-Ortaokul	15	110.93	11.86	.01	2,3,4>1
	Lise	121	210.81			
	Üniversite	252	217.13			
	Lisansüstü	30	189.40			
Kendilik Aidiyeti	İlk-Ortaokul	15	107.17	11.67	.01	2,3,4>1
	Lise	121	209.78			
	Üniversite	252	216.22			
	Lisansüstü	30	203.12			
Aile Aidiyeti	İlk-Ortaokul	15	131.60	15.86	.001	2,3>1,4
	Lise	121	213.69			
	Üniversite	252	219.26			
	Lisansüstü	30	149.57			

Tablo 29'dan hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda lise, üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların puanı ilk-ortaokul mezunu kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, aile aidiyeti boyutunda lise ve üniversite mezunu kadınların puanı ilk-ortaokul ve lisansüstü mezunu kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 30. Aile aidiyeti düzeyinin mesleğe göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	Memur	217	223.21	12.10	.01	1,2,3>4
	İşçi	62	219.24			
	Mühendis	77	198.47			
	Diğer	62	165.48			
Kendilik Aidiyeti	Memur	217	220.76	9.25	.03	1,2,3>4
	İşçi	62	216.40			
	Mühendis	77	204.95			
	Diğer	62	168.85			
Aile Aidiyeti	Memur	217	226.43	18.39	.000	1,2>4
	İşçi	62	226.75			
	Mühendis	77	185.72			
	Diğer	62	162.54			

Tablo 30'dan hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$). Buna göre, toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda memur, işçi ve mühendis olan kadınların puanı diğer mesleklerdeki kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, aile aidiyeti boyutunda memur ve işçi kadınların puanı diğer mesleklerdeki kadınların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 31. Aile aidiyeti düzeyinin medeni duruma göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Toplam	Evli	213	201.54	42927.00	20136.00	.17
	Bekar	205	217.78	44644.00		
Kendilik Aidiyeti	Evli	213	201.56	42933.00	20142.00	.17
	Bekar	205	217.75	44638.00		
Aile Aidiyeti	Evli	213	201.33	42884.00	20093.00	.15
	Bekar	205	217.99	44687.00		

Tablo 31’den hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri medeni duruma göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 32. Aile aidiyeti düzeyinin çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Toplam	Evet	177	207.57	36739.50	20986.50	.79
	Hayır	241	210.92	50831.50		
Kendilik Aidiyeti	Evet	177	207.90	36798.00	2045.00	.82
	Hayır	241	210.68	50773.00		
Aile Aidiyeti	Evet	177	205.06	36295.00	20542.00	.51
	Hayır	241	212.76	51276.00		

Tablo 32’den hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri çocuk sahibi olma duruma göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 33. Aile aidiyeti düzeyinin anne eğitim durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	İlkokul	255	212.43	3.07	.38	
	Ortaokul	68	214.22			
	Lise	64	210.42			
	Üniversite	31	173.18			
Kendilik Aidiyeti	İlkokul	255	209.65	2.55	.47	
	Ortaokul	68	216.01			
	Lise	64	217.15			
	Üniversite	31	178.15			
Aile Aidiyeti	İlkokul	255	218.16	6.90	.08	
	Ortaokul	68	208.03			
	Lise	64	200.04			
	Üniversite	31	161.03			

Tablo 33'ten hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri anne eğitim durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 34. Aile aidiyeti düzeyinin anne çalışma durumuna göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.T.	S.O.	u	p
Toplam	Evet	103	200.62	20664.00	15308.00	.39
	Hayır	315	212.40	66907.00		
Kendilik Aidiyeti	Evet	103	205.53	21170.00	15814.00	.70
	Hayır	315	210.80	66401.00		
Aile Aidiyeti	Evet	103	195.90	20178.00	14822.00	.18
	Hayır	315	213.95	67393.00		

Tablo 34'ten hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri anne çalışma durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 35. Aile aidiyeti düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	x^2	p	Fark
Toplam	Köy	9	162.89	22.98	.000	3>1,2
	İlçe	46	132.62			
	Şehir	363	220.40			
Kendilik Aidiyeti	Köy	9	164.56	20.76	.000	3>1,2
	İlçe	46	136.58			
	Şehir	363	219.86			
Aile Aidiyeti	Köy	9	143.83	20.44	.000	3>1,2
	İlçe	46	141.46			
	Şehir	363	219.75			

Tablo 35'ten hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında şehirlerde yaşayan katılımcıların köy ve ilçelerde yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 36. Aile aidiyeti düzeyinin 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelenmesi

Boyut	Grup	n	S.O.	χ^2	p	Fark
Toplam	Marmara	146	191.65	16.47	.01	4,5,6,7>3
	Ege	22	180.93			
	Akdeniz	19	157.00			
	Karadeniz	63	224.33			
	İç Anadolu	102	216.06			
	Doğu An.	59	249.17			
	Güneydoğu A.	7	250.79			
Kendilik Aidiyeti	Marmara	146	192.72	13.84	.03	4,5,6,7>3
	Ege	22	180.39			
	Akdeniz	19	161.63			
	Karadeniz	63	224.29			
	İç Anadolu	102	217.47			
	Doğu An.	59	242.75			
	Güneydoğu A.	7	251.64			
Aile Aidiyeti	Marmara	146	196.78	15.45	.02	4,5,6,7>3
	Ege	22	175.52			
	Akdeniz	19	157.55			
	Karadeniz	63	212.47			
	İç Anadolu	102	215.99			
	Doğu An.	59	251.47			
	Güneydoğu A.	7	247.50			

Tablo 36'dan hareketle, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında Karadeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu

Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<.05$).

4.7 Psikosomatik Hastalıklar, Psikolojik Şiddet ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Katılımcıların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişki incelenirken spearman korelasyon analizi kullanılmış ve elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.



Tablo 37. Psikolojik şiddet ve psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PŞ	r	1.000										
	p	.										
	n	418										
KKE	r	.846**	1.000									
	p	.000	.									
	n	418	418									
İE	r	.820**	.573**	1.000								
	p	.000	.000	.								
	n	418	418	418								
ÖAE	r	.831**	.623**	.658**	1.000							
	p	.000	.000	.000	.							
	n	418	418	418	418							
DE	r	.755**	.558**	.602**	.588**	1.000						
	p	.000	.000	.000	.000	.						
	n	418	418	418	418	418						
S	r	.232**	.208**	.204**	.246**	.133**	1.000					
	p	.000	.000	.000	.000	.007	.					
	n	418	418	418	418	418	418					
Ş	r	.113*	.072	.128**	.126*	.062	.785**	1.000				
	p	.021	.141	.009	.010	.210	.000	.				
	n	418	418	418	418	418	412	418				
DD	r	.032	.089	.076	.026	.059	-.073	-.208**	1.000			
	p	.516	.070	.121	.599	.225	.140	.000	.			
	n	418	418	418	418	418	418	418	418			
K	r	-.034	-.091	-.078	-.028	-.063	.073	.209**	-1.000**	1.000		
	p	.482	.062	.112	.569	.201	.137	.000	.000	.		
	n	418	418	418	418	418	418	418	418	418		
D	r	.053	.099*	.090	.038	.100*	-.119*	-.240**	.948**	-.951**	1.000	
	p	.281	.043	.065	.441	.042	.016	.000	.000	.000	.	
	n	418	418	418	418	418	418	418	418	418	418	
Ö	r	.010	.068	.015	.019	-.004	.069	-.022	.656**	-.647**	.519**	1.000
	p	.842	.164	.754	.691	.930	.161	.648	.000	.000	.000	.
	n	418	418	418	418	418	418	418	418	418	418	418

PŞ: Psikolojik Şiddet (Toplam); KKE: Kıskançlıkla Kabul Etme; İE: İhmal Etme; ÖAE: Özellikleriyle Alay Etme; DE: Davranışları Eleştirme; S: Sıklık; Ş: Şiddet; DD: Duygusal Durum; K: Kaygı; D: Depresyon; Ö: Öfke

Tablo 37’den hareketle, katılımcı bireylerin psikosomatik hastalıklar ile psikolojik şiddet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; psikolojik şiddet düzeyine ait toplam puanının psikosomatik hastalıklara ait sıklık ve şiddet boyutlarıyla pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Fakat psikolojik şiddet düzeyine ait toplam puan ile duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 38. Psikolojik şiddet ve aile aidiyeti arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
PŞ	r	1.000							
	p	.							
	n	418							
KKE	r	.846**	1.000						
	p	.000	.						
	n	418	418						
İE	r	.820**	.573**	1.000					
	p	.000	.000	.					
	n	418	418	418					
ÖAE	r	.831**	.623**	.658**	1.000				
	p	.000	.000	.000	.				
	n	418	418	418	418				
DE	r	.755**	.558**	.602**	.588**	1.000			
	p	.000	.000	.000	.000	.			
	n	418	418	418	418	418			
AAT	r	-.247**	-.196**	-.352**	-.245**	-.247**	1.000		
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.		
	n	418	418	418	418	418	418		
KA	r	-.234**	-.193**	-.332**	-.237**	-.225**	.978**	1.000	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	
	n	418	418	418	418	418	418	418	
AA	r	-.242**	-.191**	-.342**	-.239**	-.248**	.829**	.711**	1.000
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.
	n	418	418	418	418	418	418	418	418

PŞ: Psikolojik Şiddet (Toplam); KKE: Kıskançlıkla Kabul Etme; İE: İhmal Etme; ÖAE: Özellikleriyle Alay Etme; DE: Davranışları Eleştirme; AAT: Aile Aidiyeti (Toplam); KA: Kendilik Aidiyeti; AA: Aile Aidiyeti

Tablo 38'den hareketle, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyi ile aile aidiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde; psikolojik şiddete ait toplam puan ile kıskançlıkla kabul etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarının aile aidiyetine ait toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarıyla negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 39. Psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
S	r	1.000								
	p	.								
	n	418								
Ş	r	.785**	1.000							
	p	.000	.							
	n	412	418							
DD	r	-.073	-.208**	1.000						
	p	.140	.000	.						
	n	418	418	418						
K	r	.073	.209**	-1.000**	1.000					
	p	.137	.000	.000	.					
	n	418	418	418	418					
D	r	-.119*	-.240**	.948**	-.951**	1.000				
	p	.016	.000	.000	.000	.				
	n	418	418	418	418	418				
Ö	r	.069	-.022	.656**	-.647**	.519**	1.000			
	p	.161	.648	.000	.000	.000	.			
	n	418	418	418	418	418	418			
AAT	r	.079	.113*	-.233**	.234**	-.236**	-.171**	1.000		
	p	.107	.021	.000	.000	.000	.000	.		
	n	418	418	418	418	418	418	418		
KA	r	.061	.113*	-.215**	.216**	-.221**	-.165**	.978**	1.000	
	p	.218	.021	.000	.000	.000	.001	.000	.	
	n	418	418	418	418	418	418	418	418	
AA	r	.083	.063	-.274**	.276**	-.270**	-.165**	.829**	.711**	1.000
	p	.091	.201	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.
	n	418	418	418	418	418	418	418	418	418

S: Sıklık; Ş: Şiddet; DD: Duygusal Durum; K: Kaygı; D: Depresyon; Ö: Öfke; AAT: Aile Aidiyeti (Toplam); KA: Kendilik Aidiyeti; AA: Aile Aidiyeti

Tablo 39'dan hareketle, katılımcı bireylerin psikosomatik hastalıklar ile aile aidiyeti düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; aile aidiyetine ait toplam puanının psikosomatik hastalıklara ait şiddet ve kaygı boyutlarıyla pozitif yönde; duygusal durum, depresyon ve öfke boyutlarıyla ise negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Fakat aile aidiyetine ait toplam puan ile sıklık boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$).



5 TARTIŞMA

Bu araştırma, İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet, psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla yapılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde benzer konuda az sayıda araştırma vardır. Bu çalışmada edinilen sonuçlar, literatürde yer alan bu boşluğu doldurması açısından önem arz etmektedir. Ayrıca, araştırma sonuçlarının İstanbul ilindeki belediye personellerini daha yakından tanıma bağlamında ipuçları içermekte olup bundan sonra benzer konularda yapılacak araştırmalara yol gösterici nitelikte olacak olması önemlidir.

5.1 Psikolojik Şiddet Düzeyine Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması

Araştırma amaçları kapsamında, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri yaş grubuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamış olup özellikleriyle alay etme boyutunda 21-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubundaki katılımcıların puanı 36-40 yaş ile 41 yaş ve üzerindeki katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlar bir bütün olarak yorumlandığında, yaş grubunun psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı savunulabilir. Nitekim pek çok araştırma da bu sonucu desteklemektedir (78, 79, 80).

Araştırma kapsamında edinilen bir başka sonuç, psikolojik şiddetin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi durumuyla ilgilidir. Buna göre, toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme boyutunda ilk-ortaokul mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan; lise ve üniversite mezunu katılımcıların ise lisansüstü mezunu katılımcılardan; ihmal etme ve özellikleriyle alay etme boyutlarında ilk-ortaokul mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan; lise mezunu katılımcıların ise lisansüstü mezunu katılımcılardan; davranışlarını eleştirme boyutunda ilk-ortaokul mezunu katılımcıların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı

belirlenmiştir. Yapılan pek çok araştırma ulaştığı sonuçlar bakımından maruz kalınan psikolojik şiddetin eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığını ortaya koymaktadır (80, 81, 82, 83). Dolayısıyla, araştırma sonuçları ile literatürdeki araştırmalar uyumludur.

İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Buradan hareketle, meslek değişkeninin maruz kalınan psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı savunulabilir. İlgili araştırmalar incelendiğinde yürütülen pek çok çalışmanın mesleğe yönelik kıyaslama yapmadığı belirtilmiştir. İlgili çalışmalarda bir meslek grubunun maruz kaldığı psikolojik şiddet düzeyleri genel olarak incelenmiştir. Örneğin; Aydın (2009) tarafından yürütülen araştırmada okul yöneticilerinin maruz kaldıkları psikolojik şiddet düzeyi incelenmiştir (78). Ayrıca Çarıkçı ve Yavuz (2009)'un araştırmasında ise sağlık çalışanlarının psikolojik şiddet düzeyleri değerlendirilmiştir (81). Bu noktada, literatürde psikolojik şiddet düzeyinin meslek bağlamında boşluklar olduğu söylenebilir. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar da ilgili boşlukları doldurması bakımından önemlidir.

Katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri medeni duruma göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Buradan hareketle, medeni durum değişkeninin maruz kalınan psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı savunulabilir. Fakat ilgili araştırmalar incelendiğinde yürütülen pek çok çalışmanın da tersi yönde sonuçlara ulaştığı tespit edilmiştir. Örneğin; Çarıkçı ve Yavuz (2009)'un araştırmasında psikolojik şiddet düzeyinin bekar bireyler lehine anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir (81). Ayrıca, Karcıoğlu ve Akbaş (2010) ile Aydın ve Özkul (2007)'un araştırmasında da psikolojik şiddet düzeyinin medeni duruma göre anlamlı fark gösterdiği sonucu edinilmiştir (82, 78). Dolayısıyla, araştırma sonuçları ile literatürde yer alan sonuçları farklılık göstermektedir. Bu durumda, bu araştırmaya ait sonuçların literatüre yeni bir bakış açısı kazandırdığı savunulabilir.

Araştırmanın alt amaçları kapsamında, katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre incelenmiş ve toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Fakat özellikleriyle alay etme boyutunda çocuk sahibi olmayan katılımcıların puanı çocuk sahibi olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlgili sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, maruz kalınan psikolojik şiddetin çocuk sahibi olma durumuna göre bir değişiklik göstermediği ifade edilebilir. İlgili literatür incelendiğinde, çocuk sahibi olma durumu ve psikolojik şiddet arasında bağ kuran bir çalışma bulunamamıştır. Ancak Halıcı ve Saatçi (2021)'nin araştırmasında eş şiddeti; Çalışkan ve Çevik (2018)'in araştırmasında ise kadına yönelik şiddetin çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirilmesi yapılmıştır (85, 19). Bu bakımdan araştırmanın ulaştığı sonuçlar literatürü çeşitlendirmesi bakımından önemlidir.

Katılımcı bireylerin psikolojik şiddet düzeyleri anne eğitim duruma göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Buradan hareketle, anne eğitim durumu değişkeninin maruz kalınan psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı savunulabilir. Benzer konulu araştırmalar incelendiğinde, bu sonuç ile literatür arasında bağ kurmanın zor olduğu belirlenmiştir. Çünkü psikolojik şiddet düzeyi üzerine yürütülen araştırmalarda eğitim durumuna dayalı incelemeler yapılmış olup (80, 81, 83, 84) anne eğitim durumu ise göz ardı edilmiştir. Dolayısıyla, anne eğitim durumuna göre elde edilen sonuçlar literatürü zenginleştirmesi bakımından önemlidir.

İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet düzeyleri anne çalışma duruma göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Buradan hareketle, anne çalışma durumu değişkeninin maruz kalınan psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı savunulabilir. Benzer konulu araştırmalar incelendiğinde, bu sonuç ile literatür arasında bağ kurmanın zor olduğu belirlenmiştir. Çünkü psikolojik şiddet düzeyi üzerine yürütülen

araştırmalarda çalışma durumuna dayalı incelemeler yapılmış olup (78, 81) anne çalışma durumu ise göz arđ edilmiştir. Bu doğrultuda, anne çalışma durumuna göre elde edilen sonuçlar literatürü daha zengin hale getirmektedir.

Araştırma sonunda katılımcıların psikolojik şiddet dzeyelerinin 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir. Buna göre, toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutları 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre denktir. Dolayısıyla, 12 yaşına kadar yaşanılan yer değişkeninin İstanbul ilinde görev yapan belediye personellerinin maruz kaldıkları psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ifade edilebilir. Bu sonuç, alan yazın için önem arz eden bir sonuçtur. Çünkü yapılan incelemelerde, psikolojik şiddet düzeyi üzerine yrtlen araştırmaların hiçbirinde yaşanılan yer, 12 yaşına kadar yaşanılan yer, yaşanılan Şehir vb. gibi bir değerlendirme yapılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda, araştırmanın 12 yaşına kadar yaşanılan yer değişkeni kapsamında elde ettiği sonuçlar literatürdeki boşlukları gidermektedir.

Katılımcıların psikolojik şiddet dzeyeleri yaşanılan bölgeye göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Buradan hareketle, yaşanılan bölge değişkeninin maruz kalınan psikolojik şiddet düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı savunulabilir. Benzer konulu araştırmalar incelendiğinde, psikolojik şiddet ve yaşanılan bölge arasında bağ kuran araştırmaların bu sonuçlar ile örtüştüğü belirlenmiştir. Örneğin; Bayraktar (2018)'in araştırmasında, toplumsal cinsiyet, şiddet, psikolojik şiddet, kültür ve yaşanılan bölge arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş olup bu çalışma ile örtüşen ifadelere yer verilmiştir (87). Ayrıca, Handan ve zcan (2022)'in araştırması ile şahin vd. (2021)'in araştırması ise yaşanılan bölgenin şiddet ve kadına yönelik şiddet ile arasındaki ilişkisi değerlendirmesi bakımından bu çalışma ile dolaylı olarak örtüşmektedir (88, 89). Bu eksende, araştırmanın yaşanılan bölge üzerine elde ettiği sonuçların literatüre çeşitlilik kattığı söylenebilir.

İlgili çalışmalar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, genel olarak kadının fiziksel sağlığı üzerinde durulmuş ve şiddet görmenin yarattığı sonuçlar üzerinde yeterince durulmamıştır. Araştırmamızda özellikle psikolojik şiddetin kadınlar üzerindeki etkileri araştırılarak ortaya konmak istenmiştir. Kadın, eski zamanlardan beri şiddete maruz kalmasına rağmen, bu konuyla ilgili Türkiye'deki araştırmalar son elli yılı içermektedir (90). Son on yıldır ise araştırmacılar şiddet mağduru kadınların davranışlarının ilk olarak maruz kaldıkları şiddetin ağırlığı ile bağlantılı olduğuna vurgu yapmaktadır (91, 92).

Yürütülen bu araştırmanın psikolojik şiddet üzerine elde ettiği sonuçlar bütünsel olarak değerlendirildiğinde, İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet düzeyinin yaş grubu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, anne eğitim durumu, anne çalışma durumu, 12 yaşına kadar yaşanılan yer ve yaşanılan bölgeye göre anlamlı fark göstermediği; eğitim durumu kapsamında ise anlamlı fark gösterdiği söylenebilir. Bu sonuçlar, literatürdeki bilgilerin genelini doğrulamakla beraber bazı noktalarda literatüre yeni bakış açısı sunmaktadır. Bu durum da araştırmanın önemini yükseltmesi bakımından dikkate değerdir.

5.2 Psikosomatik Hastalıklara Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması

Bu araştırmanın alt amaçları kapsamında öncelikle, İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet düzeyleri yaş grubuna göre incelenmiş ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, sıklık ve şiddet boyutlarında 21-25 yaş ile 26-30 yaş grubundaki katılımcıların puanı 31-35 yaş, 36-40 yaş ile 41 yaş ve üzerindeki katılımcıların puanından; duygusal durum boyutunda 36-40 yaş ile 41 yaş ve üzerindeki katılımcıların puanı 21-25 yaş, 26-30 yaş grubundaki katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Buradan hareketle, yaş grubunun psikosomatik hastalıklarda anlamlı farklılıklara sebebiyet verdiği söylenebilir. İlgili literatür incelendiğinde, yaş grubunun psikosomatik hastalıklar özelinde sıkça incelenen bir değişken olmadığı belirlenmiştir. Bu konuda yegâne değerlendirmeyi yapan Arslan (2018), yaş grubunun psikosomatik hastalıkları üzerinde dolaylı olarak etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (93). İlgili sonuçtan

hareketle, Arslan (2018)'ın çalışması ile bu araştırmanın örtüştüğü söylenebilir. Bu durum da araştırma sonuçlarının daha önce benzer konularda yürütülen araştırmaları doğrulaması bakımından önemlidir.

İstanbul ilindeki belediye personellerinin somatik hastalık düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; şiddet boyutunda lise mezunu katılımcıların puanı ilköğretim ve lisansüstü mezunu katılımcıların puanından; duygusal durum boyutunda üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcıların puanı lise mezunu katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fakat sıklık boyutunda eğitim durumuna göre anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Bu sonuçlar bir bütün olarak yorumlandığında, eğitim durumu değişkeninin psikosomatik hastalıkların şiddet ve duygusal durum düzeylerinde etkisi bulunduğu; ancak sıklık boyutunda ise anlamlı bir değişikliğe sebebiyet vermediği ifade edilebilir. Psikosomatik hastalıklar üzerine yürütülen araştırmalar incelendiğinde de, bu sonucun önceki çalışmalarca sıkça tespit edildiği belirlenmiştir (94, 95). Dolayısıyla, araştırmanın elde ettiği sonuçlar literatüre paralel niteliktedir.

Katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; sıklık ve şiddet boyutlarında memur ve işçi katılımcıların puanı mühendis ve diğer katılımcıların puanından; duygusal durum boyutunda mühendis ve diğer katılımcıların puanı memur ve işçi katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu doğrultuda meslek değişkeni ile psikosomatik hastalıkların ilişkili olduğu ifade edilebilir. İlgili çalışmalar incelendiğinde bu sonuçlar ile literatür arasında bağ kurmanın zor olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan araştırmalarda, psikosomatik hastalıkların mesleklere göre kıyaslanması yerine bir meslek grubu özelinde değerlendirmeler yapılmıştır. Örneğin; Bolat (2010) tarafından yürütülen araştırmada sağlık çalışanlarının psikosomatik hastalık düzeyleri incelenmiştir (96). Ayrıca, Polat-Kara (2022)'nin araştırmasında hemşireler ve Cebbar (2021)'in araştırmasında ise psikologların psikosomatik hastalıkları değerlendirilmiştir (97, 98). Bu doğrultuda, bu araştırmanın meslekler üzerine elde ettiği sonuçlar, literatürdeki sonuçlara çeşitlilik kazandırması bakımından önemlidir.

Araştırma kapsamında edinilen bir başka sonuç, psikosomatik hastalıkların medeni durum özelinde anlamlı fark göstermesidir. Örneğin; sıklık ve şiddet boyutlarında ilişkisi olan bekar katılımcıların puanı evli katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum boyutunda evli katılımcıların puanı ilişkisi olan bekar katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuçlar bütünsel olarak gözden geçirildiğinde, medeni durum değişkeninin psikosomatik hastalıklara etki ettiği söylenebilir. İlgili literatür incelendiğinde, pek çok çalışmada psikosomatik hastaların medeni duruma göre bekarlar lehine farklılaştığı sonucu saptanmıştır (99, 100, 101, 102, 103). Bu araştırmalardan hareketle, medeni duruma göre edinilen sonuçların literatürü doğruladığı söylenebilir.

Araştırma sonunda, katılımcı bireylerin psikosomatik hastalık düzeyinde diğer değişkenlerde olduğu gibi çocuk sahibi olma durumuna göre de anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Buna göre, sıklık ve şiddet boyutlarında çocuk sahibi olmayan katılımcıların puanı çocuk sahibi olan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca duygusal durum boyutunda çocuk sahibi olan katılımcıların puanı çocuk sahibi olmayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuç, araştırma kapsamında ulaşılmaması beklenen bir sonuçtur. Çünkü daha önce yürütülen benzer araştırmalarda da tıpkı bu araştırmada olduğu gibi çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklar belirlenmiştir (102, 103, 104). Dolayısıyla, araştırmanın psikosomatik hastalıklar bağlamında çocuk sahibi olma durumuna göre elde ettiği sonuçlar kendisinden önceki araştırmaları doğrulamaktadır.

Katılımcı bireylerin psikosomatik hastalık düzeyleri anne eğitim durumuna göre incelendiğinde; sıklık, şiddet ve duygusal durum boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Bu sonuçtan hareketle, annesi farklı eğitim kademelerinden mezun olan katılımcıların psikosomatik hastalık düzeylerinin denk olduğu söylenebilir. Psikosomatik hastalıklar üzerine yürütülen araştırmalar genel olarak katılımcıların eğitim durumlarına göre incelemeler yapmış; anne ve baba gibi ebeveyn eğitim durumlarını göz ardı etmiştir. Buna rağmen az sayıda da olsa bazı çalışmalarda psikosomatik hastalıklar anne ve baba eğitim durumuna göre incelenmiş ve bu araştırmanın sonuçlarını destekler nitelikte anlamlı bulgular tespit edilememiştir

(94, 95). Bu bakımdan, araştırmanın anne eğitim durumu özelinde elde ettiği sonuçlar literatürü çeşitlendirmektedir.

İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikosomatik hastalık düzeyleri anne çalışma durumuna göre incelendiğinde; sıklık, şiddet ve duygusal durum boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Psikosomatik hastalıkları konu edinen araştırmalar incelendiğinde, anne çalışma durumunun genel olarak ele alınmadığı ve araştırmacılar tarafından göz ardı edildiği belirlenmiştir. İlgili araştırmalar anne çalışma durumu yerine katılımcıların çalışma durumu ve mesleklerini değerlendirmeye almayı tercih etmiştir (96, 97, 98). Bu bakımdan psikosomatik hastalıklar literatüründe anne çalışma durumu özelinde boşluklar olduğu söylenebilir. Bu araştırma da elde ettiği sonuçlar ile bu boşlukları gidermektedir.

Araştırma sonunda, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelendiğinde; sıklık boyutunda şehirde yaşayan katılımcıların puanı ilçede yaşayan katılımcıların puanından; şiddet boyutunda şehirde yaşayan katılımcıların puanı köy ve ilçede yaşayan katılımcıların puanından; duygusal durum boyutunda köyde yaşayan katılımcıların puanı şehirde yaşayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, katılımcı bireylerin somatik hastalık düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelendiğinde; sıklık ve şiddet boyutlarında Ege, İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların puanı Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların puanından; duygusal durum boyutunda Marmara, Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların puanı Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, yaşanılan yer, yaşanılan bölge, yaşanılan şehir vb. gibi değişkenlerin psikosomatik hastalıkların konu edinildiği araştırmalarda sıkça ele alınmadığı belirlenmiştir. Yapılan az sayıdaki araştırma da elde ettiği sonuçlar ile bu çalışmaya ait sonuçları desteklemektedir. Baylan (2019) tarafından yapılan araştırmada, psikosomatik hastalıkların Ege bölgesinde yaşayan bireylerde diğer bölgelere göre anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı tespit edilmesi buna örnek olarak verilebilir (105).

Bu araştırmanın sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikosomatik hastalık düzeylerinin yaş grubu, eğitim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kronik, fiziksel, psikiyatrik rahatsızlığı olma durumuna göre anlamlı fark gösterdiği; fakat anne eğitim durumu ve anne çalışma durumunun psikosomatik hastalık düzeyinde anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir. İlgili sonuçlardan hareketle, literatürde yer alan sonuçların doğrulanmasına ek olarak, daha önce incelemeye alınmayan değişkenlere yönelik sonuçlar da bulunmuştur. Bu durum da literatürdeki boşlukları giderip psikosomatik hastalık özelinde daha zengin bir literatürün oluşmasını sağlamıştır.

5.3 Aile Aidiyetine Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması

İstanbul ilinde belediye personellerinin aile aidiyeti düzeyleri yaş grubuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Fakat aile aidiyeti boyutunda 21-25 yaş grubundaki katılımcıların puanı 41 yaş ve üzerindeki katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aile aidiyeti üzerine yürütülen araştırmalar ele alındığında bu sonucun sıkça tespit edildiği belirlenmiştir. Örneğin; Saki (2018) ile Kızılkoca (2023) tarafından yürütülen araştırmalarda üniversite öğrencilerinin aile aidiyeti değerlendirilmiş olup bu çalışmada olduğu gibi anlamlı genç yaş grubu lehine sonuçlar elde edilmiştir (106, 109). Ayrıca, Özyürek ve Basar (2021)'in (110) araştırmasında da hem bu araştırmanın hem de Saki (2018) ile Kızılkoca (2023) tarafından yürütülen araştırmaların yaş grubu özelinde elde ettiği sonuçların desteklendiği belirlenmiştir. Bu ekseninde, araştırma sonuçlarının literatür ile uyumlu olmasından söz edilebilir.

Katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı sonuç elde edilememiştir. Buna göre, toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda lise, üniversite ve lisansüstü mezunu katılımcıların puanı ilk-ortaokul mezunu katılımcıların puanından; aile aidiyeti boyutunda lise ve üniversite mezunu katılımcıların puanı ilk-ortaokul ve lisansüstü mezunu katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde aile aidiyetinin eğitim durumuna göre

kıyaslanması yerine belirli bir eğitim durumundaki örneklem grubunun ele alındığı belirlenmiştir. Örneğin; Özyürek ve Basar (2021)'in araştırmasında lise öğrencileri; Yeter (2019), Saki (2018) ve Kızılkoca (2023) tarafından yürütülen araştırmalarda ise üniversite öğrencilerinin aile aidiyeti değerlendirilmiştir (110, 111, 106, 109). Dolayısıyla, bu araştırmanın aile aidiyeti üzerine yönelik elde ettiği sonuçlar literatürü zenginleştirmektedir.

Örneklem grubunun aile aidiyeti düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda memur, işçi ve mühendis olan katılımcıların puanı diğer mesleklerdeki katılımcıların puanından; aile aidiyeti boyutunda memur ve işçi katılımcıların puanı diğer mesleklerdeki katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde, aile aidiyetinin genel olarak çalışmayan bireylerin katılımı ile yürütüldüğü belirlenmiştir (107, 108, 109, 110, 111). Bu sebeple, aile aidiyeti ile ilgili araştırmalar meslek değişkenini göz ardı etmiştir. Bu duruma bağlı olarak da araştırmanın meslek üzerine elde ettiği sonuçların literatür için öncü olduğu savunulabilir.

Araştırma sonunda, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri medeni duruma göre incelendiğinde toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sonuç, araştırma kapsamında ulaşılması muhtemel bir sonuç olarak dikkat çekmektedir. Çünkü aile aidiyeti üzerine daha önce yürütülen araştırmalarda medeni durum özelinde anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Örneğin; Myradov (2021) tarafından yürütülen araştırmada evli ve bekar bireylerin aile aidiyetinin denk olduğu belirlenmiştir (112). Ayrıca, Özoğul (2020)'un araştırmasında aile aidiyetinde medeni durumun anlamlı bir değişken olmadığı belirlenmiştir (113). Nitekim Güneş (2018)'in (108) araştırmasında da hem bu çalışmanın sonuçları hem de Özoğul (2020) ile Myradov (2021) tarafından yürütülen araştırmanın bulguları desteklenmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bir başka sonuç, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri çocuk sahibi olma duruma göre incelenmesinde toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamasıdır. Buna göre çocuğu

olan ve olmayan bireylerin aile aidiyeti benzer düzeydedir. Literatürdeki çalışmalar ele alındığında, çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirme yapan bir araştırmanın halihazırda mevcut olmadığı saptanmıştır. Buradan hareketle, araştırma sonuçlarının aile aidiyeti üzerinde literatüre önemli sonuçlar kazandırdığı ifade edilebilir.

Araştırma sonunda edinilen bir başka sonuç, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri anne eğitim durumuna göre incelenip toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamasıdır. Buna göre, anne eğitim durumu fark etmeksizin katılımcıların aile aidiyetlerinin benzer olduğu söylenebilir. İlgili araştırmalar ele alındığında, pek çok çalışmanın anne eğitim durumuna göre aile aidiyetinin fark tespit edemediği belirlenmiştir (107, 111). Bu çalışmalardan hareketle, araştırmanın anne eğitim durumuna göre elde ettiği sonuçların literatürü desteklediği söylenebilir.

Katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri anne çalışma durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu doğrultuda, anne çalışma durumunun aile aidiyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Bu sonuç, aile aidiyeti üzerine yapılan araştırmanın bulguları ile örtüşmesi bakımından önemlidir. Örneğin; Mukba vd. (2023) ile Akyüz (2021)'in araştırmalarında aile aidiyetinde anne çalışma durumunun etkisi değerlendirilmiş ve bu çalışmanın sonuçları ile paralel nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır (114, 115). Dolayısıyla, anne çalışma durumu özelinde araştırma sonuçlarının literatürü desteklediği ifade edilebilir.

Araştırma sonunda, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanan yere göre incelenmiş ve toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında şehirlerde yaşayan katılımcıların köy ve ilçelerde yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı bulunmuştur. Ayrıca, katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanan bölgeye göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında Karadeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan

katılımcıların Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde, yaşanan yere veya yaşanan bölgeye göre bir değerlendirme yapan çalışma bulunamamıştır. Ancak bazı araştırmalarda yaşanan yere ait özelliklerin aile aidiyeti ile dolaylı olarak ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (116, 117). Bu bakımdan, araştırma sonuçlarının literatürü zenginleştirdiği söylenebilir.

Aile aidiyeti üzerine edinilen sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde; İstanbul ilindeki belediye personellerinde yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, anne eğitim durumu, anne çalışma durumuna göre anlamlı farklar bulunmadığı; eğitim durumu, meslek, kronik, fiziksel, psikiyatrik rahatsızlığı olma durumu, 12 yaşına kadar yaşanan yer ve yaşanan bölgeye göre anlamlı sonuçlar saptandığı ifade edilebilir. Bu sonuçlar kapsamında İstanbul ilindeki belediye personellerinin aile aidiyetine dair derinlemesine bilgilerin edinilmiş olması literatür için önemlidir.

5.4 Psikolojik Şiddet, Psikosomatik Hastalıklar ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Ulaşılan Sonuçların Tartışılması

Araştırmanın ana amaçları kapsamında, İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet, psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu inceleme sonunda, psikolojik şiddet düzeyine ait toplam puanının psikosomatik hastalıklara ait sıklık ve şiddet boyutlarıyla pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur. Fakat psikolojik şiddet düzeyine ait toplam puan ile duygusal durum boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca, katılımcı bireylerin psikolojik şiddete ait toplam puan ile kıskançlıkla kabul etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarının aile aidiyetine ait toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarıyla negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak, katılımcı aile aidiyetine ait toplam puanının psikosomatik hastalıklara ait şiddet boyutuyla pozitif yönde; duygusal durum boyutuyla ise negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi

olduğu sonucuna varılmış olup aile aidiyetine ait toplam puan ile sıklık boyutu arasında anlamlı bir sonuç tespit edilememiştir.

İlgili literatür incelendiğinde; İstanbul ilindeki belediye personellerinin psikolojik şiddet, psikosomatik hastalıklar ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunamamıştır. Bu araştırmada edinilen sonuçlar, literatürde yer alan bu boşluğu doldurması açısından önem arz etmektedir. Ayrıca, araştırma sonuçlarının İstanbul ilindeki belediye personellerini daha yakından tanıma bağlamında ipuçları içermekte olup bundan sonra benzer konularda yapılacak araştırmalara yol gösterici nitelikte olacak olması önemlidir.

Sonuç olarak kadınların psikolojik şiddete ve buna bağlı olarak psikosomatik hastalıklara maruz kalmasını önlemek ve kadınların aile aidiyetini güçlendirmek için öncelikle yapılması gereken şeyin kadının eğitimine katkı sağlayan çalışmalara destek verilmesi gerektiği düşünölmektedir. Kadına yönelik psikolojik şiddeti önleyici çalışmalar yapmak ve bu çalışmalara destek olmak her yetişkinin toplumsal bir görevi olmalıdır. Kadının eğitim seviyesinin yükseltilmesinin ardından ikinci önemli adım ise kadının ekonomik bağımsızlığını güçlendirmek olmalıdır. Ekonomik özgürlüğe sahip her kadın bir gün özellik psikolojik şiddete maruz kaldığında kendi hayatını kurmasına ve özgüveni yüksek bir birey olmasına katkı sağlar. Bu nedenle kadının ekonomik özgürlüğünü güçlendirmeye yönelik faaliyetlere destek olmak gereklidir. Bunun yanı sıra kadının aile desteğini arttırmaya yönelik çalışmalara odaklanmanın yararlı olabileceği önerilmektedir. Özellikle psikolojik şiddetin boyutu ve psikosomatik hastalıklara maruz kalma açısından aile desteği önem arz etmektedir. Aile desteğine sahip bir kadın, psikolojik şiddet dahil her türlü şiddete maruz kaldığında dönebileceği ve sosyal desteğinin olduğunu bildiğinde araştırmamızda ele alınan psikosomatik hastalıklara da daha az yakalanabilir. Ayrıca psikolojik şiddetin etkileri hakkında farkındalığın arttırılması amacıyla sadece kadınlara değil erkeklere de eğitimler verilmesi için çalışmalar yürütölmelidir. Literatür incelendiğinde kadınlar en çok erkek partner/eşler tarafından psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Ülkemizde psikolojik şiddeti önlemenin en etkili yollarından birinin de bu olabileceği düşünölmektedir. Psikoterapi kuramlarının da hep bahsettiği gibi: ‘bir bataklıktaki

sinekleri yok etmek kesin çözüm değildir, önce bataklığı kurutmak gerekir. Buna bağılı olarak ‘kadına yönelik şiddeti oluşturan risk faktörlerini’ bataklık diye örnek verebiliriz. Şiddetin her türüne karşı sadece kadının güçlendirilmesine odaklanmakla yetinmemeliyiz. Literatürde bugüne kadar kadını değiştirerek bir şeyleri değiştirebileceğimize olan inancımızın günümüzde literatüre yansımayan vakalar dahil tüm şiddet vakalarının azalmasında yeterli olmadığı görülmektedir. Tam tersi gözle görülmeyen etkileri olabilen psikolojik şiddet vaka oranları gün geçtikçe artmakta ancak hepsi adli mercilere bildirilmediği için bilinmemektedir. Tüm bu verilerin ışığında bu araştırma, bize önceliğimizin sadece kadını eğitmek değil aynı zamanda erkeklerin de duygusal zekâ, empati yeteneklerini geliştirmek gerektiğini göstermektedir. Şiddeti yücelten ve erkeklere yakıştıran kültürel öğelerden ve sosyolojik kavramlardan bağımsız hareket edebilmeleri için erkeklerin özellikle öz saygı, öz güven, eşitlik vb. duygularını güçlendirmenin büyük önem arz ettiği düşünülmekte ve buna yönelik çalışmalara destek verilmesi önerilmektedir.

6 SONUÇ

Bu araştırmanın ana amacı, İstanbul ilindeki belediye personellerinde psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit edebilmektedir. Araştırmanın alt amaçlarında ise psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyinin demografik değişkenler özelinde kıyaslanması bulunmaktadır. Bu bölümde de araştırmanın alt amaçlarından ve ana amacından hareketle edinilen sonuçlar sunulmuştur.

6.1 Psikolojik Şiddet Düzeyine Yönelik Ulaşılan Sonuçlar

Araştırmanın alt amaçlarından hareketle, öncelikle katılımcı kadınların maruz kaldıkları psikolojik şiddet düzeyleri demografik değişkenler bağlamında mukayese edilmiştir. Bu noktada değerlendirmeye alınan ilk değişken yaş grubu olmuştur ve toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı sonuçlar edinilememiştir. Fakat özellikleriyle alay etme boyutunda 21-25, 26-30 ve 31-35 gruplarında yer alan kadınların puanı 36-40 ile 41 ve üzeri gruplarında yer alan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Psikolojik şiddet düzeyi eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme boyutunda ilk-ortaokul mezunu kadınların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu kadınlardan; lise ve üniversite mezunu kadınlarınsa lisansüstü mezunu kadınlardan; ihmal etme ve özellikleriyle alay etme boyutlarında ilk-ortaokul mezunu kadınların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların; lise mezunu kadınların ise lisansüstü mezunu kadınlardan; davranışlarını eleştirme boyutunda ilk-ortaokul mezunu kadınların lise, üniversite ve lisansüstü mezunu kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı sonucu saptanmıştır.

Araştırma sonunda, katılımcı kadınların psikolojik şiddet düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Fakat özellikleriyle alay etme boyutunda çocuk sahibi olmayan katılımcıların puanı çocuk sahibi olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların psikolojik şiddet düzeylerine ait toplam puan ile kıskançlıkla kontrol etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarının meslek, medeni durum, anne eğitim durumu, anne çalışma durumu, 12 yaşına kadar yaşanılan yer ve 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre anlamlı bir fark göstermediği sonucu elde edilmiştir.

6.2 Psikosomatik Hastalık Düzeyine Yönelik Ulaşılan Sonuçlar

Araştırmanın alt amaçlarından hareketle, öncelikle katılımcı kadınların psikosomatik hastalık düzeyleri demografik değişkenler bağlamında mukayese edilmiştir. Bu noktada değerlendirmeye alınan ilk değişken yaş grubu olmuştur. Bu minvalde, sıklık ve şiddet boyutlarında 21-25 ile 26-30 grubundaki kadınların puanı 31-35, 36-40 ile 41 ve üzerindeki kadınlardan; duygusal durum ve depresyon boyutlarında 36-40 ile 41 ve üzerindeki kadınların puanı 21-25, 26-30 grubundaki kadınlardan; kaygı boyutunda 21-25 ile 26-30 grubundaki kadınların puanı 36-40 ile 41 ve üzerindeki kadınlardan daha yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Fakat öfke boyutunda katılımcıların yaş grubuna göre anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Kadınların somatik hastalık düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; şiddet boyutunda lise mezunu kadınların puanı ilk-ortaokul ve lisansüstü mezunu kadınlardan; duygusal durum, depresyon ve öfke boyutlarında üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların puanı lise mezunu kadınlardan; kaygı boyutunda lise mezunu kadınların puanı üniversite ve lisansüstü mezunu kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Fakat sıklık boyutunda eğitim durumuna göre anlamlı bir sonuca ulaşılammıştır.

Somatik hastalık düzeyi mesleğe göre incelendiğinde; sıklık, şiddet ve kaygı boyutlarında memur ve işçi kadınların puanı mühendis ve diğer kadınlardan; duygusal

durum, depresyon ve öfke boyutunda mühendis ve diğer kadınların puanı memur ve işçi kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonunda somatik hastalık düzeyi medeni durum kapsamında değerlendirilmiş ve anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Buna göre, sıklık, şiddet ve kaygı boyutlarında ilişkisi olan bekar kadınların puanı evli kadınlardan; duygusal durum ve depresyon boyutlarında ise evli kadınların puanı ilişkisi olan bekar kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Fakat öfke boyutunda medeni duruma göre anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Psikosomatik hastalık düzeyi, çocuk sahibi olma durumuna göre ele alındığında; sıklık, şiddet ve kaygı boyutlarında çocuk sahibi olmayan kadınların puanı çocuk sahibi olan kadınlardan; duygusal durum boyutunda çocuk sahibi olan kadınların puanı çocuk sahibi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Fakat depresyon ile öfke boyutlarında anlamlı bir sonuç edinilememiştir.

Kadınların somatik hastalık düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelendiğinde; sıklık boyutunda şehirde yaşayan kadınların puanı ilçede yaşayan kadınlardan; şiddet ve kaygı boyutlarında şehirde yaşayan kadınların puanı köy ve ilçede yaşayan kadınlardan; duygusal durum ve depresyon boyutlarında köyde yaşayan kadınların puanı şehirde yaşayan kadınlardan; öfke boyutunda ilçede yaşayan kadınların puanı şehirde yaşayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Örneklem grubundaki kadınların somatik hastalık düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan bölgeye göre incelendiğinde; sıklık ve şiddet boyutlarında Ege, İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınlardan; duygusal durum boyutunda Marmara, Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınlardan; kaygı boyutunda Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınlardan; depresyon boyutunda Ege ve Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınlardan; öfke boyutunda Marmara ve

Ege Bölgesi'nde yaşayan kadınların puanı Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonunda katılımcıların somatik hastalık düzeyleri anne eğitim durumu ve anne çalışma durumu kapsamında incelendiğinde anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Buna göre, sıklık, şiddet, duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutlarında kadınların puanları denktir.

6.3 Aile Aidiyetine Yönelik Ulaşılan Sonuçlar

Araştırmanın alt amaçlarından hareketle, öncelikle katılımcı kadınların maruz kaldıkları aile aidiyeti düzeyleri demografik değişkenler bağlamında mukayese edilmiştir. Bu noktada değerlendirmeye alınan ilk değişken yaş grubu olmuştur. Bu minvalde, toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda anlamlı bir sonuç edinilememişken aile aidiyeti boyutunda 21-25 grubundaki kadınların puanı 41 ve üzerindeki kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Katılımcı kadınların aile aidiyeti düzeyleri eğitim durumuna göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda lise, üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların puanı ilk-ortaokul mezunu kadınlardan; aile aidiyeti boyutunda lise ve üniversite mezunu kadınların puanı ilk-ortaokul ve lisansüstü mezunu kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek şekilde belirlenmiştir.

Örneklem grubundaki kadınların aile aidiyeti düzeyleri mesleğe göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti boyutunda memur, işçi ve mühendis olan kadınların puanı diğer mesleklerdeki kadınlardan; aile aidiyeti boyutunda memur ve işçi kadınların puanı diğer mesleklerdeki kadınlardan anlamlı şekilde yüksek aldığı sonucuna varılmıştır.

Katılımcı bireylerin aile aidiyeti düzeyleri 12 yaşına kadar yaşanılan yere göre incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında

şehirlerde yaşayan kadınların köy ve ilçelerde yaşayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı sonucu elde edilmiştir.

Aile aidiyeti üzerine elde edilen bir başka sonuç, 12 yaşına kadar yaşanan bölge kapsamında edinilmiştir. Buna göre; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında Karadeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

İstanbul ilindeki belediyelerde çalışan kadınların aile aidiyeti düzeyleri medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, anne eğitim durumu ve anne çalışma durumu kapsamında incelendiğinde; toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarında anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

6.4 Psikosomatik Hastalıklar, Psikolojik Şiddet ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkiye Yönelik Ulaşılan Sonuçlar

İstanbul ilindeki belediyelerde çalışan kadınların psikosomatik hastalıklar, psikolojik şiddet ve aile aidiyeti düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde, spearman korelasyon analizi kullanılmış ve ikili ilişkiler değerlendirilmiştir.

Katılımcı kadınların psikolojik şiddet düzeyine ait toplam puanının psikosomatik hastalıklara ait sıklık ve şiddet boyutlarıyla pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fakat psikolojik şiddet düzeyine ait toplam puan ile duygusal durum, kaygı, depresyon ve öfke boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu, bu yönde elde edilen bir başka sonuçtur.

Örnekleme grubunu oluşturan kadınların psikolojik şiddete ait toplam puan ile kıskançlıkla kabul etme, ihmal etme, özellikleriyle alay etme ve davranışlarını eleştirme boyutlarının aile aidiyetine ait toplam puan ile kendilik aidiyeti ve aile aidiyeti boyutlarıyla negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların aile aidiyetine ait toplam puanının psikosomatik hastalıklara ait şiddet ve kaygı boyutlarıyla pozitif yönde; duygusal durum, depresyon ve öfke boyutlarıyla ise negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu sonucu elde edilmiştir. Ancak aile aidiyetine ait toplam puan ile sıklık boyutu arasındaki ilişkide anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.



7 KAYNAKLAR

1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2016). *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu*. Hacettepe Üniversitesi.
2. Çakır, H. ve Baş, H.(2017)."Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Kadınlarda Yarattığı Psikolojik Şiddet ve Üreme Sağlığına Etkisine Teorik Bakış", *Researcher*, vol. 5, no. 4, pp. 335-350.
3. Cansunar, N. (2001). "Aile içi Şiddet", *Adli Tıp Dergisi*, 2 (1), Ankara, s. 55. 56.
4. Özkan, G. (2017). Kadına Yönelik Şiddet - Aile İçi Şiddet ve Konuya İlişkin Uluslararası Metinler Üzerine Bir İnceleme . *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7 (1), 533-564.
5. Krantz, G., Garcia-Moreno, C. (2005). "Violence Against Women", *J Epidemiol Community Health*, Vol.59: 818-821.
6. Palmén, R., Francoli, N., Genova, A., Göksel, A., Sales, L., Sansonetti, S. ve Tozlu, Ç., Güngör D., ve Öztürk, A. (2016). "WAVE:Kadına yönelik şiddet karşılaştırmalı raporu, 2015-2016". *Notus Applied Social Research*.
7. Akay, C., (2014). "Romantik Yakın İlişkilerde Şiddetin Öncülleri" (PDF). *Nesne Dergisi Cilt 2, Sayı 3*.
8. Akkaş, İbrahim. "Kadına Yönelik Şiddet". Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi Cilt 6, Sayı 1.
9. Jewkes, R. (2010). Emotional abuse: A neglected dimension of partner violence. *The Lancet*, 376(9744), 851–852. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61079-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61079-3).
- 10.Öztürk, Ö. , Öztürk, Ö. & Tapan, B. (2016). Kadına yönelik şiddetin kadın ve toplum sağlığı üzerine etkileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3 (4) , 139-144.
- 11.Kadına Yönelik Aile-içi Şiddetle ilgili iş yeri politikaları geliştirme ve uygulama rehberi.(2015),Sabancı Üniversitesi.
- 12.Bernett, W. (2005) Child Maltreatment. In Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. (Eds BJ Sadock, VA Sadock): 3415-3417. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins.
- 13.Polat, O. (2017). Şiddet . Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22 (1), 15-34 . Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruhad/issue/27591/290653>
- 14.Tarhan, O.,(2021). Psikolojik şiddet nedir?. Erişim adresi: <https://istanbulbogazicienstitu.com/psikolojik-siddet-nedir>.
- 15.Köşgeroğlu, N., Çulha, İ., Öz, Z., Yılmaz, A. (2015). Şiddet Karşısında Kadınların Davranışlarının İncelenmesi. *The Journal of Academic Social Science* Yıl: 3, Sayı: 9, s. 342-350.
- 16.Crnkovic, A.E., Del Campo, R.L. & Steiner, R. Mental Health Professionals' Perceptions of Women's Experiences of Family Violence. *Contemporary Family Therapy* 22, 147–160 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1007725718687>

17. Faramarzi, M., Esmailzadeh, S., Mosavi, Seyed, Aliasghar, (2004). "A Comparison of Abused and Non-Abused Women's Definitions of Domestic Violence and Attitudes to Acceptance of Male Dominance", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, No.122: 225-231.
18. Tatlılıoğlu, K. ve Küçükköse İ. (2015), "Türkiye'de kadına yönelik şiddet: Nedenleri, koruma, önleme ve müdahale hizmetleri", *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.7, S.13: 194-209.
19. Çalışkan, H. Ve Çevik, E. (2018). Kadına Yönelik Şiddetin Belirleyicileri: TÜRKİYE ÖRNEĞİ, *BJSS Balkan Journal of Social Sciences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:7, Sayı 14.
20. Ayhan, F., Özkan, B. (2016), "Aile İçi Şiddetin Ergenler Üzerine Etkisi", *Journal of Human Science*, C.3, S.13: 3753 – 3767.
21. Sackett, LA & Saunders, DG (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14(1), 105-117.
22. Montgomery, B.E.E., Rompalo, A., Hughes, J., Wang, J., Haley, D., Soto-Torres, Lydia; Chege, W., Justman, J., Kuo, I., Golin, C., Frew, P., Mannheimer, S., Hodder, S. (2015), "Violence Against Women in Selected Areas of the United States", *American Journal of Public Health*, Vol.105, No.10, 2156-2166.
23. Kishor, Sunita; Johnson, Kiersten (2004) "Profiling Domestic Violence - A Multi Country Study", Carlverton - Maryland: ORC Macro.
24. Yoshihama, M., Horrocks, J. and Kamano, S., (2009). The Role of Emotional Abuse in Intimate Partner Violence and Health Among Women in Yokohama, *Japan American Journal of Public Health* 99, 647_653, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.118976>
25. Marshall, LL. (1996). Psychological abuse of women: Six separate clusters. *Journal of Domestic Violence*, 11(4), 379-409.
26. Barbara, P., Judith, M. Soeken, K., Torres, S. Campbell, D.(1993). Physical and Emotional Abuse In Pregnancy: A Comparison of Adult and Teenage Women. *Nursing Research*, May, 42(3):p 173-178.
27. Koski AD, Stephenson R, Koenig MR.(2011). Physical Violence by Partner during Pregnancy and Use of Prenatal Care in Rural India. *J Health Popul Nutr*. 29(3): 245-54.
28. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. (2006). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. Oct 7;368(9543):1260-9. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8. PMID: 17027732.
29. Cantos, A. L., Goldstein, D. A., Brenner, L., O'Leary, K. D., & Verborg, R. (2015). Correlates and program completion of family only and generally violent perpetrators of intimate partner violence. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 23(3).

30. Começanha, R. & Maia, Â. (2017). Psikolojik yakın partner şiddeti için tarama aracı: Kadınlara yönelik psikolojik kötü muamelenin Portekiz tarafından doğrulanması envanteri. Şiddet ve Kurbanlar, doi: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00060>.
31. Ureña J., Romera E. M., Casas J. A., Viejo C., & Ortega-Ruiz R. (2015). Psychometric properties of Psychological Dating Violence Questionnaire: A study with young couples. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 52–60. 10.1016/j.ijchp.2014.07.002.
32. Al-Modallal, H. (2012), Psikolojik partner şiddeti ve kadınların depresyona, strese ve kaygıya karşı savunmasızlığı. *Uluslararası Ruh Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 21: 560-566. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00826.x>.
33. Dey, S. R., Rupa, I. J., Habib, T. Z., & Karim, R. (2021). Are liberal men not abusive toward their wives? Evidence from rural Bangladesh. *Journal of Community Psychology*, 49, 1315–1333. <https://doi.org/10.1002/jcop.22551>.
34. Nisar, H., Srivastava, R. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*;3(1):12-8.
35. Biçer, F. (2019). Genç yetişkinlerde psikosomatik belirtilerin erken dönem uyum bozucu semalar ile ilişkisi. İstanbul.
36. Oltmanns, T.F., Neale, J.M., & Davison, G.C. (2003). Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları, Ö.Gözene (Çev.). İ. Dağ (Ed.). *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 25, 70-77.
37. Menkü BE, Coşar B. (2021). Psikosomatik bozukluklar, Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.32-6.
38. Altunören, Ö., Orhan, F.Ö., Nacitarhan, V., Özer, A., Karaaslan, M.F., Altunören, O. (2011). Fibromiyalji sendromlu kadınların depresyon ve mizaç karakter özellikleri açısından değerlendirilmesi.
39. Celep, M. (2007). Kronik Pelvik Ağrı Sendromlu Hastaların Psikiyatrik Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
40. Çelik, T., Akman, A., Karaman, T., Başaran, E., Yılmaz, E. (2010). İmpetigo Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri.
41. Arıkan, Z. ve Uysal B. (2021). Travma ve psikosomatik belirtiler için EMDR terapi: SistematiK derleme. EMDR Türkiye, 9-10 Mayıs 2021.
42. Bal, N.P. ve Şener, Ö. (2015). Psikosomatik Hastalıkların İyileştirilmesinde Psikodramanın Etkisi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi / The Journal of International Education Science*, Yıl: 2, Sayı: 5, Aralık 2015, s. 310-323.
43. Türk Dil Kurumu, (2024). Erişim tarihi, 16.05.2024. Erişim adresi, <https://sozluk.gov.tr/>
44. Yavuzer H, (2004). Ana baba ve çocuk. 7, İstanbul, Remzi Kitabevi, 7, 101-70
45. Baxter, L. A. and Braithwaite, D. O. (2008) Engaging theories in interpersonal communication: Multiple perspectives. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

46. Günindi, Y. ve Songül Y. G. (2011). Aile Kavramının Değişim Süreci ve Okul Öncesi Dönemde Ailenin Önemi, Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi. (349-361).
47. Galvin, K. M., Braithwaite, D. O. and Bylund, C. L. (2015) Family Communication: Cohesion and Change. 9th edn. Abingdon, Oxon: Routledge.
48. Nirun, N., (1994). Sistematik Sosyoloji Yönünden Aile ve Kültür, Ankara: Atatürk Kültür Merkezi Yayınları. (16).
49. Osterman, K. F. (2000). Students' need for belonging in the school community. Review of Educational Research, 70(3), 323-367.
50. Hanh, T. N. (2017). The art of living: Peace and freedom in the here and now. Harper Collins.
51. Hawkley, L. C., & Capitanio, J. P. (2015), Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 370 (1669), 20140114. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
52. Mavili, A., Kesen, N.F. ve Daşbaşı, S. (2014). Aile Aidiyeti Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, (33), 29-45.
53. Özgüven, İ. E. (2017). Evlilik ve aile terapisi. (4. Basım). Ankara: Nobel.
54. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. Psychological review, 50(4), 370. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
55. Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality. New York, NY: Harper & Row.
56. Chiu, M. M., Chow, B. W. Y., McBride, C., & Mol, S. T. (2016). Students' sense of belonging at school in 41 countries: Cross-cultural variability. Journal of Cross-Cultural Psychology, 47(2), 175-196.
57. Levett-Jones T, Lathlean J, Maguire J & McMillan M (2007) Belongingness: a critique 75 of the concept and implications for nursing education. Nurse Education Today 27, 210–218.
58. Goodman, M.L., Gibson, D.C., Keiser, P.H., Gitari, S., Goodman, L.R. (2018). Family, Belonging and Meaning in Life Among Semi-rural Kenyans Journal of Happiness Studies, volume 20, pages 1627–1645.
59. Grant, E. (2022). Belongingness. Connecticut Law Review Online, Vol. 54, No. 1, 2020, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4031190>
60. Hagerty B, Lynch-Sauer J, Patusky K, Bouwsema M & Collier P (1992) Sense of belonging: a vital mental health concept. Archives of Psychiatric Nursing 6, 172–177.
61. Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. Perspectives in Psychological Science, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
62. Cavanagh, S. E. (2008). Family structure history and adolescent adjustment. Journal of Family Issues, 29, 944–980. doi:10.1177/0192513X07311232
63. Duru, E. (2015). Genel Aidiyet ölçeğinin psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5(44), 37-47.
64. Slavich, G. M., & Cole, S. W. (2013). The emerging field of human social genomics. Clinical Psychological Science, 1(3), 331–348. <https://doi.org/10.1177/2167702613478594>.

65. Temel, Z. F. ve Aksoy, B. A. (2016). (4. Baskı). Ergen ve Gelişimi. Ankara: Nobel Yayıncılık.
66. Leake, V. S. (2005). Steps between, steps within: Adolescents and stepfamily belonging. ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3231196)
67. Leake, V. S. (2007). Personal, familial, and systemic factors associated with family belonging for stepfamily adolescents. *Journal of Divorce & Remarriage*, 47, 135–155. doi:10.1300/J087v47n01_08
68. Allen, K., Kern, M.L., Rozek, C. McInerney, D.M., Slavich, G.M.(2021). Belonging: a review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research, Pages 87-102. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6813-003>.
69. Amato, P. R., & Kane, J. B. (2011). Parents' marital distress, divorce, and remarriage: Links with daughters' early family formation transitions. *Journal of Family Issues*, 32, 1073–1103. doi:10.1177/0192513X11404363.
70. Bilge, Y., & Tütüncü, N. (2020). Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 180-194.
71. Boyacıoğlu, İ., Uysal, M. S., & Erdugan, C. (2020). Psikolojik şiddetin ölçümü: Psikolojik istismar profili'nin ve kadına kötü muamele envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 19-55.
72. Mavili, A., Kesen, Ö., & Daşbaşı, Ö. G (2014). Aile aidiyeti ölçeği: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (33).
73. Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*. (12. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
74. Yalçıntaş, M. (2019). *Fen Bilimleri Öğretiminde Kuantum Öğrenme Modeli Kullanmanın İlkokul Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Akademik Merak, Kaygı, Özyeterlik ve Başarı Düzeylerine Etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
75. George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Pearson.
76. Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. (6th Edition). Boston: Pearson.
77. Kul, S. (2014). Uygun İstatistiksel Test Seçim Kılavuzu/Guideline For Suitable Statistical Test Selection. *Plevra Bülteni*, 8(2), 26-29.
78. Aydın, Ş., & Özkul, E. (2007). İş yerinde yaşanan psikolojik şiddetin yapısı ve boyutları: 4-5 yıldızlı otel işletmeleri örneği.
79. Aksoy, F. (2008). *Psikolojik şiddet'in (mobbing) sağlık çalışanlarına etkisi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
80. Mete, M., Ünal, Ö. F., Akyüz, B., & Kılıç, R. (2015). Psikolojik şiddetin işe bağlı tükenmişliğe etkisi: batman ilinde öğretmenler üzerine bir araştırma. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*, 6(12).

- 81.Çarıkcı, İ. H., & Yavuz, H. (2009). Çalışanlarda mobbing (psikolojik şiddet) algısı: sağlık sektörü çalışanları üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (10), 47-62.
- 82.Çay, H. (2008). İş yerinde psikolojik şiddet (mobbing) ve bir uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul*.
- 83.Atar, B. (2017). Sınıf öğretmenlerinin örgütsel adalet algıları ile psikolojik şiddet algıları arasındaki ilişki.
- 84.Karacıoğlu, F., & Akbaş, S. (2010). İşyerinde psikolojik şiddet ve iş tatmini ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3), 139-161.
- 85.Halıcı, E. C., & Saatci, E. (2021). İnfertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine gösterdiği şiddet ve evliliğe uyum düzeyi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(1), 21-27.
- 86.Bayraktar, E. (2018). Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(3), 234-238.
- 87.Handan, E. & Özcan, Ş. (2022). 18 yaş ve üzerindeki erkeklerin yakın ilişkilerinde şiddete ve evlilik dışı cinsel yakınlığa yönelik tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Karya Journal of Health Science*, 3(3), 187-192.
- 88.Şahin, H., Çakmak, A., & Erdem, Y. (2021). Pandeminin Kadına Yönelik Şiddet Üzerine Etkisinin Yazılı Basına Yansıyan Olgular Üzerinden İncelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18(43), 7348-7367.
- 89.Aydın, Ö. B. (2009). *Ortaöğretim okullarında görev yapan okul yöneticisi ve öğretmenlerin mobbing (psikolojik şiddet) e maruz kalma düzeyleri* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- 90.Vatandaş, C. (2003). *Aile ve Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet*. 1.Baskı, Ankara, Uyum Ajans.
- 91.Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in mental health nursing*, 21(3), 309-324.
- 92.Lindhorst, T., Oxford, M., & Gillmore, M. R. (2007). Longitudinal effects of domestic violence on employment and welfare outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(7), 812-828.
- 93.Arslan, S. (2018). *İş stresi ve iş doyumu: Kara Kuvvetleri Komutanlığında görev yapan muvazzaf subay ve astsubaylar üzerine uygulamalı bir çalışma* (Master's thesis, Savunma Bilimleri Enstitüsü).
- 94.Şişman, F. N., Kadioğlu, H., Ergün, A., & Erol, S. (2013). Okul Çocuklarında Somatizasyon ve Somatik Belirtiler Nedeniyle Okul Revirine Başvuru Durumu. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*, 4(3).
- 95.Teken, M. (2016). *Karın ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran çocuk ve ergenlerde fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayanlar arasındaki depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerlerinin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 96.Bolat, T. (2010). *Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

97. Polat Kara, M. (2022). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stresin somatizasyon bozukluğu ile ilişkisi.
98. Cebbar, E. (2021). Psikologlarda psikolojik dayanıklılığın; ikincil travmatik stres, somatizasyon ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
99. Ercan, G. (2018). KKTC’de Yaşayan Beliren Yetişkinlik Dönemindeki Bireylerde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Psikosomatik Bozukluklarla İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, TC Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
100. Kulaksız, G., & Erensoy, H. (2021). 18-65 Yaş Kişilerde Erken Çocuklukta Babalarından Algıladıkları Kabul/Red İlişkisinin Somatizasyon ve Anksiyete Geliştirme Etkisinin İncelenmesi. *Int J Acad Med Pharm*, 3(2), 142-149.
101. Waite, L. J., & Lehrer, E. L. (2003). The benefits from marriage and religion in the United States: A comparative analysis. *Population and development review*, 29(2), 255-275.
102. Kafkaslı, R. (2019). *Evlü bireylerde, problem çözme becerisi ve evlilik doyumu ile somatizasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
103. Fidanoğlu, O. (2007). *Evlilik uyumu ile eşlerin somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki ve diğer sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
104. Karaköse, S., & Ulusoy, A. (2022). Ev kadınlarında tükenmişlik ve somatizasyon: Depresyonun yordayıcıları. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 4(1), 94-102.
105. Baylan, N. (2019). *Çocukluk Çağı Travmalarının Somatizasyon İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
106. Saki, Ü. (2018). *Üniversite öğrencilerinin aile aidiyeti düzeylerinin spor ve farklı değişkenler açısından incelenmesi* (Master's thesis, Kış Sporları ve Spor Bilimleri Enstitüsü).
107. Tunç, S. (2019). *Üniversite öğrencilerinin aile aidiyeti, evlilik beklentileri ve evlilik tutumları arasındaki ilişki* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
108. Güneş, F. (2018). *Genç yetişkinlerde güvengenlik ve utangaçlık: Aile aidiyet duygusunun ve duygu-düzenlemede öz-yeterlik algısının belirleyici etkisi* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
109. Kızılkoca, M. (2023). *Üniversite Öğrencilerinin Aile Aidiyeti ve Rekreasyon Deneyim Tercihlerinin İncelenmesi*. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 6(2), 612-624.
110. Özyürek, A., & Basar, G. (2021). Ergenlerde ahlaki olgunluk, aile aidiyeti ve ergen-ebeveyn ilişkilerinin incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 247-265.
111. Yeter, S. İ. (2019). *Üniversite öğrencilerinin mutluluk düzeylerinin aile aidiyeti ve manevi yönelimlerine göre yordanması*, Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi, İstanbul).
112. Myradov, A. T. D. (2021). *Türk Aile Yapısında Aile İçi İletişim Doyumu Ve Aile Aidiyetinin İncelenmesi (Malatya Örneği)*. *Academic Social Resources Journal*, 6(27), 1177-1190.

113. Özoğul, R. (2020). *Öğretmenlerde aile aidiyeti ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).
114. Mukba, G., Akgün, G. E., & Yayla, A. (2023). Aile Aidiyetine Çok Yönlü Bakış. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (60), 29-43.
115. Akyüz, İ. (2021). Üniversite öğrencilerinde aile aidiyetinin sosyodemografik değişkenler bağlamında incelenmesi. *PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 33-44.
116. İlgin, C., & Hacıhasanoğlu, O. (2010). Göç-aidiyet ilişkisinin belirlenmesi için model. *İTÜDERGİSİ/a*, 5(2).
117. Turut, H., & Özgür, E. M. (2018). Bir kente göçün hikâyesi: süreçler, bütünleşme ve aidiyet. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 16(1), 153-180.



8 EKLER

EK 1 Kişisel Bilgi Formu

Yaş :

Cinsiyet : Kadın Erkek

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
 Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır. Meslek:

12 Yaşına Kadar Büyüdüğünüz Yer? :

Köy İl İlçe Yurtdışı

12 Yaşına Kadar Büyüdüğünüz Şehir-Semt İsmi? :

(.....)

Annenizin Eğitim Düzeyi: İlköğretim Ortaöğretim Lisans
Yüksek Lisans ve Üzeri

Annenizin Çalışma Durumu: Çalışıyor Çalışmıyor

Medeni durum: Evli Bekar/İlişkisi Var

EK 2 Somatik Çatışma Ölçeği

	Sütun – A Ne sıklıkla aşağıdaki problemleri yaşıyorsunuz? (Bir Seçeneği Yuvarlak İçine Alınız)					Sütun - B Bu problem size ne kadar etkiliyor? (Bir Seçeneği Yuvarlak İçine Alınız)					Sütun - C hissettiğimde bu problemleri yaşıyorum (Size Uyan Seçenekleri İşaretleyiniz)		
	Bir problem hiç yasa madim	Ayda bir kereden az	Ayda bir ya da iki kere	Ayda üç ya da dört kere	Ayda dört kereden fazla	Hiç problem olmuyor	Çok az fark ediyor problem olmuyor	Büyük bir problem ve az bir süreliğine yaşıyorum	Problem ama başa geçebiliyorum	Hayatımda büyük olumsuz etkileri oluyor	Stresli, huzursuz, korkmuş ya da kaygılı	Depresif, yalnız, üzgün ya da boş hislenmez	Sinirli, tedirgin, kasım ya da tetekli
1.Migren baş ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
2.Baş ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
3.Mide bulantısı ya da mide bozulması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
4.Hissizlik ya da karıncalanma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
5.Nefes almada zorluk ya da nefes darlığı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
6.Mide ağrısı ya da sancısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
7.Sarsaklık ya da titreme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
8.Uykuda zorluk	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
9.Kusma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
10.Kalp sıkışması ya da çarpıntısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
11.İshal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
12.Baygınlık ya da bayılma	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
13.Kramp	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
14.Sirt ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
15.İştah problemleri	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
16.Bacak ya da ayak ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
17.Baş dönmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
18.Yorgunluk ya da halsizlik	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
19.Sindirim güçlüğü	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
20.Cinsel iktidarsızlık (erkekler için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
21.Göğüs ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			

EK 2 Somatik Çatışma Ölçeği (Devamı)

22.Bulanık görme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
23.Burun kanaması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
24.Yaygın vücut ağrı ve sancıları	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
25.Kabızlık	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
26.Sıcak ya da soğuk basması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
27.Cilt döküntüsü	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
28.Kol ya da ellerde ağrı ve sancısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
29.Genital/cinsel bölge ağrısı	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
30.Uçuk	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
31.Göz seçirmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
32.Erken boşalma (erkekler için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
33.Reflü/mide yanması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
34.Ölser	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
35.Kulak çınlaması	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
36.Kuru ya da kırmızı gözler	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
37.Regl olmama (kadınlar için)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
38.Akne	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
39.Kas gerilmesi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
40.Şiddetli adet/aybaşı öncesi sendrom	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
41.Orgazm olamama	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
42.Aşırı enerji	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			

EK 3 Psikolojik Şiddet Ölçeği

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

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

EK 4 Aile Aidiyeti Ölçeği

Sorular	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Aileme güçlü bir şekilde bağlılık hissediyorum.					
2. Ailemde hayır deme hakkımız hep korunur.					
3. Ailemin önemli bir parçasıyım.					
4. Ailemin beni desteklediğini hissediyorum.					
5. Ailemde birçok kişi benim için bazı zevklerinden vazgeçmez.					
6. Ailemde kendimi değerli hissediyorum.					
7. Ailemin bana güvendiğini hiç hissetmedim.					
8. Ailemin bana sayđı gösterdiğini hep görmüşümdür.					
9. Ailemde kararları birlikte almayız.					
10. İhtiyaç içinde ve hasta olduğumda ailem hemen destek olur.					
11. Ailemle birlikte zaman geçirebiliyoruz.					
12. Kendimi evimde ve ailemle birlikte mutlu hissetmiyorum.					
13. Sevgi ve hoşgörü ailemin önemli bir parçasıdır.					
14. Ailem bana özen gösterir.					
15. Bende aileme özen gösteririm.					
16. Ailemde eleştiri hakkımız özenle korunur.					
17. Bir daha dünyaya gelsem aynı ailede doğmak isterdim.					

9 ÖZGEÇMİŞ



Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları

